



Կառավարում  
24681 5 379 1

Արդարացի ֆինանսական  
ներդրումներ

0257 0 77 3 6 3

Արտադրում

24 9 5 9 5 8 2

Ունեւորների կազմավորում

9 5 6 4 8 7 420 8 4

Օնառայությունների տրամադրում

7 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 7 5 2

Որակ եվ անվտանգություն

5 6 8 3 9 3 7 1 6 4 1

Ֆինանսական պաշտպանվածություն

1 5 4 8 1 3 2 0 7 3

Առողջության վիճակ

6 8 5 9 4 8 6 4 7 7

Ոչ վարակիչ հիվանդություններ

8 7 6 4 6 8 1 2 3 6

Ռիսկի գործոններ

9 6 2 5 8 4 3 5 4 7

# ՀԱՅԱՍՏԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՏՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

# 2013

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ

ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ

ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

ՀԱՅԱՍՏԱՆ

ԵՐԵՎԱՆ

2013



ՀՏԴ 614 (042.3)

ԳՄԴ 51.1

Ա 700 Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան 2013. –Եր.:

Դ. Անդրեասյան, Ս. Մանուկյան, Ս. Ծատուրյան, Ն. Ղարախանյան, Ա.Պոտոսյան,

Ա. Բազարյան, Պ. Զելվեյան:

Ա 700 ՀՀ ԱՆ Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ,

2013 - 133 էջ:

Հայաստանի Հանրապետության առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ) զեկույցը ներկայացնում է Հայաստանի առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման արդարացիության ու ֆինանսական պաշտպանվածության, բնակչության առողջության ընդհանուր վիճակը մարզային կտրվածքով, առողջությանը սպառնացող կենսաբանական, վարքագծային գործոնների, տարածվածության և վնասակար ազդեցության, մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտի հիմնախնդիրները, ինչպես նաև կանանց վերարտադրողական առողջության բարելավման և իրավունքների պաշտպանությանն ուղղված քաղաքականության վերլուծությունը:

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: Ավելին, ԱՀԳԳ-ն կարող է նպաստել ՀՀ առողջապահության նախարարության կարողությունների հզորացմանն ուղղված ՀՀ կառավարության կողմից կատարվող աշխատանքների արդյունավետության բարձրացմանը:

ԱՀԳԳ զեկույցը պատրաստվել է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության տեխնիկական և ֆինանսական աջակցությամբ:

ՀՏԴ 614 (042.3)

ԳՄԴ 51.1

ISBN 978-99941-2-939-3

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

**ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ**

Հապավումներ	5
Նախարարի խոսք	7
Համառոտ ամփոփագիր	9
Ֆինանսական արդարացիություն և ֆինանսական պաշտպանվածություն	9
Մոր և մանկան առողջություն	10
Ռիսկի գործոններ	13
Բնակչության առողջություն	14
<b>1. ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԱՐԴԱՐԱՑԻՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ</b>	<b>17</b>
Առողջապահության համակարգի գործունեության ֆինանսական համատեքստը 2012-2013 թթ.	17
Բժշկական օգնության և սպասարկման գները և ստվերի դեմ պայքարը	20
Բժշկական ապահովագրության զարգացման իրավիճակը և հիմնահարցերը	23
Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ	28
<b>2. ՄՈՐ և ՄԱՆԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ</b>	<b>30</b>
Մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտ	30
Կանանց վերարտադրողական առողջության բարելավման և նրանց իրավունքների պաշտպանություն	30
Մարդկային ռեսուրսների հետ կապված խնդիրներ	30
Մանկաբարձագինեկոլոգիական ծառայությունների որակ	33
ՊԱՊ քսուքի հետազոտություն	36
Մամոգրաֆիկ հետազոտություններ	38
Մանկաբարձագինեկոլոգիական ծառայությունների ֆինանսավորում	41
Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ	44
<b>3. ՄԱՆԿԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԲՇԺԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՈԼՈՐՏ</b>	<b>45</b>
Երեխաների առողջության ուղղված քաղաքականության վերլուծություն	45
Մարդկային ռեսուրսների խնդիր	46
Ֆինանսավորում	50
Մանկական բուժօժանայությունների որակ և մատչելիություն	51
Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ	64
<b>4. ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ</b>	<b>65</b>
Ոչ վարակիչ հիվանդությունների զարգացման ռիսկի գործոնների տարածվածության հիմնախնդիրը	67
Հետազոտության մեթոդաբանություն	67
Ռիսկի գործոնների տարածվածությունն ըստ տարիքային խմբերի	70
Ռիսկի գործոնների կոռելյացիոն վերլուծություն	74
Ռիսկի գործոնների ազդեցությունը զարկերակային արյան բարձր ճնշման վրա	76
Բարձր զարկերակային ճնշման կախվածությունը տարիքից և ավելցուկային քաշից	79
Ծխախոտի երկրորդային ծխի ազդեցություն	81

Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ	84
5. ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ	86
Բնակչության հիվանդացություն	86
Հիվանդացությունների հիմնական խմբերի համեմատությունն ըստ մարզերի	91
Մասնավոր և պետական՝ առողջության առաջնային պահպանման բուժօգնությունների այցելությունները	98
Կապը հիվանդությունների մակարդակի և համապատասխան բժիշկների քանակի միջև	102
Եզրակացություններ	105
Մահացության ընդհանուր դինամիկան	106
Մահերի, ծնունդների և բնական աճի դինամիկան ըստ մարզերի	107
Մահացությունն ըստ մահվան պատճառների	112
Առաջարկներ	126
ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ	127
ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐ	129

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱԱԻ	Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ
ԱԱՊ	Առողջության առաջնային պահպանում
ԱՀԳԳ	Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԱՇՀՀ	Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ
ԱՊՀ	Անկախ պետությունների համագործակցություն
ԱՎԾ	Ազգային վիճակագրական ծառայություն
ԱՏՎՀԿ	Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոն
ԲԶԾ	Բարձր զարկերակային ճնշում
ԵԱՊՀ	Երեխայի առողջության պետական հավաստագիր
ԵՊԲՀ	Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան
ԶԳ	Զարկերակային գերճնշում
ԶԾ	Զարկերակային ճնշում
ԾՊՀ	Ծննդոգնության պետական հավաստագիր
ՀԺԱՀՀ	Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն
ՀԶՆ	Հազարամյակի զարգացման նպատակներ
ՀԿ	Հասարակական կազմակերպություն
ՀՀԿՈՀ	Հայաստանի Հանրապետությունում կյանքի որակի հետազոտության
ՀՄԴ-10	Հիվանդությունների միջազգային դասակարգիչ, 10-րդ տարբերակ
ՀՆԱ	Համախառն ներքին արդյունք
ՀԶՈԾ	Հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիր
ՄԱԿ	Միավորված ազգերի կազմակերպություն
ՄԻԱՎ	Մարդու իմունային անբավարարության վիրուս
ՄՆԱՊՀԾՈԳ	Մայրական և նորածնային առողջության պահպանման հիվանդանոցային ծառայությունների որակի գնահատման
ՄԶՄԿ	Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոն
ՄՔԳ	Մարմնի քաշի գործակից
ՆԾԻՆ	Նախաձեռնողյան խնամք

ՇԴ	Շաքարային դիաբետ
ՇԾԽ	Շուրջճննդյան խնամք
ՈՎՀ	Ոչ վարակիչ հիվանդություններ
ՉՆ	Չարորակ նորագոյացություններ
ՊԱԳ	Պետական առողջապահական գործակալություն
ՊԲԱ	Պարտադիր բժշկական ապահովագրություն
ՌԳ	Ռիսկի գործոն(ներ)
ՌԴ	Ռուսաստանի Դաշնություն
ՍԻՀ	Սրտի իշեմիկ հիվանդություն
ՍՍԻ	Սրտամկանի սուր ինֆարկտ
ՎՎՀ	Վորլդ Վիժըն Հայաստան



## ՆԱԽԱՐԱՐԻ ԽՈՍՔ

Առողջապահության համակարգի գործունեության բարելավումը ՀՀ կառավարության գերակա հիմնախնդիրներից է: Այն ոչ միայն նպաստում է բնակչության առողջության պահպանմանն ու ամրապնդմանը, այլև երկրի տնտեսական և սոցիալական զարգացման կարևորագույն բաղադրիչն է:

ՀՀ առողջապահության նախարարությունը, հավատարիմ մնալով իր կողմից ստանձնած պարտավորություններին և հենվելով Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության «Առողջություն 2020»՝ առողջության և զարգացման համաեվրոպական նոր քաղաքականության վրա, շարունակում է համակարգի գնահատման գործընթացը:

Վերջին տարիներին ՀՀ առողջապահական համակարգում բարեփոխումներ են իրականացվում մոր և մանկան առողջության բարելավման, ոչ վարակիչ հիվանդություններից առաջացած բեռի նվազեցման, առողջ ապրելակերպի խթանման, առողջ ընտանիքի ձևավորման և ամրապնդման ուղղությամբ: Այդ ծրագրերը կյանքի կոչելու համար համակարգված աշխատանքներ են տարվում կենտրոնական և մարզային մակարդակներում արդյունավետ կառավարման, ֆինանսական միջոցների առավել նպատակասլաց օգտագործման, հանրային առողջապահական ծառայությունների կատարելագործման, մասնագիտական որակավորման շարունակական բարձրացման և այլ ուղղություններով:

Առողջապահական համակարգի գնահատման գործընթացի (ԱՀԳԳ) ներկայացվող չորրորդ զեկույցում ներառված են երկրի բնակչության առողջության վիճակը ներկայացնող տվյալներ, առողջ ապրելակերպին, մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտին, կանանց վերարտադրողական առողջության բարելավմանը և իրավունքների պաշտպանությանն ուղղված քաղաքականության վերլուծությունը, ինչպես նաև համակարգի ֆինանսավորման հիմնախնդիրները և բժշկական պարտադիր ապահովագրության կայացման գործընթացը, որոնք ուղղված են Հազարամյակի զարգացման, «Առողջություն 2020» համաեվրոպական քաղաքականության և առողջապահական ռազմավարությունների իրագործմանը:

Հայաստանը եվրոպական տարածաշրջանի եզակի երկրներից է, որ համարձակորեն սկսել է ԱՀԳԳ-ի գործընթացը՝ ներկայացնելով համակարգի բոլոր նվաճումներն ու բացթողումները: Սա մի փաստաթուղթ է, որ կարող է օգտագործվել առողջապահության քաղաքականության մշակման համար անհրաժեշտ տեղեկատվություն հավաքագրելու և

առաջադիմության մշտադիտարկում իրականացնելու համար: Ավելին, ԱՀԳԳ-ն առանցքային այն գործընթացներից է, որի համար լիովին պատասխանատու է երկիրը:

ՀՀ առողջապահության նախարարությունը, հաշվի առնելով այս ամենը, պաշտոնական կարգավիճակ է տվել այս գործընթացին և աջակցում է դրա իրականացմանը բոլոր փուլերում:

Մենք լուրջ ձեռքբերումներ կարող ենք ունենալ մեր ուշադրությունն ու ջանքերը կենտրոնացնելով առողջության ցուցանիշների բարելավման վրա: Եվ մեր նպատակն է չզիջել այլ երկրներին կարևոր այդ ցուցանիշներով կյանքի սպասվող տարիների ավելացում, ոչ վարակիչ հիվանդությունների բեռի նվազեցում, առողջապահական ծառայությունների մատչելիության բարելավում: Այդ նպատակին հասնելու համար մի կողմից պետք է ձգտենք բուժօգնության որակի և հասանելիության բարելավման, մյուս կողմից՝ սեփական գրպանից կատարվող ապօրինի վճարումների զգալի կրճատման և այլ արգելքների վերացման: Այս դժվարին գործընթացն անհրաժեշտ է վերահսկել վերջնական արդյունքների պարբերական գնահատման վստահելի միջոցների և ցուցանիշների միջոցով:

Այսօր մեր առջև ծառայած խնդիրներից մեկն էլ ՀՀ առողջապահության համակարգի զարգացման տեսլականի մշակումն է, որը պետք է սահմանի առողջության պահպանման համար բոլոր ոլորտների պատասխանատվությունը՝ ներառելով սեփական առողջության պահպանման գործում յուրաքանչյուրի պատասխանատվությունը:

**Դերենիկ Դումանյան**



**ՀՀ առողջապահության նախարար, պրոֆեսոր**

## ՀԱՄԱՌՈՏ ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ

«Հ առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳ) 2013թ. զեկույցը կազմված է 5 գլուխներից՝ «Ֆինանսական արդարացիություն և ֆինանսական պաշտպանվածություն», «Մոր և մանկան առողջություն», «Երեխաների առողջություն», «Ռիսկի գործոններ» և «Բնակչության առողջություն», որոնցից յուրաքանչյուրում մանրակրկիտ կերպով ներկայացված են տվյալ ոլորտում առկա հաջողությունները և թերացումները՝ հիմնվելով առկա տվյալների վերլուծությունների արդյունքների վրա:

Զեկույցի յուրաքանչյուր գլխի վերջում ներկայացված են Հայաստանի առողջապահական համակարգի գործունեության արդյունավետության բարձրացմանն ուղղված իրատեսական քաղաքականության առաջարկներ:

### Ֆինանսական արդարացիություն և ֆինանսական պաշտպանվածություն

Հայաստանի առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման խնդիրներին վերաբերող գլուխն ընդգրկում է 2011թ.-ից մինչև զեկույցի պատրաստման պահը (2013թ. նոյեմբեր) ոլորտում առկա զարգացումները և միտումները: Այս բաժնում հատուկ ուշադրության է արժանացել առողջապահության ոլորտում համավճարի ներդրման, վճարովի ծառայությունների կանոնակարգման և ստվերի ու կոռուպցիայի դեմ պայքարի՝ կառավարության կողմից 2012-2013թթ. ընթացքում ձեռնարկված քայլերը և դրանց արդյունքների վերլուծությունը: Գլխում անդրադարձ է կատարվել նաև Հայաստանում բժշկական ապահովագրության համակարգի կայացման, մասնավորապես՝ սոցիալական փաթեթի շրջանակներում իրականացված աշխատանքների առաջին տարվա արդյունքներին և դրական փորձի ամրապնդման հիմնախնդիրներին:

Վերլուծված տվյալները վկայել են, որ չնայած Հայաստանի առողջապահության համակարգին հատկացվող պետական ֆինանսավորման ծավալները տարեցտարի ավելանում են, սակայն այդ աճը ետ է մնում գնաճի տեմպերից, իսկ հատկացվող միջոցները բավարար չեն հիմնական ծառայությունների փաթեթի առանձին բաղադրիչների լիարժեք ֆինանսավորման համար: Առողջապահական ծախսերի հարաբերական մեծությունը որպես համախառն ներքին արդյունքի և որպես պետական բյուջեի ծախսերի մաս դեռ մնում է ցածր մակարդակի վրա, որի արդյունքում առողջապահական ընդհանուր ծախսերի հիմնական բեռը ստիպված է կրել բնակչությունը:

2011-2012թթ. ընթացքում հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային ծառայությունների տեսակարար կշիռը մնացել է անփոփոխ, մինչդեռ 2013թ.-ին հիվանդանոցային ծառայությունների մասնաբաժինը հարաբերականորեն նվազել է, ինչը հիմնականում պայմանավորված է վարկային և դրամաշնորհային ծրագրերի գումարների ավելացմամբ, իսկ 2014թ. բյուջեի նախագծով նախատեսվում է հիվանդանոցային ծառայությունների մասնաբաժնի ավելացում մինչև 43%:

Հայաստանի առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման իրավիճակի կարևոր բնութագրիչներից է առողջապահության ծախսերի ընդհանուր կառուցվածքում մասնավոր

ծախսերի բարձր տեսակարար կշիռը, ընդ որում, Հայաստանի պարագայում իրավիճակն առանձնանում է նաև այն հանգամանքով, որ վերջինիս հիմնական մասը կազմում են բնակչության ուղղակի ծախսերը՝ բժշկական ապահովագրությունից ստացվող եկամուտների ցածր մակարդակի պայմաններում:

Այսպես, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության տվյալների համաձայն առողջապահության ընդհանուր ծախսերում մասնավոր ծախսերը 2010թ. կազմել են 59.5%, իսկ 2011թ.՝ 64.2%, ընդ որում, բնակչության ուղղակի ծախսերը նույն ժամանակահատվածում կազմել են մասնավոր ծախսերի համապատասխանաբար 92.7% և 89.4%-ը: Այս ցուցանիշները շարունակում են մտահոգիչ մնալ ֆինանսական արդարացիության և առողջապահական ծախսերի առումով բնակչության ֆինանսական պաշտպանվածության տեսանկյունից, հատկապես՝ բնակչության սոցիալապես անապահով խավերի համար:

Հայաստանում շարունակվում է մտահոգիչ մնալ նաև առողջապահության ոլորտում առկա ստվերային ֆինանսական հոսքերի հիմնահարցը: Չնայած ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից վերջին տարիներին ձեռնարկվող որոշակի նպատակային քայլերին՝ ուղղված վճարովի ծառայությունների կանոնակարգմանը և բուժհիմնարկների եկամուտների մշտադիտարկմանը, պացիենտների կողմից կատարվող ոչ պաշտոնական վճարումների կարծրատիպը վերջնականապես դեռ չի հաղթահարվել:

Սոցիալական փաթեթի շրջանակներում մասնավոր ապահովագրական ընկերությունների միջոցով իրականացվող առողջության ապահովագրության գործող մեխանիզմները չեն նպաստում պետական միջոցների ծախսման արդյունավետությանը: Հայաստանում դեռ չի ներդրվել պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգը:

## **Մոր և մանկան առողջություն**

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման զեկույցում ներկայացված մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտի հիմնահարցերը և վերարտադրողական առողջության բարելավման և իրավունքների պաշտպանությանն ուղղված քաղաքականության վերլուծությունը, որը իրականացվել է Վորլդ Վիժն Հայաստան կազմակերպության ծրագրի ֆինանսական և խորհրդատվական աջակցությամբ:

Զեկույցի երկրորդ և երրորդ գլուխներում արտացոլված են մանկաբարձագինեկոլոգիական օգնության և սպասարկման ոլորտի հիմնախնդիրները, ինչպես նաև կանանց վերարտադրողական առողջության բարելավման և նրանց իրավունքների պաշտպանությանն ուղղված քաղաքականության վերլուծությունը:

Առկա տվյալները փաստում են, որ վերջին տարիներին կանանց վերարտադրողական առողջության բարելավման ուղղությամբ բավականին մեծ առաջընթաց է նկատվում, որն արտահայտվում է մի շարք պետական նպատակային և ռազմավարական փաստաթղթերի ընդունման և իրագործման մեջ: Այնուամենայնիվ, դրանց իրագործման և տեղայնացման առումով ոչ բոլոր կանոնակարգերն են ամբողջովին կիրառելի:

Տարեցտարի ավելանում է հղիների նախաձննդյան և հետձննդյան խնամքի, ծննդալուծման, ինչպես նաև անհետաձգելի բուժօգնության համար պետության կողմից

երաշխավորված անվճար բուժօգնության և սպասարկման ամենամյա հատկացվող ֆինանսավորումը: Սակայն, մի շարք հետազոտությունների արդյունքները վկայում են, որ այն նվաճումները, որոնք առկա էին ծննդօգնության հավաստագրի ներդրումից հետո, չեն պահպանվում և ամրապնդվում, այլ, ընդհակառակը՝ նվազում են:

Դրական միտումներից է մայրական մահացության միջին ցուցանիշի նվազումը, որը 2010-2012թթ. կազմել է 12.9/100000: Գլոբալ միտումների առումով Հազարամյակների զարգացման նպատակների համար 2015թ. նպատակային վերանայված արժեքը՝ 11.6 /100000, կարող է որակվել որպես «հավանական հասանելի», եթե, իհարկե, պահպանվեն առաջընթացի ընթացիկ միտումները:

Մանկաբարձ-գինեկոլոգներով, նեոնատոլոգներով և մանկաբույժներով ապահովվածության ուսումնասիրությունը փաստում է մասնագետների անհավասարաչափ բաշխվածության մասին: Հայաստանի նեոնատոլոգների ասոցիացիայի գնահատականի համաձայն հանրապետության ծննդօգնության հաստատությունների 73%-ը նեոնատոլոգներով ապահովված չեն: Թեև Երևանի ծննդատներն ունեն համեմատաբար բավարար նեոնատոլոգիական անձնակազմ, սակայն մարզերում առկա բացը սովորաբար լրացվում է ստացիոնար մանկաբուժական անձնակազմի, առաջնային օղակի մանկաբույժների, իսկ որոշ տեղերում՝ նաև ընտանեկան բժիշկների հաշվին: Ներկայում համակարգում առկա են նաև ընտանեկան բժիշկների թափուր տեղեր, որը վկայում է այն մասին, որ մի շարք տարածքների կամ տեղամասերի երեխաներն ու ապագա մայրերը մասամբ զրկված են իրենց առողջության պահպանման իրավունքի պատշաճ իրացման հնարավորությունից:

Համաձայն 2012թ. պաշտոնական տվյալների վերջին երկու տարվա ընթացքում ավելանում է բնածին արատների/շեղումների մակարդակը. այն 12.9-ից դարձել է 15.6 (1000 ծնունդների հաշվով), որը փաստում է ոչ ժամանակին ախտորոշման մասին: 2010թ. Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հետազոտության տվյալների վերլուծությունը նույնպես վկայում է նախաձննդյան խնամքի ոչ որակյալ լինելու մասին:

Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայությունների կողմից կանանց վերարտադրողական առողջության և կանխարգելման վերաբերյալ թերի խորհրդատվական աշխատանքների մասին են վկայում նաև այն փաստը, որ 15-49 տարեկան կանանց 78%-ը տեղյակ չէ կրծքի ինքնազննում կատարելու մեթոդների մասին և կանանց միայն 11%-ն է իրականացնում կրծքի ինքնազննում:

Առողջության առաջնային պահպանման օղակին և հիվանդանոցային ծառայություններին վերաբերող որոշ ցուցանիշների վերլուծությամբ պարզ է դառնում, որ 2010-2012թթ. տեղի է ունեցել հիվանդների հոսքերի փոփոխություններ: Հավաստագրի ներդրումից հետո առաջնային օղակի բուժաշխատողների կողմից կատարվող տնային այցերի, ինչպես նաև այդ բուժհիմնարկներ այցերի միջոցով նախկին բուժվողների մի մասը նախընտրում է դիմել հիվանդանոցներ: Առողջության առաջնային պահպանման օղակը հիվանդությունների վարման իր գործառույթով աստիճանաբար զիջում է ստացիոնարին, որի մասին է վկայում հիվանդության պատճառով տնային այցերի 50%-ը գերազանցող կրճատումը:

Սույն գլխում վեր հանված մյուս խնդիրը վերաբերվում է հիվանդությունների վարման գործելակերպերի խախտումներին, որոնք հաստատվել են Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության և Մանկական հիվանդությունների ինտեգրացված վարման ծրագրի



շրջանակներում: Մասնավորապես, ոչ բոլոր տեղերում են կիրառվում ապացուցողական բժշկության վրա հիմնված ուղեցույցներ և գործելակարգեր:

Ըստ հարցումների, «Երեխայի առողջության պետական հավաստագրի» ներդրման նպատակահարմարության վերաբերյալ բուժաշխատողների վերաբերմունքը հակասական է: Աշխատավարձի առումով նրանց ակնկալիքները չեն արդարացել, քանի որ, անկախ բուժած հիվանդների քանակից և իրենց ծանրաբեռնվածությունից, գոյություն ունի աշխատավարձի վերին շեմ: Հիվանդների հետ փոխհարաբերությունների առումով վիճակը նույնպես վատթարացել է, քանի որ բնակչությունը ստանձնել է խիստ պահանջատիրական կեցվածք:

Հավաստագրի ներդրման արդյունքում դրսևորվել է ցածր ֆինանսական մատչելիության պատճառով մինչ այդ չռեալիզացված 0-7 տարեկան երեխաների հոսպիտալիզացման պահանջարկը:

Հաջորդ փաստարկն այն է, որ ծրագրի ներդրման առաջին տարվա ընթացքում հոսպիտալացումների թիվն առավել կտրուկ (շուրջ 3 անգամ) աճել է մինչև մեկ տարեկան երեխաների շրջանում, ինչն ունի օբյեկտիվ պատճառներ՝ հաշվի առնելով այդ տարիքային խմբի մոտ հիվանդությունների զարգացման անկանխատեսելիությունը:

Հատկանշական է, որ մինչև մեկ տարեկան երեխաների հոսպիտալացումների ավելացումը մարզերում կազմել է 20.4%՝ Երևանի 11.8%-ի դիմաց: Աճի ցուցանիշների նման տարբերությունն անկանխատեսելի էր, քանի որ նորածնային ծառայությունների հիմնական մասը գտնվում է Երևանում: Դատելով թվերից, կարելի է ենթադրել չհիմնավորված հոսպիտալացումների քանակի որոշակի աճի մասին, սակայն, միևնույն ժամանակ 0-1 տարեկանների տարիքային խումբն առավել խոցելի և վտանգավոր շերտն է, և այստեղ չհիմնավորված ուղեգրումները կարող են պայմանավորված լինել ծնողների և բուժաշխատողների կողմից ցուցաբերվող գերզգուշությամբ: Մյուս կողմից, հիվանդանոցային մահաբերության, այդ թվում՝ մինչևուրջօրյա մահացության ցուցանիշների փոփոխությունն արտացոլում է երեխայի առողջության հավաստագրի ներդրման արդյունավետությունը:

Երեխաների հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշների այս փոփոխությունն իր հերթին վկայում է այն մասին, որ մատչելիության բարձրացումն ուղղակիորեն նպաստել է բարձրորդ դեպքերի կրճատմանը, որոնք այլապես կհանգեցնեին մահվան ելքի:

2011թ-ից տնային մահերի բացարձակ թիվը նույնպես նվազման կայուն միտում է դրսևորել, որն առավելապես արտահայտված է 0-1 տարեկանների տարիքային խմբում:

Հարցման արդյունքները վկայում են, որ Երեխայի առողջության պետական հավաստագրի ներդրման նպատակահարմարության վերաբերյալ բուժաշխատողները կարծում են, որ ծրագրի ներդրումը հատկապես նպատակահարմար էր սոցիալապես անապահով խավի համար, ինչ-որ չափով՝ նաև բուժաշխատողների համար, որոնց արժանապատվության խնդիրները նույնպես շատ կարևոր էին: Բնակչությունը միանշանակ շահել է, հատկապես կարիքավոր խավը:

## Ռիսկի գործոններ

Ինչպես ամբողջ աշխարհում, այնպես էլ Հայաստանում ոչ վարակիչ հիվանդությունների աճը և այդ հիվանդությունների զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոնների տարածվածությունը շարունակում է մնալ առողջապահական համակարգի առաջնահերթ լուծում պահանջող հիմնահարցը:

Հայաստանի բնակչության շրջանում 2007-2012թթ. ժամանակահատվածում վարքագծային և կենսաբանական գործոնների տարածվածությունն ընդհանուր առմամբ աճել է, որն իր հերթին նպաստել է բնակչության շրջանում այդ ռիսկի գործոններով պայմանավորված հիվանդությունների թվի աճին:

Հայաստանի բնակչության գերակշիռ մասը տեղյակ է ծխելու և երկրորդային ծխի վնասակարության մասին, սակայն, տղամարդկանց շրջանում դեռևս բարձր մակարդակի վրա է մնում ծխախոտի օգտագործումը, իսկ ծխողները, սովորաբար, անտեսում են իրենց վարքագծի վնասակար ազդեցությունը շրջապատի վրա: Հետևաբար, անհրաժեշտ է խստացնել հանրային վայրերում ծխելու սահմանափակումները և պատժամիջոցներ կիրառել հանրային վայրերում ծխելու համար, հատկապես հանրային տրանսպորտի ոլորտում: Ծխախոտի օգտագործումը տղամարդկանց շրջանում կտրուկ աճում է 20-29 տարեկանների տարիքային խմբում, իսկ սա նշանակում է, որ անհրաժեշտ է հակածխախոտային միջոցառումներում անհրաժեշտ է ներգրավել հատկապես երիտասարդներին և երիտասարդ չափահասներին՝ միաժամանակ խթանելով սիրողական սպորտի նկատմամբ նրանց հետաքրքրությունը:

Ալկոհոլի չարաշահման մակարդակը համեմատաբար բարձր է 30-39 և 60-69 տարեկան տղամարդկանց խմբերում, որը նշանակում է, որ անհրաժեշտ է ավելի մանրակրկիտ կերպով ուսումնասիրել բնակչության այդ խմբերում ալկոհոլի չարաշահման պատճառները և մշակել համապատասխան ռազմավարություն՝ ուղղված ալկոհոլի վնասաբեր օգտագործման կանխարգելմանը:

Չնայած բնակչության շրջանում թեև բավականին բարձր է ֆիզիկական թերակտիվության վնասաբերության վերաբերյալ տեղեկացվածության մակարդակը, սակայն կտրուկ աճել է ֆիզիկական թերակտիվության տարածվածությունը, այդ թվում՝ 15-19 տարեկանների շրջանում: Անհրաժեշտ է միջոցառումներ ձեռնարկել բնակչության շրջանում մարմնամարզության տարածման ուղղությամբ, մասնավորապես, մատչելի դարձնել բնակչության համար առկա մարզադաշտերը և մարզահրապարակները, նախատեսել մարզական նոր կենտրոններ և պարբերաբար կազմակերպել սիրողական զանգվածային մարզական միջոցառումներ:

2007-2012թթ. աճի միտում է դրսևորել նաև մարմնի ավելցուկային քաշի տարածվածությունը:

Վերոնշյալ վարքագծային և մյուս ռիսկի գործոնների տարածվածությունը հանգեցրել է զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածության կտրուկ աճին:

Կարելի է ենթադրել, որ ռիսկի գործոնների տարածվածությունը ուժեղ կոռելացված է մարդու տարիքի հետ: Հետևաբար, նախքան այդ գործոնների շաղկապվածությունների ուսումնասիրությունը արժե դիտարկել տարիքի ազդեցությունը վարքագծային ռիսկի գործոնների տարածվածության վրա:

Միննույն ժամանակ, Հայաստանում տղամարդկանց և կանանց կենսակերպերը բավական տարբերվում են, ուստի կարելի է ենթադրել, որ տղամարդկանց և կանանց խմբերում տարիքի ազդեցությունը ռիսկի գործոնների տարածվածության վրա նույնպես տարբերվում է: Ահա թե ինչու սույն գլխում մի կողմից վերլուծվել է ռիսկի գործոնների կապակցվածությունն ըստ տարիքային և սեռային խմբերի, իսկ մյուս կողմից՝ տարբեր ռիսկի գործոնների կապակցվածությունը:

Վերոնշյալ վերլուծությամբ պարզվել է, որ զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածությունը մինչև 40 տարեկանն ավելի բարձր է տղամարդկանց շրջանում, իսկ մարմնի ավելցուկային քաշի տարածվածությունն ըստ տարիքային խմբերի և սեռի սկսում է աճել 40 տարեկանից բարձր կանանց շրջանում: Ֆիզիկական թերակտիվության տարածվածությունը բարձր է երիտասարդ տարիքի կանանց շրջանում, որը միջին տարիքում հավասարվում է, իսկ մեծ տարիքում կրկին գերազանցում է կանանց մոտ: Ալկոհոլի չարաշահումը և ամեն օր ծխելու սովորությունը տարածված է բացառապես տղամարդկանց շրջանում:

Զարկերակային բարձր ճնշումը դրական է կոռելացված մնացած բոլոր ռիսկի գործոնների հետ, որը նշանակում է, որ ցանկացած ռիսկի գործոնի առկայությունը բարձրացնում է զարկերակային բարձր ճնշման կամ զարկերակային գերճնշման առկայության հավանականությունը:

Ավելցուկային քաշի առկայությունը բարձրացնում է զարկերակային գերճնշման առաջացման հնարավորությունը հատկապես 30-50 տարեկան տղամարդկանց շրջանում, իսկ ավելի բարձր տարիքում դրա ազդեցությունը նվազում է: Նման տարբերություն չի գրանցվել կանանց շրջանում նրանց մոտ մարմնի ավելցուկային քաշի առկայությունը զարկերակային բարձր ճնշման վրա հավասարապես է ազդում բոլոր տարիքային խմբերում:

Ռիսկի գործոնների առկայության գործակցի ուսումնասիրությունը փաստում է, որ եթե կանանց շրջանում կեսից ավելի մոտ գրանցվում է մեկ կամ երկու ռիսկի գործոն, ապա տղամարդկանց մեկ երրորդի մոտ առկա են երեք և ավելի ռիսկի գործոններ:

Այսպիսով, ռիսկի գործոնների վրա տարիքի ազդեցության ուսումնասիրությունը վկայում է, որ այն ազդեցություն ունի զարկերակային բարձր ճնշման և ավելցուկային քաշի տարածվածության վրա:

## **Բնակչության առողջություն**

### **Հիվանդացության միտումներ**

Բնակչության առողջության դիտարկման նպատակով ուսումնասիրվել է առաջնային բուժօգնության օղակում գրանցված հիվանդացությունների ընդհանուր դինամիկան ինչպես ամբողջ հանրապետության, այնպես էլ մարզային մակարդակով, 2007-2012թթ. ընթացքում:

Ամփոփված տվյալները վկայել են, որ 2012թ.-ին 2007թ. համեմատ կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդությունների քանակն աճել է 32%-ով: Սակայն, տարբեր տարիների համար այդ աճը տարբերվել է: Եթե 2008թ.-ին՝ 2007թ. համեմատ և 2009թ.-ին՝ 2008թ. համեմատ տեղի է ունեցել վերոնշյալ ցուցանիշի 10%-ոց աճ, ապա 2010թ.-ին և 2011թ.-ին

նախորդող տարիների համեմատ ըստ էության ցուցանիշի աճ չի գրանցվել, սակայն, հիվանդացության ընդհանուր մակարդակը 2011թ. համեմատ 2012թ.-ին կրկին աճել է 12%-ով:

Եթե հաշվի առնենք, որ համաշխարհային տնտեսական ճգնաժամի ազդեցությունը Հայաստանի տնտեսության և բնակչության տնտեսական վիճակի վրա սկսել է արտահայտվել սկսած 2009թ.-ից, իսկ 2001-2008թթ. ընթացքում Հայաստանում առկա էր և՛ տնտեսական նշանակալի աճ, և՛ դեպի Հայաստան մասնավոր տրանսֆերտների նշանակալի ծավալ, ապա կարելի է ենթադրել, որ 2007-2009թթ. և 2011-2012թթ. ընթացքում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդությունների աճին նպաստող գործոնների շարքում տեղ է գտել նաև Հայաստանի բնակչության տնտեսական վիճակի բարելավումը: Այլ կերպ ասած, 2007-2009թթ. և 2011-2012թթ. Երկրում տեղի է ունեցել առաջնային բուժօգնության բնակչության դիմելիության աճը կապված չի եղել բնակչության շրջանում հիվանդացության իրական աճի հետ:

Նշվածը չի բացառում, որ բնակչության շրջանում կարող էր իրականում լինել հիվանդությունների իրական քանակի աճ, որն, իր հերթին, պայմանավորել է դիմելիության և հետևաբար գրանցված հիվանդությունների աճը: Բացի դրանից, կարելի է առաջ քաշել վարկած այն մասին, որ Հայաստանում բուժօգնության առաջնային օղակ դիմելիության աճի պատճառ է հանդիսացել առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների ֆինանսական և (կամ) ֆիզիկական մատչելիության աճը, կամ բնակչության առողջապահական վարքի փոփոխությունը:

Դիտարկելով բնակչության դիմելիությունը պետական և մասնավոր բուժհաստատություններ, պարզվել է, որ Հայաստանում 2007-2009թթ. և 2011-2012թթ. տեղի է ունեցել առաջնային բուժօգնության բնակչության դիմելիության այնպիսի աճ, որը պայմանավորված չէ բնակչության շրջանում հիվանդացության իրական աճով: Կարելի է ենթադրել, որ բուժօգնության առաջնային օղակ դիմելիության աճի պատճառ է հանդիսացել առաջնային առողջապահական ծառայությունների ֆինանսական և (կամ) ֆիզիկական մատչելիության աճը կամ բնակչության առողջապահական վարքի փոփոխությունը:

2012թ. Հայաստանում մասնավոր առաջնային բուժօգնությունների դիմումները կազմել են առաջնային բուժօգնության բոլոր դիմումների նշանակալի մասը՝ մոտ 25%: Հետևաբար, Հայաստանում մասնավոր բուժօգնություններ առաջնային բուժօգնության դիմածների հաշվառման բացակայությունը էականորեն նվազեցրել է հիվանդացության մակարդակի պատկերը հիվանդացության և՛ ընդհանուր, և՛ հիվանդությունների առանձին խմբերի տեսակետից: Ուստի, հիվանդությունների մակարդակների փոփոխության գնահատման գործոնների ուսումնասիրությունները, որոնք հիմնված են հիվանդությունների արձանագրված վիճակագրական տվյալների վրա, կարող են աղավաղել իրական պատկերը: Հետևաբար, անհրաժեշտ է վիճակագրական տվյալներ հավաքագրել նաև առաջնային բուժօգնություն տրամադրող մասնավոր բուժօգնություններից:

Մասնավոր բուժօգնությունների դիմողների քանակը հարաբերականորեն ավելի բարձր է Երևանում, որը կրկնակի անգամ գերազանցում է նույն ցուցանիշի մակարդակը մարզային քաղաքներում (6.5%), իսկ քաղաքների ցուցանիշը կրկնակի անգամ գերազանցում է գյուղերի ցուցանիշին (3.6%): Պարզվել է նաև, որ որքան բարեկեցիկ է տնային տնտեսությունը, այնքան ավելի բարձր է նրա մասնավոր բուժօգնությունների դիմելու հավանականությունը: Միևնույն ժամանակ,

մասնավոր բուժփիմնարկներ համեմատաբար ավելի շատ են դիմել 40-59 տարեկանները, կազմակերպությունների կառավարիչները և բարձր վճարվող մասնագետները:

### Մահացության միտումներ

2012թ. Հայաստանում գրանցվել է 27599 մահ (912.64 ` 1000 բնակչի հաշվով): 2012թ. մահերի 48.3%-ի պատճառը եղել են արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները:

2009-2012թթ. ընթացքում մահվան 6 առավել հաճախ հանդիպող պատճառները չեն փոխվել՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ, որոնք կազմել են բոլոր մահերի մոտ կեսի պատճառը (2012թ.-ին՝ 48.3%), նորագոյացություններ (20.4%), շնչառական օրգանների հիվանդություններ (5.8%), մարսողական օրգանների հիվանդություններ (5.8%), վնասվածքներ ու թունավորումներ (4.9%) և ներզատական համակարգի հիվանդություններ (4,8%): Կարևոր է հաշվի առնել, որ ոչ վարակիչ հիվանդություններից մահացության բեռը կազմել է մոտ 80%:

Մարզերում մահացության ընդհանուր գործակիցների համադրմամբ պարզվել է, որ մահացության ընդհանուր գործակիցը 2011թ. ամենաբարձրն է եղել Լոռու (10.3), Տավուշի (10.0) և Շիրակի (9.9) մարզերում, ընդ որում, հիվանդացության ցուցանիշների վերլուծությունը ակնհայտորեն վկայում է, որ Շիրակի (27.99) և Լոռու (28.17) մարզերում հիվանդացությունը նույնպես բարձր է, որն էլ պատճառ է հանդիսանում բարձր մահացությանը:

Հանրապետության բոլոր մարզերում մահացության ընդհանուր գործակիցը 2000-2011թթ. ընթացքում դրսևորել է աճի միտում, բացի Սյունիքի և Վայոց Ձոր մարզերից, որտեղ համապատասխան գործակիցներն աճել են մինչև 2009թ., որից հետո 2010-2011թթ. ընթացքում մի փոքր նվազել են:



## 1. ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԱՐԴԱՐԱՑԻՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Հայաստանի առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման խնդիրներին նվիրված այս հատվածը ընդգրկում է 2011թ.-ից հետո առկա տվյալները և մինչև զեկույցի պատրաստման պահը (2013թ. նոյեմբեր) տեղ գտած զարգացումները:

Առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորմանն առնչվող տվյալները հիմնված են 2012թ. պետական բյուջեի փաստացի ցուցանիշների, 2013թ. հաստատված բյուջեի և 2014թ. պետական բյուջեի նախագծի վրա: Հատուկ ուշադրություն է դարձվել առողջապահության ոլորտում համավճարի ներդրման, վճարովի ծառայությունների կանոնակարգման և ստվերի դեմ պայքարի ուղղություններով կառավարության կողմից 2012-2013թթ. ընթացքում ձեռնարկված քայլերին և դրանց արդյունքների վերլուծությանը:

Փաստաթղթում անդրադարձ է կատարվել նաև Հայաստանում բժշկական ապահովագրության համակարգի կայացմանը, մասնավորապես՝ սոցիալական փաթեթի շրջանակներում իրականացված աշխատանքների առաջին տարվա արդյունքներին և այդ ոլորտի հետագա զարգացման խնդիրներին:

### Առողջապահության համակարգի գործունեության ֆինանսական համատեքստը

2012-2013թթ.

«ՀՀ կառավարության 2008թ. ապրիլի 28-ի N380-Ա որոշմամբ հաստատված կառավարության գործունեության 2008-2012թթ. ծրագրում նշված էր, որ՝ «Առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորումը միջնաժամկետ հատվածում հանդիսանալու է կառավարության ծախսային քաղաքականության առաջնային գերակայություններից մեկը: Առողջապահության գծով պետական ծախսային մասհանումների ավելացումը լինելու է կառավարության օրակարգում, և ծրագրվում է 2012 թվականին ապահովել ոլորտում պետական ծախսերի՝ համախառն ներքին արդյունքի նկատմամբ առնվազն 2.2% մակարդակ»:

Այնուհանդերձ, նշված ծրագրի հաստատումից հետո սկսված համաշխարհային ֆինանսական ճգնաժամը էական ազդեցություն թողեց Հայաստանի տնտեսության, և համապատասխանաբար՝ նաև կառավարության ծրագրերի վրա:

2010-2013թթ. ընթացքում համախառն ներքին արդյունքում (ՀՆԱ) առողջապահության պետական ծախսերի մասնաբաժինը ավելի պակաս էր, քան ճգնաժամային համարվող 2009թ.-ին՝ տատանվելով 1.5-1.6% միջակայքում, իսկ 2014թ. պետական բյուջեի նախագծով այդ ցուցանիշը նախատեսվում է հասցնել 1.7%-ի (Աղյուսակ 1): Այսպիսի իրավիճակը և խնդիրները արձանագրված են նաև 2013թ.-ին մշակված «Հայաստանի Հանրապետության 2013-2025թթ. հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագրում» (ՀԶՌԾ), որտեղ նշված է՝ «2009-2011թթ. առողջապահության ոլորտում պետական ծախսերը զգալիորեն ցածր են եղել համապատասխան ժամանակահատվածի միջնաժամկետ նպատակադրումներից: Դա

հիմնականում պայմանավորվել է ֆինանսատնտեսական ճգնաժամի հետևանքով բյուջետային ռեսուրսների կրճատմամբ և ընդհանուր բյուջետային շրջանակի զգալի նեղացմամբ»:

Միջազգային տվյալների հետ համեմատությունը ցույց է տալիս, որ առողջապահության ոլորտում պետական ծախսեր/ՀՆԱ հարաբերությունը Հայաստանում զգալիորեն ետ է ոչ միայն Եվրամիության երկրների (5.5%՝ առանց բժշկական ապահովագրության), այլև Անկախ պետությունների համագործակցության (ԱՊՀ) երկրների միջին ցուցանիշից (4.8%)<sup>1</sup>:

ՀՀ պետական բյուջեից առողջապահության ոլորտին 2011-2012թթ. ընթացքում փաստացի հատկացված, ինչպես նաև 2013-2014թթ. համար պետական բյուջեով նախատեսված միջոցների մասին տվյալները ներկայացված են Աղյուսակ 1-ում: Նույն աղյուսակում արտացոլված են նաև ՀՀ 2013-2025թթ. հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագրով նախատեսված ցուցանիշները մինչև 2025թ. համար:

Աղյուսակ 1. Առողջապահության ոլորտի պետական ծախսեր, 2011-2025թթ.

Ցուցանիշներ	2011	2012	2013 (հաստատված բյուջե)	2014 (բյուջեի նախագիծ)	2017	2021	2025
					Համաձայն ՀՀԲԾ-ի		
Համախմբված բյուջեի ծախսերը առողջապահության բնագավառում (մլրդ դրամ)	63.5	64.8	72.2	81.0	131.9	241.6	434.6
Համախմբված բյուջեի ընդհանուր ծախսերի նկատմամբ (%)	6.3	6.2	6.1	6.5	7.5	8.7	10.1
ՀՆԱ նկատմամբ (%)	1.7	1.6	1.6	1.7	2.0	2.4	2.9

Աղբյուր՝ ՀՀԲԾ, 2013-2025թթ.

Ինչպես երևում է աղյուսակում բերված տվյալներից՝ համախմբված պետական բյուջեի ծախսերում առողջապահության մասնաբաժինը 2011թ. կազմել է 63.5 մլրդ դրամ, 2012թ.՝ 64.8 մլրդ դրամ, 2013թ. համար այն հաստատված է 72.2 մլրդ դրամի չափով, իսկ 2014թ. բյուջեի նախագծով նախատեսվում է 81.0 մլրդ դրամ:

Համախմբված բյուջեի ցուցանիշները ընդգրկում են ինչպես ՀՀ առողջապահության նախարարության (ԱՆ), այնպես էլ որոշ այլ գերատեսչությունների մասով բյուջեում նախատեսված ծախսերը: Տոկոսային առումով առողջապահության ոլորտին 2011թ. ուղղվել է բյուջեի ընդհանուր ծախսերի 6.3%-ը, 2012թ.՝ 6.2%-ը, 2013թ. կկազմի 6.1%, իսկ 2014թ. համար, ըստ նախագծի՝ 6.5%:

Այսպիսով, կարելի է արձանագրել, որ 2011-2014թթ. ընթացքում առողջապահության ոլորտին հատկացվող պետական ֆինանսավորումը, որպես ընդհանուր բյուջետային ծախսերի մասնաբաժին, էական փոփոխության չի ենթարկվելու:

<sup>1</sup> 2010թ. ԱՀԿ տվյալների առցանց շտեմարան:

Աղյուսակ 2-ում ներկայացված է ՀՀ պետական բյուջեից առողջապահության ոլորտին հատկացվող ֆինանսավորման բաշխումն ըստ ծառայությունների հիմնական խմբերի:

Աղյուսակ 2. ՀՀ պետական բյուջեով նախատեսված առողջապահական ծախսերի հիմնական խմբերի տեսակարար կշիռն ընդհանուր ծախսերում (%)

Ծառայության տեսակները	2011	2012	2013 (հաստատված բյուջե)	2014 (բյուջեի նախագիծ)
Արտահիվանդանոցային ծառայություններ	33	33	33	33
Հիվանդանոցային ծառայություններ	42	42	38	43
Վարկային և գրանտային ծրագրեր	6	8	16	12
Այլ ծրագրեր	19	17	13	12

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ ՊԱԳ, 2013թ.

Ինչպես երևում է բերված տվյալներից՝ 2011-2012թթ. ընթացքում հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային ծառայությունների տեսակարար կշիռը մնացել է անփոփոխ, 2013թ. հիվանդանոցային ծառայությունների մասնաբաժինը հարաբերականորեն նվազել է, ինչը հիմնականում պայմանավորված է վարկային և դրամաշնորհային ծրագրերի գումարների ավելացմամբ, իսկ 2014թ. բյուջեի նախագծով նախատեսվում է հիվանդանոցային ծառայությունների մասնաբաժնի ավելացում մինչև 43%: Սա պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ եթե նախորդ տարվա նկատմամբ 2014թ. առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորումը նախատեսվում է ընդհանուր առմամբ ավելացնել շուրջ 12%-ով, ապա արտահիվանդանոցային ծառայությունների մասով նախատեսվում է 11%-ոց, իսկ հիվանդանոցային ծառայությունների գծով՝ շուրջ 27%-ոց աճ:

Արտահիվանդանոցային ծառայությունների ֆինանսավորման աճը, ինչպես և նախորդ տարի, բացատրվում է 2014թ. հուլիսի 1-ից նախատեսվող աշխատավարձերի բարձրացմամբ (ինչպես նվազագույն աշխատավարձի, այնպես էլ բուժանձնակազմի միջին հաշվարկային աշխատավարձի), իսկ հիվանդանոցային ծառայությունների մասով դրան գումարվում են կառավարության սոցիալական քաղաքականությունից բխող երկու հավելյալ գործոններ:

Առաջինը՝ անվճար բուժօգնության իրավունք ունեցող խմբերի ցանկի նախատեսվող ընդլայնումն է, որի արդյունքում ցանկում կընդգրկվեն ընտանեկան նպաստի համակարգում 30 և ավելի միավոր ունեցող շահառուները (ներկայում գործող 36 միավոր շեմի փոխարեն): Այս քայլի արդյունքում 2014թ. շուրջ 270 հազար նոր շահառուներ հնարավորություն կստանան օգտվելու անվճար հիվանդանոցային բուժօգնությունից, որի համար 2014թ. պետական բյուջեի նախագծով լրացուցիչ նախատեսված է ավելի քան 3 մլրդ դրամ:

Երկրորդը՝ 2013թ. բյուջեով սոցիալական փաթեթի համար նախատեսված գումարներից շուրջ 2.6 մլրդ դրամ 2014թ.-ին ընդգրկվել է առողջապահության բյուջեում, որն ուղղվելու է զինծառայողների և նրանց ընտանիքների անդամների բուժօգնության ֆինանսավորմանը (այս մասին ավելի մանրամասն կներկայացվի բժշկական ապահովագրության հիմնահարցերին նվիրված բաժնում):

Հայաստանի առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման իրավիճակի կարևոր բնութագրիչներից մեկը եղել և մնում է առողջապահության ընդհանուր ծախսերում մասնավոր ծախսերի բարձր տեսակարար կշիռը, ընդ որում՝ Հայաստանի պարագայում իրավիճակը առանձնանում է նաև նրանով, որ մասնավոր ծախսերի հիմնական մասը կազմում են բնակչության ուղղակի ծախսերը (out-of-pocket expenditures)<sup>2</sup>՝ բժշկական ապահովագրությունից ստացվող եկամուտների ցածր մակարդակի պայմաններում:

Այսպես, համաձայն Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) տվյալների՝ առողջապահության ընդհանուր ծախսերում մասնավոր ծախսերը 2010թ. կազմել են 59.5%, իսկ 2011թ.՝ 64.2%, ընդ որում՝ բնակչության ուղղակի ծախսերը նույն ժամանակահատվածում համապատասխանաբար կազմել են մասնավոր ծախսերի 92.7% և 89.4%-ը: Այս ցուցանիշները շարունակում են մտահոգիչ լինել ֆինանսական արդարացիության և առողջապահական ծախսերի առումով բնակչության ֆինանսական պաշտպանվածության տեսանկյունից, հատկապես՝ բնակչության սոցիալապես անապահով խավերի առումով:

ՀՀ կառավարության 2012թ. հունիսի 18-ի N 730-Ա որոշմամբ հաստատված կառավարության գործունեության 2012-2017թթ. ծրագիրը առողջապահության ֆինանսավորման ցուցանիշների առումով կոնկրետ թիրախներ չի սահմանում, փոխարենը՝ ՀՀԴԾ-ում պարունակվում են որոշակի ցուցանիշներ, որոնց կառավարությունը ձգտելու է հասնել առաջիկա տարիներին: Մասնավորապես, նախատեսվում է առողջապահության ոլորտում պետական ծախսերի մակարդակը 2017թ. հասցնել ՀՆԱ-ի նկատմամբ 2%, իսկ 2025թ.՝ շուրջ 3%:

Սահմանված թիրախներին հասնելու նպատակով նախատեսվում է պետական ծախսեր/ՀՆԱ հարաբերակցության տարեկան 0.1-0.2 տոկոսային կետով ավելացում, որի արդյունքում ակնկալվում է ոլորտում իրական արտահայտությամբ պետական ծախսերի ավելացում 2017թ.-ին 2011թ. համեմատ՝ 1.7, իսկ 2025թ.՝ շուրջ 4.2 անգամ: Ծրագրային ժամանակահատվածում առողջապահության ոլորտը լինելու է պետական ծախսային գերակայություններից մեկը, և ոլորտին հատկացումներն աճելու են ավելի արագ, քան համախմբված բյուջեի ընդամենը ծախսերը:

Արդյունքում ակնկալվում է, որ առողջապահության ոլորտում պետական ծախսերի մասնաբաժինը համախմբված բյուջեի ընդամենը ծախսերում 2017թ. կկազմի 7.5%, իսկ 2025թ.՝ 10.1%՝ 2011թ. արձանագրված փաստացի 6.3%-ի փոխարեն<sup>2</sup>:

## **Բժշկական օգնության և սպասարկման գները և ստվերի դեմ պայքարը**

Առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման դեռևս չլուծված հարցերից մեկը մնում է բուժօգնության գների խնդիրը:

Պետական պատվերի շրջանակներում ՀՀ ԱՆ կողմից մի շարք ծառայությունների փոխհատուցման համար շարունակում են կիրառվել բուժօգնության իրական ծախսերը չարտացոլող ցածր գներ, որոնց ձևավորման համար նախկինի պես շարունակում է կիրառվել

<sup>2</sup> Հայաստանի Հանրապետության 2013-2025թթ. հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիր (վերանայված վերջնական նախագիծ, 06.08.2013թ.), §403-404

պետական բյուջեով նախատեսված միջոցների ծավալը դեպքերի ակնկալվող թվի վրա բաժանելը: Այլ կերպ ասած՝ այդ գները չեն արտացոլում ծառայության մատուցման ինքնարժեքը, ուստի և չեն կարող ապահովել բուժօգնության բարձր որակը:

Դրա հետ մեկտեղ, բավարար չափով կանոնակարգված չէ նաև վճարովի բուժօգնության գների համակարգը: Օրինակ, հաճախ նմանատիպ ծառայությունների համար տարբեր բուժհիմնարկներ կիրառում են էապես տարբեր գներ՝ դրանով իսկ պացիենտների համար ստեղծելով անորոշություն և բուժօգնության վերջնական արժեքի անկանխատեսելիություն, ինչն իր հերթին բացասաբար է անդրադառնում բուժօգնության մատչելիության վրա:

ՀՀ կառավարությունը փորձել է մասամբ կանոնակարգել այս ոլորտը՝ 2012թ. դեկտեմբերի 27-ի N1692-Ն որոշմամբ ստեղծելով սոցիալական փաթեթի առողջության ապահովագրության ծառայության բազային փաթեթի մեջ մտնող հիմնական բժշկական ծառայությունների և դեղերի կողմնորոշիչ գները կարգավորող միջգերատեսչական հանձնաժողով: Միջգերատեսչական հանձնաժողովը հաստատել է բժշկական ծառայությունների կողմնորոշիչ գնացուցակ, որը պետք է հիմք հանդիսանար ապահովագրական ընկերությունների համար՝ բժշկական կազմակերպությունների հետ պայմանագրեր կնքելու և ապահովագրված անձանց ցուցաբերված բուժօգնության դիմաց փոխհատուցում վճարելու համար:

Այնուամենայնիվ, վերոնշյալ հանձնաժողովի կողմից հաստատված գների ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ դրանք ունեն լրամշակման կարիք, մասնավորապես, գնացուցակում ընդգրկված չեն ոչ վիրաբուժական (թերապևտիկ) բուժօգնության գները:

Հայաստանում դեռևս արդիական է նաև առողջապահության ոլորտում առկա սովորաբար ֆինանսական հոսքերի հիմնահարցը: ՀՀ ԱՆ կողմից վերջին տարիներին ձեռնարկվել են որոշակի նպատակային քայլեր՝ ուղղված վճարովի ծառայությունների կանոնակարգմանը և բուժհիմնարկների եկամուտների մշտադիտարկմանը, սակայն պացիենտների կողմից բուժանձնակազմին կատարվող ոչ պաշտոնական վճարումների կարծրատիպը վերջնականապես հաղթահարել դեռևս չի հաջողվել:

Այդուսակ 3-ում ներկայացված են ՀՀ ԱՆ կողմից պետական պատվեր իրականացնող շուրջ 450 բժշկական կազմակերպություններից հավաքագրվող ամենամսյա տեղեկատվության ամփոփ տվյալները 2011-2012թթ. համար՝ ըստ մարզերի: Այդ տվյալները ընդգրկում են բժշկական կազմակերպությունների կողմից մատուցված վճարովի ծառայությունների, համավճարից ստացված եկամուտների, ապահովագրական ընկերություններից ստացված հատուցումների, ինչպես նաև այլ վճարովի ծառայությունների (այդ թվում՝ տարածքների վարձակալություն, հարբժշկական ծառայություններ և այլն) ցուցանիշները:

Ինչպես երևում է բերված տվյալներից՝ վճարովի հիմունքներով մատուցվող բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների ընդհանուր ծավալը 2012թ. կազմել է շուրջ 25 մլրդ դրամ, ինչը նախորդ տարվա նկատմամբ ավելի է 31%-ով, ընդ որում՝ աճ է արձանագրվել ինչպես Երևանի, այնպես էլ բոլոր մարզերի գծով: Երևանի բժշկական կազմակերպություններում նախորդ տարվա համեմատ արձանագրվել է 34% աճ, ինչն ավելի բարձր է, քան երկրի միջին ցուցանիշը: Սա բացատրվում է նրանով, որ նեղ մասնագիտացված (երրորդային մակարդակի) բժշկական օգնություն ցուցաբերող հիվանդանոցները հիմնականում կենտրոնացված են մայրաքաղաքում, և դրանք այն ծառայություններն են, որտեղ առկա է մեծ պոտենցիալ վճարովի



ծառայությունների առումով (նաև՝ ավելի բարձր են մատուցվող ծառայությունների գները)՝ սրտանոթային վիրաբուժություն, ակնաբուժություն, ուռուցքաբանություն, միկրովիրաբուժություն և այլն:

Աղյուսակ 3. ՀՀ պետական պատվեր իրականացնող բժշկական կազմակերպությունների կողմից մատուցված վճարովի ծառայությունների ծավալներն ըստ մարզերի, 2011-2012 թթ.

