



1 357 9 2468 0

Կառավարում

24681 5 379 1

Արդարացի ֆինանսական

ներդրումներ

0257 9 6 7 3 6 3

Արձագանքում

3 5 7 6 9 5 9 5 8 2

Ռեսուրսների կազմավորում

9 5 6 4 8 7 4 2 0 8 4

Ծառայությունների տրամա

3 5 7 9 2 7 9 6 1 7 5

Ֆինանսավորում

1 6 9 5 2 5 7 8 4

Առողջության պահպանում

8 3 5 9 6 7 4 2

Մատչելիություն

7 5 5 8 4 9 4 7

Որակ եվ անվտանգություն

5 6 8 3 9 3 7 1 6 4 1

Ֆինանսական պաշտպանվածություն

154813207 3

2367109412

353626459 1

413865082 2

90 97172564

154813207 3

2367109412

353626459 1

413865082 2

90 97172564154813207 3

2367109412



# ՀԱՅԱՍՏԱՆ

## ԱՌՈՂՋԱՊԱՅՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

# 2015

ԵՐԵՎԱՆ

ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ  
ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ  
ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

ՀԱՅԱՍՏԱՆ

2015

ՀՏԴ 614.2

ԳՄԴ 51.1

Ա 720

Ա 720 Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան 2015/  
Դ. Անդրեասյան, Ա. Բազարյան, Լ. Բիծյան, Ա. Թորոսյան, Ս. Մանուկյան,  
Գ. Մուրադյան, Ա. Չամանյան: ՀՀ ԱՆ Ս. Ավրաբեկյանի անվան Առողջապահության  
ազգային ինստիտուտ, 2016 -էջ 140:

Հայաստանի Հանրապետության առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ) զեկույցը ներկայացնում է ՀՀ առողջապահության ոլորտի գերակա ռազմավարությունների, հայեցակարգերի նկարագրերը, համակարգի գործունեությունը կանոնակարգող քաղաքականության ծրագրերը և օրենսդրության, միջազգային համագործակցության շրջանակները, ինչպես նաև առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի առկայության, բաշխվածության, մասնագետներով ապահովվածության հիմնախնդիրները, բնակչության առողջության ընդհանուր վիճակը, մահացության և հիվանդացության առավել տարածված պատճառները, առողջ ապրելակերպի հիմնախնդիրները, բուժօժանայությունների որակի և ֆինանսական մատչելիության գնահատականները:

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

ՀՏԴ 614.2

ԳՄԴ 51.1

ISBN978-9939-1-0321-1

ՀՀ ԱՆ Ս. Ավրաբեկյանի անվան Առողջապահության  
ազգային ինստիտուտ, 2016

**ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ**

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ.....	5
...	
ՆԱԽԱԲԱՆ.....	7
1. ԳԵՐԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ՆՊԱՏԱԿԱԴՐՈՒՄՆԵՐ.....	9
2. ՌԱԶՄԱՎԱՐԱԿԱՆ ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱԶԳԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԱԿ.....	10
3. ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԾՐԱԳՐԵՐԻ ԲՅՈՒՋԵՏԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԱԿ.....	20
4. ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԱԿ.....	26
5. ԻՐԱՎԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆԱԿ.....	30
6. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱԴՐԱՅԻՆ ՆԵՐՈՒԺ.....	37
Առողջապահական համակարգի կադրային ներուժի պատրաստում.....	37
Առողջապահական համակարգի կադրային ներուժի բաշխում.....	40
Կադրերի բաշխվածությունն ըստ սեռի.....	40
Բժիշկների և բուժքույրերի թվաքանակի դինամիկան և բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցություն.....	42
Բժիշկների և բուժքույրերի բաշխման մարզային համամասնություն.....	43
Կադրային ներուժի բաշխումն առաջնային և հիվանդանոցային օղակներում.....	44
Բժիշկների բաշխվածությունն ըստ հիմնական մասնագիտությունների և մասնագիտական պրոֆիլների.....	44
Առողջության առաջնային պահպանման օղակի ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ.....	47
Առողջապահական համակարգում բժիշկների թափուր աշխատատեղեր.....	49
7. ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՕՐԱԿԻ ԿԱԴՐԱՅԻՆ ՆԵՐՈՒԺԻ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆ.....	51
Հետազոտության նկարագրությունն և ընտրանքը.....	51
Հարցվածների բաշխվածությունն ըստ մարզերի և բուժհիմնարկների տիպի.....	51
Առաջնային բուժհիմնարկների անձնակազմի ժողովրդագրական նկարագիրը.....	53
Բնակության վայրը և հասցեն.....	54
Աշխատանքային ստաժը և դրույքը.....	56
Բուժաշխատողների աշխատանքային պայմանները.....	57
Տեխնիկական նվազագույն հագեցվածություն.....	57
ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների աշխատանքային ծանրաբեռնվածությունը, աշխատավարձը և ակնկալիքները.....	59
Ցուցանիշեր ամբողջ ընտրանքի համար.....	61
Ցուցանիշեր ըստ բժիշկների մասնագիտության.....	61
Ցուցանիշերն ըստ բուժհիմնարկը գտնվելու բնակավայրի .....	62
Ցուցանիշերն ըստ բժիշկների ընդհանուր մասնագիտական ստաժի.....	62
Առաջնային օղակի բժիշկների աշխատանքային հրատապ խնդիրները.....	65
Համակարգչային վերապատրաստման կարիքը.....	66
Հիմնական արդյունքները և առաջարկները.....	68



<b>8. ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎԻՃԱԿ</b> .....	69
Բնակչության թվաքանակն և կազմը.....	69
Կյանքի սպասվող տևողություն.....	70
Բնակչության բնական վերարտադրություն.....	71
Բնական վերարտադրությունն ըստ մարզերի.....	73
Մահացության պատճառներ.....	76
Մահվան առավել տարածված պատճառների միջազգային համեմատություն.....	80
Շաքարային դիաբետի հիմնախնդիրը.....	81
Մահվան առավել տարածված պատճառները մարզերում.....	82
Երեխաների, մանկական, նորածնային և մայրական մահացություն.....	83
Վիժումներ.....	86
Հիվանդությունների տարածվածության միտումները.....	87
Արտադրությունների հետազոտություններ.....	90
<b>9. ԲՈՒԺԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՍՊԱՌՈՒՄ</b> .....	91
Հոսպիտալացման մակարդակն ըստ մարզերի.....	94
Ամբուլատոր հաճախումներն ըստ մարզերի.....	96
<b>10. ԲՈՒԺԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՐԱԿ</b> .....	97
Բուժօգնության որակը ու անվտանգությունը.....	97
Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացության վաղ հայտնաբերում.....	97
Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերումը.....	98
Չարորակ նորագոյացությունների հիմնախնդիրներ.....	10
Հիվանդանոցային մահաբերություն.....	104
Ծննդյան և հետծննդյան շրջանի բարդություններ.....	105
Կեսարյան հատումներ.....	106
Մոր և մանկան առողջության պահպանում.....	107
<b>11. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՐԱԿ և ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՄԱՏՉԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ ԸՍՏ ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ՝</b> .....	109
Առողջապահության համակարգի ծառայությունների որակի և ֆինանսական մատչելիության ընդհանուր գնահատականներ.....	109
Բուժհիմնարկների ֆինանսական մատչելիություն.....	111
Առողջապահության ֆինանսական մատչելիության գործոններ.....	116
Բուժօգնության անմատչելիություն.....	118
<b>12. ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆՆԵՐ</b> .....	120
Բնակչության ֆիզիկական և հոգեկան առողջության ընդհանուր գնահատականներ.....	120
Հիվանդագին վիճակների և ախտանիշերի տարածվածություն.....	122
Բնակչության հոգեկան առողջություն.....	125
<b>13. ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ</b> .....	127
Կենցաղային ռիսկի գործոններ.....	127
Թափառող կենդանիներ.....	134
<b>ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ</b> .....	138

Հավելված 1.....	138
Հավելված 2.....	139

## ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱԱԻ	Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտ
ԱԱՀ	Առողջապահության ազգային հաշիվներ
ԱԲ-ԵՏՇ	«Առողջություն բոլորին» (Health for All) Եվրոպական տվյալների շտեմարան
ԱԾԻԳ	Առողջապահության ծրագրերի իրականացման գրասենյակ
ԱԿՆ	Առողջապահության կադրային ներուժ
ԱՀԳԳ	Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում
ԱՀԶ	Առողջապահության համաշխարհային զեկույց
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԱՇՀՀ	Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ
ԱՊՀ	Անկախ պետությունների համագործակցություն
ԱՊՔ	Արզանդի պարանոցի քաղցկեղ
ԱՎԾ	Ազգային վիճակագրական ծառայություն
ԱՏՎԿ	Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական կենտրոն
ԵՄ-26	Արևելյան Եվրոպայի 26 երկրների համախմբություն
ԵՄ-27	Արևմտյան և Կենտրոնական Եվրոպայի 27 երկրների համախմբություն
ԵՊԲՀ	Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան
ԶԳ	Զարկերակային գերճնշում
ԶԳՀ	Զարկերակային գերճնշմամբ բնութագրվող հիվանդություններ
ԶՃ	Զարկերակային ճնշում
ԿՔ	Կրծքագեղձի քաղցկեղ
ՀԶՆ	Հազարամյակի զարգացման նպատակներ
ՀԿ	Հասարակական կազմակերպություն
ՀՄԴ-10	Հիվանդությունների միջազգային դասակարգիչ, 10-րդ վերանայում
ՀՆԱ	Համախառն ներքին արդյունք
ՄԶԳ	Մարմնի զանգվածի գործակից
ՄԺԾԾ	Միջնաժամկետ ծախսային ծրագիր
ՇԴ	Շաքարային դիաբետ
ՉՆ	Չարորակ նորագոյացություններ
ՊԱԳ	Պետական առողջապահական գործակալություն
ՊԱՊ	Արզանդի պարանոցի քսուքի բջջաբանական հետազոտություն՝ ըստ Պապանիկուլաուի (ՊԱՊ թեսթ)
ՍԻՀ	Սրտի իշեմիկ հիվանդություն
ՍՍԻ	Սրտամկանի սուր ինֆարկտ
ՈԻԱՀ	Ուղեղ-անոթային հիվանդություններ
ՈԻԱԿ	Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն

Հայաստանի Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման զեկույցը մշակվել է՝ ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտի» առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական կենտրոնի տնօրեն՝ Բ.Գ.Թ., Դիանա Անդրեասյանի, սոց.գ.թ.՝ Սամվել Մանուկյանի (մոնիթորինգի և գնահատման փորձագետ), Գայանե Մուրադյանի (ՀՀ ԱԱԻ ԱՏՎԿ-ի էլեկտրոնային առողջապահության գծով մասնագետ), Աննա Չամանյան (ՀՀ ԱԱԻ ԱՀԳԳ մասնագետ), Արևիկ Թորոսյանի (ՀՀ ԱԱԻ ԱՀԳԳ փորձագետ), Լիլիթ Բիծյանի (ՀՀ ԱԱԻ ԱՏՎԿ-ի իրավախորհրդատու), Ալեքսանդր Բազարյանի՝ Բ.Գ.Թ. (ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ տնօրեն), կողմից:

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

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման ծառայության փորձագիտական աշխատանքային խումբն իր երախտագիտությունն է հայտնում «IPSC» Քաղաքական և սոցիոլոգիական խորհրդատվությունների ինստիտուտին, ի դեմս պարոն Հ.Գրիգորյանին, ՀՀ Կառավարության պատվերով իրականացված «ՀՀ-ում Կյանքի որակի ուսումնասիրություն, 2014» հետազոտության տվյալների տրամադրման համար, որով իրականացվել է սույն զեկույցի հասարակական դիրքորոշումների վրա հիմնված տվյալների հաշվարկներն ու վերլուծությունները:

## ՆԱԽԱԲԱՆ



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

ՀՀ առողջապահության նախարարությունը, հավատարիմ մնալով ստանձնած պարտականություններին և հենվելով Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության «Առողջություն 2020»՝ առողջության և զարգացման համաեվրոպական քաղաքականության վրա, շարունակում է համակարգի գնահատման գործընթացը՝ ձգտելով բարելավել համակարգի գործունեությունը և բնակչության հարաճուն պահանջի պայմաններում՝ բարձրացնել դրա արդյունավետությունը: Առողջապահության ոլորտում գնահատման և վերլուծությունների իրականացման հիմնական գործիքներից են Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման տարեկան զեկույցները, որոնք օգտագործվում են ինչպես իրականացվող բարեփոխումների և ակնկալվող արդյունքների գնահատման, այնպես էլ հետագա ներդրումների հիմնավորման համար:

Վերջին տարիներին մեր երկրի առողջապահության համակարգում իրականացվում են բարեփոխումներ բնակչության առողջության բարելավման ուղղությամբ, մասնավորապես՝ ոչ վարակիչ հիվանդություններից առաջացած բեռը նվազեցնելու, առողջ ապրելակերպ խթանելու, առողջ ընտանիք ձևավորելու և ամրապնդելու նպատակով: Այդ ծրագրերը կյանքի կոչելու համար համակարգված աշխատանքներ են տարվում կենտրոնական և մարզային մակարդակներում՝ արդյունավետ կառավարման, ֆինանսական միջոցների առավել նպատակային օգտագործման, հանրային առողջապահության ծառայությունների կատարելագործման, մասնագիտական որակավորման շարունակական բարձրացման և այլ ուղղություններով:

Հայաստանը Եվրոպական տարածաշրջանի եզակի երկրներից է, որ համարձակորեն սկսել է առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ) գործընթացը՝ ներկայացնելով համակարգի բոլոր ձեռքբերումներն ու բացթողումները: ԱՀԳԳ արդյունքները կարող են օգտագործվել առողջապահության քաղաքականության մշակման համար անհրաժեշտ տեղեկատվության հավաքագրելու և առաջադիմության մշտադիտարկում իրականացնելու համար: Ավելին, ԱՀԳԳ-ն առանցքային այն գործընթացներից է, որի համար լիովին պատասխանատու է երկիրը: ՀՀ ԱՆ-ը պաշտոնական կարգավիճակ է տվել գնահատման գործընթացին և դրա իրականացմանն աջակցում է բոլոր փուլերում:

ԱՀԳԳ զեկույցը գնահատում է առողջապահության տարբեր ոլորտները և տեղի ունեցած միտումները՝ ներկայացնելով առողջապահության ոլորտի նվաճումներն ու բացերը: ԱՀԳԳ

զեկույցի կիրառումը հնարավորություն կտա բացահայտելու առողջապահական համակարգի գործունեության միտումները, ինչը կարևոր է համակարգի մշտադիտարկման և համակարգման համար: Ուշադրությունն ու ջանքերը առողջության ցուցանիշերի բարելավման վրա կենտրոնացնելով՝ կարելի է ակնկալել լուրջ ձեռքբերումներ, ուստի անհրաժեշտ է ձգտել մի կողմից՝ բուժօգնության որակի և հասանելիության բարելավման, մյուս կողմից՝ սեփական գրպանից կատարվող ապօրինի վճարումների զգալի կրճատման և այլ արգելքների վերացման:

ԱՀԳԳ գերակա ուսումնասիրության առարկան է բնակչության առողջության վիճակի դիտարկումը, ինչպես նաև առավել տարածված հիվանդությունների զարգացման ռիսկային խմբերի բացահայտման և կանխարգելման գործընթացները: Այս նպատակների իրագործման ճանապարհին անփոխարինելի են պարբերական գնահատման վստահելի միջոցների օգտագործումը, ստույգ ցուցանիշերի գրանցումը և խիստ վերահսկողության իրականացումը, ինչը մենք չափազանց կարևորում ենք: Ներկայացվող զեկույցի վիճակագրական տվյալները հավաքագրվել են տեղեկատվական տարբեր աղբյուրներից, պաշտոնական վիճակագրությունից և հենվում են միանվագ ընտրանքային հետազոտությունների արդյունքների վրա:

Այսօր մեր առջև ծառայած խնդիրը ՀՀ առողջապահության համակարգի զարգացման հստակ տեսլականի մշակումն է, որը պետք է սահմանի առողջության պահպանման համար բոլոր ոլորտների պատասխանատվությունը և միջգերատեսչական համագործակցության ձևավորումը՝ ներառելով սեփական առողջության պահպանման համար յուրաքանչյուրի պատասխանատվությունը:

## **ՀՀ առողջապահության նախարար**

**Արմեն Մուրադյան**



## 1. ԳԵՐԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ՆՊԱՏԱԿԱԴՐՈՒՄՆԵՐ

Հայաստանի Հանրապետության պետական քաղաքականության գերակա և հիմնորոշ ուղղություններից մեկը հանդիսանում է առողջապահական համակարգի գործունեության առաջընթացի ապահովումը: Առողջապահության նախարարության կողմից իրականացվող առողջապահության զարգացման քաղաքականությունը միտված է ոլորտում շարունակաբար իրականացվող բարեփոխումներին՝ ուղղված Հայաստանի Հանրապետության ողջ տարածքում բնակչությանը մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակի և մատչելիության ապահովմանը, առողջ ապրելակերպի խթանմանը, հիվանդությունների վաղ հայտնաբերմանը, կանխարգելմանը, ախտորոշմանն և բուժմանը, առողջապահության ֆինանսավորման, կազմակերպչական և կառավարման համակարգերի բարելավմանը, առողջապահական ծառայությունների սպառման ծավալների ավելացմանը, բնակչության անապահով խավերի համար ծառայությունների հասանելիության բարելավման խնդիրների լուծմանը:

Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգի բարեփոխումները մեկնարկել են դեռևս 1999 թվականից և ներկայումս ընթացքի մեջ են: Պետության քաղաքականությունն ուղղված է հատկապես՝ հիվանդությունների զարգացման կանխարգելմանը՝ առողջ կենսակերպի պայմաններ ստեղծելու միջոցով:

Կարևորվում են մայրական առողջության պահպանման և առողջ սերնդի դաստիարակության հիմնահարցերը. մայրությունն ու մանկությունը գտնվում են հասարակության և պետության պաշտպանության ներքո:

Աշխատանքներ են տարվում վերարտադրողական առողջության պահպանման ծառայություններն առավելագույնս հասանելի և որակյալ դարձնելու ուղղությամբ:

Նախատեսվում է միջազգային ցուցանիշերին համապատասխան ենթակառուցվածքների ստեղծում, որոնք հնարավորություն կընձեռեն ժամանակակից գիտական մեթոդների ներդրման միջոցով հիվանդությունների ճշգրիտ և վաղ ախտորոշման և արդյունավետ բուժման: Մասնավորապես՝

- ❖ միջազգային չափանիշերին և ժամանակակից պահանջներին համապատասխանող ուռուցքաբանության կենտրոնի հիմնում
- ❖ միջազգային չափանիշերին և ժամանակակից պահանջներին համապատասխանող արյունաբանության հիվանդանոցի կառուցում:

2015թ. հունվարի 1-ից մեկնարկել է սրտի անհետաձգելի վիրահատության ծրագիրը, որը ՀՀ բոլոր քաղաքացիների համար երաշխավորում է սրտի անհետաձգելի վիրահատություն: Վերջինիս նպատակն է սուր ինֆարկտի ծանր դեպքերում, ինչպես նաև բժշկական համապատասխան ցուցումների առկայության պարագայում հիվանդի կյանքը փրկել՝ ոչ դեղապատ մեկ ստենտ տեղադրելով: Ծրագիրը ոչ միայն առողջապահական, այլև սոցիալական նշանակություն ունի և ենթադրում է մեծ պատասխանատվություն: Շնորհիվ սույն ծրագրի արդեն իսկ փրկվել է 1400 կյանք, իսկ մահացության դեպքերը 2014թ. հունվար-հունիս ժամանակահատվածում՝ ի համեմատ 2013թ., կրճատվել են ավելի քան 400 դեպքով:

«Առողջապահության ոլորտում նախատեսվում է նաև՝

- միասնական էլեկտրոնային տեղեկատվական համակարգի ներդրում,
- բիոտեխնոլոգիաների և դեղագործության ժամանակակից արտադրությունների հիմնում,
- դեղատնային գործունեության ապահովում,
- բուժհաստատությունների արդիականացում,
- գերժամանակակից տեխնոլոգիաների ներմուծման ուղղությամբ ծրագրերի իրականացում:

Հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագրով՝ մինչև 2025 թվականը ծրագրային ժամանակահատվածի համար, ոլորտում առանձնացվում են հետևյալ գերակայություններն և նպատակադրումները.

- ❖ հիվանդությունների կանխարգելմանը, վաղ ախտորոշմանն ու բուժմանն ուղղված միջոցառումների իրականացում,
- ❖ միջնաժամկետ հատվածում բուժօգնության առաջնային օղակի հետագա բարելավում ու զարգացում,
- ❖ հիվանդանոցային բուժօգնության պարագայում առանցքային ծառայությունների մատչելիության, որակի, ինչպես նաև ինստիտուցիոնալ շրջանակի և հարաբերությունների պատշաճ ապահովում,
- ❖ առողջապահական ծառայությունների որակի չափորոշիչների մշակմանն ու ներդրմանն ուղղված գործընթացների կազմակերպում և իրականացում,
- ❖ բժշկական ծառայությունների որակի կառավարման նպատակով ապացուցողական բժշկության վրա հիմնված՝ բժշկական օգնության տրամադրման չափորոշիչների և հիվանդների տվյալների բազայի վարման արձանագրությունների ներդրում,
- ❖ երեխաների առողջության պահպանման, հիվանդությունների կանխարգելման (ներառյալ պատվաստումները) հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիության, վերականգնողական բուժօգնության բարելավում,
- ❖ վերականգնողական ծառայությունների ցանցի ընդլայնում,
- ❖ երեխաների սնուցման բարելավման, հատուկ կարիքներով երեխաների վաղ հայտնաբերման և վաղ միջամտության ծրագրերի իրականացում,
- ❖ ծննդօգնության ծառայությունների և հղիների նախաձննդյան խնամքի մատչելիությանն ու որակի բարելավմանն ուղղված ծրագրերի շարունակական իրականացում,
- ❖ դեղերի ֆիզիկական և տնտեսական մատչելիության բարձրացման ուղղությամբ ծրագրերի և միջոցառումների իրականացում:

## 2. ՌԱԶՄԱՎԱՐԱԿԱՆ ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱԶԳԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԱԿ

Առողջապահական համակարգի զարգացմանն ուղղված հիմնական ռազմավարական փաստաթղթերը ներկայացված են ստորև.

- ❖ «Հեռանկարային զարգացման 2014-2025թթ. ռազմավարական ծրագիր (ՀԶԾ)» (ՀՀ կառավարության 27.03.2014թ. № 442-Ն որոշում):

Ծրագրի հիմքում ընկած են 4 գերակայություններ, որոնցից մեկը **մարդկային կապիտալի զարգացումն** է: Վերջինիս շրջանակներում կարևորվում է առողջապահական ծառայությունների մատչելիության, հասանելիության և որակի բարձրացման ճանապարհով բնակչության առողջական վիճակի բնութագրիչների բարելավումը:

❖ **«Հայաստանի Հանրապետության ազգային անվտանգության ապահովմանն ուղղված՝ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության գործունեության ծրագիր և միջոցառումների ցանկ»** (ՀՀ կառավարության 15.04.2010թ. № 451-Ն որոշում):

Ծրագրի նպատակներն են՝

- արդյունավետ առողջապահության համակարգի զարգացում,
- մոր և մանկան առողջության պահպանում,
- բնակչության առողջության վրա վնասակար ու վտանգավոր գործոնների ազդեցության նվազեցում, իսկ առանձին դեպքերում՝ ընդհանրապես բացառում,
- վարակիչ հիվանդությունների տարածումը կանխարգելելու՝ հանրապետության տարածքի և պետական սահմանների սանիտարական պաշտպանության, միջոցով հանրային առողջության անվտանգության ապահովում,
- պայքար առավել տարածված և բարձր ցուցանիշերով մահացության պատճառ հանդիսացող հիվանդությունների դեմ,
- բնակչության խոցելի խմբերի առողջական խնդիրների լուծման առաջնահերթություն, բժշկական օգնության և սպասարկման մատչելիության, հասանելիության և որակի ապահովում, դեղերի շրջանառության կարգավորման կազմակերպում, բնակչության առողջության վատթարացմամբ պայմանավորված ֆինանսական ռիսկերի նվազեցում:

❖ **«Հայաստան-Միացյալ ազգերի կազմակերպություն. 2016-2020թթ. զարգացման աջակցության ծրագիր»** (ստորագրվել է 31.07.2015թ.):

Առողջապահության ոլորտում այս ծրագրով նախատեսված առաջնահերթություններն են՝ վերարտադրողական տարիքի անձանց, մայրական, երեխաների և դեռահասների առողջության պահպանումը, մորից երեխային ՄԻԱՎ-վարակի դեպքերի փոխանցման վերացումը, ՈՎՀ կանխարգելումն և հսկողությունը, ինչպես նաև առողջ ապրելակերպի խթանումը:

❖ **Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003–2015թթ. ռազմավարություն** (ՀՀ կառավարության 08.08.2003թ № 1000-Ն որոշում):

Ծրագրի նպատակն է բարելավել մոր և մանկան ծառայության ոլորտում բուժօգնության որակի հսկման և բարելավման շարունակական միջոցառումները, զարգացնել նորածինների խնամքի և անհետաձգելի բուժօգնության որակյալ ծառայությունները, վաղ հասակի երեխաների վերակենդանացման և ինտենսիվ թերապիայի ծառայություններն ու կարողությունները, համայնքային և հիվանդանոցային բաղադրիչների ներդրումը մանկական հիվանդությունների

ինտեգրված վարման ռազմավարության մեջ, նվազեցնել մանկական (0-1տ.) և մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության մակարդակը և այլն:

❖ **Վերարտադրողական առողջության բարելավման ազգային ծրագիր** (ՀՀ կառավարության 26.07.2007թ. № 29 որոշում):

Ծրագրի նպատակն է՝ բարելավել բնակչության սեռական և վերարտադրողական առողջությունը՝ հետամուտ լինելով վերարտադրողական և սեռական առողջության ոլորտում իրենց իրավունքների իրացմանը, որպեսզի ապահովվի առողջ սեռական զարգացում և հասունացում, սեռական ինքնադրսևորում, ապահովել անվտանգ պայմաններում ցանկալի թվով երեխաներ ունենալու, սեռական և վերարտադրողական համակարգի հիվանդությունների կանխարգելման, հսկման և անհրաժեշտության դեպքում թանկարժեք բժշկական ծառայություններից օգտվելու հնարավորություններ, նվազեցնել վերարտադրողական և սեռական ոսնձգություններն և բռնությունները:

❖ **Երեխաների սնուցման բարելավման 2015-2020թթ. հայեցակարգ** (ՀՀ կառավարության 25.09.2014թ. № 40 որոշում):

Հայեցակարգի նպատակն է երեխաների սնուցման կազմակերպման պատշաճ գործելակերպի ներդրումը, նրանց առողջ աճի և զարգացման ապահովումը, հիվանդացության և մահացության ցուցանիշերի կրճատումը:

❖ **Երեխաների և դեռահասների առողջության ու զարգացման 2010-2015թթ. ազգային ռազմավարություն** (ՀՀ կառավարության 10.09.2009թ. № 37 որոշում):

Ծրագրով սահմանվում են հետևյալ գերակա ուղղությունները.

- նորածինների առողջություն,
- վաղ հասակի երեխաների առողջություն և զարգացում, ներառյալ սնուցում և իմունիզացիա,
- երեխաների զարգացման խանգարումներ և մանկական հաշմանդամություն,
- դպրոցահասակ և դեռահաս երեխաների առողջություն և զարգացում,
- հոգեկան առողջություն,
- քրոնիկական հիվանդություններ,
- վնասվածքներ և բռնություն,
- շրջակա միջավայր:

❖ **Երեխաների հիվանդանոցային բուժօգնության բարելավման 2013–2015թթ. ռազմավարություն** (ՀՀ կառավարության 27.12.2012թ. № 1694-Ն որոշում):

Ռազմավարության գլխավոր նպատակներն են մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության ՀՁՆ ազգային մակարդակի ձեռք բերումը, մանկական մահացության ցուցանիշի կրճատումը՝ նվազագույնը մեկ հինգերորդով, նորածնային մահացության ցուցանիշի կրճատումը՝ նվազագույնը մեկ չորրորդով:

❖ **Իմունականխարգելման 2010-2015թթ. ազգային ծրագիր** (ՀՀ կառավարության 14.01.2010թ. № 46-Ն որոշում):

Ծրագրի նպատակն է Հանրապետությունում բնակչության շրջանում կառավարելի վարակիչ հիվանդություններով հիվանդացության նվազեցումը, դրանց հետևանքով մահվան դեպքերի կանխարգելումը և վարակիչ հիվանդությունների նկատմամբ բնակչության անընկալության ապահովումը:

❖ **Առողջ ապրելակերպի խթանման ռազմավարական ծրագիր և ծրագրի իրականացումն ապահովող գործողությունների պլան** (ՀՀ կառավարության 27.11.2014թ. № 50 որոշում):

Ծրագրի նպատակն է օրենսդրական, կառուցվածքային մեխանիզմների մշակումն և ներդնումը՝ ուղղված առողջ ապրելակերպի խթանմանը, որը կհանգեցնի ոչ վարակիչ հիվանդություններից վաղաժամ մահացության ու հիվանդացության նվազեցմանը, հոգեկան առողջության բարելավմանը:

Ծրագրի հիմնական ռազմավարական ուղղություններն են՝

- առողջ ապրելակերպի ներդրմանն ու իրականացմանն ուղղված գործողությունների կառավարման համակարգի ստեղծում,
- առողջության ամրապնդմանը նպաստող և անառողջ սնուցման սահմանափակմանն ուղղված՝ քաղաքականության մշակում և օրենսդրության կատարելագործում,
- առողջ ապրելակերպի քարոզչությանն ուղղված, առողջ ապրելակերպը սատարող մասնագիտացված ծառայությունների զարգացում,
- միջճյուղային համագործակցության իրականացում՝ առողջ ապրելակերպի խթանման ուղղությամբ,
- գործընթացում առողջ ապրելակերպի խթանում՝ դեռահասների առողջապահական ծառայությունների հզորացման միջոցով,
- առողջ ապրելակերպի խթանման և անառողջ սնուցման սահմանափակման ուղղությամբ նախատեսվող միջոցառումների գործադրման մոնիթորինգի համակարգի ձևավորում և ներդնում՝ ապահովելով համագործակցություն միջազգային և հասարակական կազմակերպությունների հետ:

❖ **Առավել բարձր մահացություն բերող երեք հիվանդությունների՝ արյան շրջանառության համակարգի /սրտանոթային հիվանդություններ/, չարորակ նորագոյացությունների և շաքարային դիաբետի ազգային ռազմավարական ծրագրերը** (ՀՀ կառավարության 24.03.2011թ. թիվ 11 որոշում):

• **Սրտանոթային հիվանդությունների դեմ պայքարի ռազմավարական ծրագիր**

Ծրագրի նպատակն է կանխարգելել և/կամ հետաձգել ՍԱՀ առաջացումը բնակչության բոլոր խավերում հավասարապես, նվազեցնել ՍԱՀ բարդությունները՝ առավելագույնի հասցնելով հիվանդների և նրանց ընտանիքների բարեկեցությունն ու կյանքի որակը, մասնավորապես՝ երաշխավորել ՍԱՀ ֆինանսապես մատչելի և ծախսարդյունավետ ախտորոշում և բուժում՝ դրանով իսկ նվազեցնելով սովետային վճարումների ծավալները:

• **Չարորակ նորագոյացությունների դեմ պայքարի ռազմավարական ծրագիր**

Ծրագրի նպատակն է բնակչության շրջանում նվազեցնել չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացության, դրանից բխող՝ հաշմանդամության ու մահացության, ցուցանիշերը, առողջության առաջնային պահպանման օղակի կողմից իրականացնել բնակչության

կանխարգելիչ ստուգումներ /սքրինինգներ/, ինչպես նաև շարունակական հսկողություն «ռիսկի» բարձր խմբերում ընդգրկված անձանց նկատմամբ:

• **Շաքարային դիաբետի ազգային ռազմավարական ծրագիր**

Ծրագրի նպատակն է կանխարգելել և/կամ հետաձգել շաքարային դիաբետի առաջացումը բնակչության բոլոր խավերում հավասարապես: Ներդնել ՍԱՀ կանխարգելման, ախտորոշման և վարման լավագույն փորձը հիվանդության բեռը նվազեցնելու նպատակով:

❖ **ՀՀ-ում ծխելու դեմ պայքարի 2010–2015թթ. պետական ծրագիր** (ՀՀ կառավարության 29.04.2010թ. № 475-Ն որոշում):

Ծրագրի նպատակն է պաշտպանել մարդկանց առողջությունը ծխախոտի օգտագործման և դրա ծխի ազդեցության, ինչպես նաև սոցիալական, բնապահպանական և տնտեսական բացասական հետևանքներից: Ծրագրի հիմնական խնդիրն է ծխախոտի օգտագործման տարածվածության շարունակականորեն նվազեցումը (տարեկան 1,5-2%)՝ ծխելու դադարեցման ցուցանիշերի և չծխող անձանց թվաքանակի մեծացմանն ուղղված նպատակային քաղաքականության իրականացման ճանապարհով:

❖ **Առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի 2016-2020թթ. ռազմավարական ծրագիր** (ներկայացվել է հաստատման):

Ծրագրի նպատակն է բնակչության առողջության բարելավումը, ՈՎՀ-ով պայմանավորված հիվանդացության, մահացության և հաշմանդամության ցուցանիշերի կրճատումը՝ ազգային, մարզային, համայնքային մակարդակներում համալիր աշխատանքների իրականացման միջոցով: Ծրագրի ռազմավարական ուղղություններից են ավելցուկային քաշի և ճարպակալման կանխարգելման քաղաքականության մշակումը, առավել տարածված ՈՎՀ-ի զարգացման և դրանց ռիսկի գործոնների (մասնավորապես՝ ծխախոտի օգտագործում, ալկոհոլի չարաշահում, ավելցուկային քաշ, ճարպակալում, անառողջ սննդակարգ, կերակրի աղի օգտագործման չարաշահում, ֆիզիկական թերակտիվություն, զարկերակային բարձր ճնշում և այլ) վնասակար ազդեցության կանխարգելումը:

Համաձայն ԱՀԿ «Առողջություն 2020» Վիեննայի հռչակագրի՝ (սնուցման և ոչ վարակիչ հիվանդությունների) կարևորորվում է սննդի արտադրության, օգտագործման, մարքեթինգի ապահովման, հասանելիության, ինչպես նաև տնտեսական միջոցների և կրթական համակարգի ուղղություններով քաղաքականության մշակումը՝ ուղղված հավելյալ քաշի, ճարպակալման, ինչպես նաև թերսնուցման հիմնախնդիրներին:

Սույն հայեցակարգում նախանշված խնդիրների կարգավորման և սահմանված նպատակներին հասնելու համար մշակվել են՝

❖ **ՀՀ-ում հոգեկան առողջության պահպանման և բարելավման 2014-2019թթ. ռազմավարություն** (ՀՀ կառավարության 17.04.2014թ. № 15 որոշում):

Ռազմավարության նպատակն է հոգեկան առողջության պահպանման և բարելավման համակարգի զարգացումը, բնակչության հոգեկան առողջության խնդիրների առաջացման կանխարգելումը:

Ռազմավարության հիմնարար սկզբունքներն են՝

- հոգեկան առողջության ծառայությունների հասանելիությունը,



- շահառուների և նրանց ընտանիքների իրավունքների պաշտպանությունը,
- համայնքային հոգեկան առողջության ծառայությունների տրամադրումը,
- շահառուների հոգեւոցհիալական վերականգնումը:

❖ **Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի և սոցիալական սպասարկման այլընտրանքային ծառայությունների տրամադրման հայեցակարգ (ՀՀ կառավարության 02.05.2013թ. № 17 որոշում):**

Հայեցակարգի նպատակն է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց տրամադրվող այլընտրանքային ծառայությունների գործարկումը: Հայեցակարգում ներկայացվում է սոցիալական պաշտպանության համակարգի ներկա վիճակը հոգեկան առողջության ծառայությունների տեսանկյունից, նոր այլընտրանքային ծառայություններ ստեղծելու կամ գործող ծառայությունները զարգացնելու անհրաժեշտությունը և, հաշվի առնելով հոգեկան առողջության բնագավառում միջազգային առաջադեմ փորձը, առաջարկվում է Հայաստանի համար նախընտրելի մոդելներ:

❖ **Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի և սոցիալական սպասարկման այլընտրանքային ծառայությունների տրամադրման հայեցակարգի իրականացման միջոցառումների 2013-2017թթ. ծրագիր (ՀՀ կառավարության 13.09.2013թ. № 36 արձանագրային որոշում):**

Ծրագրով նախատեսված միջոցառումների ցանկը՝

- հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց սոցիալական պաշտպանությանը և խնամքի համայնքային ծառայությունների տրամադրման հետ առնչվող իրավական ակտերի ուսումնասիրումն և վերլուծությունը և համապատասխանեցումը «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» ՄԱԿ-ի կոնվենցիայի դրույթներին,
- հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի և սոցիալական ծառայությունների տրամադրման մեթոդաբանության մշակում՝ ըստ ախտորոշումների, ախտաբանական վիճակների և հիվանդության ծանրության աստիճանի: Նախատեսվում են նաև տեղեկատվության էլեկտրոնային համակարգի կիրառման մեթոդներ,
- հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի և սոցիալական ծառայությունների տրամադրման մեթոդաբանության հիման վրա այլընտրանքային ծառայությունների տրամադրման չափորոշիչների մշակում,
- հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համայնքային ծառայությունների տրամադրման փորձնական ծրագրի մշակում և այլ միջոցառումների իրականացում:

❖ **ՀՀ-ում մարդկանց շահագործման (թրաֆիքինգի) դեմ պայքարի՝ 2013-2015թթ. ընթացքում, կազմակերպման ազգային ծրագիր (ՀՀ կառավարության 28.02.2013թ. № 186-Ն որոշում):**

Ծրագրում ներկայացված գործողություններն ուղղված են մարդկանց շահագործման (թրաֆիքինգի) դեմ պայքարի արդյունավետ կազմակերպմանը՝ օրենսդրության և օրենքների կիրառման ապահովման, կանխարգելման, մարդկանց շահագործման զոհերի

պաշտպանության և աջակցության, համագործակցության, ուսումնասիրությունների կատարման, մշտադիտարկման և գնահատման ուղղություններով:

❖ **Արյան եվ արյան բաղադրամասերի դոնորության եվ փոխներարկումային բժշկական օգնության 2012-2017թթ. ազգային ծրագիր** (ՀՀ կառավարության 01.03.2012թ. № 8 որոշում):

Ծրագրի նպատակն է հանրապետությունում արյան, արյան բաղադրամասերի և արյան պատրաստուկների անհրաժեշտ քանակության ապահովումը՝ արյան փոխներարկման ծառայության բժշկական նոր ստորաբաժանումների ստեղծմամբ և մշտական քարոզչությամբ այն մարզերում, որտեղ դրանք բացակայում են:

❖ **ՀՀ-ում Վարակիչ հիվանդություններ փոխանցողների դեմ պայքարի 2014-2018թթ. ազգային ծրագիր** (ՀՀ կառավարության 29.04.2014թ. № 22 որոշում):

Ծրագրի նպատակն է տարափոխիկ հիվանդություններ փոխանցողների դեմ պայքարի և ՀՀ տարածք թափանցման սահմանափակման միջոցով՝ վարակիչ հիվանդությունների փոխանցման կանխարգելումը:

❖ **ՀՀ-ում տուբերկուլյոզի դեմ պայքարի 2007–2015թթ. ազգային ծրագիր** (ՀՀ կառավարության 28.12.2006թ. № 52 որոշում):

Ծրագրի նպատակը համաճարակաբանական իրավիճակի բարելավումն է՝ հիվանդացության և տուբերկուլյոզից մահացության, դրա կայուն ձևերի տարածվածության նվազեցման միջոցով: Ծրագրի ներդրումից սկսնկավում է ոչ միայն ախտորոշիչ, բուժիչ, այլև բժշկական ու կազմակերպչական միջոցառումների արդյունավետություն և անմիջական ազդեցություն:

❖ **ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ին հակազդման 2013-2016թթ. ազգային ծրագիր** (ՀՀ կառավարության 07.03.2013թ. № 232-Ն որոշում):

Ծրագիրն ուղղված է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ին արդյունավետ հակազդման ապահովմանը: Սույն ծրագրի խնդիրներն են նվազեցնել ՄԻԱՎ վարակի փոխանցումը, հիվանդացության ու մահացության ցուցանիշերը: Ծրագրի հիմնական ուղղություններն են՝

- ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ արդյունավետ միջգերատեսչական հակազդման զարգացում,
- ՄԻԱՎ վարակի կանխարգելում,
- Բուժում, խնամք և աջակցություն,
- Մոնիտորինգ և գնահատում,
- Կառավարում, համակարգում և համագործակցություն,
- Ֆինանսավորում և ֆինանսական միջոցների հավաքագրում:

❖ **ՀՀ-ում մալարիայի ներբերումը և արմատավորումը կանխարգելելու 2011-2015թթ. պետական ծրագիր** (ՀՀ կառավարության 17.06.2011թ. № 23 որոշում):

Ծրագրի նպատակն է հանրապետության տարածքում մալարիայի արմատավորման կանխարգելումը (արտակարգ իրավիճակներում), համաճարակաբանական հսկողության համակարգի կատարելագործումը, շարունակական հսկողությունը, կառավարման համակարգի ամրապնդումը:

❖ **Հայաստանի Հանրապետության շրջակա միջավայրի հիգիենայի բնագավառում գործողությունների ազգային ծրագիր** (ՀՀ կառավարության 01.08. 2002թ. № 1204-Ն որոշում):

Ծրագիրը մշակվել է ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից՝ ՀՀ բնապահպանության նախարարության հետ սերտ համագործակցությամբ և ԱՀԿ-ի եվրոպական գրասենյակի և ՄԱԿ-ի զարգացման ծրագրերի Հայաստանի գրասենյակի աջակցությամբ:

Ծրագրի նպատակն է բացահայտել ՀՀ տարածքում շրջակա միջավայրի գործոնների՝ բնակչության առողջության վրա անբարենպաստ ազդեցության հետ կապված, առկա հիմնախնդիրները և առաջնայնությունները և առաջարկել գործողություններ՝ ուղղված անբարենպաստ ազդեցության նվազեցմանը և կանխարգելմանը:

❖ **Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման հայեցակարգ** (ՀՀ կառավարության 29.05.2013թ. № 21 որոշում):

Հայեցակարգի նպատակն է առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորման գործող սկզբունքների հստակեցումը, ոլորտին տրամադրվող բյուջետային միջոցների պլանավորման և հատկացման նոր մոտեցումների, դրանց ծախսման արդյունավետության բարձրացման հիմնական ուղղությունների սահմանումը, բնակչության առողջության պահպանման ոլորտում պետական երաշխիքների գործուն ֆինանսական մեխանիզմների ներդրումը:

❖ **Առողջապահության ոլորտի պետական վերահսկողության և դեղորայքային քաղաքականության հիմնախնդիրների լուծման ծրագիր** (ՀՀ կառավարության 18.10.2012թ. № 42-Ն որոշում):

Ծրագրով դեղորայքային քաղաքականության և առողջապահության ոլորտում պետական վերահսկողության ոլորտում լուծում պահանջող խնդիրներ են սահմանվում հետևյալները.

- պետական վերահսկողության մեխանիզմների և կառուցվածքների անբավարարություն,
- դեղերի կենտրոնացված գնումների անարդյունավետություն,
- պետական մասնակցությամբ բժշկական կազմակերպություններում պետական գնումների գործընթացի անարդյունավետություն,
- դեղերի և կենսաակտիվ սննդային հավելումների գրանցման մեխանիզմների անկատարություն ու բարդություն,
- դեղերի արագ, բարձրորակ փորձաքննություն և նույնականացում ապահովելու նպատակով «Դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձագիտական կենտրոն» ՓԲԸ կարողությունների անբավարարություն,
- դեղերի ֆիզիկական մատչելիությանն առնչվող հիմնախնդիրները՝ դրանց վերագրանցման մեխանիզմների բացակայության պատճառով,
- դեղերի շրջանառության բոլոր փուլերում անվտանգության և որակի ապահովման մեխանիզմների անկատարություն,

- ժամկետանց, չգրանցված դեղերի շրջանառության դեմ պայքարում դեղերի մանրամեծաձախ իրացման ոլորտում ստուգումների առկա գործիքակազմի կիրառման, ոչ բավարար արդյունավետություն:

❖ **ԱԱՊ-ի ոլորտի զարգացման հայեցակարգ** (ՀՀ կառավարության 19.07.2012թ. № 29 որոշում):

Հայեցակարգի նպատակն է բարելավել ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայության որակը, բարձրացնել արդյունավետությունը և խթանել ընտանեկան բժշկության ներդրումը քաղաքային պոլիկլինիկաներում: Սույն հայեցակարգով նախատեսվում է մշակել բիզնես ծրագրեր յուրաքանչյուրի համար՝ հաշվի առնելով առանձնահատկությունները, և այդ գործում ներգրավելով տարածքային կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինների ներկայացուցիչներին:

❖ **«Առողջապահության ֆինանսավորում և առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) զարգացում» ծրագիր** (24.02.1998թ.):

Ծրագիրը մեկնարկել է 1998 թ.-ից, ՀՀ և ՀԲ միջև ստորագրված «Վարկային» համաձայնագրի շրջանակներում: Ծրագրի նպատակն է առողջապահության համակարգի արդյունավետության, գործունակության, մատչելիության բարձրացումը: Ծրագիրը բաղկացած է երկու հիմնական բաղադրիչներից՝

- 1) առողջության առաջնային պահպանման համակարգի հզորացում,
- 2) առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի հզորացում:

ՀԲ աջակցությամբ առողջապահության **առաջին ծրագրի շրջանակներում (1998-2003թթ.)** 81 համայնքներում իրականացվել են միկրո ծրագրեր, մասնավորապես՝ վերանորոգվել և կառուցվել են ամբուլատորիաներ, որոնց տրամադրվել են շտապ օգնության մեքենաներ՝ հագեցված անհրաժեշտ և ժամանակակից սարքավորումներով: Մշակվել, հրատարակվել և տարածվել են ընտանեկան բժիշկների (127 ուղեցույց) և ընտանեկան բուժքույրերի ուղեցույցեր (56 ուղեցույց):

Առողջապահության համակարգի արդիականացման ծրագիրը (ԱՀԱԾ) երկփուլ վարկային ծրագիր էր (ՀՎԾ), որն իրականացվում էր մոտ տասը տարվա ընթացքում: ԱՀԱԾ-ի հիմնական նպատակն էր աջակցել ՀՀ առողջապահության ոլորտի բարեփոխումներին երեք հիմնական ուղղությամբ՝

- 1) ԱԱՊ համակարգի զարգացում
- 2) հիվանդանոցային համակարգի օպտիմալացում և արդիականացում
- 3) կառավարության ինստիտուցիոնալ կարողությունների հզորացում:

**Առաջին փուլը** (ՀՎԾ 1, վարկային համաձայնագիր # 3920-AM և PHRD դրամաշնորհային համաձայնագիր # 053436 TF) մեկնարկել է 2004 թվականի դեկտեմբերին և ավարտվել՝ 2010 թվականի հունիսին:

**Երկրորդ փուլը (ՀՎԾ 2)՝ Առողջապահության համակարգի արդիականացման ծրագիր 2 (ՀՎԾ 2, վարկային պայմանագիր # 4267-AM)** սկսվել է 2007 թվականի հունիսին և ավարտվել՝ 2012 թվականի դեկտեմբերին:

**ՀՎԾ 2 ծրագրի հավելյալ ֆինանսավորումը (վարկային համաձայնագիր # 7987-AM)** հաստատվել է Համաշխարհային բանկի գործադիր տնօրենների խորհրդի կողմից 2010 թվականի դեկտեմբերի 21-ին:

Ծրագրի նպատակն է՝

- 1) ընտանեկան բժշկության վրա հիմնված՝ ԱԱՊ համակարգի արագ անցումը մարզային հիվանդանոցի արդիականացման գործընթացին
- 2) համակարգի հետագա ինստիտուցիոնալ հզորացումը:

Ծրագրի բաղադրիչների շրջանակներում կատարված աշխատանքները ներկայացված են ՀՀ ԱՆ Առողջապահական ծրագրերի իրականացման գրասենյակի (ԱԾԻԳ) էլեկտրոնային կայքում:

**2008-2012 թթ. «ՀՀ առողջապահության համակարգի արդիականացում» ծրագրի երկրորդ փուլի (թիվ 4267 AM)** վարկային ծրագրի շրջանակներում իրականացվել են հետևյալ գործընթացները.

- 1) վերանորոգվել են ՀՀ Արմավիրի մարզի՝ Արմավիրի, ՀՀ Արարատի մարզի՝ Արարատի, ՀՀ Արագածոտնի մարզի՝ Ապարանի բժշկական կենտրոնները:
- 2) ՀՀ Սյունիքի մարզում վերանորոգվել է Գորիսի ԲԿ-ն և կառուցվել է նոր կցակառույց:
- 3) ՀՀ Գեղարքունիքի մարզում վերանորոգվել է Գավառի ԲԿ-ն: Ժամանակակից պահանջներին համապատասխանեցնելու նպատակով բժշկական կենտրոնի համար նույնպես կառուցվել է նոր կցակառույց:
- 4) Բոլոր նշված բժշկական կենտրոնները հագեցվել են ժամանակակից բժշկական սարքավորումներով, կահույքով և պարագաներով: ՀՀ Շիրակի մարզում կառուցվել է Գյումրու նոր բժշկական կենտրոնը, որը շահագործման է հանձնվել 2012 թվականի սեպտեմբերի 4-ին:

**«Առողջապահական համակարգի արդիականացում» ծրագրի երկրորդ փուլի լրացուցիչ ֆինանսավորման (թիվ 7987-AM)** վարկային ծրագրի շրջանակներում իրականացվել են հետևյալ գործընթացները.

- ամբողջովին վերակառուցվել է Ապարանի ԲԿ-ի դիարանի շենքը,
- վերանորոգվել է Գավառի ԲԿ-ի ինֆեկցիոն մասնաշենքը և բժշկական կենտրոնի համար կառուցվել է նոր դիարան,
- Գյումրու բժշկական կենտրոնը հագեցվել է արդի բժշկական սարքավորումներով, կահույքով և պարագաներով:

**«Առողջապահական համակարգի արդիականացում» ծրագրի երկրորդ փուլի լրացուցիչ ֆինանսավորման թիվ 7987-AM վարկային ծրագրի** շրջանակներում իրականացվել են հետևյալ գործընթացները՝

- 2012-2014թթ. ընթացքում վերանորոգվել է ՀՀ Սյունիքի մարզի Կապանի բժշկական կենտրոնը և կառուցվել նոր շենք Մեղրու տարածաշրջանային բժշկական կենտրոնի համար,

- վերանորոգվել է ՀՀ Տավուշի մարզի Բերդի ԲԿ-ը, ինչպես նաև ՀՀ Լոռու մարզի Ալավերդու ԲԿ-ի պոլիկլինիկական մասնաշենքը և ՀՀ Կոտայքի մարզի Աբովյանի հիվանդանոցը:

❖ «Հիվանդությունների կանխարգելում և վերահսկում» վարկային ծրագիր (ՀՀ ԱՆ նախարարի 21.07.2014թ. № 1759-Ա հրաման):

Ծրագրի նպատակն է բարելավել մոր և մանկան առողջության պահպանման ծառայությունների որակը և մատչելիությունը, առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) օղակում ընտրված ոչ վարակիչ հիվանդությունների վաղ հայտնաբերումը և վերահսկումը, ինչպես նաև առողջապահական ծառայությունների որակը և արդյունավետությունը: Ծրագրի շրջանակներում նախատեսվում է ՀՀ բնակչության ռիսկային խմբերում իրականացնել ՈՎՀ (հիպերտոնիա, շաքարային դիաբետ, արգանդի պարանոցի քաղցկեղ) զանգվածային սքրինինգներ, որոնք ուղղված կլինեն այդ հիվանդությունների վաղ հայտնաբերմանը և վերահսկմանը: Ծրագրի մեկնարկը տրվել է 2013թ. և նախատեսվում է ավարտվել 2019թ. դեկտեմբերին:

Ծրագրի բաղադրիչների ներքո գործընթացներին առավել մանրամասն կարելի է տեղեկանալ ՀՀ ԱՆ ԱԾԻԳ պաշտոնական կայքում:

Վերոգրյալ պետական գործող ծրագրերն և ռազմավարությունները ներկայացված են հավելված 1-ում:

### 3. ԲՆԱԿՇՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆՎԱՆՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳՐԵՐԻ ԲՅՈՒՋԵՏԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԱԿ

Առաջիկա տարիներին նախատեսվում է պետական առողջապահական ծախսերի կառուցվածքային փոփոխություն: Եթե առաջնային բուժօգնության ծառայությունների ֆինանսավորմանը հատկացվելու է ոլորտի բյուջեի 35-40%, ապա 2018 թվականից նախապատվությունը տրվելու է հիվանդանոցային ծառայություններին՝ հատկացնելով բյուջեի 65%: Աստիճանաբար կրճատվելու է կապիտալ ծախսերի ֆինանսավորումը, միջնաժամկետում կապիտալ ծախսերին կհատկացվի ոլորտի ֆինանսավորման 9-12%, իսկ 2018 թվականից՝ 7-10%:

Ֆինանսական պլանները միտված են միջնաժամկետում գերակա համարվող ուղղություններին, որոնք են՝

1. Բնակչության հիգիենիկ և համաճարակային անվտանգության ապահովումը,
2. Բնակչության առողջության առաջնային պահպանման ապահովումը,
3. Մոր և մանկան առողջության պահպանման ապահովումը,
4. Սոցիալական կախվածություն և հատուկ նշանակություն ունեցող հիվանդությունների բուժօգնության ապահովումը
5. Բնակչությանը արտոնյալ և անվճար պայմաններով դեղերով ապահովումը:



## 1. Բնակչության հիգիենիկ և համաճարակային անվտանգության ապահովում

Բնակչության հիգիենիկ և համաճարակային անվտանգության ապահովմանն ուղղված պետական քաղաքականության հիմնական նպատակներն են՝

- գործոնների ազդեցության բացառումը, մարդու և նրա ապագա սերունդների կենսունակության համար բարենպաստ պայմանների ապահովումը,
- հանրային առողջության և հիգիենիկ ու համաճարակային անվտանգության ապահովման միասնական պետական քաղաքականության հետագա ձևավորումը և մշակումը,
- վարակիչ հիվանդություններով հիվանդացության նվազեցման կառավարումը, դրանց հետևանքով մահվան դեպքերի կանխարգելումը և վարակիչ հիվանդությունների նկատմամբ բնակչության անընկալության ապահովումը,
- պետական սահմանում արտերկրից հանրապետության տարածք վարակիչ հիվանդությունների ներբերման կանխարգելումը,
- վարակիչ հիվանդությունների առաջացման ու դրանց տարածման պատճառների և պայմանների բացահայտման, քննման և հետազոտության ուղղությամբ իրականացվող աշխատանքների արդյունավետության բարձրացումը,
- ոլորտին ուղղվող պետական ֆինանսավորման ավելացումը՝ հատկապես պատվաստանյութերի ձեռքբերման հատկացումների ավելացումը: Վերջինս պայմանավորված է ԳԱՎԻ (Պատվաստանյութերի և իմունիզացիայի գլոբալ դաշինք) միջազգային դոնոր կազմակերպության առջև նոր ներդրված պատվաստանյութերի ձեռքբերման գործընթացում պետական մասնակցության տարեկան աճի վերաբերյալ պետության ստանձնած պարտավորությամբ: Այսպես, 2017 թվականին նախատեսվում է պատվաստանյութերի ձեռք բերմանն ուղղել շուրջ 1.3 մլրդ դրամ՝ 0.5 մլրդ դրամի փոխարեն (պատվաստանյութերը ձեռք են բերվում իմունականիսարգելման ազգային ծրագրի շրջանակներում):
- «Բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման և հանրային առողջապահության ծառայություններ» ծրագրի շրջանակում պետական ֆինանսավորման շարունակական աճի ապահովում: 2017 թվականին նախատեսվում է ծրագրի իրագործմանն ուղղել 4.2 մլրդ դրամ՝ 1.9 մլրդ դրամով ավել 2013թ-ի ֆինանսավորումից:

## 2. Բնակչության առողջության առաջնային պահպանման ապահովում

ՀՀ ամբողջ բնակչությունն հանդիսանում է առողջության առաջնային պահպանման ոլորտի շահառուն: Առողջության առաջնային պահպանման ոլորտը ներառում է ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական օգնությունը և սպասարկումը, այն է՝

- ընտանեկան բժշկի և տեղամասային թերապևտի (մանկաբույժի) կողմից բնակչության առողջության պահպանման, հիվանդությունների կանխարգելման, հիվանդների բժշկական օգնության և նրանց նկատմամբ շարունակական հսկողության ապահովումը,
- հիվանդանոցային բուժման կարիք ունեցողների հոսպիտալացման կազմակերպման միջոցառումների իրականացումը,
- ըստ բժշկական ցուցումների՝ լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների իրականացումը,

- ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օղակի և դիսպանսերների նեղ մասնագետների կողմից բնակչության բուժական-խորհրդատվական մասնագիտացված օգնության ապահովումը,
- տնային կանչերի իրականացումը,
- ընտանեկան բժշկի, տեղամասային թերապևտի (մանկաբույժի), իսկ առանձին հիվանդությունների գծով՝ համապատասխան մասնագետի նշանակմամբ, անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով դեղեր ստանալու իրավունք ունեցող անձանց դեղերով ապահովումը:

### **Սոցիալական փաթեթի առողջապահական ծառայություններ**

ՀՀ կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի № 375-Ն որոշմամբ հաստատվել են սոցիալական փաթեթի շահառուների առողջապահական փաթեթի շրջանակներում պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման կազմակերպման և ֆինանսավորման կարգը, սոցիալական փաթեթի շահառուների պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման ծառայությունների փաթեթը, սոցիալական փաթեթի շահառուների՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու սպասարկման հավաստագրի տրամադրման և առողջապահական փաթեթի հասանելիության նպատակով էլեկտրոնային շտեմարանի ձևավորման և վարման կարգերը:

Համաձայն վերոհիշյալ որոշման՝ շահառուներին տրամադրվող **բժշկական օգնության ու սպասարկման ծառայությունների փաթեթը ներառում է.**

**1. հիվանդանոցային** (թերապևտիկ և վիրաբուժական) բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը (ստորև նշված են **բացառությունները**), ներառյալ՝ ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով հաստատված, նորագույն և թանկարժեք տեխնոլոգիաների կիրառմամբ մատուցվող, բժշկական ծառայությունների չափորոշիչում ընդգրկված՝ հետևյալ ծառայությունները.

- ա. նյարդավիրաբուժական, այդ թվում՝ գլխուղեղի անոթային հիվանդությունների էնդովասկուլյար բուժման (ներառյալ միկրոկաթետրի, միկրոպարոյրի կամ օնիքսի արժեքը),
- բ. սրտի վիրահատական և ներանոթային միջամտությունների իրականացման (ընդ որում, կրոնար անոթների ստենտավորման փոխհատուցումը ներառում է՝ ինչպես դեղապատ, այնպես էլ՝ ոչ դեղապատ ստենտի արժեքը), այդ թվում՝ սրտի փականների պրոթեզավորման (սրտի ռիթմը վարող սարքերի իմպլանտացիայի ծառայություններ),
- գ. սիներակի (Վ. Կավա/V. Cava) ֆիլտրի տեղադրումը,
- դ. սկլերոպլաստիկական և կեռատոպլաստիկական,
- ե. մետաղական կոնստրուկցիաների արժեքը՝ վնասվածքաբանական վիրահատությունների ժամանակ,
- զ. լիթոտրիպսիան (հեռահար, պերկուտան, ուրեթերոռենոսկոպիկ),

**2. վնասվածքների՝** (կտորվածքներ, հոդախախտեր, փափուկ հյուսվածքների վնասվածքներ, սալջարդեր և այլն) հիվանդանոցային պայմաններում արտահիվանդանոցային ձևով իրականացվող, բժշկական օգնությունը և սպասարկումը:

**Սոցիալական փաթեթի շրջանակներում շահառուների բժշկական օգնության և սպասարկման փոխհատուցման բացառություններն են.**

- արտահիվանդանոցային բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը, այդ թվում՝ ստոմատոլոգիական ծառայությունները,
- տուբերկուլյոզի, հոգեկան և թմրաբանական հիվանդությունների, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների, նախազորակոչային և զորակոչային տարիքի անձանց հիվանդանոցային փորձաքննության, ուռուցքաբանական հիվանդությունների քիմիոթերապևտիկ, վերականգնողական (այդ թվում՝ առողջարանային), երիկամային քրոնիկ անբավարարության դեպքում կատարվող հեմոդիալիզի, մանկաբարձական (ծննդօգնություն և հղիության ախտաբանություն), ՄԻԱՎ/ԶԻԱՀ-ի բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունները,
- ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումները և բուժումը,
- ռեպրոդուկտիվ (վերարտադրողական) ֆունկցիայի և էրեկտիլ դիսֆունկցիայի (իմպոտենցիա) հետ կապված հետազոտությունները և բուժումը, դիսմենորեան, հակաբեղմնավորիչ կոնսերվատիվ միջամտությունները, այդ թվում՝ ներարգանդային պարույրի (ՆԱՊ) տեղադրումը և հեռացումը, այլ հակաբեղմնավորիչ միջոցները,
- վերջույթների և դրանց առանձին սեգմենտների պրոթեզավորումը,
- պրոթեզները, էնդոպրոթեզները, բժշկական սարքավորումները, իմպլանտները, տեսողական և լսողական սարքերը, ինչպես նաև այլ կարգավորիչ բժշկական հարմարանքները (նշված բացառությունները չեն վերաբերում սրտի վիրահատական և ներանոթային միջամտություններին),
- հետևյալ հիվանդությունների բուժումը՝ քրոնիկ հիվանդություններ, որոնք պահանջում են մշտական ոչ վիրահատական, պահպանողական բուժում և դինամիկ հսկողություն (բացառությամբ դրանց՝ կյանքին վտանգ սպառնացող անհետաձգելի հիվանդանոցային բուժում պահանջող սրացումների և բարդությունների), այդ թվում՝ բնածին անոմալիաներ, զարգացման արատներ և այլ անատոմիական առանձնահատկություններ, մանկական ուղեղային կաթված, պարբերական հիվանդություն, էպիլեպսիա, շաքարային դիաբետ, թոքերի էմֆիզեմա, պնևմոսկլերոզ, ողնաշարի միջողային սկավառակների ախտահարումներ, ողնաշարի դեգեներատիվ դիստրոֆիկ փոփոխություններ, օստեոխոնդրոզ, աուտոիմուն և շարակցական հյուսվածքի համակարգային հիվանդություններ, լյարդային անբավարարություն, քրոնիկական վիրուսակրություն (այդ թվում՝ վիրուսային հեպատիտները), քրոնիկական բացիլակրություն, քրոնիկական պարազիտակրություն:

Այն շահառուների համար, ովքեր ՀՀ կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի № 318-Ն որոշման համաձայն օգտվում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման իրավունքից՝ սոցիալական փաթեթի շրջանակներում չփոխհատուցվող ծառայություններն իրականացվում և փոխհատուցվում են ՀՀ պետական բյուջեի «Առողջապահություն» բաժնի համապատասխան ծրագրերի շրջանակներում:

ՀՀ կառավարության 2014 թվականի դեկտեմբերի 25-ի № 1483-Ն որոշմամբ փոփոխություններ և լրացումներ կատարվեցին ՀՀ կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի № 1691-Ն և 2014 թվականի մարտի 27-ի № 375-Ն որոշումներում, որոնց

արդյունքում **2015 թվականի հունվարի 1-ից վերոհիշյալ փաթեթում կատարվեցին հետևյալ փոփոխությունները.**

- 1) հաստատվեց սոցիալական փաթեթի շահառուների **տարեկան պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննության փաթեթը,**
- 2) սոցիալական փաթեթի շահառուներին հնարավորություն ընձեռնվեց բժշկական ցուցումների առկայության դեպքում արտահիվանդանոցային պայմաններում օգտվել ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 20-ի № 53-Ն հրամանով հաստատված **հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտություններից,** ընդ որում՝ առանձին հետազոտություններ (մագնիսական-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա, համակարգչային տոմոգրաֆիա, անգիոգրաֆիկ համակարգչային տոմոգրաֆիա, կորոնարոանգիոգրաֆիա, գլխուղեղի անգիոգրաֆիա) պետք է իրականացվեն *համավճարային սկզբունքով:*
- 3) սոցիալական փաթեթի շահառուներին հնարավորություն ընձեռնվեց նաև իրենց սոցիալական փաթեթի տարեկան 72 000 դրամ գումարները ապահովագրական ընկերությունների միջոցով ուղղել հետևյալ առողջապահական ծառայությունների ձեռքբերմանը.

ա. **սոցիալաբեթի շահառուի համար՝** առողջության ապահովագրության լրացուցիչ ծառայությունների նվազագույն փաթեթ,

բ. **սոցիալաբեթի շահառուի ընտանիքի անդամի** համար առողջության ապահովագրության նվազագույն բազային փաթեթ:

Ընդ որում՝ սոցիալական փաթեթի շահառուն նշված փաթեթները կարող է ձեռք բերել իր կողմից ընտրված այն ապահովագրական ընկերություններից, որոնց կողմից առաջարկվող առողջության ապահովագրության փաթեթների օրինակելի ձևերը Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից ստացել են դրական եզրակացություն և տեղադրվել են ՀՀ առողջապահության նախարարության կայքէջի «Ծառայություններ» դարանի «Սոցիալական փաթեթ» բաժնում՝ անհրաժեշտության դեպքում կատարելով համապատասխան ապահովագրական ընկերության կողմից սահմանված փաթեթի գնի և սոցիալական փաթեթի իրեն հասանելիք գումարի տարբերության չափով լրավճար:

### 3. Մոր և մանկան առողջության պահպանման ապահովում

Մոր և մանկան առողջության պահպանումը եղել և շարունակվում է մնալ պետության ուշադրության ներքո: Առողջապահության ոլորտում իրականացվող քաղաքականությունը միջնաժամկետում և երկարաժամկետում հիմնականում ուղղված է լինելու հետևյալ նպատակների կենսագործմանը՝

- կանանց և երեխաներին մատուցվող բժշկական ծառայությունների մատչելիության և որակի բարելավում,
- երեխաների բժշկական օգնության կազմակերպման անհրաժեշտ ծավալների, ինչպես նաև հիվանդությունների կանխարգելման միջոցառումների ապահովում՝ ուղղված մանկական մահացության ու հիվանդացության ցուցանիշերի նվազեցմանը,
- մայրության հովանավորում, ծննդօգնության որակյալ ծառայությունների մատչելիության ապահովում՝ ուղղված մայրական և շուրջծննդյան (պերինատալ) հիվանդացության ու

մահացության ցուցանիշերի նվազեցմանը, ինչպես նաև վերարտադրողական առողջության բարելավմանը:

Նախատեսվում է ոլորտին ուղղվող բյուջետային հիմնական ծրագրերի գծով պետական ֆինանսավորման շարունակական աճ: Մասնավորապես, մանկաբարձագինեկոլոգիական ամբուլատոր բժշկական օգնության ֆինանսավորման ծավալները 2017 թվականին՝ 2013թ-ի համեմատությամբ կաճեն 56%: Հիվանդանոցային մանկաբարձական բժշկական օգնության ֆինանսավորումը նույն ժամանակահատվածում կաճի 14%, իսկ երեխաներինը՝ 16%:

Միջնաժամկետում կարևորվելու է, հատկապես, սրբինինգային հետազոտություններում կանանց ընդգրկվածության աճի խթանումը (նախատեսվում է ընդգրկվածության ավելի քան 50% աճ): Այդ նպատակով արդեն 2015 թվականի հունվարից մեկնարկել է սրբինինգային հետազոտությունների ծրագիրը, որը նախատեսում է ազգաբնակչության համար անվճար հետազոտություններ՝ առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների (արյան գերճշում, շաքարային դիաբետ, արգանդի պարանոցի քաղցկեղ) վաղ հայտնաբերման և կանխարգելման նպատակով: Միջոցառումը ներառված է ՀԲ-ի աջակցությամբ իրականացվող «Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելում և «վերահսկում» վարկային ծրագրի շրջանակներում:

#### **4. Սոցիալական կախվածություն և հատուկ նշանակություն ունեցող հիվանդությունների բուժօգնության ապահովում**

Այս ուղղությամբ իրականացվող պետական քաղաքականության հիմնական նպատակն է **ոչ վարակիչ հիվանդությունների** (մասնավորապես՝ սիրտանոթային, շաքարային դիաբետի և չարորակ նորագոյացությունների), բնակչության համար մեծ ռիսկ ներկայացնող հիվանդությունների (մալարիա, տուբերկուլյոզ և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ) տարածման կանխարգելումը, դրանց վաղ հայտնաբերումն ու բուժման արդյունավետության բարձրացումը: 2015թ.-ին պետական ֆինանսավորմամբ իրականացվում է **«Սրտի անհետաձգելի վիրահատության ծառայություններ» ծրագիրը**: Այս ծրագրում ընդգրկվելու են այն քաղաքացիները, ովքեր ներառված չեն սրտի անվճար ինվազիվ վիրահատության իրավունք ունեցող որևէ սոցիալական խմբում:

#### **Բնակչության սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց հիվանդանոցային մասնագիտացված բժշկական օգնության ապահովում**

Պետական քաղաքականության հիմնական նպատակն է մեծացնել սոցիալապես անապահով (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց բժշկական օգնության հասանելիության մակարդակը, ապահովել բնակչության նշյալ խմբերում ընդգրկված անձանց հիվանդանոցային որակյալ բժշկական օգնության իրականացումն ընդհանուր և մասնագիտացված պրոֆիլի հիվանդանոցներում ու բաժանմունքներում: Ծրագիրը նախատեսում է բժշկական օգնության և սպասարկման բոլոր տեսակների ծառայությունների մատուցում բնակչության սոցիալապես անապահով խմբերին՝ բացառությամբ կոսմետոլոգիական, օրգանների ու հյուսվածքների փոխպատվաստման և ստոմատոլոգիական թանկարժեք ծառայությունների մատուցման:

## 5. Բնակչությանը արտոնյալ և անվճար պայմաններով դեղերի ապահովում

Ծրագիրը նախատեսում է կենտրոնացված միջոցներով դեղորայքի ձեռքբերումներ: Մասնավորապես, ծրագրի շրջանակներում դեղորայք է ձեռք բերվում հոգեմետ, չարորակ նորագոյացություններով, շաքարային և ոչ շաքարային դիաբետով, էպիլեպսիայով, պարբերական հիվանդությամբ, նաև երիկամների փոխպատվաստում տարած հիվանդների համար: Կարևորվում է դեղերի որակի պետական վերահսկողության կազմակերպումը դեղերի շրջանառության բոլոր փուլերում, բնակչության առանձին խմբերին անվճար և արտոնյալ պայմաններով հատկացվող դեղերի անվանական և քանակական լիարժեք ապահովումը:

Միջնաժամկետում քաղաքականությունը նպատակաուղղված է լինելու այս ուղղությամբ իրականացվող ծրագրերի շարունակականության ապահովմանը:

## 4. ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԱԿ

### Եվրոպական Միություն

ՀՀ – ԵՄ համագործակցության հիմնական նպատակները և գերակա ոլորտները նախանշված են երկու հիմնական փաստաթղթերում՝ Երկրի ռազմավարական փաստաթուղթ (ԵՌՓ, 2007-2013թթ.) և Ազգային ինդիկատիվ ծրագիր (ԱԻԾ, 2011-2013թթ.):

ԵՌՓ-ը, որը պատրաստվել է Եվրոպական հանձնաժողովի կողմից, ներկայացնում է Հայաստանի քաղաքական, սոցիալական և բնապահպանական իրավիճակը: Փաստաթղթում ներկայացվում են համագործակցության նպատակները, քաղաքականության ոլորտում ձեռնարկվելիք միջոցառումները և գերակա ոլորտները: Ծրագիրը մշակվել է Հայաստանի գերատեսչությունների հետ սերտ խորհրդակցությունների աղյուսքում և իրականացվում է ԵՀԲ Գործողությունների ծրագրով ու Արևելյան գործընկերության նոր նախաձեռնություններով:

Ծրագրի շրջանակներում ՀՀ ԱՆ-ը աշխատել է առողջապահության ոլորտին առնչվող միջոցառումների իրականացման ուղղությամբ:

Առողջապահության ոլորտում իրականացվելիք միջոցառումներն են՝

- ՀՀ-ում առողջապահության բարելավմանն առնչվող խնդիրների և ԵՄ լավագույն փորձի ուսումնասիրություն
- ԵՄ անդամ երկրների փորձի կիրառմամբ ոլորտում օրենսդրական և ինստիտուցիոնալ բարեփոխումների իրականացման ապահովում
- Լաբորատոր համակարգի և լաբորատոր ռեֆերենտ կենտրոնի զարգացում
- Սեռով պայմանավորված՝ հղիության արհեստական ընդհատումներին առնչվող խնդիրների վերհանում և այդ ուղղությամբ հանրային իրազեկության բարձրացում
- Հակամանրէային դեղերի նկատմամբ կայունության համաճարակաբանական հսկողության համակարգի ներդրում:

### Եվրոպայի Խորհուրդ



2008թ. Հայաստանը միացել է Եվրոպայի խորհրդի «Մարդկանց շահագործման (թրաֆիքինգ) դեմ պայքարի մասին» կոնվենցիային, որը սահմանում է հետևյալը.

- ձեռնարկել տարատեսակ միջոցներ՝ մարդկանց, մասնավորապես, կանանց և երեխաների շահագործման (թրաֆիքինգ) վերացման համար,
- համալրել վերապատրաստված և որակավորված մասնագետներով և ապահովել տարբեր մարմինների համագործակցություն,
- պաշտպանել թրաֆիքինգի զոհերի անձնական կյանքն ու ինքնությունը և ձեռնարկել միջոցառումներ՝ զոհերի ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական վերականգնմանը նպաստելու համար:

### **Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն (ԱՀԿ)**

ԱՀԿ-ը ՄԱԿ-ին պատկանող միջկառավարական կազմակերպություն է, որին Հայաստանը անդամակցում է 1994 թվականից:

Համագործակցության շրջանակներում իրականացվել են մոր և մանկան առողջության շարունակական բարելավման և մահացության ցուցանիշերի կրճատման, միասնական համաճարակաբանական հսկողության, ինչպես նաև ընդհանուր հանրային առողջապահական համակարգի ստեղծման, դեղամիջոցների ռացիոնալ օգտագործման համակարգի ներդրման և որակի ապահովման ու ստուգման, առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման կենսունակ ու արդյունավետ համակարգի ստեղծման, առողջության առաջնային պահպանման համակարգի հետագա զարգացման ծրագրեր:

ԱՀԿ-ն աջակցում է նաև առողջապահության բնագավառում քաղաքական կարևոր փաստաթղթերի մշակմանը՝ ցուցաբերելով տեխնիկական, փորձագիտական աջակցություն:

### **ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամի (UNICEF) ծրագրեր**

ՀՀ կառավարության և ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամի միջև ստորագրված համագործակցության 5-ամյա ռազմավարական փաստաթղթի շրջանակներում ՀՀ ԱՆ և ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամի միջև ստորագրվել է 2014–2015թթ. համար գործողությունների երկամյա ծրագիր, որի շրջանակներում իրականացվում է երեխաների և դեռահասների առողջության ծրագիր՝ ուղղված նորածնային խնամքին, իմունիզացիային, վաղ տարիքի երեխաների առողջության, դեռահասների առողջության և սնուցման հասանելիությանն ու որակին:

ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամ օժանդակում է նաև ՀՀ առողջապահության նախարարությանը մոր և մանկան առողջապահության ոլորտում ռազմավարական փաստաթղթերի մշակման, անհրաժեշտ առանձին սարքավորումների ձեռքբերման, ինչպես նաև երեխայի առողջության հավաստագրի ծրագրի ներդրման հարցերում:

### **Համաշխարհային Բանկ (ՀԲ)**

ՀՀ կառավարության և ՀԲ միջև համագործակցությունը մեկնարկել է դեռևս 1997թ-ից: Տարաբնույթ ծրագրերի շրջանակներում իրականացվել են բազմաթիվ աշխատանքներ՝

ուղղված առողջապահության համակարգի գործունակության արդյունավետության բարձրացմանը և մատչելիության ապահովմանը:

Հաշվետու ժամանակահատվածում ավարտվել են մարզային 5 բժշկական ամբուլատորիաների կառուցման և 1 բժշկական ամբուլատորիայի վերանորոգման աշխատանքները: Ընթացքում են նաև ՀՀ Արմավիրի մարզի «Մեծամորի ԲԿ» ՓԲԸ պոլիկլինիկական մասի հիմնանորոգման աշխատանքները: Մինևույն ժամանակ ավարտվել է մարզային 21 ամբուլատորիաների կահույքով հագեցման գործընթացը:

### **Անկախ Պետությունների Համագործակցություն (ԱՊՀ)**

Հայաստանը ակտիվորեն մասնակցություն է ունեցել ԱՊՀ առողջապահական հանձնաժողովների նիստերին, շահագրգիռ քննարկումներ ծավալել մեր երկրի համար հետաքրքրություն ներկայացնող ուղղություններով, ստորագրել ԱՊՀ սահմաններում ընդհանուր խնդիրների լուծմանն ու կարգավորմանը վերաբերող կարևոր մի շարք փաստաթղթեր:

### **Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներ (ԱՄՆ)**

ԱՄՆ հետ համագործակցությունն ընթանում է ԱՄՆ Միջազգային Զարգացման Գործակալության /USAID/ և ՀՀ Կառավարության միջև 2010թ. օգոստոսի 6-ին ստորագրված «Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների արդյունավետության բարելավման շուրջ օժանդակության» համաձայնագրի, այնուհետև նաև՝ 2013թ. սեպտեմբերի 28-ին ՀՀ Կառավարության և ԱՄՆ ՄԶԳ միջև ստորագրված «Համագործակցության համաձայնագրի» շրջանակներում: Նպատակը առողջության առաջնային օղակում տուբերկուլյոզի դեմ պայքարի, մոր և մանկան առողջության պահպանման, շտապ և անհետաձգելի բուժօգնության ծառայությունների և այլ բնագավառներում բարեփոխումների իրականացումն է:

2014թ. սեպտեմբերին ավարտվեց 2012թ. հունվարի 19-ին ԱՄՆ՝ ի դեմս ԱՄՆ ՄԶԳ և ՀՀ՝ ի դեմս ՀՀ ԱՆ, միջև ստորագրված Սահմանափակ շրջանակով դրամաշնորհային համաձայնագրի շրջանակներում իրականացվող Հայաստանում շտապ բուժօգնության ծառայության բարելավման ծրագիրը, որն ուղղված էր ՀՀ-ում շտապ բուժօգնության ծառայության վերաբերյալ հանրային իրազեկվածության բարելավման, ռեսուրսների պլանավորման և կառավարման, շտապ բուժօգնության ծառայության անձնակազմի հմտությունների և կարողությունների մեծացման և շտապ բուժօգնության ծառայության մշտադիտարկման ամրապնդմանը:

Հաշվետու ժամանակահատվածում, ինչպես նախորդ տարիներին, տեղի են ունեցել ԱՄՆ Պաշտանության դեպարտամենտի «Վտանգի նվազեցման» գործակալության և ՀՀ ԱՆ փորձագետների աշխատանքային մի շարք հանդիպումներ, նաև դասընթացներ:

### **Ռուսաստանի Դաշնություն (ՌԴ)**

ՌԴ հետ համագործակցությունը ընթանում է ՀՀ և ՌԴ առողջապահության նախարարությունների միջև կնքված մի շարք համաձայնագրերի և հուշագրերի շրջանակներում, որոնցից առավել կարևորվում են՝

- 2000թ. սեպտեմբերի 25-ին կնքված «Առողջապահության և բժշկագիտության բնագավառներում համագործակցության մասին» համաձայնագիրը,
- 2010թ. սեպտեմբերի 13-ին ստորագրված «Փոխըմբռնման հուշագիրը»,
- 2002թ. հուլիսի 2-ին ստորագրված «Հիգիենիկ եզրակացությունների փոխադարձ ճանաչման մասին» համաձայնագիրը,
- 2008թ. մարտի 18-ին երևանում ՀՀ ԱՆ և ՌԴ Մարդու բարեկեցության և սպառողների իրավունքների պաշտպանության և վերահսկողության դաշնային ծառայության միջև ստորագրված «Գրիպի պանդեմային նախապատրաստության և թռչնագրիպի մոնիտորինգի բնագավառում համագործակցության մասին» համաձայնագիրն ու համաձայնագրին կից վարչական պայմանագիրը:

**2014թ.** մայիսի 12-13-ը ՀՀ ԱՆ պատվիրակությունը ՌԴ մայրաքաղաք Մոսկվայում մասնակցեց Արևելյան Եվրոպայում և Կենտրոնական Ասիայում ՁԻԱՎ/ՄԻԱՎ հարցերին նվիրված չորրորդ միջազգային համաժողովին, որի շրջանակներում կողմերը քննարկեցին Ռոսպոտրեբնազորի և ՀՀ ԱՆ միջև գործող վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի ոլորտում համագործակցության մասին Փոխըմբռնման հուշագրի շրջանակներում արդեն իսկ իրականացված և ապագայում իրականացվելիք միջոցառումները, ինչպես նաև ՄԻԱՎ/ՁԻԱՎ-ին հակազդման ոլորտում քաղաքականությունը: Արդյունքում՝ Հայաստանը ձեռք բերեց հեպատիտ Ա-ի դեմ պատվաստանյութեր:

**2014թ.** նոյեմբերի 7-ին Հայաստանում կայացավ Հայ-Ռուսական առողջապահական համաժողովը, արդյունքում՝ երկու երկրների առողջապահության նախարարությունների միջև ստորագրվեցին փոխըմբռնման հուշագրեր, որոնց շրջանակներում կողմերը կհամագործակցեն դեղերի քաղաքականության, շարունակական բժշկական զարգացման, հեռուստաբժշկության և էլեկտրոնային առողջապահության ոլորտներում: Միաժամանակ երկու երկրների առողջապահական պալատների միջև նույնպես ստորագրվեց համագործակցության պայմանագիր:

**2015թ.** հոկտեմբերի 21-ից 22-ը Մինսկում անցկացվող ԱՀԿ նախարարական համաժողովի շրջանակում ՀՀ առողջապահության նախարար Արմեն Մուրադյանը և ԱՀԿ տարածաշրջանային տնօրեն Ժուժաննա Յակոբը ստորագրել են շրջանակային համաձայնագիր, որով սահմանվում են երկու կառույցների միջև **2016-2017թթ.** նախատեսվող համագործակցության ուղղությունները:

Ստորագրված փաստաթղթով նախատեսված է շարունակել համագործակցությունը իմունականիսարգելման, տուբերկուլոզի ազգային ծրագրի, հոգեկան առողջության ոլորտի բարեփոխումների, հանրային առողջապահական կարողությունների հզորացման, ոչ վարակիչ հիվանդությունների ռիսկի գործոնների ուսումնասիրման և վերահսկման համակարգի ստեղծման, մոր և մանկան առողջության պահպանման, միջազգային առողջապահական կանոնների կիրառման, ինչպես նաև այլ ուղղություններով:

**2015թ.** նոյեմբերի 10-ին Մոսկվայի Վ.Ի.Կուլակովի անվան Մանկաբարձության, գինեկոլոգիայի և պերինատոլոգիայի գիտական կենտրոնում ՀՀ առողջապահության նախարար Արմեն Մուրադյանի և ՌԴ առողջապահության նախարար Վերոնիկա Սկվորցովայի մասնակցությամբ Հայ-ռուսական առողջապահական համաժողովը երկրորդ անգամ մասնակիցներին հնարավորություն ընձեռեց մանրամասն քննարկել համագործակցության

հնարավորությունները, ինչպես նաև քայլեր ձեռնարկել երկու երկրի բնակչության առողջության մակարդակի բարձրացման ուղղությամբ:

Լայնամասշտաբ միջոցառումը երկրորդ անգամ միավորեց գործընկեր երկրների առողջապահության ոլորտի պատասխանատուներին՝ այս անգամ շեշտադրելով *հանրային առողջության, առողջ ապրելակերպի, մասնագիտական շարունակական զարգացման, ներհիվանդանոցային վարակների դեմ պայքարի, բուժօգնության որակի, ոլորտում իրականացվող բարեփոխումների* կարևորությունը:

Համաժողովի պլենար նիստերի ընթացքում Հայաստանի և Ռուսաստանի առաջատար մասնագետները քննարկել են առողջապահության ոլորտի մի շարք կարևոր հարցեր, որոնց թվում են *մոր և մանկան առողջությունը, դեղերի շրջանառությունը, առողջապահական բարեփոխումները, ոչ վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի ուղիները, ֆինանսավորման մեխանիզմները, տեղեկատվական տեխնոլոգիաների և էլեկտրոնային առողջապահության ներդրումը: Անդրադարձ է կատարվել նաև ծխախոտի և ալկոհոլի դեմ պայքարին, ինչպես նաև էլեկտրոնային առողջապահությանը և հեռաբժշկությանը:*

Համաժողովի ավարտին երկու երկրի առողջապահության նախարարությունների միջև հանրային առողջության ոլորտում ստորագրվեց համագործակցության մասին փոխըմբռնման հուշագիր:

Համագործակցություն է ծավալվում նաև բժշկագիտության և կադրերի վերապատրաստման բնագավառում: Հաշվետու ժամանակահատվածում ՌԴ-ը աջակցել է բազմաթիվ հայ բժիշկ-մասնագետների, մասնավորապես՝ մանկաբույժների, անեսթեզիոլոգների և ռեանիմատոլոգների վերապատրաստմանը Ռուսաստանի առաջատար կլինիկաներում՝ փոխանցելով գիտագործնական գիտելիքներ մանկական և մայրական մահացության նվազեցման ոլորտում՝ հենվելով ռուսական լավագույն փորձի և ձեռքբերումների վրա:

## 5. ԻՐԱՎԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆԱԿ

Առողջապահական ոլորտը կարգավորող իրավական ակտերի շրջանակն ընդգրկում է մի շարք օրենքներ: Դրանցից առավել կարևորներին անդրադառնանք ստորև՝

**ՀՀ Սահմանադրություն (Փոփոխություններով)** (Ընդունվել է 05.07.1995թ. ՀՀ հանրաքվեով: Սահմանադրության փոփոխությունները կատարվել են 27.11.2005թ. ՀՀ հանրաքվեով)

Հոդված 31.1. Պետությունը պաշտպանում է սպառողների շահերը, իրականացնում օրենքով նախատեսված միջոցառումներ՝ ապրանքների, ծառայությունների և աշխատանքների որակի վերահսկողության ուղղությամբ:

Հոդված 37. Յուրաքանչյուր ոք ունի ծերության, հաշմանդամության, հիվանդության, կերակրողին կորցնելու, գործազրկության և օրենքով նախատեսված այլ դեպքերում սոցիալական ապահովության իրավունք: Սոցիալական ապահովության ծավալն ու ձևերը սահմանվում են օրենքով:

Հոդված 38. Յուրաքանչյուր ոք ունի օրենքով սահմանված եղանակներով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք: Յուրաքանչյուր ոք ունի անվճար հիմնական

բժշկական ծառայություններ ստանալու իրավունք: Դրանց ցանկը և մատուցման կարգը սահմանվում են օրենքով:

Հոդված 48.4. Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային ոլորտներում պետության հիմնական խնդիրներն են՝

- պաշտպանել և հովանավորել ընտանիքը, մայրությունը և մանկությունը,
- իրականացնել բնակչության առողջության պահպանման ծրագրեր, նպաստել արդյունավետ և մատչելի բժշկական սպասարկման պայմանների ստեղծմանը,
- իրականացնել հաշմանդամության կանխարգելման և բուժման ծրագրեր, խթանել հաշմանդամների մասնակցությունը հասարակական կյանքին:

**ՀՀ օրենքը «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին»** (Ընդունվել է 04.03.1996թ.)

Սահմանում է մարդու առողջության պահպանման սահմանադրական իրավունքի իրականացումն ապահովող բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման, իրավական, տնտեսական և ֆինանսական հիմունքները, բժշկական օգնության և սպասարկման հիմնական տեսակները, այն է՝ առաջնային բժշկական և մասնագիտացված բժշկական օգնությունը: Առաջինը պետության կողմից երաշխավորվող յուրաքանչյուր մարդու համար անվճար, առավել մատչելի մեթոդների և տեխնոլոգիաների վրա հիմնված՝ բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակ է, մինչդեռ երկրորդը՝ հիմնված ախտորոշման և բժշկական առանձնահատուկ մեթոդների ու բարդ բժշկական տեխնոլոգիաների վրա, բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակ է:

**ՀՀ օրենքը «Արտակարգ իրավիճակներում բնակչության պաշտպանության մասին»** (Ընդունվել է 02.12.1998թ.)

Սահմանում է արտակարգ իրավիճակներում բնակչության պաշտպանության հիմքերն ու կազմակերպումը, այդ բնագավառում պետական կառավարման և ՏԻՄ-երի, ձեռնարկությունների, հիմնարկների, կազմակերպությունների՝ անկախ կազմակերպական-իրավական տեսակից, ինչպես նաև պաշտոնատար անձանց և քաղաքացիների իրավունքներն ու պարտականությունները:

**ՀՀ օրենքը «ՀՀ բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման մասին»** (Ընդունվել է 16.11.1992թ.)

Սահմանում է բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման իրավական, տնտեսական և կազմակերպական հիմքերը, ինչպես նաև պետության կողմից նախատեսվող այն երաշխիքները, որոնք բացառում են մարդու օրգանիզմի վրա շրջակա միջավայրի վնասակար ու վտանգավոր գործոնների ազդեցությունը և բարենպաստ պայմաններ ապահովում նրա և ապագա սերունդների կենսունակության համար:

**ՀՀ օրենքը «Երեխայի իրավունքների մասին»** (Ընդունվել է 29.05.1996թ.)

Սույն օրենքով սահմանվում է յուրաքանչյուր երեխայի առողջության պահպանման և ամրապնդման իրավունքը, առողջապահական ծառայություններից երեխայի անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով օգտվելու հնարավորությունը՝ ամենամյա առողջապահական նպաստակային ծրագրերի շրջանակներում:

Երեխայի իրավունքների պաշտպանությունն իրականացնում են լիազորված պետական և տեղական ինքնակառավարման մարմինները: Պետությունը համապատասխան մարմինների միջոցով համագործակցում է երեխայի իրավունքների պաշտպանությանը նպաստող անձանց և հասարակական միավորումների հետ:

**«Օրենքը «Մարդու վերականգնողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» (Ընդունվել է 11.12.2002թ.)**

Կարգավորում է մարդու վերարտադրողական առողջության պահպանման, վերարտադրողական իրավունքի ապահովման, վերարտադրողականության ոլորտում տեխնոլոգիաների կիրառման կարգի ու պայմանների, ինչպես նաև դրանց հետ կապված այլ հարաբերություններ:

**«Օրենքը «Մարդու իմունային անբավարարության վիրուսից առաջացած հիվանդության կանխարգելման մասին» (Ընդունվել է 03.02.1997թ.)**

Սահմանում է մարդու իմունային անբավարարության վիրուսից առաջացած հիվանդության կանխարգելման, ախտորոշման և հսկողության իրականացման կարգը, ինչպես նաև մարդու իմունային անբավարարության վիրուսից առաջացած հիվանդության կանխարգելման կազմակերպական, իրավական, տնտեսական և ֆինանսական հիմունքները:

**«Օրենքը «Մարդու օրգաններ և հյուսվածքներ փոխպատվաստելու մասին» (Ընդունվել է 16.04.2002թ.)**

Օրենքը սահմանում է մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու իրավական հիմքերը, դոնորի, ռեցիպիենտի և բժշկական հաստատությունների իրավունքներն ու պարտականությունները, ինչպես նաև կարգավորում է փոխպատվաստման հետ կապված հարաբերությունները: Ընդ որում, վերջինիս դրույթները չեն տարածվում մարդու վերարտադրողականության գործընթացի հետ առնչվող օրգանների, դրանց մասերի ու հյուսվածքների (ձվաբջիջ, ձվարաններ, ամորձիներ, սերմնահեղուկ, էմբրիոններ), արյան և դրա բաղադրամասերի վրա:

**«Օրենքը «Մարդու արյան և դրա բաղադրամասերի դոնորության և փոխներարկումային բժշկական օգնության մասին» (Ընդունվել է 15.11.2011թ.)**

Կարգավորում է արյան և դրա բաղադրամասերի շրջանառության, դոնորության և ցուցաբերվող փոխներարկումային բժշկական օգնության որակի և անվտանգության հետ կապված հարաբերությունները:

**ՀՀ օրենքը «Հոգեբուժական օգնության մասին»** (Ընդունվել է 25.05.2004թ.)

Կարգավորում է հոգեկան ստույգության, հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձանց իրավունքների պաշտպանության հետ կապված հարաբերությունները, կանոնակարգում է հոգեկան առողջության ոլորտում միջազգային իրավունքի նորմերով, «Մարդու իրավունքների և հիմնարար ազատությունների մասին» եվրոպական կոնվենցիայով և ՀՀ Սահմանադրությամբ ամրագրված՝ մարդու իրավունքների ու ազատությունների իրականացման համար նպաստավոր պայմանների ստեղծման գործընթացները:

**ՀՀ օրենքը «Դեղերի մասին»** (Ընդունվել է 27.10.1998թ.: Կ-770-27.04.2015-ԱՄ-010/1 նախագիծն ընդունվել է առաջին ընթերցմամբ 21.12.2015թ.)