Տարածաշրջանի անվանումը	2011թ. (մլն դրամ)	2012թ.	
		(մլն դրամ)	աճ
ԸՆԴԱՄԵՆԸ այդ թվում.	19080.4	24933.5	31%
Երևան	16681. 8	22275.0	34%
ՀՀ մարզեր այդ թվում.	2398.6	2658.5	11%
Արարատ	273.1	297.9	9%
Շիրակ	390.9	421.3	8%
Կոտայք	331.5	336.9	2%
Լոռի	538.4	583.7	8%
Վայոց Ձոր	45.2	47.1	4%
Սյունիք	143.1	185.8	30%
Տավուշ	109.6	114.8	5%
Արմավիր	269.0	316.9	18%
Գեղարքունիք	177.9	200.6	13%
Արագածոտն	119.9	153.5	28%

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ ՊԱԳ, 2013թ.

Տվյալները վկայում են նաև Երևանի և մարզերի բնակչության սոցիալական կարգավիճակի միջև առկա տարբերության մասին, այն է՝ բնակչության առավել վճարունակ մասը հիմնականում բնակվում է Երևանում: Ինչ վերաբերում է մարզերի ցուցանիշներին, ապա առկա պատկերի վրա ազդող հիմնական գործոններն են տվյալ մարզի բնակչության թիվը, մարզում վերակառուցված և վերազինված բուժօգնությունների, ինչպես նաև նեղ մասնագիտացված առանձին ծառայությունների առկայությունը, որոնք մարզերում բաշխված են անհավասարաչափ:

2013թ. վճարովի ծառայություններից ստացվող մուտքերի վերաբերյալ ՀՀ ԱՆ պետական առողջապահական գործակալությունից (ՊԱԳ) ստացված տվյալները վկայում են, որ նախորդ տարվա ընթացքում արձանագրված աճի բարձր տեմպերը կպահպանվեն նաև 2013թ-ի ընթացքում: Ավելին, ըստ կանխատեսման՝ 2013թ. առաջին անգամ առողջապահության համակարգում վճարովի հիմունքներով մատուցված ծառայությունների ընդհանուր ծավալը (որոնք հիմնականում ձևավորվում են հիվանդանոցային ոլորտում) կգերազանցի պետական բյուջեով հիվանդանոցային բուժօգնության համար հատկացված ֆինանսավորման ծավալը:

Վճարովի ծառայությունների ծավալների նման աճի վրա իր ուղղակի ազդեցությունն է թողել 2012-2013թթ.-ի ընթացքում ՀՀ ԱՆ կողմից իրականացված քաղաքականությունը՝ ուղղված

համավճարի կիրառման ընդլայնմանը, որը դիտարկվում է որպես համակարգում առկա ստվերային երևույթների դեմ պայքարի միջոց: Ի լրումն նախկինում գործող բյուջեի ծրագրերի, որտեղ ներդրված էր համավճար (անհետաձգելի բուժօգնություն և գինեկուրգիական ծառայություններ), 2012թ. համավճար ներդրվեց նաև ուռուցքաբանական և սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների ծրագրերում: 2013թ. ԱՆ կողմից ընդլայնվեց նաև այն առանձին բժշկական կազմակերպությունների ցանկը, որտեղ կիրառվում է համավճարի փորձարարական եղանակը:

Համավճարի կիրառման արդյունքների վերլուծությունը թույլ է տալիս կատարել որոշակի եզրահանգումներ՝

- ա. համավճարի ծրագրերի ընդլայնումը իրոք բերում է առողջապահության ոլորտում առկա ստվերային շրջանառության էական կրճատման, սակայն դեռևս չի երաշխավորում ոչ պաշտոնական վճարումների լիակատար վերացումը.
- բ. համավճարի ներդրման արդյունքում արձանագրվող վճարովի ծառայությունների ծավալների աճը պայմանավորված է ոչ միայն և ոչ այնքան բուն համավճարից ստացվող եկամուտների աճով (որոնց մասնաբաժինը վճարովի ծառայությունների ընդհանուր ծավալում չի գերազանցում 5%-ը), այլ հիմնականում դրա արդյունքում իրականացվող վճարովի ծառայությունների գների բարձրացմամբ.
- գ. համավճարի ներդրումը բոլոր դեպքերում չէ, որ տալիս է ակնկալվող արդյունքը, մասնավորապես, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների ծրագրում համավճարի ներդրման արդյունքում ստվերային եկամուտների օրինականացման առումով էական արդյունքներ չեն արձանագրվել, նույնը վերաբերում է նաև ուռուցքաբանական հիվանդությունների ոչ վիրահատական բուժօգնության ծառայություններին (քիմիոթերապիա և ճառագայթային բուժում).
- դ. ԱՀԿ կողմից 2012թ. իրականացված ուսումնասիրության համաձայն՝ համավճարի ներդրումը որոշակի խնդիրներ է ստեղծում բնակչության սոցիալապես անապահով և անվճարունակ խմբերին պատկանող անձանց համար բժշկական ծառայությունների մատչելիության առումով, քանի որ այն բերում է գների ընդհանուր բարձրացման, իսկ համավճարից ազատման մեխանիզմները միշտ չէ, որ բավարար չափով հաշվի են առնում պացիենտի իրական անապահովության աստիճանը<sup>3</sup>:

## Բժշկական ապահովագրության զարգացման իրավիճակը և հիմնահարցերը

Հայաստանում պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգ դեռևս գոյություն չունի, իսկ կամավոր բժշկական ապահովագրության ծրագրերում ընդգրկված է բնակչության ընդամենը 1-1.5%:

<sup>3</sup> “An evaluation of the impact of introducing patient co-payments on access to health services, financial protection, and levels of unofficial payments in Armenia”, WHO report, Yerevan, 2012.

Դրա հետ մեկտեղ՝ 2012թ. սկսած ՀՀ կառավարության կողմից այս ուղղությամբ սկսվել են ձեռնարկվել որոշակի քայլեր: Ըստ էության, ՀՀ կառավարությունը, հանդես գալով որպես գործատու, սոցիալական փաթեթի շրջանակներում առողջության ապահովագրությամբ ապահովեց իր աշխատողներին՝ դրանով իսկ փորձելով որոշակի խաղի կանոններ սահմանել այս ոլորտում:

Անհրաժեշտ է նաև նշել, որ ՀՀ կառավարության 2012թ. հունիսի 18-ի N 730-Ա որոշմամբ հաստատված կառավարության գործունեության 2012-2017թթ. ծրագրում, ինչպես նաև 2013թ. մայիսի 16-ի N 515-Ա որոշմամբ հաստատված կառավարության 2013թ. գործունեության ծրագրում ընդգրկված են դրույթներ այն մասին, որ ՀՀ կառավարությունը ձգտելու է ներդնել առողջապահության ֆինանսավորման նոր մեխանիզմներ և մոտեցումներ, ինչպես նաև որոշ հիվանդությունների տեսակների և սոցիալապես անապահով խավերի համար աստիճանաբար ներդրվելու է բժշկական ապահովագրության ինստիտուտը:

Այս առումով առաջին հերթին անհրաժեշտ է անդրադառնալ ՀՀ կառավարության 2011թ. դեկտեմբերի 27-ի N 1917-Ն և N 1923-Ն որոշումներով 2012թ. հունվարից Հայաստանում ներդրված նոր պետական ծրագրի՝ «սոցիալական փաթեթի» առաջին տարվա արդյունքներին:

Սոցիալական փաթեթով նախատեսված էր հնարավորություն տալ շուրջ 120 հազար պետական աշխատակիցների (անկախ զբաղեցրած պաշտոնից և վարձատրության չափից) և նրանց ընտանիքի անդամներին հավասարաչափ օգտվել մի խումբ սոցիալական ծառայություններից:

Համաձայն ՀՀ ֆինանսների նախարարության կողմից պատրաստված «2012թ. սոցիալական փաթեթի ամփոփիչ արդյունքների վերաբերյալ տեղեկանքի» (Տեղեկանք), սոցիալական փաթեթի ներդրումը հնարավորություն տվեց փաստացի շուրջ 110 հազար պետական աշխատողների օգտվելու այդ ծրագրով նախատեսված ծառայություններից:

Հաշվի առնելով, որ սոցիալական փաթեթից կարող էին օգտվել ոչ միայն բուն աշխատողները, այլև նրանց ընտանիքի անդամները, ապա փաստացի սոցիալական փաթեթի շրջանակներում ծառայություններ են ստացել ոչ միայն շուրջ 110 հազար պետական աշխատողներ, այլ առավել մեծ թվով շահառուներ (ավելի քան 150000 մարդ):

Սոցիալական փաթեթի գումարը 2012 թ. համար սահմանվել է տարեկան 132 հազար դրամ, իսկ սոցիալական փաթեթի ծառայություններից օգտվելու համար ՀՀ 2012թ. պետական բյուջեով նախատեսվել էր 18 միլիարդ դրամ, որից փաստացի ծախսվել է շուրջ 13 միլիարդը (12.165 միլիարդ ՀՀ դրամ): Այդ գումարի հիմնական մասը (10.1 մլրդ դրամ կամ 83%) ուղղվել է առողջության ապահովագրությանը, 970.3 մլն դրամը (8%)՝ ուսման վճարներին, 957.7 մլն դրամը (շուրջ 8%)՝ հանգստի ապահովմանը և ընդամենը 77.4 մլն դրամը (կամ 1%-ից էլ պակաս)՝ հիպոթեքային վարկի մարմանը:

Առողջության ապահովագրության ծառայությունը 2012թ. սոցիալական փաթեթի հատկացման գործընթացում աշխատողների համար կրել է պարտադիր բնույթ, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ աշխատողն արդեն իսկ օգտվում էր համանման ծառայությունից: Հատկանշական է, որ սոցիալական փաթեթի շրջանակներում աշխատողների գերակշիռ մեծամասնությունը նախընտրել է իր սոցիալական փաթեթի գումարից առողջության ապահովագրությանը տրամադրել ոչ միայն 52 հազար դրամ՝ առողջության պարտադիր

ապահովագրության պայմանագիր ձեռք բերելու համար, այլև մնացած 80 հազար դրամը կամ դրա մի մասը ևս հատկացնել նույն ծառայությանը՝ առողջության լրացուցիչ ապահովագրության փաթեթներ կամ ընտանիքի անդամների համար ևս առողջության ապահովագրության փաթեթներ ձեռք բերելու նպատակով: Ապահովագրությունը իրականացվել է 7 մասնավոր ապահովագրական ընկերությունների միջոցով:

Տեղեկանքում բերված տվյալների վերլուծությունը թույլ է տալիս առանձնացնել սոցիալական փաթեթի ծրագրի շրջանակներում իրականացված առողջության ապահովագրության ընթացքում ի հայտ եկած հիմնական խնդիրները:

Առողջության ապահովագրության գծով վճարված ապահովագրական հատուցումների ընդհանուր ծավալը կազմել է 3962.1 մլն դրամ (կամ հավաքագրված ապահովագրավճարների ընդհանուր ծավալի շուրջ 40%-ը): Սա նշանակում է, որ պետական բյուջեից այս նպատակներով հատկացված գումարների 60%-ը մնացել է վերոհիշյալ մասնավոր ապահովագրական ընկերությունների տրամադրության տակ: Եթե նույնիսկ ենթադրենք, որ այդ գումարների մոտ 10-15%-ը կազմել են ընկերությունների գործառնական ծախսերը, ապա գործունեության տվյալ տեսակի շահութաբերության մակարդակը ստացվում է բավականին բարձր, որը կառավարության տեսանկյունից պետք է դիտարկվի որպես պետական միջոցների ծախսման արդյունավետության առումով լուրջ խնդիր:

Այսպիսի իրավիճակի պատճառները, մեր կարծիքով, երկուսն են. սոցիալական փաթեթի առողջության ապահովագրության բազային փաթեթի այն սահմանումները և բացառությունները, որոնք գործում էին 2012թ., ինչպես նաև բազային փաթեթի համար սահմանված մեկ անձի տարեկան ապահովագրավճարի (52000 դրամ) չափը: Այսպես, համաձայն կառավարության կողմից հաստատված բազային փաթեթի սահմանման՝ ապահովագրական հատուցման բացառություններ էին համարվում բժշկական օգնության և սպասարկման բոլոր այն ծավալները, որոնք ապահովագրված անձը կարող էր ստանալ պետական պատվերի շրջանակներում:

Այսպիսով, ապահովագրված անձին անհրաժեշտ բուժօգնության ծավալի զգալի մասը դուրս է մնացել ապահովագրական ընկերությունների պատասխանատվության շրջանակից: Ինչպես հայտնի է, Հայաստանում պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնության և սպասարկման ծավալները ամբողջ բնակչության համար ընդգրկում են ծառայությունների բավականին լայն շրջանակ, այդ թվում՝ ամբողջ ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնությունը, ծննդօգնությունը, մինչև 7 տարեկան երեխաների բուժօգնությունը, սոցիալական նշանակության մի շարք հիվանդությունների բուժումը, անհետաձգելի բուժօգնությունը և այլն: Փաստորեն, բուժօգնության բոլոր նշված ծավալները հանդիսանում էին ապահովագրական հատուցման բացառություն, այսինքն՝ ենթակա չէին փոխհատուցման սոցիալական փաթեթի շրջանակներում ապահովագրված անձանց համար:

Բացի այդ, բնակչության սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերին դասվող անձինք, որոնք ըստ գործող կարգի իրավունք ունեն անվճար օգտվել բուժօգնության գրեթե բոլոր տեսակներից (ի լրումն վերը նշվածների), նույնպես պետք է պարտադիր օգտվեին սոցիալական փաթեթի առողջության ապահովագրությունից, եթե հանդիսանում էին սոցիալական փաթեթից օգտվելու իրավունք ունեցող անձ: Նշված անձանց համար ապահովագրական ընկերությունները, ըստ էության, հնարավորություն ունեին մերժել

ապահովագրական հատուցումների գրեթե բոլոր դեպքերը, քանի որ նրանք պետական պատվերի սահմաններում կարող էին անվճար օգտվել ծառայությունների հիմնական մասից:

Թվարկված խնդիրները մասամբ իրենց լուծումը ստացան ՀՀ կառավարության 2012թ. դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն որոշմամբ, որով հաստատվեց 2013թ. սոցիալական փաթեթի հատկացման կարգը և փաթեթի մեջ մտնող ծառայությունների բովանդակությունը:

Վերոնշյալ որոշմամբ բնակչության սոցիալապես անապահով խմբերում ընդգրկված անձանց տրվեց ընտրության հնարավորություն՝ օգտվել առողջության ապահովագրության ծառայություններից կամ ըստ իրենց հայեցողության սոցիալական փաթեթի ողջ գումարը ուղղել այլ նպատակների (բժշկական օգնությունից օգտվելով իրենց հասնող պետական պատվերի շրջանակներում): Մինևույն ժամանակ, առողջության ապահովագրության բազային փաթեթի սահմանումներում հստակեցվեցին բուժօգնության այն տեսակները, որոնք ենթակա էին փոխհատուցման ապահովագրական ընկերությունների կողմից, ընդլայնվեց դրանց շրջանակը և վերանայվեց փոխհատուցման ոչ ենթակա բացառությունների ցանկը:

Սոցիալական փաթեթի շրջանակներում իրականացվող առողջության ապահովագրության համակարգի կանոնակարգման ուղղությամբ ձեռնարկված հաջորդ քայլը ՀՀ կառավարության 2013թ. փետրվարի 28-ի N 210-Ն որոշումն էր, որով սահմանվեց, որ սոցիալական փաթեթի շահառու հանդիսացող զինծառայողների և նրանց հավասարեցված անձանց, ինչպես նաև փրկարար ծառայության ծառայողների համար առողջության ապահովագրության ծառայությունները դուրս են բերվում սոցիալական փաթեթի շրջանակներից և այդ գումարները փոխանցվում են ՀՀ ԱՆ՝ վերոհիշյալ անձանց համար բժշկական օգնության և սպասարկման ծրագրեր իրականացնելու նպատակով:

Անդրադառնալով կառավարության այս քայլի տրամաբանությանը, պետք է նշել, որ այն ակնհայտորեն ուղղված էր պետական բյուջեից հատկացվող միջոցների տնօրինման արդյունավետության և նպատակայնության բարձրացմանը՝ հաշվի առնելով այն իրողությունը, որ զինծառայողների և նրանց ընտանիքների անդամների մասով ապահովագրական հատուցումների մասնաբաժինը զգալիորեն ավելի փոքր էր նույնիսկ սոցիալական փաթեթի միջին ցուցանիշի նկատմամբ:

Այս երևույթը բացատրվում է զինծառայողների և նրանց ընտանիքների անդամների համար պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության տարաբնույթ երաշխիքներով, որոնք ամրագրված են օրենքով և կառավարության որոշումներով: Այսպես, համաձայն «Զինծառայողների և նրանց ընտանիքների անդամների սոցիալական ապահովության մասին» ՀՀ օրենքի՝ զինծառայողները իրավունք ունեն ստանալ անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում գերատեսչական բժշկական հաստատություններում (զինվորական պոլիկլինիկաներ, հոսպիտալներ), իսկ անհրաժեշտության դեպքում՝ նաև քաղաքացիական բժշկական կազմակերպություններում, եթե համապատասխան բուժօգնության ցուցաբերման հնարավորությունը գերատեսչական բուժհիմնարկում բացակայում է:

Ըստ էության, սոցիալական փաթեթը հանդիսանում էր նշված անձանց անհրաժեշտ բժշկական օգնության ցուցաբերման հավելյալ երաշխիք, որից օգտվելու հնարավորությունները, վերը նշված պատճառներից ելնելով, զինծառայողների համար խիստ սահմանափակ էին:

Համապատասխան միջոցները հատկացնելով ՀՀ ԱՆ և 2013թ. հուլիսի 25-ի N806-Ն որոշմամբ սահմանելով զինծառայողներին և նրանց ընտանիքների անդամներին անհրաժեշտ բժշկական օգնության և սպասարկման կարգը, ՀՀ կառավարությունը դրանով իսկ ոչ միայն քայլ կատարեց պետական միջոցների ծախսման արդյունավետությունը բարձրացնելու ուղղությամբ, այլ նաև բյուջեից հատկացվող նույն գումարի սահմաններում ընդլայնեց անվճար ծառայություններից օգտվելու իրավունք ունեցող շահառուների շրջանակը (սոցիալական փաթեթով ապահովագրված զինծառայողներին գումարվեցին նաև նրանց հավասարեցված անձանց տարբեր կատեգորիաներ և անմիջական ընտանիքի անդամներ):

Կարող ենք արձանագրել նաև, որ այս ծրագրի հաստատումը կարող է դիտարկվել որպես Հայաստանում պարտադիր բժշկական ապահովագրության (ՊԲԱ) ներդրման մեխանիզմների փորձարկման քայլ՝ նկատի ունենալով, որ զինծառայողների և նրանց ընտանիքների անդամների բժշկական օգնության ծառայությունները ՀՀ ԱՆ կողմից նախատեսվում է ֆինանսավորել նույն գներով և մեխանիզմներով, որոնք կիրառվում են ապահովագրական ընկերությունների կողմից:

ՀՀ ԱՆ 2013-2014թթ. աշխատանքային ծրագրերի համաձայն նախատեսվում է 2014թ. ՀՀ կառավարության քննարկմանը ներկայացնել Հայաստանում ՊԲԱ ներդրման հայեցակարգը՝ նպատակ ունենալով դրա հաստատումից հետո մշակել համապատասխան օրենքի նախագիծը և դրա կիրարկումն ապահովող նորմատիվ ակտերի փաթեթը: Այս առումով կարևոր է գիտակցել, որ ՊԲԱ համակարգի հաջող ներդրման համար անհրաժեշտ է ապահովել տարբեր նախապայմանների առկայությունը, այդ թվում՝ ապահովագրված անձանց հաշվառման և հատուցումների իրականացման համապատասխան միասնական տեղեկատվական ավտոմատացված համակարգի շահագործումը:

ՊԲԱ համակարգին սահուն անցում կատարելու տեսանկյունից կարևորվում է նաև հանրության լայն շրջանակների իրազեկվածության ապահովումը, ինչպես նաև բնակչության հնարավորինս լայն խմբերի ընդգրկումը՝ հնարավոր ֆինանսական ռիսկերի նվազեցման և դրանով իսկ շահառուների տարբեր խմբերի համար ՊԲԱ համակարգին միանալը ավելի դյուրացնելու նպատակով:

**Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ**

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>Չնայած Հայաստանի առողջապահության համակարգին հատկացվող պետական ֆինանսավորման ծավալները տարեցտարի ավելանում են, այդ աճը հետ է մնում գնաճի տեմպերից, իսկ հատկացվող միջոցները բավարար չեն ՀԾՓ շրջանակներում ընդգրկված ծառայությունների լիարժեք ֆինանսավորման համար: Առողջապահական ծախսերի հարաբերական մեծությունը որպես ՀՆԱ-ի % և որպես պետական բյուջեի ծախսերի մաս ևս շարունակում է մնալ ցածր, ինչի արդյունքում առողջապահական ընդհանուր ծախսերի հիմնական բեռը շարունակում է կրել բնակչությունը:</p>	<p>Էականորեն ավելացնել առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորման ծավալները, ձգտելով միջնաժամկետ հեռանկարում (3-5 տարի) դրանք հասցնել Հայաստանի հետ համադրելի սոցիալտնտեսական զարգացման մակարդակ ունեցող ԱՊՀ և Արևելյան Եվրոպայի երկրների ցուցանիշներին:</p> <p>Բարձրացնել ոլորտին ուղղվող միջոցների օգտագործման արդյունավետությունը և թափանցիկությունը՝ հանրության համար մատչելի դարձնելով այդ ծրագրերի մասին հանգամանալից տեղեկատվությունը, ինչպես նաև ներդնելով բժշկական օգնություն իրականացնողների գործունեության արդյունքների գնահատման չափելի ցուցանիշներ:</p>
<p>Առողջապահության ոլորտում շարունակում է բարձր մնալ ստվերային դրամաշրջանառության ծավալը, ինչը բացասաբար է ազդում առաջին հերթին բնակչության սոցիալապես անապահով խմբերի համար բուժօգնության մատչելիության վրա:</p>	<p>Աստիճանական անցում կատարել բուժօգնության միասնական գների համակարգին, այդ թվում՝ վերանայել պետական պատվերի համակարգում կիրառվող գները, անհրաժեշտության դեպքում համապատասխանաբար վերանայելով նաև ՀԾՓ-ում ընդգրկված ծառայությունների շրջանակը:</p> <p>Միաժամանակ մշակել և ներդնել ոչ պաշտոնական վճարների կանխարգելմանն ու վերացմանը ուղղված խիստ պատժամիջոցներ, որոնք կնախատեսեն նման դեպքերի բարձր հաճախականություն ունեցող բժշկական կազմակերպություններում պետական պատվերի տեղադրման մերժում կամ բժշկական գործունեության լիցենզիայից զրկում:</p>

Սոցիալական փաթեթի շրջանակներում իրականացվող առողջության ապահովագրության գործող մեխանիզմները (մասնավոր ապահովագրական ընկերությունների միջոցով) չեն նպաստում պետական միջոցների ծախսման արդյունավետությանը: Հայաստանում բացակայում է ՊԲԱ համակարգը:

Վերանայել սոցիալական փաթեթի շրջանակներում իրականացվող առողջության ապահովագրության կազմակերպման կարգը՝ փոխանցելով այդ գործառույթները ՀՀ ԱՆ:

Ձեռնարկել կոնկրետ քայլեր տնտեսության ֆորմալ հատվածում ընդգրկված աշխատող բնակչությանը գործատուների միջոցների հաշվին բժշկական ապահովագրությամբ ապահովելու համար, միաժամանակ նախատեսելով նաև բնակչության այլ խմբերի (այդ թվում՝ սոցիալապես անապահով) համար այդ համակարգին միանալու նպատակով պետական աջակցության մեխանիզմներ:

---



## 2. ՄՈՐ ԵՎ ՄԱՆԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ

### Մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտ

#### *Կանանց վերարտադրողական առողջության բարելավման և նրանց իրավունքների պաշտպանություն*

Կանանց վերարտադրողական առողջության բարելավման ուղղությամբ վերջին տարիներին դիտարկվել է բավականին մեծ առաջընթաց, որն արտահայտվում է մի շարք պետական նպատակային և ռազմավարական փաստաթղթերի ընդունման և իրագործման մեջ: Մշակվել են վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական առողջության իրավունքներին առնչվող բժշկական գործելակերպը և իրավական դաշտը կանոնակարգող օրենքներ, կառավարության որոշումներ, մի շարք նորմատիվ-մեթոդական փաստաթղթեր, որոնց թվին են պատկանում Վերարտադրողական առողջության բարելավման 2007-2015թթ. ազգային ծրագիրը, ռազմավարությունը և գործողությունների ժամանակացույցը, Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015թթ. ազգային ծրագիրը, Հղի կնոջ հետազոտման ծավալները՝ հղիության վաղ (մինչև հղիության 12 շաբաթականը) ժամկետներում, Մարդու իմունային անբավարարության վիրուսից առաջացած հիվանդության կանխարգելման մասին ՀՀ օրենքը, հղիության արհեստական ընդհատման կարգը, ԱՀԿ-ի Արդյունավետ շուրջծննդյան խնամքի (ՇԾԽ) և նախածննդյան խնամքի (ՆԾԽ) խրախուսման, հղիների հուզահոգեբանական և ֆիզիկական նախապատրաստումը ծննդաբերությանը ռազմավարությունները և այլն:

Վերջին տարիներին ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով հաստատվել է մայրական մահացության դեպքերի կապակցությամբ տեղեկատվության հաղորդման և մասնագիտական վերլուծություն անցկացնելու կարգը, հանրապետության 4 մարզում գործում են անհետաձգելի մանկաբարձանեոնատոլոգիական բուժօգնության իրականացման կարգը, ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի մշակած Երիտասարդների, կանանց և տղամարդկանց վերարտադրողական առողջության բարելավման ռազմավարությունը, ծրագիրն ու միջոցառումների պլանը, Դեռահասների վերարտադրողական առողջության բարելավման 2000-2005թթ. և 2006թ. ազգային ծրագիրը: Հաստատվել են նաև Արտահիվանդանոցային, ամբուլատոր պոլիկլինիկական մանկաբարձագինեկոլոգիական օգնության կազմակերպման և իրականացման հիմնական սկզբունքները և մանկաբարձանեոնատոլոգիական ստացիոնար բժշկական օգնության կլինիկական ուղեցույցները: Վերահաստատվել են «Ծննդօգնության հիվանդանոցային ծառայություններ ուղեգրման կարգը և ըստ բժշկական կազմակերպությունների մակարդակների հղիների/ծննդաբերների ուղեգրման և ընդունելության բժշկական ցուցումներն ու պայմանները»:

Միջազգային և հասարակական կազմակերպությունների աջակցությամբ իրականացվել են առավելապես գյուղական վայրերում բուժօգնություն տրամադրող մասնագետների գիտելիքների և հմտությունների կատարելագործման միջոցառումներ:

Այս ամենն այն առաջադեմ քայլերն են, որոնք համահունչ են թե միջազգային պահանջներին ու չափորոշիչներին, թե ներկայում երկրում տեղի ունեցող զարգացումներին:

Սակայն իրագործման և տեղայնացման առումով ոչ բոլոր վերը նշված կանոնակարգերն են ամբողջովին կիրառելի: Տարեցտարի ավելանում են հղիների նախաձեռնության և հետձեռնության խնամքի, այդ թվում ծննդալուծման, ինչպես նաև անհետաձգելի բուժօգնության համար պետության կողմից երաշխավորված անվճար բուժօգնության և սպասարկման ամենամյա նպատակային ծրագրերի շրջանակներում հատկացվող ֆինանսավորումը, սակայն մի շարք հետազոտություններ փաստում են, որ այն նվաճումները, որոնք կային ծննդօգնության հավաստագրի ներդրումից հետո չեն պահպանվում և ընդհակառակը նվազում են:

Հղի կանանց համար բարձրորակ ՇԾԽ հավասար հասանելիություն ապահովելու նպատակով մարզերում ստեղծվել և կահավորվել են միայն թվով 8 մայրության դպրոցներ, մինչդեռ կանանց կոնսուլտացիաների թիվը երկրում գերազանցում է 100-ը: Թեև շարունակական աշխատանքներ են կատարվում հղիների ՆԾԽ բարելավման ուղղությամբ, բարձրացել է հղիների ՆԾԽ վաղ ընդգրկման ցուցանիշը, սակայն միջազգային փորձագետների գնահատմամբ որակական իմաստով այս ոլորտում դեռ լուծում պահանջող բազմաթիվ խնդիրներ կան:

Դրական միտումներից է մայրական մահացության միջին ցուցանիշը, որը 1999-2001թթ. միջին եռամյա ցուցանիշը կազմել է 43.2/100.000: Այնուհետ ցուցանիշը շարունակաբար նվազել է, 2010-2012թթ. հասնելով՝ 12,9/100.000: Մայրական մահացության ցուցանիշը կրճատվել է հատկապես 2008թ. հուլիսից Ծննդօգնության պետական հավաստագրի ներդրմանը հաջորդող 3 տարիների ընթացքում (2008թ.՝ 36.3, 2009թ.՝ 29.1, 2010թ.՝ 6.7, 2011թ.՝ 9.2):

Գլոբալ միտումների առումով ՀՂՆ-5-ի համար 2015թ. նպատակային վերանայված արժեքը՝ այն է՝ 11.6 /100000, կարող է որակվել որպես «հավանական հասանելի», եթե, իհարկե, պահպանվեն առաջընթացի ներկայիս միտումները:

### ***Մարդկային ռեսուրսների հետ կապված խնդիրներ***

Վերջին տարիների ընթացքում առողջապահական համակարգի գնահատումները ցույց են տվել, որ բժշկական կադրերը բաշխված են խիստ անհամաչափ. նկատվում է կադրերով գերհագեցում Երևան քաղաքում և մեծ պահանջարկ մարզերում: 10.000 բնակչին բաժին ընկնող բժիշկների ցուցանիշը Երևանում կազմում է 86, իսկ մարզերում՝ ընդամենը 17.7: Մարզերում այժմ թափուր է բժիշկների 259 հաստիք: Նեղ մասնագետների պակաս կա անգամ վերանորոգված բժշկական հաստատություններում: Մարզերում առավել պահանջված են անէսթեզիոլոգները, մանկաբույժները, սրտաբանները, նյարդաբանները, շտապ օգնության բժիշկները և մանկաբարձ-գինեկոլոգները:

Ներկայում, համաձայն ԱՀԿ «Առողջություն բոլորի համար» շտեմարանի 2009թ. տվյալների, մանկաբարձ-գինեկոլոգիական մահճակալներով ապահովվածության Հայաստանի ցուցանիշը համապատասխանում է միջին Եվրոպական մակարդակին:

Մանկաբարձագինեկոլոգիական ծառայության գնահատումը կատարելիս շատ կարևոր է հաշվի առնել մի շարք խնդիրներ՝ կապված մասնագիտական հագեցվածության և կարողությունների ու ցուցաբերված ծառայության որակի հետ: Դրանք են մարդկային ռեսուրսները, սարքավորումները և լաբորատոր-ախտորոշիչ հնարավորությունները, մատչելիությունն ու հասանելիությունը:

Կադրերով հագեցվածությունը քաղաքներում մնացել է բարձր, իսկ գյուղական շրջաններում՝ անբավարար: Մանկաբարձ-գինեկոլոգներով, հատկապես վիրաբուժական միջամտություն կատարող, համալրված չեն մի շարք տարածաշրջանային ծննդօգնություն իրականացնող հաստատություններ, կրճատվել է մանկաբարձական ստացիոնարներում աշխատող նեոնատոլոգների թիվը: Որոշ տարածաշրջանային ծննդօգնության հիմնարկներ չունեն անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգներ, բացի այդ վերջին տարիների ընթացքում միայն եզակի մանկաբարձ-գինեկոլոգներ են ուղեգրվել մարզերում աշխատելու:

Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության բժշկական կադրերի թափուր հաստիքների վերաբերյալ տեղեկատվության համաձայն, մարզերում մանկաբարձ-գինեկոլոգների և հատկապես վիրահատող մանկաբարձ-գինեկոլոգների, նեոնատոլոգների կարիքը ներկայացված է Աղյուսակ 4-ում:

Աղյուսակ 4. Բուժող և վիրահատող մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների թափուր հաստիքներն ըստ մարզերի (08.01.2013թ.)

Մարզեր	Մասնագիտություն		
	Մանկաբարձ-գինեկոլոգ	Մանկաբարձ-գինեկոլոգ (վիրահատող)	Նեոնատոլոգ
Արմավիր			
Արարատ	2	1	
Արագածոտն		2	
Գեղարքունիք	3		
Կոտայք			2
Լոռի	2	2	2
Շիրակ	2	1	2
Վայոց Ձոր			
Տավուշ	1	1	
Սյունիք	4	2	1

Աղբյուր՝ ԱՆ, 2013թ.

Այն մարզերում, որտեղ նշում չկա, հավանաբար այդ հաստիքների կարիքը դեռ չկա, կամ նրանք օրինակ ընդհանուր մանկաբուժական անձնակազմի թափուր հաստիքների մեջ են տրվել կամ էլ ընդհանրապես չեն դիտարկել ոչ առկա նեոնատոլոգների կամ մանկաբարձ-գինեկոլոգների կարիքը: Պատճառը կարող է լինել պարզապես այն, որ կարիքները թերի են գնահատվել, որովհետև առանձին հարցումների ժամանակ, ինչպես նաև ըստ Հայաստանի նեոնատոլոգների ասոցիացիայի գնահատականի հանրապետության ծննդօգնության հաստատությունների 73%-ում բացակայում են նեոնատոլոգները: Երևանի ծննդատները ունեն համեմատաբար բավարար նեոնատոլոգիական անձնակազմ, սակայն այդ բացը մարզերում սովորաբար լրացվում է ստացիոնարի մանկաբուժական անձնակազմի, առաջնային օղակի մանկաբույժների և տեղ-տեղ ընտանեկան բժիշկների հաշվին:

### *Մանկաբարձագինեկոլոգիական ծառայությունների որակ*

Վերջին տարիներին միջազգային կազմակերպությունների, ինչպես նաև Համաշխարհային բանկի և Համահայկական հիմնադրամի օժանդակությամբ հիմնարար վերանորոգման և վերազինման աշխատանքներ են կատարվել մարզային և Երևան քաղաքում գտնվող հիվանդանոցներում և ծննդօգնության հիմնարկներում, ինչը հնարավորություն է տվել անգամ ծննդօգնության հավաստագրի պայմաններում՝ ունենալով ազատ ընտրության իրավունք (մինչև 2013թ. մայիսի 1-ը, երբ ուժի մեջ մտավ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2013թ. հունվարի 22-ի «Ծննդօգնության հիվանդանոցային ծառայություններ ուղեգրման կարգը և ըստ բժշկական կազմակերպությունների մակարդակների հղիների/ծննդաբերների ուղեգրման և ընդունելության բժշկական ցուցումներն ու պայմանները հաստատելու մասին» N89-Ա հրամանը) ծննդաբերել ոչ թե Երևանում, որտեղ պայմաններն ու ծառայություններն ավելի որակյալ են, այլև մարզերի բուժհաստատություններում: Վերջիններիս զգալի մասի արդիականացումը թույլ է տալիս ասել, որ նրանք գրեթե չեն զիջում ծննդօգնություն իրականացնող Երևանի բազմաթիվ բժշկական հաստատություններին, սակայն, իհարկե, միայն վերազինված ու վերանորոգված լինելը ամբողջովին չի լուծում որակյալ բժշկական ծառայությունների ապահովման հարցը:

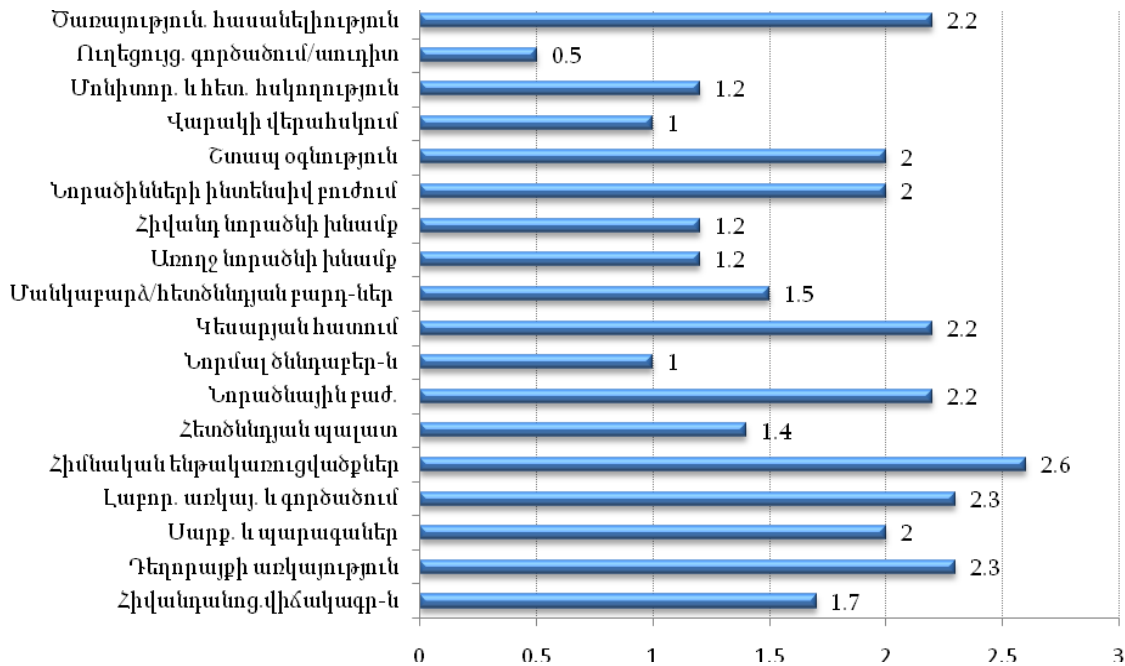
Մյուս կողմից, առանձին կամ միայն մասնագիտական հագեցվածության հարցերը լուծելով՝ որակյալ ծառայությունների խնդիրները լիովին չեն վերանում, քանզի կարևորվում են նաև այն գործելակերպն ու ստանդարտները, որոնցով ուղղորդվում են մասնագետները:

Նշվածը փաստվում է 2012թ. սեպտեմբեր ամսին 4 տարբեր մակարդակների ծննդատներում ԱՀԿ մեթոդաբանությամբ ՀՀ ԱՆ, ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի, ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամի և Վորլդ Վիժն Հայաստանի հետ համատեղ իրականացված մայրական և նորածնային առողջության պահպանման հիվանդանոցային ծառայությունների որակի գնահատման արդյունքներով (Գծապատկեր 1): Վերջինս կատարվել է տեղական և ԱՀԿ միջազգային փորձագետների միջոցով և արդյունքում վեր են հանվել մի շարք համակարգային խնդիրներ: Դրանք դուրս են բերվել 12 հիմնական գործելակերպերից, որոնք դրված են որպես չափորոշիչ մայրական և նորածնային ծառայությունների համար:

Ներկայացված գծապատկերը տարբեր փորձագետների կարծիքների հավաքագրված ընդհանրականն է որպես 12 հիմնական գործելակերպերի գնահատական, ըստ վերջինիս 3-ը նշանակում է լավ, 2-ը՝ բարելավելու կարիք ունեցող սուբօպտիմալ, որպեսզի հասնել ստանդարտին, 1-ը՝ բարելավման շատ մեծ կարիք կա, 0-ն՝ ոչ ադեկվատ, որը կարող է անգամ վնաս հասցնել:

Նորածինների ինտենսիվ բաժանմունքում խնամքը գնահատվել է միայն երրորդային մակարդակի ծննդատանը:

Գծապատկեր 1. Մայրական և նորածնային ծառայությունների որակի գնահատում Հայաստանի 4 ծննդատներում



Աղբյուր՝ ՄՆԱԴՇՈԳ, 2012թ.

Խնդիրները, որոնք վեր են հանվել, պայմանավորված են թե՛ համակարգի թույլ վերահսկողությամբ, թե՛ տեղում կառավարման ու մասնագետների իրազեկվածության ու գործառույթների/չափորոշիչների թերի կատարմամբ: Մասնավորապես, այնպիսի հիմնարար հարցեր, ինչպիսիք են ապացուցողական բժշկության վրա հիմնված ուղեցույցների ճիշտ կիրառումը, հիվանդանոցային վարակի կառավարումը/կանխարգելումը, մարդկային ռեսուրսների կառավարումն ու բուժաշխատողների խորհրդատվական հմտությունների զարգացումը, ինչպես նաև պացիենտին ուղղված բարյացակամ ծառայությունների առկայությունը, դեռ շատ հեռու են բավարար լինելուց:

Նորածնային խնամքի և բուժման հետ կապված մեծ խնդիրներ կան ջերմային շղթայի պահպանման հարցերում (սկսած ծնարանից մինչև հետծննդյան հիվանդասենյակ): Մայրերի ներգրավվածությանը հիվանդ. և ցածր քաշով ծնված նորածինների խնամքի մեջ մնում է անբավարար մակարդակի վրա, որոշ տեղերում գործածվում են հին (ներկայում չկիրառվող, ապացուցողական բժշկությանը դեմ) դեղեր, ինչպես նաև չկա հակաբիոտիկները ռացիոնալ օգտագործելու մոտեցում: Շատ դեպքերում նորածինների բուժման հետ կապված մոնիթորինգային թերթիկները մանրամասն չեն լրացվում և առկա չեն լաբորատոր միկրոմեթոդներով թեսթավորման միջոցները: Վարակների կանխարգելման և ընդհանուր առմամբ կառավարման նպատակով շատ թերի են կատարվում ձեռքերի լվացումն ու մնացած սանիտարա-համաճարակաբանական նորմերին համապատասխան գործառույթները, ինտենսիվ բաժանմունքը ունենում է ավելի շատ հիվանդներ, քան նրանց թվին համապատասխան միջին բժշկական անձնակազմ, որն ըստ նորմատիվների կարող է սպասարկել որոշակի քանակությամբ պացիենտներ: Այդ իսկ պատճառով, օրինակ, այնպիսի կարևոր գործելակերպ, ինչպիսին է

վիտամին Կ-ի գործածումը, նորածինների մոտ վիտամին Կ-կախյալ հեմոռագիկ հիվանդության կանխարգելման և բուժման նպատակով չի կիրառվում: Այսպիսով, խնդիրը կայանում է օրենսդրական դաշտում առկա բացերի լրացման և արդեն իսկ հաստատված որոշումների և ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանների պատշաճ իրագրելման և կատարման հետ:

ԱՀԿ-ի մյուս գործիքով վերը նշված նույն կազմակերպությունների աջակցությամբ ԱԱՊ մակարդակում 2012թ. նոյեմբեր ամսին կատարված գնահատումը նույնպես ցույց տվեց բազմաթիվ խնդիրներ կապված մայրերին և նորածիններին ցուցաբերվող նախաձեռնության և հետձեռնության բուժօգնության (ՆՀԲ) որակի հետ: Յոթ առողջության առաջնային օղակի բուժհաստատություններ ներգրավվել են Շիրակ և Լոռի մարզերում և Երևան քաղաքում, որոնք ներառում էին ամբուլատորիաներ, Մոր և մանկան առողջության կենտրոններ, ինչպես նաև պոլիկլինիկաներ: Տեղում դիտարկումների հետ մեկտեղ կատարվել են հարցումներ մայրերի և ծնողների շրջանում, որոնց ամփոփումը հիմնականում տալիս է դրական արդյունքներ, քանի որ պացիենտները գոհ են իրենց բուժանձնակազմից, սակայն «շենքային պայմանները, մանիպուլացիաները և պրոցեդուրաները կարիք ունեն բարելավման»: Այցելություններից պարզվեց, որ մի շարք հաստատություններ ապահովված չեն հոսող ջրով, ձեռքերի լվացում չի կատարվում, և, ընդհանրապես, սանիտարական պայմանները չեն համապատասխանում գործող օրենսդրության պահանջներին:

ՀԺԱՀՀ 2010թ. արդյունքները (տպագրվել և հանրայնացում են ստացել 2012թ-ին) ցույց են տալիս, որ թեև 99% կանայք ստանում են նախաձեռնության (ՆԾ) բուժօգնություն որակավորված բուժաշխատողի կողմից, կանանց 80%-ն իր առաջին ՆԾ այցելությունը կատարել է հղիության առաջին եռամսյակում և հղիների 93%-ը կատարում է 4 և ավելի ՆԾ այցելություն, որակի ապահովման իմաստով բազմաթիվ խնդիրներ դեռ մնում են չհաղթահարված: Խնդիրը կայանում էր նրանում, բացառությամբ մեկ-երկու բուժհաստատությունների, որտեղ առկա էին վարման ուղեցույցները, մյուս կենտրոններում առկա չէին հիվանդությունների վարման ալգորիթմեր՝ ուղղված էկլամպսիայի, արյունահոսության, հղիության վաղ ընդհատման վտանգների կառավարմանը և այլն: Այդ իսկ պատճառով առկա են հիպերմեդիկալիզացիայի և հիպերդիազնոստիկայի երևույթներ:

Ըստ 2012թ. առողջապահական տարեգրքի տվյալների, վերջին երկու տարվա ընթացքում ավելանում է բնածին արատների/շեղումների թիվը 1.000 հասուն ծնվածների նկատմամբ. այն 12.9-ից դարձել է 15.6: Շատ դեպքերում բնածին արատները/անոմալիաները, ինչպիսիք են Դաունի համախտանիշը, որոշ սրտանոթային համակարգի արատները, ստոծանիական ճողվածքը և ստամոքսաղիքային համակարգի հետ կապված որոշ ատրեզիաները հայտնաբերվում են երեխայի ծնվելուց հետո, մինչդեռ ՆԾ սքրինինգների միջոցով դրանք կարելի էր վաղ հայտնաբերել: Այս ամենը նշանակում է կորցնել այն թանկարժեք ժամանակը, որի ընթացքում կարելի էր կանխարգելել կամ վաղ հայտնաբերել և փրկել երեխայի կյանքը: Ուստի շատ արդիական է արատների վաղ հայտնաբերման և դրա հետ կապված մանկական մահացության նվազեցման խնդիրը:

ՆԾ խնամքի ոչ որակյալ լինելու մասին են փաստում նաև 2010թ. ՀԺԱՀՀ տվյալները, այն է՝ ՆԾ խնամքի միջոցառումների ցանկի մեջ մտնող երկաթ պարունակող դեղերի նշանակումն ու գործածումը, որն ընդամենը օգտագործվում է 29% դեպքերում: Հղիության հետ կապված

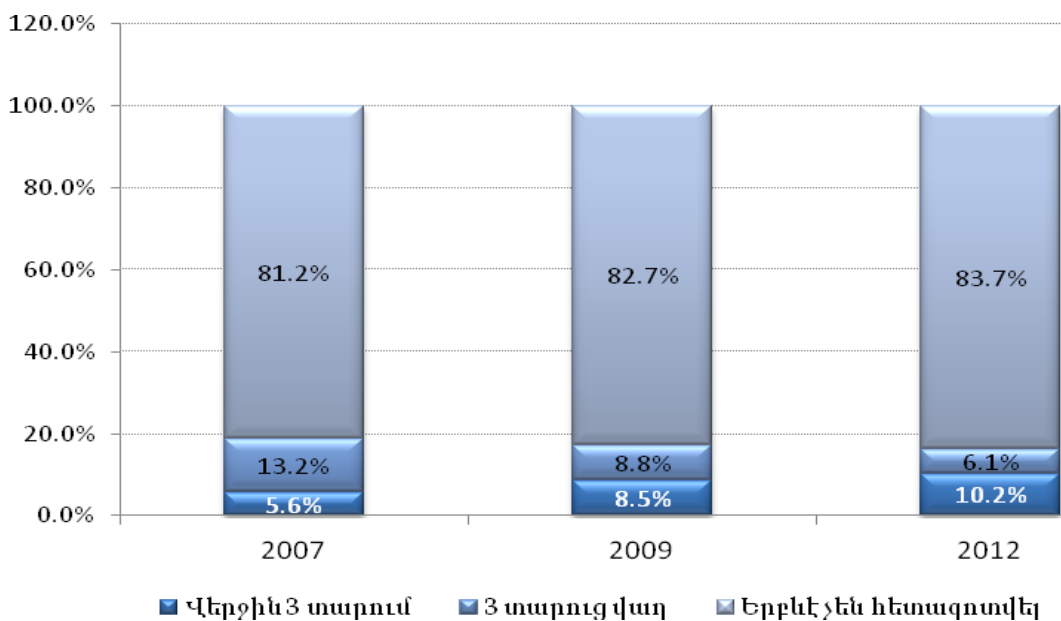
վտանգի նշանների մասին տեղեկացված են եղել միայն 57%-ը, իսկ ՄԻԱՎ-ի թեսթավորում անցել էին միայն 67%-ը: Հարցումներից, դիտարկումներից և տվյալների հավաքագրումից երևում է, որ հղիների մեծ մասը այցելում է առնվազն 6 անգամ մանկաբարձ-գինեկոլոգին կամ ընտանեկան բժշկին, սակայն նրանք չեն ստանում խորհրդատվություն ապագա երեխայի սնուցման ու խնամքի վերաբերյալ, ինչպես նաև հետծննդյան խնամքի, հակաբեղմնավորիչների օգտագործման և այլ հարցերի շուրջ: Խնդիրը կայանում է նրանում, որ թերի են գործում կամ ընդհանրապես չեն գործում նախահղիության և մայրության դպրոցները (մեծ մասամբ նրանք գործում են միայն այն տարածքների բուժհաստատություններում, որտեղ միջազգային կազմակերպությունները իրականացնում կամ իրականացրել են ծրագրեր): Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայությունների կողմից կանանց վերարտադրողական առողջության և կանխարգելման վերաբերյալ թերի խորհրդատվական աշխատանքների մասին են վկայում ԱՀԿ-ի գործիքով կատարված մի քանի որակական հետազոտություններ, ինչպես նաև ՀԺԱՀՀ-ը, 2010թ.:

### ՊԱՊ քսուքի հետազոտություն

Արգանդի պարանոցի 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 2007-2012թթ. ընթացքում աճել է 5.6%-ից մինչև 10.2% (Գծապատկեր 2), սակայն այն դեռևս շատ ցածր է մնում խորհուրդ տրվող մակարդակից:

Գծապատկեր 2. ՊԱՊ քսուքի հետազոտություն անցած 30-60 տարեկան կանանց տոկոսը, 2007թ., 2009թ. և 2012թ.

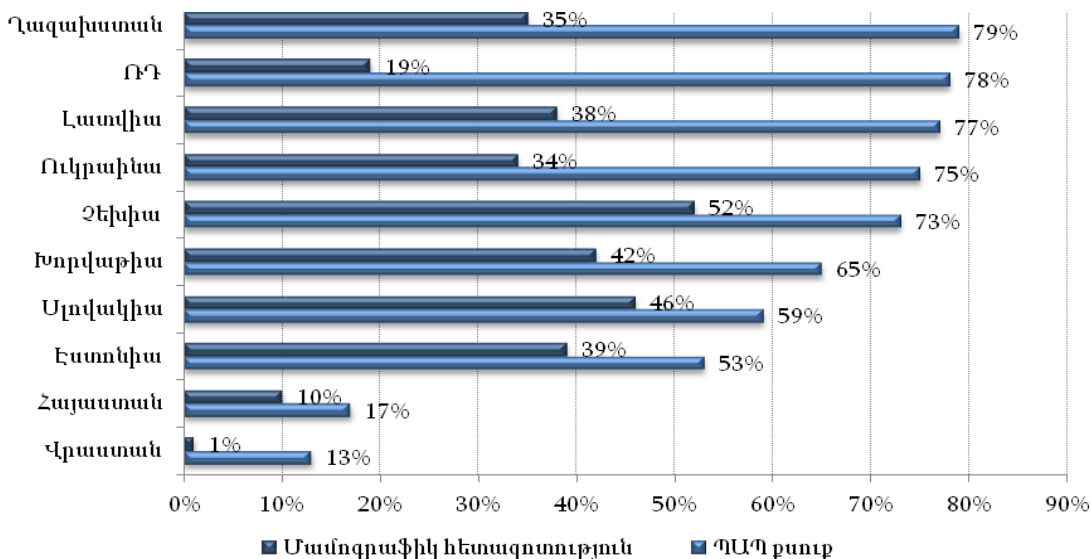


Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012թ.

ՊԱՊ քսուքի 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 քսուքի հետազոտությունների իրականացման մակարդակները Հայաստանում և մի քանի այլ երկրներում և դրանց խմբերում: Չնայած տվյալները բավական հին են, այնուամենայնիվ Հայաստանի դիրքն այդ պրոֆիլում նույնիսկ 2012թ. տվյալներով, թույլ է տալիս եզրակացնել, որ Հայաստանում առկա են այդ հետազոտությունների իրականացման շրջանակները լայնացնելու խնդիր (Գծապատկեր 3):

Գծապատկեր 3. Մամոգրաֆիկ և ՊԱՊ քսուքի հետազոտություն անցած կանանց տոկոսը, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2000-2006թթ.