Կարգավորում է Հայաստանի Հանրապետությունում դեղերի շրջանառությունը, որն ընդգրկում է դրանց արտադրությունը, պատրաստումը, կշռաչափումը, փաթեթավորումը, գրանցումը, որակի հսկողությունը և այլ գործողություններ՝ դեղերի ստացման կամ ոչնչացման նպատակով, դեղերի ձեռքբերումը, պահպանումը, պահեստավորումը, բաշխումը, բացթողումը, վաճառքը, արտահանումը, ներմուծումը, դրանց մասին տեղեկատվությունը, գովազդը, ինչպես նաև սահմանում է այդ ոլորտներում ՀՀ պետական մարմինների լիազորությունների շրջանակը:

Նշենք, որ սույն օրենքը չի ներառում օրենսդրական կարգավորում պահանջող հարաբերությունների ողջ շրջանակը, և առկա է այդ հարաբերությունների հրատապ կարգավորման անհրաժեշտություն, այդ նկատառումով ՀՀ կառավարության կողմից մշակվել է «Դեղերի մասին» ՀՀ օրենքի նոր նախագիծ, որը միտված է դեղերի շրջանառության կարգավորմանը՝ դեղի արտադրումից մինչև սպառող, և կնպաստի տեղական դեղարտադրողների արդյունավետ գործունեությանը՝ օրենսդրական ամուր դաշտի ստեղծմամբ, ինչն իր արտացոլումն է գտել նոր օրենքի նախագծում: Նախագծի առանձին դրույթներ դեռևս քննարկման փուլում են:

**ՀՀ օրենքը «Թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութերի մասին»** (Ընդունվել է 26.12.2002թ.)

Կարգավորում է թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութերի շրջանառության հետ կապված հարաբերությունները, ինչպես նաև քաղաքացիների առողջության, պետության և հասարակության անվտանգության ապահովման նպատակով սահմանում է դրանց ապօրինի շրջանառությունը կանխարգելելու պետական քաղաքականության իրավական հիմքերը և թմրամոլության դեմ պայքարի հիմնական միջոցները:

**ՀՀ օրենքը «Սոցիալական աջակցության մասին»** (Ընդունվել է 17.12.2014թ.)

Օրենքը սահմանում է սոցիալական ծառայությունների, սոցիալական աջակցության և ինտեգրված սոցիալական ծառայությունների հասկացությունները, հիմնական սոցիալական ծառայությունները, դրանց դասակարգման հիմքերը և տրամադրող սուբյեկտները, սոցիալական ծառայությունների տրամադրման և սոցիալական աջակցության հիմնական սկզբունքները, սոցիալական աջակցության իրավունքը, նպատակը, սոցիալական աջակցության կառավարման համակարգը, սոցիալական աջակցություն ստացող անձանց իրավունքները և պարտականությունները, սոցիալական աջակցության ֆինանսավորման

աղբյուրները: Սույն օրենքով կարգավորվում են Հայաստանի Հանրապետությունում սոցիալական համագործակցության, տեղական սոցիալական ծրագրերի իրականացման և սոցիալական աջակցության տրամադրման հետ կապված այլ հարաբերություններ:

**ՀՀ օրենքը «Լիցենզավորման մասին»** (Ընդունվել է 30.05.2001թ.)

Սույն օրենքը սահմանում է լիցենզավորման ենթակա գործունեության տեսակները և կարգավորում է լիցենզավորման հետ կապված հարաբերությունները: Օրենքը չի տարածվում պետական սեփականություն հանդիսացող ընդերքի և բնական ռեսուրսների օգտագործման համար տրվող թույլտվությունների (լիցենզիաների), ինչպես նաև քաղաքացիաիրավական հարաբերությունների ընթացքում կնքվող լիցենզային պայմանագրերի վրա:

Լիցենզիան տրվում է միայն սույն օրենքով նախատեսված լիցենզավորման ենթակա գործունեության յուրաքանչյուր տեսակի համար: Լիցենզիաների գործողությունը տարածվում է Հայաստանի Հանրապետության ամբողջ տարածքում, եթե օրենքով այլ բան նախատեսված չէ:

**ՀՀ օրենքը «Գնումների մասին»** (Ընդունվել է 22.12.2010թ.)

Օրենքը կարգավորում է պատվիրատուների կողմից ապրանքների, աշխատանքների և ծառայությունների ձեռքբերման գործընթացի հետ կապված հարաբերությունները, սահմանում այդ հարաբերությունների կողմերի հիմնական իրավունքները և պարտականությունները:

Օրենքի նպատակն է ապահովել գնումների գործընթացում հատուցման դիմաց արժեք, այն է՝

- պատվիրատուին վերապահված լիազորությունների կատարման համար անհրաժեշտ՝ կարիքին համապատասխան ապրանքների, աշխատանքների և ծառայությունների ձեռքբերում՝ համարժեք հատուցմամբ,
- տնտեսող, արդյունավետ և օգտավետ գնումներ և գնումների գործընթաց: Սույն օրենքի գործողությունը տարածվում է Հայաստանի Հանրապետության տարածքում կատարվող գնումների վրա:

**ՀՀ օրենքը «Տեսչական մարմինների մասին»** (Ընդունվել է 17.12.2014թ.)

Օրենքը կարգավորում է Հայաստանի Հանրապետության գործադիր իշխանության համակարգում գործող տեսչական մարմինների (այսուհետ՝ տեսչական մարմին) իրավական վիճակը, դրանց ստեղծման, գործունեության կազմակերպման առանձնահատկությունները, վերակազմակերպման և գործունեության դադարեցման կարգը, ինչպես նաև դրանց հետ կապված այլ հարաբերություններ:

**ՀՀ օրենքը «Գովազդի մասին»** (Ընդունվել է 30.04.1996թ.)

Սույն օրենքը սահմանում է Հայաստանի Հանրապետության տարածքում գովազդի ստեղծման և տարածման իրավական հիմքերը և նպատակ ունի՝

- ա) ապահովել անհրաժեշտ պայմաններ հասարակության, գովազդ սպառողների, գովազդատուների, գովազդ արտադրողների, գովազդակիրների շահերին համապատասխանող գովազդի ստեղծման և տարածման համար.



բ) կանխել գովազդի միջոցով սխալ տեղեկությունների տարածումը, որոնք կարող են վնաս պատճառել իրավաբանական և ֆիզիկական անձանց, նրանց պատվին, արժանապատվությանը, գործարար համբավին և քաղաքացիների շահերին:

**ՀՀ օրենքը «Գովազդի մասին օրենքում լրացում և փոփոխություն կատարելու մասին»**  
(Ընդունվել է 28.04.1999թ.)

Համաձայն սույն օրենքի՝ 15-րդ հոդվածը լրացվել է հետևյալ բովանդակությամբ նոր՝ 6-րդ կետով. 6. Արգելվում է՝

- ա) մինչև 6 ամսական երեխաների համար նախատեսված և մայրական կաթի փոխարեն օգտագործվող ցանկացած սնունդ և հեղուկ, ինչպես նաև կերակրման շշեր ու ծծակներ գովազդելը,
- բ) կրծքի կաթի փոխարինիչների տուփերի վրա տվյալ արտադրանքը գովազդող գրառումներ և նկարներ տեղադրելը,
- գ) կրծքի կաթի փոխարինիչներ իրացնելը՝ առանց վերջիններիս տուփի վրա կրծքով սնուցման առավելությունների մասին գրառումների,
- դ) գովազդի նպատակով կրծքի կաթի փոխարինիչներ անվճար տարածելը:

Սույն օրենքն ամրագրում է կրծքի կաթի փոխարինիչների վաճառահանման միջազգային օրենսգրքի որոշ դրույթներ, սակայն չի արտացոլում այն ամբողջությամբ:

Հարկ է նշել, որ պարբերաբար կատարվող մշտադիտարկման արդյունքները ցույց են տալիս, որ կաթնախառնուրդ բաշխող ընկերություններին հաջողվում է շրջանցել «Կրծքի կաթի փոխարինիչների վաճառահանման» միջազգային օրենսգրքի և «Գովազդի մասին» ՀՀ օրենքի դրույթները հիմնականում այն պատճառով, որ խախտումների համար չկան օրենսդրորեն սահմանված պատժամիջոցներ, իսկ բուժաշխատողներից շատերը ծանոթ չեն միջազգային օրենսգրքի հիմնադրույթներին և այդ ոլորտում իրենց պարտականություններին: Հանրության իրազեկությունն այդ ոլորտում սահմանափակ է:

**ՀՀ օրենքը «Սննդամթերքի անվտանգության մասին»** (Ընդունվել է 27.10.2006թ.)

Օրենքը կարգավորում է սննդամթերքի, սննդամթերքի հետ անմիջական շփման մեջ գտնվող նյութերի, սննդի շղթայի և առևտրի ու հանրային սննդի ոլորտում ծառայությունների մատուցման փուլերում անվտանգությանն առնչվող հարաբերությունները, ինչպես նաև ամրագրում է պետության կողմից նախատեսվող մարդու առողջության պաշտպանության երաշխիքները սննդամթերքի և սննդամթերքի հետ անմիջական շփման մեջ գտնվող նյութերի վնասակար ու վտանգավոր ազդեցությունից:

Նշենք, որ սույն օրենքում առաջին անգամ ամրագրվել է «գենետիկորեն վերափոխված մթերք» հասկացությունը: Դա որակական այլ հատկանիշների ստացման նպատակով կենդանի օրգանիզմներում օտար գենի ավելացմամբ կամ գեների համակցությամբ գենետիկորեն կառուցվածքի վերափոխման արդյունքում ստացված մթերք է:

**ՀՀ օրենքը «Երեխաներին կրծքով սնուցման խրախուսման և մանկական սննդի շրջանառության մասին» (Ընդունվել է 20.11.2014թ.)**

Սույն օրենքն ամրագրել է «Կրծքի կաթի փոխարինիչների վաճառահանման» միջազգային օրենսգրքի դրույթների մեծ մասը:

Սույն օրենքով կարգավորվում են երեխաներին կրծքով կերակրման խրախուսման, մանկական սննդի և հարակից ապրանքների շրջանառության՝ արտադրության, պիտակավորման, վաճառքի, բաշխման, գովազդի, ինչպես նաև դրանց մասին իրազեկման և տեղեկությունների տարածման հետ կապված հարաբերությունները:

Օրենքի նպատակն է մանուկների և վաղ տարիքի երեխաների առողջ և անվտանգ սնուցման ապահովումը՝ կրծքով կերակրման խրախուսման, մանկական սննդի և հարակից ապրանքների շրջանառության կարգավորման միջոցով:

**ՀՀ օրենքը «Կերի մասին» (Ընդունվել է 21.06.2014թ.)**

Սույն օրենքը կարգավորում է կերի և կերային հավելումների ներմուծման և արտահանման, արտադրության (ներառյալ՝ առաջնային), արտադրության անվտանգության ապահովման, պահման, պահեստավորման, փոխադրման, օգտագործման, իրացման, մակնշման, փաթեթավորման և գովազդի հետ կապված հարաբերությունները: Սույն օրենքը տարածվում է կերի և կերային հավելումների արտադրության (ներառյալ՝ առաջնային) և շրջանառության փուլերում ծագած հասարակական հարաբերություններին մասնակից բոլոր սուբյեկտների, այդ թվում՝ կերի շղթայի օպերատորների և կերի անվտանգության համար պատասխանատու (պաշտոնատար) անձանց վրա:

**ՀՀ օրենքը «Պարենային անվտանգության ապահովման մասին» (Ընդունվել է 07.05.2002թ.)**

Սույն օրենքը կարգավորում է Հայաստանի Հանրապետության պարենային անվտանգության ապահովման ոլորտի հարաբերությունները, ինչպես նաև սահմանում է այդ ոլորտի կարգավորման պետական քաղաքականության հիմնական ուղղությունները:

**ՀՀ Ջրային օրենսգիրք (Ընդունվել է 04.06.2002թ.)**

Սույն օրենսգրքով են սահմանվում ՀՀ կառավարության իրավասությունները ջրօգտագործման, վնասակար ազդեցություններից ջրերի պահպանության, հանրության պաշտպանության և բոլոր անձանց անվտանգության ապահովման ոլորտում:

Սույն օրենսգրքի նպատակն է ազգային ջրային պաշարի պահպանությունը, օգտագործելի ջրային ռեսուրսների արդյունավետ կառավարման միջոցով քաղաքացիների և տնտեսության պահանջների բավարարման, շրջակա միջավայրի էկոլոգիական կայունության ապահովման, ինչպես նաև սույն օրենսգրքի խնդիրների լուծման համար իրավական հիմքերի ապահովումը:

*Իրավական ակտերի ցանկն ըստ ընդունման տարեթվերի ներկայացված են Հավելված 2-ում:*

## 6. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱՂՐԱՅԻՆ ՆԵՐՈՒԺ

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

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

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

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

### Առողջապահական համակարգի կադրային ներուժի պատրաստում

Հայաստանի Հանրապետությունում բժշկական կադրերի մասնագիտական կրթական պատրաստումն իրականացվում է Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանում (ԵՊԲՀ) և 5 ոչ պետական բարձրագույն բժշկական ուսումնական հաստատություններում: Միջին բուժանձնակազմի մասնագետների պատրաստումն իրականացվում է 24 միջին մասնագիտական բժշկական հաստատություններում, որոնցից 11-ը պետական են, իսկ 13-ը՝ ոչ պետական:

**Աղյուսակ 1. ՀՀ բարձրագույն և միջին մասնագիտական բժշկական ուսումնական հաստատությունների թիվը, 2010-2014**

		2010	2011	2012	2013	2014
ԲՊԻՀ	Պետական	1	1	1	1	1
	Ոչ պետական	6	6	6	6	5
	Ընդամենը	7	7	7	7	6
Միջին մասնագիտական	Պետական	12	11	11	11	11
	Ոչ պետական	10	10	11	12	13
	Ընդամենը	22	21	22	23	24

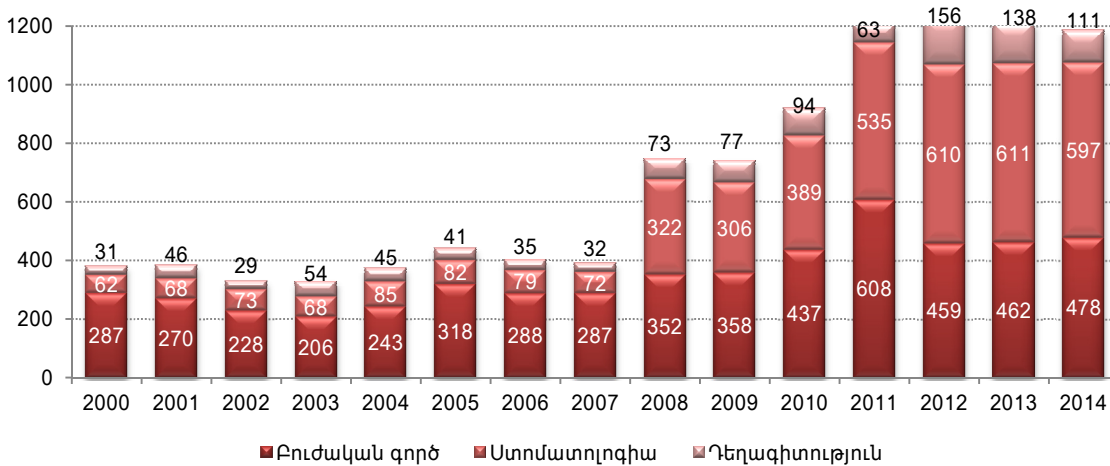
Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2015 (2015 թ. տվյալները կտրամադրվեն 2016 թ. ապրիլին)

Բարձրագույն բժշկական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների քանակը պետական և ոչ պետական բուհերում ներկայացված են Գծապատկեր 1, Աղյուսակ 2 և Աղյուսակ 3-ում:

Ըստ այդ տվյալների, վերջին տարիների ընթացքում աճում է ստոմատոլոգ մասնագիտությամբ շրջանավարտների թիվը: Սակայն, մյուս կողմից, 2010թ.-ից զուգահեռաբար նվազում է գործող

ստոմատոլոգների թիվը, ինչը կարող է պայմանավորված լինել մասնագետների արտագաղթով դեպի Անկախ Պետությունների Համագործակցության (ԱՊՀ) երկրներ, մասնավորապես՝ Ռուսաստանի Դաշնություն, որտեղ առկա է այդ մասնագետների մեծ պահանջարկ, բարձր վարձատրություն և մասնագիտական զարգացման հնարավորություն:

**Գծապատկեր 1. Բարձրագույն բժշկական պետական և ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների (ոչ պետական հաստատությունների տվյալները ներկայացված են միայն 2008-2014)**



Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2015

**Աղյուսակ 2. Բարձրագույն բժշկական պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների, 2010-2014**

Մասնագիտություններ	Ընդամենը					նրանցից՝ կանայք				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
Բուժական գործ	284	344	295	294	305	153	197	124	165	246
Բուժական գործ զինված ուժերում	33	33	39	31	23	-	-	-	-	-
Ստոմատոլոգիա	132	-	250	265	219	55	-	74	87	115
Դեղագիտություն	58	-	99	96	63	39	-	28	37	52
Ընդամենը	507	377	683	686	610	247	197	226	289	413

**Աղյուսակ 3. Բարձրագույն բժշկական ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների, 2010-2014**

Մասնագիտություններ	Ընդամենը					նրանցից՝ կանայք				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
Բուժական գործ	120	231	125	137	150	53	142	100	35	93
Ստոմատոլոգիա	257	535	360	346	378	160	279	185	68	145
Դեղագիտություն	36	63	57	42	48	34	34	24	15	40
Առողջապահություն	90	-	-	-	-	73	-	-	-	-
Ընդամենը	503	829	542	525	576	320	455	309	118	278

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2015

1990-ական թվականների կեսերին առողջապահական համակարգն ուներ մեծ կադրային ներուժ (39 բժիշկ 10 000 բնակչի հաշվով), որոնց պատրաստման գործընթացը մինչև 2002թ. իրականացվում էր ԵՊԲՀ-ում, որը միակ հավատարմագրված բժշկական կրթություն իրականացնող բարձրագույն հաստատությունն էր: 1990-1999թթ. տարբեր

մասնագիտություններով բժիշկ շրջանավարտների տարեկան թիվը կազմում էր 600-700 շրջանավարտ, իսկ միջին բուժանձնակազմինը՝ 1 200-2 500:

Սկսած 2004թ.-ից բժշկական կադրերի պատրաստումը կտրուկ աճեց բժշկական կրթություն իրականացնող հավատարմագրված պետական, ինչպես նաև ոչ պետական բարձրագույն հաստատությունների շնորհիվ: Եթե 2006-2014թթ. ժամանակաշրջանում ԵՊԲՀ-ը ունեցել է 5 090 շրջանավարտ, ապա 2014թ.-ին բոլոր պետական և ոչ պետական, բարձրագույն բժշկական հաստատություններն ավարտել են ընդհանուր թվով 1 186 շրջանավարտ:

2011թ.-ին շրջանավարտների թիվը կազմել է 377, իսկ 2014թ.-ին՝ 610, այսինքն՝ վերջին երեք տարիների ընթացքում, բոլոր մասնագիտություններով շրջանավարտների թիվն աճել է շուրջ 1,6 անգամ: Ոչ պետական բարձրագույն ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թիվը կրճատվել է 1,4 անգամ:

2014թ.-ին բարձրագույն ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների 51,4%-ն ավարտել է ԵՊԲՀ-ը, որոնցից ըստ մասնագիտությունների՝ 36,0%-ը՝ ստոմատոլոգիա, իսկ 50%-ը՝ բուժական գործ մասնագիտությամբ: Ոչ պետական բարձրագույն բժշկական հաստատությունների շրջանավարտների գերակշռող մասը՝ 65,6%-ը, մասնագիտությամբ ստոմատոլոգ են:

**Աղյուսակ 4. Միջին մասնագիտական բժշկական պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների, 2010-2014**

Մասնագիտություններ	Ընդամենը					նրանցից՝ կանայք				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
Բուժքույրական	1480	1282	890	895	796	1469	1211	882	888	782
Մանկաբարձական	831	698	553	433	417	819	696	553	432	390
Դեղագործական	579	483	480	478	503	506	436	434	413	428
Ատամնատեխնիկական	370	328	309	402	418	115	3	27	5	35
Բուժական կոսմետոլոգիա	83	21	42	57	96	83	21	42	56	94
Քույրական գործի կազմակերպում	36	150	185	104	204	34	146	184	91	195
Բուժական մերսում	34	14	14	16	28	14	8	5	5	10
<b>Ընդամենը</b>	<b>3413</b>	<b>2976</b>	<b>2473</b>	<b>2385</b>	<b>2462</b>	<b>3040</b>	<b>2521</b>	<b>2127</b>	<b>1890</b>	<b>1934</b>

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2015

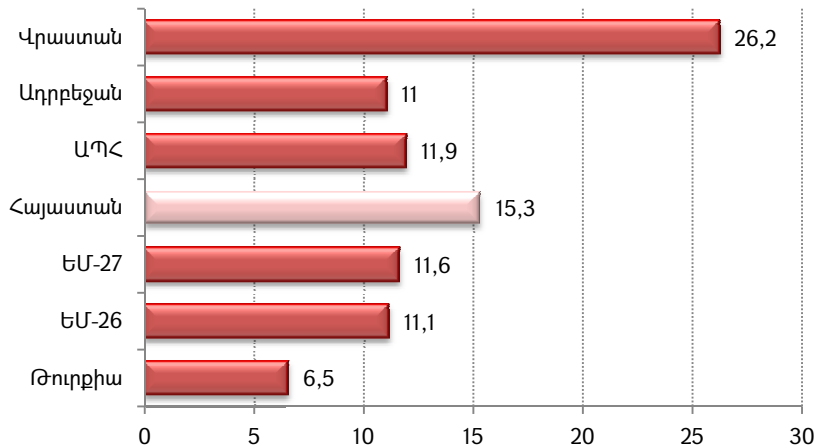
**Աղյուսակ 5. Միջին մասնագիտական բժշկական ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտների թվաքանակն ըստ մասնագիտությունների, 2010-2014**

Մասնագիտություններ	Ընդամենը					նրանցից՝ կանայք				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
Բուժքույրական	59	86	50	91	59	58	86	50	88	59
Մանկաբարձական	74	70	35	70	68	74	64	35	70	68
Դեղագործական	25	60	75	152	148	14	53	64	130	130
Ատամնատեխնիկական	22	37	57	162	83	-	1	2	10	6
Բուժական կոսմետոլոգիա	-	21	27	34	47	-	21	27	34	47
Քույրական գործի կազմակերպում	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Բուժական մերսում	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Ընդամենը</b>	<b>180</b>	<b>274</b>	<b>244</b>	<b>509</b>	<b>405</b>	<b>146</b>	<b>225</b>	<b>178</b>	<b>332</b>	<b>310</b>

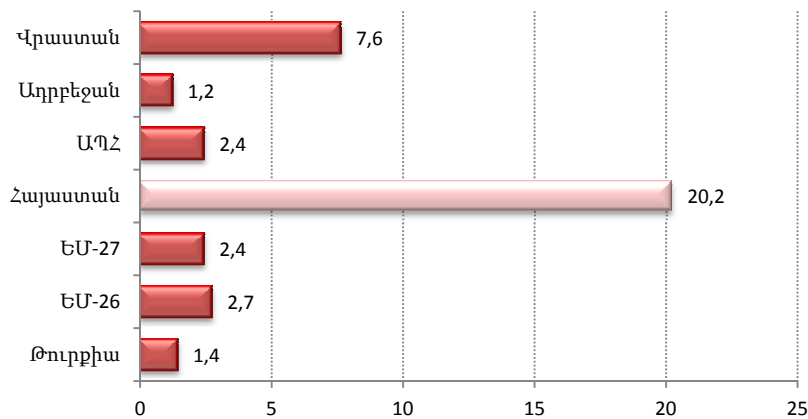
Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2015

Համադրելով և վերլուծելով հայաստանյան և միջազգային տվյալները՝ ակնհայտ է, որ բժիշկների պատրաստման գործընթացում հարևան և եվրոպական տարածաշրջանի երկրների տվյալների համեմատ 2013թ.-ին Վրաստանը վեր է մրցակցությունից (Գծապատկեր 2): Իսկ Հայաստանում ստոմատոլոգիա մասնագիտությամբ շրջանավարտների թվաքանակը 15-17 անգամ գերազանցում է այդ երկրների ցուցանիշերը (Գծապատկեր 3):

**Գծապատկեր 2. Բարձրագույն բժշկական ուսումնական հաստատությունների շրջանավարտ բժիշկների թվաքանակը՝ 100 000 բնակչի հաշվով, ընտրանքային պետություններ և պետությունների համախմբություններ, 2013**



**Գծապատկեր 3. Շրջանավարտ ստոմատոլոգների թվաքանակը՝ 100 000 բնակչի հաշվով, ընտրանքային պետություններ և պետությունների համախմբություններ, 2013**



Աղբյուր՝ ԱՐ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2015

## Առողջապահական համակարգի կադրային ներուժի բաշխում

### Կադրերի բաշխվածությունն ըստ սեռի

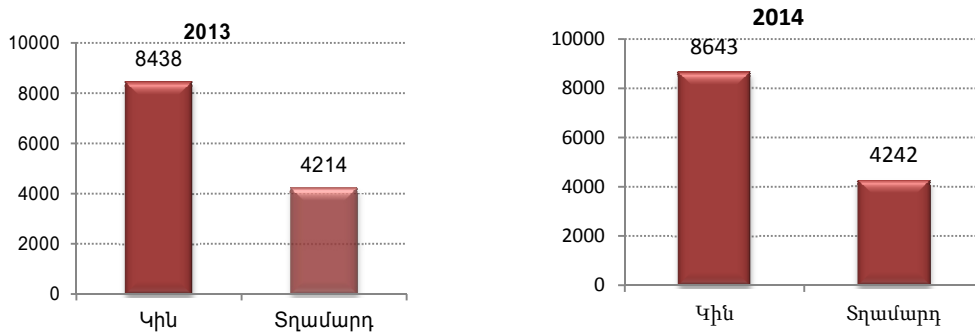
Հայաստանի առողջապահության համակարգն, ինչպես և եվրոպական տարածաշրջանի երկրների առողջապահական համակարգերը (որտեղ առողջապահության աշխատուժի 70-76%-ը կազմում են կանայք), իր բնույթով գենդերացված է: Ընդ որում, 2013թ.-ին ի համեմատ 2014թ.-ի բժիշկ տղամարդկանց և կանանց թվաքանակն աճել է տղամարդկանց թիվը՝ 28-ով, և կանանց՝ 205-ով (Գծապատկեր 4):

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

Կադրերի բաշխվածությունն ըստ սեռի և մասնագիտական պրոֆիլների (Աղյուսակ 6) ցույց է տալիս, որ կանայք կազմում են թերապևտիկ պրոֆիլի մասնագետների գերակշռող մասը՝ 90-95%-ը, իսկ վիրաբուժական պրոֆիլի 10-38%-ը: Վիրաբուժական պրոֆիլի մասնագետների կառուցվածքում կին պրոկտոլոգների տեսակարար կշիռը կազմում է 16,1%, վիրաբույժներինը՝ 12,0%, անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգներինը՝ 40,9%: Սեռային բաշխվածության տեսակետից հավասարաչափ են բաշխված ստոմատոլոգ (թերապևտիկ և վիրաբուժական պրոֆիլի) մասնագետները: Ավելին, 2014թ.-ին 2011թ.-ի համեմատ ստոմատոլոգ մասնագետների թիվը նվազել է 496-ով (209 կին, 287 տղամարդ):

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

Գծապատկեր 4. Կադրային ներուժի բաշխվածությունն ըստ սեռի, 2013, 2014



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

Աղյուսակ 6. Կադրերի բաշխվածությունն ըստ սեռի և մասնագիտությունների, 2011-2014

Մասնագիտություն	2011			2013			2014		
	Ընդ.	Կին	%	Ընդ.	Կին	%	Ընդ.	Կին	%
Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ (ԸԲ, ՏԹ, մանկաբույժներ), որոնցից	2566	2195	85,5	2414	2216	91,8	2365	2163	91,5
- ընտանեկան բժիշկ	761	672	88,3	703	616	87,6	682	602	88,3
- տեղամասային թերապևտ	1026	941	91,7	959	884	92,2	960	872	90,8
- մանկաբույժ	779	748	96,0	752	716	95,2	723	689	95,3
Մանկաբարձ-գինեկոլոգներ	967	763	79,0	947	749	79,1	934	754	80,7
Վիրաբույժներ	599	56	9,4	590	61	10,3	573	69	12,0
Անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգներ	498	191	38,4	496	187	37,7	508	208	40,9
Պրոկտոլոգներ	28	4	14,3	31	4	13,0	31	5	16,1
Ստոմատոլոգներ	1788	899	50,3	1319	706	53,5	1292	690	53,4
-դեղագետներ	176	144	81,8	228	80	35,1	232	180	77,6
Միջին բուժանձնակազմ									
Բուժքույրեր բոլոր մասնագիտություններով, որոնցից	13883	13827	99,6	13768	13711	99,6	13712	13650	99,5
-մանկաբարձներ	1335	1335	100,0	1300	1300	100,0	1307	1307	100,0
-բուժակներ	128	72	56,3	105	52	49,5	95	55	57,9
-ատամնատեխնիկներ	221	10	4,5	188	8	4,3	176	10	5,7
Դեղագործներ	137	129	94,2	124	118	95,2	133	130	97,7
-սանիտարական բժիշկների և համաճարակաբանների օգնականներ	502	479	95,4	476	455	95,6	362	352	97,2

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

## Բժիշկների և բուժքույրերի թվաքանակի դինամիկան և բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցությունը

Հայաստանի առողջապահության համակարգի կադրային ներուժի առկայության, աշխարհագրական և մասնագիտական բաշխվածության վերաբերյալ ճշգրիտ վերլուծություն իրականացնելու համար դիտարկվել են 2001-2014թթ. Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական կենտրոնի (ԱՏՎԿ) տվյալների օրինաչափությունները և միտումները:

Ըստ 2014թ.-ի տվյալների, ՀՀ պետական և ոչ պետական բժշկական, գիտական և գիտահետազոտական, բարձրագույն և միջին բժշկական մասնագիտական ուսումնական հաստատություններում գործող կադրային ներուժի (բժիշկներ, բուժքույրեր) բացարձակ քանակը կազմել է 30 949 բուժաշխատող, իսկ բժիշկների բացարձակ թվաքանակը բոլոր մասնագիտություններով (ներառյալ ատամնաբույժները)՝ 12 896 (42/10 000 բնակչի հաշվով), որը 2011թ.-ի տվյալների համեմատ կրճատվել է 594-ով 13 490, (41/10 000 բնակչի հաշվով), միջին բուժանձնակազմինը՝ 431-ով 18 484 (61,1/10 000 բնակչի հաշվով):

### Աղյուսակ 7. Առողջապահության համակարգի կադրեր և ռեսուրսներ, 2004-2014 (ներառյալ մասնավոր ստոմատոլոգիական կաբինետները)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Բժիշկներ՝ բոլոր մասնագիտություններով (ներառյալ ատամնաբույժներ)	11396	12307	12388	12251	12964	13177	13591	13490	12922	12664	12896
Միջին բուժանձնակազմ	17874	18364	18574	18595	18594	18516	18649	18484	18784	18426	18053
Ընդամենը	29270	30671	30962	30846	18594	31693	32240	31974	31706	31090	30949
Հիվանդանոցների թիվը	140	145	140	135	130	127	130	130	129	129	130
Հիվանդանոցային մահճակալների թիվը (հազար)	14,3	14,4	14,3	13,1	12,4	12,1	12,1	12,2	12,2	12,3	12,5
ԱԱԴ բժշկական օգնություն իրականացնող հաստատություններ	448	458	460	467	474	487	504	506	513	514	509
Դեղագետներ	133	143	157	163	176	204	214	199	176	228	232
Դեղագործներ	112	113	118	121	124	125	129	137	130	124	133

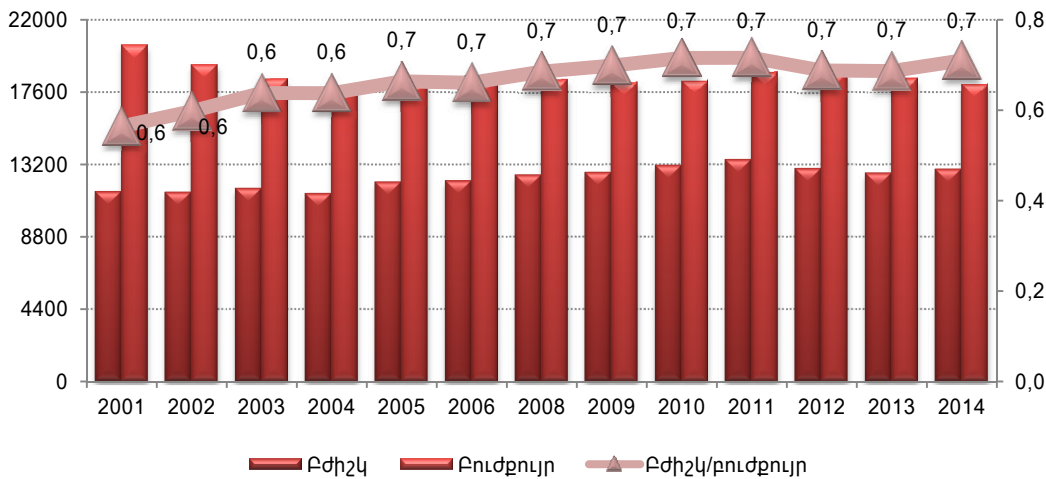
Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

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

Համաձայն Հայաստանի առողջապահական համակարգի օպտիմալացման հայեցակարգի տրամաբանության, ակնկալվում էր բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցության աճ: 2010-2014թթ. բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցությունը կայունացել է նույն մակարդակի վրա՝ 0,72:



**Գծապատկեր 5. Հայաստանում առկա բժիշկների, բուժքույրերի քանակ, բուժքույր/բժիշկ հարաբերակցություն, 2001-2014**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

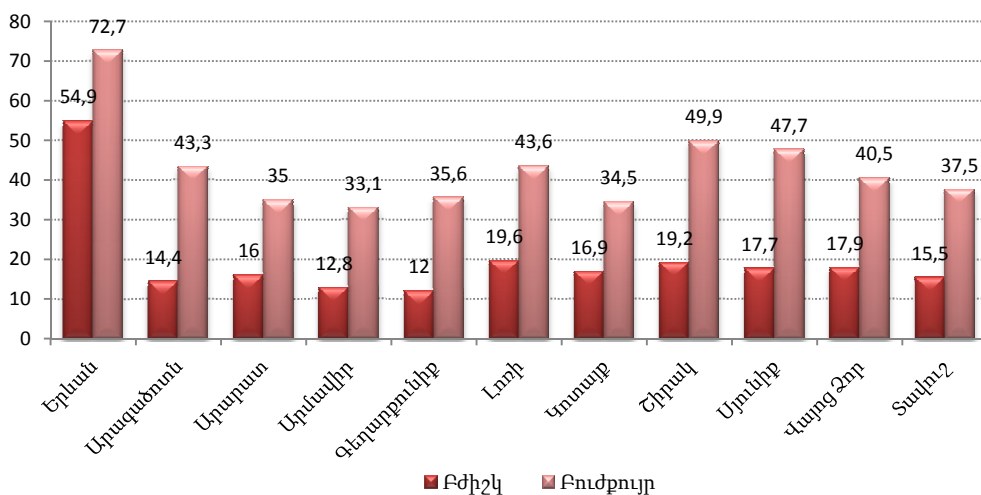
**Բժիշկների և բուժքույրերի բաշխման մարզային համամասնություն**

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

Հայաստանի բնակչության ապահովվածությունն անմիջական բժշկական օգնություն ցուցաբերող բժիշկներով շատ անհավասարաչափ է Երևանի և մարզերի համեմատության դեպքում: Երևանում 2014թ.-ին ցուցանիշը կազմել է 54,9՝ 10 000 բնակչի հաշվով (Գծապատկեր 6), իսկ մարզերում այդ ցուցանիշը չի գերազանցել 19,6-ը (Լոռու մարզ):

Մարզերի միջև նույնպես կա բժիշկների բաշխման անհավասարություն: Ամենացածր ցուցանիշը նկատվում է Գեղարքունիքում (12,0՝ 10 000 բնակչի հաշվով) և Արմավիրում (12,8), իսկ համեմատաբար ավելի բարձր է Լոռում (19,6) և Շիրակում (19,2):

**Գծապատկեր 6. Բնակչության ապահովվածությունն անմիջական բժշկական օգնություն իրականացնող (ԱԱՊ և հիվանդանոցային օդակ) կադրային ներուժով, 10 000 բնակչի հաշվով, 2014**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015



Անհավասարաչափ է բաշխվածությունը նաև գործող բուժքույրերի առումով: Դարձյալ, առավել բարվոք է վիճակը Երևանում (72,7՝ 10 000 բնակչի հաշվով), իսկ մարզերում անհամեմատ ավելի ցածր՝ 33,1-ից (Արմավիր), մինչև 49,9 (Շիրակ):

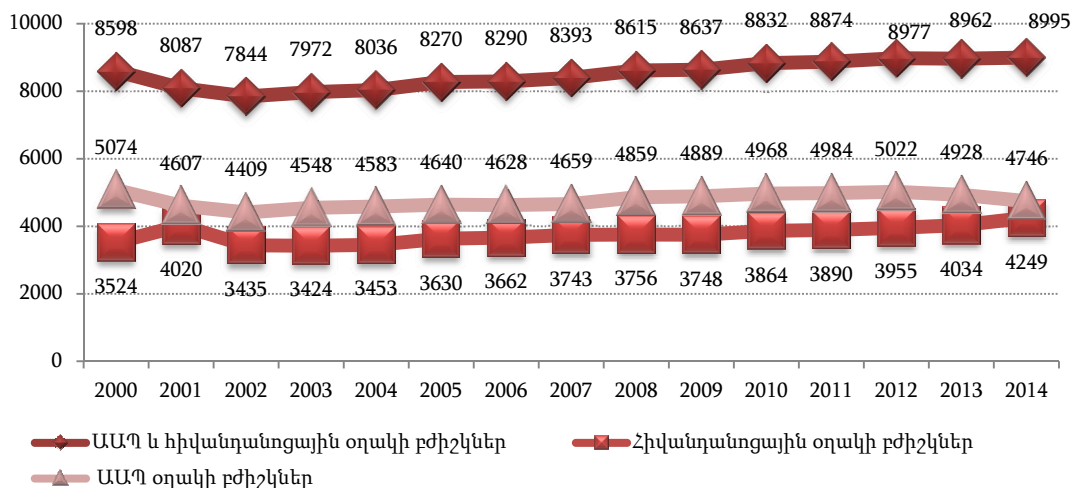
### Կադրային ներուժի բաշխումն առաջնային և հիվանդանոցային օղակներում

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

Նշված ժամանակահատվածում ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակում գործող բժիշկների քանակը կրճատվեց 511 բժշկով և 685 բուժքույրով: Ընդ որում, բժիշկների 90%-ը կրճատվեց ԱԱՊ օղակից (2000թ.-ին՝ 5 074-ից մինչև 2001թ.-ին՝ 4 607 բժիշկ, այսինքն՝ 467-ով):

Այնուամենայնիվ, սկսած 2002թ.-ից և՛ ԱԱՊ, և՛ հիվանդանոցային օղակներում բժիշկների թվաքանակն աճել է, բացառությամբ 2014թ.-ի, երբ գրանցվել է բժիշկների քանակի կրճատում ԱԱՊ օղակում (Գծապատկեր 7):

Գծապատկեր 7. Բժիշկների քանակը ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում, 2000-2014



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

### Բժիշկների բաշխվածությունն ըստ հիմնական մասնագիտությունների և մասնագիտական պրոֆիլների

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

Համաձայն աղյուսակային տվյալների, 2007թ.-ի համեմատ՝ 2014թ.-ին բնակչության ապահովվածությունը մանկաբույժներով և ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներով նվազել է 318-ով, իսկ ընտանեկան բժիշկներով և դեղագետներով՝ աճել շուրջ 2 անգամ: Ինչ վերաբերվում է

ստոմատոլոգ մասնագետներին, ապա 2007-2011թթ. ընթացքում նրանց թիվը նույնպես աճել էր շուրջ 1,5 անգամ, սակայն, 2014թ.-ի տվյալներով ընդհակառակը՝ դրսևորել է նվազման միտում:

**Աղյուսակ 8. Բնակչության ապահովվածությունը հիմնական մասնագիտությունների բժիշկներով և միջին բուժանձնակազմով, 2007, 2011- 2014**

Մասնագիտություններ /մասնագիտական պրոֆիլներ	2007		2011		2013		2014	
	Բացարձ. թվեր	10 000 բնակ	Բացարձ. թվեր	10 000 բնակ.	Բացարձ. թվեր	10 000 բնակ.	Բացարձ. թվեր	10 000 բնակ.
Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ (ԸԲ, ՏԹ, մանկաբույժներ)	2683	8,3	2566	7,9	2414	8,0	2365	7.8
- ընտանեկան բժիշկներ	488	1,5	761	2,34	703	2,33	682	2.26
- տեղամասային թերապևտներ	1216	0,5	1026	0,32	959	4,12	960	4.13
- մանկաբույժներ	979	1,22	779	2,4	752	10,89	723	10.47
Ստոմատոլոգներ	1163	3,6	1788	5,5	1319	4,37	1292	5.56
Դեղագետներ	163	0,5	199	0,6	228	0,8	232	1.0
Միջին բուժանձնակազմ								
-բուժքույրեր բոլոր մասնագիտություններով	13592	42,1	11388	35,0	13768	45,6	13712	59.0
-մանկաբարձներ	1388	1,5	1335	2	1300	16,2	1307	16.5
-բուժակներ	198	0,6	128	0,6	105	0,3	95	0.4
-դեղագործներ	121	0,4	137	0,4	124	0,4	133	0.6

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

Ստոմատոլոգիական և դեղագիտական ֆակուլտետների շրջանավարտների թիվը տարեց-տարի աճում է: Վերջին տասնամյակում ստոմատոլոգիական ֆակուլտետի շրջանավարտների թվաքանակն աճել է 7 անգամ, իսկ դեղագիտականինը՝ 2.5 անգամ:

**Աղյուսակ 9. Բարձրագույն բժշկական պետական և ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների ստոմատոլոգիական և դեղագիտական ֆակուլտետների շրջանավարտների քանակը, 2000-2014**

Տարի	Ստոմատոլոգիական ֆակուլտետ	Դեղագիտական ֆակուլտետ
2000	62	31
2001	68	46
2002	73	29
2003	68	54
2004	85	45
2005	82	41
2006	79	35
2007	72	32
2008 <sup>2</sup>	322	73
2009	306	77
2010	389	94
2011	535	63
2012	610	156
2013	611	138
2014	597	111

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՎԾ, 2015

<sup>2</sup> 2000-2007 թվականների ժամանակահատվածում ներկայացված են Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի ստոմատոլոգիական և դեղագիտական ֆակուլտետների շրջանավարտների տվյալները, 2008 թվականից ընդգրկվել են նաև 6 բարձրագույն բժշկական ոչ պետական ուսումնական հաստատությունների տվյալները:

2000-2010թթ. ընթացքում առողջապահության համակարգում գործող ստոմատոլոգների քանակն աճել է 2,6 անգամ՝ 834-ից՝ 2 180 (Աղյուսակ 10), որից հետո՝ մինչև 2014թ. նվազել է մինչև 1 629, այսինքն 1,3 անգամ: Դեղագետների քանակը աճել է 80-ից մինչև 232 կամ՝ 2,9 անգամ (Աղյուսակ 11):

**Աղյուսակ 10. ՀՀ ստոմատոլոգների թվաքանակն ըստ պրոֆիլների, 2000-2014**

Տարի	Ստոմատոլոգներ թերապևտիկ և վիրաբուժական պրոֆիլի Ընդամենը	Ստոմատոլոգներ թերապևտիկ պրոֆիլի	Ստոմատոլոգներ վիրաբուժական պրոֆիլի
2000	834	659	175
2001	614	498	116
2002	594	474	120
2003	780	610	170
2004	884	682	202
2005	1171	969	202
2006	1254	1066	188
2007	1177	954	223
2008	1755	1508	247
2009	1987	1711	276
2010	2180	1843	337
2011	2097	1788	309
2012	1782	1460	322
2013	1606	1319	287
2014	1629	1292	337

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

Հանրապետությունում ստոմատոլոգների և դեղագետների թվի շարժմացը պայմանավորել է ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկաների քանակի դինամիկան (Գծապատկեր 8): Այդ քանակն աճել է մինչև 2011թ.-ը և հասել է 215-ի, որից հետո սկսել է նվազել՝ 2014թ. հասնելով 176-ի: 2011-2014թթ. ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկաների քանակի նվազումը քիչ է կոմպենսացվել ինքնուրույն ստոմատոլոգիական կաբինետների թվաքանակի աճով (Գծապատկեր 9):

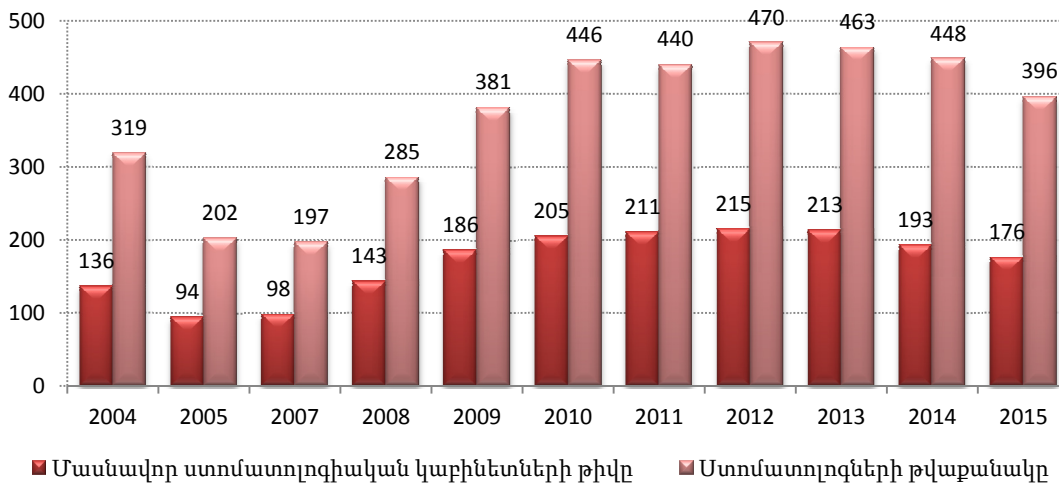
**Աղյուսակ 11. ՀՀ ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում գործող դեղագետների թվաքանակ, 2000-2014**

Տարի	ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում գործող դեղագետներ <sup>3</sup>
2000	80
2001	121
2002	142
2003	125
2004	133
2005	143
2006	157
2007	163
2008	176
2009	204
2010	214
2011	199
2012	176
2013	228
2014	232

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

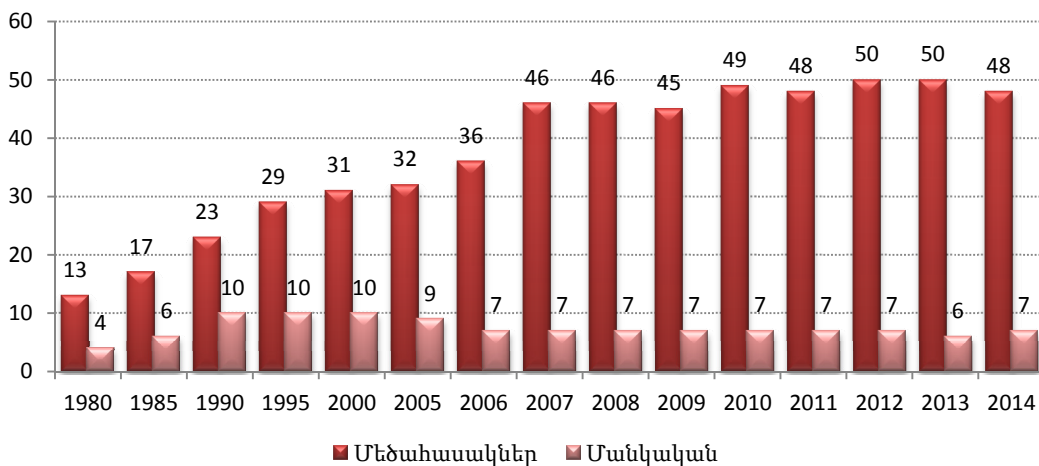
<sup>3</sup> Դեղատներում գործող դեղագետների վերաբերյալ տվյալները բացակայում են:

**Գծապատկեր 8. Մասնավոր ստոմատոլոգիական կաբինետների և ստոմատոլոգների թվաքանակ, 2004-2014**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Գծապատկեր 9. Մեծահասակների և մանկական ինքնուրույն ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկաների թվաքանակ, 1980-2014**

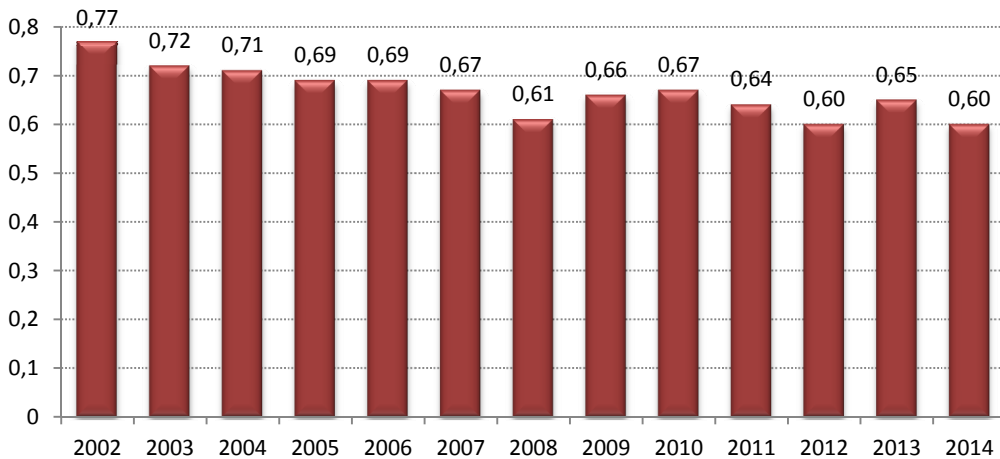


Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Առողջության առաջնային պահպանման օղակի ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ**