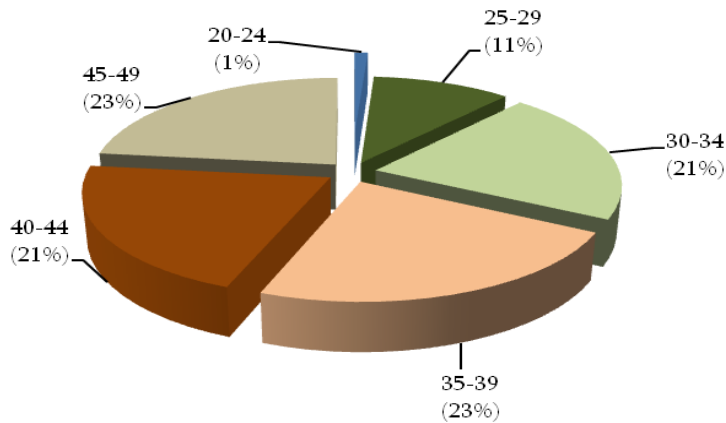
Աղբյուր՝ ԱՀԿ, 2008 թ.

### ՊԱՊ քսուքի հետազոտություն

ՀԺԱՀՀ շրջանակներում հարցվող 15-49 տարեկան կանանց 78%-ը տեղյակ չէ կրծքի ինքնազննման կատարման մեթոդների մասին և հարցմանը նախորդող 3 ամսվա ընթացքում կանանց միայն 11%-ն է իրականացրել կրծքի ինքնազննում: Նույն հարցման շրջանակներում պարզվել է, որ կանանց 85%-ին բուժաշխատողի կողմից երբևէ չի կատարվել կրծքի զննում, կանանց միայն 10%-ին է բուժաշխատողն կատարել կրծքի զննում շոշափման մեթոդով (Գծապատկեր 4):



Գծապատկեր 4. ՊԱՊ քսուքի հետազոտություն անցած 20-49 տարեկան կանանց տոկոսը



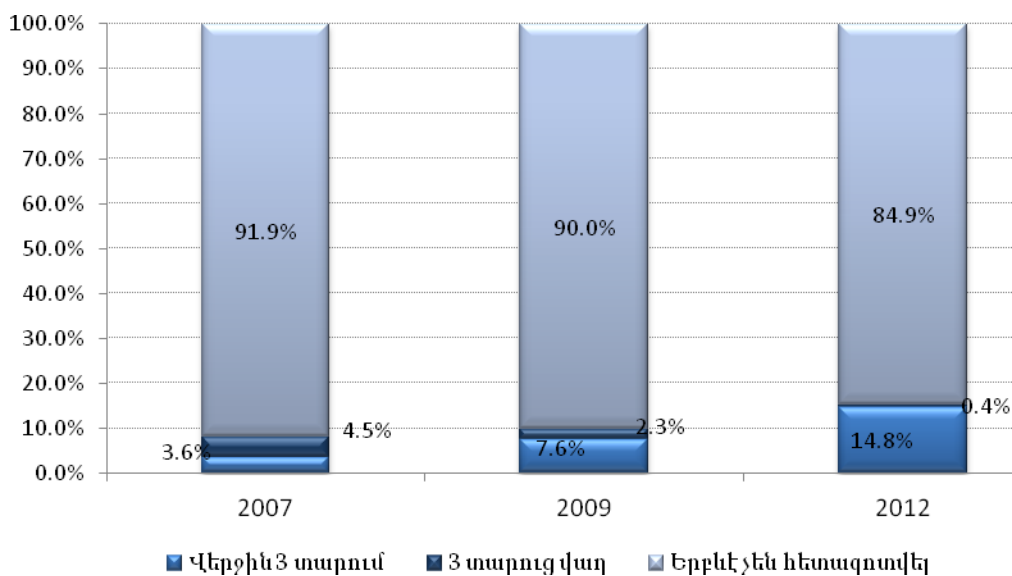
Աղբյուր՝ ՀԺԱՀՀ, 2010 թ.

### Մամոգրաֆիկ հետազոտություններ

Կանանց կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման նպատակով ԱՀԿ-ն 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 5), սակայն ակնհայտ է, որ այդ ցուցանիշը շատ հեռու է ԱՀԿ կողմից խորհուրդ տրվող ցուցանիշից:

Գծապատկեր 5. Մամոգրաֆիկ հետազոտություն անցած 30-60 տարեկան կանայք



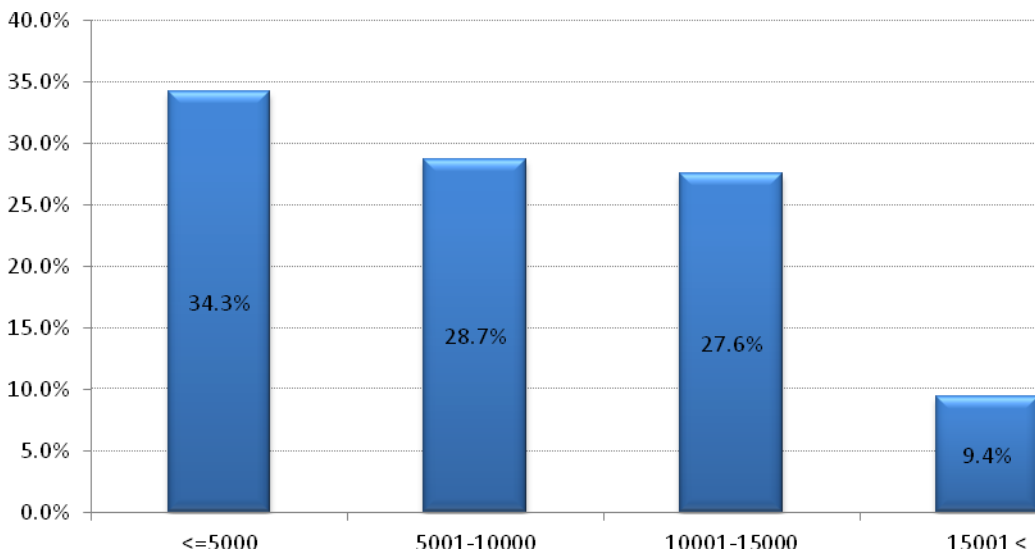
Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012թ.

Այսպիսով, մամոգրաֆիկ հետազոտությունների գծով Հայաստանում արձանագրվել է առաջընթաց, ինչը սակայն չի արտահայտվել կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման ցուցանիշներում:

Հայաստանում ԱՀԿ կողմից առաջարկվող մամոգրաֆիկ հետազոտությունների մակարդակին հասնելուն թերևս խանգարում են մի շարք գործոններ: Նախ, չի բացառվում, որ դա պայմանավորված է մի կողմից մամոգրաֆիկ հետազոտություններ իրականացնելու սահմանափակ հնարավորություններով, իսկ մյուս կողմից՝ մամոգրաֆիկ հետազոտությունների երկրում գործող բարձր գները:

2012թ. 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 6-ում:

Գծապատկեր 6. Մամոգրաֆիկ հետազոտության վճարումներ



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012թ.

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

- մամոգրաֆիկ հետազոտությունների տեխնիկական սահմանափակումներ (մարդիկ շատ են՝ մասնագետները՝ քիչ).
- ֆինանսական մատչելիության սահմանափակումներ.
- ֆիզիկական մատչելիության սահմանափակումներ (հետազոտման վայրը հեռու է).
- տեղեկատվական մատչելիության սահմանափակումներ:

ՀԺԱՀՀ -ը փաստում է, որ վերջին տասը տարիների ընթացքում աբորտով ավարտված հղիությունների մասնաբաժինը նվազել է. եթե 2000թ. գրանցվել է 55%, ապա 2005թ.՝ 45% և 2010թ.՝ 29%: 2010թ. աբորտների գումարային գործակիցը կազմել է 0.8, ինչը նշանակալիորեն ցածր է 2005թ.-ի 1.8 և 2000թ.-ի 2.6 ցուցանիշներից: Նման նվազումն ակնհայտ է բոլոր

տարիքային խմբերում, սակայն արբորտների թերի գրանցումն ու գրանցման գործընթացի բարելավումը պահանջում է շարունակական աշխատանք:

Նույն հետազոտությամբ 2010թ. ամուսնացած կանանց շրջանում հակաբեղմնավորման ժամանակակից մեթոդի օգտագործման ցուցանիշն աճել և կազմել է 27%, մասնավորապես, աճել է պահպանակ օգտագործողների տեսակարար կշիռը և ի տարբերություն 2000թ.-ի՝ 7% և 2005թ.-ի՝ 8% ցուցանիշների, 2010թ.-ին կազմել է 15%:

Կարևորագույն ձեռքբերում է բեղմնականխիչ միջոցների մասին տեղեկացվածությունը: Թեև առկա են որոշակի դրական միտումներ, սակայն որոշ ժամանակակից հակաբեղմնավորիչ միջոցների մատչելիությունը (Սայտոտեկի ազատ վաճառքը) և դրա լայնածավալ և առանց բժշկի նշանակման օգտագործումը մյուս լրջագույն խնդիրներից է:

Հղիության դեղորայքային ընդհատման նպատակով առանց բժշկի հսկողության և նորմերը պահպանելու պարագայում, նշված դեղի գործածումը կարող է բերել արյունահոսությունների և այլ բարդությունների: Մատչելիության պայմաններում այս դեղորայքի օգտագործման քանակն ու տարածվածությունը դժվար վերահսկելի է, ինչպես նաև հետևանքներն ու ելքերը, ինչը նույնպես լուրջ համակարգային խնդիր է:

Հարկ է նշել նաև, որ եթե հիվանդանոցային օղակում (ծննդատներ, մանկական հիվանդանոցներ) ֆինանսավորման վերջին տարիներին որոշակի ֆինանսական փոփոխություններ են տեղի ունեցել, ապա ԱԱՊ օղակը վերջին 5-6 տարիների ընթացքում պարզապես մնացել է այս առումով շատ անմխիթար վիճակում, ինչը չէր կարող չազդել բուժաշխատողների աշխատանքի որակի վրա: Հետևապես, խնդիրը կայանում է լրացուցիչ ֆինանսավորման մեխանիզմների կիրառման մեջ:

Մոր և մանկան առողջության կարևոր ցուցանիշներից է նաև պտղաբերության ցուցանիշը: Ըստ ՀԺԱՀՀ 2010թ. այն կազմել է 1.5, իսկ ըստ ազգային վիճակագրական տվյալների՝ 1.7: Թեև ծնելիության խրախուսման նպատակով «Երրորդ և յուրաքանչյուր հաջորդ երեխայի ծննդյան համար ընտանիքներին պետական աջակցության տրամադրման» համար 2014թ.-ից երրորդ երեխայի համար ծննդյան միանվագ նպաստի չափը կլինի 1 մլն. դրամ, իսկ 5-րդ և հաջորդ երեխայի համար՝ 1.5 մլն., սակայն անխուսափելի է ծնելիության անկումն ըստ ժողովրդագրական կանխատեսումների: Այն պայմանավորված է 90-ականներին ծնելիության անկմամբ գրեթե երկու անգամ, որը հանգեցրել է ապագա (2010թ.-ից այս կողմ) ծննդաբերող կանանց թվի նվազեցմանը:

Հաշվի առնելով այս փաստը, ինչպես նաև ՄԱԿ-ի բնակչության և Մարդկային զարգացման միջազգային կենտրոնի /ՄԶՄԿ/ կողմից կատարված ՀՀ Ժողովրդագրական քաղաքականության ռազմավարության «2012թ. պետական բյուջեի մասին» ՀՀ օրենքի համապատասխանության վերաբերյալ վերլուծական հաշվետվության շատ պրոնա-տալիստական քայլեր և անելիքներ պետք է արվեն, որպեսզի խթանել ծնելիությունը: Միայն անվճար բուժօգնությունը չի կարող հանդիսանալ երաշխիք վերը նշված խնդրի լուծման համար:

Ընդհանուր առմամբ վերջին տարիներին նկատվում է մայրական մահացության նվազման միտումներ, սակայն ինչպես գնահատվել է Հազարամյակի զարգացման նպատակները (ՀՁՆ) ՄԱԿ-ի զարգացման ծրագրի կողմից ՀՁՆ 5-ի իրականացումը համարվում է անհասանելի, քանի որ այդ ռեսուրսները, որոնք ներդրվել են բավարար չեն: Մայրական մահացության ցուցանիշը հատկապես կրճատվել է 2008թ. հուլիսից Ծննդօգնության պետական հավաստագրի ներդրմանը

հաջորդող 3 տարիների ընթացքում (2008թ.՝ 36.3, 2009թ.՝ 29.1, 2010թ.՝ 6.7, 2011թ.՝ 9.2): Նախնական տվյալների համաձայն, մայրական մահացության ցուցանիշը 2012թ. կազմել է՝ 23.3/100.000՝ ըստ ՀՀ ԱՆ տվյալների և 18.9/100.000՝ ըստ ՀՀ ԱՎԾ տվյալների: Իսկ 2010-2012 թ-ին նկատվել է մահերի կրկնակի պակաս (17 դեպք՝ համեմատած 2008-2010թթ-ի 34 դեպքի հետ)՝ ցուցանիշը կազմելով ընդամենը 12.9/100.000:

Վերջին տարիներին մահացության հիմնական պատճառները էքստրագենիտալ պաթոլոգիաներն են և վերացել են արյունահոսության պատճառով մայրական մահացության դեպքերը, բնականաբար, 2008թ. հուլիսի 1-ից ծննդոգնության հավաստագրի ներդրման շնորհիվ, որն արտահայտվել է ֆինանսական մատչելիության և հասանելիության բարձրացմամբ: Այս ամենը չէր կարող չանդրադառնալ ուշացած կամ բարդացած դեպքերի և նվազեցման, և դրանց հետևանքով մայրական մահացության վրա: Ուստի այս համակարգային փոփոխությունը տվել է իր դրական արդյունքը, սակայն շատ կարևոր է պահպանել ձեռքբերումները:

Այս ամենը շատ դրական և բարենպաստ պայմաններ են ապահովում, որպեսզի հասանելի դառնա նաև ՀՀ 5-ի հասանելիությունը, սակայն առկա են մի շարք խնդիրներ, որոնց չանդրադառնալու դեպքում անդառնալի և անլուծելի խնդիրներ կարող են առաջանալ: Այսպես, օրինակ, ծննդոգնության հավաստագրի ներդրումից հետո, հաշվի առնելով այն, որ սահմանվել էին տարբեր գներ նորմալ ծնունդների և կեսարյան հատումով ծննդալուծման համար՝ հոգուտ երկրորդին, գրանցվել է կեսարյան հատումով ծննդաբերությունների թվի աճ: Այն մի կողմից պետության վրա ավելացրել է ծախսային բեռը և մյուս կողմից՝ չի ուղեկցվել պերինատալ և նեոնատալ մահացության իջեցումներով: Բացի այդ, շատ դեպքերում կեսարյան հատումները դիտվում են անհիմն վիրաբուժական միջամտություններ:

Ստորև աղյուսակը ցույց է տալիս կեսարյան հատումների թվաքանակների միտումները 2008-2012թթ.: Հաշվի առնելով այն, որ ծնունդների քանակն այդ տարիներին առանձնապես չի փոփոխվել, բացարձակ թվերի առումով կեսարյան ճանապարհով ծննդալուծումն աճել է 53%-ով, իսկ տոկոսային իմաստով՝ 2008թ. 15%-ից այն հասել է 2012թ. 22%-ի:

Աղյուսակ 5. Կեսարյան հատումով ծննդաբերությունների միտումներ, 2008-2012թթ.

Տարեթիվ	Ընդունվել են ծնունդներ	Կեսարյան հատումով ծննդալուծում	
		Բացարձակ թիվ	1000 ծնունդից
2008	41462	6234	150.8
2009	44554	7882	176.9
2010	44739	8439	188.6
2011	43301	9385	216.7
2012	42709	9558	223.8

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2013 թ.

### Մանկաբարձագինեկոլոգիական ծառայությունների ֆինանսավորում

Վերջին հնգամյակի ընթացքում գրանցվել է ծննդոգնության ծրագրերի ֆինանսավորման ավելի քան 3.5 անգամ աճ (2006թ. ծննդոգնության ծրագրով՝ 1.99 մլրդ. դրամ, իսկ 2013թ.՝ 6.48 մլրդ. դրամ) (Աղյուսակ 6):

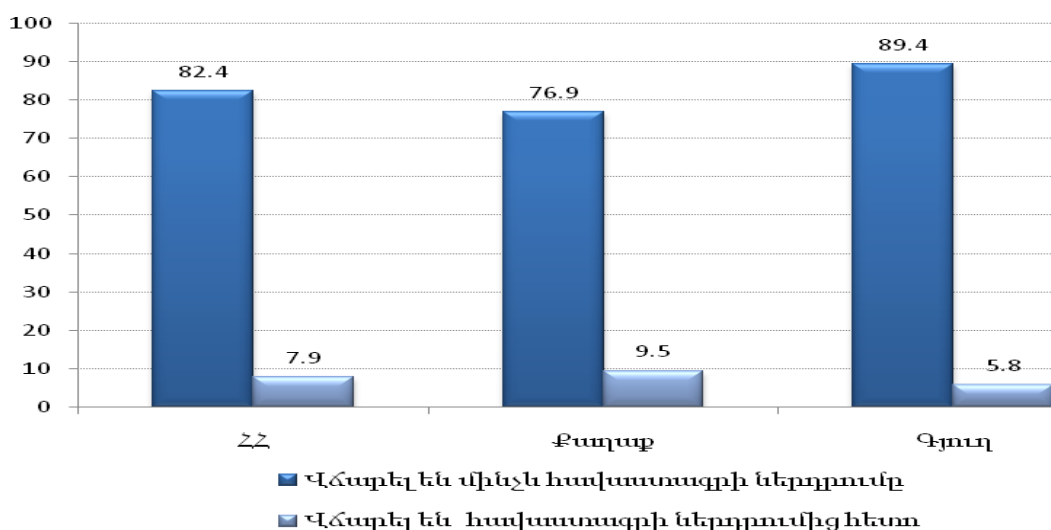
Ծննդօգնության ֆինանսական մատչելիության մասին փաստում են նաև ՀԺԱՀՀ-ի շրջանակներում 2010թ. անցկացված հարցումները: Դրանք վկայում են, որ եթե մինչև Պետական ծննդօգնության հավաստագրի ներդրումը 2008թ. ընդհանուր իրազեկվածությունը անվճար ծննդօգնության մասին եղել է 7.9% ամբողջ հանրապետությունում, ապա հավաստագրի ներդրումից հետո այն հասել է մինչև 82%: Ծրագրի ներդրումից հետո 2009թ-ին ԱՄՆ ՄԶԳ-ի կողմից ֆինանսավորվող ՆՕՎԱ ծրագրի շրջանակներում տնային տնտեսությունների հրացումները բացահայտեցին մանկաբարձական ծառայությունների համար ոչ պաշտոնական վճարումների կտրուկ նվազեցում 91%-ից մինչև 21.5%: 2010թ. ՀԺԱՀՀ հետազոտության արդյունքները ցույց տվեցին խիստ տարբերություններ վճարումներ կատարողների միջև մինչև ծննդօգնության հավաստագրի ներդրումը (մինչև 2008թ. հուլիսի 1 և հետո՝ 2010թ.):

Աղյուսակ 6. Մանկաբարձագինեկոլոգիական ծառայությունների ֆինանսավորումն ըստ տարիների

Տարի	Մանկաբարձագինեկոլոգիական բժշկական օգնության ծառայություններ		Ծննդօգնություն (հազ.դրամ)	Գինեկոլոգիական հիվանդանոցային բուժօգնություն (հազ.դրամ)
	Կանանց գինեկոլոգիական արտահիվանդանոցային բուժօգնություն	Հղիների նախածննդյան և հետծննդյան հսկողություն արտահիվանդանոցային պայմաններում		
2008	350078.9		4093095.7	348856.3
2009	216796.5	141146.9	5872552.6	362009.4
2010	635610.0	42675.5	5974182.9	345889.8
2011	722939.3	519490.1	6558598.9	355273.4
2012	733921.7	499790.6	6412990.7	364482.6
2013*			6510059.0	366923.9

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ ՊԱԳ, 2013թ.

Գծապատկեր 7. Ֆինանսական մատչելիությունը, «մինչև» հավաստագրի ներդրումը և «հետո» (վճարել են երեխայի ծննդի կապակցությամբ,%)



Աղբյուր՝ ՀԺԱՀՀ, 2010թ.

Բացի այս վերը նշված հետազոտություններից, կատարվել են նաև որակական գնահատումներ բուժհաստատությունների պարբերական այցելությունների և հարցումների միջոցով՝ սահմանված ՀՀ ԱՆ աշխատակազմի մոր և մանկան առողջության պահպանման վարչության կողմից: Այդ այցելություններն իրականացվել են ԱՆ աշխատակիցների և հասարակական կազմակերպությունների (ՀԿ) ներկայացուցիչների կողմից, որոնք նույնպես հաստատել են ծննդագնության մեծամասամբ անվճար լինելը:

Սակայն համաձայն «Այ Փի Էս Փի» քաղաքական և սոցիոլոգիական խորհրդատվությունների ինստիտուտի կողմից անցկացրած «Հայաստանի Հանրապետությունում կյանքի որակի հետազոտության» արդյունքների 2012թ.-ին 2011թ.-ի համեմատ, բացի գյուղական ամբուլատորիաներից/բուժկետերից, մնացած բոլոր դիտարկված տիպի բուժօգնությունների ֆինանսական մատչելիությունը նվազել է (Աղյուսակ 7):

Հատկապես մեծ է անկումը ծննդատների ֆինանսական մատչելիության տեսակետից. եթե 2011թ. ծննդատները ֆինանսապես մատչելի է համարել հարցված կանանց 64.2%-ը, ապա 2012թ.-ին՝ 45.8%-ը և անկումը կազմել է 18.4%:

Ընդհանուր հարցման արդյունքում մարդկանց 79%-ը նշել է բուժօգնության դիմելու անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում, բժշկական օգնության չդիմելու պատճառը ֆինանսականն է: Քանի որ եթե անգամ վերջին տարիներին պետության կողմից մեծ աշխատանք է տարվում նվազեցնել ոչ պաշտոնական վճարումների տոկոսը (համավճարի համակարգ, հավաստագիր մոր և մանկան առողջության հետ կապված), և ըստ ՊԱԳ-ի 2-4 անգամ ավելացել են որոշ ծառայություններում բուժաշխատողների աշխատավարձերը, սակայն կտրուկ փոփոխությունները բնորոշ են միայն բարեփոխումներից հետո առաջին վեց ամիսների կամ տարիների ընթացքում, և հետո աստիճանաբար կրկին ավելանում են բողոքներն ու դժգոհությունները: Ի դեպ, դժգոհությունները արտահայտվում են ոչ միայն շահառուների, այլ նաև բուժաշխատողների կողմից, որովհետև աշխատավարձերի վերանայում գրեթե տեղի չի ունենում, ինչը, բնականաբար, տարիների գնաճի պայմաններում բերում է իր բացասական հետևանքները:

Աղյուսակ 7. Առողջապահական հիմնարկների ֆինանսական մատչելիություն

Բուժօգնության տեսակը	Ֆինանսական մատչելիությունը 2011թ.	Ֆինանսական մատչելիությունը 2012թ.	2012- 2011թթ. տարբերությունը
Բուժկետ/ամբուլատորիա միայն գյուղերում	65.8%	69.3%	- 3.5%
Պոլիկլինիկա	63.2%	58.3%	- 4.9%
Ատամնաբուժարան	39.4%	36.4%	- 3%
Մասնավոր բժշկական կենտրոն	25.1%	20%	- 5.1%
Դիագնոստիկ կենտրոն	27.4%	18.6%	- 8.8%
Հիվանդանոց	29.2%	24.7%	- 4.5%
Ծննդատուն	64.2%	45.8%	18.4%

Աղբյուր՝ ՀՀԿՈՀ, 2012թ.

Մարզերի համաչափ զարգացման, ինչպես նաև մարզային հիվանդանոցների ծառայությունները խթանելու նպատակով ՀՀ առողջապահության նախարարի 2012թ. օգոստոսի 1-ի հրամանով 10 հազար դրամով ավելացել է մարզերում մեկ նորմալ (չբարդացած) ծննդի համար հատկացվող գումարը՝ այն հավասարեցնելով Երևանի ծննդատներում գործող գներին: Միաժամանակ հանձնարարվել է ավելացված այդ միջոցներն առավելապես ուղղել աշխատավարձի ֆոնդի ավելացմանը: Միայն այս քայլով 115 մլն դրամ լրացուցիչ գումար է ուղղվել մարզային ծննդատներ: Սակայն կարևորագույն խնդիրներ են ֆինանսավորման շարունակական աճը և մոնիթորինգային համակարգի ձևավորման հարցերը:

**Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ**

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
Կադրերով հագեցվածությունը քաղաքներում բարձր է, իսկ գյուղական շրջաններում մնացել է անբավարար: Առկա է նեղ մասնագետների սղության խնդիր:	Անհրաժեշտ կադրերով բուժհաստատությունների համալրման անհրաժեշտ է լրամշակել օրենսդրական դաշտը:
Հիվանդությունների վարման ուղեցույցերի բացակայություն (մասնավորապես, ալգորիթմներ՝ ուղղված էքլամպսիայի, արյունահոսության, հղիության վաղ ընդհատման վտանգների կառավարմանը և այլն), ինչպես նաև հաստատված ուղեցույցերի ոչ պատշաճ կիրառում:	Մշակել և հաստատել հիվանդությունների վարման ուղեցույցներ և իրականացնել իրազեկման ու կրթական ծրագրեր բժիշկների շրջանում:
Արատների վաղ հայտնաբերման և դրա հետ կապված մանկական մահացության նվազեցման խնդիր	Մեծացնել իրականացվող սքրինինգների ծավալները և հնարավորության դեպքում ներդնել նոր սքրինինգային ծրագրեր:
ՆԾ խնամքի ոչ որակյալ լինելը (թերի են գործում կամ ընդհանրապես չեն գործում):	Խթանել նախահղիության և մայրության դպրոցների ձևավորմանն ուղղված գործողությունները, ինչպես նաև ՆԾ խնամքի վերաբերյալ ԱԱՊ օղակի կարողությունների զարգացում և գիտելիքների թարմացում:
Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայությունների կողմից կանանց վերարտադրողական առողջության և կանխարգելման վերաբերյալ թերի խորհրդատվական աշխատանքների իրականացում:	Ուժեղացնել ԱԱՊ օղակն, ինչպես նաև կանանց կոնսուլտատիվ ծառայությունները թե՛ ծննդատներում և թե՛ պոլիկլինիկական ծառայություններում՝ հղիների ՆԾ խնամքի և կանանց վերարտադրողական առողջության հետ կապված որակյալ ծառայություններ ապահովելու համար և բարելավելու թե՛ բուժաշխատողների կրթական մակարդակը, թե՛ աշխատանքային պայմանները և թե՛ հանրության իրազեկումը:
Վերջին 5-6 տարիների ընթացքում ԱԱՊ օղակի ֆինանսավորման գործընթացում դրական տեղաշարժերի բացակայություն:	Վերանայել ԱԱՊ բժիշկների աշխատավարձերը և ներդնել կատարողականի վրա հիմնված ֆինանսավորման մեխանիզմներ:
Մարզերի համաչափ զարգացման նպատակով, ինչպես նաև մարզային հիվանդանոցների ծառայությունները խթանելու նպատակով ֆինանսավորման նոր մեխանիզմների ներդրում:	Ծննդօգնության տեղայնացված մոտեցման կիրառման արդյունքների համար շարունակական մոնիթորինգային աշխատանք և պետական ֆինանսավորման միջոցների ավելացում:



### 3 Մանկաբուժական բժշկական օգնության ԵՎ սպասարկման ոլորտ

#### *Երեխաների առողջությանն ուղղված քաղաքականության վերլուծություն*

Երեխաների առողջության բարելավման ուղղությամբ բավականին մեծ առաջընթաց է նկատվում, որն արտահայտվում է մի շարք պետական նպատակային և ռազմավարական փաստաթղթերի ընդունման ինչպես նաև իրագործման մեջ:

Դրանց թվին է պատկանում Երեխայի առողջության պետական հավաստագրի ծրագրի ներդրումը, որը հնարավորություն տվեց հիվանդանոցային ծառայությունների իրականին մոտ արժեքի փոխհատուցման և բուժաշխատողների աշխատավարձի շուրջ 2 անգամ բարձրացման միջոցով բարելավել հիվանդանոցային օգնության մատչելիությունը և որակը:

Հավաստագրի դրական արդյունքներից է նաև համակարգում տեղ գտած ոչ պաշտոնական վճարումների նվազեցումը, իսկ որպես վերջնական արդյունք (ծառայությունների որակի բարելավման և մատչելիության ցուցանիշ) երեխաների հիվանդանոցային մահաբերության և ընդհանուր 0-5 տարեկան երեխաների մահացության կրճատումը:

Համակարգային հաջողություններից է հիվանդությունների և բնածին խնդիրների վաղ հայտնաբերման (սքրինինգային) ծրագրերի ներդրումը և իրականացումը: Կարևոր է նաև նշել, որ բոլոր նախաձեռնություններն ու համակարգային փոփոխությունները հանգեցրել են նաև մի շատ կարևոր արդյունքի՝ 0-5 տարեկան երեխաների մահացությունը, որը 2010թ.-ին 13.4% էր, դարձել է 12.1%՝ 2012թ.:

Որպես դրական տեղաշարժ հարկավոր է նշել նորածնային մահացության դեպքերի գրանցման ու ծննդի և շուրջծննդյան մահվան դեպքերի հաշվառման գործընթացի բարելավումը: ՀՀ կառավարության կողմից հաստատվել են Երեխաների և դեռահասների առողջության ու զարգացման 2009–2013թթ. և «Երեխաների հիվանդանոցային բժշկական օգնության բարելավման 2013-2015 թթ. ազգային ռազմավարությունները»: «Երեխաների կրծքով սնուցման խրախուսման և մանկական սննդի շրջանառության մասին» ՀՀ օրենքի նախագիծն անցել է խորհրդարանական երկու ընթերցում: Մշակվել և ներքին շրջանառության մեջ է «Երեխաների սնուցման բարելավման 2013-2015թթ. ռազմավարությունը և գործողությունների ծրագիրը հաստատելու մասին» Հայաստանի Հանրապետության կառավարության որոշման, ինչպես նաև «Հանրակրթական և նախակրթական ուսումնական հաստատություններում սովորողների սննդի կազմակերպմանը ներկայացվող հիգիենիկ պահանջներ, սանիտարական կանոններ և նորմեր սահմանելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանի նախագծերը: Միջազգային փորձագետների աջակցությամբ (ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամ) և տեղական մասնագետների կողմից մշակվել է «Ցորենի ալյուրի հարստացման մասին» ՀՀ օրենքի նախագիծը և միկրոտարրերով հարստացմանն ուղղված տեխնիկական կանոնակարգերը:

Պետական պատվերի շրջանակներում անվճար կրթություն ստանալու իրավունք է տրվել ընդհանուր մանկաբուժության և նեոնատալոգիական կլինիկական օրդինատուրայում 2011թ-ից մոտ 30 բժշկական համալսարանի շրջանավարտների, սակայն նշված գործընթացը

շարունակական չէ, ամբողջովին չի լուծում ներկայում արդեն իսկ սուր արտահայտված մանկաբույժների պակասը:

Մշակվել և շրջանառության մեջ է դրվել «Մարզային մանկական վերակենդանացման ծառայությունների բարելավման ծրագիրը», որը ներկայացվել է ՀՀ կառավարության գերակա խնդիրների ցանկում: Երեք բուժհաստատությունների մանկական վերակենդանացման բաժանմունքներին տրամադրվել են նորածինների խնամքի և անհետաձգելի բուժօգնության սարքավորումներ:

Հանրապետության յոթ մարզային բուժհաստատություններ վերանորոգվել են, ստեղծվել են ժամանակակից սարքավորումներով հագեցած խառը (մեծերի և մանկական) վերակենդանացման բաժանմունքներ, ստեղծվել և հագեցվել են 3 միջմարզային նշանակության մանկական վերակենդանացման բաժանմունքներ:

Այս բոլոր փաստաթղթերը և համապատասխան գործողությունների պլանները համահունչ են միջազգային փաստաթղթերի պահանջներին, որոնց միացել է Հայաստանը, ինչպես նաև ներդաշնակ են ներկայիս մանկական ծառայությունների զարգացման հետ: Սակայն շատ դեպքերում փաստաթղթերը կյանքի կոչելու համար ոչ միշտ բավարար կարողություն և հնարավորություն կա:

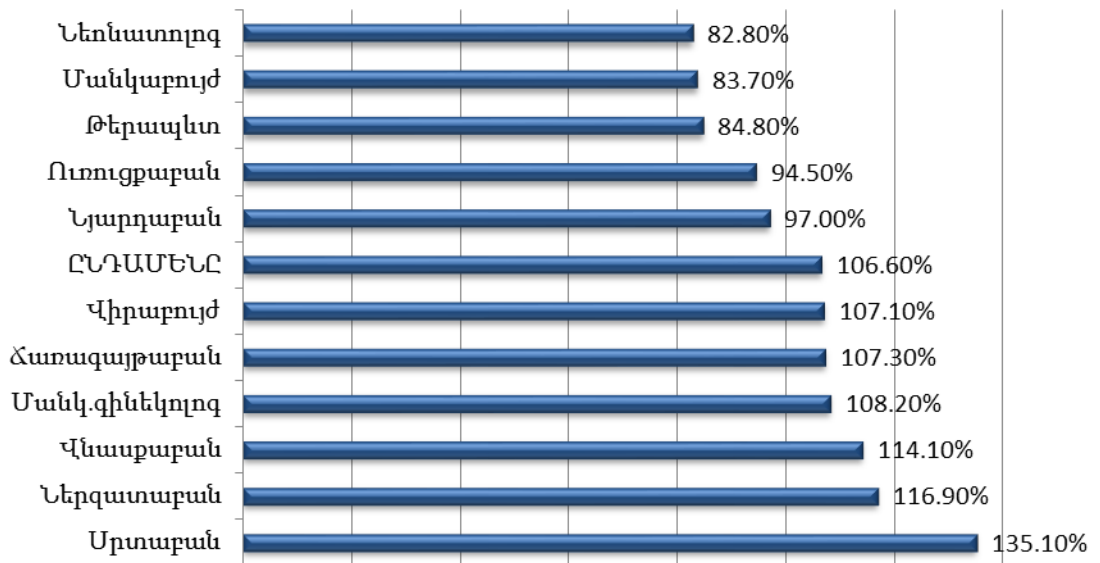
### ***Մարդկային ռեսուրսների խնդիր***

Վերջին երկու տասնամյակների ընթացքում զգալի փոփոխություններ են տեղի ունեցել մանկաբուժական անձնակազմի շրջանում: Սկսած 90-ականների կեսերից, մանկաբուժական ֆակուլտետի շրջանավարտները, հետևելով առողջապահական համակարգում ընթացող փոփոխություններին, որպես մանկաբույժներ չշարունակեցին իրենց մասնագիտական գործունեությունը:

Խնդիրն ավելի խորացավ Մ.Հերացու անվ. Երևանի պետական բժշկական համալսարան /ԵՊԲՀ/ մանկաբուժական ֆակուլտետի փակումից և ԱԱՊ մակարդակում մանկաբույժների դեպի ընտանեկան բժիշկ վերավորակավորումից հետո: Արդյունքում համակարգում աշխատող մանկական մասնագետների թիվը աստիճանաբար կրճատվեց: Ընդ որում, նվազումը տեղի է ունեցել հիմնականում մարզային բուժհաստատություններում (եթե Երևանում մանկաբույժների ընդհանուր թիվը կրճատվել է 1.4 անգամ, ապա մարզերում՝ 2.4 անգամ) և այդ կրճատումը առավելապես հիվանդանոցային մանկաբույժների հաշվին է (Երևանում՝ 3.1, իսկ մարզերում՝ 4.7 անգամ):

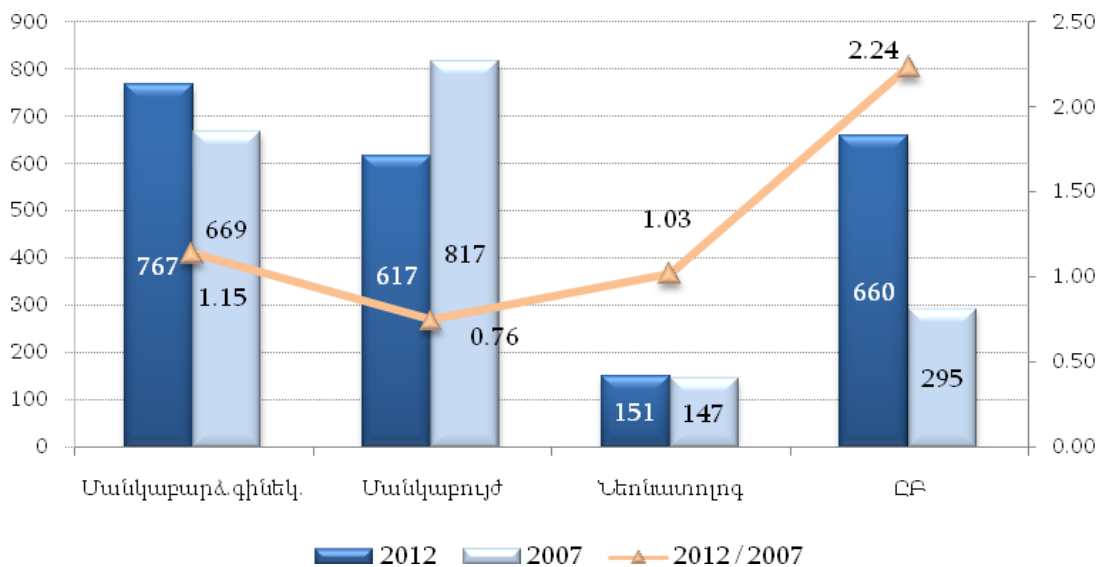
Գծապատկեր 8-ը ներկայացնում է 2011թ. վերլուծությունը, որը փաստում է, մանկաբույժների և նեոնատոլոգների քանակի նվազեցման միտումը 2001թ-ի նկատմամբ: Ընդ որում, գծապատկեր 9-ի տվյալները ցույց են տալիս, որ 2007-ին 2012թ-ի համեմատ աճել է մանկաբարձգինեկոլոգների և ընտանեկան բժիշկների թիվը, մանկաբույժների թիվը նվազել է, նեոնատոլոգների թիվը չի փոխվել:

Գծապատկեր 8. Հայաստանում հիվանդանոցների բժիշկների քանակի փոփոխությունները 2006թ.-ին՝ 2001թ. նկատմամբ



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2012թ.

Գծապատկեր 9. Երեխաների ապահովվածությունն ըստ մասնագիտական հիմնական պրոֆիլների, 2012թ. փոփոխությունները 2007թ. նկատմամբ



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2013թ.

Միաժամանակ մանկաբույժների թվի նվազումը զուգակցվում է նաև կադրերի ծերացմամբ, որն ըստ «Վորլդ Վիժն Հայաստան» կազմակերպության և «Արաբկիր բժշկական համալիր» Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտի կողմից 2011թ. կատարած հետազոտությամբ պարզվել է, որ մարզերում 50 տարեկանից բարձր տարիքի հիվանդանոցային մանկաբույժների թիվը 2010թ-ի դրությամբ կազմել է 46%:

Նշվածի վերլուծության արդյունքում ակնհայտ է, որ տասը տարի անց Հայաստանի մարզերում մանկական հիվանդանոցային ծառայություններում գրեթե կեսով կնվազի մանկաբույժների թիվը՝ հաշվի առնելով նաև այն միտումները, որոնք տեղի են ունենում վերջին տարիներին մանկաբույժներ պատրաստելու գործում: Վերջին 3 տարիների ընթացքում անվճար հատկացված կլինիկական օրդինատուրա անցնող ապագա մանկաբույժների ու նեոնատոլոգների (25 հոգի ներկայիս դրությամբ) մեծ մասը չունեն ցանկություն, չեն ձգտում գնալ մարզեր և շարունակել իրենց գործունեությունը ոչ մայրաքաղաքի մասնագիտացված հիվանդանոցներում: Աղյուսակ 8-ում ներկայացված են նեոնատոլոգների թափուր տեղերը:

Ներկայում համակարգում գրանցվում են նաև ընտանեկան բժիշկների թափուր տեղեր: Սա խոսում է այն մասին, որ մի շարք տարածքների/տեղամասերի երեխաներն ու ապագա մայրիկները մասամբ զրկված են իրենց առողջության պահպանման իրավունքի պատշաճ իրացման հնարավորությունից, որոնք են հիվանդությունների կանխարգելումը, բուժումն ու առողջության վերահսկումը:

ՀՀ ԱՆ վերջին վերլուծությունը մանկաբուժական և ընտանեկան բժիշկների անձնակազմի թափուր տեղերի վերաբերյալ ներկայացված է աղյուսակում:

Աղյուսակ 8. Մանկաբույժների և ընտանեկան բժիշկների թափուր հաստիքներն ըստ մարզերի 2013թ. հունվարի 8-ի դրությամբ

Մարզեր	Մասնագիտություն		
	Մանկաբույժ	Ընտանեկան բժիշկ	Նորածնային/ մանկական ռեանիմատոլոգ/ անեսթեզիոլոգ
Արմավիրի			
Արարատի	2	1	
Արագածոտնի			
Գեղարքունիքի	1	2	
Կոտայքի	1	2	
Լոռու	7	6	2
Շիրակի	2	3	
Վայոց Ձորի			
Տավուշի	1	1	
Սյունիքի	2	2	4

Աղբյուր՝ ԱՆ, 2013թ.

Ինչպես մայրական/վերարտադրողական ծառայություններում ներգրավված մարդկային ռեսուրսների գնահատման, այդպես էլ այս դեպքում հնարավոր են թերի գնահատումներ, որոնք ամբողջովին չեն արտացոլում կարիքը:

Հարկ է նշել սակայն, որ կան մարզեր, որտեղ մանկական ծառայությունների օպտիմալացման կարիք կա (մանկական ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքների օպտիմալ տեղակայում):

Օրինակ, Վանաձորում մանկական վերակենդանացման բաժանմունքը շարունակում է չգործել մասնագետներ չլինելու պատճառով: Մի շարք մարզեր նշում են մանկական վիրաբույժի, նյարդաբանի և քիթ-կոկորդ-ականջաբանի կարիքը: Ընդհանրապես, մանկական նեղ մասնագետների հարցը մնում է բաց, և մեծ մասամբ այդ ծառայությունների կարիքը ունեցող երեխաների ծնողները ստիպված են դիմելու մեծահասակ բնակչությանը սպասարկող մասնագետներին, որոնք միանշանակ չեն կարող երեխաների համար լիովին ապահովել համապատասխան որակյալ ծառայություն:

Բժիշկների հետդիպլոմային կրթություն իրականացնելու գործառույթը 2012թ. փոխանցվել է ՀՀ կրթության և գիտության նախարարությանը: Ներկայում կարիք կա համագործակցել նշված նախարարության հետ և մանկաբուժությունը սահմանել ոչ միայն որպես հետդիպլոմային կրթություն, այլև ընդգրկել մագիստրատուրայի ծրագրերի մեջ:

Խիստ կարևոր է նաև ապահովել շարունակական կրթությունը մանկաբուժական անձնակազմի համար: Այն հիմնականում իրականացվում է միջազգային կազմակերպությունների կամ տեղական մասնագիտական ՀԿ-ների և կառույցների կողմից՝ սնուցման, մանկական հիվանդությունների ինտեգրացված վարման, նորածնային ռեանիմացիայի կամ այլ սպեցիֆիկ մանկաբուժական խնդիրների շուրջ (օրինակ՝ «Մանկաբուժական դպրոց» Արաբկիր բժշկական կենտրոն-երեխաների և դեռահասների առողջության կենտրոնի կողմից):

Մշակվել և տպագրվել են մանկաբուժության արդիական հարցերի վերաբերյալ մի շարք մեթոդական ձեռնարկներ՝ «Վիտամին Դ դեֆիցիտային ռախիտը երեխաների մոտ», «Պարբերական հիվանդությունը երեխաների մոտ» և այլն: Այս ամենը խիստ առաջադեմ քայլեր են, սակայն, չեն ապահովում մեծ ծածկույթ թե այն կարևոր թեմաների (մասնագիտական բացերի շուրջ), թե բուժմակարդակների (առաջնային, երկրորդային և երրորդային մակարդակներ) և թե աշխարհագրական իմաստով: Այսպիսով խնդիր կա համապատասխան մասնագիտական գրականության մշակման, տպագրման և պատշաճ իրագրվման հարցում:

Ինչ վերաբերում է մասնագիտական վերապատրաստումներին, ապա որպես խնդիր նշվում է նաև ԱԱԻ երկարատև վճարովի վերապատրաստումների խնդիրը, որը մատչելի չէ թե ֆինանսական, թե աշխարհագրական առումով, հաշվի առնելով տարածաշրջանում միակ մանկաբույժի անփոխարինելի լինելու հանգամանքը: Մյուս հարցը դրանց պրակտիկայից կտրված լինելն է: Կադրային ներուժին և մասնագիտական վերապատրաստումներին վերաբերող հարցերին ԱԱՊ համակարգի բժիշկները վերջին անգամ մասնակցել են ընտանեկան բժշկության ծրագրով վերապատրաստման ժամանակ:

Քաջ հայտնի է նաև այն փաստը, որ Հայաստանի խոշոր քաղաքներում ընտանեկան բժշկի ինստիտուտը չի կայացել, և կարիք կա վերանայելու պոլիկլինիկական ծառայության մոդելը: Այն ներկայում վերանայման ընթացքում է, և կարիք կա մեծ կարևորություն տալ մանկաբույժին, բարձրացնել նրա դերն ու նշանակությունը: Ներկայում, հաշվի առնելով այն փաստը, որ վերջին տարիների ընթացքում նվազել է մանկական մահացությունը, բարձրացել է կենդանածինների տոկոսը, փոքր քաշով երեխաների կամ այլ պերինատալ խնդիրներ ունեցող մանուկների թիվը, կարիք կա ավելի լուրջ հսկողություն կազմակերպել ԱԱՊ մակարդակում, ինչը չի կարող ամբողջովին իրականացվել ընտանեկան բժիշկների կողմից:

Այսպիսով, ներկայում Եվրոպայում ԱԱՊ օղակում մանկական ծառայությունների գերակշռողը այսպես կոչված խառը մոդելն է, որտեղ մանկաբուժական օգնությունը ցուցաբերվում է թե ընտանեկան բժշկի, թե մանկաբույժների կողմից:

Նշված օրինաչափությունն ունի որոշակի տարիքային առանձնահատկություն: Այսպես «խառը» երկրների խմբում մինչև 2 տարեկան երեխաների ընդհանուր թվի 90%-ը հսկվել է մանկաբույժների կողմից: Օրինակ, Իտալիայում մինչև վեց տարեկան երեխաների 85%-ի առողջության վերահսկումը կատարվել է մանկաբույժի կողմից: Մինչդեռ 2011թ.-ին «Վորլդ Վիժն Հայաստան» կազմակերպության և Արաբկիր բժշկական համալիր-Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտի կողմից կատարված «Հայաստանում մայրերի, նորածինների և երեխաների առողջության պահպանման ոլորտի ենթակառուցվածքների և մարդկային ռեսուրսների» հետազոտության շրջանակներում ծնողների հարցումներից պարզ է դարձել, որ նախկինում թերապևտ աշխատած բժիշկները «չեն ցանկանում սապասարկել երեխաներին և ներքին պայմանավորվածություն է ձեռք բերվում և իրենց տեղամասի նորածինների և վաղ հասակի երեխաներին ուղարկում են իրենց նախկին մանկաբույժ կոլեգայի մոտ»:

### **Ֆինանսավորում**

«Երեխաների և դեռահասների առողջության ու զարգացման 2009-2013թթ.» ազգային ռազմավարությունը ենթադրում էր ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և հիվանդանոցային բժշկական օգնության միջոցով պետական հատկացումներից տրամադրել տարեկան 11.6 մլդ. ՀՀ դրամ, որը բյուջետային տողերում արտացոլում չունի: Ավելին, բոլոր վերոնշյալ հատկացումները նպատակաուղղված են փոխհատուցելու միայն բուժօգնության, հաշմանդամ երեխաների առողջարանային բուժման, դեղորայքի ձեռքբերման և երեխաների առողջության վերահսկման ծառայությունների ծախսերը, և ոչ մի միջոցներ չեն հատկացվում բուժաշխատողների կարողությունների զարգացման և գործելակերպի վերահսկման, ապացուցողական բժշկության գործելակերպի, կրճքով սնուցման և ընդհանրապես սնուցման, և այլ հանրային առողջապահական ծրագրերի խրախուսման համար: Արդյունքում այս բեռն ընկնում է միջազգային կազմակերպությունների և դոնորների վրա, որոնց ֆինանսավորման ավարտից հետո վերը նշված խնդիրները չունենալով ինստիտուցիոնալ լուծում, կորցնում են իրենց շարունակականության սկզբունքը:

Հավաստագրի համակարգի ներդրման երաշխիք հանդիսացավ երեխայի հիվանդանոցային բուժօգնության ծրագրի ֆինանսավորմանն ուղղվող բյուջետային միջոցների կրկնակի ավելացումը, որը 2011թ. դարձավ 6.59 մլրդ. դրամ՝ 2010թ.-ի 3.4 մլրդ. դրամի դիմաց: Երեխայի առողջության պետական հավաստագրի ներդրմանը հաջորդող տարիներին նշված ծրագրի գծով հատկացումները շարունակեցին ավելանալ, սակայն ավելի նվազ տեմպերով, 2013թ. կազմելով 6.74 մլրդ. դրամ: 2014թ. համար նախատեսվող գումարը կկազմի 7.14 մլրդ. դրամ:

Մանկական հիվանդանոցային ծառայության ֆինանսավորման ծավալները կտրուկ ավելացել են: Ներկայում մանկական ԱԱՊ ծառայությունների ֆինանսավորումը կազմել է հիվանդանոցային ֆինանսավորման գրեթե կեսը (Աղյուսակ 9):

**Աղյուսակ 9. Երեխաների բուժօգնության ծառայությունների ֆինանսավորումն ըստ ծառայությունների, 2008-2012թթ.**

Տարի	Երեխաների բժշկական օգնություն	
	ԱԱՊ օղակ	Հիվանդանոցային բուժօգնություն
2008	771.491,4/ՀՀ դրամ/	2.969.253,6
2009	2.557.768,7	3.446.930,3
2010	2.482.507,9	3.434.146,5
2011	2.630.268,4	6.591.931,3
2012	2.666.308,4	6.648.226,6
2013*		6.774.870,5

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ ՊԱԳ, 2013թ.