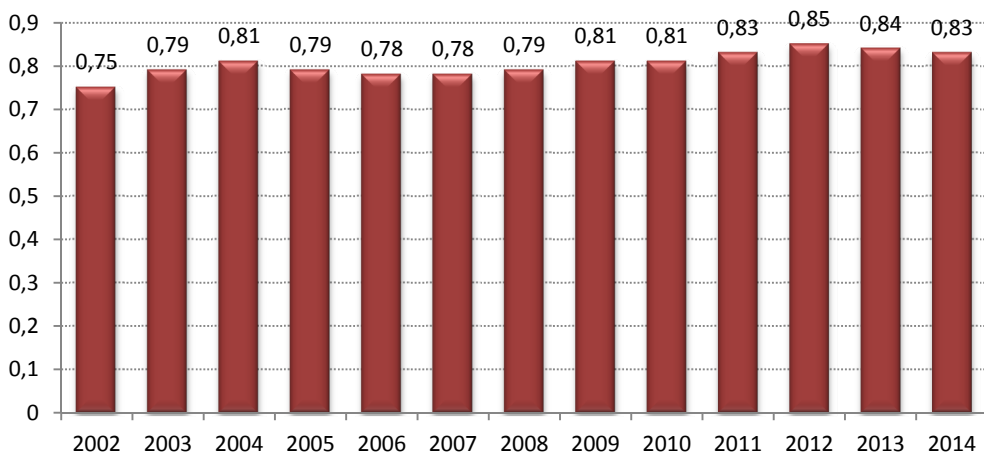
2002-2014թթ. ԱԱՊ օղակում գործող ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների հարաբերական քանակը նեղ մասնագետների համեմատ նվազել է 0,77-ից մինչև 0,60 (Գծապատկեր 10): Նշված ժամանակահատվածում ԱԱՊ օղակում գործող բուժքույրերի հարաբերական քանակը նույն օղակում գործող բոլոր բժիշկների քանակի համեմատ՝ աննշան նվազել է 1,34-ից՝ 1,2-ի (Գծապատկեր 11):

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



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Գծապատկեր 11. ԱԱՊ օղակում ընդհանուր բժիշկների և բուժքույրերի թվաքանակի հարաբերակցություն, 2002-2014**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Աղյուսակ 12. ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների թվաքանակն ըստ մասնագիտական պրոֆիլների և առանձին մասնագիտությունների 2002-2014, (2014 թվականի փոփոխությունը 2002 թվականի նկատմամբ)**

Մասնագիտություններ	2002	2004	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014/2002
Բժիշկներ	4409	4583	4640	4650	4859	4889	4868	4984	5022	4928	4746	1.07
Նեղ մասնագետներ	2486	2679	2746	2777	3023	2953	2916	3058	3123	3070	2952	1.18
Ընդհ.պրակտիկայի բժիշկներ՝ ՏԹ, ԸԲ	1923	1904	1894	1873	1836	1936	1952	1926	1899	1858	1794	0.93
Տեղ. թերապևտ	973	938	917	872	821	768	754	723	730	700	684	0.70
Տեղ. մանկաբույժ	872	824	813	700	651	589	550	518	511	505	473	0.54
Ընտ.բժիշկներ	50	115	127	282	354	573	648	685	658	653	637	12.74
Բուժքույրեր	5914	5667	5889	5988	6122	6006	6023	5984	5908	5811	5687	0.96
Մանկաբարձուհի	595	531	535	547	552	543	536	525	533	517	496	0.83

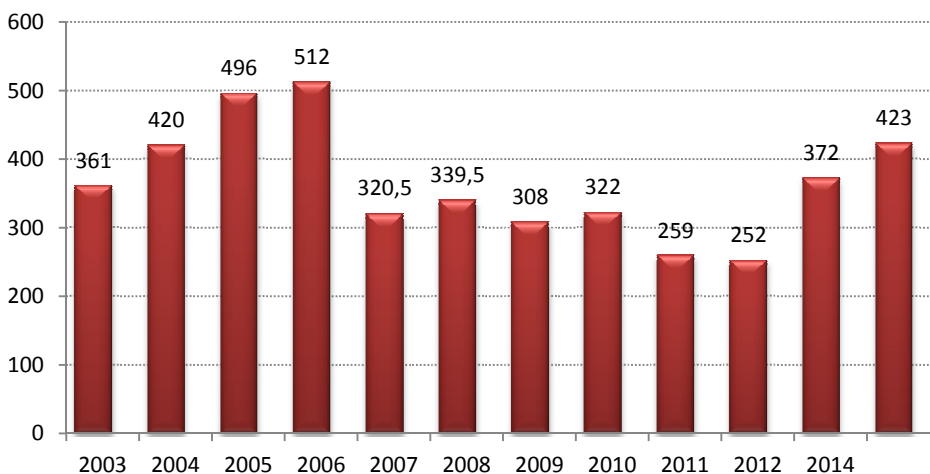
Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

2014թ.-ին՝ 2002թ.-ի համեմատ, ԱԱՊ օղակում գործող բժիշկների քանակն աճել է 1,1 անգամ: Առավել նշանակալից է ընտանեկան բժիշկների աճը՝ 12,7 անգամ և տեղամասային թերապևտների, տեղամասային մանկաբույժների թվի կրճատումը, որը փոխկապակցված է ընտանեկան բժիշկների պատրաստման գործընթացի հետ:

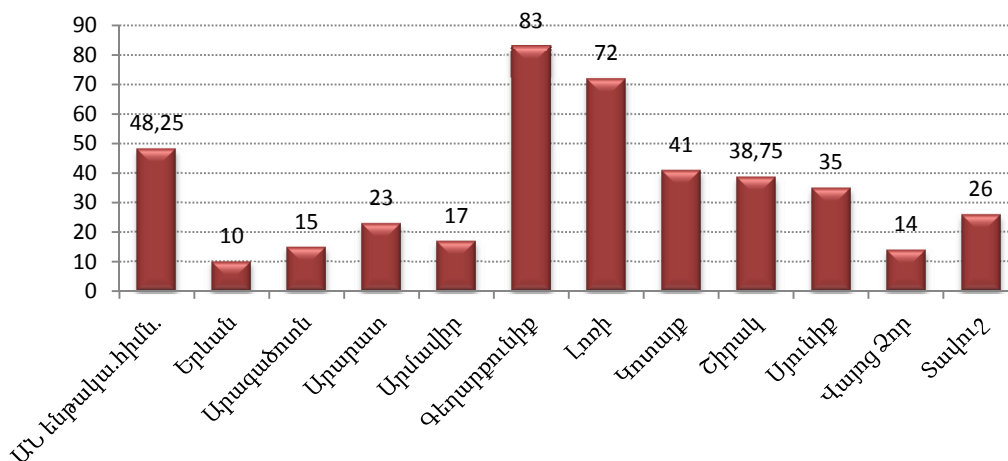
### Առողջապահական համակարգում բժիշկների թափուր աշխատատեղեր

- Հայաստանում բժիշկների պատրաստման քանակի ավելցուկի պայմաններում և նրանց թվաքանակի շարունակվող աճին զուգահեռ աճում է նաև բժիշկների թափուր աշխատատեղերի քանակը:
- 2003-2011թթ.-ին բժիշկների թափուր աշխատատեղերի շարժընթացը կարելի է բաժանել երեք փուլի՝ 2003-2006թթ., 2012-2015թթ.՝ աճման և 2007-2011թթ.՝ անկման (Գծապատկեր 12):
- 2003-2006թթ. տարբեր մասնագիտություններով բժիշկների թափուր աշխատատեղերի թիվն աճել է 1,4 անգամ (361-ից 512-ը):
- 2007-2011թթ. թափուր աշխատատեղերի թիվը նվազել է 20%-ով:
- 2012-2015թթ. թափուր աշխատատեղերի թիվն աճել է 1,7 անգամ:

Գծապատկեր 12. Բժիշկների թափուր աշխատատեղեր, 2003-2015



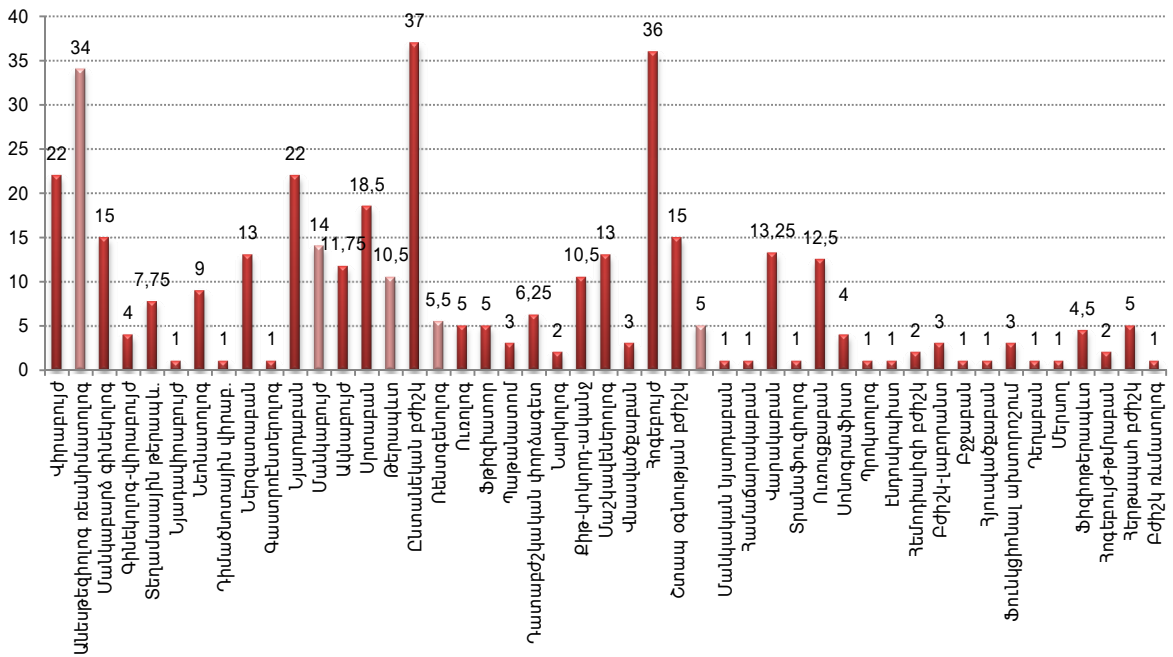
Գծապատկեր 13. Բժիշկների թափուր աշխատատեղերն ըստ մարզերի, 2015թ. հուլիսի դրությամբ





Հատկապես մեծաքանակ են բոլոր մասնագիտություններով բժիշկների թափուր աշխատատեղերը հեռավոր մարզերում՝ Լոռիում (72), Սյունիքում (35), Գեղարքունիքում (83), Շիրակում (39), Կոտայքում (41) (Գծապատկեր 13): Ընդ որում, ըստ մասնագիտությունների առավել մեծաքանակ է ընտանեկան բժիշկների և հոգեբույժների, ինչպես նաև անեսթեզիոլոգների, սրտաբանների և նյարդաբանների պահանջարկը (Գծապատկեր 14):

**Գծապատկեր 14. Բժիշկների թափուր աշխատատեղերն ըստ մասնագիտությունների, 2015թ. հուլիսի դրությամբ**



Աղբյուր. ՀՀ ԱՆ, 2015

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

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

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

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

## 7. ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՕՂԱԿԻ ԿԱԴՐԱՅԻՆ ՆԵՐՈՒԺԻ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆ

Սույն գլխում ներկայացված են Հայաստանի առողջապահական համակարգի առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) օղակի բժիշկների՝ տեղամասային թերապևտների, ընտանեկան բժիշկների և մանկաբարձ գինեկոլոգների, շրջանում իրականացված հետազոտության արդյունքները:

Հետազոտության նպատակ է.

1. Ուսումնասիրել ԱԱՊ օղակի բժիշկների աշխատանքային պայմանները, այդ թվում՝
  - 1.1. Աշխատանքային նվազագույն պայմանների առկայությունը
  - 1.2. Կցագրված բնակչության թվաքանակի բաշխումը
  - 1.3. Փաստացի աշխատանքային ծանրաբեռնվածությունը և օպտիմալ ծանրաբեռնվածությունը՝ բուժօգնության համապատասխան որակ ապահովելու համար բժիշկների տեսակետից
  - 1.4. Փաստացի և ակնկալվող աշխատավարձերը
2. Բժիշկների տեսակետից առավել առաջնահերթ և հրատապ լուծում պահանջող խնդիրները
3. Բժիշկների համակարգչային ունակությունների զարգացման կարիքը:

Հետազոտությունն իրականացվել է ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտի կազմակերպած վերապատրաստման դասընթացների մասնակիցների շրջանակում՝ 2014թ. հուլիս- նոյեմբեր ամիսների ընթացքում:

Հարցմանը մասնակցել է բուժօգնության առաջնային օղակի 451 բուժաշխատող, այդ թվում՝ տեղամասային թերապևտներ, ընտանեկան բժիշկներ, մանկաբարձ գինեկոլոգներ, բաժանմունքի վարիչներ և բուժհիմնարկի տնօրեններ:

Հետազոտությունն իրականացվել է ՀՀ ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտի Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման կենտրոնի ուժերով:

### Հետազոտության նկարագրությունն և ընտրանքը

Հարցման ընտրանքի ծավալը՝ 451 բուժաշխատող, որոնցից 191-ը՝ Երևանի, 148-ը՝ այլ քաղաքների և 102-ը՝ գյուղական բնակավայրերի ԱԱՊ բուժհիմնարկներից:

### Հարցվածների բաշխվածությունն ըստ մարզերի և բուժհիմնարկների տիպի

Հարցվածները ներկայացնում էին Երևանը և Հայաստանի մարզերը, բացի՝ Արագածոտնի և Վայոց Ձորի մարզերից: Հարցվածների 42.4%-ը Երևանի առաջնային բուժօգնություն տրամադրող բուժհիմնարկներից էին, իսկ 55.4%-ը՝ մարզային, ընդ որում՝ 32%-ը քաղաքային, իսկ 22.6%-ը՝ գյուղական: Հարցվածների 2.2%-ը հարցին պատասխան չէր նշել (Աղյուսակ 13):



**Աղյուսակ 13. Հետազոտության ընտրանքն ըստ մարզերի և բնակավայրի տիպերի (Երևան – քաղաք - գյուղ)**

Մարզ	Բնակավայրի տիպի՝ հարցվածների բացարձակ քանակը				Ընդ.	Բնակավայրի տիպի՝ հարցվածների բաշխումներն ըստ մարզերի				Ընդ.
	Երևան	Քաղաք	Գյուղ	SP*		Երևան	Քաղաք	Գյուղ	SP*	
Արարատ	0	0	17	0	17	0.0%	0.0%	3.8%	0.0%	3.8%
Արմավիր	0	0	4	0	4	0.0%	0.0%	0.9%	0.0%	0.9%
Գեղարքունիք	0	16	15	3	34	0.0%	3.5%	3.3%	0.7%	7.5%
Երևան	191	0	0	0	191	42.4%	0.0%	0.0%	0.0%	42.4%
Լոռի	0	46	19	1	66	0.0%	10.2%	4.2%	0.2%	14.6%
Կոտայք	0	38	21	4	63	0.0%	8.4%	4.7%	0.9%	14.0%
Շիրակ	0	22	13	0	35	0.0%	4.9%	2.9%	0.0%	7.8%
Սյունիք	0	18	4	1	23	0.0%	4.0%	0.9%	0.2%	5.1%
Տավուշ	0	8	9	1	18	0.0%	1.8%	2.0%	0.2%	4.0%
Ընդամենը	191	148	102	10	451	42.4%	32.8%	22.6%	2.2%	100.0%

\*SP – տվյալները բացակայում են

Հարցվածների 44.7%-ը ընտանեկան բժիշկներ էին, 37.2%-ը՝ տեղամասային թերապևտներ, 7.1%-ը՝ մանկաբարձ գինեկոլոգներ: Բուժհիմնարկների ղեկավարներ՝ 7.3%-ը, իսկ 3.7%-ը՝ բաժանմունքի վարիչներ, միաժամանակ նաև գործող բժիշկներ: (Աղյուսակ 14):

Հարցվածների 44.4%-ը ներկայացնում էին պոլիկլինիկաները, 33.3%-ը՝ բժշկական կենտրոնները, 21.1%-ը՝ ամբուլատորիաները:

**Աղյուսակ 14. Հարցվածների բաշխումն ըստ պաշտոնի**

Պաշտոնը	Երևան	Քաղաք	Գյուղ	Ընդամենը
Ընտանեկան բժիշկ	30.7%	48.3%	65.7%	44.7%
Տեղամասային թերապևտ	57.1%	33.8%	4.9%	37.2%
Մանկաբարձ-գինեկոլոգ	7.9%	10.3%	1.0%	7.1%
Բաժանմունքի վարիչ	4.2%	5.5%	0.0%	3.7%
Բուժհիմնարկի ղեկավար	0.0%	2.1%	28.4%	7.3%
Ընդամենը	100%	100%	100%	100%

**Աղյուսակ 15. Հարցվածների բաշխումն ըստ բուժհիմնարկի տիպի**

Բուժհիմնարկի տիպը	Երևան	Քաղաք	Գյուղ	Ընդամենը
Ամբուլատորիա	2.1%	3.4%	82.4%	21.1%
Բժշկական կենտրոն	29.8%	49.3%	16.7%	33.3%
Պոլիկլինիկա	68.1%	44.6%	0.0%	44.4%
Հիվանդանոց	0.0%	2.0%	0.0%	0.7%
Այլ	0.0%	0.7%	1.0%	0.5%
Ընդամենը	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

## Առաջնային բուժօգնությունների անձնակազմի ժողովրդագրական նկարագիրը

Հարցվածների մեծ մասը՝ 93.8%, կանայք ե ն, տարիքային խմբերից գերակշռում են 36-50 տարեկանները, որոնք կազմել են ընտրանքի 43.6%, իսկ 51-65 տարեկանները՝ 42.3% (Աղյուսակ 16):

Աղյուսակ 16. Հարցվածների սեռատարիքային բաշխումը.

Տարիք	Սեռը		Ընդամենը
	Արական	Իգական	
Մինչև 35 տարեկան	0.7%	5.2%	5.9%
36-50 տարեկան	3.0%	40.6%	43.6%
51-65 տարեկան	2.0%	40.3%	42.3%
66 և ավելի տարեկան	0.5%	7.7%	8.2%
Ընդամենը	6.2%	93.8%	100.0%

Հարցվածների 79.3%-ը ամուսնացած են, 69%-ը՝ երբեք ամուսնացած չեն եղել, 4.9%-ը՝ ամուսնալուծված, իսկ 8.9%-ը՝ այրի (Աղյուսակ 17):

Ամուսնալուծվածներն ամենամեծ տոկոսն են կազմում 36-50 և 51-65 տարեկանների խմբերում՝ համապատասխանաբար 5.1% և 6.4% (Աղյուսակ 17): Երբեք չամուսնացածները մինչև 35 տարեկանների խմբում կազմել են 20.8%, իսկ 36-50, 51-65 և 66 և ավելի տարեկանների խմբերում՝ 5.3-6.8%:

Աղյուսակ 17. Հարցվածների բաշխումն ըստ ամուսնական կարգավիճակի և տարիքային խմբերի

Տարիք	Ամուսնական կարգավիճակը				Ընդ.
	Ամուսնացած	Երբեք չամուսնացած	Ամուսնալուծված	Այրի / Ամուրի	
Մինչև 35 տարեկան	4.7%	1.2%	0.0%	0.0%	5.9%
36-50 տարեկան	37.4%	3.0%	2.2%	1.0%	43.6%
51-65 տարեկան	31.3%	2.2%	2.7%	5.9%	42.1%
66 և ավելի տարեկան	5.9%	0.5%	0.0%	2.0%	8.4%
Ընդամենը	79.3%	6.9%	4.9%	8.9%	100.0%

Աղյուսակ 18. Ամուսնական կարգավիճակների բաշխումը տարիքային խմբերում

Տարիք	Ամուսնական կարգավիճակը				Ընդ.
	Ամուսնացած	Երբեք չամուսնացած	Ամուսնալուծված	Այրի/ Ամուրի	
Մինչև 35 տարեկան	79.2%	20.8%	0.0%	0.0%	100.0%
36-50 տարեկան	85.9%	6.8%	5.1%	2.3%	100.0%
51-65 տարեկան	74.3%	5.3%	6.4%	14.0%	100.0%
66 և ավելի տարեկան	70.6%	5.9%	0.0%	23.5%	100.0%
Ընդամենը	79.3%	6.9%	4.9%	8.9%	100.0%

Բուժաշխատողների ընտանիքների անդամների միջին թիվը կազմում է 4.31 անձ, ընդ որում՝ այդ ցուցանիշի արժեքներն ըստ բնակավայրի տիպի էականորեն չէր տարբերվում (Աղյուսակ 19): Բժիշկների ընտանիքներն առավելապես կազմված են 4 անձից (35.6%), 5 անձից կազմված ընտանիքները կազմել են 19.1%, իսկ 6 անձից կազմված ընտանիքները՝ 14.4%:

**Աղյուսակ 19. Բուժաշխատողների ընտանիքների բաշխումն ըստ անդամների քանակի և ընտանիքում անդամների միջին քանակը**

Ընտանիքի անդամների քանակը	Երևան	Քաղաք	Գյուղ	Ընդամենը
1	2.7%	2.8%	6.1%	3.5%
2	10.2%	11.1%	3.0%	8.8%
3	16.6%	10.4%	8.1%	12.6%
4	36.4%	28.5%	44.4%	35.6%
5	14.4%	24.3%	20.2%	19.1%
6	14.4%	15.3%	13.1%	14.4%
6+	5.4%	7.7%	5.0%	6.0%
<b>Ընդամենը</b>	<b>100.1%</b>	<b>100.1%</b>	<b>99.9%</b>	<b>100.0%</b>
<b>Միջինը</b>	<b>4.21</b>	<b>4.44</b>	<b>4.30</b>	<b>4.31</b>

Երեխաների միջին քանակը բուժաշխատողների ընտանիքներում 2.03 է (Աղյուսակ 20): Երեխաների միջին քանակը Երևանի, այլ քաղաքների և գյուղական բուժաշխատողների ընտանիքներում էապես չեն տարբերվում: Ընդ որում՝ 2 երեխա ունեն բուժաշխատողների ընտանիքների 57%-ը, 3 երեխա՝ 23%-ը, իսկ 4 և ավելի երեխա՝ 2%-ը:

**Աղյուսակ 20. Բուժաշխատողների ընտանիքներում երեխաների քանակի բաշխումներն ըստ բնակավայրի տիպի և երեխաների միջին քանակները**

Երեխաների քանակը	Երևան	Քաղաք	Գյուղ	Ընդամենը
0	3%	6%	13%	7%
1	14%	14%	3%	12%
2	58%	52%	60%	57%
3	23%	22%	22%	23%
4	1%	4%	2%	2%
5	0%	1%	0%	0%
<b>Ընդամենը</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Միջինը</b>	<b>2.04</b>	<b>2.06</b>	<b>1.97</b>	<b>2.03</b>

## Բնակության վայրը և հասցեն

Հետազոտությամբ ուսումնասիրվել է նաև առողջության առաջնային պահպանման հաստատություններում աշխատող բժիշկների բնակության և աշխատանքի վայրերը:

Բուժաշխատողների 86.0%-ը բնակվում է այն վայրում, որտեղ և աշխատում է (Աղյուսակ 21): Բուժաշխատողների ամենամեծ քանակը, ովքեր ապրում և աշխատում են տարբեր վայրերում, կազմում են այն բուժաշխատողները, ովքեր բնակվում են մարզային քաղաքներում, սակայն աշխատում են գյուղերում՝ որոնք կազմում են հարցվածների 6.4%: Այն բուժաշխատողները, ովքեր բնակվում են մի գյուղում, սակայն աշխատում են այլ գյուղում, կազմում են բոլոր հարցվածների 2.2%:

**Աղյուսակ 21. Բուժաշխատողների բնակության և աշխատանքի վայրերը**

Բուժփիմնարկի գտնվելու բնակավայրի տիպը	Բժշկի բնակության վայրը				Ընդամենը
	Այն բնակավայրում որտեղ գտնվում է բուժփիմնարկը	Հարևան գյուղում	Մարզային քաղաքում	Երևանում	
Երևան	43.9%	0.0%	0.0%	0.0%	<b>43.9%</b>
Քաղաք	31.7%	0.9%	0.0%	0.7%	<b>33.3%</b>
Գյուղ	10.3%	2.5%	6.4%	3.4%	<b>22.8%</b>
Ընդամենը	<b>86.0%</b>	<b>3.4%</b>	<b>6.4%</b>	<b>4.1%</b>	<b>100.0%</b>

**Աղյուսակ 22. Բուժաշխատողների բնակության վայրի բաշխումն ըստ աշխատանքի վայրի տիպի**

Բուժփիմնարկի գտնվելու բնակավայրի տիպը	Բժշկի բնակության վայրը				Ընդամենը
	Այն բնակավայրում որտեղ գտնվում է բուժփիմնարկը	Հարևան գյուղում	Մարզային քաղաքում	Երևանում	
Երևան	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	<b>100.0%</b>
Քաղաք	95.2%	2.8%	0.0%	2.1%	<b>100.0%</b>
Գյուղ	45.5%	11.1%	28.3%	15.2%	<b>100.0%</b>
Ընդամենը	<b>86.0%</b>	<b>3.4%</b>	<b>6.4%</b>	<b>4.1%</b>	<b>100.0%</b>

Մյուս կողմից, ըստ բուժփիմնարկի գտնվելու բնակավայրի տիպի՝ ամենամեծ թիվը կազմում է քաղաքային բնակավայրերում բնակվող, սակայն գյուղերում աշխատող բժիշկները, ովքեր կազմում են գյուղական բնակավայրերում աշխատող բժիշկների 28.3%-ը:

Գյուղական բնակավայրերի առաջնային օղակում աշխատող բժիշկների 15.2%-ը բնակվում է Երևանում:

Գյուղական բնակավայրերի բուժաշխատողների միայն 45%-ն է բնակվում և աշխատում նույն վայրում:

Առաջնային օղակի բուժաշխատողների 88.7%-ը բնակվում է իրեն կամ իր ընտանիքին պատկանող բնակարանում (Աղյուսակ 23): Նրանց 3.9%-ը բնակվում է վարձով, 6.0%-ը բնակվում է ուրիշի բնակարանում, սակայն առանց բնակվարձ վճարելու, և միայն 0.7%-ը բնակվում է ծառայողական բնակարանում:

**Աղյուսակ 23. Բուժաշխատողների բնակարանների սեփականությունը**

Բնակարանի սեփականությունը	Երևան	Քաղաք	Գյուղ	Ընդամենը
Հարցվողի կամ նրա ընտանիքի սեփականություն է	93.6%	85.5%	84.2%	<b>88.7%</b>
Բնակվում է վարձով	1.1%	6.9%	5.0%	<b>3.9%</b>
Ուրիշի բնակարան է, բնակվում է առանց վարձավճարի	5.3%	6.9%	8.9%	<b>6.7%</b>
Ծառայողական բնակարան է	0.0%	0.7%	2.0%	<b>0.7%</b>
Ընդամենը	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

## Աշխատանքային ստաժը և դրույքը

Հետազոտությամբ պարզվել է, որ առաջնային օղակի բժիշկների 60.3%-ն աշխատում է մեկ դրույքով: Մեկից պակաս դրույքով աշխատում են նրանց 3.2%-ը, իսկ մեկից ավելի դրույքով՝ 6.3%-ը (Աղյուսակ 24): Բժիշկների նշանակալի մասը՝ 30.2%-ը, աշխատում է պայմանագրային հիմունքներով՝ առանց դրույքաչափը նշելու: Այդպիսի բուժաշխատողների տոկոսն ավելի բարձր է քաղաքներում՝ 39.2%, և գյուղերում՝ 32.4%, և համեմատաբար ավելի ցածր՝ Երևանում՝ 22.0%:

Գյուղերում զգալի բարձր է նաև մեկից ավել դրույքով աշխատողների թիվը. նրանք կազմում են գյուղական բուժաշխատողների 16.7%-ը:

**Աղյուսակ 24. Բուժաշխատողների աշխատանքային դրույքաչափերի բաշխումներն ըստ բնակավայրի տիպի**

Աշխատանքային դրույքը	Երևան	Քաղաք	Գյուղ	Ընդամենը
1 դրույքից պակաս	7.3%	0.0%	0.0%	3.2%
1 դրույք	69.1%	55.4%	51.0%	60.3%
1 դրույքից ավելի	1.6%	5.4%	16.7%	6.3%
Պայմանագրային՝ առանց դրույքաչափը նշելու	22.0%	39.2%	32.4%	30.2%
Ընդամենը	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Մեկ դրույքից ավելի բարձր ծանրաբեռնվածությամբ, առավելապես, աշխատում են բաժանմունքի վարիչները՝ 81.2%, և մանկաբարձ-գինեկոլոգները՝ 77.4% (Աղյուսակ 25):

Պայմանագրային՝ առանց դրույքը նշելու, աշխատում են առավելապես ընտանեկան բժիշկները՝ 37.0% (Աղյուսակ 25):

**Աղյուսակ 25. Բուժաշխատողների աշխատանքային դրույքաչափերի բաշխումներն ըստ մասնագիտության և պաշտոնը**

Աշխատանքային դրույքը	Ընտ. բժիշկ	Տեղամ. թերապ.	Մանկ.- գինեկ.	Բաժ. վարիչ	Հիմնարկի ղեկավար	Ընդ.
1 դրույքից պակաս	1.5%	6.1%	3.2%	0.0%	0.0%	3.1%
1 դրույք	56.0%	62.6%	77.4%	81.2%	50.0%	60.3%
1 դրույքից ավելի	5.5%	3.1%	3.2%	0.0%	33.3%	6.5%
Պայմանագրային՝ առանց դրույքի նշման	37.0%	28.2%	16.1%	18.8%	16.7%	30.0%
Ընդամենը	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Բուժաշխատողների 13.2%-ն աշխատում են համատեղությամբ (Աղյուսակ 26): Համատեղությամբ աշխատանքն ավելի տարածված է գյուղական՝ 18.0% և մարզային քաղաքների բուժաշխատողների շրջանում՝ 16.8%: Ավելի հաճախ համատեղությամբ աշխատում են բուժհիմնարկների ղեկավարները՝ 16.7%:



**Աղյուսակ 26. Համատեղությամբ աշխատող բուժաշխատողները**

Բնութագիր	Կատեգորիա	Աշխատում են համատեղությամբ
Բուժօգնականի գտնվելու բնակավայրի տիպը	Երևան	7.9%
	Քաղաք	16.8%
	Գյուղ	18.0%
	<b>Ընդամենը</b>	<b>13.2%</b>
Պաշտոնը	Ընտանեկան բժիշկ	11.6%
	Տեղամասային թերապևտ	12.5%
	Մանկաբարձ-գինեկոլոգ	13.8%
	Բաժանմունքի վարիչ	7.1%
	Բուժօգնականի ղեկավար	16.7%
	<b>Ընդամենը</b>	<b>13.2%</b>

**Բուժաշխատողների աշխատանքային պայմանները**

Հետազոտությամբ ուսումնասիրվել են առաջնային օղակի բուժաշխատողների աշխատանքային պայմանները, նվազագույն տեխնիկական հագեցվածությունը և աշխատանքային ծանրաբեռնվածությունը:

**Տեխնիկական նվազագույն հագեցվածություն**

Առաջնային օղակի բուժաշխատողների 6.9%-ն իր աշխատատեղում ունի անհատական համակարգիչ (Աղյուսակ 27): Համակարգիչների առկայությունը համեմատաբար ավելի բարձր է գյուղական բուժօգնականներում՝ 17.8%, ամբուլատորիաներում՝ 18.6% (դրանք փաստորեն գյուղերում գտնվող առաջնային օղակի բուժօգնականներ են):

Բուժօգնականների ղեկավարների 37.1%-ը և բաժանմունքների վարիչների 25.0%-ն իրենց աշխատատեղերում ունեն անհատական համակարգիչներ:

**Աղյուսակ 27. Աշխատատեղում անհատական համակարգիչ ունեցող բուժաշխատողները**

Բնութագիր	Կատեգորիա	Կաբինետում առկա է համակարգիչ
Բուժօգնականի գտնվելու բնակավայրի տիպը	Երևան	3.7%
	Քաղաք	3.4%
	Գյուղ	17.8%
	<b>Ընդամենը</b>	<b>6.9%</b>
Բուժօգնականի տիպը	Ամբուլատորիա	18.6%
	Բժշկական կենտրոն	5.4%
	Պոլիկլինիկա	1.5%
	Հիվանդանոց	0.0%
	<b>Ընդամենը</b>	<b>6.9%</b>
Պաշտոնը	Ընտանեկան բժիշկ	4.0%
	Տեղամասային թերապևտ	3.7%
	Մանկաբարձ-գինեկոլոգ	0.0%
	Բաժանմունքի վարիչ	25.0%
	Բուժօգնականի ղեկավար	37.1%
	<b>Ընդամենը</b>	<b>6.9%</b>

Առաջնային օղակի բուժօգնությունների բժշկների միայն 5.6%-ն իրենց կաբինետներում ունեն և՛ համակարգիչ, և՛ ինտերնետ (Աղյուսակ 28):

**Աղյուսակ 28. Աշխատատեղում և՛ անհատական համակարգիչ, և՛ ինտերնետ ունեցող բուժաշխատողները**

Ինտերնետի առկայությունը	Կաբինետում համակարգչի առկայությունը		Ընդամենը
	Առկա է	Առկա չէ	
Առկա է	5.6%	0.0%	5.6%
Առկա չէ	1.3%	93.1%	94.4%
Ընդամենը	6.9%	93.1%	100.0%

Առաջնային օղակի բժշկների պարտադիր աշխատանքային գործիք է հանդիսանում տոնոմետրը: Այդ գործիքի հիմնական տեխնիկական պարամետրեր են՝ չափման մեթոդը (սնդիկային, վակուումային և էլեկտրոնային) և տոնոմետրի մանժետի տեսակը (մեծ, միջին փոքր):

Բուժաշխատողների տոնոմետրերի 95.1%-ը էլեկտրոնային են (Աղյուսակ 29), 75.5%-ի մանժետները՝ միջին չափի (Աղյուսակ 30)

**Աղյուսակ 29. Բուժաշխատողների տոնոմետրերի տեսակները**

Բնութագիր	Կատեգորիա	Տոնոմետրի տեսակը		
		Սնդիկային	Վակուումային	Էլեկտրոնային
Բուժօգնության գտնվելու բնակավայրի տիպը	Երևան	1.1%	3.2%	95.7%
	Քաղաք	4.2%	1.4%	94.4%
	Գյուղ	3.9%	1.0%	95.1%
Բուժօգնության տիպը	Ամբուլատորիա	4.1%	1.0%	94.9%
	Բժշկական կենտրոն	4.1%	0.7%	95.3%
	Պոլիկլինիկա	1.1%	3.7%	95.3%
	Հիվանդանոց	33.3%	0.0%	66.7%
Պաշտոնը	Ընտանեկան բժիշկ	3.1%	0.5%	96.4%
	Տեղամասային թերապևտ	0.6%	3.8%	95.6%
	Մանկաբարձ-գինեկոլոգ	7.1%	3.6%	89.3%
	Բաժանմունքի վարիչ	0.0%	0.0%	100.0%
	Բուժօգնության ղեկավար	13.9%	2.8%	83.3%
<b>Ընդամենը</b>		<b>2.8%</b>	<b>2.1%</b>	<b>95.1%</b>

**Աղյուսակ 30. Տոնոմետրերի մանժետների տեսակները**

Բնութագիր	Կատեգորիա	Տոնոմետրի մանժետի տիպը		
		Մեծ	Միջին	Փոքր
Բուժօգնության գտնվելու բնակավայրի տիպը	Երևան	15.4%	73.4%	11.2%
	Քաղաք	18.2%	79.0%	2.8%
	Գյուղ	10.8%	74.5%	14.7%
Բուժօգնության տիպը	Ամբուլատորիա	13.3%	72.4%	14.3%
	Բժշկական կենտրոն	21.4%	68.3%	10.3%
	Պոլիկլինիկա	13.3%	81.0%	5.6%
	Հիվանդանոց	0.0%	100.0%	0.0%
Պաշտոնը	Ընտանեկան բժիշկ	19.7%	67.7%	12.6%

Տեղամասային թերապևտ	6.1%	89.6%	4.3%
Մանկաբարձ-գինեկոլոգ	24.0%	72.0%	4.0%
Բաժանմունքի վարիչ	43.8%	43.8%	12.5%
Բուժօգնականի ղեկավար	25.0%	61.1%	13.9%
<b>Ընդամենը</b>	<b>16.2%</b>	<b>75.5%</b>	<b>9.1%</b>

## **ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների աշխատանքային ծանրաբեռնվածությունը, աշխատավարձը և ակնկալիքները**

Հետազոտության շրջանակներում ուսումնասիրվել է բուժաշխատողների **փաստացի** աշխատանքային ծանրաբեռնվածությունը, բժիշկների կարծիքով՝ իրենց օպտիմալ ծանրաբեռնվածությունը, բժիշկների **փաստացի** աշխատավարձերը և աշխատավարձի ակնկալիքները:

**Ծանրաբեռնվածության ցուցանիշերը հաշվարկվել են միայն ընտանեկան բժիշկների, տեղամասային թերապևտների ու մանկաբարձ - գինեկոլոգների համար:**

Հետազոտության համար սահմանվել են հետևյալ ցուցանիշերը.

1. **Բժշկին կցագրված բնակչությունը,**
2. Օրական ընդունելությունների փաստացի **միջին քանակն՝** առանց տնային կանչերի,
3. Օրական ընդունելությունների օպտիմալ քանակն՝ առանց տնային կանչերի,
4. Ախտորոշման համար հիվանդի հետ զրույցի և զննման **միջին տևողությունը,**
5. Հիվանդի համար կատարվող գրառումների **միջին տևողությունը,**
6. Օրական սպասարկված տնային **կանչերի միջին քանակը,**
7. Բժիշկների փաստացի միջին աշխատավարձերը՝ ներառյալ հավելավճարները
8. Բժիշկների կողմից ակնկալվող աշխատավարձերը՝ մեկ դրույքի համար:

Այդ տվյալներն ուսումնասիրելու համար օգտագործվել են հետևյալ հարցերը:

1. «Նշեք խնդրեմ Ձեր ամսական միջին մաքուր աշխատավարձը Ձեր հիմնական աշխատավայրում՝ ներառյալ հավելավճարները (դրամ)»:
2. «Նշեք խնդրեմ, թե քանի անձ է Ձեզ կցագրված»:
3. «Միջին հաշվով, Ձեր աշխատանքային օրվա ընթացքում, քանի՞ հիվանդ եք ընդունում՝ չհաշված տնային կանչերը»:
4. «Միջին հաշվով քանի՞ ռոպե է տևում հիվանդի հետ Ձեր զրույցն ու զննումը՝ հիվանդության ախտորոշման համար»:
5. «Միջին հաշվով քանի՞ ռոպե է տևում հիվանդի հետ կապված գրառումների կատարումը»:
6. «Միջին հաշվով, աշխատանքային օրվա ընթացքում, քանի՞ տնային կանչ եք սպասարկում»:
7. «Ձեր կարծիքով, որքա՞ն պետք է լինի Ձեր մասնագիտության և Ձեզ չափ աշխատանքային ստաժ ունեցող բժշկի **արդարացի** աշխատավարձը՝ **մեկ դրույքի** համար»:
8. «Ձեր կարծիքով, **միջին հաշվով, քանի՞ հիվանդ** պետք է ընդունի Ձեր մասնագիտության բժիշկը՝ **մեկ դրույք** աշխատելու դեպքում՝ աշխատանքի համապատասխան որակ ապահովելու համար»:

Աղյուսակ 31-ում ներկայացված են վերլուծության արդյունքում ստացված վերոնշյալ ցուցանիշերի միջին արժեքներն՝ ըստ բժիշկների մասնագիտության, բուժհիմնարկների գտնվելու բնակավայրի տիպի և աշխատանքային ստաժի:

Աղյուսակ 31. Բժիշկների ծանրաբեռնվածության ցուցանիշները

Բնութագիր	Կցագր. բնակչ. թիվը	1 օրում հիվ. փաս. թիվը	1 օրում հիվ. օպտ. թիվը	1 հիվ.-ի գննում (րոպե)	1 հիվ. -ի գրառում (րոպե)	1 օրում տնային կանչ	Միջին աշխատավարձը (դրամ)	Ցանկալի միջ. աշխատավարձ (դրամ)
<b>Հարցվողի պաշտոնը</b>								
Ընտ. բժիշկ	1,801	19.0	11.9	0:19	0:13	3.2	144,927	441,833
Տեղ. թերապևտ	2,163	17.4	10.9	0:18	0:12	2.6	117,889	387,192
Մանկ.-գինեկոլոգ	2,569	13.6	13.7	0:22	0:12	3.5	129,638	354,167
<b>Բուժհիմնարկի գտնվելու բնակավայրի տիպը</b>								
Երևան	1,862	16.9	11.3	0:18	0:11	2.8	107,076	373,019
Քաղաք	2,085	18.8	11.5	0:19	0:14	2.6	128,809	441,789
Գյուղ	2,098	18.7	12.1	0:21	0:13	3.6	197,845	458,095
<b>Մասնագիտական ստաժ</b>								
Մինչև 5 տարի	1,846	14.4	13.1	0:21	0:10	2.9	103,107	227,143
5-10 տարի	1,916	17.1	12.4	0:18	0:12	3.1	158,966	383,929
10-15 տարի	2,007	18.9	11.3	0:19	0:12	2.7	156,513	437,250
15-20 տարի	2,146	17.8	11.3	0:20	0:14	2.7	145,750	409,474
20-30 տարի	1,929	17.7	11.1	0:19	0:13	2.9	148,883	478,435
30 տարուց ավելի	2,120	18.0	12.4	0:18	0:13	3.0	142,145	385,755
Ընդամենը	2,028	17.8	11.8	0:19	0:13	2.9	145,198	415,789

Աղյուսակ 32. Բժիշկների փաստացի և օպտիմալ ծանրաբեռնվածության հարաբերությունը, փաստացի մաքուր աշխատավարձը որպես տոկոս ակնկալվող աշխատավարձից, փաստացի մաքուր աշխատավարձը որպես տոկոս ակնկալվող աշխատավարձից՝ բերված մեկ դրույքի

Հարցվողի պաշտոնը	Փաստացի սպասարկված հիվանդների թվի հարաբերությունը օպտիմալ թվին	Փաստացի մաքուր աշխատավարձը՝ տոկոս ակնկալվող աշխատավարձից	Փաստացի մաքուր աշխատավարձը՝ տոկոս ակնկալվող աշխատավարձից, բերված օպտիմալ ծանրաբեռնվածությանը
Ընտանեկան բժիշկ	1.6	33%	21%
Տեղամասային թերապևտ	1.6	30%	19%
Մանկաբարձ-գինեկոլոգ	1.0	37%	37%
<b>Բուժհիմնարկի գտնվելու բնակավայրի տիպը</b>			
Երևան	1.5	29%	19%
Քաղաք	1.6	29%	18%
Գյուղ	1.5	43%	28%
<b>Մասնագիտական ստաժ</b>			
Մինչև 5 տարի	1.1	45%	41%
5-10 տարի	1.4	41%	30%
10-15 տարի	1.7	36%	21%
15-20 տարի	1.6	36%	23%
20-30 տարի	1.6	31%	20%
30 տարուց ավելի	1.5	37%	25%
Ընդամենը	1.6	32%	21%

Առաջնային օղակի բժիշկների աշխատանքային փաստացի ծանրաբեռնվածության, օպտիմալ ծանրաբեռնվածության, փաստացի մաքուր աշխատավարձի և ակնկալվող մաքուր աշխատավարձի միջինացված ցուցանիշերը ներկայացված են Աղյուսակ 32:

### ***Ցուցանիշեր ամբողջ ընտրանքի համար***

Կցագրված բնակչության միջին թիվ՝ 2.028, մեկ օրում փաստացի սպասարկված հիվանդների միջին քանակը՝ 17.8, մեկ օրում սպասարկված տնային կանչերի միջին քանակը՝ 2.9, մեկ հիվանդի հետ զրույցի և նրա զննման միջին ժամանակը՝ 19 րոպե, մեկ հիվանդի հետ կապված գրառումների միջին ժամանակը՝ 13 րոպե, փաստացի ամսական միջին աշխատավարձը՝ ներառյալ հավելավճարները (անկախ այն բանից, թե քանի դրույքով կամ ինչպիսի պայմանագրային պայմաններով է աշխատում բժիշկը) 145.198 դրամ, ակնկալվող միջին մաքուր աշխատավարձը՝ մեկ դրույքի և որակյալ աշխատանքի համար՝ 415.789 դրամ:

Այսպիսով՝ ըստ առաջնային օղակի բժիշկների կարծիքի՝ իրենց փաստացի ծանրաբեռնվածությունը գերազանցում է օպտիմալ ծանրաբեռնվածությանը 1.6 անգամ կամ՝ 60%-ով, իսկ փաստացի մաքուր աշխատավարձը կազմում է ակնկալվող աշխատավարձի 32%-ը: Մյուս կողմից, եթե այդ ցուցանիշը համադրենք բժիշկների կողմից գնահատված օպտիմալ ծանրաբեռնվածության հետ, ապա այդ դեպքում՝ նրանց կողմից փաստացի ստացած աշխատավարձը կկազմի ակնկալվող աշխատավարձի 21%-ը (32%/1.6):

### ***Ցուցանիշեր ըստ բժիշկների մասնագիտության***

Եթե ստացված ցուցանիշերը դիտարկենք ըստ բժիշկների մասնագիտության, ապա կունենանք հետևյալ պատկերը (տես՝ Աղյուսակ 31-ի վերին հատվածը): Ամենամեծ թվով կցագրված բնակչության քանակը մանկաբարձ-գինեկոլոգներինն է (2.569), սակայն նրանց միջին օրական ծանրաբեռնվածությունը՝ 13.6 հիվանդի ընդունելություն, ըստ էության հավասար է նրանց կողմից նշված օպտիմալ ծանրաբեռնվածության միջին թվին՝ 13.7: Մանկաբարձ-գինեկոլոգների կողմից մեկ հիվանդի հետ զրույցի և զննման միջին ժամանակը՝ 22 րոպե է, որն ավելի բարձր է, քան ընտանեկան բժիշկների (19) և տեղամասային թերապևտների (18) ցուցանիշը:

Մանկաբարձ գինեկոլոգների փաստացի միջին աշխատավարձը (մոտ 130,000 դրամ) գտնվում է ընտանեկան բժիշկների աշխատավարձի (մոտ 145 000 դրամ) և տեղամասային թերապևտների աշխատավարձի (մոտ 120 000 դրամ) միջև: Բժիշկների աշխատավարձային ակնկալիքների փոխհարաբերություններում նորից ամենաբարձրն է ընտանեկան բժիշկների ակնկալիքը (մոտ 440 000 դրամ), սակայն երկրորդ տեղում է տեղամասային թերապևտներինը (մոտ 358 000 դրամ), իսկ երրորդը՝ մանկաբարձ գինեկոլոգներինը (մոտ 355 000 դրամ):

Այսպիսով՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգների ակնկալիքային աշխատավարձի հարաբերությունը նրանց փաստացի աշխատավարձին, որը կազմում է 37%, ավելի բարենպաստ է տեղամասային թերապևտների և ընտանեկան բժիշկների նույն ցուցանիշերից, որոնք համապատասխանաբար կազմում են 19% և 21%:

### ***Ցուցանիշեր ըստ բուժօգնության գտնվելու վայրի***

Կցագրված բնակչության քանակը գյուղերում (2.098) և այլ քաղաքներում (2.085) մոտ 12%-ով ավելի բարձր է, քան Երևանում (1.801): Մեկ օրում սպասարկված հիվանդների միջին քանակը այլ քաղաքներում (18.8) և գյուղերում (18.7) նույնպես ավելի բարձր է, քան Երևանում (16.9): Մեկ օրում սպասարկվող բնակչության օպտիմալ միջին քանակը գյուղական բուժօգնության բժիշկների գնահատականով (12.1) մի փոքր ավելի բարձր է, քան այլ քաղաքների (11.5) և Երևանի բուժօգնության բժիշկների կարծիքով:

Մեկ հիվանդի զննման և զրույցի միջին տևողության ժամանակը գյուղերում (21 րոպե) մի փոքր ավելի բարձր է, քան այլ քաղաքներում (19 րոպե) և Երևանում (18 րոպե), իսկ գրառումների համար ծախսվող միջին ժամանակը Երևանում (11 րոպե) ավելի քիչ է, քան այլ քաղաքներում (14) և գյուղերում (13 րոպե):

Գյուղերում տնային կանչերի օրական միջին քանակը (3.6) 33%-ով գերազանցում է այլ քաղաքներում և Երևանում կանչերին, որոնք համապատասխանաբար հավասար են՝ 2.6 և 2.8-ի:

Առաջանային օղակի բուժաշխատողների փաստացի աշխատավարձերը գյուղերում (մոտ 200 000 դրամ), նշանակալիորեն գերազանցում են քաղաքների (մոտ 130 000 դրամ) և Երևանի (մոտ 110 000 դրամ) ցուցանիշերը: Նման հարաբերակցություն առկա է նաև ակնկալվող աշխատավարձերի տեսակետից՝ գյուղական բնակավայրերի բուժօգնությունում աշխատող բժիշկների ակնկալված միջին ամսական աշխատավարձը (մոտ 460 000 դրամ), փոքր ինչ գերազանցում է քաղաքների բուժօգնությունների (մոտ 440 000 դրամ) ակնկալիքները և նշանակալիորեն գերազանցում է Երևանի բուժօգնությունների աշխատողների (մոտ 375 000 դրամ) ակնկալիքները:

Այսպիսով, գյուղական բնակավայրերում ակնկալվող և փաստացի աշխատավարձերի հարաբերակցությունը (28%) նշանակալիորեն ավելի ակնառու է, քան այլ քաղաքներում (18%) և Երևանում (19%):

### ***Ցուցանիշեր ըստ բժիշկների ընդհանուր մասնագիտական ստաժի***

Մինչև 5 տարվա մասնագիտական ստաժ ունեցող բժիշկներին կցագրված բնակչության թիվը (1.846) մոտ 7%-ով պակաս է կցագրված բնակչության միջին թվից (2.028): Այս խմբում օրական սպասարկվող հիվանդների միջին քանակը (14.4) ամենացածրն է, սակայն՝ նրանց գնահատմամբ օրական սպասարկվող հիվանդների հնարավոր օպտիմալ միջին քանակը (13.1)՝ ընդհանուր միջինից (11.5) ավելի բարձր է 14%-ով:

Այս՝ ամենաերիտասարդ, բժիշկների շրջանում գրառումներին տրամադրվող միջին ժամանակը ամենացածրն է (10 րոպե), և ամենաբարձրը՝ հիվանդի հետ զրույցին և զննմանը տրամադրվող ժամանակը (21 րոպե):

Այս խմբում ամսական փաստացի աշխատավարձը ևս ամենացածրն է (մոտ 105,000 դրամ, այն դեպքում ընդհանուր միջինը կազմում է մոտ 130,000 դրամ), համապատասխանաբար՝ նաև ակնկալվող միջին ամսական աշխատավարձը (մոտ 230,000 դրամ):

Ըստ աշխատանքային ստաժի, օրական օպտիմալ ծանրաբեռնվածությունը միջին հաշվով, ցածր է 10-15, 15-20, 20-30 տարվա ընդհանուր աշխատանքային ստաժ ունեցող բժիշկների տվյալներում (մոտ 12.2):

Աղյուսակներ 33-39-ում ներկայացված են բժիշկների փաստացի և օպտիմալ աշխատանքային ծանրաբեռնվածության, ինչպես նաև փաստացի և ակնկալվող աշխատավարձերի բաշխումները, որոնք մանրամասնում են վերը տրված միջին արժեքների հիման վրա կատարած նկարագրությունները:

**Աղյուսակ 33. Կցագրված բնակչության քանակի բաշխումը**

Կցագրված բնակչություն	Հարցվողի պաշտոնը			Ընդ.	Բուժհիմնարկի գտնվելու բնակավայրի տիպը			Ընդ.
	Ընտ. բժիշկ	Տեղ. թեր.	Մանկ. գին.		Երևան	Քաղաք	Գյուղ	
<=1000	9.4%	0.0%	9.1%	5.2%	8.1%	2.5%	3.2%	5.3%
1001-1500	21.0%	7.8%	0.0%	14.5%	19.4%	11.0%	8.1%	14.4%
1501-2000	<b>37.0%</b>	<b>32.0%</b>	<b>36.4%</b>	<b>34.8%</b>	<b>36.2%</b>	<b>32.2%</b>	<b>38.7%</b>	<b>35.3%</b>
2001-2500	21.5%	<b>40.5%</b>	9.1%	29.6%	24.4%	<b>33.9%</b>	<b>33.9%</b>	<b>29.4%</b>
2501-3000	9.9%	17.6%	0.0%	13.0%	9.4%	17.8%	11.3%	12.6%
3001 <=	1.1%	2.0%	45.5%	2.9%	2.5%	2.5%	4.8%	2.9%
Ընդամենը	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Միջինը	1,801	2,163	2,569	1,983	1,862	2,085	2,098	1,983

**Աղյուսակ 34. Օրական ընդունելությունների քանակի բաշխումը (առանց տնային կանչերի)**

Օրական սպասարկված հիվանդների թիվը՝ առանց տնային կանչերի	Հարցվողի պաշտոնը			Ընդ.	Բուժհիմնարկի գտնվելու բնակավայրի տիպը			Ընդ.
	Ընտ. բժիշկ	Տեղ. թեր.	Մանկ. գին.		Երևան	Քաղաք	Գյուղ	
Մինչև 10	12.8%	13.1%	46.4%	15.4%	16.7%	14.4%	13.9%	15.3%
11-15	28.1%	30.0%	17.9%	28.1%	31.6%	22.0%	30.6%	28.0%
16-20	28.1%	39.4%	25.0%	32.6%	36.2%	31.1%	29.2%	33.1%
21-25	19.9%	13.8%	7.1%	16.4%	10.3%	25.0%	13.9%	16.1%
25-ից ավելի	11.2%	3.8%	3.6%	7.6%	5.2%	7.6%	12.5%	7.4%
Ընդամենը	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Միջինը	19.0	17.3	13.6	17.9	16.9	18.8	18.7	17.9

**Աղյուսակ 35. Տնային կանչերի միջին օրական քանակը**

Օրական տնային կանչերի միջին թիվը	Հարցվողի պաշտոնը			Ընդ.	Բուժհիմնարկի գտնվելու բնակավայրի տիպը			Ընդ.
	Ընտ. բժիշկ	Տեղ. թեր.	Մանկ. գին.		Երևան	Քաղաք	Գյուղ	
1	10.4%	19.0%	0.0%	14.2%	16.4%	13.8%	8.3%	13.8%
2	33.2%	34.2%	50.0%	33.7%	29.6%	43.1%	27.8%	33.7%
3	22.8%	31.6%	0.0%	26.6%	33.3%	24.1%	16.7%	26.8%
4	11.9%	7.6%	0.0%	9.9%	8.8%	9.5%	13.9%	10.1%
5	14.5%	4.4%	50.0%	10.2%	6.3%	7.8%	22.2%	10.1%
5 <	7.2%	3.2%	0.0%	5.4%	5.6%	1.8%	11.2%	5.5%
Ընդամենը	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.1%	100.1%	100.0%
Միջինը	3.2	2.6	3.5	2.9	2.8	2.6	3.6	2.9



Աղյուսակ 36. Մեկ հիվանդի հետ զրոյցի և զննման միջին ժամանակի բաշխումը (րոպեներով)

Զրոյցի և զննման տևողությունը	Ընտ. բժիշկ		Տեղ. թեր.		Մանկ. գին.		Ընդ.	
	Զննում	Գրառում	Զննում	Գրառում	Զննում	Գրառում	Զննում	Գրառում
Մինչև 5 րոպե	0.5%	15.7%	0.0%	13.8%	0.0%	20.7%	0.3%	15.3%
6-10 րոպե	10.8%	36.2%	14.5%	42.1%	6.7%	41.4%	12.0%	39.1%
11-15 րոպե	26.2%	25.4%	30.8%	28.3%	20.0%	3.4%	27.6%	24.9%
16-20 րոպե	38.5%	14.6%	35.8%	11.3%	33.3%	34.5%	37.0%	14.7%
21-25 րոպե	5.6%	1.1%	10.7%	1.3%	0.0%	0.0%	7.3%	1.1%
26-30 րոպե	16.4%	4.9%	8.2%	1.9%	36.7%	0.0%	14.6%	3.2%
30 րոպեից ավելի	2.1%	2.2%	0.0%	1.3%	3.3%	0.0%	1.3%	1.6%
Ընդամենը	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Աղյուսակ 37. Հիվանդների սպասարկման օրական միջին թվի փաստացի և օպտիմալ բաշխումը

Հիվանդների քանակ	Ընտ. բժիշկ		Տեղ. թեր.		Մանկ. գին.		Ընդ.	
	Փաստացի միջին	Ցանկալի միջին	Փաստացի միջին	Ցանկալի միջին	Փաստացի միջին	Ցանկալի միջին	Փաստացի միջին	Ցանկալի միջին
Մինչև 10	12.8%	61.9%	13.1%	66.9%	46.4%	42.9%	15.4%	62.8%
1-15	28.1%	26.8%	30.0%	28.2%	17.9%	38.1%	28.1%	28.1%
16-20	28.1%	8.3%	39.4%	4.9%	25.0%	19.0%	32.6%	7.6%
21-25	19.9%	1.2%	13.8%	0.0%	7.1%	0.0%	16.4%	0.6%
25 <	11.2%	1.8%	3.8%	0.0%	3.6%	0.0%	7.6%	0.9%
Ընդամենը	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Աղյուսակ 38. Ամսական փաստացի աշխատավարձերի բաշխումը

Ամս. փաստացի աշխատավարձը,	Ընտ. բժիշկ	Տեղ. թեր.	Մանկ. գին.	Բաժ. Վար.	ԲՀ ղեկ.	Ընդ.	Երևան	Քաղաք	Գյուղ	Ընդ.
Մինչև 80000	14.1%	17.4%	27.6%	7.1%	0.0%	14.7%	23.5%	13.6%	2.0%	15.1%
80001-100000	16.1%	22.9%	24.1%	14.3%	2.9%	17.9%	30.7%	11.4%	3.0%	17.8%
100001-150000	33.3%	46.5%	24.1%	50.0%	8.6%	35.7%	38.0%	53.0%	13.1%	36.8%
150001-200000	21.4%	12.5%	10.3%	7.1%	11.4%	16.2%	6.1%	15.2%	35.4%	16.1%
200001-250000	7.3%	0.7%	3.4%	7.1%	20.0%	5.8%	0.6%	3.0%	17.2%	5.4%
250001-300000	6.2%	0.0%	6.9%	7.1%	22.9%	5.6%	1.1%	2.3%	16.2%	5.1%
300001-350000	0.0%	0.0%	3.4%	0.0%	17.1%	1.7%	0.0%	0.8%	4.0%	1.2%
350001-ից ավելի	1.6%	0.0%	0.0%	7.1%	17.1%	2.4%	0.0%	0.8%	9.1%	2.4%
Ընդամենը	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Աղյուսակ 39. Ցանկալի ամսական աշխատավարձերի բաշխումը

Ամսական ակնկալվող աշխատավարձը	Ընտ. բժիշկ	Տեղ. թեր.	Մանկ. գին.	Բաժ. Վար.	ԲՀ ղեկ.	Ընդ.	Երևան	Քաղաք	Գյուղ	Ընդ.
Մինչև 100000	0.6%	0.7%	4.2%	0.0%	0.0%	0.8%	1.2%	0.7%	0.0%	0.8%
100001-200000	11.7%	17.1%	29.2%	7.1%	9.7%	14.4%	19.2%	16.2%	5.7%	15.1%
200001-300000	22.2%	29.5%	12.5%	42.9%	16.1%	24.6%	25.1%	23.5%	25.0%	24.6%
300001-400000	23.9%	21.2%	16.7%	14.3%	22.6%	22.0%	21.6%	20.6%	26.1%	22.3%
400001-500000	25.0%	25.3%	33.3%	21.4%	25.8%	25.6%	26.9%	23.5%	22.7%	24.8%
500001<	16.7%	6.2%	4.2%	14.3%	25.8%	12.7%	6.0%	15.4%	20.5%	12.5%
Ընդամենը	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

## ԱԱՊ օղակի բժիշկների աշխատանքային հրատապ խնդիրները

Հետազոտությամբ ուսումնասիրվել են առաջնային բուժօգնության հիմնարկների բժիշկների կարիքները: Հարցման մասնակիցներին տրվել է հետևյալ բաց հարցը՝ «Ո՞րն է Ձեզ համար ամենամեծ աշխատանքային խնդիրը, որն առաջնահերթ և հրատապ լուծում է պահանջում» (պատասխաններ չեն հուշվել): Ստացված պատասխանները ներկայացված են Աղյուսակ 40-ում: Աղյուսակի տվյալները ցույց են տալիս տվյալ պատասխանը նշած անձանց քանակը:

**Աղյուսակ 40. Առաջնային օղակի բժիշկների ամենալուրջ աշխատանքային խնդիրը, որը առաջնահերթ և հրատապ լուծում է պահանջում**

Աշխատանքային խնդիր	Ընտ. բժիշկ	Տեղ. թեր.	Մանկ. գին.	Բաժ. վար.	ԲՀ ղեկ.	Երևան	Քաղաք	Գյուղ	Ընդ.
Աշխատավարձի բարձրացումը	32.4%	33.6%	25.0%	18.2%	9.5%	42.7%	29.9%	11.6%	31.3%
Աշխատանքային պայմանների բարելավումը	29.0%	22.4%	0.0%	9.1%	52.4%	17.6%	24.3%	42.0%	25.4%
Գրագրության պակասեցումը	22.1%	29.6%	0.0%	27.3%	4.8%	29.8%	26.2%	10.1%	24.1%
Բուժօգնության տեխնիկական հագեցվածության բարձրացումը	18.6%	17.6%	12.5%	27.3%	4.8%	8.4%	27.1%	20.3%	17.6%
Անձնական համակարգչի տրամադրումը	7.6%	8.8%	12.5%	9.1%	4.8%	7.6%	5.6%	11.6%	7.8%
Բուժօգնության ավտոմեքենայով ապահովումը	8.3%	2.4%	0.0%	0.0%	19.0%	0.8%	2.8%	20.3%	5.9%
Առանձին աշխատասենյակի տրամադրումը	5.5%	2.4%	12.5%	0.0%	0.0%	2.3%	8.4%	0.0%	3.9%
Բժիշկների իրավական պաշտպանությունը	4.1%	3.2%	0.0%	0.0%	0.0%	6.9%	0.9%	0.0%	3.3%
Ամբուլատորիաների ֆինանսավորման բարձրացումը	0.7%	1.6%	0.0%	0.0%	23.8%	1.5%	0.0%	8.7%	2.6%
Անվճար ծառայությունների ավելացումը	0.7%	1.6%	12.5%	0.0%	4.8%	3.1%	0.0%	1.4%	1.6%
Նեղ մասնագետների պակասը	0.7%	1.6%	0.0%	9.1%	4.8%	0.0%	2.8%	1.4%	1.3%
Անվճար վերապատրաստումը	1.4%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.8%	1.4%	1.3%
Բուժաշխատողներին սոց. փաթեթի տրամադրումը	0.0%	0.0%	37.5%	9.1%	0.0%	0.0%	3.7%	0.0%	1.3%
Կազմակերպել հիվանդների ճիշտ հերթագրումը	1.4%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	0.9%	0.0%	1.3%
Անվճար և հումանիտար օգնության դեղորայքով ապահովումը	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.9%	0.7%
Անվճար դեղորայքի ցանկի վերանայում/ապահովումը	0.0%	0.8%	0.0%	9.1%	0.0%	0.0%	1.9%	0.0%	0.7%
Պրոֆիլակտիկ միջոցառումների ինտենսիվացումը	0.7%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	0.0%	0.0%	0.7%
Իրավական գիտելիքների ուսուցումը	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	0.3%
<b>Ընդամենը</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Աղյուսակի տվյալները ցույց են տալիս, որ ընդհանուր առմամբ՝ առաջնային օղակի բժիշկների առավել հրատապ և լուծում պահանջող հարցերը 4-ն են, դրանք են.

1. Աշխատավարձի բարձրացումը (նշել են հարցվածների 31.3%-ը)
2. Աշխատանքային պայմանների բարելավումը (25.4%)
3. Գրագրության պակասեցումը (24.1%)
4. Բուժօգնության տեխնիկական հագեցվածության բարձրացումը (17.6%).

Ընդ որում՝ աշխատավարձերի բարձրացումն առավել հրատապ է Երևանում (նշել են Երևանում աշխատող բժիշկների 42.7%), նվազ հրատապ է այլ քաղաքներում (29.9%) և բավական ցածր հրատապություն ունի գյուղերում (11.6%), այս տվյալները համահունչ են Աղյուսակ 31-ի տվյալներին, ըստ որի Երևանում առաջնային բուժաշխատողների միջին

աշխատավարձն ամենացածրն է՝ մոտ 105 000 դրամ, քաղաքներում՝ մոտ 130 000 դրամ, իսկ գյուղերում՝ մոտ 200 000 դրամ:

Վերը նշված խնդրի հրատապության ցուցանիշը ցածր է բուժհիմնարկների ղեկավարների (9.5%) և համեմատաբար ցածր՝ բուժհիմնարկներում բաժանմունքի վարիչների (18.2%) շրջանում:

**Աշխատանքային պայմանների բարելավման** խնդիրը միջինից անհամեմատ ավելի բարձր է բուժհիմնարկների ղեկավարների (52.4%) և գյուղական բնակավայրերում գտնվող բուժհիմնարկներում աշխատող բժիշկների շրջանում (42.0%):

Այդ խնդիրը, որպես ամենահրատապ խնդիր, չեն նշել մանկաբարձ գինեկոլոգները:

Գրագրության պակասեցումը համեմատաբար ավելի հաճախ են նշել Երևանում (29.8%) և այլ քաղաքներում (26.2%) գտնվող բուժհիմնարկների բժիշկները, իսկ գյուղական բուժհիմնարկներում աշխատող բժիշկների շրջանում այդ խնդրի նշումները կազմել են (10.1%):

Խնդիրը չեն նշել մանկաբարձ-գինեկոլոգները և շատ քիչ են նշել բուժհիմնարկների ղեկավարները (4.8%):

**Բուժհիմնարկների տեխնիկական հագեցվածության** խնդիրը ամենահրատապն է քաղաքներում (27.1%) և գյուղական բնակավայրերում (20.3%) գտնվող բուժհիմնարկների բժիշկների կարծիքով: Ընդ որում, դրանով առավել մտահոգված են բաժանմունքների վարիչները (27.3%):

Ընդհանուր առմամբ ցածր հրատապությամբ խնդիրների շարքում կան այնպիսիք, որոնք բավական հրատապ են բժիշկների առանձին խմբերի համար, մասնավորապես.

**Բուժհիմնարկն ավտոմեքենայով ապահովելու խնդիրը** բավականին հրատապ է գյուղական բուժհիմնարկներում աշխատող բժիշկների (20.3%) և բուժհիմնարկների ղեկավարների (19.0%) շրջանում:

**Ամբուլատորիաների ֆինանսավորման բարձրացումը** հրատապ է բուժհիմնարկների ղեկավարների համար (23.8%):

Բուժաշխատողներին սոցիալական փաթեթների տրամադրումը նշել են հատկապես մանկաբարձ գինեկոլոգների 37.5%-ը:

## **Համակարգչային վերապատրաստման կարիքը**

Հետազոտությամբ ուսումնասիրվել է առաջնային օղակի բժիշկների համակարգչով աշխատելու և ինտերնետից օգտվելու հմտությունների զարգացման կարիքը: Պարզվել է, որ այդ կարիքը բավական բարձր է:

- Հարցված բժիշկների 72.3%-ը նշել են, որ համակարգչային գիտելիքների որակի բարձրացման կարիք ունեն:
- Համացանցից օգտվելու հմտությունների կատարելագործման անհրաժեշտության մասին հայտնել է հարցվածների 70.1%-ը:

**Աղյուսակ 41. Համակարգչի հետ աշխատելու և ինտերնետից օգտվելու ուսուցման անհրաժեշտություն**

Բնութագիր	Կատեգորիա	Համակարգչի հետ աշխատելու ունակությունների կատարելագործում	Համացանցից օգտվելու ունակությունների կատարելագործում
Բուժօգնության գտնվելու բնակավայրի տիպը	Երևան	70.4%	65.2%
	Քաղաք	75.2%	74.6%
Բուժօգնության տիպը	Գյուղ	71.7%	72.9%
	Ամբուլատորիա	71.1%	71.6%
	Բժշկական կենտրոն	64.6%	65.5%
	Պոլիկլինիկա	78.9%	73.7%
Պաշտոնը	Հիվանդանոց	33.3%	33.3%
	Ընտանեկան բժիշկ	78.6%	77.7%
	Տեղամասային թերապևտ	72.5%	68.8%
	Մանկաբարձ-գինեկոլոգ	41.9%	35.5%
	Բաժանմունքի վարիչ	75.0%	66.7%
	Բուժօգնության ղեկավար	60.0%	64.7%
	<b>Ընդամենը</b>	<b>72.3%</b>	<b>70.1%</b>

## Հիմնական արդյունքներ և առաջարկներ

Ստորև՝ Աղյուսակ 42-ում, ներկայացված են հետազոտության հիմնական արդյունքները և այդ արդյունքներին համապատասխանող առաջարկները:

### Աղյուսակ 42. Հիմնական արդյունքներ և առաջարկներ

Արդյունք	Առաջարկ
1. Առաջնային օղակի բժիշկների աշխատատեղերի համալրվածությունը համակարգիչներով ցածր է (6.9%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Առաջնային օղակի բժիշկներին ապահովել անհատական օգտագործման համակարգիչներով,</li> <li>• դրանք միացնել համացանցին,</li> </ul>
2. Աշխատավայրում համացանցից օգտվելու բժիշկների հնարավորությունները խիստ անբավարար են (5.6%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• կազմակերպել բժիշկների համակարգչային և ինտերնետային ունակությունների զարգացման դասընթացներ;</li> </ul>
3. Առաջնային օղակի բժիշկների շրջանում բարձր է համակարգչային և ինտերնետից օգտվելու հմտությունների զարգացումը, դրա կարիքի մասին հայտնել են հարցվածների համապատասխանաբար 72.3% և 70.1%-ը:	<p>արդյունքում՝</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• հնարավոր կդառնա ամբողջ գրագրություն իրականացնել համակարգչով</li> <li>• պակասեցնել գրագրության վրաշախսվող ժամանակը</li> </ul>
4. Հրատապ է մնում առաջնային օղակի բժիշկների համար պարտադիր գրագրության ծավալի նվազեցումը: Մեկ հիվանդի գրագրության համար անհրաժեշտ միջին ժամանակը կազմում է 13 րոպե, իսկ հիվանդի հետ զրույցի և նրա զննման համար տրամադրվող միջին ժամանակը 19 րոպե է՝ առաջինը կազմում է հիվանդին տրամադրված ամբողջ ժամանակի 40%-ը:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• կապահովվի հեռու բնակավայրերում աշխատող բժիշկների հեռահաղորդակցությունը իրենց կոլեգաների հետ</li> <li>• համակարգիչների միջոցով անհրաժեշտ պաշտոնական փաստաթղթերից և կանոնակարգերից, այդ թվում նաև Հիվանդությունների XI դասակարգման ժողովածուից օգտվելը մատչելի դառնա:</li> </ul>
5. Ընտանեկան բժիշկների և տեղամասային թերապևտների կողմից օրական սպասարկվող հիվանդների փաստացի միջին քանակը նշանակալի գերազանցում է որակյալ բուժօգնություն ցուցաբերելու համար անհրաժեշտ օպտիմալ թվաքանակը:	<p>Քննել առաջնային օղակի բժիշկների աշխատանքային ծանրաբեռնվածության նվազեցման և նրանց աշխատավարձերի բարձրացման հնարավորությունները;</p> <p>Բարեփոխման արդյունքում կբարձրանա ծառայությունների որակը առաջնային օղակում:</p>
6. Բժիշկների փաստացի միջին աշխատավարձը նշանակալիորեն ցածր է նրանց ակնկալած միջին աշխատավարձից (առաջինը կազմում է երկրորդի 32%-ը) Խնդիրը հատկապես հրատապ է Երևանի և այլ քաղաքների առաջնային օղակի տեղամասային թերապևտների և ընտանեկան բժիշկների համար:	
7. Առաջնային օղակի բուժփիմնարկների համար առաջնահերթություն է աշխատանքային պայմանների բարելավումը, այդ թվում՝ ամբուլատորիաների շենքերի վերանորոգումը, ջեռուցման և ջրամատակարարման բարելավումը:	<p>Ուսումնասիրել առաջնային օղակի բուժփիմնարկների փաստացի տեխնիկական պայմանները և իրականացնել դրանց անհրաժեշտ բարելավման աշխատանքներ:</p>
8. Գյուղական բուժփիմնարկների համար խիստ առաջնահերթություն է մնում բուժփիմնարկի ապահովումը ավտոմեքենայով:	<p>Ուսումնասիրել գյուղական բուժփիմնարկների ապահովվածությունը մեքենաներով և դրանցով ապահովելու հնարավորությունները:</p>

## 8. ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎԻՃԱԿ

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

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

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

### Բնակչության թվաքանակն և կազմը

2015 թվականի հունվարի 1-ի դրությամբ ՀՀ մշտական բնակչության քանակը կազմել է 3 010,6 հազ. մարդ: 2014 թվականին քաղաքային բնակչության մասնաբաժինը կազմել է 63,4%, իսկ գյուղական բնակչությանը՝ 36,6 %: Տղամարդիկ կազմել են բնակչության 47,8%-ը, իսկ կանայք՝ 52,2%-ը: Բնակչության միջին տարիքը կազմել է 36,2 տարի, տղամարդկանցը՝ 34,5, իսկ կանանցը՝ 37,8:

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

Այն հանդիսանում է Հայաստանում բնակչության ծերացման կարևորագույն գործոններից մեկը: Բնակչության ծերացումը երկարատև ժողովրդագրական փոփոխությունների, բնակչության վերարտադրության, ծնելիության, մահացության, դրանց հարաբերակցություններում տեղ գտած տեղաշարժերի և արտրագաղթի հետևանք է:

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

- Հայաստանում 65 և բարձր տարիքի բնակչության քանակը 2015թ. տարեսկզբին կազմել է 10,7%:

1990-2014թթ. ժամանակահատվածում հանրապետության մշտական բնակչության կառուցվածքում կտրուկ նվազել է 0-15 տարեկան երեխաների տեսակարար կշիռը, որը 1990 թվականին կազմում էր 32,2%:

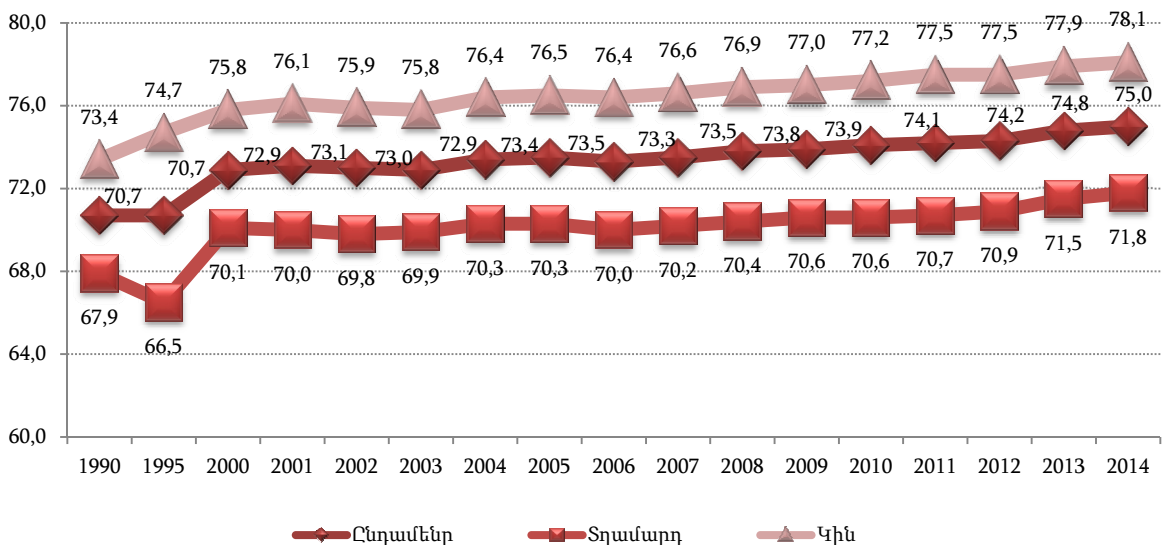
- 2015 թվականի տարեսկզբին մինչև 15 տարեկանների քանակը 19,1% էր:

Աշխատունակ տարիքի բնակչության տեսակարար կշիռը նույն ժամանակաշրջանի դրությամբ կազմել է 67,3% (1990 թվականին՝ 59,7%), իսկ աշխատունակ տարիքից բարձր բնակչության տեսակարար կշիռը 2014 թվականի տարեսկզբի դրությամբ կազմել է 12,3% (1990 թվականին՝ 8,1%) («Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու», ՀՀ ԱՎԾ, 2014):

## Կյանքի սպասվող տևողություն

2014թ. Հայաստանում կյանքի սպասվող տևողությունը 75 տարի է, կանայք 6,3 տարով ավելի երկար են ապրում տղամարդկանցից (Գծապատկեր 15): Կյանքի սպասվող տևողությունը 2005-2014թթ. աճել է: 1990 թվականի նկատմամբ ցուցանիշն աճել է 2,8 տարով և պայմանավորված է մանկական (0-1 տարեկան) մահացության նվազմամբ, որը 1990 թ.-ին 1000 կենդանի ծնունդի հաշվարկով կազմել է 18,5, իսկ 2013 թ.-ին՝ 9,7:

Գծապատկեր 15. Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս, 1990, 1995 և 2000-2014



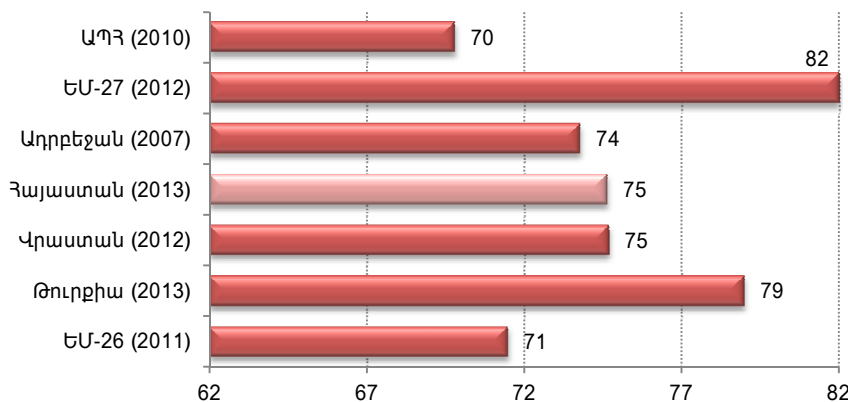
Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության փորձագետների կարծիքով, Հայաստանում կյանքի սպասվելիք տևողության ցուցանիշի իրական արժեքը նշվածից մոտ 4 տարով ավելի ցածր է, որը պայմանավորված է նրանով, որ Հայաստանի պետական մարմինները հնարավորություն չունեն ճշգրիտ հաշվառելու, Հայաստանից դուրս բնակվող, Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիների մահերը:

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

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

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

**Գծապատկեր 16. Կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություն, 2007, 2010-2013**



Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2015

## Բնակչության բնական վերարտադրություն

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

Հետխորհրդային տարիներին մահացության ընդհանուր գործակիցն աճել է 1991թ.-ի 6,5-ից՝ 2014թ.-ին հասնելով 9,2-ի.:

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



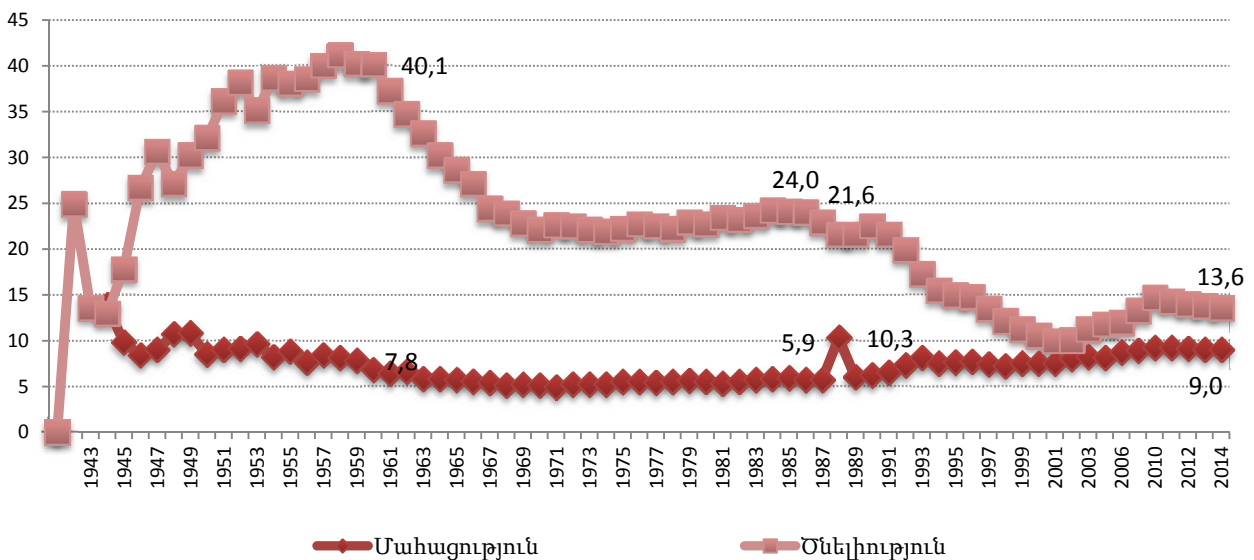
55 տարեկանից բարձր տարիքի մարդկանց մահացության ընդհանուր գործակիցները նշանակալիորեն գերազանցում են ավելի ցածր տարիքի մահացության ցուցանիշերին: Այդ պատճառով բնակչության ծերացումը հանգեցնում է մահացության ընդհանուր գործակիցի աճին:

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

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

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

Գծապատկեր 17. ՀՀ բնակչության մահացության և ծնելիության ընդհանուր գործակիցները, 1942-2014



Աղբյուր՝ ԱՎԾ, 2015

## Բնական վերարտադրությունն ըստ մարզերի

2000-2014 թթ. ընթացքում Հայաստանում մահացության, ծնելիության, բնական աճի և մանկական (մինչև 1 տարեկան) մահացության ընդհանուր գործակիցների շարժն ըստ մարզերի տրված են Աղյուսակներ 43- 46-ում:

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

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

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

Մարզերում մահացության ընդհանուր գործակիցների համադրումը (Աղյուսակ 43) ցույց է տալիս հետևյալ միտումները.

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

Աղյուսակ 43. Մահացության ընդհանուր գործակիցն ըստ մարզերի՝ 1000 բնակչի հաշվով, 2000-2014

Մարզ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
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	9.1	9.0	9.20
Երևան	7.6	7.7	8.1	8.2	8.1	8.2	8.3	7.9	8.2	8.0	8.2	8.2	8.5	8.6	8.72
Արագածոտն	7.3	6.9	7.7	8.1	8.1	7.9	8.3	8.5	8.5	9.0	8.7	8.8	9.6	8.9	8.89
Արարատ	6.5	6.6	7.2	7.4	7.2	7.5	7.4	7.7	7.9	7.9	8.1	8.1	8.4	8.4	8.65
Արմավիր	6.6	6.6	7.0	7.6	7.2	7.4	7.7	7.5	7.9	7.7	8.0	8.0	8.7	8.1	8.77
Գեղարքունիք	6.8	6.6	7.5	7.5	7.1	7.6	7.9	7.5	7.9	7.9	8.0	8.0	8.2	7.9	7.78
Լոռի	9.2	8.9	9.3	9.5	9.3	9.5	9.9	10.2	10.3	10.3	10.4	10.3	12.0	12.1	11.97
Կոտայք	6.3	6.2	6.7	7.2	7.0	7.3	7.5	7.9	8.0	8.0	7.8	7.9	8.8	8.8	8.88
Շիրակ	8.1	8.5	9.0	8.5	8.9	9.0	9.3	9.4	9.3	9.8	10.0	9.9	10.7	10.1	10.91
Սյունիք	7.1	7.5	7.6	7.7	8.0	8.3	8.9	8.1	8.0	8.7	8.3	8.4	9.1	9.0	8.98
Վայոց Ձոր	7.6	7.3	7.9	7.9	7.7	8.8	9.0	8.4	8.4	8.9	8.8	8.3	9.5	9.0	9.55
Տավուշ	8.5	9.0	9.5	9.7	9.4	9.5	10.2	10.1	10.3	10.6	10.0	10.0	10.3	10.3	10.54

Աղբյուր՝ ԱՎԾ, 2015

- Ծնելիության գործակիցներն ամենացածրն են Սյունիքում և Տավուշում:
- Դրա պատճառների շարքում կարող է լինել այն, որ այդ մարզերում հարաբերականորեն ավելի քիչ են 20-29 տարեկան անձինք, այսինքն վերարտադրողական տարիքում են:
- Սակայն չի բացառվում, որ ծնելիության ընդհանուր գործակիցների մարզային տարբերություններն ունեն նաև այլ էական դետերմինանտներ:
- Սյունիքն ու Տավուշը այն մարզերն են, որտեղ 2014թ.-ին 2000թ. համեմատ ծնելիության գումարային գործակիցն էապես նվազել է, այնինչ մնացած մարզերում առկա է նույն ցուցանիշի աճ:

Աղյուսակ 44. Ծնելիության ընդհանուր գործակիցն ըստ մարզերի՝ 1000 բնակչի հաշվով, 2000-2014

Մարզ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ՀՀ	10.6	10.0	10.1	11.2	11.7	11.7	11.7	12.4	12.7	13.7	13.8	13.3	14.1	13.8	14.28
Երևան	9.5	9.3	9.5	10.2	10.9	11.1	11.2	12.1	12.6	13.8	13.9	14.0	14.7	14.4	15.09
Արագածոտն	12.4	10.8	11.1	12.1	12.6	12.7	12.8	13.3	13.5	14.3	15.2	13.9	14.3	14.7	14.65
Արարատ	10.5	9.6	10.0	11.1	11.8	11.7	11.7	12.8	12.9	13.6	14.1	13.2	14.4	14.1	14.45
Արմավիր	11.0	10.1	10.0	10.9	12.2	12.2	12.0	12.7	12.6	14.0	14.2	13.8	14.0	13.6	13.53
Գեղարք.	11.5	10.5	10.5	12.2	12.9	13.2	12.7	13.1	13.5	14.2	14.3	13.4	13.5	13.5	13.18
Լոռի	11.7	10.7	10.6	12.2	11.8	11.4	11.2	11.3	12.0	12.3	13.1	12.0	14.2	13.6	14.64
Կոտայք	10.8	10.1	10.0	11.5	12.2	12.1	12.4	13.6	13.3	14.7	14.0	13.6	14.3	14.2	14.82
Շիրակ	10.7	10.0	9.9	11.4	12.0	11.8	11.9	12.4	13.6	14.2	13.7	13.2	14.2	14.1	15.06
Սյունիք	11.4	10.1	10.3	11.5	10.9	10.5	10.7	11.4	11.5	11.5	11.3	10.4	11.0	10.5	10.69
Վայոց Ձոր	12.3	11.8	10.8	12.1	11.9	11.9	11.3	12.3	13.1	12.5	12.4	11.6	12.1	12.6	12.35
Տավուշ	12.0	11.0	11.3	12.4	12.5	11.6	12.0	12.4	11.4	13.4	12.6	11.3	12.0	11.7	11.81

Աղբյուր՝ ԱՎԾ, 2015

- Բնական աճն ամենացածրն է Տավուշում, Լոռիում և Սյունիքում, ինչը հետևանք է արդեն դիտարկված մահացության և ծնելիության ընդհանուր գործակիցների մարզային ցուցանիշների արժեքների:
- Բնական աճի ընդհանուր գործակիցը 2000-2014թթ. ընթացքում ամենից արագ աճել է Երևանում: Եթե 2000թ.-ին այն ամենացածրն էր մարզային գործակիցներից, ապա 2014թ.-ին այն դարձել է ամենաբարձրը կազմելով՝ 6,4:
- Չի բացառվում, որ դա հետևանք է մարզերի համեմատ Երևանի առավել արագ զարգացման և բնակչության սոցիալ-տնտեսական վիճակի բարելավման:
- Եթե վերոնշյալ ենթադրությունն իրականությանը համապատասխանում է, ապա Հայաստանում հարկ է առանձնահատուկ ուշադրություն դարձնել մարզերի հավասարաչափ զարգացմանը:

Աղյուսակ 45. Բնական աճի ընդհանուր գործակիցն ըստ մարզերի, ‰, 2000-2014

Մարզ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ՀՀ	3.1	2.5	2.1	3.1	3.7	3.5	3.2	4.1	4.2	5.2	5.2	4.7	4.9	4.8	5.08
Երևան	1.9	1.6	1.4	2.0	2.8	2.9	2.9	4.2	4.4	5.8	5.7	5.8	6.2	5.8	6.37
Արագածոտն	5.1	3.9	3.4	4.0	4.5	4.8	4.5	4.8	5.0	5.3	6.5	5.1	4.8	5.8	5.76
Արարատ	4.0	3.0	2.8	3.7	4.6	4.2	4.3	5.1	5.0	5.7	6.0	5.1	6.0	5.7	5.80
Արմավիր	4.4	3.5	3.0	3.3	5.0	4.8	4.3	5.2	4.7	6.3	6.2	5.8	5.3	5.5	4.77
Գեղարքունիք	4.7	3.9	3.0	4.7	5.8	5.6	4.8	5.6	5.6	6.3	6.3	5.5	5.4	5.6	5.40
Լոռի	2.5	1.8	1.3	2.7	2.5	1.9	1.3	1.1	1.7	2.0	2.7	1.7	2.2	1.6	2.67
Կոտայք	4.5	3.9	3.3	4.3	5.2	4.8	4.9	5.7	5.3	6.7	6.2	5.7	5.5	5.5	5.94
Շիրակ	2.6	1.5	0.9	2.9	3.1	2.8	2.6	3.0	4.3	4.4	3.7	3.3	3.5	4.0	4.15
Սյունիք	4.3	2.6	2.7	3.8	2.9	2.2	1.8	3.3	3.5	2.8	3.0	2.0	1.9	1.5	1.71
Վայոց Ձոր	4.7	4.5	2.9	4.2	4.2	3.1	2.3	3.9	4.8	3.6	3.6	3.3	2.5	3.6	2.80
Տավուշ	3.5	2.0	1.8	2.7	3.1	2.1	1.8	2.3	1.1	3.1	2.6	1.3	1.8	1.4	1.27

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

Աղյուսակ 46. Մանկական մահացության ընդհանուր գործակիցն ըստ մարզերի, 2000-2014

Մարզ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Շիրակ	15.6	22.3	17.4	14.6	15.2	17.4	22.2	21.6	18.8	19.1	19.8	23.3	17.8	18.1	14.58
Սյունիք	11.3	14.0	11.6	7.5	14.8	11.2	14.7	14.4	9.1	8.0	15.1	16.2	18.0	15.4	13.98
Գեղարքունիք	16.3	17.8	15.6	12.8	6.6	12.1	17.1	10.0	11.8	7.7	16.8	13.1	9.4	15.1	12.63
Արարատ	14.8	19.0	9.3	5.9	7.2	7.5	11.2	9.1	12.3	12.4	11.7	11.0	13.9	8.4	10.39
Վայոց Ձոր	24.2	12.1	4.8	12.4	10.6	13.6	14.2	4.4	12.4	15.8	18.7	6.1	9.4	13.7	9.39
Լոռի	17.6	14.4	16.2	15.9	14.8	15.0	16.9	15.9	18.8	17.1	16.1	13.3	11.6	10.4	9.60
Տավուշ	11.8	16.8	16.0	15.0	11.3	11.9	16.2	12.0	14.3	13.3	9.9	7.8	9.1	10.0	6.00
ՀՀ	15.6	15.4	14.0	12.0	11.6	12.3	13.9	10.9	10.8	10.4	11.4	11.6	10.8	9.7	8.76
Կոտայք	17.8	15.3	12.4	10.4	9.4	8.1	13.8	13.7	8.3	10.6	9.6	13.2	11.7	9.6	9.57
Արմավիր	11.5	12.6	14.5	8.7	9.4	9.2	14.3	11.1	9.3	11.1	10.9	11.3	10.7	8.8	7.19
Արագածոտն	16.1	9.3	8.5	7.3	6.3	5.7	12.8	8.1	6.9	12.6	10.4	16.9	11.9	6.7	7.76
Երևան	16.1	14.0	15.0	13.7	13.6	14.5	10.5	6.9	7.3	5.8	7.2	7.5	7.6	6.7	6.16

Աղբյուր՝ ԱՎԾ, 2015

Հայաստանում մահացության տարիքային գործակիցների դինամիկան 1999-2013 թթ. տրված է Աղյուսակ 47-ում: Աղյուսակի տվյալների դիտարկումից պարզ է դառնում, որ՝

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

Աղյուսակ 47. Մահացության տարիքային գործակիցների դինամիկան Հայաստանում, 1999-2014

Տարի	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+
1999	15.4	3.4	0.2	0.2	0.5	0.5	0.7	1.1	1.5	2.5	4.4	6.6	11.8	19.3	30.9	72.0
2000	15.6	3.4	0.2	0.2	0.4	0.6	0.7	1.1	1.8	2.5	4.0	6.4	9.9	18.7	28.8	69.0
2001	15.4	3.1	0.1	0.2	0.4	0.5	0.9	1.3	1.8	2.6	4.0	6.1	10.7	17.6	27.3	67.3
2002	14.0	2.7	0.2	0.2	0.4	0.4	0.6	1.2	1.6	2.6	3.8	6.9	10.1	17.0	28.8	75.5
2003	12.0	2.6	0.2	0.2	0.3	0.5	0.7	1.0	1.6	2.5	4.1	6.6	10.5	16.5	28.7	75.9
2004	11.6	2.7	0.2	0.2	0.3	0.5	0.6	1.0	1.6	2.4	4.1	6.4	10.2	17.1	28.0	73.3
2005	12.3	2.9	0.2	0.2	0.4	0.4	0.6	1.1	1.6	2.5	3.8	6.7	10.4	16.1	27.1	75.4
2006	13.9	3.3	0.2	0.2	0.4	0.6	0.8	1.1	1.6	2.7	4.0	6.6	10.3	16.8	27.0	75.4
2007	10.9	2.7	0.2	0.2	0.4	0.5	0.7	0.9	1.5	2.6	4.0	6.4	10.0	15.7	24.9	74.0
2008	10.7	2.6	0.2	0.2	0.4	0.6	0.6	1.0	1.6	2.8	3.9	6.3	10.3	16.0	25.1	73.4
2009	10.2	2.7	0.2	0.2	0.5	0.5	0.7	1.0	1.5	2.5	3.7	6.2	10.0	16.5	23.5	72.9
2010	11.4	3.0	0.2	0.2	0.5	0.5	0.6	0.9	1.4	2.5	3.8	6.0	9.3	15.3	23.7	73.3
2011	11.7	2.9	0.2	0.2	0.5	0.6	0.6	0.8	1.5	2.3	3.7	5.8	9.1	15.4	22.0	72.6
2012	10.8	2.5	0.2	0.3	0.4	0.6	0.7	1.0	1.4	2.6	3.9	5.9	10.0	15.0	23.6	72.1
2013	9.7	2.2	0.2	0.2	0.4	0.5	0.6	0.9	1.2	2.1	3.7	6.0	9.5	15.1	22.6	73.0
2014	8.7	2.1	0.2	0.2	0.4	0.5	0.7	0.7	1.4	2.3	3.7	5.6	8.9	14.9	22.2	77.5