Տարեցտարի հիվանդանոցային ֆինանսավորման ավելացումը չի համապատասխանում այն ծավալների ավելացմանը, որը կմանրամասնվի հաջորդիվ:

**Մանկական բուժօժանայությունների որակ և մատչելիություն**

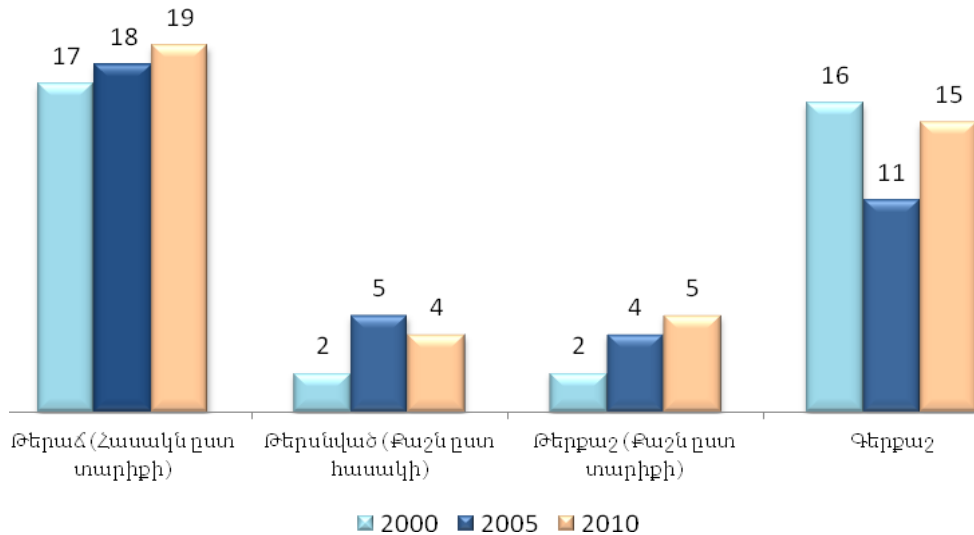
Ավելի քան հինգ տարի է, ինչ «Առողջ երեխայի բուժհսկողությունը» որպես գործելակերպ ամրագրվել է առաջնային օղակի բուժաշխատողների գործառույթների մեջ: Մի շարք միջազգային և տեղական կազմակերպությունների շնորհիվ գնահատվել է առաջնային բուժհսկողության արդյունավետությունը, որով փաստվում է բուժհսկողության թերի լինելն ու խնդիրները՝ կապված մանկական հասակի սքրինինգների իրականացման և երեխայի սնուցման և զարգացման հետ:

Ընդհանուր առմամբ 9 սքրինինգները, որոնք ներառում են թե սնուցման կարգավիճակի գնահատումը, թե տեսողական, լսողական, ինչպես նաև հոդախախտի, կրիպտորխիզմի, անեմիայի և հիպերտենզիայի հայտնաբերումը, շատ դեպքերում ժամանակին չեն կատարվում կամ պարզապես չեն կատարվում բուժաշխատողների կողմից և բազմաթիվ բացասական հետևանքներ թողնում թե համակարգի և թե երեխաների հետագա առողջական վիճակի վրա:

ՎՎ-ի կողմից երեխաների հովանավորչական ծրագրի մշտական մոնիտորինգը փաստում է, որ 2 տարեկանից բարձր երեխաների անթրոպոմետրիկ չափումները շատ դեպքերում ուղղակի կրում են ֆորմալ բնույթ և չեն իրականացվում: Երեխայի հսկողության քարտերը կարող են լրացված չլինեն և շատ դեպքերում չհամապատասխանեն երեխայի իրական սնուցողական վիճակին: Թեև մի քանի շրջաններում ՄԻԴԱՍ համակարգի միջոցով իրականացվել է 0-2 տարեկան երեխաների աճի գնահատման մոնիտորինգային համակարգի մշակում և հանրապետության 46 բուժհաստատությունում դրա փորձարարական ներդրում, սակայն հանրապետության մակարդակով երեխաների սնուցողական վիճակի ամբողջական պատկերը (ՀՀ առողջապահության նախարարի 26.10.2011թ. թիվ 2100-Ա հրաման) պարզ չէ, և միայն

ՀԺԱՀՀ հետազոտության շնորհիվ է, որ հնարավոր է դարձել ամփոփել երեխաների սնուցողական վիճակը (տես ստորև գծապատկեր 10-ը):

Գծապատկեր 10. 0-5 տարեկան երեխաների սնուցման կարգավիճակ (%)



Աղբյուր՝ ՀԺԱՀՀ, 2010թ

Հայաստանը 19% թերքաշ ունեցող 0-5 տարեկան երեխաների ցուցանիշով, ինչպես նաև գերքաշ երեխաների աճի միտումներով մոտենում է վատթարագույն վիճակում գտնվող երկրների շարքին: Սա մտահոգիչ է ինչպես նաև մտահոգիչ է մինչև 6 ամսական երեխաների բացառապես կրծքով սնուցման ցուցանիշի համարյա ամփոփոխ լինելը (33% եղել է 2005թ.-ին, 35%՝ 2010թ. -ին):

Առաջնային օղակի բժշիկների կողմից խորհրդատվական և թույլ վերահսկման արդյունք է նաև այն, որ 6-23 ամսական երեխաների 32% է ստանում անհրաժեշտ հավելյալ սնուցում: Իհարկե, չի կարելի չնշել նաև ծնողների գիտելիքի, կրթության և այլ տիպի սոցիալական գործոնների ազդեցությունը թե երեխաների սնուցողական և թե մահացության վրա: Սակայն, ըստ ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամի կողմից կատարված գնահատման պարզվում է, որ թերի են թե ծնողների գիտելիքները և թե առաջնային օղակի բուժաշխատողների գիտելիքներն ու հմտությունները ընդհանրապես սնուցման նոր մոտեցումների և գործելակերպերի վերաբերյալ:

Նորածնային սքրինինգների շարքում դեռ մեծ խնդիր է ֆենիլկետոնուրիայի սքրինինգի իրականացումը, որը չի իրականացվում ինչպես հիպոթիրեոզի սքրինինգը (2013թ-ից իրականացվում է ամբողջը պետության հաշվին՝ ապահովելով 100% ծածկույթ Հայաստանում): Բնածին հոդախախտի սքրինինգը գերձայնային սարքերի միջոցով նույնպես մեծ տարածում չունի, սակայն միջազգային փորձից ելնելով այն համարվում է շատ զգայուն և հիմնարար մեթոդ:

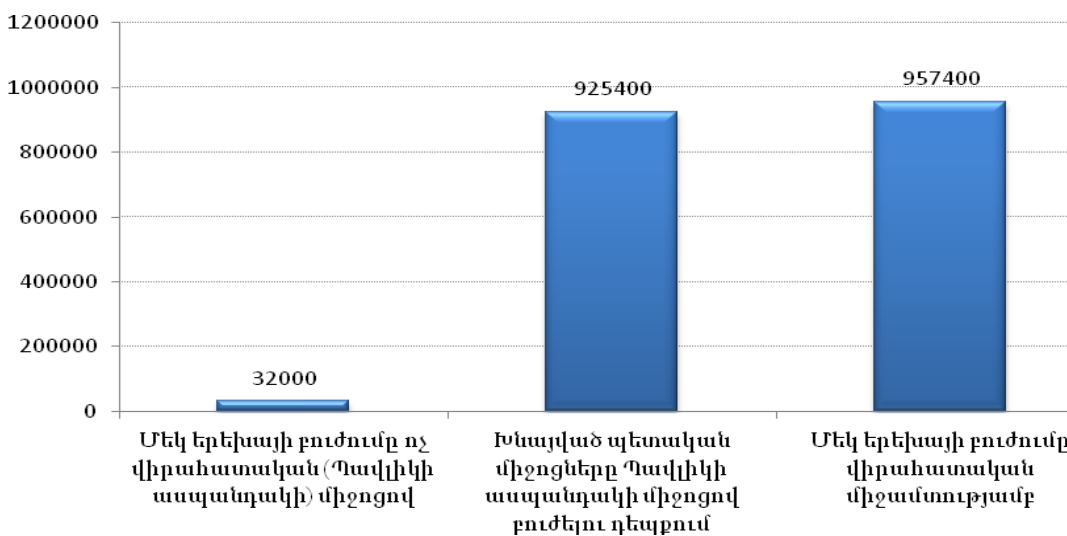
Օրինակ, ըստ, Զինիշյանի հիշատակի հիմնադրամի կողմից կատարված հետազոտության՝ ավելի քան 8.400 երեխայից 560 նորածնի մոտ հայտնաբերվել է կոնք-ազդրային հոդախախտ և



անհաս հոդ, որը կազմում է հետազոտվածների 6.7%-ը: Հոդախախտով նորածինների թիվը կազմել է 37 երեխա:

Ստորև աղյուսակը ցույց է տալիս ծախսային տարբերությունը բնածին հոդախախտի վաղ հայտնաբերման դեպքում (Պավլիկի ասպանդակի եղանակով բուժում) և վիրահատական միջամտությամբ բուժելու դեպքում: Վիրահատական մեթոդով խնդրի շտկման դեպքում ծախսը մեկ հիվանդանոցային դեպքի համար կազմում է 957.400 ՀՀ դրամ: Իսկ տարբերությունը ահռելի է:

Գծապատկեր 11. Բնածին արատի բուժման ծախսերի համեմատություն (ՀՀ դրամով)



Վերը նշված հիմնադրամի կատարած հետազոտության արդյունքում պարզվել է, թե որքան շատ է ծախսային բեռը բնածին հոդախախտի ուշ հայտնաբերման դեպքում, ինչը հանգեցնում է այն եզրակացությանը, որ անհրաժեշտ է Զինիշյանի հիաշատակի հիմնադրամի կողմից 23 վերապատրաստված մասնագետների թիվը ավելացնել՝ ընդգրկելով բոլոր ծննդատների և առաջնային օղակի գերձայնային հետազոտություն կատարող բժիշկներին:

Մյուս կարևորագույն սքրինինգային ծրագրերից է նորածնային լսողության սքրինինգը, որն այս պահին գործում է միայն հանրապետության 10 ծննդօգնության հաստատություններում, 2013թ. հոկտեմբեր ամսից ծրագիրն ընդլայնվել է և ՎՎ-ի աջակցությամբ սկսել է գործել նաև 6 այլ բուժհաստատություններում (Լոռու, Տավուշի, Սյունիքի, Գեղարքունիքի, Շիրակի մարզերում): Հաշվի առնելով, որ երկրում կա 64 ծննդօգնության հիմնարկ, ապա դեռ շատ ռեսուրսներ են անհրաժեշտ թե սարքերի ձեռքբերման և թե մասնագետների վերապատրաստման համար:

Երեխայի առողջության պետական հավաստագրի ներդրումից անմիջապես կես տարի հետո, 2011թ. օգոստոս-հոկտեմբեր ամիսներին կատարվել է ծրագրի գնահատում՝ Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնի կողմից: Հիմնական արդյունքներից էին ոչ պաշտոնական վճարների նվազեցումը. Երևանում 64% -ից դարձնել 21%, իսկ շրջաններում 47%-ից՝ 9%: Միջին վճարումների գումարները ելակետային տվյալներից ցույց են տվել միջինում 18.000 մինչև 20.000 ՀՀ դրամ հասնելով մինչև 64.000 ՀՀ դրամ՝ երեխաների շրջաններից տեղափոխման համար: Այս ոչ պաշտոնական վճարները վեց ամիս անց նվազել են՝ հասնելով 3.600 ՀՀ դրամի, և 13.000 ՀՀ դրամի

համապատասխանորեն: Հարկավոր է նշել, որ հետազոտության ժամանակ հարցումները ցույց են տվել նաև ընտանիքների գոհունակության, ինչպես նաև հիվանդանոց դիմելիության բարձրացում: Սակայն շատ դեպքերում ծնողների կողմից նկատվել է առաջնային օղակի բուժաշխատողների շրջանցում և ինքնուրույն դիմելիություն հիվանդանոց: Անհարկի ուղեգրումների ավելացումը բացատրվում է նրանով, որ՝

- ԱԱՊ բուժաշխատողների աշխատավարձը պայմանավորված է սպասարկվողների թվով, ոչ թե մատուցած ծառայություններով.
- ԱԱՊ բուժաշխատողների աշխատավարձը զիջում է հիվանդանոցի բուժաշխատողների աշխատավարձին.
- ԱԱՊ բուժաշխատողները չունեն իրենց աշխատանքի ծավալն ավելացնելու նյութական դրդապատճառ:

Այս ամենը հետագայում բավականին մեծացրեց բեռը հիվանդանոցային օղակի վրա, առաջացնելով դժգոհություն թե ԱԱՊ և թե հիվանդանոցային բուժաշխատողների կողմից:

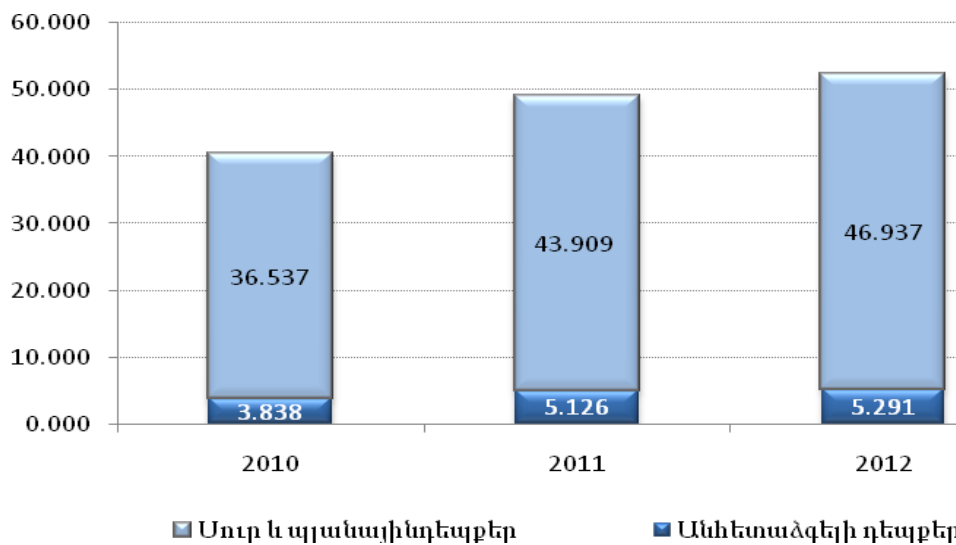
2013թ. հունիս-հոկտեմբեր ամիսներին կատարվեց Երեխայի առողջության պետական հավաստագրի ներդրման արդյունքների և երեխաներին ցուցաբերվող հիվանդանոցային և առաջնային օղակի կողմից մատուցվող բուժօգնության որակի ուսումնասիրությունը, որն իրականացվել է Վորլդ Վիժն կազմակերպության և փորձագետների կողմից ՀՀ ԱՆ աջակցությամբ, որը թույլ տվեց ավելի հստակ պատկերացում կազմել ոլորտի բարելավման ուղիների, ծառայություններից օգտվողների բավարարվածության, ծառայության որակի, ինչպես նաև խնդիրների մասին:

Ըստ այդ ուսումնասիրության՝ հավաքագրվել և վերլուծվել են մի շարք ցուցանիշներ ամբողջ հանրապետության տարածքով, ընտրողաբար ուսումնասիրվել և վերլուծվել են հանրապետության հիվանդանոցներում երեխաներին մատուցվող բուժօգնության որակը, ԱԱՊ օղակից դեպի հիվանդանոցային համակարգ ուղեգրումների հիմնավորվածությունը, տնային մահերի կառուցվածքը: Իրականացվել են հարցազրույցներ հիվանդանոցային և ԱԱՊ համակարգի բուժաշխատողների հետ, իսկ բնակչության վերաբերմունքը և գոհունակության մակարդակը գնահատելու համար կատարվել է հարցում՝ հիվանդանոցում բուժօգնություն ստացած երեխաների մայրերի/խնամողների շրջանում:

Վերլուծելով հանրապետական վիճակագրական ցուցանիշները, ուսումնասիրություն կատարող փորձագիտական խումբը եկել է հետևյալ եզրակացությունների.

**Հիվանդանոցային ծավալները** կտրուկ փոփոխվել են՝ համեմատելով 2010թ.-ը (հավաստագրի ներդրումից առաջ) 2011 և 2012 թթ. հետ: Օրինակ՝ 2010թ. ընթացքում հիվանդանոցային բուժօգնություն է ստացել ընդամենը 0-ից 18 տարեկան 40.375 երեխա, մինչդեռ հավաստագրի ներդրումից հետո այս թիվն աճել է 2011 և 2012թթ.-ին համապատասխանաբար կազմելով 49.035 և 52.228, և կան կանխատեսումներ, որ այդ թիվը մինչև 2013թ. վերջը կգերազանցի 60.000-ը (Գծապատկեր 12):

Գծապատկեր 12. 0-18 տարեկանների հոսպիտալացումների թիվը (պլանային և անհետաձգելի)



Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ ՊԱԳ, 2013թ.

Ընդ որում, հավաստագրի ներդրման առաջին տարվա ընթացքում անհետաձգելի բուժօգնություն ստացած երեխաների թիվը աճել է 33.6%-ով, մինչդեռ սուր և պլանային ընդունվածների թվի ավելացումը կազմել է 20.1%: Երկրորդ տարվա ընթացքում բարձրացումը կազմել է համապատասխանաբար 3 և 7%:

Երբ համեմատվում է Հայաստանում արդեն իսկ ավելացած 0-18 տարեկան երեխաների հոսպիտալացումների ցուցանիշը (8.1%) Ռուսաստանի Դաշնության (ՌԴ) Մոսկվայի մարզի նույն տարիքային խմբի երեխաների հոսպիտալացման ցուցանիշի հետ (19%)<sup>4</sup>, պարզ է դառնում, որ նույնիսկ հոսպիտալացումների թվի ավելացման պայմաններում Հայաստանի ցուցանիշը դեռևս հեռու է ՌԴ-ի համանման ցուցանիշից: Ընդ որում Հայաստանի հոսպիտալացումների թվի մեջ հաշվարկվել են նաև վճարովի և ապահովագրական հիմունքներով բուժօգնություն ստացած երեխաների թիվը: ԱՄՆ-ում 0-15 տարեկան երեխաների համար այս թիվը կազմում է 5%, Մեծ Բրիտանիայում՝ 6.4 %՝ կայացած առաջնային օղակի և մանկաբույժների զարգացած ինստիտուտի պայմաններում:

Համաձայն ԱՎԾ-ի<sup>5</sup> հրապարակման, 2011թ. Հայաստանում մինչև 5 տարեկան տարիքային խմբում թե աղքատության, և թե ծայրահեղ աղքատության ցուցանիշը ամենաբարձրն է այլ տարիքային խմբերի համեմատ (համապատասխանաբար այն կազմում է 45.3% և 4.4 %): Նույն աղբյուրը փաստում է նաև այն, որ երեք և ավելի 0-5 տարեկան երեխաներ ունեցող տնային տնտեսություններն ունեն աղքատության մոտ կրկնակի ավելի բարձր ռիսկ(78%) հանրապետական միջին մակարդակի համեմատությամբ (35.0%), ինչպես նաև ավելի բարձր ռիսկ այն տնային տնտեսությունների համեմատ, որտեղ առկա են թվով ավելի քիչ երեխաներ,

<sup>4</sup> Повозрастные показатели нуждаемости детского населения в специализированной стационарной медицинской помощи на примере Московской области. 01.12.2010 г., Семенов В.Ю., Руголь Л.В., Электронный научный журнал , Социальные аспекты здоровья населения"

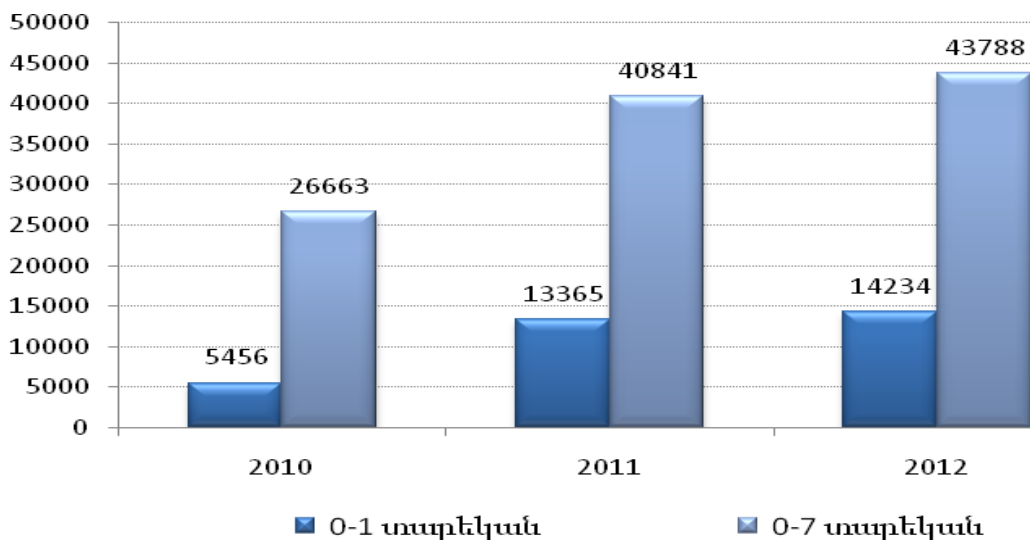
<sup>5</sup> Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը, 2012

օրինակ՝ 1 երեխա ունեցող տնային տնտեսությունների համեմատ՝ 1.8 անգամ, իսկ երկու երեխայի դեպքում՝ 1.6 անգամ:

Հաշվի առնելով վերոհիշյալը, կարելի է վստահաբար ասել, որ հավաստագրի ներդրման արդյունքում պարզապես դրսևորվել է ցածր ֆինանսական մատչելիության պատճառով մինչ այդ չռեալիզացված 0-7 տարեկան երեխաների հոսպիտալիզացիայի պահանջարկը:

Մյուս փաստարկը այն է, որ ծրագրի ներդրման առաջին տարվա ընթացքում հոսպիտալացումների թիվը առավել կտրուկ աճել է մինչև մեկ տարեկան երեխաների շրջանում՝ մոտ 3 անգամ, ինչն ունի օբյեկտիվ պատճառները՝ հաշվի առնելով այդ տարիքային խմբի մոտ հիվանդությունների զարգացման անկանխատեսելիությունը: Գծապատկեր 13-ը պատկերում է հոսպիտալացումների թիվը ըստ տարիքային խմբերի:

Գծապատկեր 13. Երեխաների հոսպիտալացման թիվն ըստ տարիքային խմբերի



Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՆՊԱԳ, 2013թ.

Ի դեպ հոսպիտալացումների թիվը մարզային հիվանդանոցներում աճել է 2011թ. 64.1%-ով, հետո ևս 9.8%, մինչդեռ Երևանի հիվանդանոցներում՝ 46.6% և 5.3% համապատասխանաբար:

Հատկանշական է, որ մինչև մեկ տարեկան երեխաների հոսպիտալացումների ավելացումը մարզերում եղել է 2 անգամ, իսկ Երևանում ավելացել է 18%-ով: Աճի ցուցանիշների նման տարբերությունը անսպասելի է, քանի որ նորածնային ծառայությունների հիմնական մասը գտնվում է Երևանում: Դատելով թվերից, հնարավոր է ենթադրել չհիմնավորված հոսպիտալացումների որոշակի քանակի մասին, սակայն միևնույն ժամանակ 0-ից 1 տարիքային խումբը առավել խոցելի և վտանգավոր խումբն է և այստեղ չհիմնավորված ուղեգրումները կարող են պայմանավորված լինել ծնողների առավել մեծ ուշադրությամբ և բուժաշխատողների կողմից էլ ցուցաբերված զգուշությամբ կամ առավել զգույշ, կամ զգոն լինելու հետ կապված:

Մյուս կողմից, հիվանդանոցային մահաբերության, այդ թվում մինչև չորս տարեկան մահացության ցուցանիշների փոփոխությունը ապացուցում է, թե որքանով է արդյունավետ երեխայի առողջության հավաստագրի ներդրումը:

Այսպես օրինակ, մինչև մեկ տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշը, որը 2007թ.-ից մինչև 2011թ. հանրապետությունում ունեցել է աճի կայուն միտում (438-ից 500), այն նվազել է 2012թ. և հասել է 412-ի: Մինչև չորս տարեկան մահերի թիվը նույնպես նվազել է 77-ից մինչև 15 (81%-ով կրճատում, Աղյուսակ 10):

Աղյուսակ 10. Մինչև մեկ տարեկան հիվանդանոցային մահեր, բացարձակ թիվ

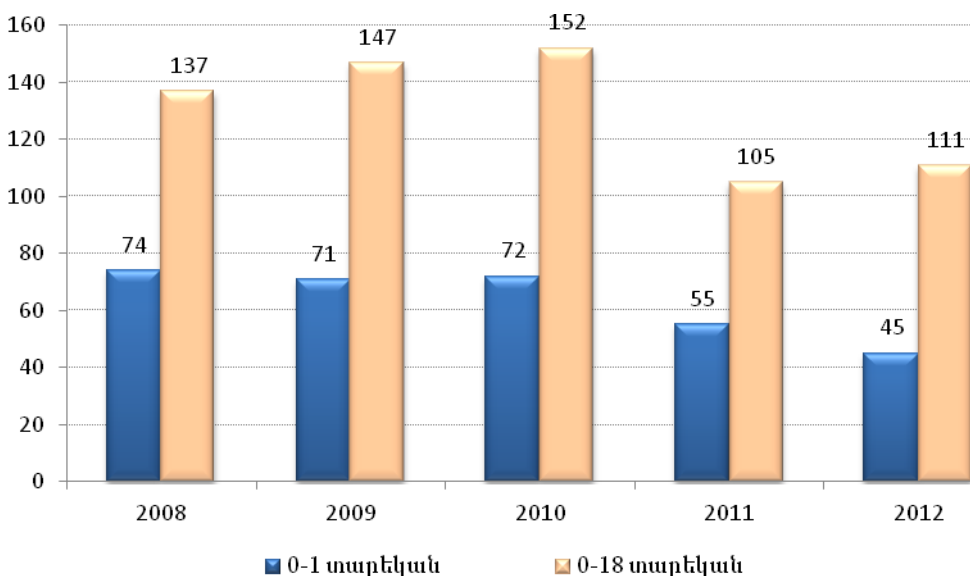
	Մինչև մեկ տարեկան հիվանդանոցային մահերի բացարձակ թիվը	Որից՝ մինչև չորս տարեկան մահեր
2007	438	110
2008	440	75
2009	462	71
2010	500	77
2011	464	47
2012	412	15

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2013թ.

Երեխաների հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշների այս փոփոխությունը ևս մեկ անգամ վկայում է այն մասին, որ մատչելիության բարձրացումն ուղղակիորեն անդրադարձել է այն բարձրի ղեկավարի նվազմանը, որոնք այլապես կհանգեցնեին մահվան ելքի:

2011թ.-ից տնային մահերի բացարձակ թիվը նույնպես նվազման կայուն միտում է ցուցաբերել: Ավելին, այն առավելապես արտահայտված է 0-1 տարիքային խմբում: Գծապատկեր 14-ը պատկերում է այդ միտումներն ըստ հավաստագրին նախորդող և հաջորդող տարիներին:

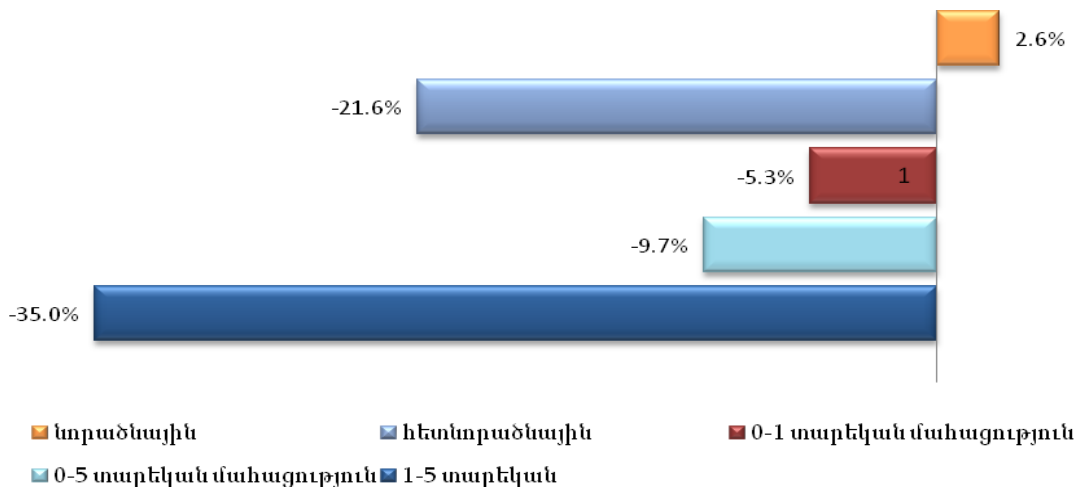
Գծապատկեր 14. Տնային մահացության միտումներն ըստ 0-1 և 0-18 տարիքային խմբերի



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2013թ.

Ընդունելով, որ 0-5 տարեկան երեխաների մահացության վրա ազդող գործոնները բազմաթիվ են՝ սկսած շրջակա միջավայրի և սոցիալական գործոններից մինչև առողջապահության ծառայությունների որակը և մատչելիությունը, այնուամենայնիվ, չի կարելի պնդել, որ ծառայությունների մատչելիությունից բացի մնացած այդ գործոնները 2010թ-ից մինչև 2012թ. խիստ փոփոխվել են: Սակայն վերջին երկու տարիների ընթացքում արձանագրվել է մանկական և մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշների բարելավում՝ մասնավորապես հավաստագրի թիրախային խմբեր հանդիսացող տարիքային խմբերում (հետնորածնային և 1-5 տարեկան): Ստորև գծապատկեր պատկերում է այս միտումը:

Գծապատկեր 15. Մանկական մահացության ցուցանիշների միտումները 2012թ.-ին 2010-ի նկատմամբ



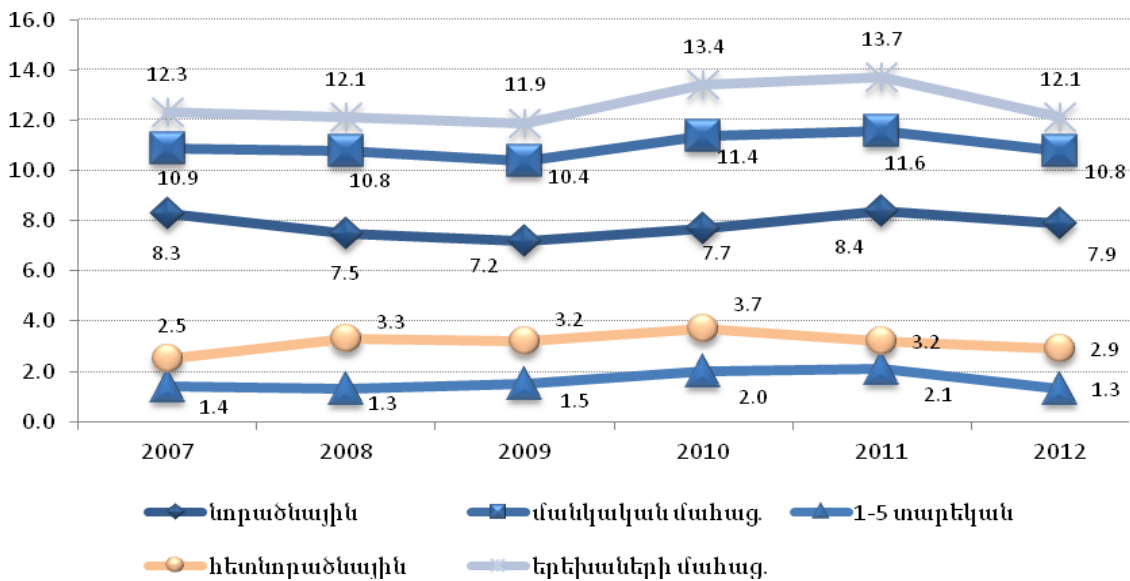
Աղբյուր՝ ԱՎԾ, 2013թ.

Գծապատկեր 16-ը ավելի պատկերավոր է ներկայացնում 0-5 տարեկան երեխաների մահացության նվազեցումը ըստ 1000 կենդանածին նորածնի հաշվարկի 13,4-ից մինչև 12,1:

Վերլուծելով ԱԱՊ օղակին և հիվանդանոցային ծառայություններին վերաբերող որոշակի զգայուն ցուցանիշները՝ պարզ է դառնում, որ տեղի է ունեցել հիվանդների հոսքերի փոփոխություններ:

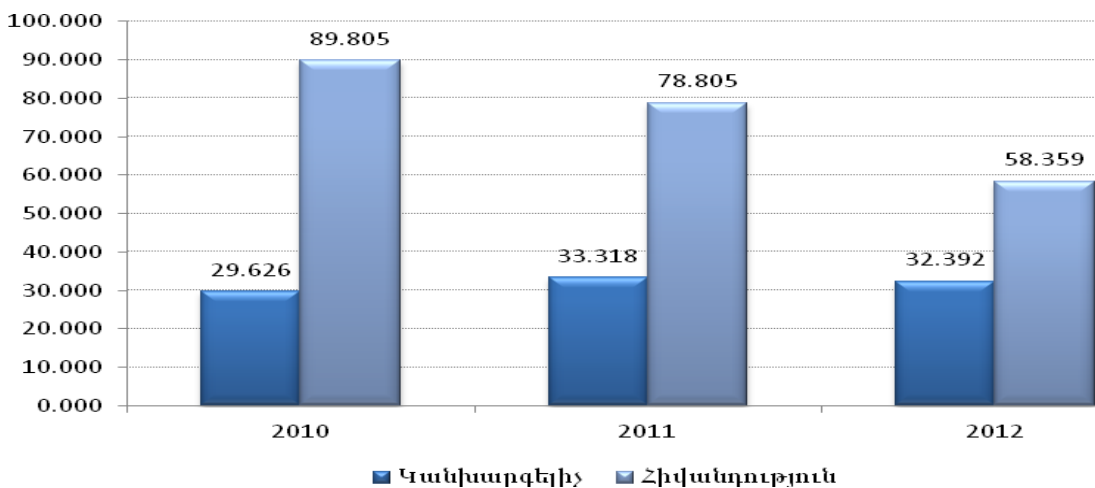
ԵԱՊՀ ներդրումից հետո հիվանդության դեպքերի զգալի մասը, որոնք նախկինում բուժվում էին ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների կողմից կատարվող տնային այցերի, ինչպես նաև ԱԱՊ բուժհիմնարկներ այցերի միջոցով, ներկայում բուժվում են հիվանդանոցներում և ԱԱՊ-ն հիվանդությունների վարման իր գործառույթը աստիճանաբար զիջել է ստացիոնարին: Դրա մասին է վկայում հիվանդության պատճառով տնային այցերի 50%-ից ավելի կրճատումը:

Գծապատկեր 16. 0-5 տարեկան երեխաների մահացության միտումներ



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2013թ.

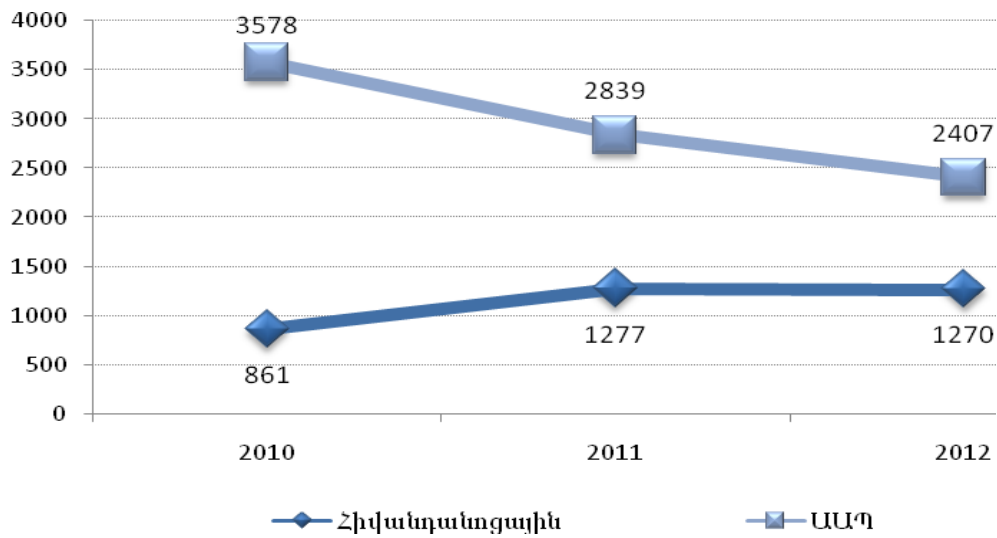
Գծապատկեր 17. Տնային այցեր



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2013թ.

Հոսպիտալացումների հիմնավորվածությունը գնահատելու համար վերլուծվել են նաև առաջնային և հիվանդանոցային օղակներում թոքաբորբ փստորոշումով բուժված 0-7 տարեկան երեխաների թվաքանակները և միտումները: ԵԱՊՀ ներդրումից հետո առաջին տարվա ընթացքում առաջնային առողջության պահպանման օղակում դիտվել է թոքաբորբ փստորոշումով բուժված երեխաների դեպքերի թվի նվազում 21%-ով, իսկ երկրորդ տարում՝ ևս 15%-ով, մինչդեռ հիվանդանոցային մակարդակում թոքաբորբ փստորոշումով դեպքերի թվի աճը 2011թ.-ին կազմել է 48% նախորդ տարվա համեմատությամբ՝ մնալով գրեթե նույն մակարդակի վրա 2012 թ.-ի ընթացքում:

Գծապատկեր 18. Առաջնային և հիվանդանոցային բուժհաստատություններում մինչև 7 տարեկան երեխաների շրջանում թորաբորբ ախտորոշմամբ բաշխվածությունը (բացարձակ թիվ)



Աղբյուր՝ ՊԱԳ, 2013թ.

Նույն վերոնշյալ ուսումնասիրության արդյունքում կատարած մարզային և Երևանի հիվանդանոցների այցելությունները փաստում են, որ հիվանդանոցներում բուժվող զգալի թվով երեխաներին տվյալ հիվանդությունների կապակցությամբ առաջնային մակարդակում գործնականում օգնություն չի ցուցաբերվել, մինչդեռ ավելի վաղ միջամտությունն ի գործ էր կանխել հիվանդության խորացումը և հոսպիտալացման անհրաժեշտությունը:

Այդպիսի գործընթացի շարունակումը, հիվանդությունների միջին ծանրության և նույնիսկ թեթև ձևերի ուղեգրումը դեպի հիվանդանոցներ, բերելու է ԱԱՊ օղակի բժիշկների արդեն իսկ նկատվող որակավորման իջեցմանը, խնդրի խորացմանը, ԱԱՊ նկատմամբ բնակչության վստահության հետագա նվազեցմանը և հիվանդանոցային օղակի անհիմն ծանրաբեռնվածությանը: Վերջինիս երևույթը միանշանակ խորացնելու է ծնող-ԱԱՊ-հիվանդանոց կապի խզումն ու հարաբերությունների բարդացումն իր բոլոր հետևանքներով, ներառյալ՝ ֆինանսական և որակական:

Հայտնաբերված մյուս խնդիրը հիվանդությունների վարման գործելակերպերի խախտումներ են, որոնք հաստատված են ԱՀԿ-ի Մանկական հիվանդությունների ինտեգրացված վարման ծրագրի շրջանակներում: Մասնավորապես, ոչ բոլոր տեղերում են կիրառվում ապացուցողական բժշկության վրա հիմնված ալգորիթմերը, որը պատճառ է հանդիսանում հիպերդիագնոստիկայի, պոլիպրագմազիայի և անտեղի հակաբիոտիկների կիրառման դեպքերի հաճախացմանը: Այս ամենը խոսում է նրա մասին, որ ոչ միայն ԱԱՊ օղակը, այլև երկրորդային և երրորդային մակարդակի որոշ հիվանդանոցներ կարիք ունեն վերանայելու իրենց գործելակերպը:

Շատ դրական է այն փաստը, որ հիվանդանոցներում մեծ մասամբ առկա են այն հիմնական սարքերն ու դեղորայքը, որոնք անհրաժեշտ են մանկաբուժական դեպքերը վարելու



համար, սակայն նկատելի է նաև, որ կան տեղեր, որտեղ անձնակազմը պատրաստված չէ ճիշտ կիրառելու արդեն իսկ տրամադրված սարքերը: Որոշակի տոկոս է կազմում նաև դեպքերը, երբ անհարկի նշանակվում է ինֆուզիոն բուժում, առավել ևս, որ հաճախ նման բուժումն իրականացվում է էմպիրիկ և մոտավոր հաշվարկներով:

Նմանատիպ երևույթներ են դիտարկվել ԱԱՊ մակարդակում այցելություններ կատարելիս թե մարզերում և թե Երևանում՝ անհիմն ախտորոշումներ, անհիմն ուղեգրումներ ամենափոքր և հասարակ դեպքերի վարման համար, որոնք թույլ են տալիս կրկին խոսել ԱԱՊ մակարդակի կողմից տրամադրվող ծառայությունների ոչ կատարյալ որակի մասին:

Վերոնշյալ հետազոտությամբ գնահատվել է նաև ԱԱՊ օղակի աշխատանքը՝ հայտնաբերելով դեպքեր, որոնք փաստում են երեխաների առողջության վիճակի ոչ լիարժեք գնահատման և հսկողության մասին: Օրինակ, անեմիան կարող է ախտորոշվել, սակայն բուժումն ու սնուցման վերաբերյալ խորհրդատվությունը՝ բացակայել: Հավելյալ սնուցման վերաբերյալ խորհրդատվությունները զանազան են և ստանդարտացված չեն, վիտամին Դ-ի նշանակման տևողությունը տարբեր է (6 ամիս, 1 տարի):

Իհարկե, որոշ հիվանդանոցներում առկա են նաև առաջադեմ մոտեցման դրսևորումներ, օրինակ, երբ բուժման ընթացքում բոլոր կրծքի հասակի երեխաներին կատարվում է ռախիտի պրոֆիլակտիկա (նշանակվում է վիտամին Դ):

Հայտնաբերված խնդիրներից են նաև հետևյալները՝

- ոչ բոլոր ախտաբանական վիճակների դեպքում կան ցուցումներ հոսպիտալիզացման համար (ալերգիկ վիճակներ, միզուղիների խնդիրներ և այլն)։
- հիվանդի հոսպիտալացումից հետո (պուտֆակտում) հիվանդանոցում պահանջում են պոլիկլինիկայից ուղեգիր (հաճախ տեղամասային բժիշկը կարող է հիվանդին ուղեգրել՝ առանց վերջինիս զննելու)։
- չկա լիարժեք հետադարձ կապ հիվանդանոցի և պոլիկլինիկայի միջև։
- հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո ժամանակին չի տրվում դուրս գրման էպիկրիզը, և խաթարվում է պոլիկլինիկայի կողմից հետագա պատշաճ հսկողության և անվճար դեղորայքի տրամադրման հնարավորությունը։
- մասնագիտացված կենտրոնների կողմից միշտ չի տրամադրվում ամբուլատոր բուժհաստատությանը դիսպանսեր հիվանդի վարման պլանը։
- հիվանդին չհոսպիտալացնելու դեպքում ուղեգրի վրա չի նշվում չհոսպիտալացնելու պատճառը։

Վորլդ Վիժն /ՎՎ/ կազմակերպության կողմից կատարված ուսումնասիրության ընթացքում կատարվել է նաև հիվանդանոցային և ԱԱՊ բուժաշխատողների շրջանում կատարված ֆոկուս խմբային քննարկումներ՝ պարզելու նրանց վերաբերմունքը իրականացված բարեփոխումների նկատմամբ, ինչպես նաև բացահայտել այդ ընթացքում առաջացած խնդիրները՝ դրանք առավել արդյունավետ կառավարելու համար:

Ըստ հարցումների, Երեխաների առողջության պետական հավաստագրի ներդրման նպատակահարմարության վերաբերյալ բուժաշխատողները կարծում են, որ ծրագրի ներդրումը հատկապես նպատակահարմար էր սոցիալապես անապահով խավի համար, ինչ-որ չափով նաև բուժաշխատողների համար, որոնց արժանապատվության խնդիրները նույնպես շատ կարևոր

էին: Բնակչությունը միանշանակ շահել է, հատկապես կարիքավոր խավը: ԱԱՊ բժիշկները նշեցին, որ ծանր դեպքերում ծնողին էլ պետք չէ համոզել, որ երեխային տանի հիվանդանոց, իսկ հիվանդանոցային մասնագետները հավաստեցին, որ վերջին 3 տարվա ընթացքում շատ քիչ են հանդիպում ուշացած կամ բարձիթողի դեպքեր:

Բուժաշխատողների վերաբերմունքը ծրագրի նկատմամբ հակասական է: Աշխատավարձի առումով նրանց ակնկալիքները չարդարացան, քանի որ, անկախ բուժած հիվանդների քանակից և իրենց ծանրաբեռնվածությունից, գոյություն ունի աշխատավարձի վերին շեմ: Հիվանդների հետ փոխհարաբերությունների առումով վիճակը վատացել է, քանի որ բնակչությունը ստանձնել է խիստ պահանջատիրական կեցվածք («հիմա ով մտնում է, առաջին հերթին թերթիկն է թափ տալիս»):

Ստացիոնարի բժիշկները դժգոհեցին, որ ԱԱՊ բժիշկները տեղեկատվությանը լիարժեք չեն տիրապետում և դա հաճախ անհիմն ուղեգրումների և հիվանդանոցային բուժանձնակազմի և ծնողների միջև կոնֆլիկտների պատճառ է դառնում: Միևնույն ժամանակ, բժիշկները դժգոհեցին, որ բավարար չեն տիրապետում ֆինանսավորման մեխանիզմներին՝ դեպքի համար սահմանված գումարի հաշվարկին, բաշխման հիմնավորումներին, գնագոյացման մեխանիզմներին և արդյունքում նշում են, որ իրենց աշխատավարձին ուղղվող գումարները սպասվածից պակաս են: Բնակչության տեղեկացվածության վերաբերյալ բուժաշխատողները նշում են, որ մարդիկ գիտեն միայն իրենց իրավունքները, սակայն, լիարժեքորեն չտիրապետելով բոլոր մանրամասներին, շատ ժամանակ անհիմն պահանջում են անվճար ստանալ այն ծառայությունները, որոնք պաշտոնապես վճարովի են: Այն հարցին, թե ինչ են շահել կամ կորցրել հիվանդները ծրագրի ներդրման արդյունքում, բուժաշխատողները միակարծիք էին՝ բնակչությունը միանշանակ շահել է, հատկապես կարիքավոր խավը: ԱԱՊ բժիշկները նշեցին, որ ծանր դեպքերում ծնողին էլ պետք չի համոզել, որ երեխային տանի հիվանդանոց, իսկ հիվանդանոցային մասնագետներն ավելացրեցին, որ վերջին 3 տարվա ընթացքում շատ քիչ են հանդիպում ուշացած կամ բարձիթողի դեպքերի:

Բուժաշխատողները նշում են, որ սկզբում ունեցան աշխատավարձի որոշ բարձրացում, ինչը շատ ոգևորիչ էր և դրական ընդունվեց նրանց կողմից, սակայն այնուհետ այն սահմանափակվեց՝ անկախ ունեցած բուժված հիվանդների թվից և ծանրաբեռնվածությունից: Բոլոր բաժանմունքներում գոյություն ունի որոշակի «քվոտա», որն անցնելու դեպքում բուժված հիվանդների համար բժիշկը չի վարձատրվում, ինչը հղի է կոռուպցիոն ռիսկերով:

Բուժաշխատողները հատկապես տուժեցին վերջին հարկային փոփոխությունների պատճառով, քանի որ աշխատավարձերի «մաքուր» վճարումները պակասեցին, իսկ ծանրաբեռնվածությունն ավելացավ: Բուժքույրերի աշխատավարձը քիչ է բարձրացել՝ 65-ից մինչև 70 հազար դրամ, իսկ ծանրաբեռնվածությունը շատ բարձր է, նրանց մոտիվացիան իջել է: Ցածր է մանկական ռեանիմատոլոգների աշխատավարձը՝ մեծ ծանրաբեռնվածության և պատասխանատվության պայմաններում: Ինչ վերաբերում է բժիշկ-պացիենտ փոխհարաբերություններին, ապա այն վատացել է՝ գուցե ԶԼՄ-ների կողմից հրահրած բացասական վերաբերմունքի պատճառով: «Հիվանդները բժշկին նույնիսկ շնորհակալություն չեն ասում: Ահավոր զանգվածային հակաազդիտացիա է գնում բժիշկների դեմ: Բայց ոչ ոք չի ասում կատարված աշխատանքի դիմաց չվճարված գումարների խնդիրների մասին»:

Նշվում է նաև այն փաստը, որ ԱԱՊ-ի բուժաշխատողները այլևս ստիպված չեն վախենալով ծանր հիվանդին պահել տեղամասում, ավելի հանգիստ են աշխատում: Ստացիոնարի բժիշկները կարծիք հայտնեցին, որ ԱԱՊ բժիշկների մի մասը կոմպետենտ չեն ավելի լուրջ խնդիրներով հիվանդ բուժելու, մյուս մասն էլ համարում էին, որ նրանք ֆինանսական մոտիվացիա չունեն տանը որոշակի հիվանդություններ բուժելու, ինչը ենթադրում է լրացուցիչ ծանրաբեռնվածություն և ակտիվ այցեր:

Երևանի հիվանդանոցների բժիշկները դժգոհություն արտահայտեցին, քանի որ օրական կատարում են 50-60 կոնսուլտացիա: Միաժամանակ, որպես բացասական հետևանք նշվեց առաջնային օղակի թուլացումը, ԱԱՊ բժիշկների մոտիվացիայի բացակայությունը և հիվանդ երեխային վարելու մասնագիտական հմտությունների կորուստը:

Հիվանդանոցների հագեցվածությամբ բուժաշխատողներն ընդհանուր առմամբ գոհ էին, սակայն ունեն սահմանափակումներ՝ կապված դեղերի ընտրության հետ, որի պատճառը մրցութային կարգով գնումների իրականացումն է: Ոչ հազվադեպ գնվում է անորակ դեղորայք, քանի որ մրցույթի արդյունքում շահում են ջենտրիկ անվանումներ բերող կազմակերպությունները և կատարվում է էժան դեղորայքի ընտրություն:

**Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ**

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
Համակարգում մանկաբուժական մասնագետների թվի աստիճանաբար կրճատում:	Մանկաբուժական անձնակազմի թարմացման, կադրային քաղաքական նոր մոտեցումների մշակում:
Մանկաբուժական անձնակազմի շարունակական կրթության ոչ պատշաճ ապահովում:	Լրացուցիչ մեխանիզմների քննարկում:
Համապատասխան մասնագիտական գրականության մշակման, տպագրման և պատշաճ լայնածավալ իրազեկման բացակայություն:	Մշակել և տպագրել պարբերաբար մասնագիտական գրականություն և իրականացնել իրազեկման աշխատանքներ՝ ընդգրկելով մեծ ծավալ:
Առաջնային օղակի ֆինանսավորման ոչ բավարար մակարդակ և մոտիվացիայի բացակայություն:  Սքրինինգային հետազոտությունների ոչ մասսայական ընդգրկվածություն և ոչ պատշաճ իրականացում:	Վերանայել առաջնային օղակի ֆինանսավորման հարցերը, կիրառելով թե բոնուսային և թե խրախուսման այլ տիպի մեթոդներ: Ապահովել շարունակական կրթություն երեխայի աճի ու զարգացման, սնուցման, մանկական հիվանդությունների վարման, սքրինինգների կատարման, դեղամիջոցների ռացիոնալ օգտագործման վերաբերյալ, ինչպես ԱԱՊ բուժաշխատողների, այնպես էլ ստացիոնարի բուժաշխատողների համար: Իրականացնել և մեծացնել արդեն իսկ իրականացվող սքրինինգային ծրագրերի ծավալները:
Հիվանդանոցային բուժաշխատողների վճարման հետ կապված անբավարարվածություն:	Վերանայել հիվանդանոցային ծավալների և ֆինանսավորման մեխանիզմները: Պետության կողմից ֆինանսավորման ավելացում:
Հիվանդանոցներում բուժման գործելակերպերը տարբեր են, մասնագիտական կառույցները ակտիվ չեն գործում:	Ստեղծել տարբեր հիվանդությունների վարման վերաբերյալ նոր մեթոդականներ: Բարձրացնել մանկաբուժական ասոցիացիայի դերը: Կազմակերպել տարեկան կոնֆերանս «Բժիշկների առավել հաճախ հանդիպող սխալները ամբուլատոր և հիվանդանոցային պրակտիկայում»: Կազմակերպել «Մանկաբուժական դպրոցներ»: Ապահովել շարունակական կրթություն նաև բուժքույրերի համար:

#### 4. ՈՒՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ

##### Ոչ վարակիչ հիվանդությունների զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոնների տարածվածության հիմնախնդիրը

Բնակչության հիվանդացության և մահացության ցուցանիշներն արտացոլում են բնակչության առողջության վիճակը և ուղղակիորեն կախված են տարբեր գործոններից՝ ժառանգական նախատրամադրվածություն, սեռ, տարիք՝ 30%, ապրելակերպ՝ վարքագծային ռիսկի գործոններ (ՌԳ)՝ ծխախոտի օգտագործում, ակոհոլի վնասակար օգտագործում, ֆիզիկական թերակտիվություն, բարձր զարկերակային ճնշում (ԲՁՃ)՝ 40%, սոցիալ-տնտեսական, այսինքն՝ բարեկեցություն, կրթություն, սթրես՝ 15%, շրջակա միջավայր՝ 5% և առողջապահության համակարգի գործունեություն՝ 10%:

20-րդ դարի կեսերին բնակչության հիվանդացության և մահացության կառուցվածքում կատարվեց համաճարակաբանական հեղաշրջում, որի արդյունքում պանդեմիկ բնույթի աճի միտում դրսևորած ոչ վարակիչ հիվանդությունները (ՈՎՀ) գերակշռեցին վարակիչ հիվանդություններին:

ԱՀԿ տվյալների համաձայն առավել տարածված ՈՎՀ-ից (մասնավորապես՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ (ԱՇՀՀ), չարորակ նորագոյացություններ (ՉՆ), շաքարային դիաբետ (ՇԴ), վնասվածքներ և թունավորումներ) մեկ տարվա ընթացքում մահանում է ավելի քան 36 միլիոն մարդ, իսկ ՈՎՀ մահացության բեռը բնակչության ընդհանուր մահացության կառուցվածքում կազմում է 87%: Հարկ է նշել, որ մահվան դեպքերի 80%-ը կամ որ նույնն է, ինչ տարեկան 29 միլիոն մահվան դեպք գրանցվում է զարգացող երկրներում:

Բնակչության մահացության բուրգում առաջին «պատվավոր» տեղերը զբաղեցնում են՝ առաջինը՝ ԱՇՀՀ, որոնց տեսակարար կշիռն ընդհանուր մահացության կառուցվածքում եվրոպական տարածաշրջանի տարբեր երկրներում տատանվում է 35%-ից (եվրոպական տարածաշրջանի 15 զարգացած երկրներ) մինչև 65% (ԱՊՀ), երկրորդը՝ ՉՆ՝ 7-30%, երրորդը՝ քրոնիկ շնչառական հիվանդությունները՝ 5-11%, չորրորդը՝ ՇԴ՝ 2-3.3% :

ԱՀԿ կանխատեսմամբ 2015թ. ՈՎՀ մահացության ցուցանիշը կարող է աճել մինչև 41 միլիոն դեպքի համարժեք կանխարգելման միջոցառումների բացակայության կամ ոչ պատշաճ իրականացման դեպքում: ԱՀԿ գնահատականների համաձայն եվրոպական տարածաշրջանի բնակչությունը կորցրել է 151.4 միլիոն առողջ կյանք հետևյալ երեք հիմնական պատճառներից՝ ՈՎՀ՝ 77%, վնասվածքներ և թունավորումներ՝ 14% և վարակիչ հիվանդություններ՝ 9%:

Հայաստանում առավել տարածված ՈՎՀ մահացության կառուցվածքը կրկնօրինակում է եվրոպական տարածաշրջանի մահացության պատկերը: Բնակչության մահացության ընդհանուր կառուցվածքում ՈՎՀ մահացության բեռը կազմում է մոտ 80%, ընդ որում ԱՇՀՀ մահացությունը զբաղեցնում է առաջատար տեղը (48%), երկրորդ տեղում ՉՆ-ներն են (19.8%), երրորդում ՇԴ-ը (4.9%) և չորրորդում՝ վնասվածքներն ու թունավորումները (4.8%): Հանրապետության բնակչության «կյանքի անաշխատունակ տարիների» ցուցանիշի ավելացման (DALY, disability adjusted life years) 10 հիմնական պատճառներից ութը ՈՎՀ են, որոնցից չորսն են՝ ԱՇՀՀ (սրտի իշեմիկ հիվանդություն (ՍԻՀ), ուղեղի անոթային հիվանդություններ, ԲՁՃ, սրտի այլ հիվանդություններ), երեքը՝ ՉՆ-ներ (շնչափողի, բրոնխների ու թոքերի, կրծքագեղձի և

ստամոքսի չարորակ նորագոյացություններ) և մեկը՝ ներզատական համակարգի հիվանդություններ (ՇԴ)]:

Հարկ է նշել, որ 1950թ.-ից մինչ այսօր գիտատեխնիկական հեղափոխությունը, քաղաքակենտրոնացումը, ավտոմատացումը և տեղեկատվության ծավալի վիթխարի աճն ինքնաբերաբար նպաստել են բնակչության կենցաղային պայմանների և կյանքի ուղիղ կտրուկ փոփոխմանը: Գիտատեխնիկական առաջընթացն արմատապես փոփոխել է ոչ միայն ազգաբնակչության ապրելակերպը, այլև հասարակության առողջության և կյանքի որակի ցուցանիշները:

Հաշվի առնելով ամբողջ աշխարհում ՈՎՀ խնդրի շուրջ անհանգստությունը՝ ԱՀԿ-ն, Սրտաբանների, Աթերոսկլերոզի, Զարկերակային գերճնշման, Ընտանեկան բժշկության, Վարքագծային բժշկության եվրոպական և միջազգային կազմակերպություններն առողջապահական գերակա խնդիր են համարում ԱՇՀՀ, ՉՆ և ՇԴ կանխարգելումը: Ելնելով այս հանգամանքից, աշխարհի տարբեր երկրներ վերանայել են ՈՎՀ վերաբերյալ իրենց մոտեցումները, տեսակետներն և իրենց ուշադրությունը սևեռել են կանխարգելիչ միջոցառումների ակտիվ իրականացմանը, որն իրենից ներկայացնում է ՈՎՀ զարգացման ՌԳ-ների վնասակար ազդեցության նվազեցում ու կանխարգելում, որն ինքստինքյան կրերի բնակչության առողջության բարելավմանը:

Առկա տվյալները վկայում են, որ ՈՎՀ զարգացումն ասոցացվում է ապրելակերպի առանձնահատկությունների և դրանց հետ կապված՝ ՌԳ-ների, ժառանգական առանձնահատկությունների հետ, որոնք կարող են արագացնել հիվանդության զարգացումը: Օրինակ, ՌԴ բնակչության շրջանում անցկացված հետազոտությունների արդյունքում պարզվել է, որ վաղաժամ մահացության գործում առավել մեծ դեր ունեն ԲՁՃ (35%), արյան մեջ քրլեստերինի բարձր մակարդակը (23%), ծխելը (17.2%), սննդում բանջարեղենի և մրգերի անբավարար օգտագործումը (12.9%), ավելցուկային քաշը (12.5%), ալկոհոլի չարաշահումը (11.9%) և ֆիզիկական թերակտիվությունը (9%): Մի շարք բարձրարժեք միջազգային հետազոտությունների տվյալներն ակնհայտորեն փաստում են, որ ուղեղի կաթվածի զարգացման ռիսկը գործնականում կանխորոշում են նույն վերոնշյալ գործոնները և հատկապես ԲՁՃ:

Ներկայում մշակվել են ՈՎՀ կանխարգելման մի շարք արդյունավետ միջոցներ, որոնք, անշուշտ, նպաստում են այդ հիվանդությունների լուրջ հետևանքների և բարդությունների ռիսկի հավաստի նվազեցմանը: 1972-1992թթ. Ֆինլանդիայում ՍԻՀ բարդություններից մահացության 80%-ոց կրճատումը բացատրվում է հիմնական ՌԳ-ների նվազեցմամբ: 1985-2000թթ. Իռլանդիայում 25-84 տարեկան անձանց շրջանում ՍԻՀ մահացության ցուցանիշների նվազման գրեթե կեսը (48.1%) ևս վերագրվում է ՌԳ-ների նվազեցմանը:

Ապացուցված է, որ միաժամանակ մի քանի ՌԳ-ների կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումները կարող են զգալիորեն նվազեցնել ՈՎՀ հիվանդացության և մահացության ցուցանիշերը ողջ ազգաբնակչության մակարդակով: Ըստ կանխատեսումների, օրինակ, Միացյալ Թագավորությունում ազգաբնակչության արյան շիճուկի քրլեստերինի մակարդակի 1%-ով նվազեցումը կարող է հանգեցնել ՍԻՀ մահացության 2-4% նվազեցման, իսկ դիաստոլիկ զարկերակային ճնշման (ՁՃ) մակարդակի 1%-ով նվազեցումը կարող է կանխարգելել ՍԻՀ մահացության տարեկան 1500 դեպք:

ՌԳ-ների և դետերմինանտների տարածվածության, վնասակար ազդեցության, ինչպես նաև դրանց վերաբերյալ բնակչության տեղեկացվածության դիտարկումը և առողջ ապրելակերպի քարոզումն էապես օժանդակում են հիվանդությունների կանխարգելմանը և առողջության պահպանմանն ու բարելավմանը: Ազգաբնակչության շրջանում ՌԳ-ների տարածվածության նվազեցման արդյունավետ միջոցների օրինակներն ընդգրկում են ծխախոտային արտադրատեսակների հարկումը կամ պատրաստի սննդամթերքներում ճարպի, աղի և շաքարի պարունակության կրճատումը:

Բնակչության առողջության վիճակի վրա ՌԳ-ների առկայությունը և վնասակար ազդեցությունն արտահայտվում է ոչ թե անմիջապես, այլ համեմատաբար երկար ժամանակահատվածում: ՌԳ-ների տարածվածության կրճատումը ժամանակի ընթացքում նպաստում է առողջության ցուցանիշների բարելավմանը, մասնավորապես՝ կյանքի սպասվող տևողության աճին, ՈՎՀ տարածվածության և մահացության կրճատմանը:

Վերոնշյալ միտումները լիովին վերաբերում են նաև Հայաստանին և ինչպես ամբողջ աշխարհում, այնպես էլ Հայաստանում ՈՎՀ աճը շարունակում է մնալ առողջապահական համակարգի առաջնահերթ լուծում պահանջող հիմնահարցը:

ՈՎՀ-ի ՌԳ-ների տարածվածության և դրանց ազդեցության վերաբերյալ Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտի կողմից (ԱԱԻ) ԱՀԳԳ ծրագրի շրջանակներում պարբերաբար իրականացվել է ընդլայնված հետազոտություն, որի նպատակը եղել է Հայաստանի 15 տարեկան և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում առողջությունը պայմանավորող վարքագծային, կենսաբանական ՌԳ-ների տարածվածության և դրանց փոփոխության միտումների, ինչպես նաև ՌԳ-ների փոխադարձ շաղկապվածության գնահատումը:

Սույն գլխում ներկայացված է ԱՀԳԳ ծրագրի շրջանակներում իրականացված երեք տարիների՝ 2007, 2009, և 2012թթ. հետազոտությունների ամենակարևոր արդյունքների համեմատական վերլուծությունը:

## **Ոչ վարակիչ հիվանդությունների զարգացման ռիսկի գործոնների տարածվածության միտումներ**

### **Հետազոտության մեթոդաբանություն**

Հետազոտության իրականացման համար կիրառվել է ստրատիֆիկացված կլաստերային ինքնակշռված ընտրանք, որը ներկայացուցչական է եղել ինչպես ամբողջ հանրապետության, այնպես էլ Երևան-քաղաք-գյուղ բաժանման համար: Հետազոտությանը մասնակցել են 1600 բնակիչ, որից Երևանում՝ 34%, մարզային քաղաքներում՝ 31.8% և գյուղական բնակավայրերում՝ 34.2% (առավելագույն ընտրանքային սխալը՝  $p=0,95$  հավաստիության մակարդակում):

Հարցմանը զուգընթաց իրականացվել են գործիքային (ԶՃ չափում) և մարդաչափական հետազոտություններ (հասակ, քաշ): ԶՃ չափումը կատարվել է օսցիլոմետրիկ մեթոդով համաձայն միջազգային ուղեցույցների (ընդհանուր առմամբ կատարվել է 4 չափում, յուրաքանչյուր ձեռքին՝ 2 անգամ, 2-5 րոպե ընդմիջմամբ):

ՌԳ-ների տարածվածությունն ուսումնասիրվել և վերլուծվել է ըստ ժողովրդագրական, սոցիալական բարեկեցության խմբերի, կրթական մակարդակի և բնակավայրի:

Հետազոտվածների բարեկեցության մակարդակի գնահատումը իրականացվել է տնային տնտեսությունների եկամուտների և առողջապահական ծառայություններից օգտվելու մատչելիության հիման վրա: Հարցման սույն մեթոդը և հարցաթերթը նախկինում կիրառվել է ինչպես Հայաստանում (2000, 2005թթ ՀԺԱՀՀ և 2007, 2009, և 2012թթ. ԱՀԳԳ), այնպես էլ տարբեր այլ երկրներում:

Ըստ բարեկեցության խմբերի հետազոտության ընտրանքը (տնային տնտեսությունների) բաժանվել է քվինտիլների՝ յուրաքանչյուրում ընդգրկելով հարցվածների մոտ 20%:

Հետազոտվածների և տնային տնտեսությունների բաշխումն ըստ խմբերի հնարավորություն է ընձեռել վեր հանել բնակչության ռիսկային խմբերն ըստ առավել բարձր ՌԳ տարածվածության և դիտարկել ՌԳ-ների փոխկապվածությունը:

ԱՀԳԳ 2007, 2009, և 2012թթ. հետազոտությունների ընթացքում ուսումնասիրվել և գնահատվել են ՀՀ 15 տարեկան և բարձր բնակչության շրջանում վարքագծային և կենսաբանական մի շարք ՌԳ-ների տարածվածությունը: Մասնավորապես, գնահատվել են դրանք բնութագրող հետևյալ ցուցանիշները (ինդիկատորները)՝

1. ԲԶՃ
2. Ամեն օր ծխելու սովորություն
3. Ավելցուկային քաշ
4. Ֆիզիկական թերակտիվություն
5. Ակոհողի չարաշահում:

Ռիսկի գործոնների առկայությունը սահմանվել է ստորև թվարկված չափանիշներով և մեթոդաբանությամբ:

- **ԲԶՃ.** սահմանվել է առկա այն դեպքերը, երբ հարցվողների մոտ երկուական անգամ աջ և ձախ ձեռքերի ԶՃ չափումներով ստացվել է սիստոլիկ ճնշման 140 մմ ս.ս. և ավելի բարձր մակարդակ և (կամ) դիաստոլիկ ճնշման՝ 90 մմ ս.ս. և ավելի բարձր ցուցանիշներ:
- **Ամեն օր ծխողներ.** սահմանվել է հարցաթերթային պարզ հարցի միջոցով:
- **Ավելցուկային քաշ.** հետազոտությունների շրջանակում կատարվել են հարցվողների մարդաչափական տվյալների՝ հասակի և քաշի չափումներ, որոնց հիման վրա հաշվարկվել է մարմնի քաշի գործակիցը (ՄՔԳ) հետևյալ բանաձևով՝  $ՄՔԳ = P / C^2$  [կգ/մ<sup>2</sup>]: ԱՀԳ-ն սահմանել է ՄՔԳ հետևյալ դասերը՝ թերքաշ՝  $ՄՔԳ \leq 18.5$  կգ/մ<sup>2</sup>, նորմալ քաշ՝  $18.5 \leq ՄՔԳ \leq 25.0$  կգ/մ<sup>2</sup>, ավելցուկային քաշ՝  $25.0 \leq ՄՔԳ \leq 30.0$  կգ/մ<sup>2</sup> և ճարպակալում՝  $ՄՔԳ \geq 30.0$  կգ/մ<sup>2</sup>: Այն դեպքերում, երբ խոսքը գնում է ՄՔԳ դասակարգման մասին, «թերքաշ» և «նորմալ քաշ» ունեցող անձինք միավորվել են «չունեն ավելցուկային քաշ» դասում, իսկ «ավելցուկային քաշ» և «ճարպակալում» դասի անձինք՝ «ունեն ավել քաշ» դասում:
- **Ֆիզիկական թերակտիվություն.** սահմանվել է այնպիսի ապրելակերպը, երբ անձը շաբաթական կատարել է 30 րոպեից պակաս թեթև ֆիզիկական աշխատանք:



- **Ալկոհոլի չարաշահում.** ըստ ԱՀԿ մեթոդաբանության անձը համարվում է ալկոհոլ չարաշահող, եթե նա օրական օգտագործում է 20 գր կամ ավելի մաքուր սպիրտին համարժեք ալկոհոլային խմիչքներ:

Իրականացված հետազոտությունները հնարավորություն են ընձեռել դիտարկել և գնահատել վերոնշյալ ՌԳ-ների տարածվածությունը և ցուցանիշների փոփոխությունները 2007, 2009, և 2012թթ. ընթացքում: Հետազոտությամբ պարզվել է, որ՝

- ամեն օր ծխող տղամարդկանց տեսակարար կշիռը զգալի փոփոխություն չի կրել (2012թ. եղել է մոտավորապես նույնը, ինչ 2007թ., չնայած 2012թ. 2009թ. համեմատ այն նվազել է 2.6%-ով և կազմել 55.4%).
- օրական 20 գրամ սպիրտին համարժեք ալկոհոլ օգտագործողների մասնաբաժինը 2009թ.-ին՝ 2007թ.-ի նկատմամբ աճելուց հետո, 2012թ.-ին՝ 2009թ.-ի համեմատ նվազել է 4.0%-ով.
- 2012թ.-ին 2007թ.-ի համեմատ 8%-ով աճել է սննդակարգում կերակրի աղի քանակը չարաշահող բնակչության թիվը՝ կազմելով 20%.
- 33.9%-ով աճել է ֆիզիկապես թերակտիվ բնակչության քանակը՝ հասնելով 49.9%.
- աճելու միտում է դրսևորել նաև ավելցուկային քաշով բնակչության թիվը, որը 2012թ. հասել է 56.5%-ի.
- 2012թ. աճել է ԲԶՃ ունեցող բնակչության թիվը՝ կազմելով 36.8%:

Այսպիսով, հետազոտությամբ պարզվել է, որ Հայաստանի բնակչության շրջանում, 2007-2012թթ. ընթացքում վարքագծային և կենսաբանական ՌԳ-ների տարածվածությունն աճել է, որն էլ իր հերթին նպաստել է դրանցով պայմանավորված ՈՎՀ-ի զարգացմանը:

Նշված ՌԳ-ների տարածվածությունը 15 տարեկան և բարձր բնակչության շրջանում ներկայացված է նաև համապատասխան ենթաբաժիններում, որտեղ տրված է նաև առանձին գործոնների տարածվածությունն ըստ բնակչության սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի (սեռ, տարիքային բաշխվածություն, կրթամակարդակ, բարեկեցության քվինտիլներ և բնակավայրերի տիպեր՝ Երևան, մարզային քաղաքներ, գյուղեր):

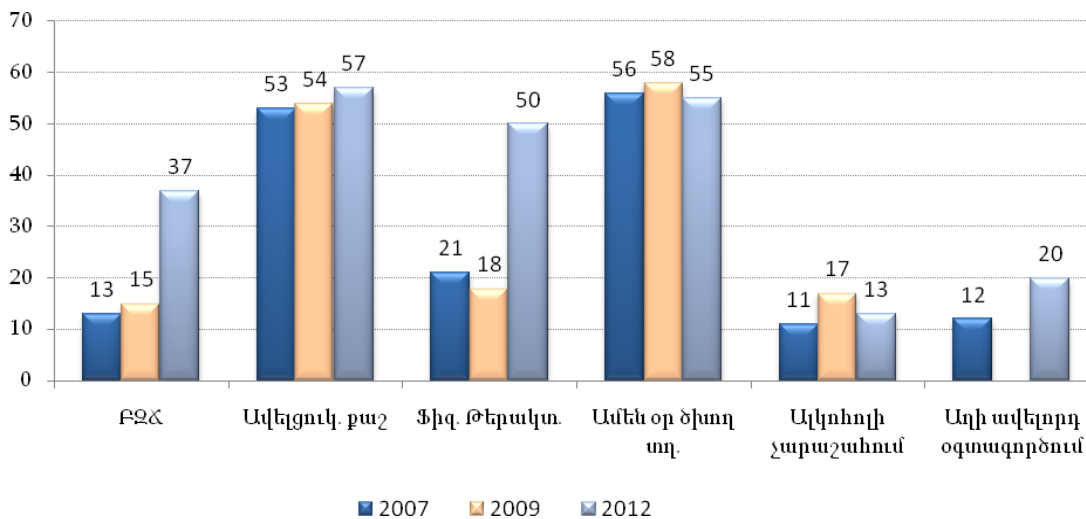
Գծապատկեր 19-ում ներկայացված են 2007, 2009, և 2012թթ. ԱՀԳԳ ընթացքում Հայաստանում 20 տարեկանից բարձր տարիքի բնակչության շրջանում ՌԳ-ների տարածվածությունը: ԱՀԳԳ 2012թ. տվյալները հավաքագրվել են նույն տարվա դեկտեմբերին՝ Հայաստանում իրականացված զանգվածային հետազոտության շրջանակներում:

Գծապատկեր 19-ում ներկայացված տվյալները վկայում են, որ Հայաստանում առավել տարածված ՌԳ-ներն են ավելցուկային քաշը, իսկ տղամարդկանց շրջանում՝ ամեն օր ծխելը և ֆիզիկական թերակտիվությունը: Հարկ է նշել, որ բավական բարձր է նաև ԲԶՃ տարածվածությունը. 2012թ. ԲԶՃ ունեցել է Հայաստանի 20 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիք ունեցող յուրաքանչյուր երրորդ բնակիչը:

Նշենք, որ ԱՀԳԳ 2007թ. և 2009թ. հետազոտություններում հարցվողների 2Ճ չափելու համար կիրառվել էին սնդիկային տոնոմետրեր, իսկ 2012թ. հետազոտությունում՝ էլեկտրոնային տոնոմետրեր: Հավանաբար դրանով է բացատրվում 2012թ. հետազոտությունում ԲՁԾ ունեցող բնակչության թվաքանակի կտրուկ աճը 2007թ. և 2012թ. ցուցանիշների համեմատ:

ԱՀԳԳ իրականացված բոլոր երեք՝ 2007թ., 2009թ. և 2012թ. հետազոտությունները ցույց են տվել, որ Հայաստանում շատ ցածր է 20 կամ ավելի տարեկան ամեն օր ծխող (2007թ.՝ 1.6%, 2009թ.՝ 1.6%, 2012թ.՝ 1.3%) և ակոհոլը չարաշահող (2007թ.՝ 1.0%, 2009թ.՝ 2.1%, 2012թ.՝ 0.5%) կանանց քանակը, որի պատճառով վերլուծության ընթացքում ամեն օր ծխող կամ ակոհոլը չարաշահող կանանց վերաբերյալ տվյալները կամ նշված չեն, կամ վիճակագրորեն հավաստի չլինելու պատճառով չեն վերլուծվել:

Գծապատկեր 19. Հայաստանի 20 տարեկան և բարձր տարիքի բնակչության կազմում դիսկի գործոնների տարածվածությունը



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ 2007, 2009, 2012թթ.

Գծապատկեր 19-ից երևում է, որ Հայաստանի բնակչության շրջանում շատ բարձր է ավելցուկային քաշի և ֆիզիկական թերակտիվության տարածվածությունը: Անհանգստացնող է նաև այն, որ 15 և ավելի տարիքի բնակչության 37%-ի մոտ հայտնաբերվել է ԲՁԾ:

### Ռիսկի գործոնների տարածվածությունն ըստ տարիքային խմբերի

Վարքագծային ՌԳ-ները «վատ սովորություններ» են և ակնհայտ է, որ այդպիսի սովորություններ ձեռք բերելուց հետո առողջության վրա դրանց բացասական ազդեցությունը «կուտակվում է» մարդու ամբողջ կյանքի ընթացքում: Այսինքն, պետք է ենթադրել, որ դրանց տարածվածությունը ուժեղ կոռելացված է մարդու տարիքի հետ:

Նախքան ՌԳ-ների միջև կոռելացիաների ուսումնասիրությունն արժե դիտարկել տարիքի ազդեցությունը առանձին գործոնների տարածվածության վրա: Բացի դրանից, քանի որ Հայաստանում տղամարդկանց և կանանց ապրելակերպերը բավական տարբերվում են, կարելի

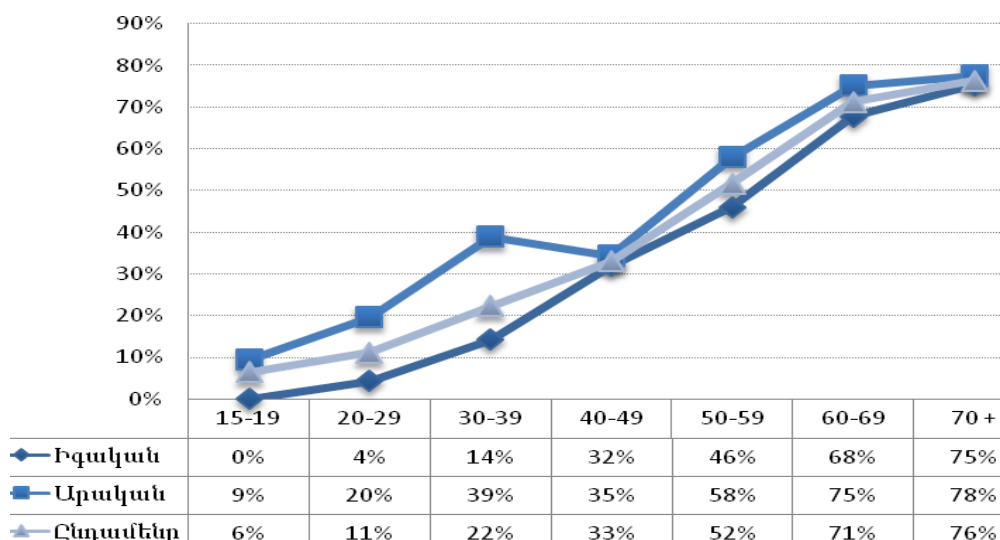
է ենթադրել, որ տղամարդկանց և կանանց խմբերում տարիքի ազդեցությունն առանձին ՌԳ-ների տարածվածության վրա նույնպես կտարբերվի:

ՌԳ-ների տարածվածությունը տղամարդկանց և կանանց տարբեր տարիքային խմբերում ներկայացված են Գծապատկեր 20-25-ում:

ԲԶՃ տարբերությունը տղամարդկանց և կանանց տարիքային խմբերի միջև արտահայտվում է սկսած ամենաերիտասարդ տարիքից (Գծապատկեր 20): ԱՀԳԳ 2012թ. հետազոտության ընթացքում ԲԶՃ հայտնաբերվել է 15-19 տարեկան տղամարդկանց 9%-ի մոտ, այն դեպքում, երբ նույն տարիքի աղջիկների և կանանց մոտ այն չի հայտնաբերվել: Ընդ որում, 20-29 տարեկան տղամարդկանց և կանանց խմբերի միջև միջսեռային տարբերությունը կազմել է 16%, իսկ 30-39 տարեկանների խմբերի միջև հասել է իր առավելագույնին՝ 25%-ի:

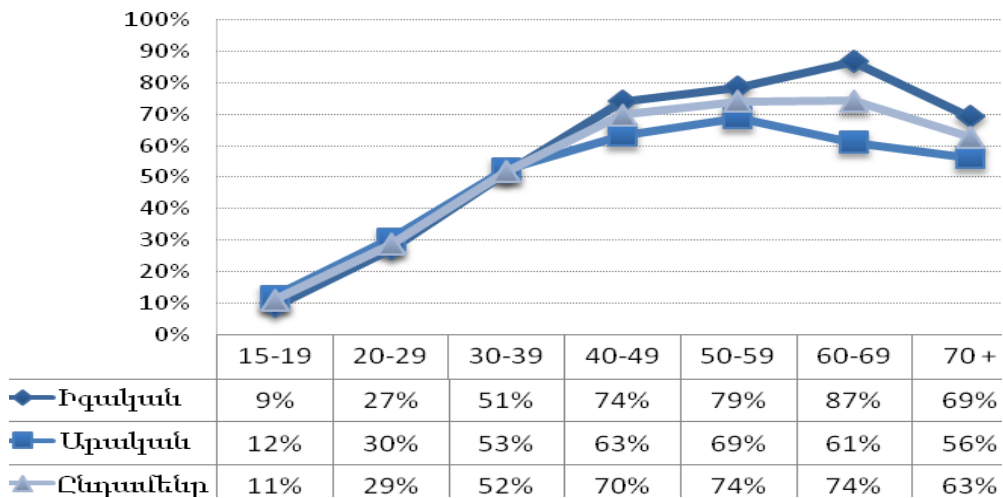
Ավելցուկային քաշի տարածվածությունն ըստ տարիքային խմբերի և սեռի նույնպես տարբերվել է (Գծապատկեր 21), սակայն դրա բնույթն այլ է: 15-19, 20-29 և 30-39 տարեկան տղամարդկանց և կանանց խմբերում ավելցուկային քաշ ունեցող անձանց հարաբերական քանակներն ըստ էության միմյանցից չեն տարբերվել: Տարբերություններն ի հայտ են եկել 40 տարեկանից հետո, երբ ավելցուկային քաշ ունեցող կանանց քանակը սկսել է նշանակալիորեն ավելի արագ աճել, քան տղամարդկանց մոտ: Մասնավորապես, 40-49 և 50-59 տարեկան կանանց շրջանում ավելցուկային քաշ ունեցողների հարաբերական քանակը կանանց շրջանում 10%-ով ավելի է եղել, քան տղամարդկանց շրջանում, իսկ 60-69 տարեկանների շրջանում այդ տարբերությունը հասել է 26%-ի, որն այնուհետև սկսել է նվազել 70 և ավելի տարիքային խմբում:

Գծապատկեր 20. Բարձր զարկերակային ճնշման տարածվածությունն ըստ սեռատարիքային խմբերի



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012թ.

Գծապատկեր 21. Ավելցուկային քաշի տարածվածությունն ըստ սեռատարիքային խմբերի

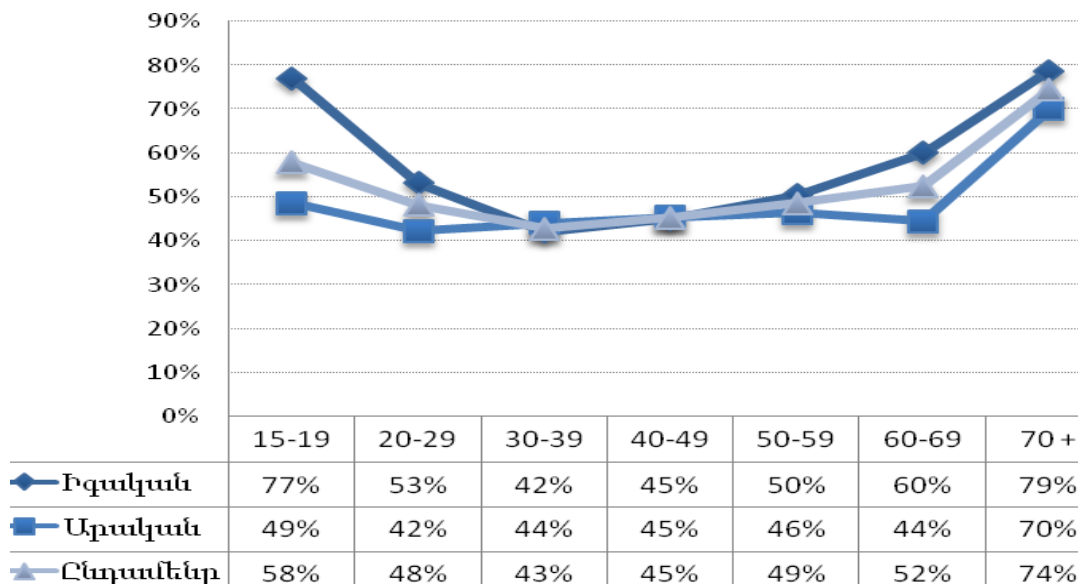


Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012թ.

Ֆիզիկական թերակտիվության տարածվածության բաշխման կառուցվածքն ըստ տարիքային խմբերի էապես տարբերվել է ՀԲՃ և ավելցուկային քաշի տարածվածության բաշխման կառուցվածքից (Գծապատկեր 22), ընդ որում, եթե ՀԳ և ավելցուկային քաշն ընդհանուր առմամբ աճել են տարիքին զուգահեռ (բացառությամբ ավելցուկային քաշը՝ 60-69 և 70-ն անց խմբերում), ապա ֆիզիկապես թերակտիվ անձանց քանակի տարիքային բաշխումը ստացել է Ս-ձև տեսք: Մասնավորապես, վերջինս ավելի բարձր է եղել 15-19 տարեկանների խմբում, տարիքի աճի հետ սկսել է նվազել՝ հասնելով իր նվազագույնին 30-39 և 40-49 տարեկանների խմբերում, որից հետո նորից աճել է տարիքին զուգահեռ՝ թռիչքաձև աճելով 70 և բարձր տարիքի խմբում: Բաշխման այն հատվածներում, որտեղ ֆիզիկապես թերակտիվ տղամարդկանց և կանանց հարաբերական քանակները միմյանցից տարբերվել են, ավելի բարձր ցուցանիշ է գրանցվել կանանց շրջանում:

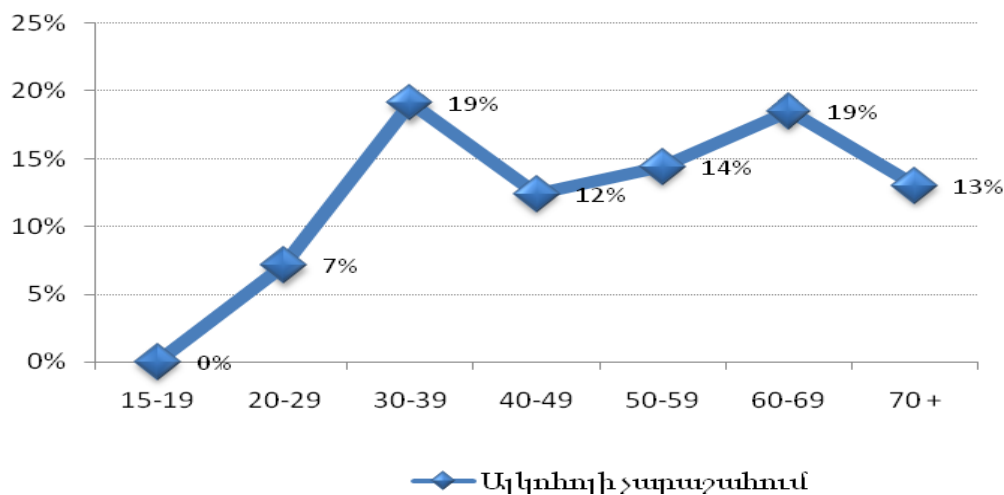
Ֆիզիկական թերակտիվության հատկապես մեծ տարբերություն է գրանցվել ամենաերիտասարդ՝ 15-19 տարեկան տղաների ու աղջիկների խմբերի միջև՝ այդ խմբում աղջիկների ու կանանց ֆիզիկական թերակտիվության ցուցանիշը 28%-ով ավելի բարձր է եղել տղամարդկանց ցուցանիշից: Տարիքի աճին զուգահեռ տղամարդկանց և կանանց ֆիզիկական թերակտիվության տարբերությունը նվազել է, և ըստ էության, վերացել 30-39, 40-49 և 50-59 տարեկանների խմբերում: Ֆիզիկական թերակտիվության տարբերությունը տղամարդկանց և կանանց տարիքային խմբերում նորից հայտնվել է սկսած 60 տարեկանից, ընդ որում, կանանց շրջանում ֆիզիկական թերակտիվ անձանց քանակը դարձյալ սկսել է գերազանցել տղամարդկանց ցուցանիշը: Տղամարդկանց տարիքային խմբերում ակտիվի չարաշահման (Գծապատկեր 23) և ամեն օր ծխողների բաշխումների պատկերը հուշում է, որ դժվար է ենթադրել, որ դրանցում առկա են գծային բաղադրիչներ:

Գծապատկեր 22. Ֆիզիկական թերակտիվության տարածվածությունն ըստ սեռատարիքային խմբերի



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012թթ.

Գծապատկեր 23. Ալկոհոլի չարաչափաճան տարածվածությունն ըստ տարիքային խմբերի տղամարդկանց շրջանում



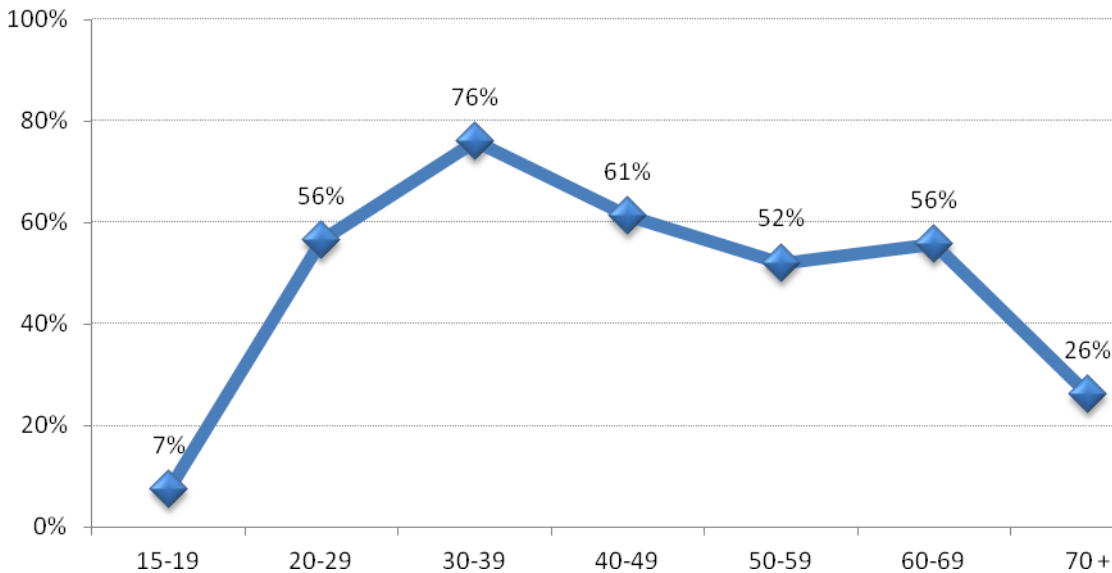
Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ 2012թ.

Այսպիսով, ՌԳ-ների վրա տարիքի ազդեցության ուսումնասիրության արդյունքները վկայել են, որ տարիքը զգալի գծային ազդեցություն ունի՝

- առավել վտանգավոր ՌԳ-ի՝ ԲԶՃ տարածվածության վրա (որը միաժամանակ հանդիսանում է տարբեր հիվանդությունների ախտանիշ)։

□ ավելցուկային քաշի տարածվածության վրա:

Գծապատկեր 24. Ամենօրյա ծխախոտի օգտագործումն ըստ տարիքային խմբերի տղամարդկանց շրջանում



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012թ.

Նմանօրինակ ազդեցության առկայությունը հուշում է, որ ռիսկի գործոնների կոռելացիոն վերլուծության ընթացքում հարկավոր է հաշվի առնել ոչ միայն սեռի, այլև տարիքի ազդեցությունը:

### Ռիսկի գործոնների կոռելացիոն վերլուծություն

Ուսումնասիրված 5 ՌԳ-ների միջև կոռելացիոն օրինաչափությունները հետազոտվել են տղամարդկանց (Աղյուսակ 11) և կանանց (Աղյուսակ 12) համար առանձին՝ ըստ Պիրսոնի կոռելացիոն գործակիցների: Նույն աղյուսակներում տրված են նաև ՌԳ-ների միջև առաջին կարգի մասնակի կոռելացիաները, երբ դրանցից բացառված է տարիքի ազդեցությունը (մատրիցայում յուրաքանչյուր ռիսկի գործոնին համապատասխանող տողերից «չկա» տողում տրված են Օ-կարգի կամ «սովորական» կոռելացիաները, իսկ «տարիք» տողում՝ առաջին կարգի մասնակի կոռելացիաները, երբ կառավարվող փոփոխականը տարիքն է): Աղյուսակներում շեղ տառերով նշված են այն կոռելացիաները, որոնց հավաստիության մակարդակը՝  $\alpha \leq 0.05$ :

Կոռելացիոն վերլուծության կիզակետում է ԲՁԾ փոխկապակցությունը մնացած չորս ՌԳ-ների հետ: Դա պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ ԲՁԾ-ը ոչ միայն ՌԳ է, այլև մի շարք հիվանդությունների ախտանիշ: Այնուամենայնիվ, մեր վերլուծությունը թույլ է տվել պատկերացում կազմել նաև մնացած չորս ՌԳ-ների փոխադարձ կապակցության վերաբերյալ, սակայն այս դեպքում ՌԳ-ների միջև պատճառահետևանքային կապեր չեն ակնկալվում:

Աղյուսակ 11. Ռիսկի գործոնների կոռելացիոն մատրիցա (տղամարդիկ՝ N=699)

	Կառավարվող փոփոխական	Արյան բարձր ճնշում	Ավելորդ քաշ	Ալկոհոլի չարաշահում	Ֆիզիկական թերակտիվություն	Ամեն օր ծխողներ	Տարիք
Արյան բարձր ճնշում	Չկա	1000	<b>0.249</b>	<b>0.121</b>	<b>0.105</b>	<b>0.064</b>	<b>0.450</b>
	Տարիք	1000	<b>0.141</b>	<b>0.062</b>	<b>0.069</b>	0.045	-
ՄՔԳ կատեգորիաներ	Չկա	<b>0.249</b>	1000	<b>0.069</b>	<b>0.063</b>	<b>-0.129</b>	<b>0.283</b>
	Տարիք	<b>0.141</b>	1000	0.029	0.038	<b>-0.150</b>	-
Ալկոհոլի չարաշահում	Չկա	<b>0.121</b>	<b>0.069</b>	1000	<b>-0.092</b>	<b>0.169</b>	<b>0.148</b>
	Տարիք	<b>0.062</b>	0.029	1000	<b>-0.108</b>	<b>0.163</b>	-
Ֆիզիկական թերակտիվություն	Չկա	<b>0.105</b>	<b>0.063</b>	<b>-0.092</b>	1000	<b>-0.152</b>	<b>0.096</b>
	Տարիք	<b>0.069</b>	0.038	<b>-0.108</b>	1000	<b>-0.158</b>	-
Ամեն օր ծխողներ	Չկա	<b>0.064</b>	<b>-0.129</b>	<b>0.169</b>	<b>-0.152</b>	1000	0.053
	Տարիք	0.045	<b>-0.150</b>	<b>0.163</b>	<b>-0.158</b>	1000	-
Տարիք	Չկա	<b>0.450</b>	<b>0.283</b>	<b>0.148</b>	<b>0.096</b>	0.053	1000
	Տարիք	-	-	-	-	-	-

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012թ.

Տղամարդկանց շրջանում կոռելացիոն վերլուծության արդյունքները վկայում են, որ՝

- բոլոր ՌԳ-ները վիճակագրորեն նշանակալի կոռելացված են, ընդ որում, որոշ դեպքերում դրական, իսկ այլ դեպքերում՝ բացասական.
- ԲԶԾ-ը դրական է կոռելացված մնացած բոլոր ՌԳ-ների հետ, այսինքն՝ ցանկացած առանձին գործոնի առկայությունը բարձրացնում է ԲԶԾ առկայության հավանականությունը, մասնավորապես, ԲԶԾ-ը հատկապես ուժեղ է պայմանավորված ավելցուկային քաշի առկայությամբ, որին հետևում են ալկոհոլի չարաշահումը, ֆիզիկական թերակտիվությունը և, ամենաթույլը, սակայն վիճակագրորեն հավաստի կերպով՝ ամեն օր ծխելը.
- միմյանց հետ բավական ուժեղ դրականորեն և տարիքից անկախ միմյանց փոխկապված են ամեն օր ծխելը և ալկոհոլի չարաշահումը ( $\rho=0.176$ ), թեև, մյուս կողմից, ամեն օր ծխողների շրջանում, համեմատաբար ավելի քիչ է տարածված ֆիզիկական թերակտիվությունը ( $\rho=-0.152$ ) և ավելցուկային քաշը ( $\rho=-0.129$ ).
- միմյանց դրական կերպով շաղկապված են ֆիզիկական թերակտիվությունն ու ավելցուկային քաշը.
- տարիքի գործոնի չեզոքացման դեպքում ՌԳ-ների ազդեցության մի մասը էականորեն փոփոխություն է կրում, իսկ որոշ դեպքերում կոռելացիան նույնիսկ դադարում է վիճակագրորեն նշանակալի լինելուց ( $\alpha>0.05$ )
- տարիքի գործոնը վիճակագրորեն նշանակալի կերպով կոռելացված է բոլոր ՌԳ-ի հետ, ըստ որում, տարիքն ամենաուժեղ ազդեցությունը թողնում է ԲԶԾ առկայության վրա.
- տարիքը և ԲԶԾ-ն ամենաուժեղն են կոռելացված՝  $r=0.450$ , ընդ որում այդ կապն ավելի ուժեղ է, քան ավելցուկային քաշի «մաքուր» ազդեցությունը (երբ հանված է տարիքի

ազդեցությունը), իսկ երբ չեզոքացվում է տարիքի ազդեցությունը, ավելցուկային քաշի կոռելացիան ԲԶԾ հետ նվազում է 76%-ով՝ 0.249-ից մինչև 0.141.

- տարիքը նկատելիորեն ուժեղացնում է նաև ակոհոլի չարաշահման և ֆիզիկական թերակտիվության ազդեցությունը ԶԾ վրա (տարիքի գործոնի նվազեցնում է այդ կոռելացիաները), ինչպես նաև տարիքի գործոնի չեզոքացման դեպքում ամեն օր ծխելու ազդեցությունը ԶԾ-ի վրա դադարում է վիճակագրորեն նշանակալի լինելուց.
- տարիքի ազդեցության վերոնշյալ բնույթը, որ այն նշանակալիորեն ուժեղացնում է այլ ՌԳ-ների ազդեցությունը ԶԾ-ի վրա, պարզապես արտացոլում է այն փաստը, որ ՌԳ-ների ազդեցությունները «կուտակային են».
- տարիքը շատ ուժեղ է կոռելացված նաև ավելցուկային քաշի առկայության հետ՝  $r=0.283$ :

ՌԳ-ների կանանց կոռելացիոն մատրիցայում վիճակագրորեն նշանակալի կոռելացիաներն ավելի քիչ են, քան վիճակագրորեն ոչ նշանակալի կոռելացիաները (Աղյուսակ 12), քանի որ ինչպես արդեն նշվել է, ամեն օր ծխելու և ակոհոլի չարաշահման սովորությունների տարածվածությունը կանանց շրջանում հասնում է ընդամենը 1%-ի: Այս պատճառով, ընտրանքի ծավալը չի բավականացրել ինչպես այս, այնպես էլ մնացած ՌԳ-ների կոռելացիաների վերաբերյալ վիճակագրորեն հավաստի եզրահանգումներ անելու համար:

Աղյուսակ 12. Ռիսկի գործոնների կոռելացիոն մատրիցան (կանայք՝ N=849)

	Կառավարվող փոփոխական	Բարձր ԶԾ	Ավելցուկային քաշ	Ակոհոլի չարաշահում	Ֆիզիկական թերակտիվություն	Ամեն օր ծխողներ	Տարիք
Բարձր ԶԾ	Չկա	1000	0.345	0.024	0.061	0.016	0.528
	Տարիք	1000	0.180	0.005	0.028	-0.004	-
ՄՔԳ կատեգորիաներ	Չկա	0.345	1000	0.063	-0.024	-0.007	0.386
	Տարիք	0.180	1000	0.053	-0.055	-0.023	-
Ակոհոլի չարաշահում	Չկա	0.024	0.063	1000	0.040	-0.007	0.037
	Տարիք	0.005	0.053	1000	0.038	-0.008	-
Ֆիզիկական թերակտիվություն	Չկա	0.061	-0.024	0.040	1000	0.034	0.069
	Տարիք	0.028	-0.055	0.038	1000	0.031	-
Ամեն օր ծխողներ	Չկա	0.016	-0.007	-0.007	0.034	1000	0.036
	Տարիք	-	-0.023	-0.008	0.031	1000	-
Տարիք	Չկա	0.528	0.386	0.037	0.069	0.036	1000
	Տարիք	-	-	-	-	-	-

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012թ.

Հաշվի առնելով վերոնշյալը, ՌԳ-ների կանանց կոռելացիոն մատրիցայում հատկանշական է հետևյալը՝

- ԲԶԾ վրա ուժեղ ազդեցություն ունի միայն ավելցուկային քաշի առկայությունը, որն ավելի ուժեղ է (0.345), քան տղամարդկանց դեպքում (0.249).



- տղամարդկանց հետ համեմատելիս ավելի ուժեղ է արտահայտված նաև տարիքի ազդեցությունը՝ դրա կոռելացիան  $F_{2\Delta}$  հետ հավասար է 0.528-ի.
- մնացած ՌԳ-ների ազդեցությունը կամ վիճակագրորեն հավաստի չէ, կամ ինչպես ֆիզիկական թերակտիվության դեպքում, կորցնում է իր վիճակագրական հավաստիությունը տարիքի գործոնի չեզոքացման դեպքում.
- տղամարդկանց նույն մատրիցայի համեմատ, ավելի ուժեղ է արտահայտված տարիքի ազդեցությունն ավելցուկային քաշի առկայության հետ, եթե տղամարդկանց դեպքում այն հավասար է 0.283-ի, ապա կանանց դեպքում՝ 0.386-ի.
- հիմքեր չկան պնդելու, որ ավելցուկային քաշը շաղկապված է ֆիզիկական թերակտիվության հետ ( $r=-0.024$ , վիճակագրորեն նշանակալի չէ):

**Ռիսկի գործոնների ազդեցությունը բարձր զարկերակային ճնշման վրա**

Հետազոտության շրջանակներում առանձին ուսումնասիրվել է  $F_{2\Delta}$  վրա մյուս ՌԳ-ների հնարավոր ազդեցությունները:

Աղյուսակներ 13-16-ում ներկայացված են տղամարդկանց և կանանց խմբերում  $F_{2\Delta}$  ունեցողների հարաբերական քանակներն ըստ առանձին ՌԳ-ների առկայության կամ բացակայության: Այդ տվյալները նոր բովանդակություն են հաղորդում ՌԳ-ների կոռելացիոն մատրիցայի առաջին սյունակի տվյալներին ( $F_{2\Delta}$  շաղկապվածությունը մնացած ՌԳ-ների հետ):

**Աղյուսակ 13. Բարձր զարկերակային ճնշման կախվածությունը մարմնի քաշի գործակցից**

Հարցվողի սեռը	Տրված է բարձր զարկերակային ճնշում ունեցողների քանակը				«Ճարպակալում» - «Նորմալ»
	ՄՔԳ դասակարգում				
	Թերքաշ $18.5 \leq \text{ՄՔԳ} < 25$	Նորմալ $25 \leq \text{ՄՔԳ} < 30$	Ավելցուկ.քաշ $30 \leq \text{ՄՔԳ} < 35$	Ճարպակալում $\text{ՄՔԳ} \geq 35$	
Իգական	8.8%	12.7%	32.8%	50.9%	38.2%
Արական	29.4%	29.8%	45.6%	62.7%	32.9%
Ընդամենը	15.7%	21.5%	38.5%	54.9%	33.4%

Ազդեցությունը վիճակագրորեն նշանակալի է և՛ տղամարդկանց, և՛ կանանց, և՛ ամբողջ ընտրանքի դեպքում՝  $\chi^2=0.000$

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012թ.

Երբ կանանց շրջանում ՄՔԳ աճում է «նորմալից» մինչև «ճարպակալում»,  $F_{2\Delta}$  ունեցողների քանակը խմբերում ավելանում է 38.2%-ով (Աղյուսակ 13): Գրեթե նույնքան զգալի է այդ ցուցանիշը տղամարդկանց դեպքում՝ «ճարպակալում» ունեցող տղամարդկանց շրջանում  $F_{2\Delta}$  ունեցողների հարաբերական քանակը (62.7%) 32.9%-ով ավելի է, քան «նորմալ» քաշ ունեցողների խմբում (29.8%):

Ալկոհոլ չարաշահող տղամարդկանց շրջանում  $F_{2\Delta}$  ունեցողների քանակը 19.1%-ով ավելի է, քան ալկոհոլը չ

չարաշահող տղամարդկանց շրջանում (Աղյուսակ 14, վերջին սյունակ):

**Աղյուսակ 14. Բարձր զարկերակային ճնշման կախվածությունն ավիոհոլի չարաշահումից**

Տրված է բարձր զարկերակային ճնշում ունեցողների քանակը			
Հարցվողի սեռը	Ավիոհոլի չարաշահումը (օրական 20 գրամ սպիրտից ավելի օգտագործումը)		«Չարաշահում է» - «Չի չարաշահում»
	Չի չարաշահում	Չարաշահում է	
Իգական	28.7%	33.3%	4.6%
Արական	37.9%	57.0%	19.1%
Ընդամենը	32.6%	56.1%	23.5%

Կանանց դեպքում ազդեցությունը վիճակագրորեն նշանակալի չէ  $\chi^2=0.638$   
 Տղամարդկանց դեպքում ազդեցությունը վիճակագրորեն նշանակալի է  $\chi^2=0.001$   
 Ամբողջ ընտրանքի դեպքում ազդեցությունը վիճակագրորեն նշանակալի է  $\chi^2=0.000$

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012թ.

Ֆիզիկապես թերակտիվ տղամարդկանց շրջանում ԲԶՃ ունեցողների քանակը 10.4%-ով գերազանցում է նույն ցուցանիշի արժեքը ֆիզիկապես ոչ թերակտիվ տղամարդկանց շրջանում (Աղյուսակ 15, վերջին սյունակ), իսկ կանանց համար ցուցանիշի տարբերությունը կազմում է 5.5% (վիճակագրորեն նշանակալի է):

**Աղյուսակ 15. Բարձր զարկերակային ճնշման կախվածությունը ֆիզիկական թերակտիվությունից**

Տրված է բարձր զարկերակային ճնշում ունեցողների քանակը			
Հարցվողի սեռը	Ֆիզիկական ակտիվություն		«Ֆիզիկապես թերակտիվ» - «Ֆիզիկապես ակտիվ»
	Ֆիզիկապես ակտիվ	Ֆիզիկապես թերակտիվ	
Իգական	25.8%	31.3%	5.5%
Արական	35.1%	45.5%	10.4%
Ընդամենը	30.3%	37.3%	7.0%

Կանանց դեպքում ազդեցությունը վիճակագրորեն նշանակալի է  $\chi^2=0.043$   
 Տղամարդկանց դեպքում ազդեցությունը վիճակագրորեն նշանակալի է  $\chi^2=0.003$   
 Ամբողջ ընտրանքի դեպքում ազդեցությունը վիճակագրորեն նշանակալի է  $\chi^2=0.002$

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012թ.

Ամեն օր ծխող տղամարդկանց շրջանում ԲԶՃ ունեցողների հարաբերական քանակը մեծ է 6.3%-ով, քան չծխող կամ ոչ ամեն օր ծխող տղամարդկանց շրջանում (Աղյուսակ 16, վերջին սյունակ):

**Աղյուսակ 16. Բարձր զարկերակային ճնշման կախվածությունն ամենօրյա ծխախոտի օգտագործումից**

Տրված է զարկերակային բարձր ճնշում ունեցողների քանակը			
Հարցվողի սեռը	Ամեն օր ծխողներ		Ընդամենը
	Չեն ծխում կամ ծխում են երբեմն	Ծխում են ամեն օր	
Իգական	28.7%	36.4%	7.7%
Արական	37.0%	43.3%	6.3%
Ընդամենը	31.2%	43.1%	11.9%

Կանանց դեպքում ազդեցությունը վիճակագրորեն նշանակալի չէ  $\chi^2=0.395$   
 Տղամարդկանց դեպքում ազդեցությունը վիճակագրորեն նշանակալի է  $\chi^2=0.051$   
 Ամբողջ ընտրանքի դեպքում ազդեցությունը վիճակագրորեն նշանակալի է  $\chi^2=0.000$

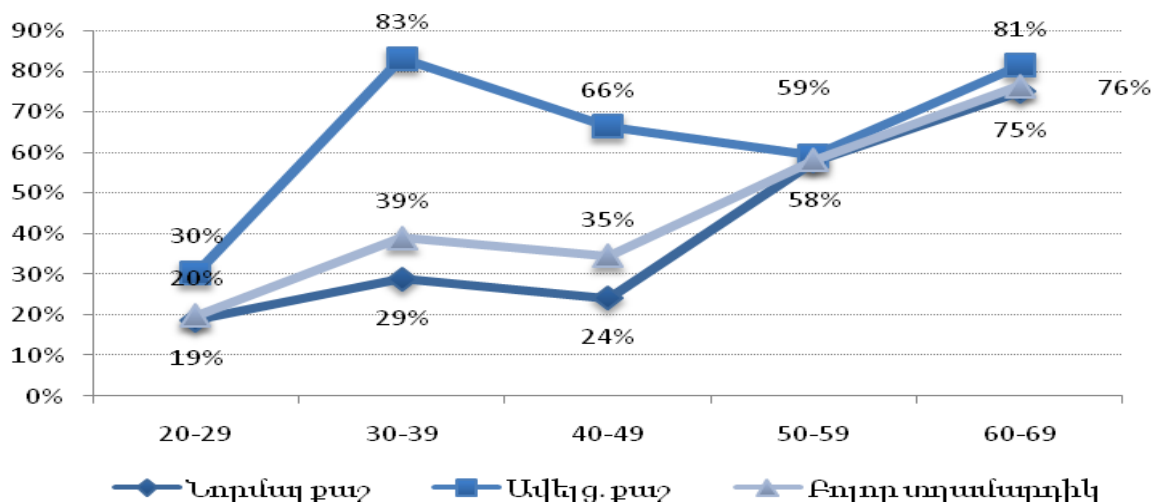
Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012թ.

ԲԶՃ առկայության վրա տարիքի և ավելցուկային քաշի համատեղ ազդեցության պատկերները տղամարդկանց և կանանց համար ներկայացված են համապատասխանաբար Գծապատկեր 25 և 26-ում:

Գծապատկեր 25-ը ցույց է տալիս, որ տղամարդկանց դեպքում ավելցուկային քաշի առկայությունը հզոր կերպով բարձրացնում է ԲԶՃ առկայության հավանականությունը 30-39 և 40-49 տարեկանների խմբերում, իսկ 50-59 և 60-69 տարեկանների խմբերում ավելցուկային քաշի ազդեցությունը ԲԶՃ առկայության հավանականության վրա ըստ էության վերանում է:

Ստացված արդյունքներից հետևում է, որ տղամարդկանց դեպքում «ավելցուկային քաշ» ՌԳ-ի նվազեցմանն ուղղված գործողություններն առավել արդյունավետ կլինեն 30-39 և 40-49 տարեկանների խմբերում:

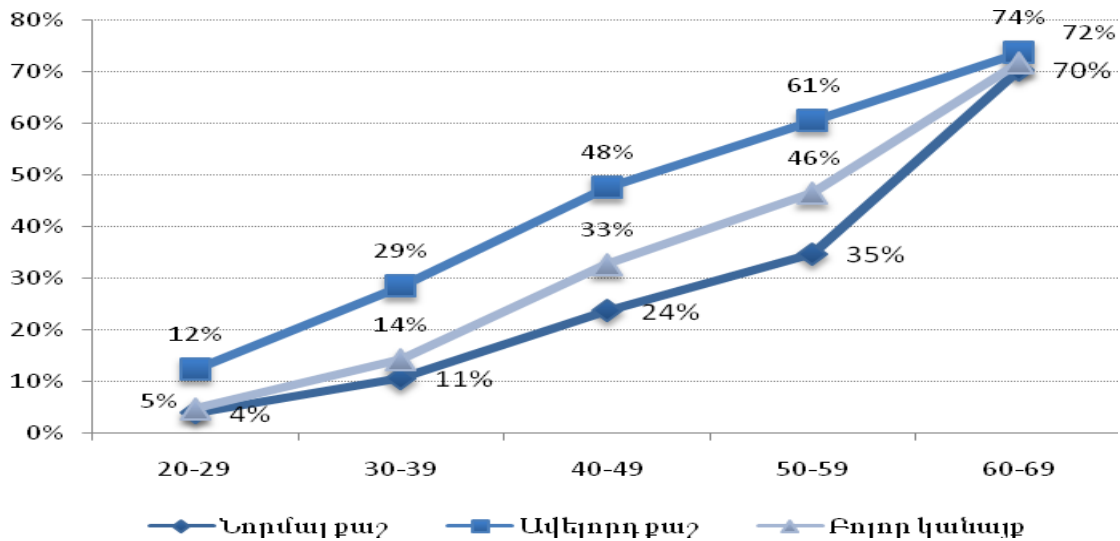
Գծապատկեր 25. Զարկերակային բարձր ճնշման կախվածությունը տարիքից և ավելցուկային քաշի առկայությունից տղամարդկանց շրջանում



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ 2012թ.

Գծապատկեր 26-ը ցույց է տալիս, որ կանանց դեպքում ավելցուկային քաշի առկայությունը նույնպես նշանակալիորեն բարձրացնում է ԲԶՃ առկայության հավանականությունը: Այդ ազդեցությունն առկա է ոչ միայն 30-39 և 40-49 (ինչպես տղամարդկանց մոտ), այլև 50-59 տարեկանների մոտ: Սակայն, կանանց դեպքում առաջին երկու տարիքային խմբերում ավելցուկային քաշի առկայության ազդեցության ուժն այնքան հզոր չէ, որքան տղամարդկանց դեպքում:

Գծապատկեր 26. Չարկերակային բարձր ճնշման կախվածությունը տարիքից և ավելցուկային քաշի առկայությունից, կանանց շրջանում



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ 2012թ.

**Բարձր զարկերակային ճնշման կախվածությունը տարիքից և ավելցուկային քաշից**

Աղյուսակ 17-ում ներկայացված է Հայաստանի 15 և ավելի տարիքի բնակչության խմբավորումն ըստ առկա ՌԳ-ների: Հաշվառված են 4 ՌԳ-ներ՝ ԲՁՃ, ավելցուկային քաշ, ֆիզիկական թերակտիվություն և ամեն օր ծխելը:

Աղյուսակի վանդակներում տրված են դիտարկվող 4 ՌԳ-ների բոլոր հնարավոր զուգակցումները և դրանցից յուրաքանչյուրը կրող բնակչության քանակը: Չբարդացնելու համար աղյուսակի տվյալները կլորացված են մինչև ամբողջ մաս (օրինակ՝ չունեն ԲՁՃ, ունեն ավելցուկային քաշ, ֆիզիկապես թերակտիվ են և չեն ծխում Հայաստանի 15 տարեկան և բարձր բնակչության 3%-ը):

Տվյալները վկայում են, որ Հայաստանի 15 տարեկան և բարձր բնակչության 14%-ի մոտ բացակայում է դիտարկվող 4 ՌԳ-ները, իսկ բոլոր 4 ՌԳ-ներն առկա են բնակչության 2%-ի մոտ:

Համանման տվյալներն ըստ սեռի ներկայացված են Աղյուսակ 18-ում, որտեղ տարանջատված տղամարդկանց և կանանց յուրաքանչյուր ենթաաղյուսակների տոկոսների գումարը հավասար է 100%-ի:

Աղյուսակում 18-ում կանանց վերաբերող հատվածի առանձնահատկությունն այն է, որ այստեղ դատարկ են «ամեն օր ծխելու» հայտանիշի առկայությամբ վանդակները: Դրանցում առկա են 0%-ներ, քանի որ ամեն օր ծխող կանանց ընդհանուր մասնաբաժինը 1.3% է և դրանք բաշխված են կանանց ենթաաղյուսակի ամեն օր ծխողների ենթաաղյուսակում, որոնցում տվյալները կլորացվելով դարձել են 0%-ներ:

Աղյուսակ 17. Հայաստանի 15 տարեկան և բարձր բնակչության բաշխումն ըստ առկա 4 ռիսկի գործոնների քանակի (բարձր զարկերակային ճնշում, ավելցուկային քաշ, ֆիզիկական թերակտիվություն, ամեն օր ծխելու սովորություն)

		Ֆիզիկապես ակտիվ		Ֆիզիկապես թերակտիվ	
		Չեն ծխում կամ ծխում են երբեմն	Ամեն օր ծխում են	Չեն ծխում կամ ծխում են երբեմն	Ամեն օր ծխում են
Չունի ԲԶԾ	Նորմալ	14%	5%	16%	3%
	Ավելցուկային քաշ	12%	3%	11%	2%
Ունի ԲԶԾ	Նորմալ	2%	3%	3%	2%
	Ավելցուկային քաշ	8%	2%	11%	2%
Առկա ռիսկի գործոնների քանակի գունային սանդղակը					
Առկա ռիսկի գործոնները	0	1	2	3	4

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ 2012թ.