Աղբյուր՝ ԱՎԾ, 2014

## Մահացության պատճառներ

2014թ.-ին Հայաստանում գրանցվել է 27 714 մահ (919,56՝ 100 000 բնակչի հաշվով): Աղյուսակ 48-ում ներկայացված են ՀՀ բնակչության մահացությունն ըստ պատճառների 2009-2014թթ. ընթացքում: Ներկայացված տվյալները ցույց են տալիս, որ մահվան պատճառների բաշխումն այդ տարիների ընթացքում էական փոփոխություններ չի կրել:

### Աղյուսակ 48. Մահվան պատճառները Հայաստանում, 2009-2014

Մահվան պատճառներ	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	49.1%	48.9%	47.6%	48.3%	47.7%	47.9%
Նորագոյացություններ	19.6%	19.8%	19.9%	20.4%	20.6%	20.6%
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	6.5%	5.9%	6.1%	5.8%	6.0%	6.7%
Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	5.9%	5.8%	6.3%	5.8%	6.0%	5.9%
Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	4.4%	4.5%	4.9%	4.9%	4.7%	4.5%
Ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	5.2%	5.2%	5.0%	4.8%	4.9%	4.5%
Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	2.6%	2.9%	2.8%	2.9%	3.4%	3.2%
Ախտահիշեր, նշաններ և կլինիկական ու լաբորատոր հետազոտություններով հայտնաբերված ախտաբանական շեղումներ՝ այլ դասերում չդասակարգված	2.9%	2.9%	3.2%	2.8%	2.6%	2.6%
Բնածին զարգացման արատներ, դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	1.1%	1.5%	1.7%	1.6%	1.7%	1.6%
Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ	1.0%	1.1%	0.9%	1.0%	0.9%	1.01%
Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	0.7%	0.7%	0.8%	0.7%	0.6%	0.62%
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	0.5%	0.6%	0.4%	0.5%	0.4%	0.41%
12-մատնյա աղու խոցային հիվանդություն	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.39%
Մկանակմախքային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.4%	0.15%
Արյան և արունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ, իմուն մեխանիզմները ներգրավող առանձին խանգարումներ	0.1%	0.1%	0.1%	0.08%	0.07%	0.07%
Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.3%	0.09%
Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդյան շրջան	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.02%
Հոգեկան և վարքի խանգարումներ	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.01%

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

Մահվան երկու առավել տարածված պատճառներն են՝

- արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները, որոնք կազմում են բոլոր մահերի 47,9%-ը,
- նորագոյացությունները, որոնք կազմում են բոլոր մահերի 20,6 %-ը:

Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ (ԱՇՀՀ) խմբում առանձին նոզոլոգիաներից առաջացած մահերի մասնաբաժինները բոլոր մահերի քանակում ներկայացված են Աղյուսակ 49-ում: 2009-2014թթ. ընթացքում մահացության մասնաբաժիններն էականորեն չեն փոխվել: Առավել մեծ տոկոս են կազմում մահերը ՍԻՀ-ից, քրոնիկ և այլ ձևերից, որոնք 2014թ. կազմել են բոլոր մահերի 30,9%-ը: Ուղեղի անոթային հիվանդությունները և սրտամկանի սուր ինֆարկտը (ՍՍԻ) հանդիսացել են գրեթե հավասար քանակով մահերի պատճառ, համապատասխանաբար՝ 9,5% և 8,6%:

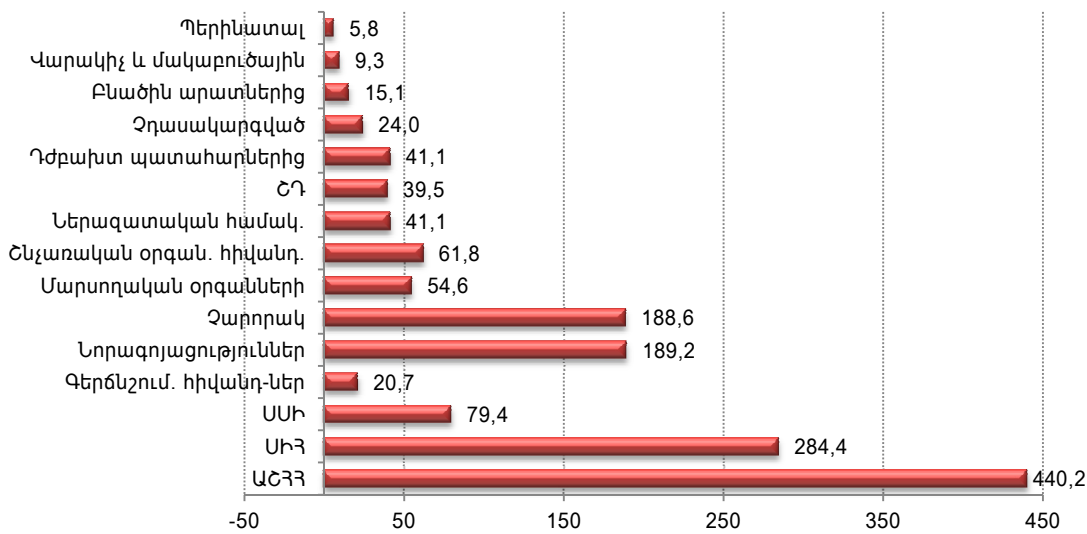
**Աղյուսակ 49. Մահացությունն ԱՇՀՀ ըստ նոզոլոգիաների**

Մահվան պատճառներ	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն, քրոնիկ և այլ ձևեր	29.1%	29.4%	29.5%	30.5%	31.2%	30.9%
Ուղեղի անոթային հիվանդություններ	11.5%	10.6%	10.4%	10.2%	9.4%	9.5%
Սրտամկանի սուր ինֆարկտ	9.7%	10.0%	9.1%	9.4%	8.8%	8.6%
Գերճնշումային հիվանդություններ	3.6%	3.9%	3.2%	2.8%	2.4%	2.2%

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

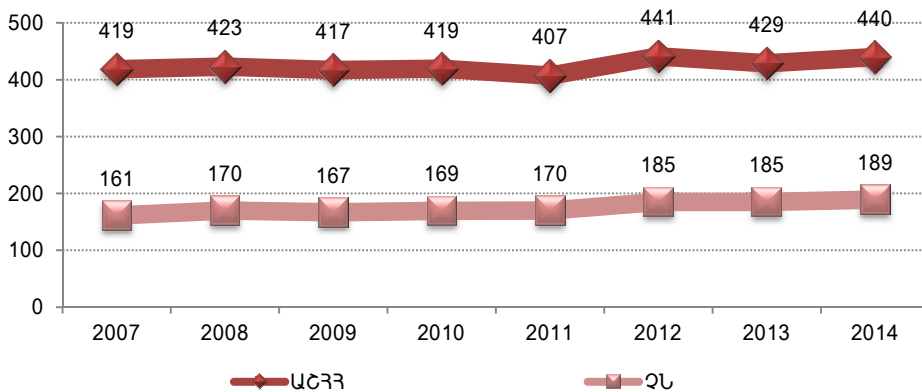
Հայաստանում մահացության հիմնական պատճառներից առաջացած մահերը 100 000 բնակչի հաշվով տրված են Գծապատկեր 18-ում, իսկ մահացության առավել տարածված պատճառների դինամիկան՝ Գծապատկեր 19-ի Ա և Բ-ում:

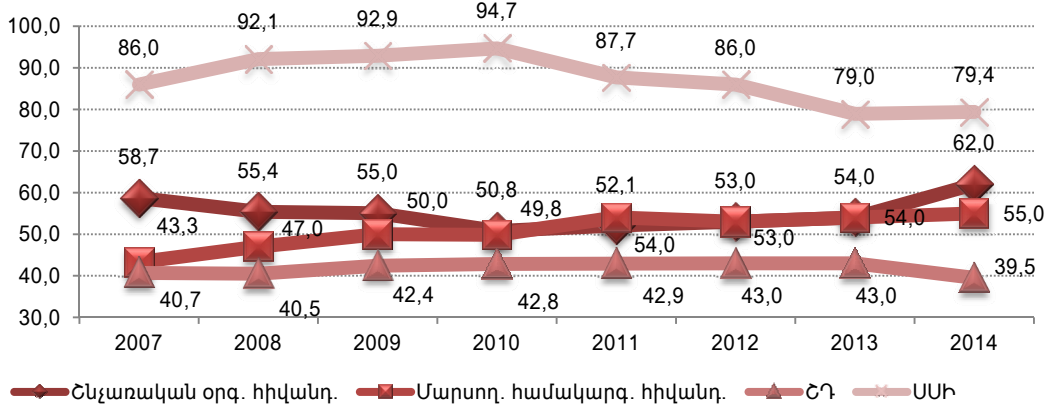
**Գծապատկեր 18. Մահացությունն ըստ պատճառների 2014՝ 100 000 բնակչի հաշվով**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2014

**Գծապատկեր 19. Ա-Բ. Մահացությունն առավել տարածված հիվանդություններից՝ 100 000 բնակչի հաշվով 2007-2014**





Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

Աղյուսակ 50. ՀՀ բնակչության մահացությունն (բոլոր տարիքային խմբերում և վաղաժամ՝ մինչև 65 տարեկան) ըստ մահվան պատճառների և սեռի, 2014

	սեռ	բ.թ.	հ.թ.
Նորագոյացություններ C00-C97	արական	1260	95.9
	իգական	985	71.5
	ընդամենը	2245	83.4
Շաքարային դիաբետ E10-E14	արական	160	12.2
	իգական	144	10.4
	ընդամենը	304	11.3
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ I00-I99	արական	1866	142.1
	իգական	598	43.4
	ընդամենը	2464	91.5
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ J00-J99	արական	203	15.5
	իգական	80	5.8
	ընդամենը	283	10.5
Տրանսպորտային դժբախտ պատահարներ V01-V99	արական	134	10.2
	իգական	34	2.5
	ընդամենը	168	6.2
Վնասվածքների այլ արտաքին պատճառներ՝ դժբախտ պատահարների ժամանակ W00-W99	արական	68	5.2
	իգական	7	0.5
	ընդամենը	75	2.8
Շփում թունավոր կեղանիների և բույսերի հետ X20-X29	արական	4	0.3
	իգական	0	0.0
	ընդամենը	4	0.1
Կանխամտածված ինքնավնասում X60-X84	արական	32	2.4
	իգական	7	0.5
	ընդամենը	39	1.4
Վնասում՝ անորոշ և կանխամտածված Y00-Y98	արական	380	28.9
	իգական	88	6.4
	ընդամենը	468	17.4
<b>ԸՆԴԱՄԵՆԸ ՄԱՀԱՅՈՒԹՅՈՒՆ</b>	արական	5231	398.2
	իգական	2491	180.7
	ընդամենը	7722	286.9

Բ.թ. բացարձակ թիվ  
 Հ.թ. հարաբերական թիվ '100000 բն. հաշվով



**Աղյուսակ 51. ԱՇՀՀ ընդհանուր և վաղաժամ մահացությունն ըստ նոզոլոգիաների 2014**

Մահվան պատճառներ	2014			
	Բոլոր տարիքային խմբեր	%	Վաղաժամ (մինչև 65 տարեկան)	%
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն (I20-I25)	8570	64.6	1706	69.2
այդ թվում՝ ստենոկարդիա (I20)	52	0.4	10	0.4
սրտամկանի սուր ինֆարկտ (I21)	2393	18.0	511	20.7
սրտամկանի կրկնակի ինֆարկտ (I22)	300	2.3	80	3.2
Ուղեղի անոթային հիվանդություններ (I60-I69)	2637	19.9	452	18.3
Գերճնշումային հիվանդություններ (I10-I13)	622	4.7	37	1.5

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

Համաձայն 2014թ.-ի վիճակագրական տվյալների՝ Հայաստանի 15 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում գրանցվել է ԱՇՀՀ հիվանդացության 55 321 դեպք (2272,2՝ 100 000 բնակչի հաշվով), ընդ որում հիվանդների ընդհանուր թիվը կազմել է 224 636 (9226,4՝ 100 000 բնակչի հաշվով), իսկ մահացությունը՝ 13 268 դեպք (440,24՝ 100 000 բնակչի հաշվով):

**Աղյուսակ 52. ՀՀ 18 և բարձր բնակչության շրջանում ԱՇՀՀ տարածվածությունը (ընդհանուր հիվանդացություն) և հիվանդացությունը (կյանքում առաջին անգամ անստորոշված), 2014**

	Տարածվածություն		Հիվանդացություն (կյանքում առաջին անգամ անստորոշված)	
	բացարձակ թիվ	հարաբերական ցուցանիշ	բացարձակ թիվ	հարաբերական ցուցանիշ
Ընդամենը	223807	9632.74	54935	2364.42
Հիվանդություններ՝ պայմանավորված զարկերակային ճնշման բարձրացմամբ	115880	4987.52	24842	1069.21
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն	68595	2952.35	16333	702.98
այդ թվում՝ կրծքահեղձուկ (ստենոկարդիա)	22414	964.71	4456	191.79
սրտամկանի սուր ինֆարկտ	2127	91.55	1847	79.50
սրտամկանի կրկնակի ինֆարկտ	770	33.14	504	21.69
Ուղեղանոթային հիվանդություններ	18138	780.67	6065	261.04
այդ թվում՝ ուղեղի արյունազեղում	2039	87.76	906	38.99
ուղեղի ինֆարկտ	2320	99.85	1026	44.16
ինսուլտ՝ չճշտված, որպես արյունազեղում կամ ինֆարկտ	1914	82.38	787	33.87
ուղեղի ինֆարկտ չառաջացնող՝ նախաուղեղային և ուղեղային զարկերակների խցանում և նեղացում	4308	185.42	1435	61.76

Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

2014թ.-ի 15 և բարձր տարիքի բնակչության մոտ ԱՇՀՀ-ով կյանքում առաջին անգամ անստորոշվել է 55 989 դեպք (2280,8՝ 100 000 բնակչի հաշվով), հիվանդների ընդհանուր թիվը կազմել է՝ 211 207 (8644,6՝ 100 000 բնակչի հաշվով), մահվան դեպքերը՝ 13 330 (440,79՝ 100 000 բնակչի հաշվով): Դատելով ներկայացված թվերից՝ կարելի է փաստել, որ անցյալ տարվա



համեմատ մահացության շարժընթացում աճի միտում չի նկատվել: Սակայն, ի տարբերություն մահացության ցուցանիշի, ԱՇՀՀ տարածվածությունը բնութագրվում է ամենամյա աճով, որն ակնհայտորեն պայմանավորված է բնակչության ԱԱՊ օղակ դիմելության աճով:

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

Ըստ Հիվանդությունների միջազգային 10 վերանայման դասակարգչի (ՀՄԴ 10) ԱՇՀՀ կառուցվածքում հիվանդացության տեսակետից ամենատարածված նոզոլոգիաներն են՝ զարկերակային գերճնշմամբ բնութագրվող հիվանդությունները (ԶԳՀ, I10-I13), որոնց տարածվածության կշիռն ԱՇՀՀ կառուցվածքում կազմում է 51%: 2014թ.-ին կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված այդ նոզոլոգիաներով հիվանդների թիվը կազմել է 24 936 դեպք, իսկ գրանցված հիվանդների ընդհանուր թիվը՝ 116 093, ընդ որում այդ հիվանդություններից գրանցվել է 623 (20,67՝ 100 000 բնակչի հաշվով) մահվան դեպք:

Տարածվածությամբ երկրորդ, բայց մահացությամբ առաջին տեղն են զբաղեցնում ՍԻՀ (I20-I25), մասնավորապես, սրտամկանի սուր ինֆարկտը (ՍՍԻ) և ստենոկարդիան: 2014թ.-ի գրանցվել է ՍԻՀ 16 333 հիվանդացության նոր դեպք, ընդ որում 1 847-ը՝ սուր ինֆարկտով, 4 456-ը՝ ստենոկարդիայով: ՍԻՀ 2014թ.-ի մահացել է 8 570 մարդ, որոնցից 2 393-ը՝ սուր ինֆարկտից: Այսպիսով, մահերի 65% պայմանավորված են ՍԻՀ:

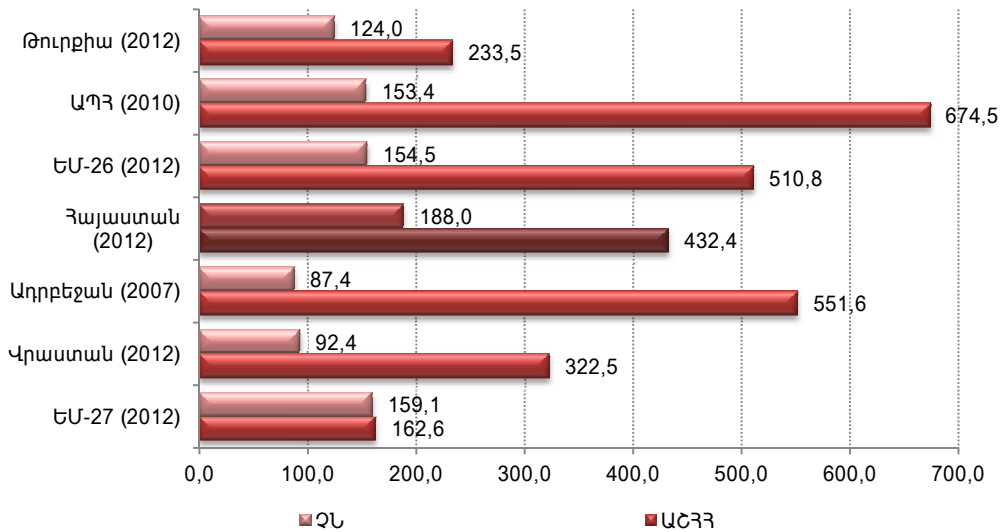
Տարածվածությամբ և մահացությամբ երրորդ տեղում են ուղեղի անոթային հիվանդությունները (ՈԻԱՀ, I60-I69): 2014թ.-ին ախտորոշվել է ՈԻԱՀ 6 070 դեպք, ընդ որում հիվանդների ընդհանուր թիվը (այսինքն տարածվածությունը) կազմել է 18 143, իսկ մահացությունը՝ 2 637 դեպք:

## **Մահվան առավել տարածված պատճառների միջազգային համեմատություն**

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

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

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



Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2015

**Շաքարային դիաբետի հիմնախնդիրը**

Ամբողջ աշխարհում շաքարային դիաբետը կարևորագույն բժշկա-սոցիալական խնդիրներից մեկն է, որը կարճ ժամանակահատվածում բերում է հաշմանդամության և կյանքի միջին տևողության կրճատման:

ՀՀ-ում շաքարային դիաբետով հիվանդ է շուրջ 72 000 մարդ. յուրաքանչյուր տարի հայտնաբերվում է ավելի քան 8 000 նոր դեպք:

Դեպքերի 82%՝ 2 տիպի ՇԴ, այսինքն՝ կառավարվող և բուժվող հիվանդություն է:

**Աղյուսակ 53. Ներգատական համակարգի հիվանդությունների տարածվածությունը**

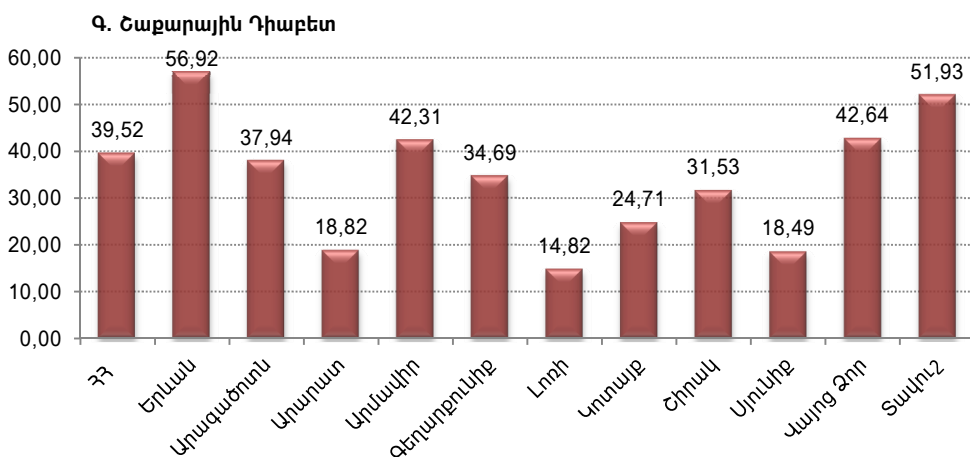
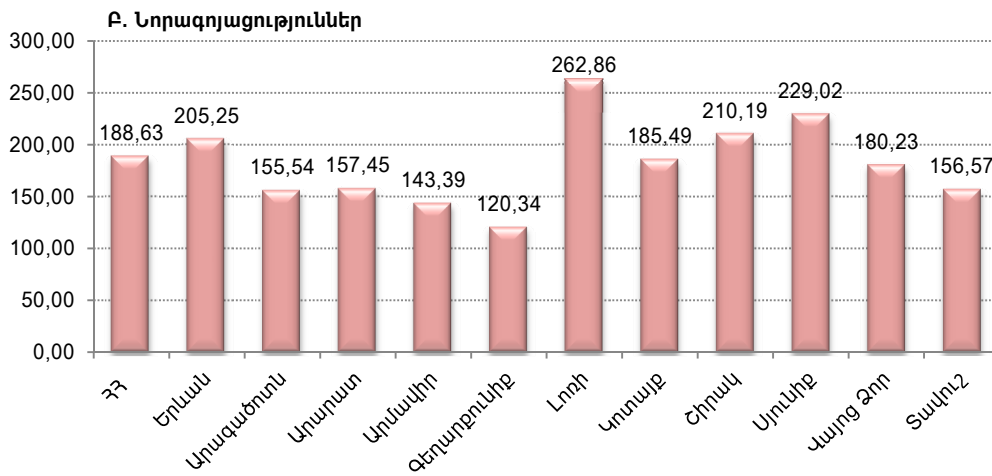
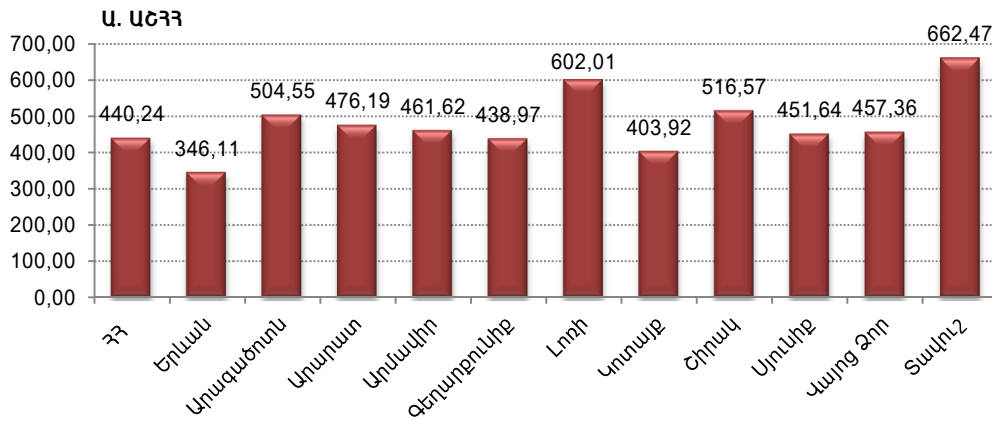
Հիվանդության անվանումը	ՀՄԴ 10	Հիվանդացություն և տարածվածություն		Մահացություն	
		Տարածվածություն (Ընդամենը գրանցվել են հիվանդներ)	Հիվանդացություն (նոր դեպքեր)	Բոլոր տարիքային խմբերում	Վաղաժամ
Ներգատական համակարգի հիվանդություններ	E00-E90	87664	11038	1238	341
Շաքարային դիաբետ, տիպ 1	E10	12789	1538	35	9
Շաքարային դիաբետ, տիպ 2	E11	59037	6411	371	72

## Մահվան առավել տարածված պատճառները մարզերում

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

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

Գծապատկեր 21. Մահվան առավել տարածված պատճառներ, ՀՀ մարզեր՝ 100 000 բնակչի հաշվով, 2014



## Երեխաների, մանկական, նորածնային և մայրական մահացություն

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

ՀՋՆ-ում սահմանվել են երեխաների և մայրական մահացության ցուցանիշերի արժեքները.

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

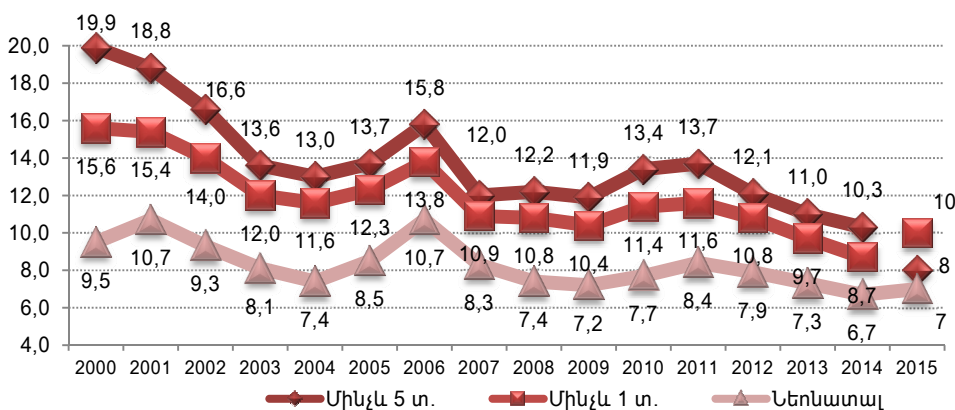
**Մայրական մահացությունը** (մայրական մահացության եռամյա միջինը) մինչև 2015թ.-ը նվազեցնել՝ 3/4-ով՝ 1990թ.-ի համեմատ, այսինքն՝ 38,5-ից մինչև 9,6:

Հայաստանի առողջապահության ոլորտի ռազմավարական ծրագրերում սահմանվել են հետևյալ նպատակային ցուցանիշները.

- **Մանկական մահացությունը** (0-1 տարեկան) մինչև 2015թ.-ը նվազեցնել մինչև 10 դեպք (1 000 կենդանածինների հաշվով)<sup>4</sup>:
- **Նորածնային (նեոնատալ) մահացությունը** (0-28 օրական) մինչև 2015թ.-ը նվազեցնել մինչև 7 կամ ավելի պակաս դեպք (1 000 կենդանածինների հաշվով)<sup>5</sup>:
- **Շուրջծննդյան (պերինատալ) մահացությունը** մինչև 2015թ.-ը նվազեցնել մինչև 10 կամ ավելի պակաս դեպք (1 000 կենդանածինների հաշվով)<sup>6</sup>:
- **Մայրական մահացությունը** մինչև 2015թ.-ը նվազեցնել մինչև 20 դեպք՝ 100 000 կենդանածինների հաշվով<sup>7</sup>:

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

**Գծապատկեր 22. Երեխաների, մանկական և նորածնային մահացություն՝ 1 000 կենդանածինների հաշվով, 2000-2015**



Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ, 2015

<sup>4</sup> «Մոր և մանկական առողջության պահպանման 2003-2015թթ.»։ Հարկ է նշել, որ այս ցուցանիշը և ՀՋՆ-ով սահմանված երեխաների մահացության ցուցանիշ՝ 8, չեն համապատասխանում միմյանց, քանի որ երեխաների մահացությունն իր մեջ ներառում է մանկական մահացությունը և հետևաբար, չի կարող լինել ավելի ցածր:

<sup>5</sup> «Աերարտադրողական առողջության 2007-2015 թթ. ազգային ծրագիր»

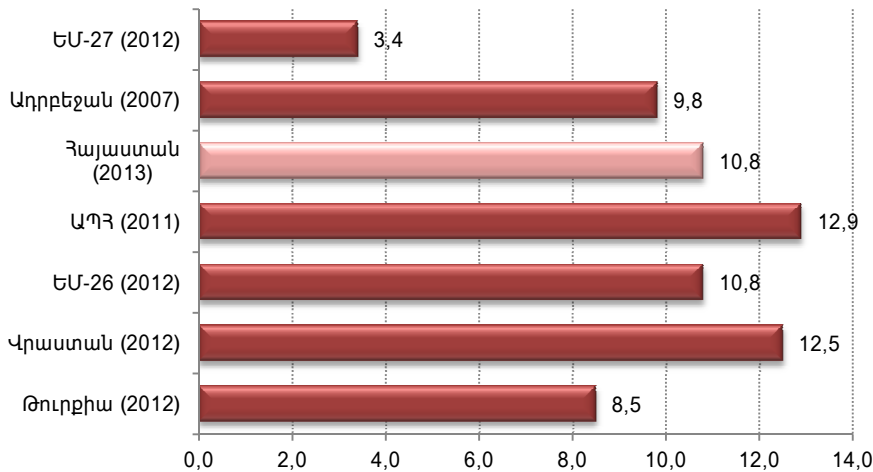
<sup>6</sup> «Աերարտադրողական առողջության 2007-2015թթ. ազգային ծրագիր»

<sup>7</sup> «Մոր և մանկական առողջության պահպանման 2003-2015թթ.»

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

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

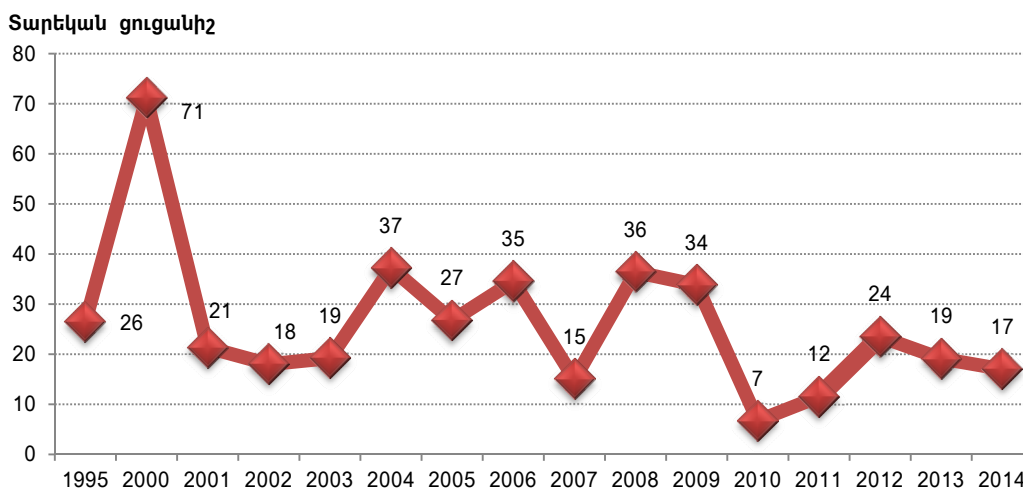
**Գծապատկեր 23. Մանկական մահացությունը՝ 1 000 կենդանի ծնունդի հաշվով, ընտրանքային երկրների և երկրների համախմբությունների, առկա ամենավերջին տարիների տվյալներով, 2011, 2012-2013**



Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2015

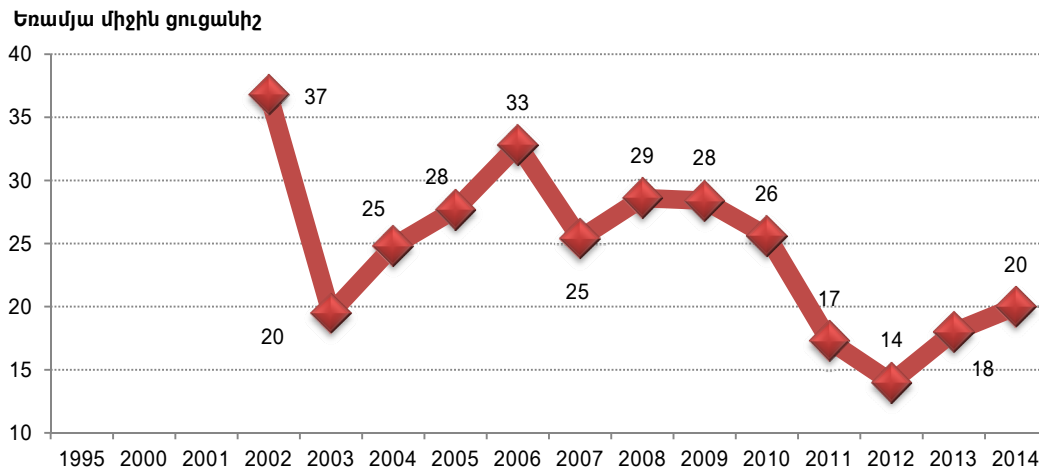
Մայրական մահվան դեպքերի թիվը շատ փոքր է. մահվան մեկ դեպքը կազմում է մահվան բոլոր դեպքերի մոտ 2,5%-ը: Դրա հետևանքով մայրական մահացությունը՝ հաշված 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով, բավական անկայուն ցուցանիշ է: Համեմատաբար ավելի կայուն ցուցանիշ է մայրական մահացության եռամյա միջինը: Մայրական մահացության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

**Գծապատկեր 24. Մայրական մահացության գործակիցը՝ 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով, 1995 և 2000-2014**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Գծապատկեր 25. Մայրական մահացության գործակիցը՝ 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով, 1995 և 2000-2014 (եռամյա միջին)**



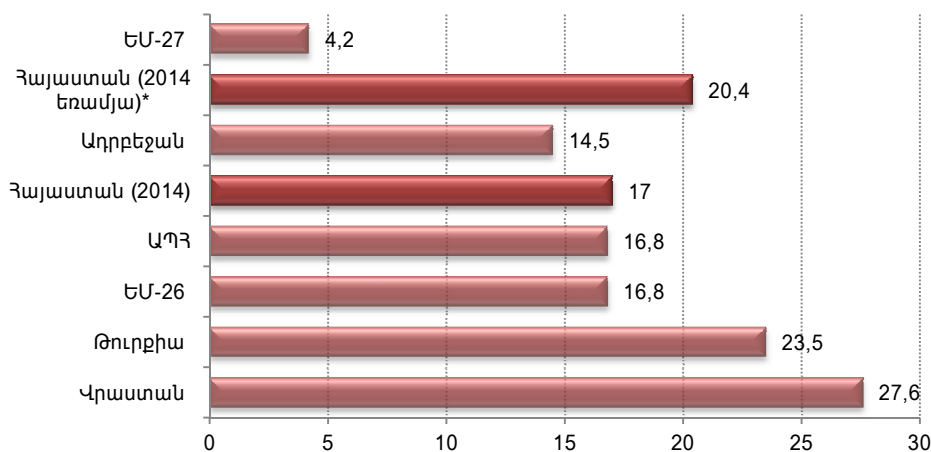
Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ, 2015

Մայրական մահացության ցուցանիշը (եռամյա միջինը) 2011-2014թթ. ընթացքում եղել է այնքան, որքան սահմանվել է ռազմավարությունում: Հետևաբար՝

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

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

**Գծապատկեր 26. Մայրական մահացությունը 100 000 կենդանի ծնունդի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ, 2013-2014**



Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱԿԿ, 2015

## Վիժումներ

Անդրադառնալով ծնելիության գործակցին՝ հետաքրքիր է այն փաստը, որ.

- Լոռու մարզում ծնելիության ընդհանուր գործակցի և բնական աճի ցածր մակարդակը կարող է նաև պայմանավորված լինել այն հանգամանքով, որ բավականին բարձր է վիժումների թիվը, մասնավորապես, ֆերտիլ տարիքի կանանց շրջանում (Աղյուսակներ 54,55,56):
- Ավելին, Լոռու մարզում իրականացված բոլոր վիժումների 94%-ը մինչև 12 շաբաթական հղիության ընդհատում է: Վիժումների 67%-ը ինքնակամ՝ արհեստական թույլատրված, վիժումներ են:

Աղյուսակ 54. Վիժումների թիվն ըստ պատճառների մարզային կտրվածքով, 2014

	ՀՀ	Երևան	Արագածոտն	Արարատ	Արմավիր	Գեղարքունիք	Լոռի	Կոտայք	Շիրակ	Սյունիք	Վայոց ձոր	Տավուշ
Վժումների թիվը - Ընդամենը	11892	6908	210	592	528	406	1436	808	518	210	23	253
Վիժումների թիվը ֆերտիլ հասակի 1000 կանանց հաշվով	15.0	24.0	6.1	8.6	7.4	6.6	24.8	12.1	7.9	5.9	1.7	8.1
Այդ թվում՝ արհեստական թույլատրված	6040	2879	152	352	354	240	974	607	206	84	9	183
100000 ֆերտիլ հասակի կանանց հաշվով	7.6	10.0	4.4	5.1	4.9	3.9	16.8	9.1	3.2	2.4	0.7	5.9
արհեստական բժշկական ցուցումով	2212	1904	11	4	31	3	134	49	64	0	0	12
100000 ֆերտիլ հասակի կանանց հաշվով	2.8	6.6	0.3	0.1	0.4	0.1	2.3	0.7	1.0	0.0	0.0	0.4

Աղյուսակ 55. Մինի և դեղորայքների միջոցով առաջացած վիժումներ, 2014

	ՀՀ	Երևան	Արագածոտն	Արարատ	Արմավիր	Գեղարքունիք	Լոռի	Կոտայք	Շիրակ	Սյունիք	Վայոց ձոր	Տավուշ
Մինի վիժումներ	74	72	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Դեղորայքների միջոցով առաջացած վիժումներ	53	53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Աղյուսակ 56. Վիժումների թիվն ըստ պատճառների մարզային կտրվածքով, 2014 (բացարձակ թիվ)

	ՀՀ	Երևան	Արագածոտն	Արարատ	Արմավիր	Գեղարքունիք	Լոռի	Կոտայք	Շիրակ	Սյունիք	Վայոց ձոր	Տավուշ
Մինչև 12 շաբաթ	10536	6163	189	507	492	366	1351	776	271	163	19	239
12-22 շաբաթ (ներառյալ)	1356	745	21	85	36	40	85	32	247	47	4	14

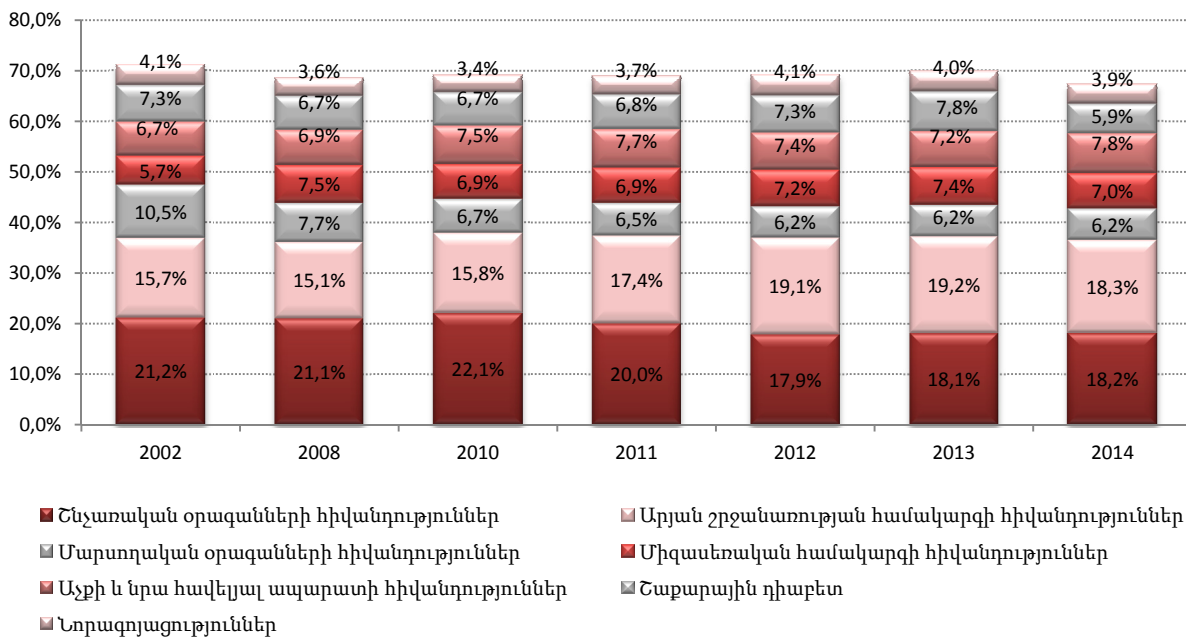
## Հիվանդությունների տարածվածության միտումները

Հայաստանում առավել տարածված յոթ հիվանդությունների տեսակարար կշիռը կազմում է ՀՀ բնակչության ընդհանուր հիվանդացության 67,3%-ը: Այդ հիվանդություններն են՝

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

Վերը թվարկված հիվանդությունների տարածվածության կառուցվածքը 2002, 2008 և 2010-2014թթ. ընթացքում ներկայացված է Գծապատկեր 27-ում: Առավել տարածված հիվանդություններն են՝ շնչառական համակարգի և արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները:

**Գծապատկեր 27. Առավել տարածված հիվանդությունները, 2002, 2008, 2010-2014**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

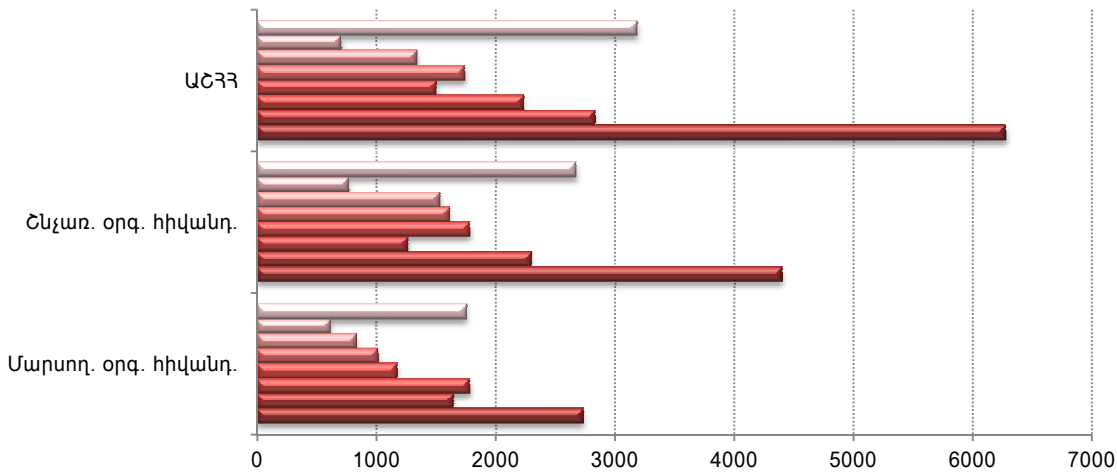
Ընդհանուր հիվանդացության կառուցվածքի վերաբերյալ ուղղակի միջազգային համեմատություններ կատարելու համար անհրաժեշտ տվյալները բացակայում են, սակայն դրանց մասին մոտավոր պատկերացում կարելի է կազմել ըստ այդ հիվանդությունների գծով հիվանդանոցային դուրս գրումների համեմատության, որոնք ներկայացված են Գծապատկեր 28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

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



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

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



	Մարսող. օրգ. հիվանդ.	Շնչառ. օրգ. հիվանդ.	ԿՇՀՀ
ԱՊՀ	1756	2673	3188
Ադրբեջան	620	770	708
Վրաստան	840	1533	1341
Հայաստան	1017	1613	1737
Թուրքիա (2010)	1172	1782	1502
ԵՄ-27 (2009)	1782	1266	2236
ԵՄ-26 (2012)	1645	2300	2831
Բելառուս	2733	4400	6276

Աղբյուր՝ ԱԲ-ՏՇ, ԱՀԿ, 2015

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

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

բուժօժանոցային և անօրհասների չօգտվելու պատճառները, ինչպես նաև տարբեր հիվանդությունների առկայությունը բնութագրող հիվանդագին վիճակների և ախտանիշների տարածվածության արժանահավատ պատկերը:

**Աղյուսակ 57. ՀՀ 15 և բարձր տարիքի բնակչության ընդհանուր հիվանդացությունն ըստ հիվանդությունների խմբերի և տարիների, 1990, 1995, 2005, 2010-2014**

Հիվանդություններ	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
<b>ԸՆԴԱՄԵՆԸ</b>	<b>62665</b>	<b>35944</b>	<b>25537</b>	<b>31964</b>	<b>41969</b>	<b>42756</b>	<b>48263</b>	<b>49352</b>	<b>50439.0</b>
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	16420	8145	5825	7535	9292	8547	9135	9419	9200.4
Արյան շրջանառության համակարգի հիանդություններ	8709	5588	4047	4430	6599	7414	8645	8903	9226.4
Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ	-	-	-	1626	3117	3272	3756	3790	3911.3
Ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	2003	1766	1703	2237	2777	2896	3398	3706	3930.9
Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	3450	1948	1383	1948	2870	2960	3372	3536	3532.7
Մարտդական օրգանների հիվանդություններ	11813	4992	2751	2751	2824	2762	3059	3084	3116.2
Շաքարային դիաբետ	1434	1350	1331	1576	2056	2151	2515	2771	2955.4
Հոգեկան խանգարումներ	2978	2126	1796	1897	2296	2285	2456	2445	2522.0
Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդաբերական շրջան (բարդություններ)	2521	1274	1530	2043	1948	2004	2335	2353	2169.2
Վարակիչ և մակաբուժական հիվանդություններ	1600	1333	1488	1899	2241	2224	2499	2274	2274.5
Ոսկրամկանային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	1965	962	724	941	1462	1588	1915	1961	2022.2
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	4600	2719	1785	1265	1588	1624	1834	1875	1957.0
Նորագոյացություններ	1152	1085	931	1219	1433	1598	1849	1855	1962.6
Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	4945	3065	1689	1495	1678	1688	1851	1852	1945.0
Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	1965	1504	659	1037	1541	1536	1798	1807	1967.4
Ականջի և պտկածև ելունի հիվանդություններ	-	-	-	584	1020	1091	1233	1318	1410.9
Կլինիկական և լաբորատոր հետազոտությունների ընթացքում բացահայտված և այլ խորագրերում չդասակարգված ախտանիշեր, նշաններ և շեղումներ նորմայից	41801	79	41779	43	146	121	157	202	214.9
Բնածին շեղումներ (զարգացման արատներ), դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	58	47	43	77	95	95	100	111	100.5

Աղբյուր՝ ՀՀ ԱՆ ԱՏՎԿ, 2015

## Սքրինինգային հետազոտություններ

2015թ. հունվարից մեկնարկվել է սքրինինգային հետազոտությունների իրականացման ծրագիրն ԱԱՊ հաստատություններում՝ 30-68 տարեկան բնակչության շրջանում:

Հունվար-սեպտեմբեր ընկած ժամանակահատվածում իրականացվել է 33 473 ՊԱՊ թեստ: Արդյունքում շուրջ 6,3% հետազոտվածների մոտ արձանագրվել են տարբեր աստիճանի բջջաբանական շեղումներ:

Նույն ժամանակահատվածում 136746 քաղաքացիների մոտ իրականացվել է արյան մեջ քաղցի գլյուկոզի հետազոտություն, որի արդյունքում շուրջ 8,1% հետազոտվածների մոտ հայտնաբերվել են նորմայից շեղումներ՝ 6,1 մմոլ/լ և ավելի արյան մեջ գլյուկոզի պարունակություն:

Շուրջ 195 695 քաղաքացիներ անցել են զարկերակային գերճնշման հայտնաբերման սքրինինգ, որի արդյունքում շուրջ 10,1% հետազոտվածների մոտ հայտնաբերվել են նորմայից շեղումներ՝ 140/90 և ավելի զարկերակային ճնշում:

Հայտնաբերված բոլոր շեղումները կարիք ունեն հետագա ճշգրտման՝ համաձայն ընդունված ուղեցույցների և չափորոշիչների:

## 9. ԲՈՒԺԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՍՊԱՌՈՒՄ

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

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

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

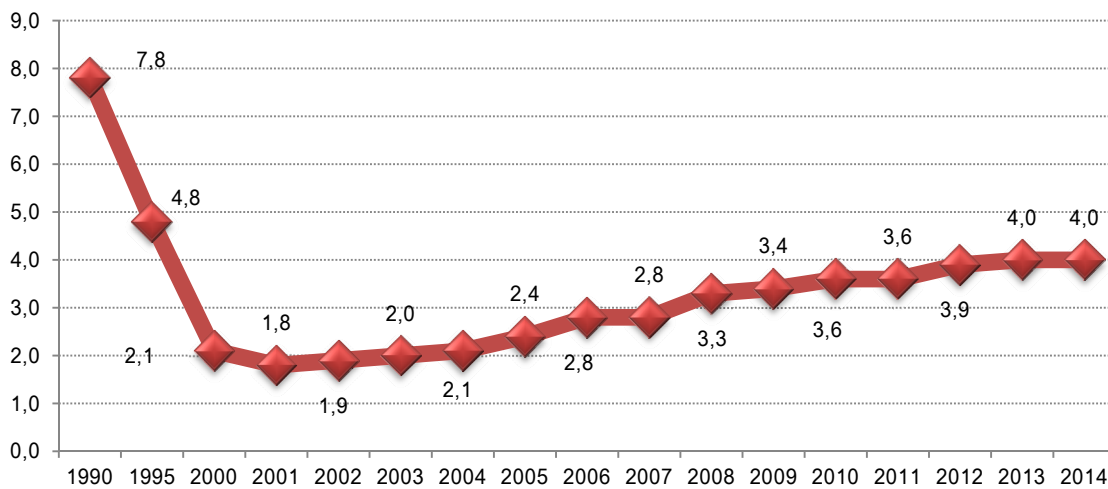
ՀՀ ԱՎԾ-ի 2013թ. տվյալների համաձայն, Հայաստանում աղքատության ցուցանիշը կազմում է 32,0%, ինչը նշանակում է, որ առողջապահական ծառայությունների ֆինանսական մատչելիության խնդիրը Հայաստանի համար հույժ կարևոր է:

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

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

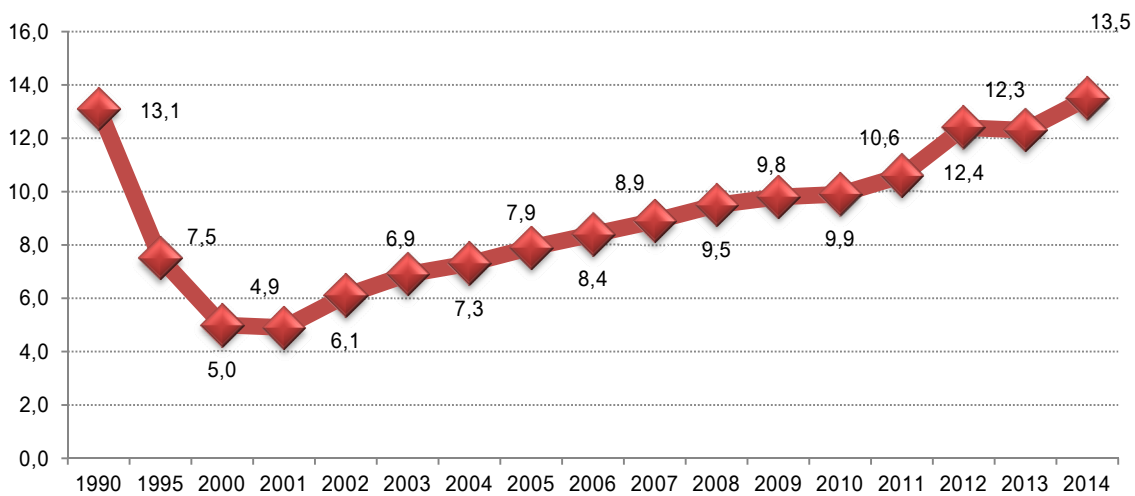
Հայաստանում մեկ տարվա ընթացքում ամբուլատոր հաճախումների քանակը մեկ անձի հաշվով, ինչպես նաև մեկ տարեկան կտրվածքով հոսպիտալացումների քանակը կտրուկ նվազել է համեմատած 1990 թվականի հետ (Գծապատկերներ 29,30): Սակայն, 2000թ.-ից սկսած, երբ Հայաստանում սկսվել է նշանակալի տնտեսական աճ՝ այդ ցուցանիշները սկսել են աճել ի շնորհիվ իրականացվող բարեփոխումների, մասնավորապես ԱԱՊ օղակում: Այնուամենայնիվ հիվանդանոցային հաճախումների քանակն աճել է ավելի զգալիորեն, քան ամբուլատոր հաճախումների քանակը, որը կարող է նաև պայմանավորված լինել այն հանգամանքով, որ բնակչության մեծամասնությունը շրջանցում է ԱԱՊ հաստատությունները, և առողջական խնդիրների ի հայտ գալու դեպքում, մասնավորապես դիմում է նեղ մասնագիտական հիվանդանոցային բուժհաստատություն:

**Գծապատկեր 29. ԱԱՊ հաճախումներ 1 անձի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2014**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Գծապատկեր 30. Հոսպիտալացման տարեկան մակարդակը՝ 100 բնակչի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2014**

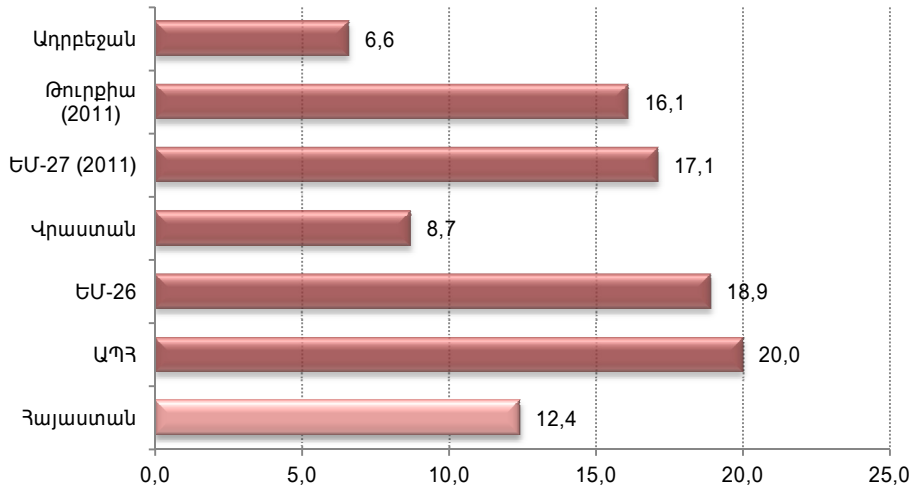


Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

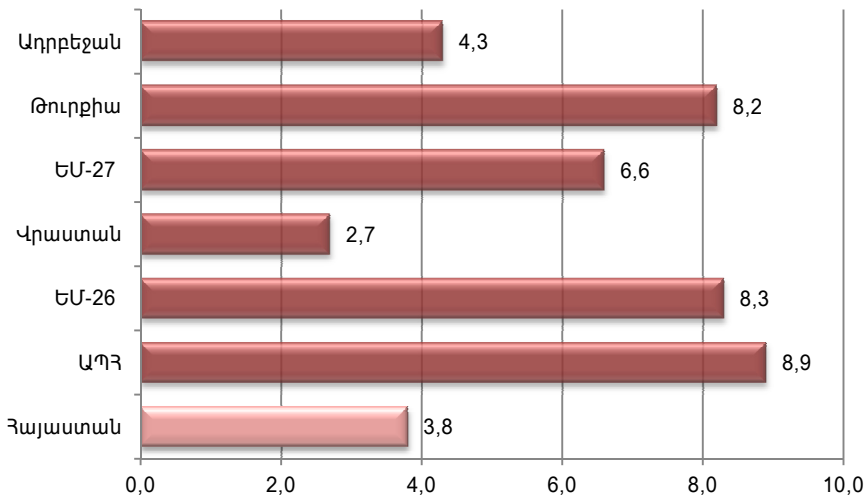
Ներկայացված ցուցանիշները կարելի է մեկնաբանել որպես բնակչության համար առաջնային և հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիության աճման ցուցանիշներ:

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

**Գծապատկեր 31. Հոսպիտալացման մակարդակը՝ 100 բնակչի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ**



**Գծապատկեր 32. Ամբուլատոր հաճախումները՝ 1 անձի հաշվով, ընտրանքային երկրներ և երկրների համախմբություններ**



Աղբյուր՝ ԱԲ-ԵՏՀ, ԱՀԿ, 2015

## Հոսպիտալացման մակարդակն ըստ մարզերի

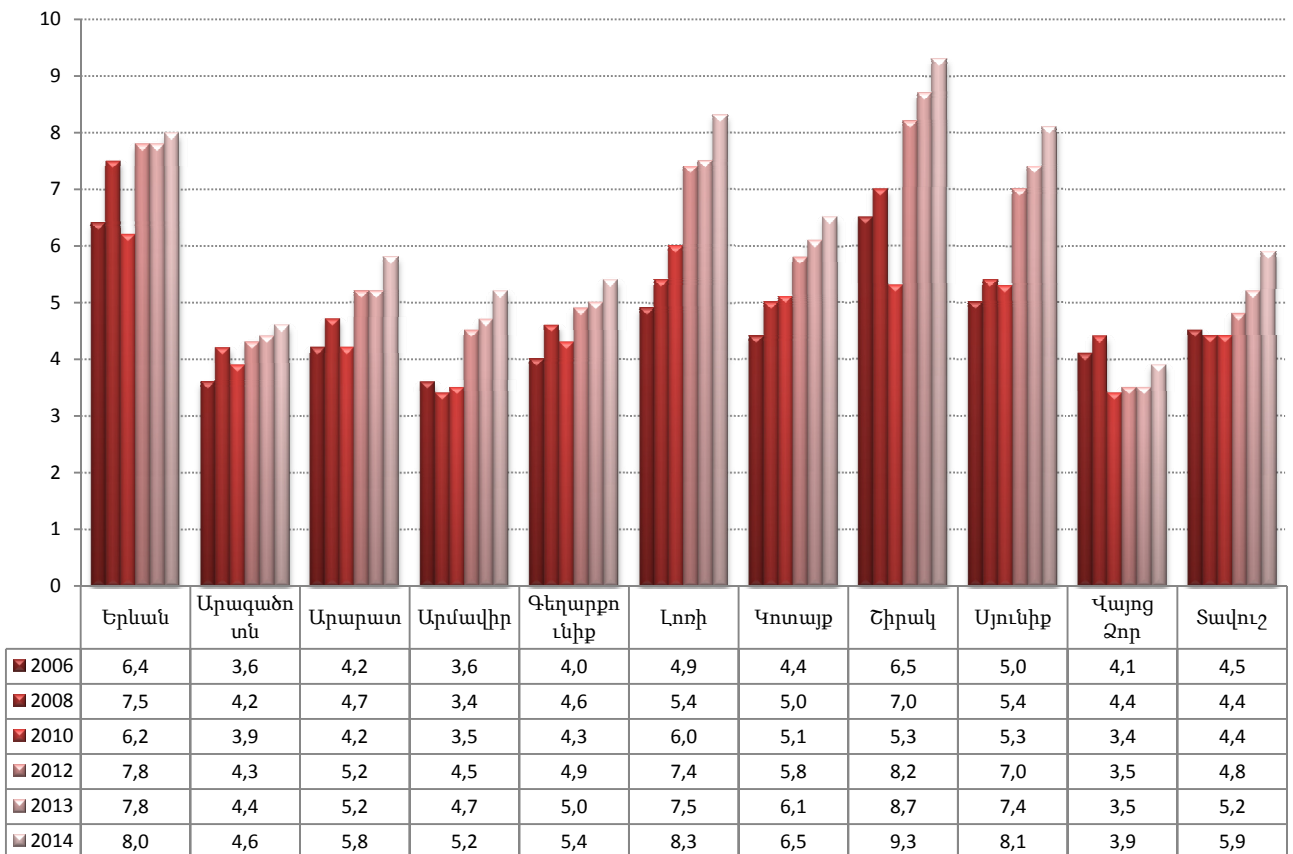
Գծապատկեր 33-ում ներկայացված են 2006-2014թթ. ընթացքում հոսպիտալացման մակարդակը մարզային կտրվածքով, 100 բնակչի հաշվով:

Գծապատկերից երևում է, որ՝

- 2010-2014թթ. ընթացքում հաջորդաբար աճել են տարբեր մարզերում հոսպիտալացման մակարդակները,
- հատկապես կտրուկ աճ է տեղի ունեցել Շիրակի, Լոռու և Սյունիքի մարզերում,
- ընդ որում, Շիրակի մարզում հոսպիտալացման մակարդակը դարձել է ավելի բարձր քան Երևանում,
- հարկ է նշել, որ 2012-2014թթ. հոսպիտալացման մակարդակի աճ է գրանցվել նաև Վայոց Ձորում, որտեղ այդ ցուցանիշը 2006-2011թթ. ընթացքում ունեցել էր նվազման միտում:

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

Գծապատկեր 33. Հոսպիտալացման մակարդակն ըստ մարզերի՝ 100 բնակչի հաշվով, 2006-2014



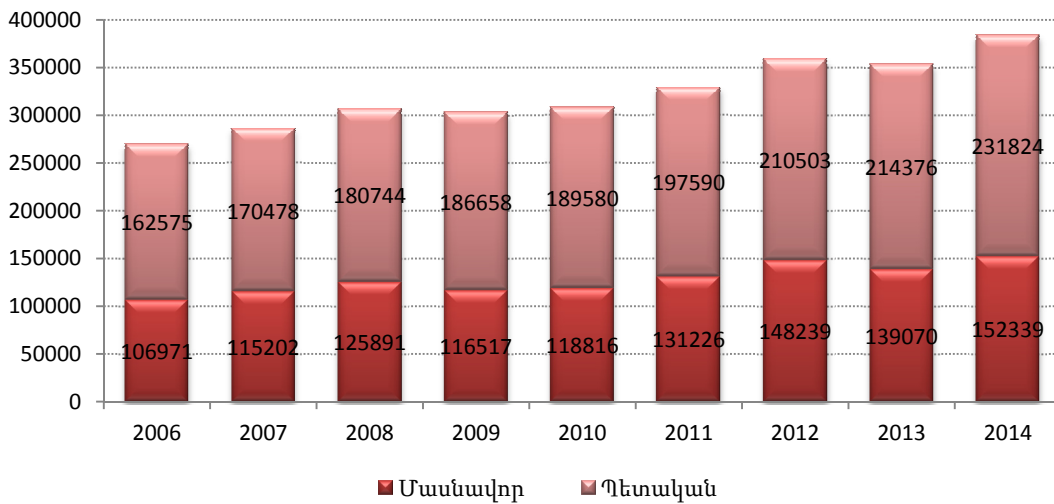
Նշենք, որ.

- 2012-2014թթ. ընթացքում աճել է պետական և մասնավոր հիվանդանոցներ դիմաձների քանակը (Գծապատկեր 34): Գծապատկեր 35-ի տվյալները ցույց են տալիս, որ՝ 2012-2014թթ. ընթացքում էապես աճել է մարզային հիվանդանոց դիմաձների քանակը:
- 2014թ.-ին 2012թ. համեմատ նվազել է նաև մարզային բնակչության դիմելիությունը Երևանի հիվանդանոցներ:

Այդ տվյալներից կարելի է եզրակացնել, որ.

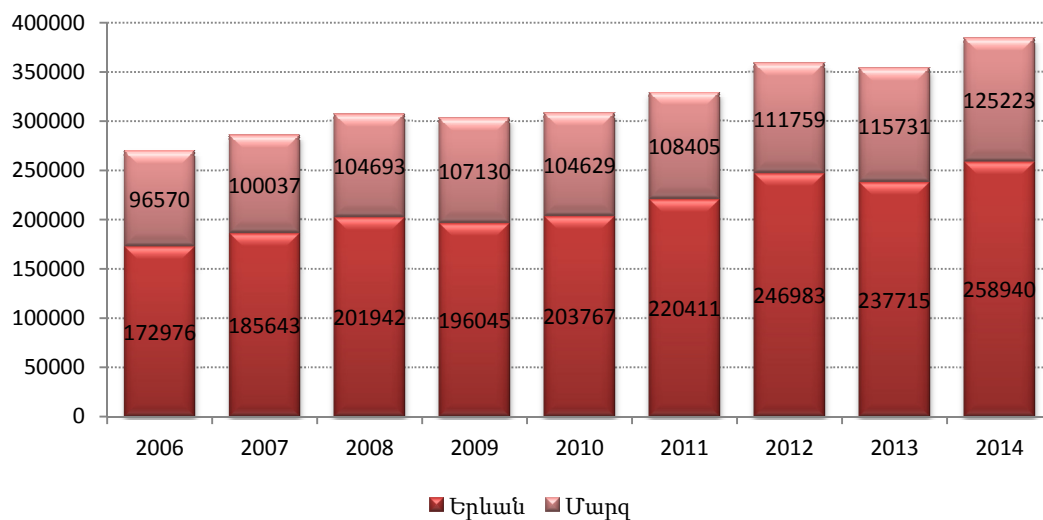
- մարզային հիվանդանոցների գործարկումը 2014թ.-ին տվել է իր արդյունքն և հաջողվել է որոշ չափով «բեռնաթափել» Երևանի հիվանդանոցային բուժօգնությունների դիմելիությունը մարզերի բնակչության կողմից:

**Գծապատկեր 34. Պետական և մասնավոր հիվանդանոցների հոսպիտալացման մակարդակը (դիմաձ հիվանդների թիվը), 2006-2014**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

**Գծապատկեր 35. Երևանի և մարզերի հիվանդանոցների հոսպիտալացման մակարդակը (դիմաձ հիվանդների թիվը), 2006-2014**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

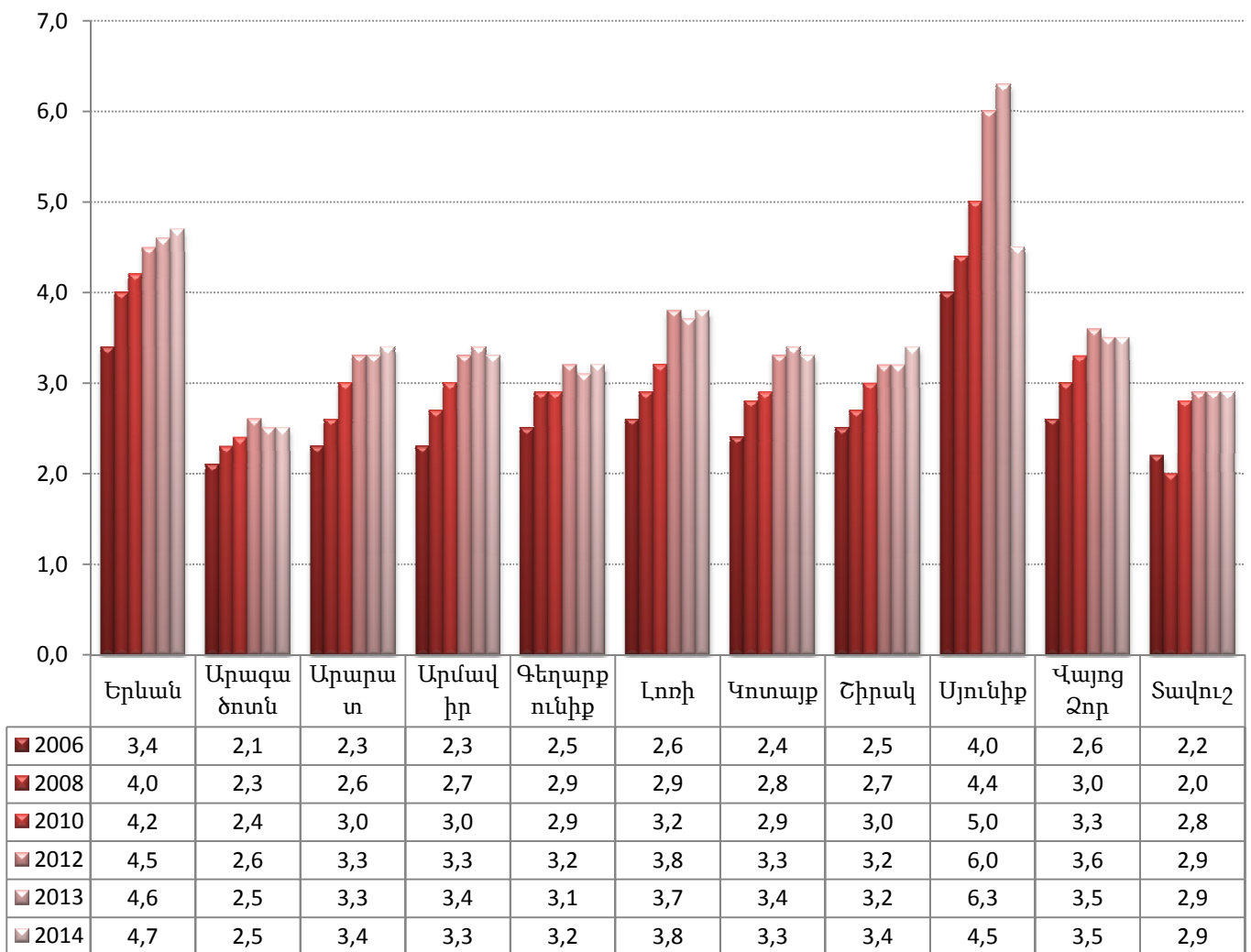


## Ամբուլատոր հաճախումներն ըստ մարզերի

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

- 2006-2014թթ. ընթացքում Հայաստանի բնակչության համար ամբուլատոր բուժօգնության մատչելիությունն աճել է:

Գծապատկեր 36. Ամբուլատոր պոլիկլինիկական հաճախումների մակարդակը մեկ անձի հաշվով տարեկան կտրվածքով, ըստ մարզերի, 2006-2014



Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ, 2015

## 10. ԲՈՒԺԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՐԱԿ

### Բուժօգնության որակը ու անվտանգությունը

Առողջապահական ծառայությունների որակի մասով, մասնավորապես, դիտարկվել են հետևյալ ինդիկատորները՝

- չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերման և բուժման արդյունավետությունը, այդ թվում՝
  - ✓ կրծքագեղձի քաղցկեղի
  - ✓ արգանդի պարանոցի քաղցկեղի
- հիվանդանոցային մահաբերության մակարդակը:

### Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացության վաղ հայտնաբերում

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

Քաղցկեղների բուժման հավանականությունն աճում է՝ դրանց վաղ հայտնաբերման դեպքում:

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

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

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

Համաձայն 2014թ.-ի ՀՀ ԱՆ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի և ԱՏՎՀ տվյալների ԿՔ դեպքերի 29,4% գրանցվել են հիվանդության զարգացման III և IV փուլերում (300 հիվանդացության դեպք): ԱՊՔ քաղցկեղի դեպքերի 67,7% գրանցվել են հիվանդության զարգացման III և IV փուլերում (151 հիվանդացության դեպք): ԿՔ նոր դեպքերը 25 և բարձր տարիքի կանանց շրջանում կազմել են 1 210, իսկ ԱՊՔ՝ 229 դեպք:

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

Այդ պատճառով՝ քաղցկեղների բուժման տեսակետից շատ կարևոր է այն, թե ո՞ր փուլում են դրանք հայտնաբերվում: Քաղցկեղների հայտնաբերման տվյալներն ըստ քաղցկեղի փուլերի 2003-2014թթ. ընթացքում ներկայացված են Գծապատկեր 37-ում:

Տվյալները հուշում են, որ.

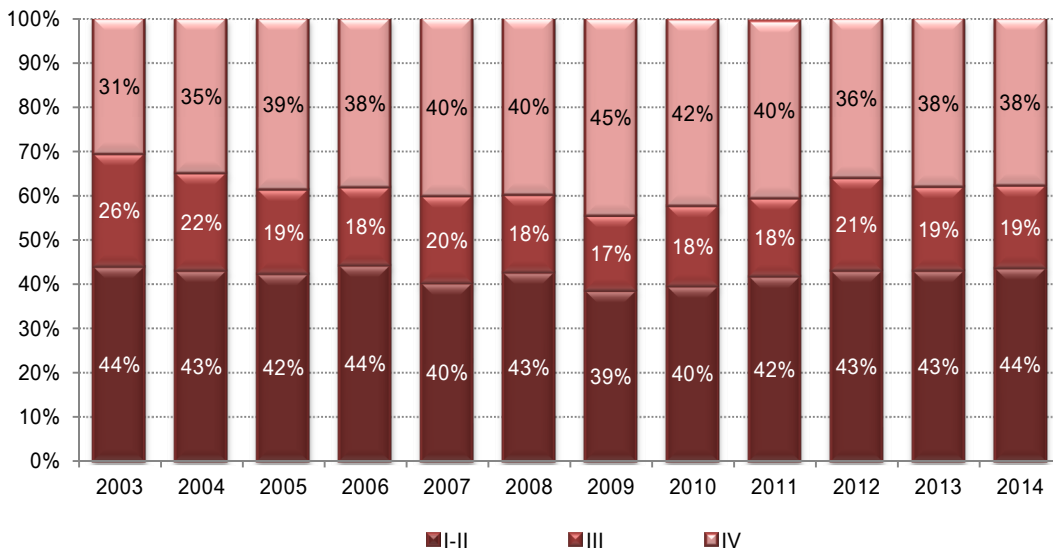
- քաղցկեղների վաղ հայտնաբերման հարցում առաջընթաց չկա

Այսպես՝ I-II փուլում հայտնաբերված բոլոր տեսակի քաղցկեղների մասնաբաժինը 2014թ. կազմել է 44%՝ կրկնելով 2006թ.-ին գրանցված մասնաբաժինը: Իսկ III և IV փուլերում՝ 57%, կրկնելով 2003թ. տվյալները::

Հետևաբար՝

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

Գծապատկեր 37. Չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերումն ըստ հիվանդության փուլերի, բոլոր տեսակի քաղցկեղներ, 2003-2014

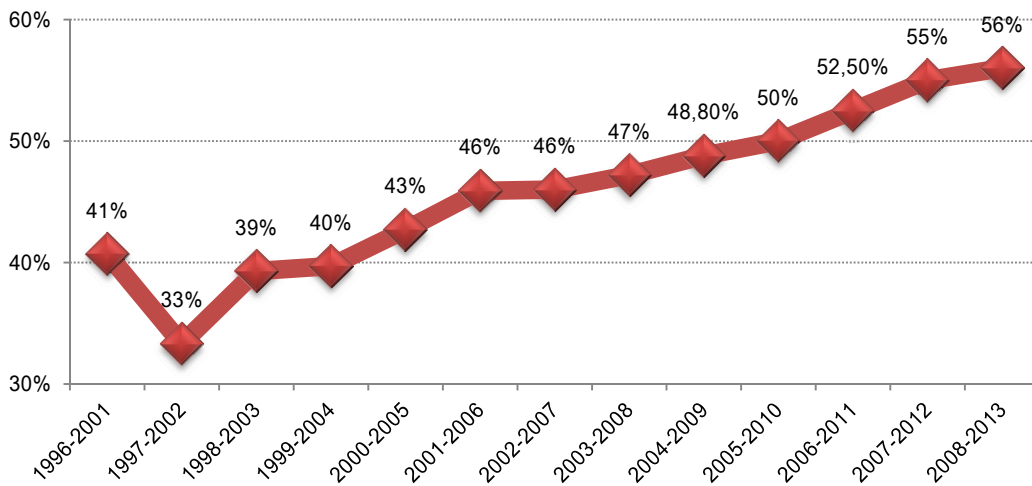


Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն, 2015

## Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերում

Կրծքագեղձի քաղցկեղը չարորակ նորագոյացությունների տարատեսակ է, որի վիճակագրությունը վարում է ՀՀ ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնը: Չարորակ նորագոյացությունների բուժման ինտեգրալ ցուցանիշ է կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելու հավանականությունը: Ցուցանիշը վերաբերվում է կանանց (Գծապատկեր 38): Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս, որ 2002թ.-ից ի վեր այս ցուցանիշը թեև դանդաղ, սակայն անշեղորեն աճում է: Արդյո՞ք այդ աճը կարելի՞ է համարել բավարար՝ հարցի պատասխանը վերապահվում է համապատասխան մասնագետներին:

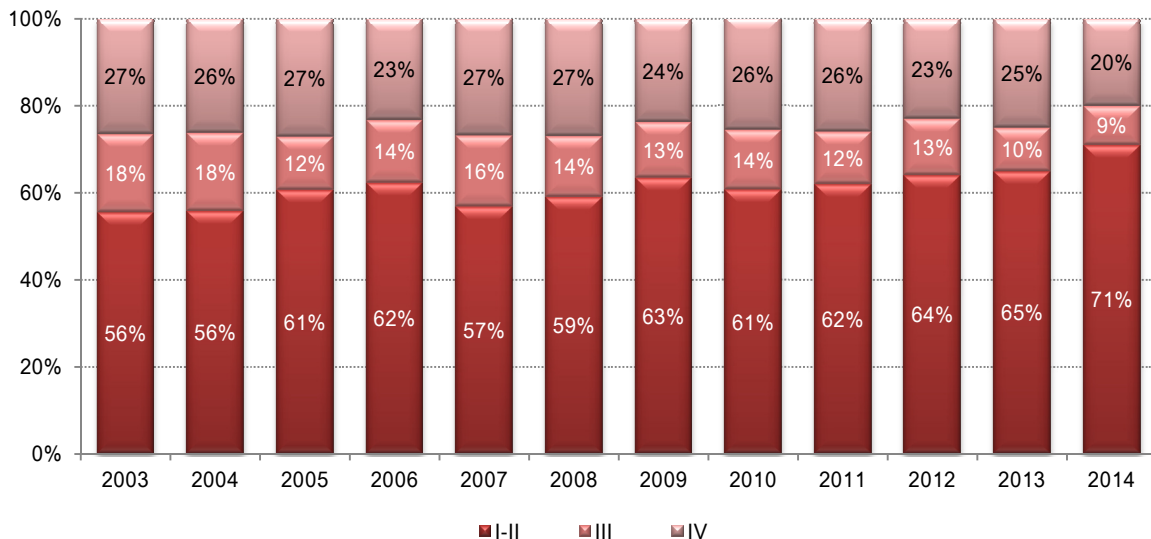
**Գծապատկեր 38. Կրծքագեղձի քաղցկեղ հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելու հավանականությունը, կանայք**



Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանական ազգային կենտրոն, 2015

Փորձենք պարզել թե, ո՞ր գործոնով է պայմանավորված ապրելիության ցուցանիշի աճը՝ կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերումի՞ց, թե՞ բուժման արդյունավետությունից: Այս ցուցանիշը խիստ կախված է կրծքագեղձի քաղցկեղի և՛ վաղ հայտնաբերումից, և՛ բուժման արդյունավետությունից: Այդ մասին պատկերացում են տալիս Գծապատկեր 39-ի տվյալները: Գծապատկերից երևում է, թե հիվանդության ո՞ր փուլում են հայտնաբերվել կրծքագեղձի քաղցկեղի դեպքերը 2003-2014թթ. ընթացքում:

**Գծապատկեր 39. Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերումն ըստ հիվանդության փուլերի, 2003-2014**



Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանական ազգային կենտրոն, 2015

Համաձայն այդ տվյալների՝ կրծքագեղձի քաղցկեղը I-II փուլերում հայտնաբերելու դեպքերի քանակը 2010-2014թթ. ընթացքում աճել է, հետևաբար, կարելի է ենթադրել, որ՝

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

Մյուս կողմից, տվյալներում առկա է անբացատրելի պարբերականություն՝ քաղցկեղն I-II փուլում հայտնաբերումն ունի 3-4 տարվա աճի պարբերություն, որից հետո դրա վաղ հայտնաբերման հավանականությունը նվազում է: Մասնավորապես, կրծքագեղձի քաղցկեղը I-II փուլում հայտնաբերման ցուցանիշի աճ է գրանցվել 2004-2006, 2007-2009 և 2010-2014թթ. ժամանակահատվածներում և նվազում՝ 2006-2007, 2009-2010թթ. ընթացքում:

Նման պարբերականության պատճառների մասին որևէ բացատրություն դեռ չի տրվել:

Գծապատկեր 39-ի տվյալները հուշում են, որ՝

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

Այսպես՝ 2014թ. IV փուլում հայտնաբերվել են կրծքագեղձի քաղցկեղների 20,4%-ը, այն դեպքում, երբ, օրինակ, 2009թ.-ին՝ 45%-ը: Այսինքն 2009թ.-ի համեմատ ցուցանիշը բարելավվել է:

Հետևաբար, կարելի է ենթադրել, որ՝

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

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

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

Այսինքն՝

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

## Չարորակ նորագոյացությունների հիմնախնդիրներ

Համաձայն 1985-2014թթ. վիճակագրական տվյալների ՀՀ բնակչության շրջանում ՉՆ հիվանդացությունը (կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված/նոր դեպքեր) աճել են գրեթե 1.8 անգամ (Աղյուսակ 58):



**Աղյուսակ 58. ՀՀ հիվանդացությունը չարորակ նորագոյացություններով**

Տարիներ	Կյանքում առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով և ուռուցքաբանական հիմնարկներում գրանցված չարորակ նորագոյացություններով հիվանդների թիվը		Տարեվերջին ուռուցքաբանական հիմնարկներում դիսպանսերային հսկողության տակ գտնվող հիվանդների թիվը	
	բ.թ.	հ.թ.	բ.թ.	հ.թ.
1985	4710	140.6	17584	522.0
1987	5119	148.8	20045	578.7
1988	5227	151.0	21228	613.4
1989	5270	150.9	22067	632.0
1990	5162	145.1	20929	588.2
1991	4905	135.7	21787	602.6
1992	4462	121.1	21584	585.6
1993	4586	122.9	21670	580.7
1994	4515	120.5	21709	578.4
1995	4705	125.2	21290	565.3
1996	4757	126.1	20721	548.1
1997	4709	124.4	20602	543.4
1998	5145	135.6	21605	568.8
1999	5415	142.5	22589	593.9
2000	5413	142.3	21972	577.8
2001	5666	149.1	23451	617.1
2002	5737	178.6	24384	759.6
2003	5951	185.3	25580	796.3
2004	6174	192.1	26522	824.7
2005	6396	198.8	26512	823.6
2006	7163	222.4	27963	867.6
2007	7294	226.1	28439	880.4
2008	7336	226.8	28692	886.1
2009	7657	236.1	30117	926.8
2010	7593	233.2	31550	967.0
2011	7858	240.4	32580	995.0
2012	7877	260.5	34400	1136.5
2013	7911	261.8	36660	1215.1
2014	8365	277.6	38918	1292.7

իթ-100000 բնակչի հաշվով

- Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացությունը կտրուկ աճում է 35-ից բարձր տարիքային խմբերում և հասնում է գագաթնակետին 65 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում (Աղյուսակ 59):

**Աղյուսակ 59. ՀՀ բնակչության հիվանդացությունը չարորակ նորագոյացություններով ըստ սեռատարիքային խմբերի**

Տարիք	2013 թ.						2014 թ.					
	Կյանքում առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով և ուռուցքաբանական հիմնարկներում գրանցված չարորակ նորագոյացություններով հիվանդների թիվը											
	Ընդամենը		Տղամարդ		Կին		Ընդամենը		Տղամարդ		Կին	
	Բ.թ.	Հ.թ.	Բ.թ.	Հ.թ.	Բ.թ.	Հ.թ.	Բ.թ.	Հ.թ.	Բ.թ.	Հ.թ.	Բ.թ.	Հ.թ.
0-14	48	8.4	31	10.1	17	6.4	37	6.4	28	9.1	9	3.3
15-17	11	9.2	9	3.2	2	3.5	16	14.4	9	15.3	7	13.3
18-24	58	15.8	29	16.0	29	15.6	56	16.1	33	19.2	23	13.1
25-34	177	34.3	77	30.7	100	37.7	176	33.6	74	29.2	102	37.8
35-44	367	99.2	116	66.5	251	128.4	402	107.5	123	69.7	279	141.1
45-54	1178	277.6	482	245.9	696	304.7	1197	294.0	468	250.4	729	331.1
55-59	1038	538.1	528	601.4	510	485.3	1103	543.6	543	589.6	560	505.4
60-64	1126	807.7	569	926.7	557	714.1	1192	812.5	663	1024.7	529	645.1
65 և բարձր	3908	1220.9	2101	1646.6	1807	938.7	4186	1300.4	2277	1783.1	1909	983.0
<b>Ընդամենը</b>	<b>7911</b>	<b>261.8</b>	<b>3942</b>	<b>272.3</b>	<b>3969</b>	<b>252.1</b>	<b>8365</b>	<b>277.6</b>	<b>4218</b>	<b>292.7</b>	<b>4147</b>	<b>263.7</b>

հթ-100000 բնակչի հաշվով

- Կանանց շրջանում զգալիորեն բարձր է կրծքագեղձի, արգանդի պարանոցի և մարմնի, ձվարանի քաղցկեղներով հիվանդացությունը (Աղյուսակ 60):
- Տղամարդկանց շրջանում՝ շնչափողի, բրոնխների, թոքի, միզապարկի, շագանակագեղձի քաղցկեղով հիվանդացությունը (Աղյուսակ 60):
- Ավելին, վերջին տարիների ընթացքում՝ և՛ կանանց, և՛ տղամարդկանց շրջանում, զգալիորեն աճել է ստամոքսի և հաստ աղու քաղցկեղով հիվանդացությունը, որը կարող է պայմանավորված լինել նստակյաց ապրելակերպով և անառողջ սննդակարգով (Աղյուսակ 60):

**Աղյուսակ 60. Կյանքում առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով հաճախակի հանդիպող չարորակ նորագոյացությունների թվաքանակն ըստ սեռատարիքային խմբերի, 2014 (բացարձակ թվեր)**

Հիվանդություններ	ՀՄԴ-10	0-14	15-17	18-24	25-34	35-44	45-54	55-59	60-64	65 և >	Ընդամենը
<b>Իգական սեռ</b>											
Կրծքագեղձի	C50	-	-	-	30	120	309	200	185	366	1210
Արգանդի պարանոցի	C53	-	-	-	8	42	86	32	18	43	229
Արգանդի մարմնի	C54	-	-	-	3	15	30	46	29	114	237
Ձվարանի	C56	1	-	1	4	10	49	26	30	81	202
Շնչափողի, բրոնխների, թոքի	C33-C34	-	-	-	-	3	19	20	24	124	190
Ստամոքսի	C16	-	-	-	3	6	15	22	28	147	221
Հաստ աղիքի	C18	-	-	1	3	8	28	35	48	200	323
<b>Արական սեռ</b>											
Շնչափողի, բրոնխների, թոքի	C33-C34	-	-	2	5	13	121	134	199	582	1056
Կոկորդի	C32	-	-	-	1	1	26	33	35	74	170
Ստամոքսի	C16	-	-	-	2	11	27	48	37	202	327
Հաստ աղիքի	C18	-	-	2	2	7	17	32	38	146	244
Լյարդի և ներյարդային լեղուղիների	C22	-	-	1	-	1	28	19	21	97	167
Շագանակագեղձի	C61	-	-	-	-	-	7	20	37	271	335
Միզապարկի	C67	-	-	-	3	10	33	54	68	201	369

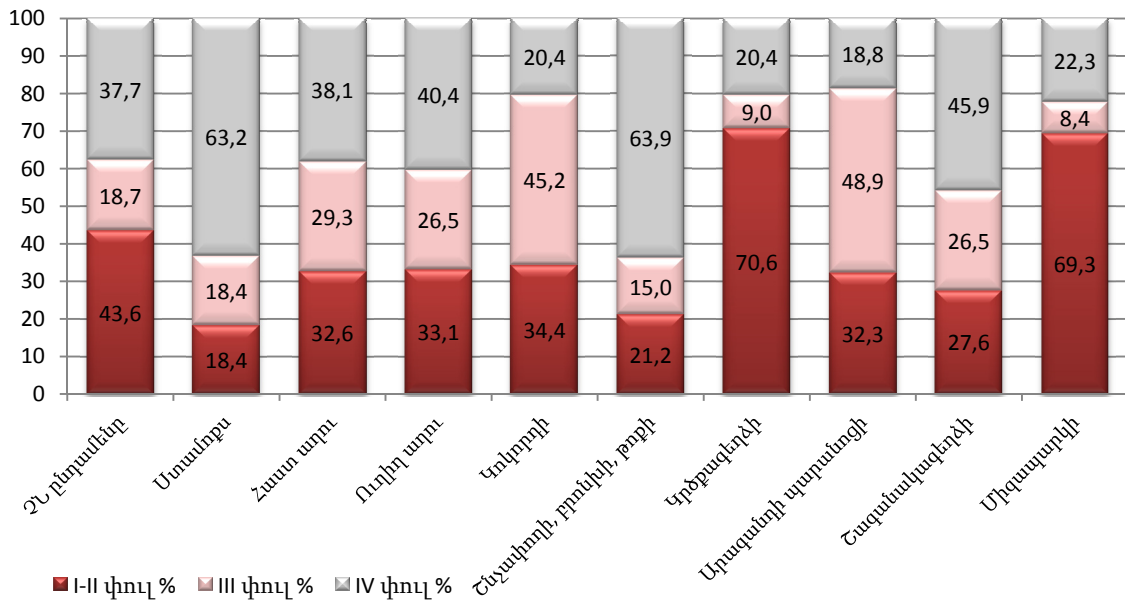


**Աղյուսակ 61. Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդությունների տարածվածությունը (ընդհանուր հիվանդացություն), 2014**

Իգական սեռ	ՀՄԴ 10	Բ.թ.
Կրծքագեղձի	C50	9648
Արգանդի պարանոցի	C53	2870
Արգանդի մարմնի	C54	1615
Ձվարանի	C56	1105
Շնչափողի, բրոնխների, թոքի	C33- C3 4	261
Ստամոքսի	C16	544
Հաստ աղիքի	C18	1263
Չարորակ լիմֆոմաներ	C81-90, C96	861
<b>Արական սեռ</b>		
Շնչափողի, բրոնխների, թոքի	C33- C34	1377
Կոկորդի	C32	1111
Ստամոքսի	C16	977
Հաստ աղիքի	C18	1080
Լյարդի և ներլյարդային լեղուղիների	C22	
Շագանակագեղձի	C61	1088
Միզապարկի	C67	2000
Չարորակ լիմֆոմաներ	C81-90, C96	1119

- Թոքի և ստամոքսի քաղցկեղի դեպքերի ավելի քան 63% հայտնաբերվում են IV փուլում, իսկ III փուլում հայտնաբերված դեպքերի տեսակարար կշիռը կազմում է 15-18%: Այսինքն, դեպքերի մոտ 80% հայտնաբերվում են հիվանդության ուշ փուլերում, որով պայմանավորված է բուժման արդյունավետության և ապրելիության ցուցանիշը:
- Թոքի քաղցկեղի հայտնաբերումից հետո, 3 տարվա կտրվածքով՝ ապրելիության ցուցանիշը կազմում է 9% (2014թ.):
- Ստամոքսի քաղցկեղի հայտնաբերումից հետո, 5 տարվա կտրվածքով՝ ապրելիության ցուցանիշը կազմում է 16.2% (2014թ.):
- Միզապարկի քաղցկեղի հայտնաբերումից հետո, 5 տարվա կտրվածքով՝ ապրելիության ցուցանիշը կազմում է 38% (2014թ.):
- Հաստ աղու քաղցկեղի հայտնաբերումից հետո, 5 տարվա կտրվածքով՝ ապրելիության ցուցանիշը կազմում է 39.3% (2014թ.):
- Չնայած այն հանգամանքին, որ միզապարկի քաղցկեղի հայտաբերումը I և II փուլերում կազմում է շուրջ 70%, ապրելիության ցուցանիշը՝ 5 տարվա կտրվածքով կազմում է 38%:
- Շագանակագեղձի քաղցկեղի դեպքերի 28% հայտնաբերվում է I և II փուլերում, և ապրելիության ցուցանիշը՝ 5 տարվա կտրվածքով կազմում է 30%:
- Կրծքագեղձի քաղցկեղի դեպքերի 29% հայտնաբերվում է I և II փուլերում, և ապրելիության ցուցանիշը՝ 5 տարվա կտրվածքով կազմում է 56%:
- Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի դեպքերի 63% հայտնաբերվում է I և II փուլերում, և ապրելիության ցուցանիշը՝ 5 տարվա կտրվածքով կազմում է շուրջ 56%:

**Գծապատկեր 40. Չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերումն ըստ նոզոլոգիաների և փուլերի, 2014**

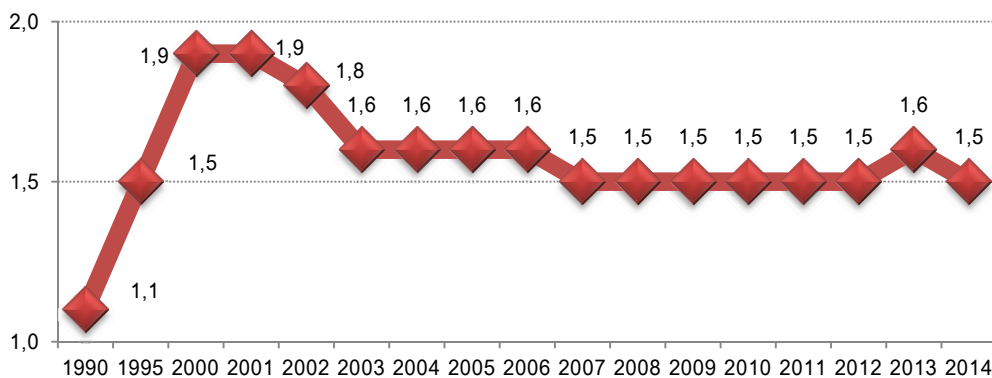


### Հիվանդանոցային մահաբերություն

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

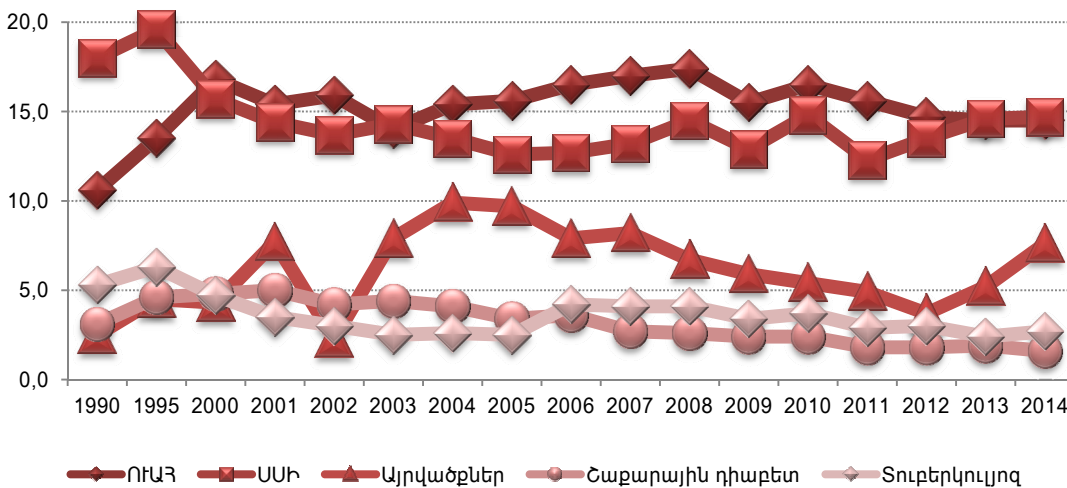
Հիվանդանոցային մահաբերության ընդհանուր ցուցանիշը 1990-2014թթ. ընթացքում տրված է Գծապատկեր 41-ում: Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս, որ 2001-2014թթ. ընթացքում տեղի է ունեցել հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշի շարունակական նվազում, որը վկայում է հիվանդանոցային բուժօգնության կազմակերպման և որակի բարելավման մասին:

**Գծապատկեր 41. Հիվանդանոցային մահաբերություն՝ 100 ընդունվածների հաշվով, բոլոր դեպքերը, 1990, 1995 և 2000-2014**



Աղբյուր՝ ԱՏԿԿ, 2015

**Գծապատկեր 42. Հիվանդանոցային մահաբերություն՝ 100 ընդունվածների հաշվով, ընտրված հիվանդություններ, 1990, 1995 և 2000-2014**



ՌԻԱՀ - Ռիդեղանոթային հիվանդություններ, ՍՍԻ - Սրտամկանի սուր ինֆարկտ Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

Եթե դիտարկենք հիվանդանոցային մահաբերությունն ըստ առանձին հիվանդությունների (Գծապատկեր 42), ապա կարելի է կատարել հետևյալ եզրակացությունները՝

- 2008-2014թթ. ընթացքում նկատվում է ուղեղանոթային հիվանդություններից հիվանդանոցային մահաբերության նվազման միտում,
- 2012-2014թթ. ընթացքում նկատվում է այրվածքներից հիվանդություններից հիվանդանոցային մահաբերության աճ,
- 2006-2014թթ. ընթացքում նկատվում է տուբերկուլոզից հիվանդանոցային մահաբերության նվազման միտում,
- շաքարային դիաբետից հիվանդանոցային մահաբերության նվազման միտում չի նկատվել:

**Կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակ**

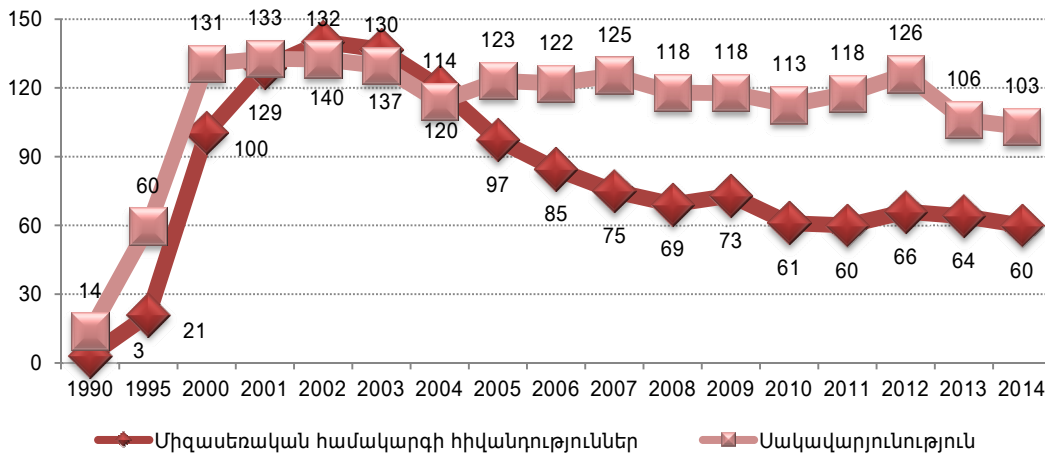
Կանանց և երեխաներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակը գնահատված է երկու խումբ ինդիկատորներով.