Աղյուսակ 18. Հայաստանի 15 տարեկան և բարձր տղամարդկանց և կանանց բաշխումներն ըստ առկա 4 ռիսկի գործոնների քանակի (բարձր զարկերակային ճնշում, ավելցուկային քաշ, ֆիզիկական թերակտիվություն, ամեն օր ծխելու սովորություն)

Տղամարդիկ		Չեն ծխում		Ծխում են ամեն օր	
		Ֆիզիկապես ակտիվ	Ֆիզիկապես թերակտիվ	Ֆիզիկապես ակտիվ	Ֆիզիկապես թերակտիվ
Չունի ԲԶԾ	Նորմալ	11%	10%	11%	7%
	Ավելցուկային քաշ	6%	6%	6%	3%
Ունի ԲԶԾ	Նորմալ	2%	3%	7%	4%
	Ավելցուկային քաշ	5%	10%	5%	4%
Կանայք		Չեն ծխում		Ծխում են ամեն օր	
		Ֆիզիկապես ակտիվ	Ֆիզիկապես թերակտիվ	Ֆիզիկապես ակտիվ	Ֆիզիկապես թերակտիվ
բարձր ՋԾ բացակայում է	Նորմալ	17%	21%	0%	0%
	Ավելցուկային քաշ	18%	15%	0%	0%
բարձր ՋԾ առկա է	Նորմալ	2%	3%	0%	0%
	Ավելցուկային քաշ	10%	13%	0%	0%
Առկա ռիսկի գործոնների քանակի գունային սանդղակը					
Առկա ռիսկի գործոնները	0	1	2	3	4

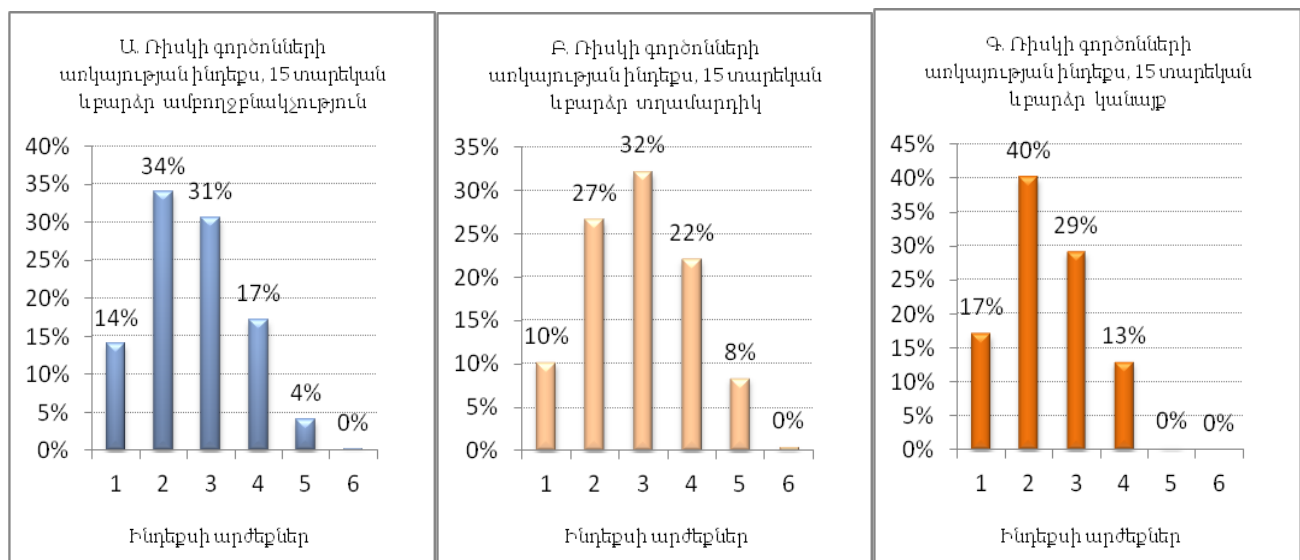
Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ 2012թ.

Աղյուսակում ամփոփված տվյալներից բխում է, որ որևէ ՌԳ չունեցող տղամարդկանց քանակը կազմում է տղամարդկանց ընդհանուր քանակի 11%-ը, իսկ կանանց շրջանում այդպիսիք կազմում են 17% (15 տարեկան և բարձր բոլոր աղջիկներից և կանանցից): Բոլոր 4 ՌԳ-ները կրում են տղամարդկանց 4%-ը, իսկ կանանց՝ 0%-ը (տասնորդական մասերը հաշվի առնելու դեպքում՝ 0.2%-ը):

Դիտարկված բոլոր 5 ՌԳ-ների համար համանման աղյուսակը տղամարդկանց և կանանց՝ տասնորդական տոկոսների ճշտությամբ ներկայացված է Հավելված 3-ում:

Ավելի ընկալելի դարձնելու համար Հավելված 3-ում ներկայացված աղյուսակային տվյալները, թե որքան են կազմում տարբեր քանակի ռիսկի գործոնների կրող բնակչության խմբերը կառուցվել է անձի «ՌԳ-ների առկայության գործակիցը», որը ցույց է տալիս, թե տվյալ անձը դիտարկված 5 ՌԳ-ներից քանիսն է կրում: Ակնհայտ է, որ գործակցի արժեքները փոփոխվում են 0-ից (անձը ռիսկի գործոն չի կրում) մինչև 5 (անձը կրում է դիտարկված բոլոր ՌԳ-ները): Վերջինիս բաշխումները Հայաստանի 15 տարեկան և բարձր ամբողջ բնակչության, տղամարդկանց և կանանց համար ներկայացված են Գծապատկեր 27-Ա, 27-Բ և 27-Գ-ում: Այս երեք գծապատկերները ցույց են տալիս, թե ինչպես է տարբերվում ՌԳ-ների տարածվածությունը տղամարդկանց և կանանց շրջանում: Օրինակ, եթե կանանց 40%-ի մոտ առկա է միայն մեկ ՌԳ, իսկ 3 կամ ավելի ՌԳ են կրում կանանց միայն 13%-ը, ապա տղամարդկանց 30%-ը կրում են 3 կամ ավելի ՌԳ-ներ:

**Գծապատկեր 27. Ռիսկի գործոնների առկայության գործակցի բաշխումներ**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ 2007, 2009, 2012թթ.

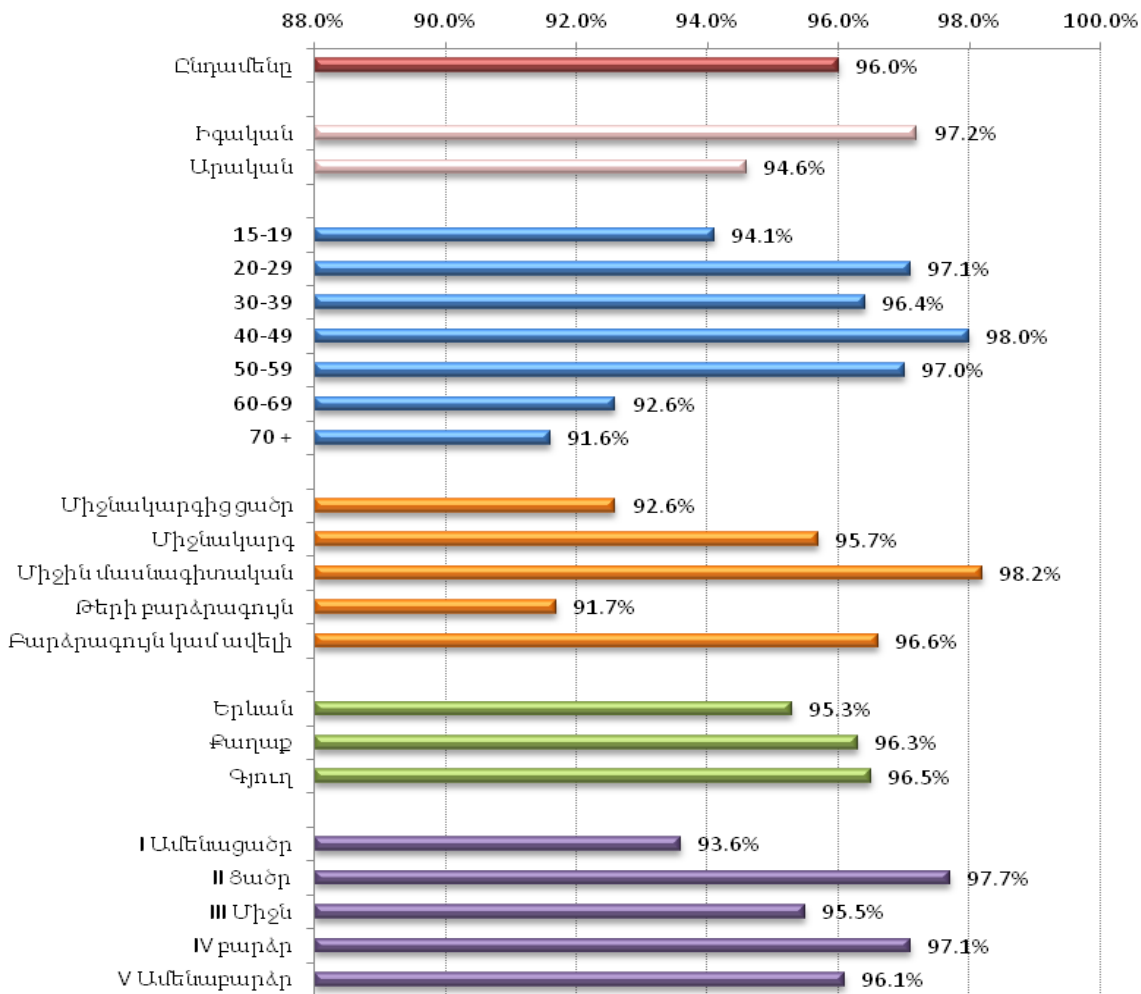
**Ծխախոտի երկրորդային ծխի ազդեցություն**

Հայաստանի բնակչության 96,0%-ը տեղյակ է, որ ծխախոտի երկրորդային ծուխը վնասակար է ծխողի հարևանությամբ գտնվող անձանց համար (Գծապատկեր 28):

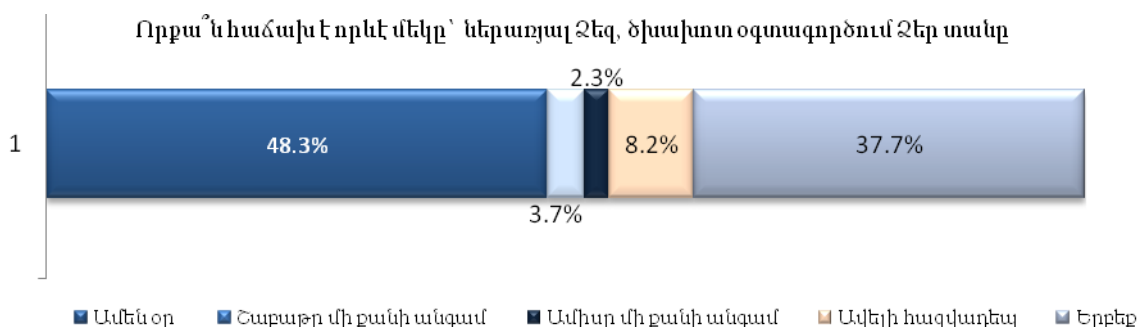
Երկրորդային ծխի վնասակարության մասին համեմատաբար նվազ են տեղյակ 15-19 և 60-ից բարձր տարիքի անձինք, ըստ բարեկեցության՝ ամենաանբարեկեցիկ՝ առաջին քվինտիլին պատկանող անձինք, իսկ ըստ կրթամակարդակի՝ միջնակարգից ցածր և, որքան էլ տարօրինակ թվա, թերի բարձրագույն կրթությամբ անձինք, որոնց մեծ մասը համալսարանների ուսանողներ են:

Գծապատկեր 28. Ծխախոտի երկրորդային ծխի վնասակարության վերաբերյալ տեղեկացվածություն

«Ձեր կարծիքով, ծխախոտի ծուխը վնասակար է ծխողի կողքին գտնվող անձանց առողջության համար»:



Գծապատկեր 29. Տանը ծխախոտի երկրորդային ծխի ազդեցությանն ենթարկվող անձինք



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012թ.

Չնայած գրեթե համատարած տեղեկացվածությանը ծխախոտի երկրորդային ծխի վնասակար ազդեցության մասին, այնուամենայնիվ, Հայաստանի բնակչության մոտ կեսը՝ 48.3% ամեն օր իրենց տանը ենթարկվում է ծխախոտի ծխի ազդեցությանը (ԱՀԳԳ, 2012): Ընդ որում, ծխախոտի երկրորդային ծխի վնասակարության մասին տեղեկացվածությունը ծխողների և ծխողների շրջանում համարյա նույնն է և շատ բարձր (Աղյուսակ 19):

**Աղյուսակ 19. Ծխախոտի երկրորդային ծխի վնասակարության մասին տեղեկացվածությունը ծխողների և չծխողների շրջանում**

Ձեր կարծիքով, ծխախոտի ծուխը վնասակա՞ր է ծխողի կողքին գտնվող անձանց առողջության համար	Չեն ծխում կամ ծխում են երբեմն	Ամեն օր ծխում են	Ընդամենը
Այո	96.7%	93.9%	96.0%
Ոչ	1.3%	4.1%	2.0%
ԴՊ	2.0%	2.1%	2.0%
Ընդամենը	100.0%	100.0%	100.0%

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012թ.

**Աղյուսակ 20. Ծխախոտի երկրորդային ծխի ազդեցությանն ենթարկվող անձինք ծխողների և չծխողների շրջանում**

Որքա՞ն հաճախ է որևէ մեկը՝ ներառյալ Ձեզ, ծխախոտ օգտագործում Ձեր տանը	Չեն ծխում կամ ծխում են երբեմն	Ամեն օր ծխում են	Ընդամենը
Երբեք	44.4%	12.5%	36.7%
Ավելի հազվադեպ, քան ամսական մի քանի անգամ	7.8%	9.0%	8.1%
Ամիսը մի քանի անգամ	2.7%	1.5%	2.4%
Շաբաթը մի քանի անգամ	4.3%	1.4%	3.6%
Ամեն օր	40.6%	75.7%	49.1%
ԴՊ	0.2%	0.0%	0.2%
Ընդամենը	100.0%	100.0%	100.0%

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ 2012թ.

Ամեն օր ծխողների 75%-ը ծխում է նաև տանը՝ փակ տարածքում, այսինքն ամեն օր ծխողների 75%-ի ընտանիքների անդամները ենթարկվում են ծխախոտի երկրորդային ծխի ազդեցությանը (Աղյուսակ 21): Ամեն օր ծխողների միայն 12.5%-ը երբեք իրենց տանը չեն ծխում: Երբեք չծխողների 40%-ը ամեն օր իրենց տանը ենթարկվում են ծխախոտի ծխի երկրորդային ազդեցությանը, իսկ 44%-ը՝ երբեք:

**Աղյուսակ 21. Ծխախոտի երկրորդային ծխի ազդեցությանն ենթարկվող անձինք չծխողների շրջանում**

Որքա՞ն հաճախ է որևէ մեկը՝ ներառյալ Ձեզ, ծխախոտ օգտագործում Ձեր տանը	Չեն ծխում կամ ծխում են երբեմն (%)	
	Իգական	Արական
Երբեք	39.3	58.4
Ավելի հազվադեպ քան ամսական մի քանի անգամ	6.8	10.7
Ամիսը մի քանի անգամ	3.2	1.3
Շաբաթը մի քանի անգամ	4.3	4.0
Ամեն օր	46.3	25.1

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, 2012թ.



**Փաստեր և քաղաքականության առաջարկություններ**

Իրավիճակ	Քաղաքականության առաջարկություններ
<p>ԲԶՃ տարածվածությունը տղամարդ-կանց և կանանց մոտ մինչև 40 տարեկանը մեծ է տղամարդկանց շրջանում, իսկ ավելցուկային քաշի տարածվածությունն ըստ տարիքային խմբերի և սեռի սկսում է աճել 40 տարեկանից բարձր կանանց շրջանում: Ֆիզիկական թերակտիվության տարածվածությունը բարձր է երիտասարդ տարիքի կանանց շրջանում, որը միջին տարիքում հավասարվում է, իսկ մեծ տարիքում կրկին գերազանցում է կանանց մոտ: Ալկոհոլի չարաշահումը և ամեն օր ծխելու սովորությունը տարածված է միայն տղամարդկանց շրջանում:</p>	<p>Քանի որ ապրելակերպային ՌԳ-ները սկսում են ձևավորվել և հետագայում արմատանալ դեռևս վաղ տարիքից, դպրոցականների շրջանում անհրաժեշտ է իրականացնել ծրագրեր, որոնք ուղղված կլինեն քարոզելու, խթանելու առողջ ապրելակերպի պահպանումը և խուսափելու վնասակար սովորությունների ձևավորումից:</p> <p>Զանգվածային լրատվամիջոցների միջոցով իրականացնել տեղեկատվական կրթական ծրագրեր, որոնց նպատակը պետք է լինի հայտնի մարդկանց միջոցով, որոնք մեծ հեղինակություն են վայելում հատկապես դեռահասների շրջանում, բարձրացնել, կարևորել, արժևորել առողջ ապրելակերպը, որը մեր դարաշրջանի բնակչության համար պետք է դառնա ավելի առաջադեմ, ավելի ընդունված:</p>
<p>ԲԶՃ դրական է կոռելացված մնացած բոլոր ՌԳ-ների հետ, այսինքն ցանկացած ՌԳ-ի առկայությունը բարձրացնում է ԲԶՃ առկայության հավանականությունը: Մասնավորապես, ֆիզիկական թերակտիվությամբ կամ ալկոհոլի չարաշահմամբ, կամ ամեն օր ծխելու սովորությամբ նույն տարիքի տղամարդկանց և կանանց շրջանում ավելի բարձր է ԲԶՃ տարածվածությունը, քան առանց դրանց:</p>	<p>Ներկայացնել առաջարկներ սննդարդյունաբերության մեջ բարելավելու սննդի որակի հսկողությունը, ինչպես նաև խթանել ցածր յուղայնությամբ, առանց կոնսերվանտների և հավելանյութերի, այսինքն՝ առողջ սննդի արդյունաբերությունը:</p>
<p>Ավելցուկային քաշի առկայությունը բարձրացնում է ԲԶՃ առաջացման հնարավորությունը հատկապես 30-50 տարեկան տղամարդկանց շրջանում, որից հետո նրա ազդեցությունը նվազում է: Նման տարբերություն չի գրանցվել կանանց շրջանում: Վերջիններիս մոտ ավելցուկային</p>	<p>Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ ավելցուկային քաշը, ամեն օր ծխելը, ալկոհոլը չարաշահելու գործոնների առկայությունը բարձրացնում է ԲԶՃ առաջացման հնարավորությունը և հատկապես այդ ազդեցությունը լավ է արտահայտված 30-50 տարեկան</p>

քաշի առկայությունը ԲԶՃ վրա հավասարապես է ազդում բոլոր տարիքային խմբերում:

տղամարդկանց շրջանում, այս տարիքային խմբի տղամարդկանց մոտ էլ ավելի ակտիվ աշխատանքներ իրականացնել ԱԱՊ օղակների կողմից ԲԶՃ վաղ հայտնաբերման և կանխարգելման համար:

ՌԳ-ների առկայության գործակցի ուսումնասիրությունը փաստում է, որ եթե կանանց շրջանում կեսից ավելիի մոտ գրանցվում է մեկ կամ երկու ՌԳ, ապա տղամարդկանց մեկ երրորդի մոտ արդեն առկա են երեք և ավելի ՌԳ-ներ:

Տարեկան մեկ անգամ իրականացնել նմանատիպ մեծածավալ հետազոտություն, որը կբացահայտի լայն տարածվածություն ունեցող ՌՎՀ-ի ՌԳ-ների իրական տարածվածությունը բնակչության շրջանում, թույլ կտա համեմատելու այդ գործոնների միտումները և հնարավորություն կտա փնտրել նոր ուղիներ ազգաբնակչության առողջության բարելավման, պահպանման համար:

---

## 5. ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ

### Բնակչության հիվանդացություն

#### Հիվանդացության ընդհանուր դինամիկան

Բնակչության առողջության դիտարկման նպատակով վերլուծվել է նաև հիվանդացության և մահացության ցուցանիշները, որոնք ակնհայտորեն արտացոլում են բնակչության առողջության վիճակը:

ՀՀ բնակչության հիվանդացության ուսումնասիրությունն իրականացվել է ըստ պետական վիճակագրական տվյալների: Սույն վերլուծության նպատակն է ներկայացնել բնակչության հիվանդացության դինամիկան մարզային կտրվածքով, որը հնարավորություն կընձեռի ի հայտ բերել այն բացերը, որոնք առկա են մարզերում: Դիտարկվել են ընդհանուր և կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդացության ցուցանիշները, որոնց սահմանումները ներկայացված են հավելվածում:

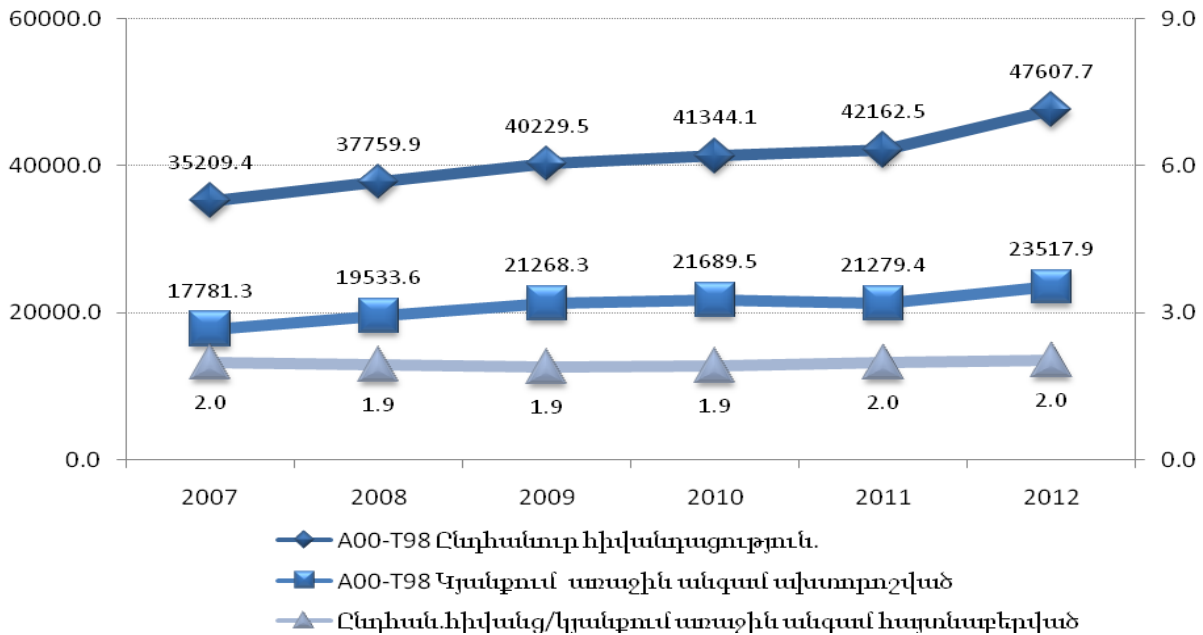
Վերլուծության ընթացքում կիրառվել են Հայաստանում 2007-2012թթ. ընթացքում առողջության առաջնային օղակում գրանցված հիվանդացության ցուցանիշները: Գրանցված հիվանդացության ընդհանուր դինամիկան ներկայացված է Գծապատկեր 30 և 31-ում:

Գծապատկեր 30-ում արտացոլված են՝

- հիվանդությունների ընդհանուր հիվանդացության (տարածվածության, prevalence) քանակը.
- կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված (հիվանդացություն, incidence) հիվանդությունների քանակը 100000 բնակչի հաշվով.
- ընդհանուր հիվանդացության մակարդակի հարաբերակցությունը կյանքում առաջին անգամ գրանցված հիվանդությունների քանակին (ցույց է տալիս, թե միջին հաշվով քանի անգամ է անձը դիմել առաջնային բուժօգնության տվյալ տարվա ընթացքում նույն հիվանդության համար):

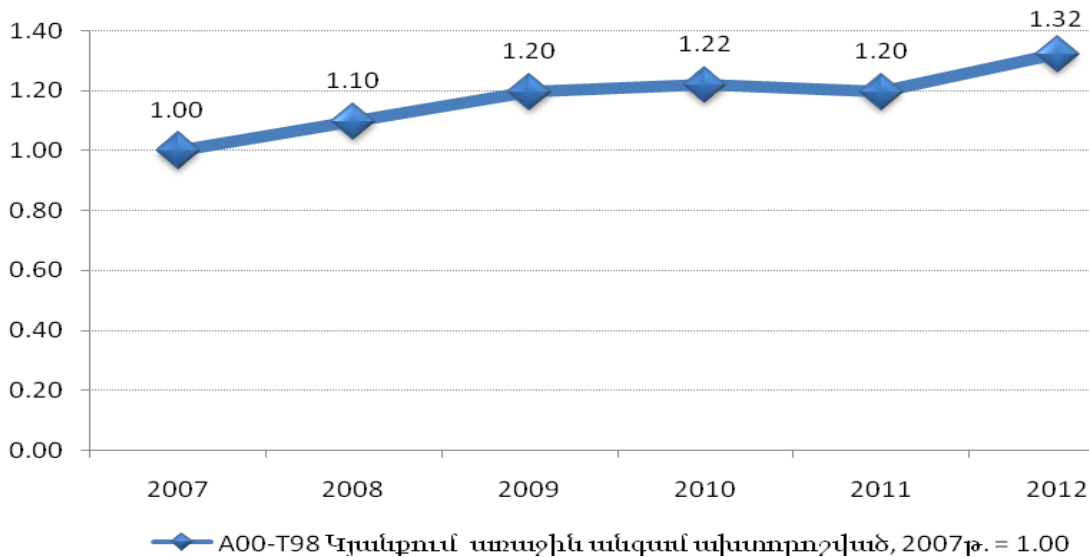
Գծապատկեր 31-ում տրված է կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդությունների դինամիկան՝ ընդունելով 2007թ. ցուցանիշը որպես 100%: Գծապատկերում ամփոփված տվյալները վկայում են, որ 2012թ.-ին 2007թ. համեմատ կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդությունների քանակն աճել է 32%-ով: Սակայն, գծապատկերի տվյալներից միաժամանակ բխում է, որ տարբեր տարիների համար այդ աճը տարբերվել է: Եթե 2008թ.-ին՝ 2007թ. համեմատ և 2009թ.-ին՝ 2008թ. համեմատ տեղի է ունեցել ցուցանիշի 10% աճ, ապա 2010թ.-ին և 2011թ.-ին նախորդ տարիների համեմատ ըստ էության ցուցանիշի աճ չի գրանցվել: Սակայն, հիվանդացության ընդհանուր մակարդակը 2012թ.-ին՝ 2011թ. համեմատ կրկին աճել է 12%-ով:

Գծապատկեր 30. Ընդհանուր հիվանդացության դինամիկան մեծահասակների շրջանում, 100 000 բնակչի հաշվով



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2013թ.

Գծապատկեր 31. Կլանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդացության դինամիկան մեծահասակների շրջանում



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2013թ.

Եթե հաշվի առնենք, որ համաշխարհային տնտեսական ճգնաժամի ազդեցությունը Հայաստանի տնտեսության և բնակչության տնտեսական վիճակի վրա սկսել է արտահայտվել սկսած 2009 թ-ից, իսկ 2001-2008թթ. ընթացքում Հայաստանում առկա էր և՛ տնտեսական նշանակալի աճ, և՛ դեպի Հայաստան մասնավոր տրանսֆերտների նշանակալի ծավալ, ապա

կարելի է ենթադրել, որ 2007-2009թթ. և 2011-2012թթ. ընթացքում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդությունների աճին նպաստող գործոնների շարքում տեղ է գտել նաև Հայաստանի բնակչության տնտեսական վիճակի բարելավումը:

Վերոնշյալ դիտարկումը հիմնավորվում է նաև Աղյուսակ 22-ի տվյալներով, որում ներկայացված է կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդությունների դինամիկան ըստ հիվանդությունների խմբերի 2007-2012թթ. ընթացքում, որտեղ 2007թ. ցուցանիշները (բացի՝ 000-075, 081-099 «Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդյան շրջան» դասից) ընդունված են որպես 100%:

Աղյուսակի տվյալները վկայում են, որ հիվանդությունների առանձին դասերի համար առկա է դինամիկայի այնպիսի պատկեր, ինչպես ներկայացված է Գծապատկեր 31-ում, այսինքն՝ գրանցված հիվանդացությունների քանակի նշանակալի աճ դիտարկվել է 2007-2009թթ. ընթացքում, աննշան փոփոխությունները՝ 2009-2011թթ. ճգնաժամային և հետճգնաժամային տարիների ընթացքում և դարձյալ գրանցված հիվանդությունների նշանակալի աճ՝ 2012թ.-ին 2011թ. համեմատ:

Հետևաբար, կարելի է տրամաբանորեն (սակայն ոչ վիճակագրորեն) հիմնավորված համարել այն վարկածը, որ Հայաստանում 2007-2009թթ. և 2011-2012թթ. տեղի է ունեցել առաջնային բուժօգնության բնակչության դիմելիության այնպիսի աճ, որը պայմանավորված չէ բնակչության շրջանում հիվանդացության իրական աճով:

Նշվածը չի բացառում, որ բնակչության շրջանում կարող էր իրականում լինել հիվանդությունների իրական քանակի աճ, որն, իր հերթին, պայմանավորել է դիմելիության և, հետևաբար, գրանցված հիվանդությունների աճը: Հետևաբար, կարելի է առաջ քաշել վարկած այն մասին, որ Հայաստանում բուժօգնության առաջնային օղակի դիմելիության աճի պատճառ է հանդիսացել ԱԱՊ ծառայությունների ֆինանսական և (կամ) ֆիզիկական մատչելիության աճը, կամ բնակչության առողջապահական վարքի փոփոխությունը: Այնուամենայնիվ, վերջին վարկածն անհրաժեշտ է հաստատել վիճակագրական փորձարկմամբ:

Հայաստանում հիվանդացությունների մակարդակի և դրա դինամիկայի վերլուծության նպատակով հիվանդությունների միջազգային դասակարգչի 10-րդ տարբերակի (ՀՄԴ-10) դասակարգմամբ հաշվառված հիվանդությունները խմբավորվել են ըստ իրենց տարածվածությունների աստիճանի, որը ներկայացված է Աղյուսակ 22-ում: Ըստ այդմ, կազմավորվել է յոթ խումբ՝

- շատ բարձր տարածվածությամբ հիվանդություններ, որոնց տարածվածությունը մեծ է 2.501/100000-ից.
- բարձր տարածվածությամբ հիվանդություններ՝ տարածվածության ցուցանիշը՝ [1.501-2.500]/100000.
- միջինից բարձր տարածվածությամբ հիվանդություններ՝ [1.001-1.500]/100000.
- միջին տարածվածությամբ հիվանդություններ՝ [601-1000]/100000.
- միջինից ցածր տարածվածությամբ հիվանդություններ՝ [301-600]/100000.
- ցածր տարածվածությամբ հիվանդություններ՝ [150-300]/100000.

- շատ ցածր տարածվածությամբ հիվանդություններ՝ տարածվածությունը փոքր է 150/100000-ից:
- 

**Աղյուսակ 22. Հիվանդությունների դինամիկան ըստ հիվանդությունների խմբերի, 2007-2012թթ.:**  
 Կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդությունները մեծահասակների շրջանում ըստ 100000 բնակչի (գունավորված ըստ հիվանդությունների խմբերի նվազման)

Հիվանդությունների խումբ	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Դաս
J00-J99 Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	5,776.8	6,344.3	7,773.9	7,380.0	6,710.9	7,195.1	I Շատ բարձր 2501 <
I00-I99 Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	1,699.9	1,891.4	1,913.8	1,971.6	2,170.0	2,380.1	II Բարձր 1501-2500
A00-B99 Վարակիչ և մակարոնային որոշ հիվանդություններ	1,440.9	1,500.0	1,630.0	1,786.3	1,758.8	2,008.1	
N00-N99 Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	1,331.0	1,598.5	1,606.0	1,652.1	1,688.7	1,901.0	
O00-O75, O81-O99 Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդյան շրջան	-	-	1,716.1	1,586.8	1,708.4	1,848.5	
S00-T98 Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	1,412.0	1,494.7	1,530.7	1,509.5	1,499.7	1,645.8	
H00-H59 Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ	1,026.1	1,113.4	1,101.6	1,298.4	1,385.2	1,471.1	
L00-L99 Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	853.5	946.7	982.4	1,096.9	1,091.3	1,266.1	
K00-K93 Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	965.7	1,030.8	1,014.1	1,040.8	1,018.9	1,154.9	
M00-M99 Մկանակմախքային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	487.7	582.5	583.2	701.2	702.6	832.5	IV Միջին 601-1000
G00-G99 Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	585.7	680.6	696.6	682.1	682.8	802.9	
H60-H95 Ականջի և պտկածն ելունի հիվանդություններ	472.7	564.2	609.5	632.3	628.0	716.9	
E00-E90 Ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	358.6	390.2	400.1	421.5	424.8	486.9	V Միջինից ցածր 301-600
C00-D48 Նորագոյացություններ	329.6	334.0	352.2	335.8	363.4	415.9	
F00-F99 Հոգեկան վարքի խանգարումներ	233.3	240.4	249.6	319.4	285.0	286.4	VI Ցածր 150-300
D50-D89 Արյան և արունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ, իմուն մեխանիզմները ներգրավող առանձին խանգարումներ	151.9	171.9	183.3	183.7	189.6	205.3	
R00-R99 Ախտանիշեր, նշաններ և կլինիկական ու լաբորատոր հետազոտություններով հայտնաբերված ախտաբանական շեղումներ՝ այլ դասերում չդասակարգված	58.1	46.1	43.0	132.5	102.1	129.3	VII Շատ ցածր < 150
Q00-Q99 Բնածին զարգացման արատներ, դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	12.8	17.7	19.5	17.4	17.8	20.7	
P00-P96 Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	-	-	-	-	-	-	-

Շատ բարձր տարածվածությամբ հիվանդությունների խումբը ներառում է միայն հիվանդությունների մեկ խումբ՝ J00-J99 - «Շնչառական օրգանների հիվանդություններ», տարածվածությունը՝ 7.195/100000:

**Բարձր տարածվածությամբ հիվանդությունների խմբում են՝**

- I00-I99 «Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ», տարածվածությունը՝ 2.380,1/100000.
- A00-B99 «Վարակիչ և մակարուծային հիվանդություններ»՝ 2.008,1/100000.
- N00-N99 «Միզասեռային համակարգի հիվանդություններ»՝ 1.901,0/100000.
- O00-O75, O81-O99 «Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդյան շրջան»՝ 1.848,5/100000.
- S00-T98 «Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ»՝ 1.645,8/100000:

**Միջինից բարձր տարածվածությամբ հիվանդությունների խմբերն են՝**

- H00-H59 «Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ»՝ 1.471,1/100000.
- L00-L99 «Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ»՝ 1.266,1/100000.
- K00-K93 «Մարսողական օրգանների հիվանդություններ»՝ 1.154,9/100000:

Նկատի ունենալով, որ 2012թ.-ին 2007թ. համեմատ հիվանդացությունների աճը կազմել է 32%, Աղյուսակ 23-ի տվյալներից կարելի է դուրս բերել հիվանդությունների այն խմբերը, որոնք նշված տարիների ընթացքում ունեցել են հիվանդացության ամենամեծ և ամենափոքր աճը:

**Ամենամեծ հարաբերական աճը տեղի է ունեցել՝**

- R00-R99 «Ախտանիշեր, նշաններ և կլինիկական ու լաբորատոր հետազոտություններով հայտնաբերված ախտաբանական շեղումներ՝ այլ դասերում չդասակարգված» խմբում՝ հիվանդացության աճը 2012թ.-ին 2007թ. համեմատ կազմել է 2.23 անգամ.
- M00-M99 «Մկանակմախքային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ»՝ աճը կազմել է 71%:

Ընդ որում, եթե R00-R99 խմբի հիվանդությունների հարաբերական քանակն ամենափոքրն է՝ 20.7/100000 (2012թ., Աղյուսակ 23), ապա M00-M99 խմբի հիվանդություններն ունեն միջին տարածվածություն՝ 832.5/100000 (2012թ.):

2007-2012թթ. ընթացքում միջինից բարձր զգալի հարաբերական աճ է գրանցվել նաև հետևյալ հիվանդությունների խմբերում՝

- Q00-Q99 «Բնածին շեղումներ (զարգացման արատներ), դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ»՝ 62% (2012թ.).
- H60-H95 «Ականջի և պտկածն ելունի հիվանդություններ»՝ 52% (2012թ.).
- L00-L99 «Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ»՝ 48% (2012թ.):

Աղյուսակ 23. Հիվանդությունների դինամիկան ըստ հիվանդությունների խմբերի, 2007-2012թթ.:  
Կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդությունները մեծահասակների շրջանում ըստ  
100000 բնակչի (գունավորված ըստ ժամանակային դինամիկայի), %

Հիվանդությունների խմբեր	2007	2008	2009	2010	2011	2012
R00-R99 Ախտանիշեր, նշաններ և կլինիկական ու լաբորատոր հետազոտություններով հայտնաբերված ախտաբանական շեղումներ՝ այլ դասերում չդասակարգված	100	79	74	228	176	223
M00-M99 Մկանակմախքային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	100	119	120	144	144	171
Q00-Q99 Բնածին զարգացման արատներ, դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	100	138	152	136	139	162
H60-H95 Ականջի և պտկածև ելունի հիվանդություններ	100	119	129	134	133	152
L00-L99 Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	100	111	115	129	128	148
H00-H59 Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ	100	109	107	127	135	143
N00-N99 Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	100	120	121	124	127	143
I00-I99 Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	100	111	113	116	128	140
A00-B99 Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ	100	104	113	124	122	139
G00-G99 Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	100	116	119	116	117	13%
E00-E90 Ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	100	109	112	118	118	136
D50-D89 Արյան և արունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ իմուն մեխանիզմները ներգրավող առանձին խանգարումներ	100	113	121	121	125	135
C00-D48 Նորագոյացություններ	100	101	107	102	110	126
J00-J99 Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	100	110	135	128	116	125
F00-F99 Հոգեկան և վարքի խանգարումներ	100	103	107	137	122	123
K00-K93 Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	100	107	105	108	106	120
S00-T98 Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	100	106	108	107	106	117
O00-O75, O81-O99 Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդյան շրջան			100	92	100	108

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2013թ.

**Հիվանդացությունների հիմնական խմբերի համեմատությունն ըստ մարզերի**

Աղյուսակ 24-ում ներկայացված է հիվանդացությունների մակարդակների համեմատությունը Հայաստանի մարզերում: Տրված են 2012թ.-ի համար ԱԱՊ օղակում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդություններն ըստ 100000 բնակչի հաշվով: Այն վանդակները, որոնցում հիվանդությունների տվյալ խմբի մարզային ցուցանիշն ավելի բարձր է



հանրապետական միջինից, տրված են կարմիր գույնի երանգներով, իսկ այն վանդակները, որոնցում ցուցանիշները ցածր են հանրապետական միջինից՝ կանաչ երանգներով: Աղյուսակում գույները համադրելի են ըստ տողերի (հիվանդությունների խմբերի):

Աղյուսակի գունապատկերը թույլ է տալիս ընդհանուր պատկերացում ստանալ մարզերում բնակչության առողջության մասին հիվանդացությունների տարբեր խմբերի տեսակետից: Այն մարզերում, որոնց համապատասխանող սյունակներում գերակշռում են կարմիր երանգները, առկա է հիվանդացությունների հանրապետական միջինից ավելի վատթար իրավիճակ, իսկ այն մարզերը, որոնց համապատասխանող սյունակներում գերակշռում են կանաչ երանգները՝ իրավիճակը հանրապետական միջինից ավելի բարենպաստ է:

Օրինակ, եթե դիտենք A00-T98 տողը, ապա Լոռու և Շիրակի մարզերին համապատասխանող վանդակները մուգ կարմիր են: Այդ մարզերում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդացությունների ցուցանիշները՝ համապատասխանաբար 28.167,1/100000 և 27.992,7/100000 ավելի բարձր են, քան հանրապետական ցուցանիշը՝ 23.517,9: Իսկ Արագածոտնում (20.964,1/100000), Տավուշում (20.527,7/100000), Վայոց Ձորում (21,379.7/100000) և Երևանում (21.752,4/100000) ավելի ցածր են և դրանց համապատասխանող վանդակները երանգավորված են կանաչ երանգներով:

Աղյուսակ 25-ում ներկայացված են Աղյուսակ 24-ի տվյալները՝ նորմավորված ըստ հիվանդությունների յուրաքանչյուր խմբի հանրապետական արժեքների: Այստեղ գունային երանգները համադրելի են ամբողջ աղյուսակի համար, ինչը թույլ է տալիս տեսողական կերպով ընկալել տարբեր մարզերում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդությունների խմբերի մարզային պրոֆիլները: Այսպիսով, առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդությունների մակարդակները համեմատաբար ավելի բարձր են Արմավիրի, Շիրակի և Լոռու մարզերում (այս մարզերին համապատասխանող սյուններում ավելի շատ են կարմրավուն երանգները), իսկ հարաբերականորեն ավելի ցածր ցուցանիշներ գրանցվել են Արագածոտնի, Գեղարքունիքի, Վայոց Ձորի և Տավուշի մարզերում:

Հիվանդացության վիճակի մարզային պրոֆիլների ավելի հիմնավորված համեմատության համար իրականացվել է Աղյուսակ 25-ի տվյալների կլաստերային վերլուծություն:

Հայաստանի առողջության համակարգի գործունեության գնահատում, 2013թ.

Աղյուսակ 24. Կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդություններն 100000 բնակչի հաշվով ըստ մարզերի, 2012թ., մեծահասակներ: Գունային երանգները համադրելի են ըստ տողերի:

Հիվանդությունների խմբեր	<<	Արագածոտն	Արարատ	Արմավիր	Գեղարքունիք	Երևան	Լոռի	Կոտայք	Շիրակ	Սյունիք	Վայոց Ձ.	Տավուշ
A00-T98 Ընդամենը	23,517.9	20,964.1	26,524.8	24,599.5	23,935.4	21,752.4	28,167.1	21,213.7	27,992.7	22,469.8	21,379.7	20,527.7
J00-J99 Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	7,195.1	8,462.1	9,703.2	5,370.3	9,735.8	5,493.2	7,963.9	7,148.5	9,660.3	8,871.8	7,476.4	6,190.6
N00-N99 Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	1,901.0	1,248.5	1,421.1	2,316.3	1,964.9	1,798.8	1,761.2	2,633.2	2,652.5	1,149.3	2,243.2	1,394.5
S00-T98 Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	1,645.8	1,318.4	2,349.8	2,808.4	1,653.1	1,071.8	1,242.6	1,818.4	2,436.0	1,461.5	1,273.0	2,219.3
I00-I99 Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	2,380.1	2,091.8	1,849.8	2,957.9	2,010.2	2,504.3	3,267.1	1,775.5	2,209.7	1,488.1	3,533.5	2,477.5
L00-L99 Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	1,266.1	1,019.0	1,373.1	870.8	508.5	1,272.4	1,992.8	1,261.8	1,912.0	1,226.2	1,037.2	915.0
K00-K93 Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	1,154.9	1,940.1	1,515.2	1,841.6	1,294.2	621.9	1,550.2	1,178.0	1,246.5	1,196.9	1,665.0	1,283.8
H00-H59 Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ	1,471.1	1,009.0	2,987.9	1,287.6	1,003.4	1,505.7	1,751.2	1,070.9	1,693.4	468.9	784.1	979.5
A00-B99 Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ	2,008.1	497.0	1,200.2	1,720.8	1,137.2	2,958.5	1,934.5	914.1	1,677.4	3,522.9	508.7	968.2
M00-M99 Մկանակմախքային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	832.5	897.2	955.5	1,300.0	710.9	727.3	1,520.3	612.5	699.1	250.0	615.4	815.6
G00-G99 Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	802.9	691.6	793.7	1,157.4	1,482.4	521.5	1,067.7	569.1	1,001.6	1,044.9	414.4	840.2
E00-E90 Ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	486.9	489.0	497.0	570.3	392.9	438.1	719.6	565.4	343.3	463.4	813.9	453.9
C00-D48 Նորագոյացություններ	415.9	268.5	205.3	406.4	344.1	501.2	440.3	529.2	379.6	289.4	233.3	410.9
F00-F99 Հոգեկան և վարքի խանգարումներ	286.4	90.8	96.1	436.1	128.7	383.5	279.3	269.5	383.2	158.4	94.3	77.9

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2013թ.

Աղյուսակ 25. Կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդություններն 100000 բնակչի հաշվով ըստ մարզերի, 2012թ., մեծահասակներ: Հանրապետական միջինները բերված են 1.0 արժեքներին: Մարզային ցուցանիշների արժեքները հարաբերված են տվյալ հիվանդության խմբի հանրապետական միջինին: Գունային երանգները համադրելի են ըստ տողերի:

Հիվանդությունների խմբեր	<<	Արագածոտն	Արարատ	Արմավիր	Գեղարքունիք	Երևան	Լոռի	Կոտայք	Շիրակ	Սյունիք	Վայոց Ձ	Տավուշ
A00-T98 Ընդամենը	1,00	0,89	1,13	1,05	1,02	0,92	1,20	0,90	1,19	0,96	0,91	0,87
J00-J99 Շնչառական օրգանների հիվանդ-ներ	1,00	1,18	1,35	0,75	1,35	0,76	1,11	0,99	1,34	1,23	1,04	0,86
N00-N99 Միզասեռական համակարգի հիվանդ-ներ	1,00	0,66	0,75	1,22	1,03	0,95	0,93	1,39	1,40	0,60	1,18	0,73
S00-T98 Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	1,00	0,80	1,43	1,71	1,00	0,65	0,76	1,10	1,48	0,89	0,77	1,35
I00-I99 Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդ-ներ	1,00	0,88	0,78	1,24	0,84	1,05	1,37	0,75	0,93	0,63	1,48	1,04
L00-L99 Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդ-ներ	1,00	0,80	1,08	0,69	0,40	1,00	1,57	1,00	1,51	0,97	0,82	0,72
K00-K93 Մարսողական օրգանների հիվանդ-ներ	1,00	1,68	1,31	1,59	1,12	0,54	1,34	1,02	1,08	1,04	1,44	1,11
H00-H59 Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդ-ներ	1,00	0,69	2,03	0,88	0,68	1,02	1,19	0,73	1,15	0,32	0,53	0,67
A00-B99 Վարակիչ և մակարոնային որոշ հիվանդ-ներ	1,00	0,25	0,60	0,86	0,57	1,47	0,96	0,46	0,84	1,75	0,25	0,48
M00-M99 Մկանակմախքային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	1,00	1,08	1,15	1,56	0,85	0,87	1,83	0,74	0,84	0,30	0,74	0,98
G00-G99 Նյարդային համակարգի հիվանդ-ներ	1,00	0,86	0,99	1,44	1,85	0,65	1,33	0,71	1,25	1,30	0,52	1,05
E00-E90 Ներզատական համակարգի հիվանդ-ներ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	1,00	1,00	1,02	1,17	0,81	0,90	1,48	1,16	0,71	0,95	1,67	0,93
C00-D48 Նորագոյացություններ	1,00	0,65	0,49	0,98	0,83	1,21	1,06	1,27	0,91	0,70	0,56	0,99
F00-F99 Հոգեկան և վարքի խանգարումներ	1,00	0,32	0,34	1,52	0,45	1,34	0,98	0,94	1,34	0,55	0,33	0,27

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2013թ.

Աղյուսակ 26-ում ներկայացված են կլաստերային վերլուծության արդյունքները, երբ մարզերը բաժանված են համապատասխանաբար 2, 3, 4 և 5 կլաստերների: Իրականացվել է հիերարխիկ կլաստերային վերլուծություն և կիրառվել են Էվկլիդեսյան հեռավորությունների քառակուսիները:

Աղյուսակ 27-ում տրված են մարզերում հիվանդությունների խմբերի պրոֆիլների հեռավորությունների մատրիցան, որտեղ կարմիր գույնով նշված են աղյուսակի ամենամեծ, իսկ կանաչ գույնով՝ ամենափոքր հեռավորությունները պարունակող վանդակների 10%-ը: Մարզի պրոֆիլի հեռավորությունն «ինքն իրենից» հավասար է 0-ի: Այդ հեռավորությունները հաշվառված չեն: Գծապատկեր 32-ում ներկայացված է կլաստերային վերլուծության դենդրոգրամը:

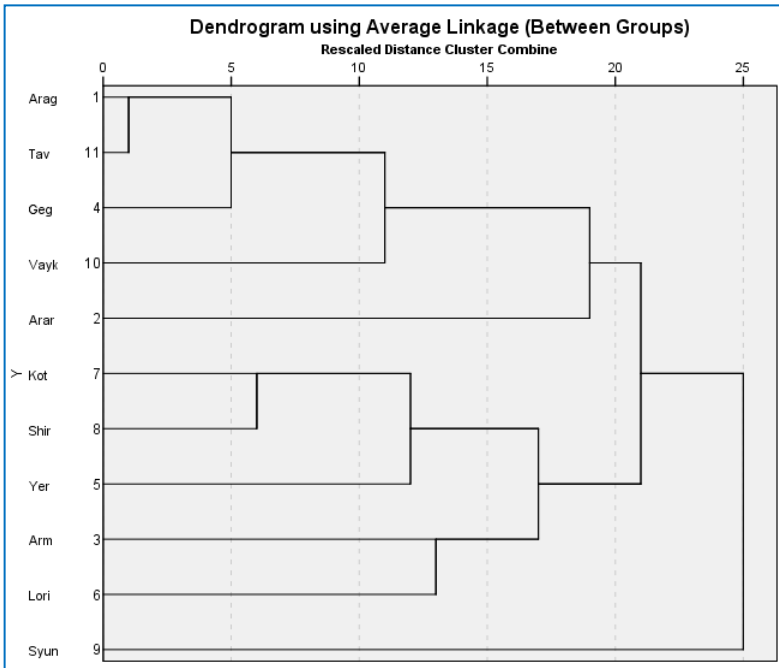
Աղյուսակ 26. Հայաստանի մարզերի դասակարգումը (կլաստերների բաժանումը) ըստ հիվանդությունների խմբերի, ըստ առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդությունների զուգանիշների, 100000 բնակչի հաշվով, 2012թ.

Մարզեր	5 կլաստեր	4 կլաստեր	3 կլաստեր	2 կլաստեր
Արագածոտն	1	1	1	1
Գեղարքունիք	1	1	1	1
Վայոց Ձոր	1	1	1	1
Տավուշ	1	1	1	1
Արարատ	2	2	1	1
Արմավիր	3	3	2	1
Լոռի	3	3	2	1
Երևան	4	3	2	1
Կոտայք	4	3	2	1
Շիրակ	4	3	2	1
Սյունիք	5	4	3	2

Աղյուսակ 27. Հայաստանի մարզերի հիվանդությունների խմբերի հեռավորությունների մատրիցան: Հաշվարկված են Էվկլիդեսյան հեռավորությունների քառակուսիները: Մուգ մոխրագույն գույնով նշված են վանդակների քանակի 10%-ը կազմող ամենամեծ հեռավորությունները պարունակող վանդակները: Բաց մոխրագույն գույնով՝ ամենափոքր հեռավորությունները պարունակող վանդակները: Մարզի պրոֆիլի հեռավորությունն «ինքն իրենից» հավասար է 0-ի և հաշվառված չէ:

	Արագածոտն	Արարատ	Արմավիր	Գեղարքունիք	Երևան	Լոռի	Կոտայք	Շիրակ	Սյունիք	Վայոց Ձ.	Տավուշ
Արագածոտն	-	2.63	4.03	1.90	4.70	3.40	2.13	3.86	3.76	1.42	0.99
Արարատ	2.63	-	4.52	3.59	5.17	3.49	3.68	2.95	5.59	4.48	2.64
Արմավիր	4.03	4.52	-	3.46	4.08	2.56	2.93	2.34	5.82	4.92	2.95
Գեղարքունիք	1.90	3.59	3.46	-	4.53	4.25	2.53	3.07	2.76	3.59	1.33
Երևան	4.70	5.17	4.08	4.53	-	3.36	2.13	2.70	3.03	4.97	3.42
Լոռի	3.40	3.49	2.56	4.25	3.36	-	3.34	2.81	5.46	4.15	3.45
Կոտայք	2.13	3.68	2.93	2.53	2.13	3.34	-	1.68	3.64	2.15	1.44
Շիրակ	3.86	2.95	2.34	3.07	2.70	2.81	1.68	-	3.92	4.89	2.95
Սյունիք	3.76	5.59	5.82	2.76	3.03	5.46	3.64	3.92	-	4.97	3.02
Վայոց Ձոր	1.42	4.48	4.92	3.59	4.97	4.15	2.15	4.89	4.97	-	2.03
Տավուշ	0.99	2.64	2.95	1.33	3.42	3.45	1.44	2.95	3.02	2.03	-

**Գծապատկեր 32. Հայաստանի մարզերի հիվանդությունների խմբերի պրոֆիլների կլաստերային վերլուծության դենդրոգրամը**



Աղյուսակ 27 և Գծապատկեր 32-ի տվյալներից կարելի է կատարել մի շարք եզրահանգումներ: Հիվանդությունների խմբերի պրոֆիլների հեռավորության տեսակետից Հայաստանի մարզերից «ամենաառանձնահատուկը» Սյունիքի մարզն է: Երբ մարզերի պրոֆիլները ստորաբաժանվում են երկու կլաստերի, ապա բոլոր մարզերը միավորվում են մեկ կլաստերում, իսկ Սյունիքի մարզը՝ միայնակ կազմում է երկրորդ կլաստերը:

Հայաստանի մարզերը (բացի առանձնացված Սյունիքի մարզից) հիվանդությունների խմբերի տարածվածության տեսակետից երեք կլաստերի դասակարգման դեպքում առաջանում են երկու կլաստերներ՝

- առաջինում ընդգրկված են Արագածոտնի, Տավուշի, Գեղարքունիքի, Վայոց Ձորի և Արարատի մարզերը (նկատենք, որ առաջին 4-ի «նմանությունը» դիտարկվել էր նաև Աղյուսակ 24-ում և Աղյուսակ 25-ում.
- երկրորդում ընդգրկված են մնացած մարզերը՝ Կոտայքի, Շիրակի, Լոռու, Արմավիրի մարզերը և Երևանը:

Երբ շարունակում ենք ավելացնել կլաստերների քանակը, ապա 5 կլաստեր պարունակող դասակարգման դեպքում՝

- Արարատի մարզը առանձնանում է Արագածոտնի, Տավուշի, Գեղարքունիքի, Վայոց Ձորի մարզերից՝ կազմելով առանձնացված կլաստեր.
- վերը նշված երկրորդ կլաստերը ստորաբաժանվում է երկու կլաստերների, որոնցից մեկում են Կոտայքը, Շիրակը և Երևանը, իսկ մյուսում՝ Արմավիրն ու Լոռին:

«Լավագույն» կլաստերացումը 5 կլաստեր պարունակող լուծումն է՝ առանձնացված առաջինում՝ Սյունիքի, երկրորդում՝ Արարատի մարզերով, երրորդում՝ Արագածոտնի, Տավուշի,

Գեղարքունիքի և Վայոց Ձորի, չորրորդում՝ Կոտայքի, Շիրակի և Երևանի, իսկ հինգերորդում՝ Արմավիրի և Լոռու մարզերով:

Եթե կլաստերացումից հետո դիտենք հիվանդացությունների պրոֆիլները, ապա ավելի դյուրին կդառնա դրանց ընկալումը և համեմատությունը: Հինգ կլաստերների բաժանումից հետո հիվանդացությունների պրոֆիլները ներկայացված են Աղյուսակ 28-ում:

**Աղյուսակ 28. Հիվանդացության բաշխումն ըստ խմբերի և կլաստերների**

Հիվանդությունների խմբեր	Արգ., Տավ., Գեղ., ՎՁ	Երևան, Կոտ., Շիր.	Արմավիր, Լոռի	Արարատ	Սյունիք
A00-B99 Վարակիչ և մակարոնային որոշ հիվանդություններ	882	2.435	1.822	1200.2	3522.9
C00-D48 Նորագոյացություններ	331	486	422	205.3	289.4
E00-E90 Ներգատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	471	443	641	497	463.4
F00-F99 Հոգեկան և վարքի խանգարումներ	104	366	362	96.1	158.4
G00-G99 Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	1.036	604	1.115	793.7	1044.9
H00-H59 Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ	978	1.467	1.506	2987.9	468.9
I00-I99 Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	2.288	2.343	3.104	1849.8	1488.1
J00-J99 Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	8.373	6.409	6.593	9703.2	8871.8
K00-K93 Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	1.484	808	1.704	1515.2	1196.9
L00-L99 Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	779	1.371	1.400	1373.1	1226.2
M00-M99 Մկանակմախքային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	771	705	1.404	955.5	250
N00-N99 Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	1.684	2.064	2.055	1421.1	1149.3
S00-T98 Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	1.669	1.404	2.070	2349.8	1461.5

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2013թ.

Նախքան հիվանդացության մակարդակների խորացված վերլուծությունը հարկ է անդրադառնալ մի կարևոր խնդրի: Ներկայում Հայաստանում գործում են բազմաթիվ մասնավոր բժշկական կենտրոններ, որոնցից ոչ բոլորն են ներկայացնում վիճակագրական հաշվետվություն ԱՏՎՀԿ-ին: Հետևաբար, հարց է առաջանում, թե որքանով է առաջնային պետական բուժհաստատություններում գրանցվող հիվանդությունների վիճակագրությունը համարժեք նկարագրում է հանրապետությունում հիվանդացության իրական մակարդակը:

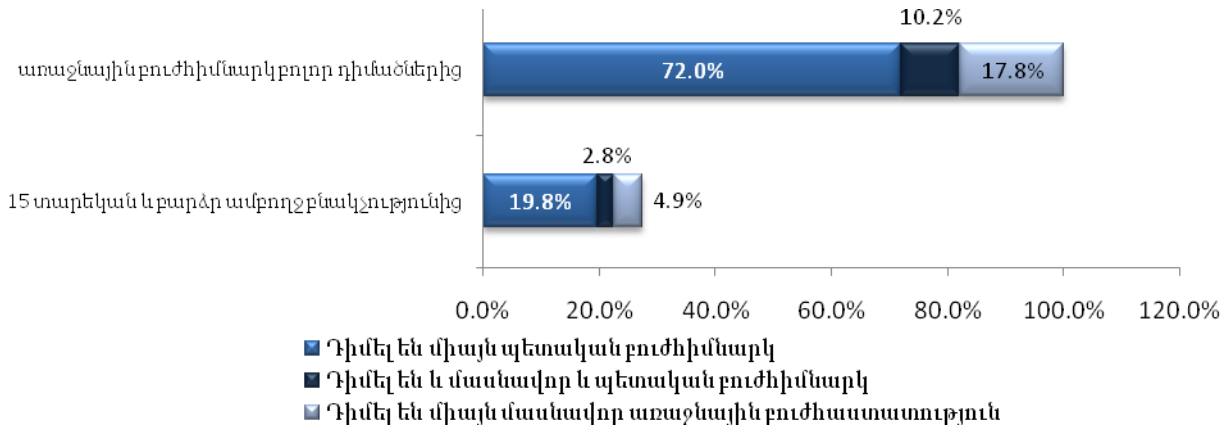
Հիմնվելով ԱՀԳԳ 2012թ. իրականացված զանգվածային հետազոտության տվյալների վրա փորձենք ստանալ այդ հարցի պատասխանը: Այս համատեքստում նախ նշենք, որ ներկայում Հայաստանի բնակիչն իրավունք ունի դիմելու միայն այն առողջության առաջնային բուժօգնություն մատուցող հաստատությունը, որի հետ կնքել է պայմանագիր:

**Մասնավոր և պետական առողջության առաջնային պահպանման բուժհաստատությունների այցելություններ**

Գծապատկեր 33-ում ներկայացված է, 2012թ. ընթացքում (ըստ ԱՀԳԳ) 15 տարեկան և բարձր բնակչության որ հատվածն է դիմել առողջապահության առաջնային պահպանման

պետական (բուժկետ, ամբուլատորիա, պոլիկլինիկա, ընտանեկան բժշկի) և որ տոկոսը՝ մասնավոր (մասնավոր բժշկական կենտրոն, մասնավոր բժշկի, ավանդական բժշկական կենտրոն) բուժհիմնարկներ: Պարզվում է, որ եթե հետազոտությանը նախորդող 12 ամիսների ընթացքում պետական բուժհաստատություններ է դիմել Հայաստանի 15 տարեկան և բարձր բնակչության 22.6%-ը, ապա մասնավոր բուժհիմնարկներ՝ 7.7%-ը, որը կազմում է մասնավոր և պետական բուժհիմնարկներ դիմումների 25.4%-ը (Գծպատկեր 34): Ընդ որում, առաջնային բուժհիմնարկ բոլոր դիմողներից 17.8%-ը դիմել է միայն մասնավոր:

**Գծպատկեր 33. Պետական և մասնավոր բուժհիմնարկներ դիմած անձանց հարաբերակցությունը, 2012թ.**



Հարկավոր է նշել, որ ներկայացված թվերը միայն մոտավոր պատկերացնում են տալիս ուսումնասիրվող երևույթի մասին, քանի որ զանգվածային հետազոտությամբ վեր է հանվել մեկ տարվա ընթացքում մասնավոր կամ պետական բուժհիմնարկ հիվանդության պատճառով դիմելու փաստը: Սակայն հաշվի չի առնվել այն, որ անձը կարող է տարվա ընթացքում մեկից ավելի անգամ դիմել ինչպես պետական, այնպես էլ մասնավոր առաջնային բուժօգնության հիմնարկ: Սակայն, եթե համարենք, որ մարդն ունի կայուն առողջապահական վարք, ապա կարելի է գնահատականները համարել բավական համարժեք:

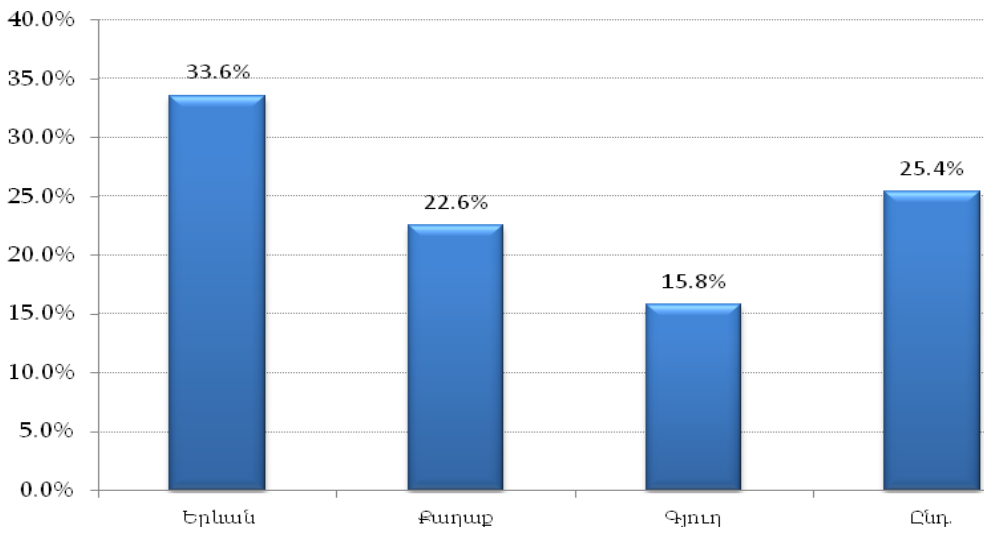
2012թ. մասնավոր առաջնային բուժհիմնարկների դիմումները կազմում են առաջնային բուժօգնության բոլոր դիմումների նշանակալի մասը՝ առաջին մոտավորությամբ 25%-ը:

Հայաստանում մասնավոր բուժհիմնարկներ առաջնային բուժօգնության դիմածների հաշվառման բացակայությունը էականորեն փոխում է, ավելի ճիշտ՝ նվազեցնում է, հիվանդացության մակարդակի պատկերը հիվանդացության և՛ ընդհանուր, և՛ հիվանդությունների առանձին խմբերի տեսակետից:

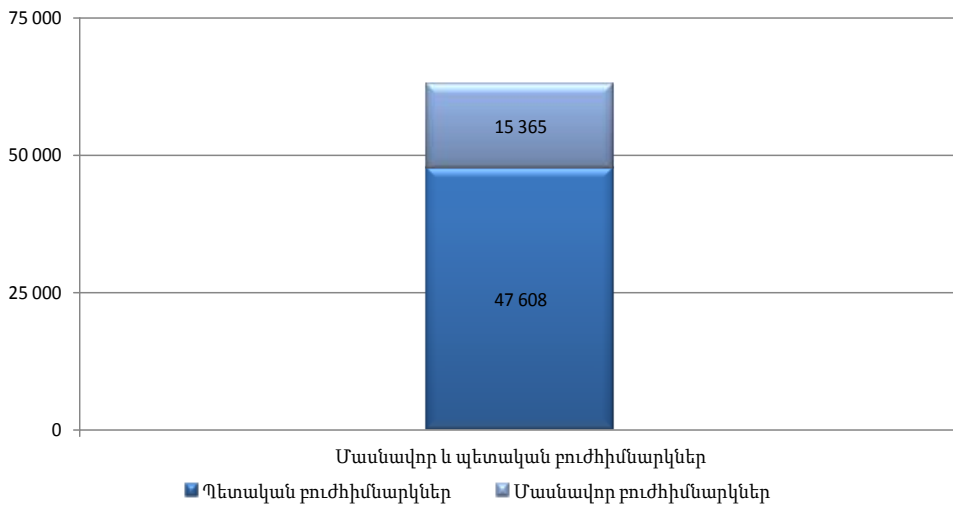
Հիվանդությունների մակարդակների փոփոխության գնահատման գործոնների ուսումնասիրությունները, որոնք հիմնված են հիվանդությունների արձանագրված վիճակագրական տվյալների վրա, կարող են աղավաղել իրական պատկերը:

Անհրաժեշտ է վիճակագրական տվյալներ հավաքագրել նաև առաջնային բուժօգնություն տրամադրող մասնավոր բուժհիմնարկներից:

**Գծապատկեր 34. Առաջնային բուժօգնության համար մասնավոր բուժհաստատություններ դիմողների քանակը, ԱՀԳԳ 2012թ.**



**Գծապատկեր 35. Առաջնային բուժօգնության համար պետական և մասնավոր բուժհաստատություններ դիմողների քանակը, 2012թ.**



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, ԱՏՎՀԿ, 2012 թ.

Այսպիսով, կարելի է նախնապես գնահատել առաջնային բուժօգնության դիմողների և՛ բացարձակ (Աղյուսակ 29), և՛ հարաբերական քանակները (100000 բնակչի հաշվով) ըստ հիվանդությունների խմբերի:

2013թ ԱՏՎՀԿ և 2012թ.-ԱՀԳԳ տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ առաջնային պետական բուժօգնությունների դիմումների քանակը եղել է 47.608/100000, իսկ մասնավոր բուժօգնություններ դիմումները առաջնային բուժօգնության նպատակով կազմել են 15.368/100000, այսինքն, ընդամենը՝ 62.973/100000:



**Աղյուսակ 29. Բնակչության հիվանդացության գնահատականն ըստ պետական և մասնավոր բուժօգնությունների տվյալների, 2012թ.**

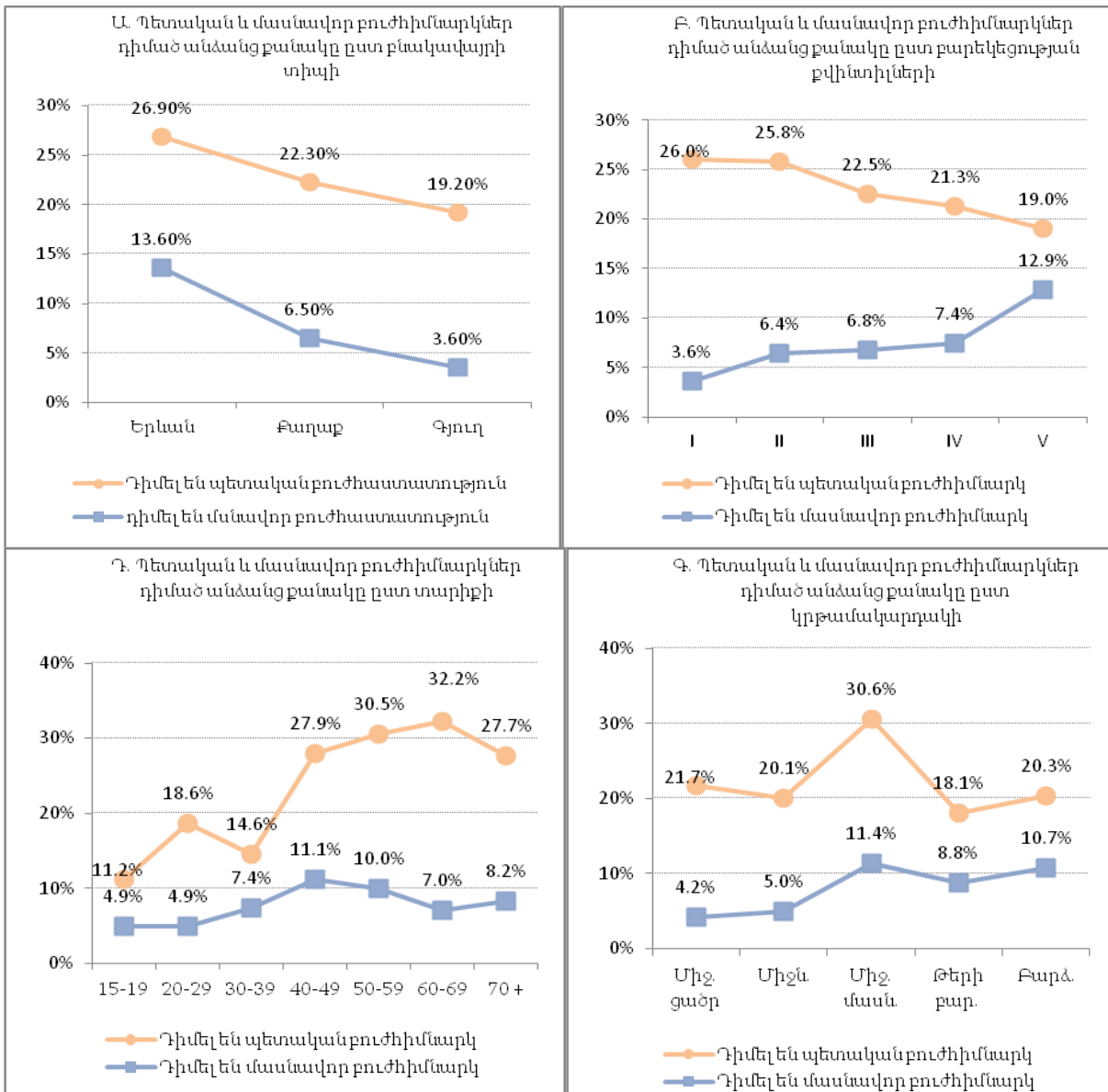
Հիվանդությունների խումբ	ԱՏՎՀԿ	ԱՀԳԳ գնահատական
J00-J99 Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	7,195.1	9,517.3
I00-I99 Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	2,380.1	3,148.3
A00-B99 Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ	2,008.1	2,656.2
N00-N99 Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	1,901.0	2,514.6
O00-O75, O81-O99 Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդյան շրջան	1,848.5	2,445.1
S00-T98 Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	1,645.8	2,177.0
H00-H59 Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ	1,471.1	1,945.9
L00-L99 Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	1,266.1	1,674.7
K00-K93 Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	1,154.9	1,527.6
M00-M99 Մկանակմախքային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	832.5	1,101.2
G00-G99 Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	802.9	1,062.0
H60-H95 Ականջի և պտկածև ելունի հիվանդություններ	716.9	948.3
E00-E90 Ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	486.9	644.0
C00-D48 Նորագոյացություններ	415.9	550.1
F00-F99 Հոգեկան և վարքի խանգարումներ	286.4	378.8
D50-D89 Արյան և արյունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ, իմուն մեխանիզմները ներգրավող առանձին խանգարումներ	205.3	271.6
R00-R99 Ախտանիշեր, նշաններ և կլինիկական ու լաբորատոր հետազոտություններով հայտնաբերված ախտաբանական շեղումներ՝ այլ դասերում չդասակարգված	129.3	171.0
Q00-Q99 Բնածին զարգացման արատներ, դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	20.7	27.4
P00 -P96 Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	-	

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ, ԱՏՎՀԿ, 2012-2013թթ.

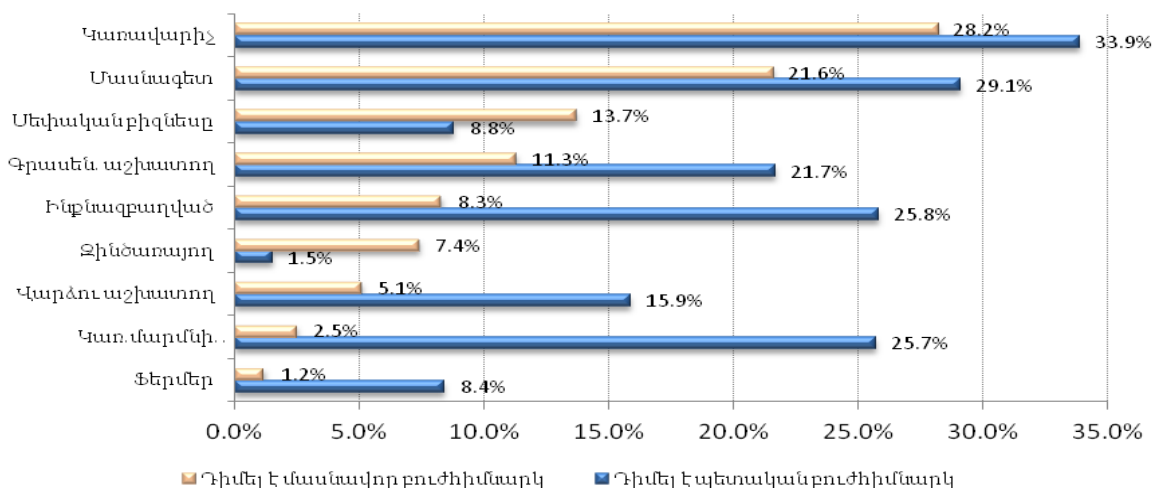
Այժմ դիտենք, թե բնակչության առանձին խմբերում ինչպես են տարածված մասնավոր և պետական բուժօգնություններ առաջնային բուժօգնության համար դիմելու հակումները (Գծապատկեր 36):

Գծապատկերներից երևում է, որ մասնավոր բուժօգնություններ դիմողների քանակը Երևանում (Գծապատկեր 36-Ա) մոտ կրկնակի գերազանցում է նույն ցուցանիշը քաղաքներում (6.5%), իսկ քաղաքների ցուցանիշը կրկնակի գերազանցում է գյուղերի ցուցանիշը (3.6%): Ընդ որում, Երևանում առաջնային բուժօգնության մասնավոր հիմնարկներ դիմողները կազմում են առաջնային բուժօգնություն բոլոր դիմողների մեկ երրորդը (33.6%), քաղաքներում՝ 22.6%-ը, իսկ գյուղերում՝ 15.8%-ը: Որքան ավելի բարեկեցիկ է անձը և բարձր է նրա կրթամակարդակը, այնքան ավելի բարձր է նրա մասնավոր բուժօգնություն դիմելու հավանականությունը: Մասնավոր բուժօգնություններ համեմատաբար ավելի են դիմում միջին տարիքի անձինք՝ 40-59 տարեկանները: Այդ բուժօգնություններ դիմելու հավանականությունը պայմանավորված է նաև անձի աշխատանքային կարգավիճակով: Ամենաբարձրն է կառավարիչների (28.2%), իրավաբան, բանկային և ֆինանսական սեկտորի, հաշվապահների և բժիշկների (21.6%) մասնավոր բուժօգնություն դիմելու հավանականությունը:

Գծապատկեր 36. ԱԱՊ բուժօգնության պետական և մասնավոր բուժօգնություններ դիմած անձինք ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական բնութագրերի



Ե. Պետական և մասնավոր բուժօգնություններ դիմած անձանց քանակը ըստ կրթամակարդակի



**Կապը հիվանդությունների մակարդակի և համապատասխան բժշկների քանակի միջև**

Հաջորդ հարցը, որը դիտարկվել է այս բաժնում այն է, թե արդյոք հիվանդացության մակարդակը կախված է տվյալ հիվանդությունների խումբը բուժող բժիշկների հարաբերական թվաքանակի հետ:

Այդ կապի վերհանման փորձի իմաստն այն է, որ, եթե պարզվի, որ գոյություն ունի դրական կապ վերոնշյալ ցուցանիշների միջև, դա կնշանակի, որ գոյություն ունի տվյալ հիվանդությունների խմբին պատկանող հիվանդությունների մի թիվ, որը չի հայտնաբերվում բժիշկների փոքրաքանակության պատճառով: Հետևաբար, եթե այդ բժիշկների թվաքանակը մեծացվի, ապա կբարձրանա նաև համապատասխան հիվանդություններով հիվանդացության մակարդակը, քանի որ կհայտնաբերվեն «թաքնված» հիվանդությունների մի մասը:

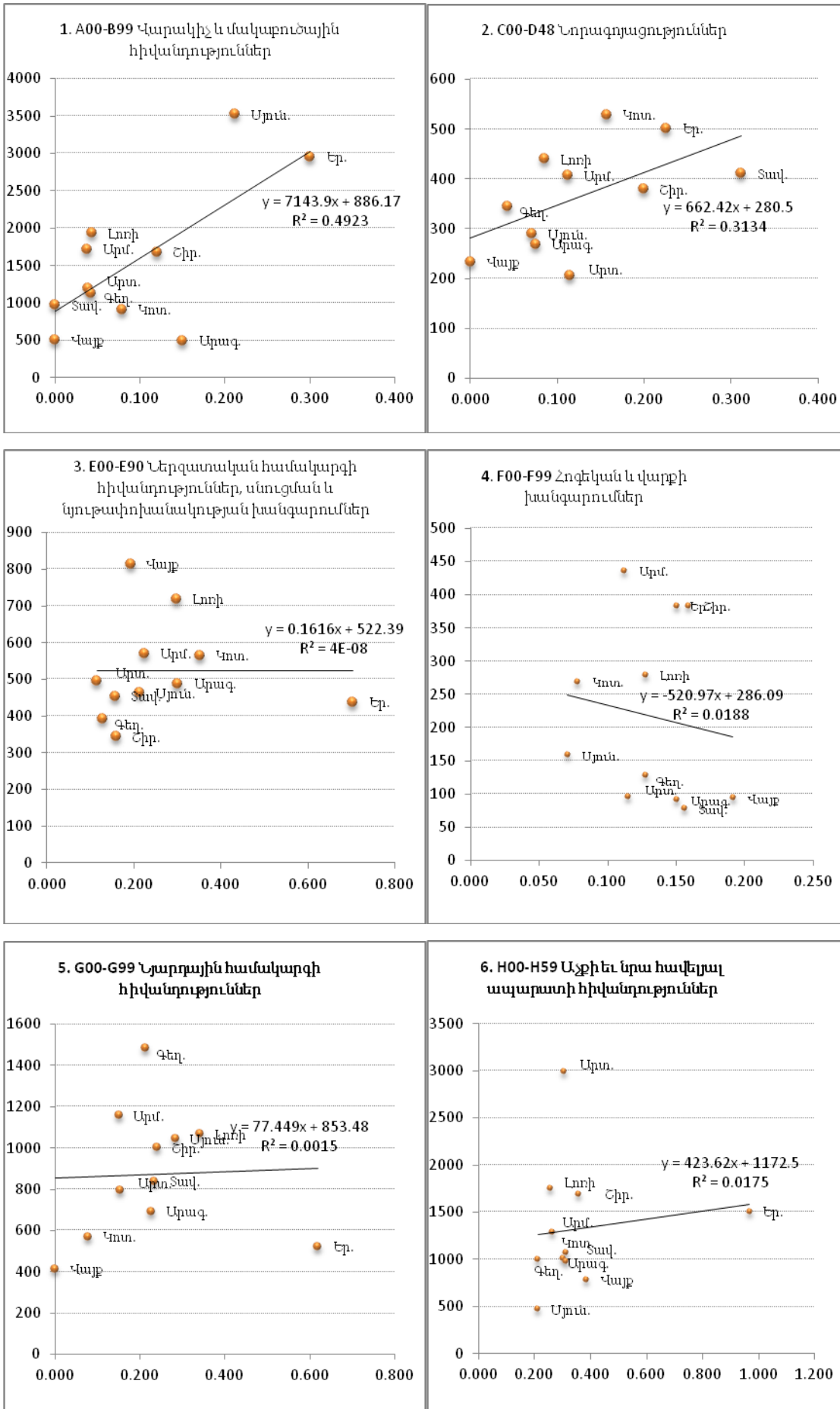
Նշված կապի հայտնաբերման համար կառուցվել են յուրաքանչյուր հիվանդությունների խմբի ըստ մարզերի հիվանդացության մակարդակի (100000 բնակչի հաշվով) և համապատասխան մարզում տվյալ հիվանդությունների խումբը բուժող բժիշկների հարաբերական քանակի (10000 բնակչի հաշվով) ցրվածքի դիագրամները: Այդ ցրվածքները մոտարկող գծային ռեգրեսիաների անկյունային գործակիցները (BETA) և ռեգրեսիաներով բացատրված դիսպերսիաները (R2) տրված են Գծապատկեր 37՝ 1-11-ում:

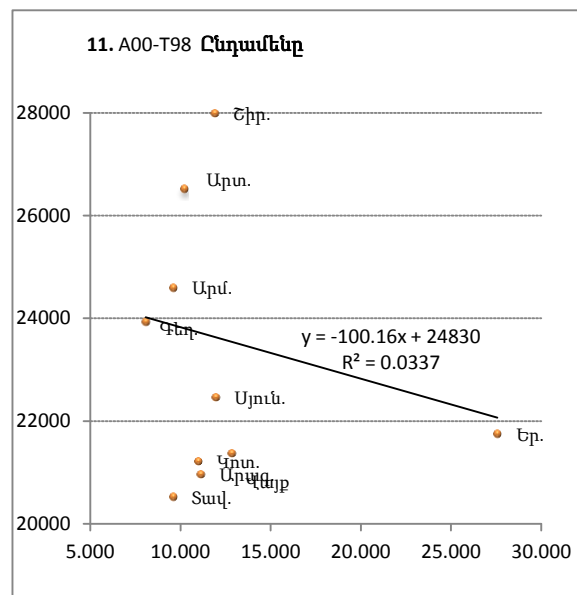
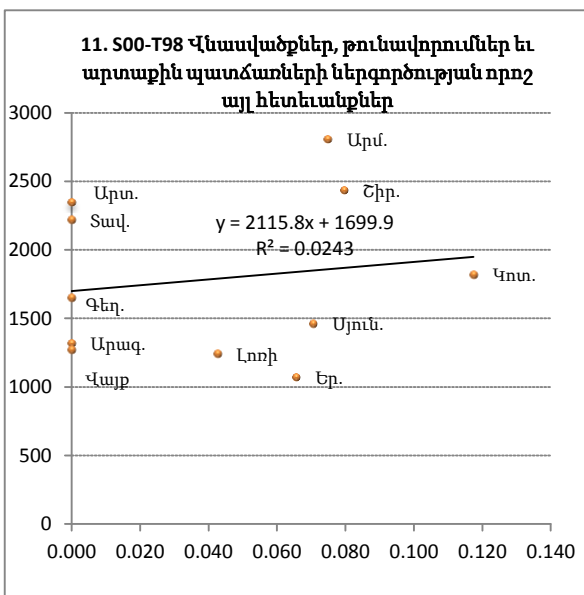
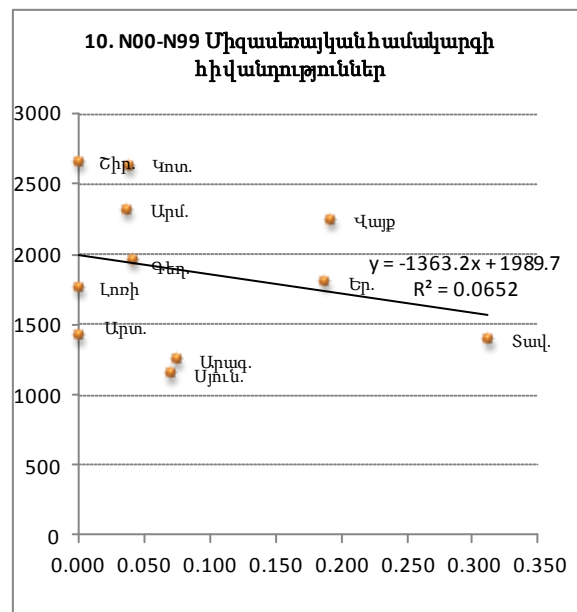
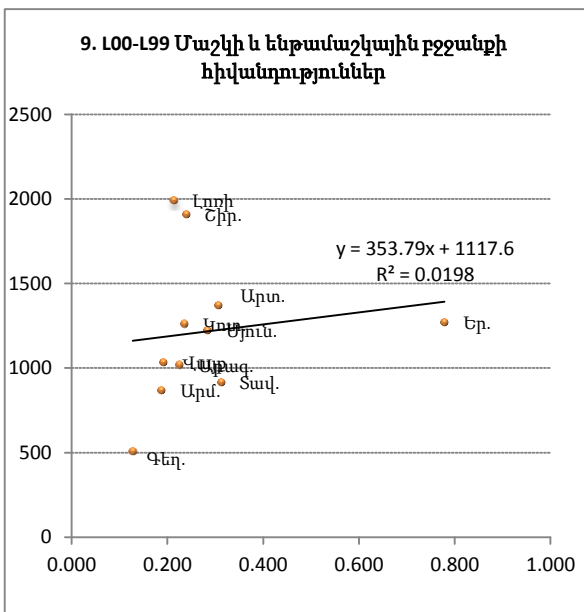
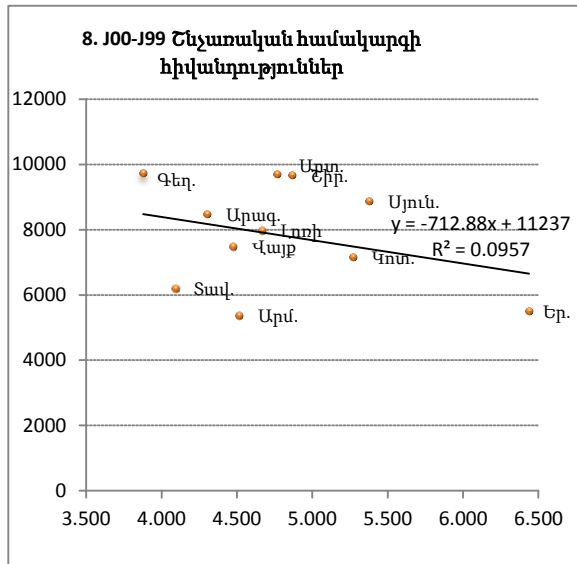
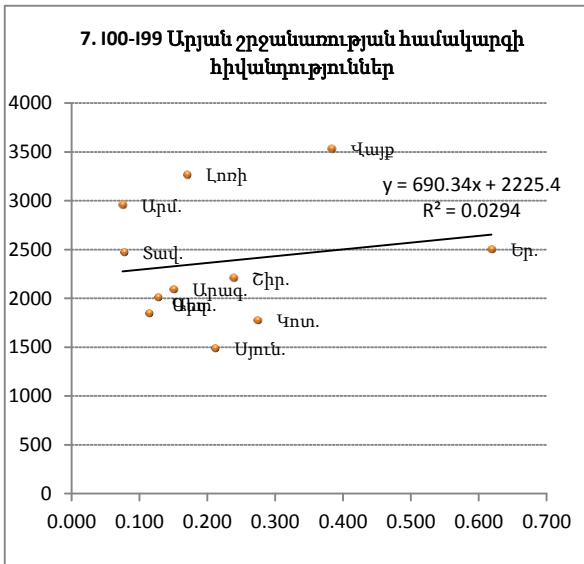
Աղյուսակ 30. Հիվանդացության մակարդակն ըստ հիվանդությունների խմբերի (100000 բնակչի հաշվով) և համապատասխան մասնագետների հարաբերական քանակի (10000 բնակչի հաշվով) ցրվածքի ռեգրեսիոն մոդելների անկյունային գործակիցներն ու բացատրված դիսպերսիաները

Հիվանդությունների խումբ	Beta	R <sup>2</sup>
A00-B99 Վարակիչ և մակաբուժային որոշ հիվանդություններ	7143	0.492
C00-D48 Նորագոյացություններ	622	0.313
E00-E90 Ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	0	0.000
F00-F99 Հոգեկան և վարքի խանգարումներ	-520	0.018
G00-G99 Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	77	0.001
H00-H59 Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ	423	0.017
I00-I99 Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	690	0.029
J00-J99 Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	-712	0.095
L00-L99 Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	353	0.019
N00-N99 Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	-1363	0.065
S00-T98 Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	2115	0.024
A00-T98 Ընդամենը	-100	0.033

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2013թ.

**Գծապատկեր 37. Հիվանդացությունների մակարդակի և համապատասխան բժշկների առկայության ցրվածքների դիագրամներն ըստ մարզերի**





Աղյուսակի տվյալները վկայում են, որ միայն A00-B99 «Վարակիչ և մակաբուծային հիվանդությունների» (R2=0,492) և C00-D48 «Նորագոյացությունների» (R2=0.313) դեպքում հիմքեր կան ենթադրելու, որ բժիշկների հարաբերական քանակի ավելացումը կրերի հիվանդացությունների մակարդակի աճին: Ընդ որում, առաջին դեպքում մեկ բժշկի ավելացումը հայտնաբերված հիվանդությունների քանակը կբարձրացնի 7143/100000-ով, իսկ երկրորդ դեպքում՝ 622/100000-ով: Այն փաստը, որ մնացած հիվանդությունների խմբերի համար գծային կապ չի հայտնաբերվել չի նշանակում, որ այն չկա: Չի բացառվում, որ դրանք մնացել են չբացահայտված այլ գործոնների համատեղ ազդեցության հետևանքով:

### **Եզրակացություններ**

Հայաստանում 2007-2009թթ. և 2011-2012թթ. տեղի է ունեցել ԱԱՊ օղակ բուժօգնության բնակչության դիմելիության այնպիսի աճ, որը պայմանավորված չէ բնակչության շրջանում հիվանդացության իրական աճով:

Կարելի է ենթադրել, որ Հայաստանում բուժօգնության առաջնային օղակ դիմելիության աճի պատճառ է հանդիսացել ԱԱՊ ծառայությունների ֆինանսական և (կամ) ֆիզիկական մատչելիության աճը կամ բնակչության առողջապահական վարքի փոփոխությունը:

Հիվանդացության ամենամեծ հարաբերական աճը տեղի է ունեցել՝

- R00-R99 «Ախտանիշներ, նշաններ և կլինիկական ու լաբորատոր հետազոտություններով հայտնաբերված ախտաբանական շեղումներ այլ դասերում չդասակարգված» խմբում՝ 2012թ. 2007թ-ի համեմատ՝ 2,23 անգամ.
- M00-M99 «Մկանակմախքային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ» խմբում՝ 71%:

Հիվանդացությունների խմբերի տարածվածության տեսակետից Հայաստանի 10 մարզերը և Երևանը կարելի է դասակարգել հետևյալ 5 խմբերում՝

- Սյունիքի մարզ.
- Արարատի մարզ.
- Արագածոտնի, Տավուշի, Գեղարքունիքի և Վայոց Ձորի մարզեր.
- Կոտայքի, Շիրակի մարզեր և Երևան.
- Արմավիրի և Լոռու մարզեր:

2012թ. Հայաստանում մասնավոր առաջնային բուժօգնության դիմումները կազմում են առաջնային բուժօգնության բոլոր դիմումների նշանակալի մասը՝ առաջին մոտավորությամբ 25%: Հետևաբար, Հայաստանում մասնավոր բուժօգնությունը առաջնային բուժօգնության դիմածների հաշվառման բացակայությունը էականորեն նվազեցնում է հիվանդացության մակարդակի պատկերը հիվանդացության և՛ ընդհանուր, և՛ հիվանդությունների առանձին խմբերի տեսակետից: Սա նշանակում է, որ հիվանդությունների մակարդակների փոփոխության գնահատման գործոնների ուսումնասիրությունները, որոնք հիմնված են հիվանդությունների արձանագրված վիճակագրական տվյալների վրա, կարող են աղավաղել իրական պատկերը: Հետևաբար, անհրաժեշտ է վիճակագրական տվյալներ հավաքագրել նաև առաջնային բուժօգնություն տրամադրող մասնավոր բուժօգնություններից:

Մասնավոր բուժփիմնարկներ դիմողների քանակը հարաբերականորեն ավելի բարձր է Երևանում, որը կրկնակի գերազանցում է նույն ցուցանիշի մակարդակը քաղաքներում (6,5%), իսկ քաղաքների ցուցանիշը կրկնակի գերազանցում է գյուղերի ցուցանիշը (3,6%):

Որքան ավելի բարեկեցիկ է անձը և նրա կրթամակարդակը, այնքան ավելի բարձր է նրա մասնավոր բուժփիմնարկ դիմելու հավանականությունը: Մասնավոր բուժփիմնարկներ համեմատաբար ավելի են դիմում միջին տարիքի՝ 40-59 տարեկանները: Միևնույն ժամանակ, մասնավոր բուժփիմնարկներ հարաբերականորեն ավելի շատ են դիմում կազմակերպությունների կառավարիչները, բարձր վճարվող մասնագետները՝ իրավաբան, բանկային և ֆինանսական սեկտորի աշխատողներ, հաշվապահներ և բժիշկներ:

Բժիշկների հարաբերական քանակի աճը կարող է բարձրացնել համապատասխան թաքնված հիվանդությունների քանակը A00-B99 «Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ» և C00-D48 «Նորագոյացություններ» խմբերում: Ընդ որում 1 բժշկի ավելացման դեպքում հայտնաբերված հիվանդությունների քանակը աճի համապատասխանաբար 7.143/100000-ով և 622/100000-ով:

### **Բնակչության մահացություն**

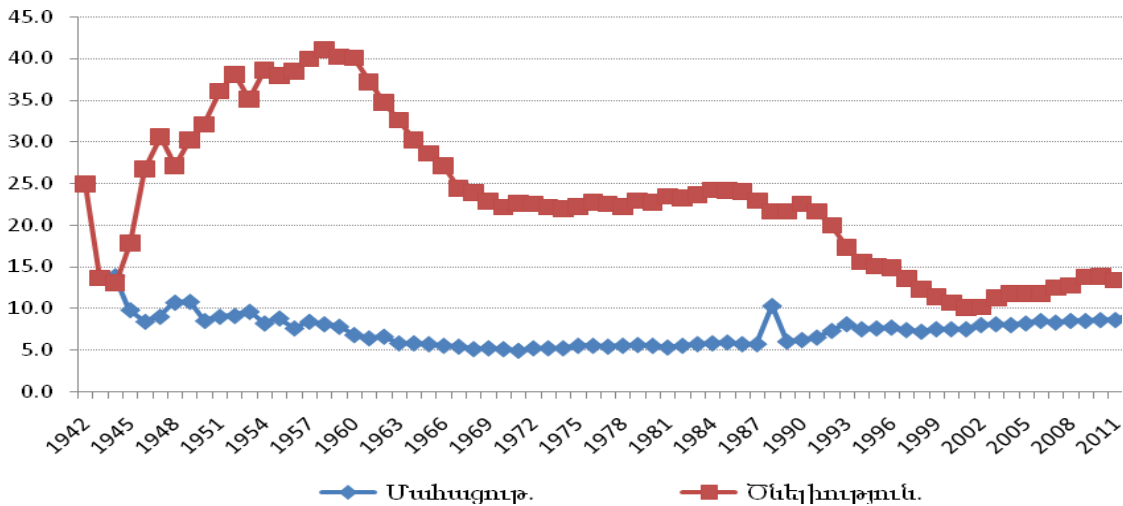
#### **Մահացության ընդհանուր դինամիկան**

Հայաստանում մահացության ընդհանուր գործակիցը 1949-1989թթ. ընթացքում ունեցել է նվազման միտումներ, ինչը պայմանավորված է եղել սոցիալ-տնտեսական իրավիճակի և բարեկեցության ամենամյա բարելավմամբ, առողջապահական համակարգի զարգացմամբ (Գծապատկեր 38): Եթե 1949թ. մահացության ընդհանուր գործակիցը 1000 բնակչի հաշվով կազմել էր 10.9 մարդ, ապա 1989թ.-ին այն նվազել էր մինչև 6.0: Ընդ որում, 1988թ.մահացության կտրուկ աճը մինչև 10.3, պայմանավորված է եղել բնական աղետով՝ Սպիտակի երկրաշարժի պատճառով:

Հետխորհրդային տարիներին մահացության ընդհանուր գործակիցն անշեղորեն ունեցել է աճի միտում: Այն 1991թ.-ի 6.5-ից աճել է մինչև 9.5՝ 2012թ.: Այդ ընթացքում գործակիցն ունեցել է մեկ կտրուկ աճ՝ 1993թ.-ին՝ 8.1, այն դեպքում, երբ 1992թ.-ին կազմել էր 7.3, իսկ 1995թ.-ին՝ 7.5: Այդ աճը պայմանավորված է եղել 1993թ. ղարաբաղյան պատերազմի ամենածանր փուլում կրած կորուստներով:

Հայաստանում ծնելիության ընդհանուր գործակիցն ունեցել է աճի միտում մինչև 1958թ., երբ այն կազմել է 41.1 ծնունդ 1000 մարդու հաշվով: Այդ աճը պայմանավորված է եղել Հայկական ԽՍՀ-ում առողջապահության համակարգի զարգացմամբ: 1958-1973թթ. ընթացքում ծնելիության գումարային գործակիցը նվազել է մինչև 22.1, ինչը արդյունաբերական հասարակությունում մշակութային փոփոխության հետևանք է, որը արձանագրվել է բոլոր արդյունաբերական երկրներում: Դրանից հետո ծնելիության ընդհանուր գործակիցը Հայաստանում ունեցել է մի փոքր աճ՝ 22.1-24.2, ինչը կարելի է բացատրել Հայաստանում ընտանիքին ուղղված սոցիալական պայմանների բարելավմամբ՝ մանկամուտների և մանկապարտեզների քանակի աճ, բնակարանային պայմանների բարելավում, մանկական ճամբարների և հանգստյան տների քանակի աճ, աշխատող կանանց արտոնությունների զարգացում:

**Գծապատկեր 38. Մահացության և ծնելիության ընդհանուր գործակիցները Հայաստանում, 1942-2012թթ.**



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2013թ.

**Մահերի, ծնունդների և բնական աճի դինամիկան ըստ մարզերի 2000-2011թթ.**

Վերջին 12 տարիներին՝ 2000-2011թթ. ընթացքում Հայաստանում մահացության, ծնունդների, բնական աճի և մանկական (մինչև 1 տարեկան) մահացության ընդհանուր գործակիցների դինամիկան ըստ մարզերի տրված է Աղյուսակ 31-ից՝ Աղյուսակ 34-ում:

Մահացության աղյուսակներում որքան ավելի մեծ է գործակիցը (ունի բացասական բովանդակություն), այնքան ավելի մուգ կարմիր երանգներ ունի համապատասխան վանդակը, իսկ որքան ավելի փոքր է գործակիցը՝ այնքան ավելի մուգ կանաչի երանգներ: Բնական աճի և ծնելիության աղյուսակներում ընդհակառակը՝ որքան ավելի բարձր են գործակիցները (ունեն դրական բովանդակություն) այնքան ավելի մուգ կանաչ են համապատասխան վանդակները և որքան ավելի ցածր են գործակիցները, այնքան ավելի մուգ կարմիր են համապատասխան վանդակները: Ընդ որում, յուրաքանչյուր աղյուսակում համադրելի են ցանկացած երկու վանդակների գունավորումները, ինչը թույլ է տալիս միանգամից ընկալել և՛ յուրաքանչյուր մարզի ժամանակային դինամիկ շարքը (գունային երանգներն ըստ յուրաքանչյուր տողի), և՛ յուրաքանչյուր տարվա ընթացքում մարզային տարբերությունները (գունային երանգներն ըստ յուրաքանչյուր սյան): Մարզերում մահացության ընդհանուր գործակիցների համադրումը (Աղյուսակ 31) ցույց է տալիս հետևյալ միտումները:

- Մահացության ընդհանուր գործակիցը 2011թ. ամենաբարձրն է եղել Լոռու (10.3), Տավուշի (10,0) և Շիրակի (9.9) մարզերում: Ընդ որում, հիվանդացության ցուցանիշների վերլուծությունը ակնհայտորեն վկայում է, որ Շիրակի (27.99) և Լոռու (28.17) մարզերում հիվանդացությունը նույնպես բարձր է, որն էլ պատճառ է հանդիսանում բարձր մահացության:



- Այդ մարզերում մահացության ընդհանուր գործակիցների ամենաբարձր ցուցանիշները գրանցվել են նաև դիտարկվող ժամանակաշրջանի սկզբում՝ 2000թ., համապատասխանաբար՝ 9.2, 8.5 և 8.1:
- Մահացության ընդհանուր գործակցի համահանրապետական արժեքից՝ 8.6, ավելի բարձր արժեք է ունեցել նաև Արագածոտնի մարզը՝ 8.8:
- Մնացած մարզերում մահացության ընդհանուր գործակցի արժեքներն ավելի փոքր էին, քան համահանրապետական արժեքը և ընկած էին 7.9 (Կոտայք) – 8.4 (Սյունիք) միջակայքում:
- Հանրապետության բոլոր մարզերում մահացության ընդհանուր գործակիցը 2000-2011թթ. ընթացքում ունեցել է աճի միտում, բացի Սյունիքի և Վայոց Ձորի մարզերից, որտեղ համապատասխան գործակիցներն աճել են մինչև 2009թ., որից հետո 2010-2011թթ. ընթացքում մի փոքր նվազել են:

Ծնելիության գումարային գործակիցների դինամիկայի (Աղյուսակ 32-ի) դիտարկումից կարելի է գալ հետևյալ եզրահանգումների:

- Հայաստանում և բոլոր մարզերում 2000-ից մինչև 2009 կամ 2010թթ. ընթացքում տեղի է ունեցել այդ գործակիցների աճ: Սակայն 2012թ. ի համեմատ 1993թ-ի Հայաստանում սկսվել է ծնելիության կտրուկ և շարունակական անկման ազդեցության արտահայտումը: Սա նշանակում է, որ յուրաքանչյուր հաջորդ տարի այդ ազդեցությունն ավելի ու ավելի ակնառու կդառնա:
- Ծնելիության գումարային գործակցի տեսակետից համեմատաբար բարենպաստ է իրավիճակը Երևանում (2011թ.՝ 14.0) և Երևանին մոտ գտնվող մարզերում՝ Արագածոտն (13.9), Արմավիր (13.8), Կոտայք (13.6):
- Ամենաանբարենպաստ իրավիճակը Սյունիքում (10.4) է, Տավուշում (11.3), Վայոց Ձորում (11.6) և Լոռում (12.0):

Բնական աճի տեսակետից 2000-2011թթ. Հայաստանում իրավիճակը բարելավվել է, քանի որ ծնունդների գումարային գործակցի աճը գերազանցել է մահացության գումարային գործակցի շատ թույլ աճը: 2011թ. բնական աճի գումարային գործակիցը կազմել է 4.7, իսկ 2000թ-ին նույն ցուցանիշը 3.1 էր:

- 2011թ. հանրապետական միջինից ավելի բարձր բնական աճի գումարային գործակից է գրանցվել Արմավիրում (5.8), Երևանում (5.8), Կոտայքում (5.7), Գեղարքունիքում (5.4), Արագածոտնում (5.1), Արարատում (5.1):
- Բնական աճի տեսակետից ամենաանբարենպաստ վիճակը գրանցվել է հետևյալ երեք մարզերում՝ Տավուշ (1.3), Լոռի (1.7), Սյունիք (2.0):
- Հանրապետականից ավելի ցածր է գործակցի արժեքը՝ Վայոց Ձորում (3.3) և Շիրակում (3.3):

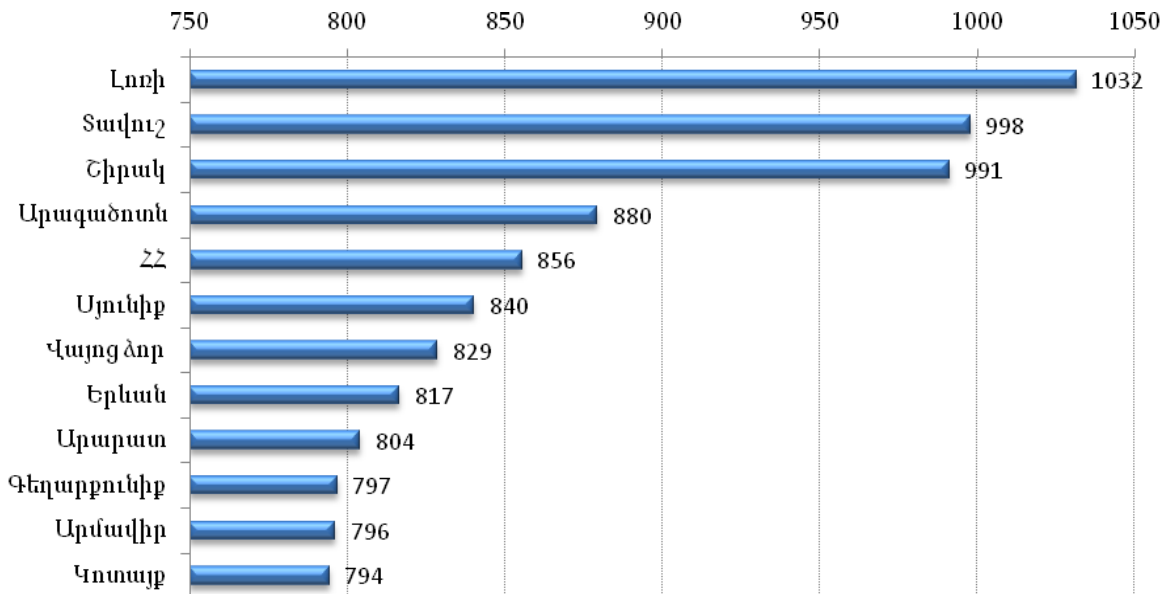
Մանկական մահացության գումարային գործակցի Աղյուսակ 34-ի դիտարկմամբ բացահայտվում են ստորև թվարկված միտումները:

- Հանրապետությունում մանկական մահացության գումարային գործակիցը 2009-2011թթ. ընթացքում աճել և 2011թ. կազմել է 11.6:
- Մանկական մահացության տեսակետից անբարենպաստ վիճակով մնացած բոլոր մարզերից բավական առանձնանում է Շիրակը, որտեղ ցուցանիշը՝ 23.3 կրկնակի բարձր է հանրապետական միջինից և բավական ավելի բարձր է այդ տեսակետից

նրան հաջորդող Արագածոտնի մարզից, որտեղ ցուցանիշը կազմում է 16.9: Նշենք, որ Արագածոտնը և Սյունիքը, որտեղ գործակիցը հավասար է 16.2-ի կազմում են մանկական մահացության տեսակետից Շիրակին հետևող խումբը:

- Հանրապետական միջինից ավելի բարձր է մանկական մահացության գումարային գործակիցը նաև Լոռում (13.3), Կոտայքում (13.2) և Գեղարքունիքում (13.1):
- Մանկական մահացության գումարային գործակցի տեսակետից առավել բարվոք վիճակում են Վայոց Ձորը (6.1), Երևանը (7.5) և Տավուշը (7.8):

Գծապատկեր 39. Մահացությունը մարզերում 100000 բնակչի հաշվով, 2011թ.



Աղբյուր՝ ԱՎԾ, 2012թ.

Աղյուսակ 31. Մահացության ընդհանուր գործակիցը մարզերում, 2000-2011թթ.

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

Աղբյուր՝ ԱՎԾ, 2012թ.

Աղյուսակ 32. Ծնելիության ընդհանուր գործակիցը մարզերում, 2000-2011թթ.

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

Աղյուսակ 33. Բնական աճի ընդհանուր գործակիցը մարզերում, 2000-2011թթ.

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

Աղյուսակ 34. Մանկական մահացության ընդհանուր գործակիցը մարզերում. 2000-2011թթ.

Մարզ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ՀՀ	15.6	15.4	14.0	12.0	11.6	12.3	13.9	10.9	10.8	10.4	11.4	11.6
Շիրակ	15.6	22.3	17.4	14.6	15.2	17.4	22.2	21.6	18.8	19.1	19.8	23.3
Արագածոտն	16.1	9.3	8.5	7.3	6.3	5.7	12.8	8.1	6.9	12.6	10.4	16.9
Սյունիք	11.3	14.0	11.6	7.5	14.8	11.2	14.7	14.4	9.1	8.0	15.1	16.2
Լոռի	17.6	14.4	16.2	15.9	14.8	15.0	16.9	15.9	18.8	17.1	16.1	13.3
Կոտայք	17.8	15.3	12.4	10.4	9.4	8.1	13.8	13.7	8.3	10.6	9.6	13.2
Գեղարքունիք	16.3	17.8	15.6	12.8	6.6	12.1	17.1	10.0	11.8	7.7	16.8	13.1
Արմավիր	11.5	12.6	14.5	8.7	9.4	9.2	14.3	11.1	9.3	11.1	10.9	11.3
Արարատ	14.8	19.0	9.3	5.9	7.2	7.5	11.2	9.1	12.3	12.4	11.7	11.0
Տավուշ	11.8	16.8	16.0	15.0	11.3	11.9	16.2	12.0	14.3	13.3	9.9	7.8
Երևան	16.1	14.0	15.0	13.7	13.6	14.5	10.5	6.9	7.3	5.8	7.2	7.5
Վայոց Ձոր	24.2	12.1	4.8	12.4	10.6	13.6	14.2	4.4	12.4	15.8	18.7	6.1

Աղբյուր՝ ԱՎԾ, 2012թ.

**Աղյուսակ 35. Մահացության տարիքային գործակիցների դինամիկան Հայաստանում 1999-2011թթ. Գործակիցների պրոֆիլների համեմատության համար**

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

**Աղյուսակ 36. Մահացության տարիքային գործակիցների դինամիկան Հայաստանում 1999-2011թթ. Տարիքային գործակիցների դինամիկ շարքերի համեմատության համար**

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

Աղբյուր՝ ԱՎԾ, 2012թ.

Հայաստանում մահացության տարիքային գործակիցների դինամիկան 1999-2011թթ. տրված է Աղյուսակ 35 և 36-ում: Առաջին աղյուսակը ցույց է տալիս, որ մահացության տարիքային գործակիցների պրոֆիլը դիտարկվող ժամանակահատվածում էականորեն չի փոխվել: Սակայն երկրորդ աղյուսակի դիտարկումից պարզ է դառնում, որ՝

- այդ ժամանակահատվածում նվազել է մինչև մեկ տարեկանների (մակական) մահացությունը (որն արդեն դիտարկվել էր Աղյուսակ 34-ում).

- նույն ժամանակահատվածում նվազել է նաև 1-4 տարեկանների մահացությունը. եթե 1999-2000թթ. այն կազմում էր 3.4, ապա 2011թ.-ին՝ 2.9.
- աճի որոշակի միտում է ունեցել մահացությունը 15-19 տարեկանների խմբում.
- նվազման որոշակի միտում է դրսևորվել մահացությունը 65-69 տարեկանների խմբում:

**Մահացությունն ըստ մահվան պատճառների**

**Մահացությունն ըստ պատճառների**

2012թ. Հայաստանում գրանցվել է 27599 մահ (912.64 ` 1000 բնակչի հաշվով): 2012թ.-ին մահերի 48.3%-ը տեղի է ունեցել արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից: 2009-2012թթ. ընթացքում մահվան 6 առավել հաճախ հանդիպող պատճառները չեն փոխվել (Աղյուսակ 37): Դրանք են՝ ԱՇՀՀ, որոնք կազմում են բոլոր մահերի մոտ կեսի (2012թ. 48.3%) պատճառը, նորագոյացություններ (20.4%), շնչառական օրգանների հիվանդություններ (5.8%), մարսողական օրգանների հիվանդություններ (5.8%), վնասվածքներ ու թունավորումներ (4.9%) և ներզատական համակարգի հիվանդություններ (4.8%), ընդ որում, ՈՎՀ-ից մահացության բեռը կազմում է մոտ 80%:

**Աղյուսակ 37. Մահվան պատճառները Հայաստանում 2009-2012թթ.**

Մահվան պատճառներ	2009	2010	2011	2012
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	49.1%	48.9%	47.6%	48.3%
Նորագոյացություններ	19.6%	19.8%	19.9%	20.4%
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	6.5%	5.9%	6.1%	5.8%
Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	5.9%	5.8%	6.3%	5.8%
Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	4.4%	4.5%	4.9%	4.9%
Ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	5.2%	5.2%	5.0%	4.8%
Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	2.6%	2.9%	2.8%	2.9%
Ախտանիշեր, նշաններ և կլինիկական ու լաբորատոր հետազոտություններով հայտնաբերված ախտաբանական շեղումներ՝ այլ դասերում չդասակարգված	2.9%	2.9%	3.2%	2.8%
Բնածին զարգացման արատներ, դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	1.1%	1.5%	1.7%	1.6%
Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ	1.0%	1.1%	0.9%	1.0%
Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	0.7%	0.7%	0.8%	0.7%
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	0.5%	0.6%	0.4%	0.5%
12-մատնյա աղու խոցային հիվանդություն	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
Մկանակմախքային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
Արյան և արունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ, ինուն մեխանիզմները ներգրավող առանձին խանգարումներ	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%
Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդյան շրջան	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Հոգեկան և վարքի խանգարումներ	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2013թ.

ԱՇՀՀ խմբում առանձին ենթախմբերից առաջացած մահերի մասնաբաժինները բոլոր մահերի քանակում ներկայացված են Աղյուսակ 38-ում: Դրանց մասնաբաժինները 2009-2012թթ. ընթացքում էականորեն չեն փոխվել: Առավել մեծ տոկոս են կազմում մահերը ՍԻՀ-ից, քրոնիկ և այլ ձևերից, որոնք 2012թ. կազմել են բոլոր մահերի 30.5%-ի պատճառը: Ուղեղի անոթային հիվանդությունները և սրտամկանի սուր ինֆարկտը (ՍՍԻ) հանդիսացել են գրեթե հավասար քանակով մահերի պատճառ, համապատասխանաբար՝ 10.2% և 9.4%:

Աղյուսակ 38. Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից մահացությունն ըստ նոզոլոգիաների

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

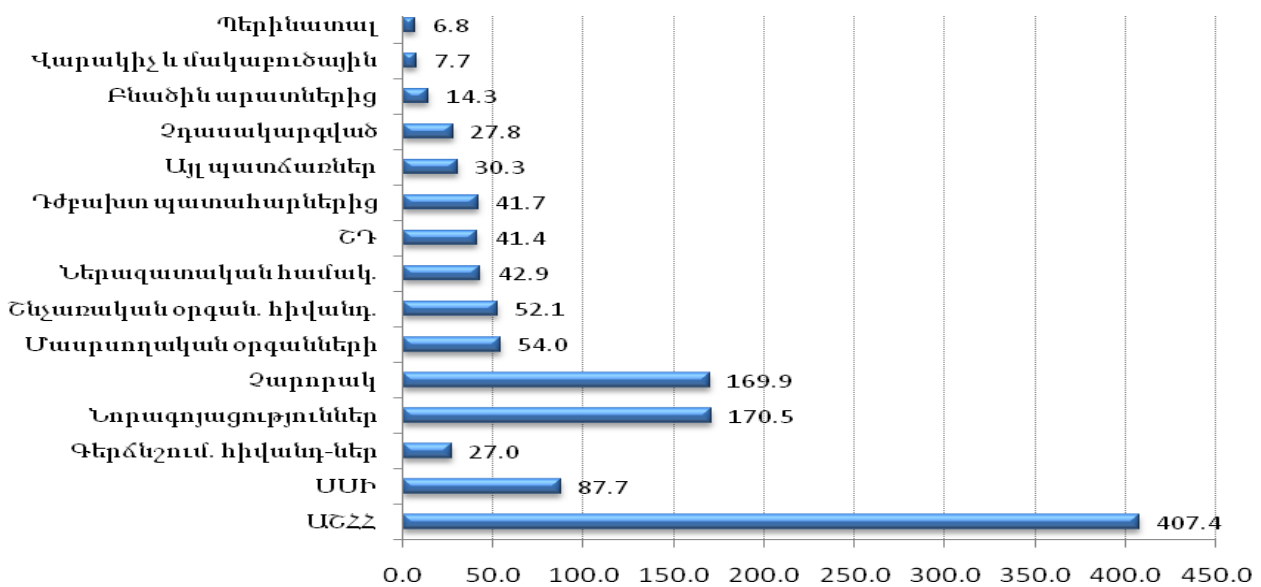
Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2013թ.

Ներզատական հիվանդությունների կազմում մահերի հիմնական պատճառը ՇԴ-ն է, իսկ մնացած ներզատական պատճառներից մահերը կազմում են ընդամենը 0.1-0.2%-ը:

Նորագոյացություններից մահացությունը պայմանավորված է ամբողջությամբ ՉՆ-ից (բարորակ նորագոյացություններից մահացությունը կազմում է ընդամենը 0.1%):

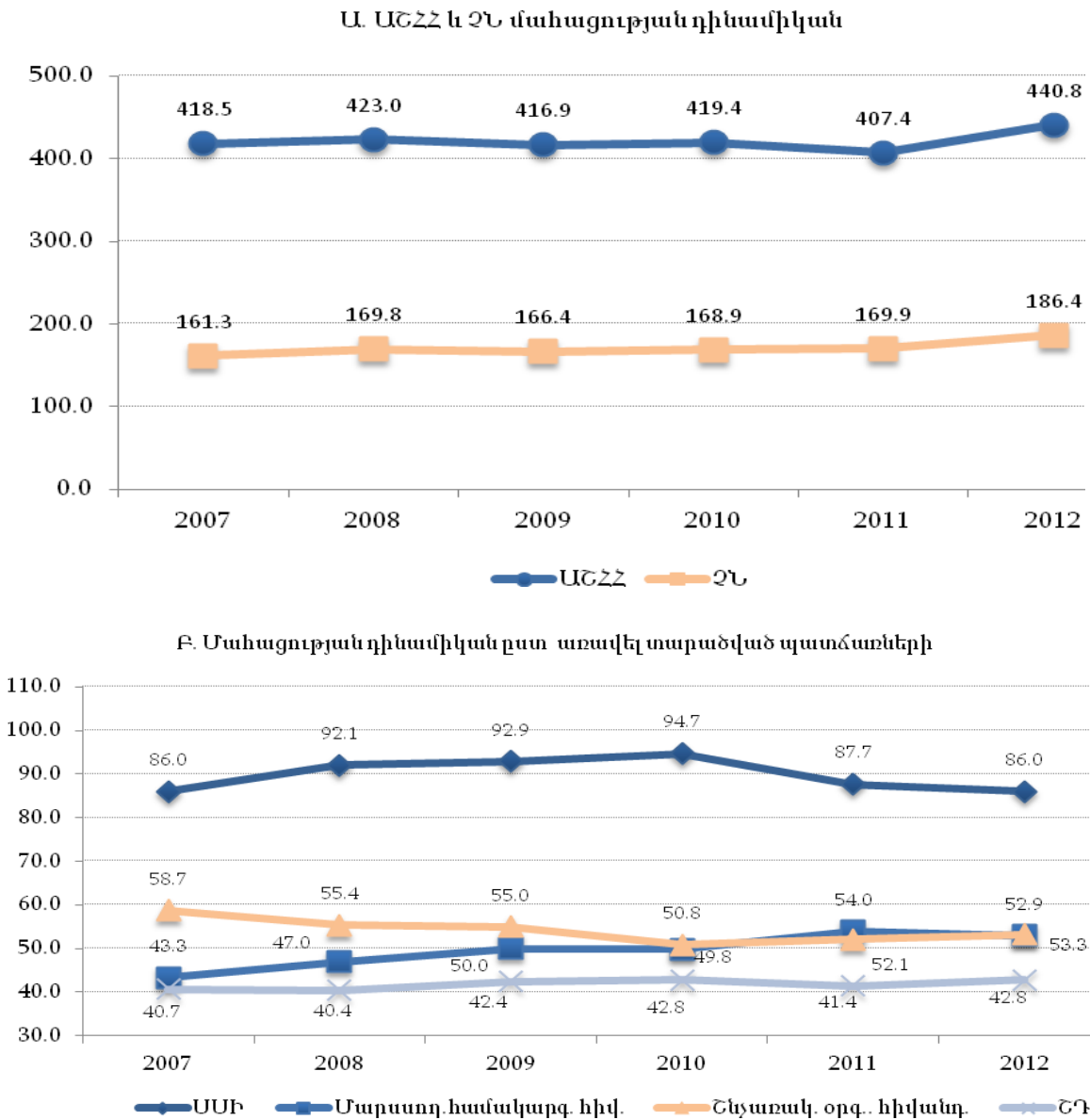
Հայաստանում մահացության հիմնական պատճառներից առաջացած մահերը 100000 բնակչի հաշվով տրված են Գծապատկեր 40-ում, իսկ մահացության առավել տարածված պատճառների դինամիկան ըստ 100000 բնակչի՝ Գծապատկեր 41, Ա և Բ-ում:

Գծապատկեր 40. Մահացությունն ըստ պատճառների 2012թ., ըստ 100 000 բնակչի



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2013թ.

Գծապատկեր 41. Առավել տարածված հիվանդություններից մահացության դինամիկան, 2007-2012թթ., 100 000 բնակչի հաշվով



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, 2013թ.

### Մահացությունն ըստ պատճառների մարզերում

Աղյուսակ 39-ում ներկայացված են Հայաստանում 2011թ. մահացության ցուցանիշները 100000 բնակչի հաշվով ըստ մահվան առանձին պատճառների, որը թույլ է տալիս իրականացնել միջմարզային համեմատություններ:

Աղյուսակի տվյալները նախ և առաջ թույլ են տալիս արագորեն կողմնորոշվել, թե որ մարզերում է փոխված մահվան պատճառների հերթականությունը՝ համեմատած հանրապետականի հետ:

Օրինակ, առաջին հայացքից անմիջապես երևում է, որ բոլոր մարզերում, ընդհանուր առմամբ, մահացության պատճառները դասավորված են այնպես, ինչպես ամբողջ հանրապետությունում: Սակայն կան որոշ էական բացառություններ, որոնցից ամենակարևորները ներկայացված են ստորև:

- Վայոց Ձորում, Լոռու և Շիրակում շատ ավելի մեծ հարաբերական թիվ են կազմում մահվան «չդասակարգված» պատճառները: Հետևաբար, անհրաժեշտ է հատուկ ուսումնասիրություն, թե ինչն է դրա պատճառը: Եթե հանրապետական մասշտաբով այն կազմում է 125.8, ապա Վայոց Ձորում նույն ցուցանիշը 649.6 է՝ չորս անգամ ավելի: Նշենք, որ Երևանում այն կազմում է ընդամենը 34.2 կամ՝ 20 անգամ պակաս, քան Վայոց Ձորում: Լոռու և այդ ցուցանիշը 422.4 է, իսկ Շիրակում՝ 354.9:
- Վայոց Ձորում մահվան պատճառները մեծ հավանականությամբ կամ արյան շրջանառության հիվանդություններից են, կամ դասակարգված չեն: Դրանց են հետևում ՉՆ-ը և ՍՍԻ-ը, որոնք որպես մահվան պատճառներ հեշտ են ավտորոշվում: Իսկ մարսողական օրգանների հիվանդություններից (85.9) և շնչառական օրգանների հիվանդություններից առաջացած մահերը (132.5) նշանակալիորեն ավելի ցածր են, քան հանրապետական միջինը (համապատասխանաբար 244.1 և 272.0) և մնացած բոլոր մարզերում: Հարց է առաջանում, որքանով են համարժեք մահվան գրանցված և իրական պատճառները, մասնավորապես Վայոց Ձորի, Լոռու և Շիրակի մարզերում:

Աղյուսակ 39-ը թույլ է տալիս ընդհանուր առմամբ գնահատել, թե որ մարզերում են մահվան առանձին պատճառների չափերն ավելի մեծ կամ ավելի փոքր, քան մնացած մարզերում: Ներկայացված տվյալների վերլուծությամբ կարելի է գալ մի շարք կարևոր եզրահանգումների:

- Մնացած մարզերի համեմատ Երևանում մահվան ավելի տարածված պատճառներն են մահերը ՉՆ-ից, ՍՍԻ-ից, ՇԴ-ից և ավելի ցածր՝ ԱՇՀՀ-ից և պերինատալ շրջանում առաջացող առանձին վիճակներից: Ակնհայտ է, որ այդ պատկերը կարող է բացատրվել Երևանում մասնագիտացված բուժօգնությունների, մասնավորապես, հիվանդանոցների ավելի մեծ քանակով և բուժօգնության ավելի բարձր որակով:
- Արարատում մնացած մարզերի համեմատ ավելի բարձր է մարսողական օրգանների հիվանդություններից առաջացող մահերը և համեմատաբար ավելի ցածր՝ ՇԴ-ից և զարկերակային գերճնշումից (ԶԳ) առաջացող մահերը:
- Լոռու մարզում համեմատաբար ավելի բարձր է դժբախտ պատահարներից մահերի քանակը (հավանաբար արդյունաբերական, մասնավորապես լեռնամետալուրգիական ձեռնարկություններում աշխատողների մեծ թվաքանակի հետևանքով, դրա հաստատումը կարելի է համարել այն, որ դժբախտ պատահարներից մահերը բարձր են նաև Սյունիքում և Կոտայքում՝ քաղաքային բնակչության հարաբերական մեծ քանակով և զարգացած լեռնամետալուրգիայով մարզեր), ՉՆ-ից, մարսողական օրգանների հիվանդություններից և բնածին արատներից առաջացող մահերը և ավելի ցածր են ՍՍԻ-ից և ՇԴ-ից առաջացող մահերը:



**Աղյուսակ 39. Մահացությունն ըստ հիմնական պատճառների մարզերում, 2011թ. միջմարզային համեմատություն, 100 000 բնակչի հաշվով:**

Մահվան պատճառներ	Արգ.	Արմ.	Գեղ.	Սյ.	ՎՁ	Կո.	ՀՀ	Եր.	Շիր.	Ար.	Լոռ.	Տավ.
Ընդամենը	4349.7	3910.5	3918.2	4155.6	4273.2	3975.2	4241.8	4046.6	4840.6	3968.9	5154.6	5064.1
100-199 ԱՇՀՀ դրանցից	2506.6	2193.0	2389.2	2264.8	2205.7	1845.8	2085.2	1735.7	2222.5	1989.6	2446.4	3167.8
121ՍՍԻ	367.8	480.8	401.9	402.9	302.6	515.8	453.4	560.1	390.4	374.8	203.2	501.8
110-115 Գերճնշումային հիվանդություններ	230.8	188.8	160.6	133.3	134.2	132.2	140.2	114.0	73.2	19.7	179.4	457.9
C00-D48 Նորագոյացություն. դրանցից	729.9	694.3	542.5	833.3	628.2	807.7	838.8	939.4	925.6	805.2	945.9	778.8
Չարորակ նորագ...	726.3	693.5	540.5	705.1	622.9	802.7	836.3	936.4	924.0	802.6	943.7	778.1
J00-J99 Շնչառական օրգան. հիվանդ- ներ	196.0	190.3	288.6	213.9	132.5	291.1	272.0	293.6	371.5	297.4	249.3	185.4
K00-K93 Մարսողական օրգան. հիվանդներ	134.4	149.8	119.3	167.4	85.9	202.5	244.1	259.0	305.9	352.8	435.2	147.4
E00-E90 Ներզատական համակարգի այդ թվում	241.3	217.3	165.8	141.9	184.4	193.5	216.5	312.1	139.2	67.9	102.2	280.0
E10- E 14 Շաքարային դիաբետ	226.4	207.4	156.2	133.4	170.1	214.6	207.7	304.3	128.3	63.2	96.0	269.6
R00-R99 Չղասակարգված	121.6	112.0	43.1	68.7	649.6	62.5	125.8	34.2	354.9	59.7	422.4	81.1
Q00-Q99 Բնածին արատներից	34.6	27.7	34.4	42.5	23.4	90.1	47.4	47.6	39.9	29.1	79.4	39.6
A00-B99 Վարակիչ և մակարոնային որոշ հիվանդ- ներ	38.8	35.3	29.4	47.2	26.9	51.7	41.8	43.1	48.6	45.4	36.9	26.7
P00 - P96 Պերինատալ	21.2	26.5	37.3	38.6	34.0	29.0	33.2	21.0	77.0	32.4	47.8	33.4
Դժբախտ պատահարներից	192.3	164.8	147.1	220.4	168.4	237.9	197.4	190.4	202.2	201.4	245.7	199.5
Այլ պատճառներ	133.0	99.5	121.5	114.9	134.2	133.4	139.6	170.5	153.3	88.0	188.7	124.4

Աղբյուր՝ ԱՎԾ, 2012թ.

Աղյուսակ 39-ը թույլ է տալիս ընդհանուր առմամբ գնահատել, թե որ մարզերում են մահվան առանձին պատճառների չափերն ավելի մեծ կամ ավելի փոքր, քան մնացած մարզերում: Ներկայացված տվյալների վերլուծությամբ կարելի է գալ մի շարք կարևոր եզրահանգումների:

- Մնացած մարզերի համեմատ Երևանում մահվան ավելի տարածված պատճառներն են մահերը ՉՆ-ից, ՍՍԻ-ից, ՇԴ-ից և ավելի ցածր՝ ԱՇՀՀ-ից և պերինատալ շրջանում առաջացող առանձին վիճակներից: Ակնհայտ է, որ այդ պատկերը կարող է բացատրվել Երևանում մասնագիտացված բուժհաստատությունների, մասնավորապես, հիվանդանոցների ավելի մեծ քանակով և բուժօգնության ավելի բարձր որակով:

- Արարատում մնացած մարզերի համեմատ ավելի բարձր է մարսողական օրգանների հիվանդություններից առաջացող մահերը և համեմատաբար ավելի ցածր՝ ՇԴ-ից և զարկերակային գերճնշումից (ՁԳ) առաջացող մահերը:
- Լոռու մարզում համեմատաբար ավելի բարձր է դժբախտ պատահարներից մահերի քանակը (հավանաբար արդյունաբերական, մասնավորապես լեռնամետալուրգիական ձեռնարկություններում աշխատողների մեծ թվաքանակի հետևանքով, դրա հաստատումը կարելի է համարել այն, որ դժբախտ պատահարներից մահերը բարձր են նաև Սյունիքում և Կոտայքում՝ քաղաքային բնակչության հարաբերական մեծ քանակով և զարգացած լեռնամետալուրգիայով մարզեր), ՁԼ-ից, մարսողական օրգանների հիվանդություններից և բնածին արատներից առաջացող մահերը և ավելի ցածր են ՍՍԻ-ից և ՇԴ-ից առաջացող մահերը:

Նման համադրություններ կարելի է իրականացնել նաև մահվան մնացած պատճառների վերաբերյալ: Այդուհանդերձ, հարկավոր է նշել, որ անհրաժեշտ է կատարելագործել մարզերում մահվան պատճառների նույնականացման աշխատանքները՝ որպես էտալոն համարելով Երևանում չդասակարգված պատճառներից առաջացած մահերի ցուցանիշը:

### ***Մահացության դինամիկան ըստ պատճառների, մարզերում, 2007-2011թթ.***

Աղյուսակ 40-50-ում ներկայացված են մահվան պատճառների դինամիկան մարզերում 2007-2011թթ. ընթացքում:

Աղյուսակների տվյալները ուղեցույց կարող են հանդիսանալ արագ կողմնորոշվելու, թե մահվան որ պատճառն է 2001-2011թթ. ընթացքում տվյալ մարզում աճել կամ նվազել, ինչն էլ, իր հերթին, առողջապահական համակարգի ազգային և մարզային մակարդակների կառավարիչների համար կողմնորոշիչ կարող է հանդիսանալ այն հարցում, թե որ ուղղություններով է անհրաժեշտ կատարելագործել աշխատանքները տվյալ մարզում:

Աղյուսակների տվյալների ուսումնասիրության ընթացքում հարկավոր է ուշադրություն դարձնել երկու հանգամանքների, որոնք կարևոր են դրանց մեկնաբանության համար:

1. Աղյուսակների վանդակների գունավորումները կատարված են ըստ տվյալ տողում ցուցանիշի ամենամեծ և ամենափոքր արժեքների, և ամենամեծ արժեքին համապատասխանող վանդակն ունի ամենամուգ կարմիր գունավորումը, իսկ ամենափոքր արժեքն ունեցող վանդակն՝ ամենամուգ կապույտ գունավորումը, ուստի հարկավոր է ուշադրություն դարձնել նախ և առաջ այն տողերին (մահվան պատճառներին), որոնց ամենամեծ և ամենափոքր արժեքների տարբերությունը համեմատաբար ավելի մեծ է:
2. Հարկավոր է ավելի մեծ ուշադրություն դարձնել աղյուսակների այն տողերին, որոնցում տվյալները մոնոտոն աճում կամ նվազում են, քանի որ այդպիսի միտումը ցույց է տալիս իրավիճակի նույնատիպ փոփոխությունը հինգ տարիների ընթացքում:

Աղյուսակ 40-50-ի տվյալների ընդհանուր դիտարկումից կարելի է կատարել 2007-2011թթ. ընթացքում մարզերում մահվան պատճառների փոփոխությունների վերաբերյալ ստորև ներկայացված եզրակացությունները:

### Արագածոտնի մարզ

Աճել է մահացությունը՝

- վարակիչ և մակաբուժային որոշ հիվանդություններից.
  - նվազելու միտում ունի մահացությունը ՇԴ-ից (եթե հաշվի չառնենք 2007թ. տվյալները).
  - բնածին արատներից:
- Նվազել է մահացությունը՝
- ՁԳ-ից:

### Արարատի մարզ

Աճել է մահացությունը՝

- վարակիչ և մակաբուժային որոշ հիվանդություններից.
  - ԱՇՀՀ-ից.
  - մարսողական օրգանների հիվանդություններից:
- Նվազել է մահացությունը՝
- շնչառական օրգանների հիվանդություններից.
  - Ախտանիշեր, նշաններ այլ դասերում չդասակարգված

### Արմավիրի մարզ

Աճել է մահացությունը՝

- ՉՆ-ից.
  - ՇԴ-ից.
  - շնչառական օրգանների հիվանդություններից.
  - մարսողական օրգանների հիվանդություններից.
  - բնածին արատներից:
- Նվազել է մահացությունը՝
- դժբախտ պատահարներից:

### Գեղարքունիքի մարզ

Աճել է մահացությունը՝

- ՍՍԻ-ից (2007թ. համեմատ).
- բնածին արատներից.
- դժբախտ պատահարներից:

Մահացության որևէ պատճառի տեսանկյունից ակնհայտ նվազում չի գրանցվել:

### Լոռու մարզ

Աճել է մահացությունը՝

- բնածին արատներից.

- մարսողական օրգանների հիվանդություններից.
  - այլ պատճառներից:
- Նվազել է մահացությունը՝
- ՇԴ-ից.
  - ԱՇՀՀ-ից.
  - ՋԳ-ից.
  - ՍՍԻ-ից.
  - շնչառական օրգանների հիվանդություններից.
  - պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներից:

#### Կոտայքի մարզ

- Աճել է մահացությունը՝
- ՉՆ-ից.
  - շնչառական օրգանների հիվանդություններից.
  - մարսողական օրգանների հիվանդություններից.
  - բնածին արատներից.
  - դժբախտ պատահարներից:
- Նվազել է մահացությունը՝
- ՇԴ-ից.
  - ԱՇՀՀ-ից:

#### Սյունիքի մարզ

- Աճել է մահացությունը.
- ՋԳ-ից.
  - բնածին արատներից.
  - պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներից.
  - դժբախտ պատահարներից:
- Նվազել է մահացությունը՝
- ՉՆ-ից.
  - ՇԴ-ից.
  - Այլ պատճառներից:

#### Շիրակի մարզ

- Աճել է մահացությունը՝
- վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններից.
  - ՋԳ-ից.
  - ՍՍԻ-ից.
  - շնչառական օրգանների հիվանդություններից.
  - մարսողական օրգանների հիվանդություններից.

- պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներից.
- Ախտանիշեր, նշաններ այլ դասերում չդասակարգված .
- դժբախտ պատահարներից:

Նվազել է մահացությունը՝

- ՉՆ-ից:

### Տավուշի մարզ

Աճել է մահացությունը՝

- այլ պատճառներից
- Նվազել է մահացությունը՝
- վարակիչ և մակաբուժային որոշ հիվանդություններից.
  - ՉՆ-ից.
  - ՍՍԻ-ից.
  - շնչառական օրգանների հիվանդություններից:

### Երևան

Աճել է մահացությունը՝

- մարսողական օրգանների հիվանդություններից.
  - բնածին արատներից.
  - այլ պատճառներից:
- Նվազել է մահացությունը՝
- վարակիչ և մակաբուժային որոշ հիվանդություններից.
  - ԱՇՀՀ-ից:

### Վայոց Ձորի մարզ

Աճել է մահացությունը.

- ՉՆ-ից.
- ՇԴ-ից.
- ԶԳ-ից.
- մարսողական օրգանների հիվանդություններից.
- Ախտանիշեր, նշաններ այլ դասերում չդասակարգված:

Նվազել է մահացությունը՝

- ԱՇՀՀ-ից.
- ՍՍԻ-ից.
- բնածին արատներից:

**Աղյուսակ 40. Մահվան պատճառների դինամիկան, Արագածոտն, 100 000 բնակչի հաշվով, 2007-2011թթ.**

Մահվան պատճառներ	2007	2008	2009	2010	2011
Ընդամենը	855.2	848.6	896.7	869.7	879.5
A00-B99 Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ	4.3	8.5	6.4	7.0	12.6
C00-D48 Նորագոյացություններ, դրանցից՝	134.8	158.5	143.0	140.1	153.5
Չարորակ նորագոյացություններ	134.8	157.1	141.5	139.4	153.5
E00-E90 Ներզատական համակարգի, դրանցից՝	44.2	56.9	47.4	46.5	46.3
Շաքարային դիաբետ	39.2	50.5	46.7	44.4	45.6
I00-I99 ԱՇՀ	507.1	469.1	522.3	517.6	490.5
Գերճնշումային հիվանդություններ	71.3	43.4	38.2	42.9	35.0
ՍՍԻ	72.0	73.9	75.0	76.8	70.1
J00-J99 Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	49.9	38.4	38.2	28.2	41.3
K00-K93 Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	26.4	19.2	34.0	26.8	28.0
Q00-Q99 Բնածին արատներից	3.6	5.7	8.5	4.9	11.9
P00 - P96 Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	3.6	4.3	3.5	6.3	3.5
R00-R99 Ախտանիշեր, նշաններ այլ դասերում չդասակարգված	30.0	22.7	22.6	20.4	25.9
V01-Y98 Դժբախտ պատահարներ	33.5	42.6	37.5	42.3	36.4
Այլ պատճառներ	17.8	22.7	33.3	29.6	29.6

**Աղյուսակ 41. Մահվան պատճառների դինամիկան, Արարատ, 100 000 բնակչի հաշվով, 2007-2011թթ.**

Մահվան պատճառներ	2007	2008	2009	2010	2011
Ընդամենը	772.3	793.1	785.8	813.7	804.0
A00-B99 Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ	7.6	10.8	6.0	10.0	11.0
C00-D48 Նորագոյացություններ, դրանցից՝	162.0	175.1	153.5	155.6	159.0
Չարորակ նորագոյացություններ	161.3	174.7	153.1	155.2	158.3
E00-E90 Ներզատական համակարգի, դրանցից՝	15.2	10.1	14.4	14.3	13.9
Շաքարային դիաբետ	14.1	9.4	12.6	13.2	13.9
I00-I99 ԱՇՀ	372.2	352.3	406.9	434.9	423.3
Գերճնշումային հիվանդություններ	11.2	3.2	1.1	2.1	2.1
ՍՍԻ	89.9	77.3	50.0	78.3	79.3
J00-J99 Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	79.4	86.3	51.4	51.1	29.2
K00-K93 Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	56.5	73.3	66.5	69.0	87.5
Q00-Q99 Բնածին արատներից	3.3	5.8	6.5	8.2	5.3
P00 - P96 Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	6.9	5.8	7.2	6.1	6.4
R00-R99 Ախտանիշեր, նշաններ այլ դասերում չդասակարգված	17.4	16.2	9.0	10.0	7.1
V01-Y98 Դժբախտ պատահարներ	39.1	41.9	41.3	37.2	41.9
Այլ պատճառներ	12.7	15.5	23.1	17.3	19.4

**Աղյուսակ 42. Մահվան պատճառների դինամիկան, Արմավիր, 100 000 բնակչի հաշվով, 2007-2011թթ.**

Մահվան պատճառներ	2007	2008	2009	2010	2011
Ընդամենը	754.3	784.8	770.6	804.6	796.2
A00-B99 Վարակիչ և մակարոնային որոշ հիվանդություններ	9.3	6.7	4.6	7.7	7.0
C00-D48 Նորագոյացություններ, դրանցից՝ Չարորակ նորագոյացություններ	131.1	135.1	140.5	136.5	151.1
E00-E90 Ներզատական համակարգի, դրանցից՝ Շաքարային դիաբետ	33.5	38.3	44.8	46.3	54.4
I00-I99 ԱՇՀ	436.9	459.8	423.9	454.4	418.0
Գերճնշումային հիվանդություններ	23.1	35.8	42.4	43.2	44.3
ՍՍԻ	83.3	112.7	107.0	96.5	81.3
J00-J99 Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	33.8	36.5	36.0	41.1	42.9
K00-K93 Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	27.8	29.8	27.5	28.4	36.3
Q00-Q99 Բնածին արատներից	2.8	4.6	6.7	6.7	6.9
P00 - P96 Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	7.5	4.6	5.3	4.2	4.9
R00-R99 Ախտանիշեր, նշաններ այլ դասերում չդասակարգված	21.7	17.0	20.8	26.7	25.8
V01-Y98 Դժբախտ պատահարներ	35.3	34.0	34.6	30.9	30.0
Այլ պատճառներ	14.6	18.4	25.9	21.7	18.9

**Աղյուսակ 43. Մահվան պատճառների դինամիկան, Գեղարքունիք, 100 000 բնակչի հաշվով, 2007-2011թթ.**

Մահվան պատճառներ	2007	2008	2009	2010	2011
Ընդամենը	746.5	791.7	786.9	796.2	796.9
A00-B99 Վարակիչ և մակարոնային որոշ հիվանդություններ	4.2	7.9	7.8	4.5	5.0
C00-D48 Նորագոյացություններ, դրանցից՝ Չարորակ նորագոյացություններ	107.1	103.1	109.9	112.4	110.0
E00-E90 Ներզատական համակարգի, դրանցից՝ Շաքարային դիաբետ	29.6	30.4	34.8	36.0	35.0
I00-I99 ԱՇՀ	461.0	495.6	477.6	482.8	472.2
Գերճնշումային հիվանդություններ	19.2	24.5	32.3	48.4	36.2
ՍՍԻ	64.2	73.6	76.3	96.3	91.5
J00-J99 Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	70.0	56.1	56.8	51.3	54.4
K00-K93 Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	18.3	23.7	28.6	21.5	27.2
Q00-Q99 Բնածին արատներից	2.5	7.9	4.6	7.9	11.5
P00 - P96 Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	9.6	5.4	5.4	8.7	8.2
R00-R99 Ախտանիշեր, նշաններ այլ դասերում չդասակարգված	4.6	10.0	6.6	12.8	9.1
V01-Y98 Դժբախտ պատահարներ	14.6	29.1	33.2	33.1	37.1
Այլ պատճառներ	25.0	22.5	21.6	25.2	27.2

**Աղյուսակ 44. Մահվան պատճառների դինամիկան, Լոռի, 100 000 բնակչի հաշվով, 2007-2011թթ.**

Մահվան պատճառներ	2007	2008	2009	2010	2011
Ընդամենը	1024.4	1033.0	1029.5	1036.2	1031.5
A00-B99 Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ	6.4	9.2	7.8	8.5	5.0
C00-D48 Նորագոյացություններ, դրանցից՝ Չարորակ նորագոյացություններ	165.1	175.6	204.5	200.1	200.6
E00-E90 Ներգատական համակարգի, դրանցից՝ Շաքարային դիաբետ	22.7	23.1	24.1	21.3	11.0
I00-I99 ԱՇՀ	507.3	503.4	469.0	488.5	478.2
Գերճնշումային հիվանդություններ	36.1	35.5	45.8	35.1	26.9
ՍՍԻ	45.3	44.7	44.7	36.2	32.3
J00-J99 Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	60.9	47.2	49.7	55.0	36.5
K00-K93 Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	75.4	83.4	89.5	95.1	91.8
Q00-Q99 Բնածին արատներից	7.1	11.7	17.7	16.7	26.2
P00 - P96 Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	11.3	11.7	11.4	7.4	6.0
R00-R99 Ախտանիշեր, նշաններ այլ դասերում չդասակարգված	97.8	86.2	76.7	67.4	94.3
V01-Y98 Դժբախտ պատահարներ	42.5	51.4	48.3	53.2	50.3
Այլ պատճառներ	27.9	30.1	30.8	23.0	76.9

**Աղյուսակ 45. Մահվան պատճառների դինամիկան, Կոտայք, 100 000 բնակչի հաշվով, 2007-2011թթ.**

Մահվան պատճառներ	2007	2008	2009	2010	2011
Ընդամենը	793.1	802.0	802.6	783.2	794.3
A00-B99 Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ	7.9	11.1	11.8	11.4	9.5
C00-D48 Նորագոյացություններ, դրանցից՝ Չարորակ նորագոյացություններ	154.2	155.6	159.1	168.4	170.4
E00-E90 Ներգատական համակարգի, դրանցից՝ Շաքարային դիաբետ	46.9	50.7	45.0	10.9	40.0
I00-I99 ԱՇՀ	401.1	395.2	376.1	331.6	341.8
Գերճնշումային հիվանդություններ	22.4	26.9	32.9	31.3	18.7
ՍՍԻ	103.2	100.9	101.5	109.8	100.4
J00-J99 Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	48.0	52.5	64.4	59.7	66.5
K00-K93 Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	32.1	38.1	39.0	49.8	43.5
Q00-Q99 Բնածին արատներից	10.5	7.2	16.4	23.1	32.9
P00 - P96 Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	8.7	4.3	5.7	3.9	6.4
R00-R99 Ախտանիշեր, նշաններ այլ դասերում չդասակարգված	10.8	16.5	12.2	12.4	10.6
V01-Y98 Դժբախտ պատահարներ	47.6	45.3	44.7	50.1	50.2
Այլ պատճառներ	25.3	25.5	28.2	31.9	22.5



Աղյուսակ 46. Մահվան պատճառների դինամիկան, Սյունիք, 100 000 բնակչի հաշվով, 2007-2011թթ.

Մահվան պատճառներ	2007	2008	2009	2010	2011
Ընդամենը	812.3	801.8	866.6	834.5	840.4
A00-B99 Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ	15.0	9.2	4.0	10.5	8.5
C00-D48 Նորագոյացություններ, դրանցից՝	164.2	175.3	177.9	163.5	152.4
Չարորակ նորագոյացություններ	163.5	175.3	177.9	163.5	24.9
E00-E90 Ներզատական համակարգի, դրանցից՝	26.8	32.0	26.2	34.0	22.9
Շաքարային դիաբետ	24.9	29.4	24.2	32.0	22.9
I00-I99 ԱՇՀ	447.4	421.8	482.7	449.9	463.0
Գերճնշումային հիվանդություններ	18.9	20.3	29.4	28.8	35.9
ՍՍԻ	75.9	79.1	89.6	81.1	77.2
J00-J99 Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	33.4	35.9	50.4	48.4	45.8
K00-K93 Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	36.0	35.9	36.0	28.1	31.4
Q00-Q99 Բնածին արատներից	5.2	7.2	7.2	9.8	13.1
P00 - P96 Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	7.8	5.9	4.6	8.5	11.8
R00-R99 Ախտանիշեր, նշաններ այլ դասերում չդասակարգված	11.1	10.5	15.7	17.0	14.4
V01-Y98 Դժբախտ պատահարներ	40.5	43.2	39.9	42.5	54.3
Այլ պատճառներ	24.9	24.9	22.0	22.3	20.8

Աղյուսակ 47. Մահվան պատճառների դինամիկան, Շիրակ, 100 000 բնակչի հաշվով, 2007-2011թթ.

Մահվան պատճառներ	2007	2008	2009	2010	2011
Ընդամենը	938.4	933.8	980.1	997.2	991.1
A00-B99 Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ	8.5	7.8	10.3	11.0	11.0
C00-D48 Նորագոյացություններ, դրանցից՝	193.9	183.9	184.7	184.2	178.9
Չարորակ նորագոյացություններ	193.9	182.9	184.4	184.2	178.6
E00-E90 Ներզատական համակարգի, դրանցից՝	21.0	25.6	26.0	35.1	31.5
Շաքարային դիաբետ	19.6	22.8	22.7	34.1	29.1
I00-I99 ԱՇՀ	433.6	426.2	454.9	462.0	445.8
Գերճնշումային հիվանդություններ	10.0	11.4	17.8	16.3	17.7
ՍՍԻ	88.6	62.9	80.0	77.0	81.9
J00-J99 Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	78.9	69.4	73.2	71.7	78.3
K00-K93 Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	56.6	61.9	61.5	58.2	67.7
Q00-Q99 Բնածին արատներից	7.5	6.4	10.0	7.1	8.9
P00 - P96 Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	16.7	14.9	14.2	13.5	17.7
R00-R99 Ախտանիշեր, նշաններ այլ դասերում չդասակարգված	60.1	66.5	72.9	73.5	81.9
V01-Y98 Դժբախտ պատահարներ	35.6	37.4	42.0	41.5	45.7
Այլ պատճառներ	26.0	33.8	30.4	39.4	23.7

**Աղյուսակ 48. Մահվան պատճառների դինամիկան, Տավուշ, 100 000 բնակչի հաշվով, 2007-2011թթ.**

Մահվան պատճառներ	2007	2008	2009	2010	2011
Ընդամենը	1008.9	1029.1	1029.8	998.5	997.8
A00-B99 Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ	5.9	2.2	8.2	6.7	3.7
C00-D48 Նորագոյացություններ, դրանցից՝	169.2	165.5	149.0	149.6	145.5
Չարորակ նորագոյացություններ	169.2	164.8	149.0	149.6	145.5
E00-E90 Ներզատական համակարգի, դրանցից՝	58.9	51.5	61.1	52.8	55.7
Շաքարային դիաբետ	55.9	49.9	60.4	49.9	53.5
I00-I99 ԱՇՀ	604.3	642.1	659.5	625.7	636.2
Գերճնշումային հիվանդություններ	78.2	93.2	105.1	84.1	97.3
ՍՍԻ	114.0	93.9	116.2	110.1	67.6
J00-J99 Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	41.0	43.3	40.2	35.7	25.2
K00-K93 Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	28.3	34.3	25.3	31.3	28.2
Q00-Q99 Բնածին արատներից	7.5	7.5	9.7	6.7	8.2
P00 - P96 Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	8.9	8.9	5.2	4.5	5.9
R00-R99 Ախտանիշներ, նշաններ այլ դասերում չդասակարգված	20.9	9.6	15.0	15.6	20.0
V01-Y98 Դժբախտ պատահարներ	40.2	43.3	33.5	42.4	40.1
Այլ պատճառներ	23.8	20.9	23.1	27.5	29.1

**Աղյուսակ 49. Մահվան պատճառների դինամիկան, Երևան, 100 000 բնակչի հաշվով, 2007-2011թթ.**

Մահվան պատճառներ	2007	2008	2009	2010	2011
Ընդամենը	795.4	816.7	800.6	817.2	816.7
A00-B99 Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ	7.5	8.9	9.4	10.5	6.8
C00-D48 Նորագոյացություններ, դրանցից՝	178.5	195.0	183.4	191.5	191.0
Չարորակ նորագոյացություններ	177.9	194.6	183.0	191.1	189.8
E00-E90 Ներզատական համակարգի, դրանցից՝	64.7	59.3	63.8	63.1	61.2
Շաքարային դիաբետ	63.8	57.9	61.9	61.4	59.3
I00-I99 ԱՇՀ	356.4	366.9	336.5	343.9	332.0
Գերճնշումային հիվանդություններ	15.1	19.3	24.6	34.6	20.4
ՍՍԻ	96.2	116.9	118.5	117.8	110.7
J00-J99 Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	62.3	59.3	60.3	51.3	60.4
K00-K93 Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	47.0	47.8	54.4	53.2	56.6
Q00-Q99 Բնածին արատներից	3.6	4.3	8.9	16.1	14.7
P00 - P96 Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	4.2	4.7	3.4	4.1	4.6
R00-R99 Ախտանիշներ, նշաններ այլ դասերում չդասակարգված	5.7	4.7	9.1	6.8	7.9
V01-Y98 Դժբախտ պատահարներ	42.5	41.6	33.6	32.6	40.1
Այլ պատճառներ	23.0	24.2	37.8	44.1	41.4

Աղյուսակ 50. Մահվան պատճառների դինամիկան, Վայոց Ձոր, 100 000 բնակչի հաշվով, 2007-2011թթ.

Մահվան պատճառներ	2007	2008	2009	2010	2011
Ընդամենը	838.7	835.1	890.7	880.1	828.6
A00-B99 Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ	5.4	3.6	5.4	5.4	7.1
C00-D48 Նորագոյացություններ, դրանցից՝	123.6	125.4	116.5	123.4	139.3
Չարորակ նորագոյացություններ	121.9	125.4	114.7	121.6	139.3
E00-E90 Ներզատական համակարգի, դրանցից՝	35.8	44.8	34.1	28.6	41.1
Շաքարային դիաբետ	30.5	41.2	32.3	26.8	39.3
I00-I99 ԱՇՀ	417.6	469.5	496.4	450.8	371.4
Գերճնշումային հիվանդություններ	16.1	23.3	30.5	32.2	32.1
ՍՍԻ	77.1	62.7	59.1	55.5	48.2
J00-J99 Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	34.1	28.7	35.8	14.3	19.6
K00-K93 Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	17.9	7.2	23.3	12.5	25.0
Q00-Q99 Բնածին արատներից	3.6	1.8	9.0	7.2	1.8
P00 - P96 Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	3.6	8.9	7.2	8.9	5.4
R00-R99 Ախտանիշեր, նշաններ այլ դասերում չդասակարգված	125.4	95.0	109.3	159.2	160.7
V01-Y98 Դժբախտ պատահարներ	39.4	30.5	30.5	39.4	28.6
Այլ պատճառներ	32.3	19.7	23.2	30.4	28.6

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ, ԱՎԾ 2013թ.

### Առաջարկներ

Մահվան պատճառների առավել համապարփակ ուսումնասիրության նպատակով ցանկալի է ՀՀ առողջապահության և ՀՀ արդարադատության նախարարությունների միջև միջգերատեսչական համաձայնությամբ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ համար հասանելի դարձնել հանրապետությունում մահացության վերաբերյալ Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման տվյալների անվանագրկված շտեմարանները, որոնցում բացակայում են մահացածների նույնականացման տվյալները, սակայն առկա են ակտերում գրանցված մնացած տեղեկությունները՝ ներառյալ մարզը և բնակավայրը: Ցանկալի է ունենալ այդ շտեմարանները նաև նախորդ տարիների համար և գերադասելի է հնարավորինս ավելի շատ տարիների համար:

Քանի որ ներկայացվող վերլուծությունից պարզ է դարձել, որ մահվան պատճառների գրանցման աշխատանքներն ունեն կատարելագործման անհրաժեշտություն, ապա այդ տվյալների շտեմարանները վերաձվում են նպատակային աշխատանքների արդյունավետության մոնիթորինգի կարևորագույն գործիքի:

Միևնույն ժամանակ, շտեմարանների առկայությունը թույլ կտա ուսումնասիրել մահվան հիմնական և անմիջական պատճառների միջև փոխկապվածությունները, ինչը հավելյալ արժեք կհաղորդի ԱՀԳԳ համապատասխան աշխատանքներին:

Նույն նպատակներով ցանկալի է ունենալ նաև ծնունդների վերաբերյալ տվյալների շտեմարանները:

## ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

### Հավելված 1. Տղամարդկանց և կանանց բաշխումներն ըստ ռիսկի գործոնների առկայության զուգակցումների

Հայաստանի 15 տարեկան և բարձր տղամարդկանց և կանանց բաշխումներն ըստ առկա 5 ռիսկի գործոնների քանակի (գարկերակային արյան բարձր ճնշում, ավելորդ քաշ, ֆիզիկական թերակտիվություն, ամեն օր ծխելու սովորություն, ակոհոլի չարաշահում):

		Ակոհոլ չեն չարաշահում				Ակոհոլ չարաշահում են			
		Չեն ծխում կամ ծխում են երբեմն		Ամեն օր ծխում են		Չեն ծխում կամ ծխում են երբեմն		Ամեն օր ծխում են	
Իգական		Ֆիզ. ակտիվ	Ֆիզ. թերակտիվ	Ֆիզ. ակտիվ	Ֆիզ. թերակտիվ	Ֆիզ. ակտիվ	Ֆիզ. թերակտիվ	Ֆիզ. ակտիվ	Ֆիզ. թերակտիվ
Չունի արյան բարձր ճնշում	Նորմալ	17.2%	20.5%	0.2%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Ավելորդ քաշ	17.5%	15.1%	0.1%	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%
Ունի արյան բարձր ճնշում	Նորմալ	1.9%	3.3%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Ավելորդ քաշ	10.0%	12.8%	0.1%	0.2%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%
Արական									
Չունի արյան բարձր ճնշում	Նորմալ	10.4%	9.5%	9.0%	6.2%	0.6%	0.0%	1.5%	0.8%
	Ավելորդ քաշ	6.0%	5.8%	5.3%	3.0%	0.3%	0.2%	1.2%	0.3%
Ունի արյան բարձր ճնշում	Նորմալ	1.4%	3.2%	5.9%	3.8%	0.2%	0.1%	1.0%	0.5%
	Ավելորդ քաշ	4.4%	8.2%	3.0%	3.8%	0.4%	1.4%	2.3%	0.4%
		<b>Առկա ռիսկի գործոնների քանակի գունային սանդղակը</b>							
Առկա ռիսկի գործոնները		0	1	2	3	4	5		

**Հավելված 2. Հիվանդությունների և առողջության հետ կապված խնդիրների վիճակագրական դասակարգիչ ՀՄԴ 10**

Գլուխ I Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ	A00 - B99
Գլուխ II Նորագոյացություններ	C00 - D48
Գլուխ III Արյան և արյունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ իմուն մեխանիզմները ներգրավող առանձին խանգարումներ	D50 - D89
Գլուխ IV Ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	E00 - E90
Գլուխ V Հոգեկան և վարքի խանգարումներ	F00 - F99
Գլուխ VI Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	G00 - G99
Գլուխ VII Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ	H00 - H59
Գլուխ VIII Ականջի և պտկաձև ելունի հիվանդություններ	H60 - H95
Գլուխ IX Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	I00 - I99
Փականների ռևմատիկ արատներ	I05-I08
Արյան ճնշման բարձրացումով բնորոշվող հիվանդություններ	I10-I13
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն	I20-I25
Ստենոկարդիա (կրծքահեղձուկ)	I20
Սրտամկանի սուր ինֆարկտ	I21
Սրտամկանի կրկնակի ինֆարկտ	I22
Սրտամկանի սուր ինֆարկտի որոշ ընթացիկ բարդություններ	I23
Սրտի սուր իշեմիկ հիվանդության այլ ձևեր	I24
Ուղեղի անոթային հիվանդություններ	I60-I69
Գլուխ X Ծնչառական օրգանների հիվանդություններ	J00 - J99
Գլուխ XI Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	K00 - K93
Գլուխ XII Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	L00 - L99
Գլուխ XIII Մկանակմախքային (որսկրամկանային) համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	M00 - M99
Գլուխ XIV Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	N00 - N99
Գլուխ XV Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդյան շրջան	O00 - O99
Գլուխ XVI Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	P00 - P96
Գլուխ XVII Բնածին զարգացման արատներ, դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	Q00 - Q99
Գլուխ XVIII Ախտանիշեր, նշաններ և կլինիկական ու լաբորատոր հետազոտություններով հայտնաբերված ախտաբանական շեղումներ՝ այլ դասերում չդասակարգված	R00 - R99
Գլուխ XIX Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	S00 - T98
Գլուխ XX Հիվանդության և մահացության արտաքին պատճառներ	V01 - Y98
Գլուխ XXI Առողջության վիճակի և առողջապահության հիմնարկներ դիմելիության վրա ազդող գործոններ	Z00 - Z99
Գլուխ XXII Հատուկ վիճակների ծածկագրեր	U00 - U89

**Հավելված 3. Սահմանումներ**

Ընդհանուր հիվանդացությունը տվյալ տարում գրանցված բոլոր սուր և քրոնիկ հիվանդությունների ամբողջությունն է՝ ներառյալ ինչպես տվյալ տարում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված, այնպես էլ նախկինում հաշվառված, որոնց կապակցությամբ հիվանդը տվյալ օրացույցային տարում դիմել է բուժօգնություն ստանալու համար:

Առաջնակի կամ բուն հիվանդացությունը՝ տվյալ տարում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված, սակայն նախկինում ոչ մի տեղ չհաշվառված հիվանդությունների ամբողջությունն է:

## ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐ

1. Անդրեասյան Դ. Մ: Ոչ վարակիչ հիվանդությունների հիվանդացության և մահացության համաճարակաբանական վերլուծությունը ՀՀ բնակչության շրջանում: Բժշկական սեղմագրերի հայկական հանդես 2006; 5; 30:
2. Առողջապահության ազգային հաշիվներ, Հայաստան, 2007:., ՀՀ ԱՆ ԾԻԳ: Երևան 2007,
3. Առողջապահության ազգային հաշիվներ, Հայաստան, 2009: ԱՀԿ: Կոպենհագեն, 2009:
4. Առողջապահության ազգային հաշիվներ, Հայաստան, 2010: ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ: Երևան, 2010:
5. Առողջապահության ազգային հաշիվներ, Հայաստան: ՀՀ ԱՆ, ԱԱԻ: Երևան 2011:
6. Առողջապահական ազգային հաշիվներ. Երկրների վերաբերյալ տեղեկատվություն. Ժնև. Առողջության համաշխարհային կազմակերպություն: (<http://www.who.int/nha/country/en/>), 2008:
7. Առողջություն և Առողջապահություն, Հայաստան 2012: Տարեգիրք, 2013թ.: ՀՀ ԱՆ ԱՏՎՀԿ, 2013 (<http://www.health.info.am>):
8. Ջելվեյան Պ., Անդրեասյան Դ., Մանուկյան Ա.: Ոչ վարակիչ հիվանդությունների զարգացման ռիսկի գործոնների տարածվածությունը և դրանց փոփոխման միտումները Հայաստանի բնակչության շրջանում: ԱՆ ԱԱԻ Գիտաբժշկական հանդես, 2013;8:1: Երևան, 2013:
9. Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն 2005: ՀՀ ԱՎԾ, ԱՆ 2006:
10. Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն, 2010: ՀՀ ԱՎԾ, ԱՆ 2011:
11. ՀՀ կառավարություն, (2003). 2003 թվականին պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման մասին ՀՀ կառավարության 2003թ փետրվարի 6-ի N246-Ն որոշումը:
12. ՀՀ կառավարություն (2008). Կայուն զարգացման ծրագիր: Հաստատվել է ՀՀ կառավարության 2008թ հոկտեմբերի 30-ի N1207-Ն որոշմամբ:
13. ՀՀ 2013-2025թթ. հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիր (վերանայված վերջնական նախագիծ, 06.08.2013թ.): ՀՀ 2013, §403-404:
14. Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և դրանց դեմ պայքարի Եվրոպական ռազմավարություն: Ուղի դեպի առողջացում: ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանային կոմիտեի 56-րդ նախաշրջան: Կոպենհագեն, 2006:
15. Պետական բյուջեի կատարման վերաբերյալ ՀՀ կառավարության տարեկան հաշվետվություններ:
16. European Health for All database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://data.euro.who.int/hfadb>, accessed 21 June 2013).
17. 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.
18. Health 2012. A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO, 2013.
19. Health System Performance Assessment, Armenia, 2007. Armenia, Yerevan, MoH RA, 2007

20. Health System Performance Assessment, Armenia, 2009. WHO, Copenhagen, 2009.
21. Health System Performance Assessment, Armenia, 2012. Armenia, Yerevan, NIH, MoH, 2013
22. Health Systems, Health and Wealth: WHO European Ministerial Conference on Health Systems:
23. Tallinn, Estonia, 25–27 June 2008: report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/78918/E92150.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78918/E92150.pdf), accessed 21 June 2013).
24. Joseph Kutzin, Cheryl Cashin, Melitta Jakab. (2010). Implementing Health Financing Reform. World Health Organization: Copenhagen 2012.
25. Kotseva K., Wood D., De Backer G., et al. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-section survey in 12 European countries. *Eur J cardiovasc Prev Rehabil* 2010;17(5):527-30.
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. Practical experience of performance assessment. The long-term process in the European region. A long –standing development in Europe. World Health Organization 2012.
28. Preventing chronic diseases a vital investment. Overview, WHO, 2005, [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/)
29. 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.
30. The European Health Report 2009. Health and health systems. WHO, 2009. (p. 13-30. <http://www.euro.who.int/2009/european-health-report-2009>)
31. The European health report 2012: charting the way to well-being. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/european-health-report-2012>, accessed 21 June 2013).
32. World Bank. (2003). Armenia: public expenditure review. Washington, DC. World Bank Europe and Central Asia Region.
33. World Bank. (2004). World Development Report: making services work for poor people. Washington, DC, World Bank.
34. Доказательная медицина. Ежегодный справочник, часть 1, стр. 162-184, Москва, 2003.
35. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний можно остановить усилием профилактики. *Профилактическая медицина* 2009;12(6):3-6.
36. Национальные клинические рекомендации. Всероссийское научное общество кардиологов. 4-е издание.-М 2011:19-24.