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

**Ծննդյան և հետծննդյան շրջանի բարդություններ**

2010-2014թթ. ընթացքում Հայաստանում ծննդյան և հետծննդյան շրջանի միզասեռական օրգանների և սակավարյունությունների հետ կապված նշանակալի բարդությունները գրեթե անփոփոխ են (Գծապատկեր 43):

**Գծապատկեր 43. Ծննդյան և նախաձննդյան շրջանի որոշ բարդությունների ցուցանիշեր՝ 1 000 ծնունդի հաշվով, 1990, 1995 և 2000-2014**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

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

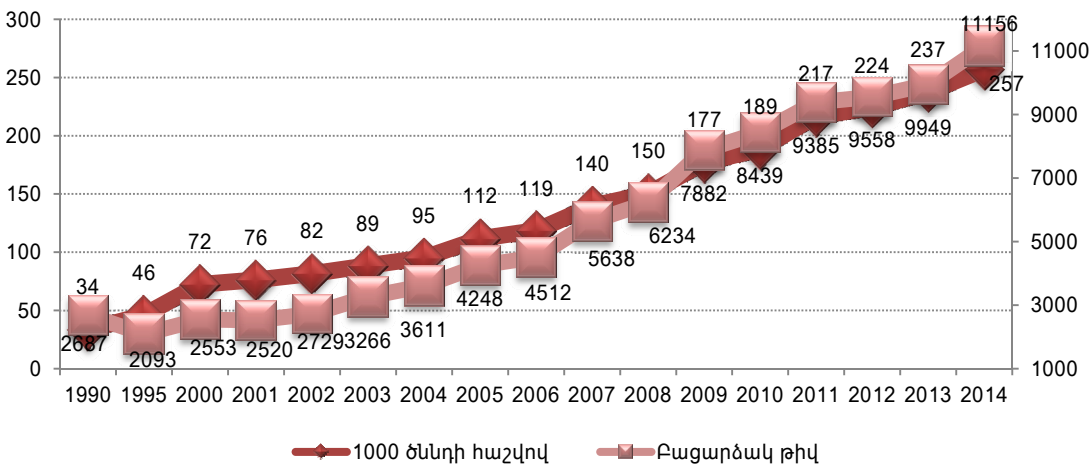
Մասնավորապես, 1990թ. սակավարյունությունների մակարդակը կազմել է ծնունդների քանակի 14%-ը, իսկ միզասեռական համակարգի հիվանդությունները՝ ընդամենը՝ 3%-ը:

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

**Կեսարյան հատումներ**

Հայաստանում կեսարյան հատումների քանակն անշեղորեն աճում է և 2014թ. հասել է 257-ի՝ 1000 ծնունդի հաշվով: Ընդամենը կատարվել է 11 156 կեսարյան հատում (Գծապատկեր 44):

**Գծապատկեր 44. Կեսարյան հատումներ, բացարձակ քանակ, 1000 կենդանի ծնունդի հաշվով, և դրանց, 1990, 1995 և 2000-2014**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

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

Հետևաբար՝

- Հայաստանում կեսարյան հատումների նվազեցումը, ծննունդների թվի ավելացման գործոն է:

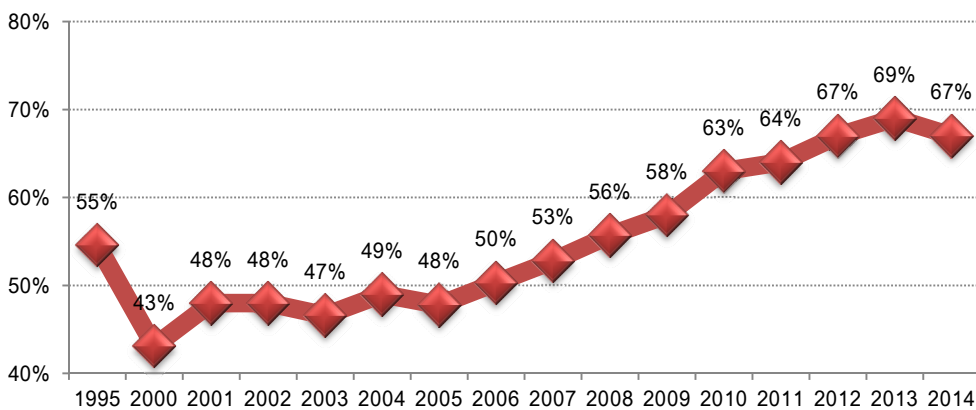
## Մոր և մանկան առողջության պահպանում

Մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում դիտարկվել են հետևյալ ինդիկատորները.

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

**Հղիների նախածննդյան խնամքի վաղ ընդգրկում:** 2005թ.-ից ի վեր այս ցուցանիշը անշեղորեն աճել է մինչև 2013թ., սակայն այն դեռևս փոքր է «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015թթ.» ազգային ռազմավարությամբ նախատեսված ցուցանիշի արժեքից, որը սահմանված է 90%: Ցուցանիշը դեռևս ցածր է նաև Հայաստանում 1980թ.-ի ցուցանիշից, որը կազմել է 74,6% (Գծապատկեր 45):

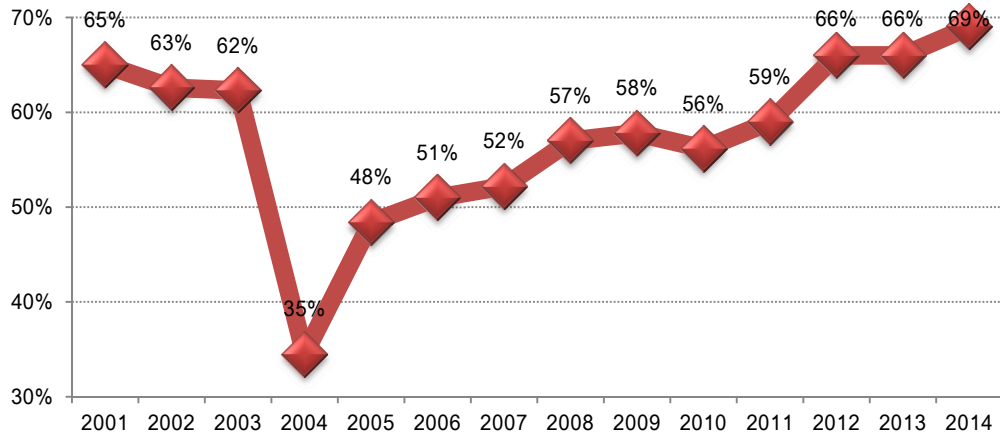
**Գծապատկեր 45. Նախածննդյան խնամքի վաղ ընդգրկում (մինչև 12 շաբաթական), հղիների տոկոսը, 1995 և 2000-2014**



Աղբյուր՝ USԿԿ, 2015

**Կրծքով սնուցման ընդգրկում:** «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015 թթ.» ռազմավարությունը նախատեսում էր մինչև 2009 թ. ապահովել մինչև 4 ամսական երեխաների 65%-ի և մինչև 6 ամսական երեխաների 40%-ի բացառապես կրծքով սնուցումը և պահպանել դրա շարունակականությունը երեխայի կյանքի երկրորդ տարվա ընթացքում: 2014 թ.-ին այդ ցուցանիշը 2011 թ. համեմատ բավական աճել է՝ 59%-ից հասնելով 69%-ի (Աղյուսակ 46):

**Գծապատկեր 46. Հայաստանում կրծքով սնուցվող 0-6 ամսական երեխաների տոկոսը, 2001-2014**



Աղբյուր՝ ԱՏՎԿ, 2015

## 11. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՈՐԱԿԻ և ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՄԱՏՇԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆՆ ԸՍՏ ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ<sup>8</sup>

### Առողջապահության համակարգի ծառայությունների որակի և ֆինանսական մատչելիության ընդհանուր գնահատականներ

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

*«Ձեր կարծիքով ընդհանուր առմամբ Հայաստանում որքանո՞վ է բավարար իրավիճակը հետևյալ ոլորտներում»*

Ներկայացվող զեկույցում տրված են հետևյալ ոլորտների գնահատականները

- առողջապահության որակը,
- առողջապահության ֆինանսական մատչելիությունը,
- դեղերի գների մատչելիությունը,
- առևտրում՝ սպասարկման որակը,
- բանկային ծառայությունների որակը,
- ինտերնետի որակը,
- կրթության որակը,
- սննդամթերքի որակը,
- թոշակների մակարդակը,
- աշխատատեղերի առկայությունը,
- գների մակարդակը:

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

Ոլորտների գնահատման համար կիրառվել է հետևյալ սանդղակը՝

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

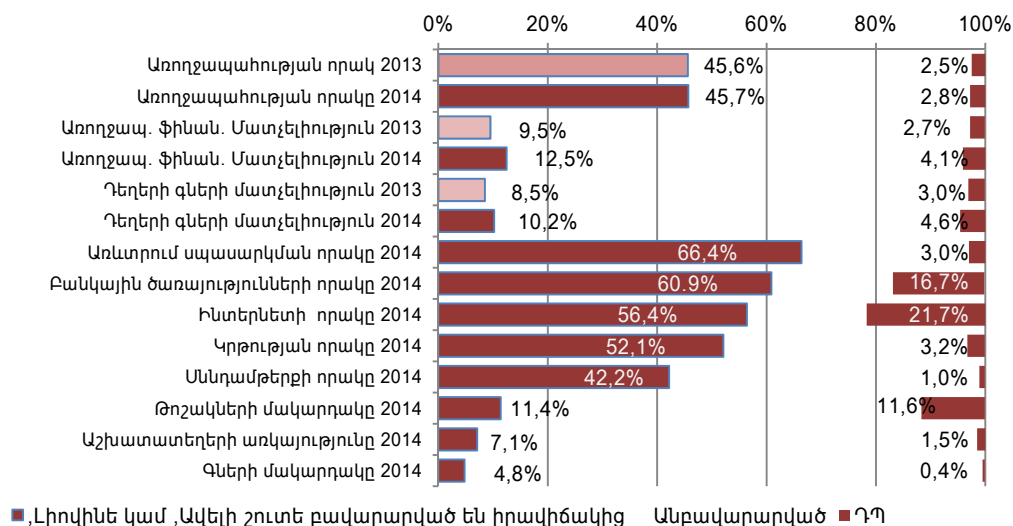
<sup>8</sup> ԱՀԳԳ 2015-թ.-ի ներկայացվող հատվածում կիրառվել է ՀՀ Կառավարության պատվերով IPSC «Քաղաքական և սոցիոլոգիական խորհրդատվությունների ինստիտուտի» կողմից իրականացված «Կյանքի որակը Հայաստանում 2014թ.» հետազոտության տվյալների շտեմարանը:

Ստացված գնահատականները ներկայացված են Գծապատկեր 47-ում: Գծապատկերի ձախ հատվածում ներկայացված են տվյալ ոլորտում իրավիճակի «Ավելի շուտ բավարար է» և «Լիովին բավարար է» գնահատականների գումարը, իսկ աջ հատվածում՝ այն անձանց քանակը, ովքեր դժվարացել են գնահատել իրավիճակը տվյալ ոլորտում:

Գծապատկերի գնահատականների ընդհանուր մեկնաբանության համար կիրառվել է հետևյալ միջակայքային սանդղակը՝

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

**Գծապատկեր 47. Հայաստանում տարբեր ոլորտներից բավարարվածության գնահատականները, 2014 (առողջապահության հետ առընչվող գնահատականների համար տրված են նաև 2013թ. գնահատականները)**



Գծապատկերում ներկայացված են առողջապահությանը վերաբերվող ցուցանիշերի 2013 և 2014թթ. գնահատականները: Տվյալները ցույց են տալիս, որ.

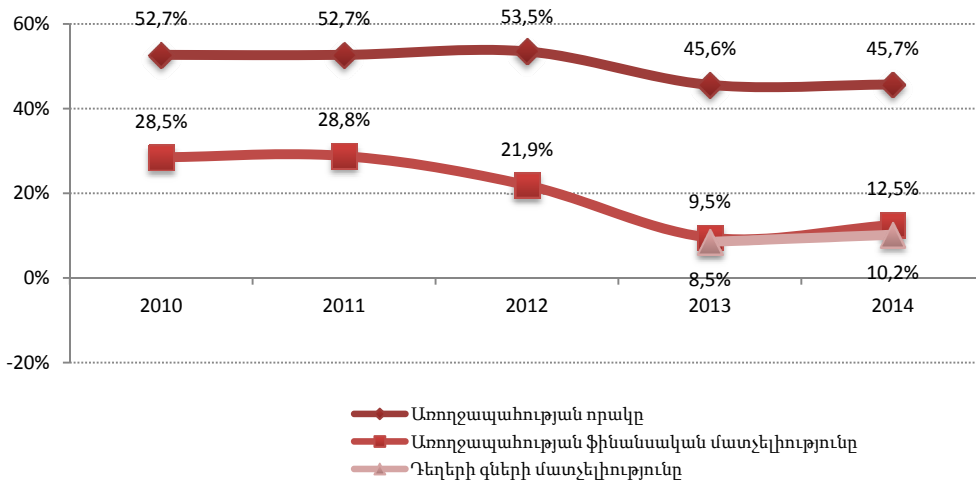
- Առողջապահության որակը գտնվում է «միջին» գնահատականների տիրույթում, իսկ դրա գնահատականը ըստ էության չի փոխվել՝ 2013թ.-ին այն 45.6% էր, իսկ 2014թ.-ին՝ 45.6%:
- Առողջապահության ֆինանսական մատչելիությունը և դեղերի գների մատչելիությունը գտնվում են շատ ցածր գնահատականների տիրույթում: Սակայն դրանց գնահատականները 2014թ.-ին 2013թ. համեմատ փոքր ինչ աճել են. Առողջապահության ֆինանսական մատչելիությունը 9.5%-ից 12.5%, իսկ դեղերի ֆինանսական մատչելիությունը՝ 8.5%-ից 10.2%:
- Այս ցուցանիշերի հետ միաժամանակ, Հայաստանում առավել լուրջ խնդիրների շարքում է գների մակարդակը, որից բավարարած է բնակչության 4.8%-ը,



**աշխատատեղերի առկայությունը, որից բավարարված են եղել բնակչության 7.1%-ը, թոշակների մակարդակը, որից բավարարված է բնակչության 11.4%-ը:**

Առողջապահության ծառայությունների որակից, ֆիզիկական մատչելիությունից և դեղերի գների մատչելիությունից բավարարվածության մակարդակների դինամիկան 2010-2014թթ. ընթացքում ներկայացված է Գծապատկեր 48-ում: Դինամիկ շարքի տվյալների համադրելիությունն ապահովելու համար, այն կազմավորվել է ոչ թե ՀՀ Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման նախորդ տարիների արդյունքների, այլ «Կյանքի որակի» 2010-2014թթ. հետազոտական շտեմարանների տվյալների հիման վրա:

**Գծապատկեր 48. Հայաստանում բնակչության բավարարվածության դինամիկան սոցիալական ոլորտի բաղադրիչներից 2010-2014 (տրված է իրավիճակից բավարարված անձանց քանակը)**



Գծապատկերի տվյալները թույլ են տալիս ենթադրել, որ, եթե ՀՀ Կառավարությունը շարունակի ավելի մեծ ուշադրություն դարձնել առողջապահության ֆինանսական մատչելիության խնդիրներին, ապա վերջին երկու տարիներին այդ գնահատականների համեմատաբար ավելի ցածր մակարդակը՝ 2010-2012թթ. համեմատ, հնարավոր կլինի հաղթահարել:

Այսպիսով՝

- Հայաստանի բնակչության համար առողջապահության ծառայությունների ֆինանսական մատչելիությունը շարունակում է մնալ Հայաստանի առավել լուրջ խնդիրների շարքում:
- Առողջապահության ոլորտում ՀՀ Կառավարության քաղաքականության առաջնահերթությունը պետք է լինի առողջապահական ծառայությունների մատչելիության բարձրացումը:

Դա հատկապես կարևոր է, այն պատճառով, որ աշխարհում տարածաշրջանային տնտեսական իրավիճակի վատթարացման միտումների համատեքստում, Հայաստանի բնակչության վճարունակությունը կարող է նվազել:

### Բուժիմնարկների ֆինանսական մատչելիություն

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

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

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

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

Աղյուսակ 62-ում ներկայացված է 2013 և 2014թթ. ընթացքում (հետազոտության դաշտային փուլերն իրականացվել են համապատասխանաբար 2014թ. հունվարին և դեկտեմբերին) տարբեր տիպի բուժօգնություններ դիմած և չդիմած հարցվածների քանակը:

**Աղյուսակ 62. Վերջին մեկ տարվա (2013 և 2014) ընթացքում տվյալ բուժօգնությանը դիմած անձանց տոկոսը**

Բուժօգնություն	2013	2014
Ատամնաբուժարան	38.1%	35.6%
Պոլիկլինիկա	33.2%	36.4%
Բուժկետ/ամբուլատորիա (հարցվել են միայն գյուղաբնակները)	26.7%	29.2%
Հիվանդանոց	<b>19.3%</b>	<b>14.6%</b>
Ախտորոշիչ կենտրոն	9.4%	26.9%
Ծննդատուն (հարցվել են միայն կանայք)	5.5%	8.2%

Աղյուսակի տվյալները ցույց են տալիս, որ 2014թ.-ին 2013թ.-ի համեմատ.

- 2014թ.-ին նվազել է ատամնաբուժարան դիմած անձանց քանակը,
- ավելացել է պոլիկլինիկա, բուժկետ և ամբուլատորիա դիմած անձանց քանակը
- նվազել է հիվանդանոց դիմածների քանակը
- նշանակալի աճել է ախտորոշիչ կենտրոններ դիմածների քանակը
- աճել է ծննդատուն դիմածների քանակը:

Տվյալներից կարելի է ենթադրել, որ.

- Հայաստանում նվազել է հիվանդանոցային ծառայությունների ֆինանսական մատչելիությունը:

Այդ ենթադրությունը հիմնավորվում է Աղյուսակ 63-ի տվյալներով, ներկայացված են տարբեր տիպի բուժօգնություններն իրենց համար ֆինանսապես մատչելի համարած անձանց քանակը 2011-2014թթ. ընթացքում (մարդկանց տրվել է հետևյալ հարցը. «Որքանո՞վ է Ձեզ համար ֆինանսապես մատչելի հետևյալ հաստատություններում բուժումը», որից հետո հարցվողին ներկայացվել է բուժհաստատությունների ցանկը):

**Աղյուսակ 63. Բուժհիմնարկների մատչելիությունը, 2011-2014**

Բուժհիմնարկ	Բուժհիմնարկն իրենց համար ֆինանսապես մատչելի են համարել			
	2011թ.	2012թ.	2013թ.	2014
Բուժկետ/ամբուլատորիա (միայն գյուղերում)	-	69.3%	58.4%	58.8%
Պոլիկլինիկա	63.2%	58.3%	57.0%	54.8%
Ատամնաբուժարան	39.4%	36.4%	<b>31.3%</b>	<b>26.7%</b>
Մանավոր բժշկական կենտրոն	25.1%	20.0%	15.8%	-
Դիագնոստիկ կենտրոն	27.4%	18.6%	16.1%	16.9%
<b>Հիվանդանոց</b>	<b>29.2%</b>	<b>24.7%</b>	<b>20.2%</b>	<b>15.3%</b>
Ծննդատուն (միայն կանայք)	64.2%	45.8%	<b>43.3%</b>	<b>37.8%</b>

Աղյուսակի տվյալները ցույց են տալիս, որ

- բնակչության գնահատականներով 2014թ.-ին 2013թ.-ի համեմատ Հայաստանում նվազել է
  - ✓ Հիվանդանոցների,
  - ✓ Ծննդատների,
  - ✓ Ատամնաբուժարանների, ֆինանսական մատչելիությունը:

Աղյուսակ 64-ում առանձնացված է տվյալ բուժհիմնարկի ֆինանսական մատչելիության գնահատականն այն անձանց համար, ովքեր վերջին տարվա ընթացքում դիմել են տվյալ հաստատությանը և նրանց համար՝ ովքեր չեն դիմել:

**Աղյուսակ 64. Բուժհաստատությունների ֆինանսական մատչելիությունն ըստ բուժժառայությունների տիպերի, 2012-2014**

Բուժհիմնարկ	Բուժհիմնարկն իրենց համար ֆինանսապես մատչելի են համարել					
	Չի դիմել			Դիմել է		
	2012թ.	2013թ.	2014	2012թ.	2013թ.	2014թ.
Բուժկետ/ամբուլ. (միայն գյուղերում)	65.0%	54.8%	53.3%	81.0%	68.3%	71.5%
Պոլիկլինիկա	53.9%	50.8%	48.6%	66.8%	69.3%	65.4%
Ատամնաբուժարան	29.5%	25.7%	20.8%	46.8%	40.4%	37.2%
Դիագնոստիկ կենտրոն	17.4%	14.8%	14.0%	32.0%	29.8%	24.7%
<b>Հիվանդանոց</b>	<b>23.3%</b>	<b>18.0%</b>	<b>13.6%</b>	<b>31.2%</b>	<b>28.9%</b>	<b>25.0%</b>
Ծննդատուն (միայն կանայք)	42.9%	42.5%	34.9%	75.8%	64.4%	68.2%

Աղյուսակի տվյալներից ըստ բուժհաստատությունների պրոֆիլների, անմիջապես երևում է, որ.

- Բոլոր տիպերի բուժհիմնարկների դեպքում, դրանց ֆինանսական մատչելիության գնահատականներն անհամեմատ ավելի բարձր են այն անձանց համար, ովքեր՝ տվյալ տարվա ընթացքում, դիմել են տվյալ բուժհիմնարկ:

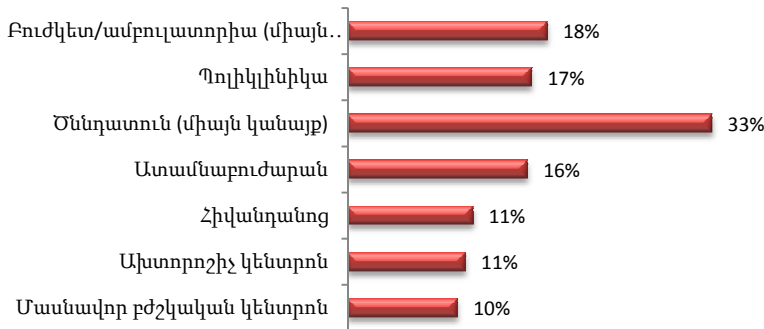
Հետևաբար.

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

Նշենք, որ բուժհիմնարկ դիմած և չդիմած անձանց գնահատականների տարբերությունը՝ ծննդատների մատչելիության գնահատականներում ամենամեծն է, եթե ծննդատունը ֆինանսապես մատչելի են համարել ծննդատուն չդիմած կանանց 42%-ը, ապա ծննդատունը ֆինանսապես մատչելի են համարել ծննդատուն դիմածների 64%-ը: Գնահատականի աճը կազմում է 22% (Գծապատկեր 49):

- Բուժհիմնարկի ֆինանսական մատչելիության գնահատականների տարբերությունը նույնպես շատ մեծ է նաև պոլիկլինիկաների համար՝ 19%:

**Գծապատկեր 49. Բուժհաստատության ֆինանսական մատչելիության գնահատականի աճը բուժհիմնարկ դիմաձևերի շրջանում՝ չդիմաձևերի համեմատ, 2014**



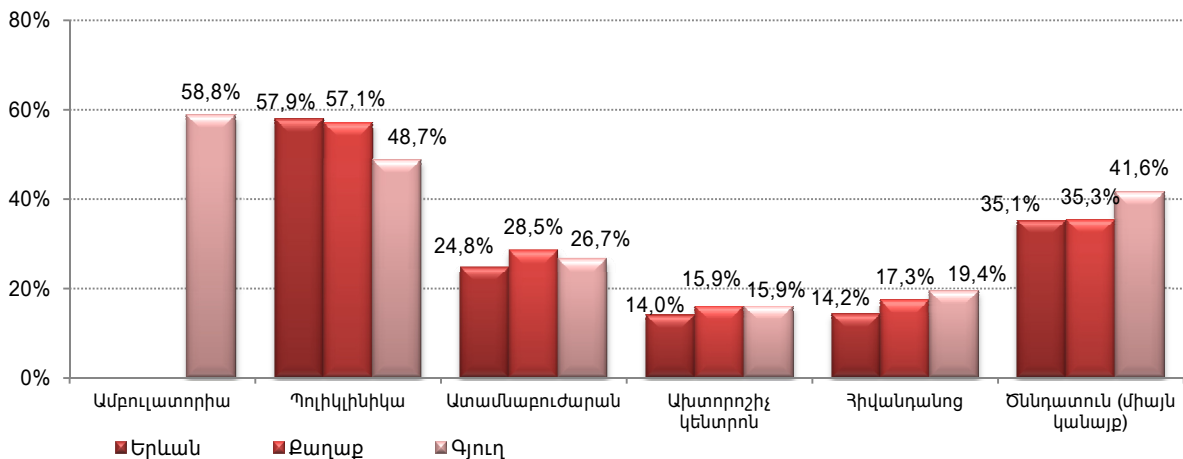
Տարբեր բուժհիմնարկների ֆինանսական մատչելիությունը 2014թ՝ ըստ բնակավայրի տիպի, տրված է Գծապատկեր 50-ում:

Գծապատկերի տվյալները ցույց են տալիս, որ՝

- Երևանի և քաղաքների բնակիչները՝ գյուղերի բնակիչների համեմատ, ֆինանսապես համեմատաբար ավելի մատչելի են համարում պոլիկլինիկաները, և համեմատաբար պակաս մատչելի՝ ծննդատները,
- Հիվանդանոցների և ախտորոշիչ կենտրոնների մատչելիությունը համեմատաբար ցածր են համարում Երևանի բնակիչները,
- Ատամնաբուժարանների ֆինանսական մատչելիությունը տարբեր տիպի բնակավայրերի բնակչության գնահատականներում էապես չի տարբերվում:

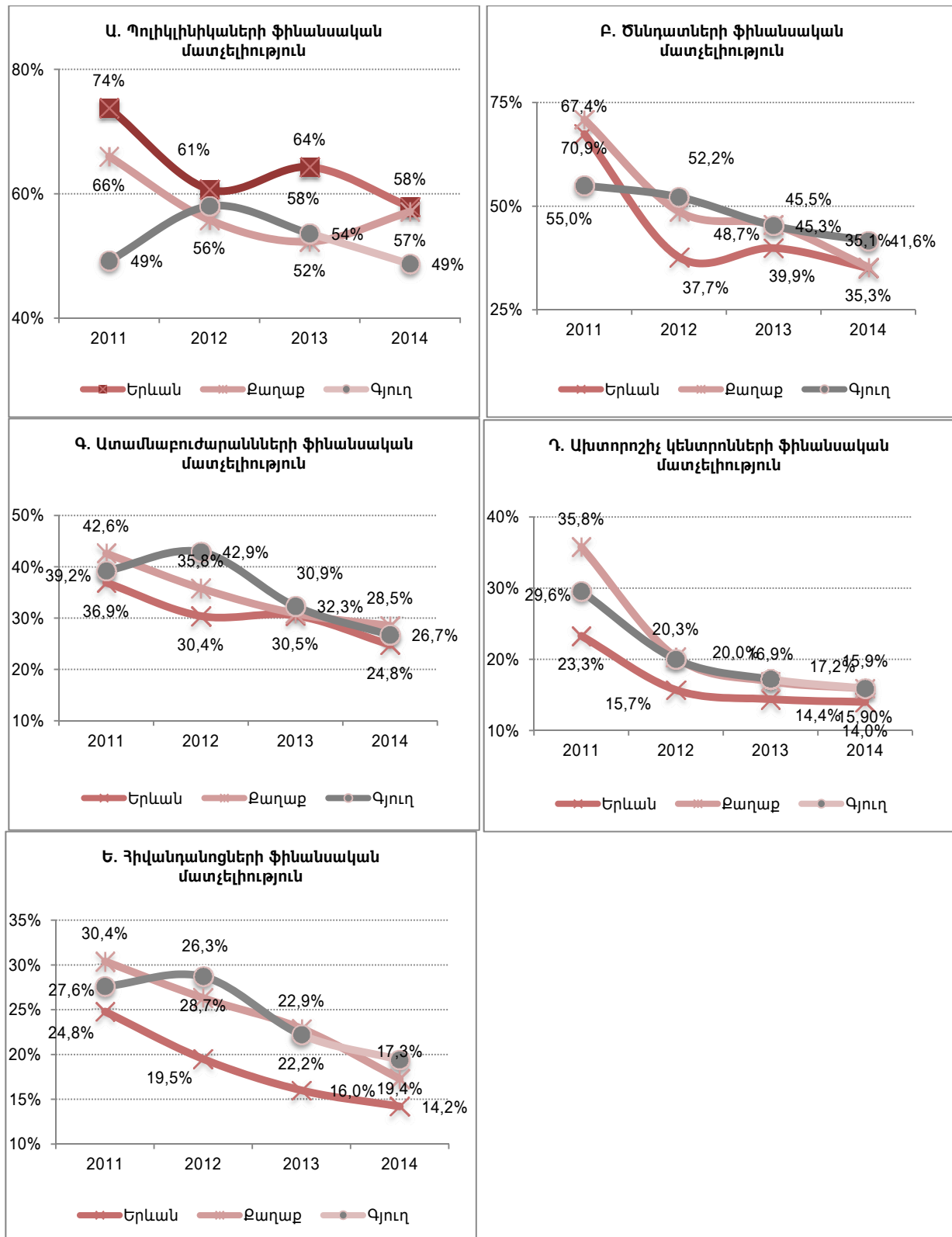
Գյուղի բնակիչների համար պոլիկլինիկաների ֆինանսական մատչելիության համեմատաբար ավելի ցածր մակարդակը կարելի է բացատրել նրանով, որ պոլիկլինիկաները գտնվում են քաղաքներում և, մասնավորապես, անհրաժեշտ ախտորոշումների և բուժման համար գյուղաբնակները ստիպված են մեկնել քաղաք:

**Գծապատկեր 50. Տարբեր բուժհիմնարկների ֆինանսական մատչելիությունն ըստ բնակավայրերի տիպերի, 2014**



Տարբեր պրոֆիլների բուժօգնականների ֆինանսական մատչելիության փոփոխությունը 2011-2014թթ. ընթացքում՝ ըստ բնակավայրերի տիպի տրված է Գծապատկեր 51 Ա-Ե-ում:

**Գծապատկեր 51. Բուժօգնականների ֆինանսական մատչելիության դինամիկան ըստ բնակավայրի տիպերի, 2011-2014**



Գծապատկերներից երկուսն է, որ՝

- 2011-2014թթ. ընթացքում մոնոտոն նվազել է հիվանդանոցների, մասնավոր բժշկական կենտրոնների, ատամնաբուժարանների և ախտորոշիչ կենտրոնների ֆինանսական մատչելիությունը՝ բոլոր տիպի բնակավայրերում:

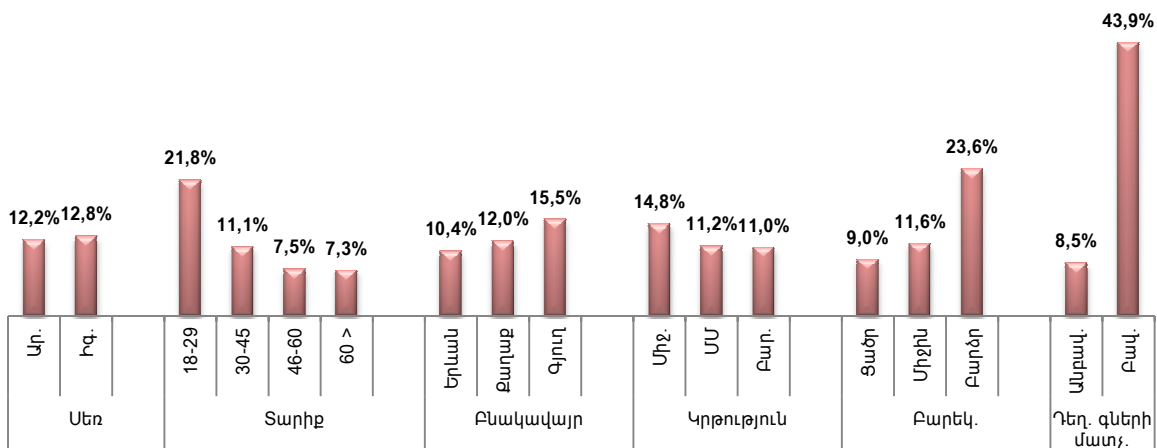
### Առողջապահության ֆինանսական մատչելիությունը գործոններ

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

- խորացված ուսումնասիրությունները ցույց տվեցին, որ, ինչպես և 2013թ.-ին, դեղերի ֆինանսական մատչելիության ազդեցությունն առողջապահության ֆինանսական մատչելիության վրա նշանակալիորեն գերազանցում է այլ գործոնների, մասնավորապես՝ բարեկեցության ազդեցությանը:

Դա ակնառու կերպով երևում է Գծապատկեր 52-ի տվյալներում, որտեղ ներկայացված են առողջապահության ոլորտի ֆինանսական մատչելիության գնահատականները՝ տարբեր սոցիալ-ժողովրդագրական, այդ թվում՝ դեղերի, մատչելիության վիճակը «Բավարար» և «Անբավարար» գնահատող խմբերում:

Գծապատկեր 52. Առողջապահության ֆինանսական մատչելիությունը բավարար գնահատածները բնակչության տարբեր խմբերում, 2014



Գծապատկերից երևում է, որ եթե սոցիալ-ժողովրդագրական յուրաքանչյուր խմբի ենթամակարդակներում՝ առողջապահության ոլորտի ֆինանսական մատչելիության ամենաբարձր և ամենացածր գնահատականների տարբերությունը չի գերազանցում 10%-ը (օրինակ, տարիքային խմբերում, ամենաերիտասարդ՝ 18-29 տարեկանների խմբում առողջապահության ֆինանսական մատչելիությունը բավարար են գնահատել 21.8%-ը, իսկ 60-ից բարձր տարեկանների խմբում՝ ընդամենը 7.3%-ը, գնահատականների տարբերությունը կազմում է 8,8%), ապա՝

- դեղերի գների մակարդակն անբավարար գնահատածների խմբում առողջապահական համակարգի ֆինանսական մատչելիությունը բավարար են համարել ընդամենը 8.5%-ը,
- դեղերի գների վիճակը բավարար համարող անձանց խմբում առողջապահական համակարգի ֆինանսական մատչելիությունը բավարար են համարել նրանց 43.9%-ը,

- **այսինքն, դեղերի գների մակարդակը բավարար գնահատող խմբում առողջապահության ֆինանսական մատչելիության գնահատականը աճել է 35.4%-ով:**

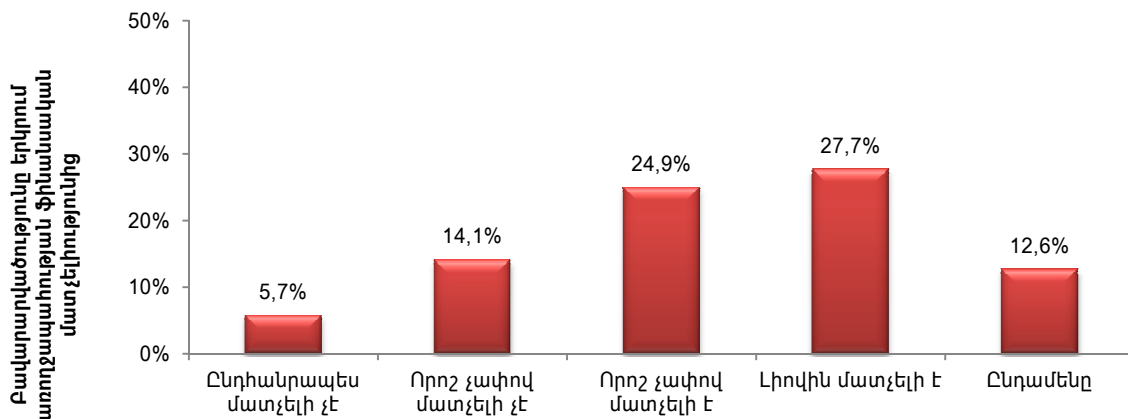
Ուսումնասիրվել են նաև առողջապահության ոլորտի մատչելիության վրա՝ հետազոտական շտեմարանում առկա, այլ փոփոխականների ազդեցությունները, սակայն դրանցից ոչ մեկը դեղերի գնի ազդեցության չափով հզոր ազդեցություն չի ունեցել:

Գծապատկեր 52 -ի տվյալները ցույց են տալիս նաև, որ առողջապահության ոլորտը համեմատաբար ավելի մատչելի են համարում ամենաերիտասարդ (18-29) խմբի անդամները: Այդ արդյունքը բացատրվում է կյանքի նկատմամբ երիտասարդների ընդհանուր՝ համեմատաբար, լավատեսությամբ: Կյանքի որակի հետազոտության բազմաթիվ այլ տվյալներ ցույց են տվել, որ Հայաստանում, ամենաերիտասարդ խմբում բավարարվածության մակարդակը՝ կյանքի տարբեր երևույթների և ոլորտների նկատմամբ, միշտ համեմատաբար ավելի բարձր է, քան ավելի տարեց անձանց խմբերում: Բացի դրանից պետք է նշել, որ այդ տարիքային խմբում հիվանդությունների տարածվածությունը զգալիորեն ցածր է:

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

Հետազոտական տվյալները հաստատում են այդ վարկածը: Գծապատկեր 53-ում ներկայացված է Հայաստանում առողջապահության ֆինանսական մատչելիության «Բավարար» գնահատականների կախվածությունը հիվանդանոցների ֆինանսական մատչելիության գնահատականից:

**Գծապատկեր 53. Առողջապահության ֆինանսական մատչելիությունից բավարարվածության կախվածությունը հիվանդանոցային ծառայությունների ֆինանսական մատչելիության գնահատականից, 2014**



Հիվանդանոցային բուժօգնության ֆինանսական մատչելիության գնահատականը

Գծապատկերից երևում է, որ, եթե հիվանդանոցային ծառայությունները «Ընդհանրապես մատչելի չէ» համարողների խմբում Հայաստանում առողջապահության ֆինանսական մատչելիությունը «Բավարար» համարողների քանակը ընդամենը 5,7% է, ապա հիվանդանոցների ծառայությունները «Լիովին մատչելի» համարողների խմբում այդ գնահատականը աճում է մինչև 27,7%:

Այսպիսով՝

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

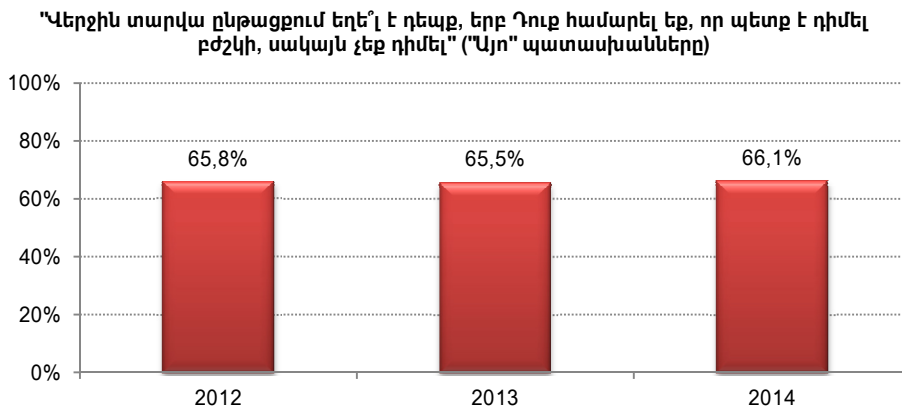
## Բուժօգնության անմատչելիություն

Հետազոտվել է բուժօգնության դիմելու անհրաժեշտության գիտակցմամբ դեպքում բժշկական օգնության չդիմելու վիճակագրությունը և դրա պատճառները:

Տվյալները ցույց են տալիս, որ՝

- բժշկի դիմելու անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բժշկի չդիմած անձանց քանակը 2012-2014թթ. էական փոփոխություններ չի կրել (Գծապատկեր 54):

**Գծապատկեր 54. Բուժօգնության դիմելու անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բժշկական օգնության չդիմած անձանց քանակը, 2012-2014**



Նույն ցուցանիշի դիտարկումն ըստ բարեկեցության խմբերի և բնակավայրի տիպերի ցույց է տալիս, որ.

- բժշկի դիմելու անհրաժեշտության դեպքում բժշկի չդիմածների քանակը համեմատաբար ավելի բարձր է՝ անբարեկեցիկ բնակչության շրջանում (Գծապատկեր 55)
- Ընդ որում ամենաանբարեկեցիկ խմբում բուժօգնության ֆինանսական անմատչելիությունը 2012-2014թթ. ընթացքում աճել է:

Մասնավորապես, եթե ամենաանբարեկեցիկ խմբում 2012թ.-ին անհրաժեշտության դեպքում բժշկի չդիմելու մասին հաղորդել էին մոտ 70%-ը, ապա 2014թ.-ն՝ մոտ 75%-ը:

Մյուս կողմից:

- Բուժօգնության անմատչելիությունը նվազել է բնակչության ամենաբարեկեցիկ խմբում:

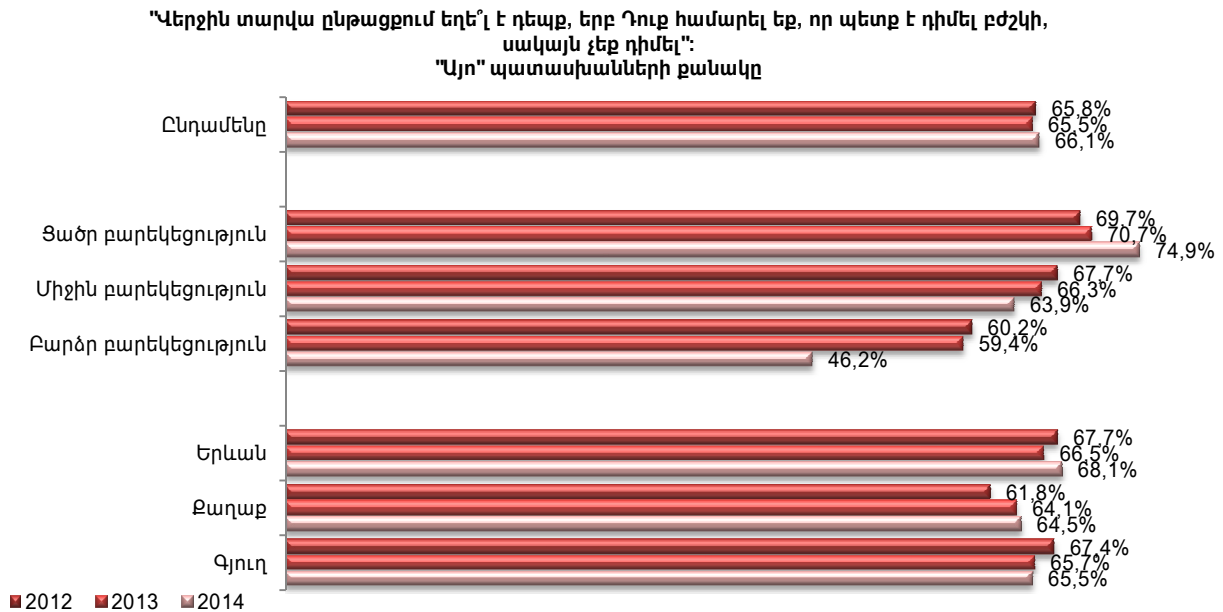


Մասնավորապես, եթե 2012թ.-ին բուժօգնության անհրաժեշտության դեպքում բժշկի չդիմելու մասին հաղորդածները այդ խմբում կազմե լ են 60%, ապա 2014թ.-ին՝ 46%:

Ստացված արդյունքների համադրությունից բխում է, որ.

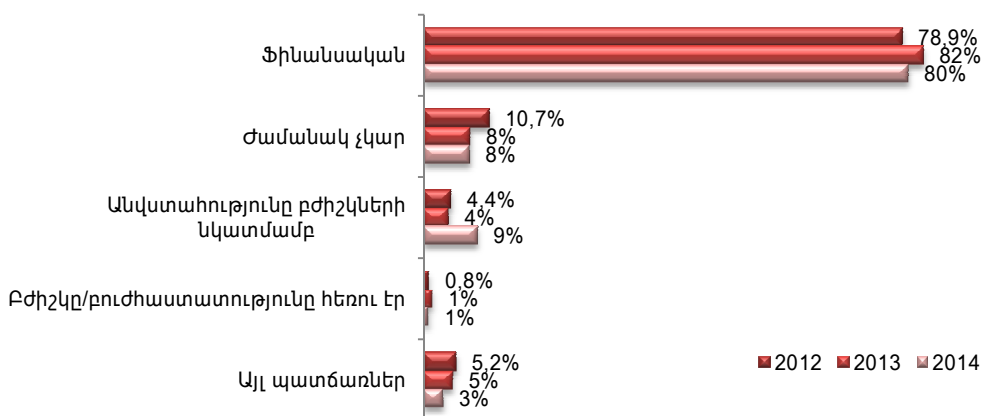
- 2014թ.-ին 2012թ.-ի. համեմատ առողջապահության ֆինանսական մատչելիության տեսակետից Հայաստանում աճել է սոցիալական անհավասարությունը:

Գծապատկեր 55. Բուժօգնության դիմելու անհրաժեշտության գիտակցման դեպքում բժշկական օգնության չդիմած անձանց քանակն ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական բնութագրերի, 2012-2014



Բուժօգնության կարիքի գիտակցման դեպքում բուժօգնության չդիմելու պատճառների շարքում ամենատարածվածը մնում է ֆինանսական պատճառը՝ անմատչելիությունը կամ այնպիսի արժեքը, որն անընդունելի է տվյալ ընտանիքի համար:

Գծապատկեր 56. Կարիքի գիտակցման դեպքում բուժօգնության չդիմելու պատճառները, 2012-2014



- Ընդ որում, բարեկեցիկ խմբում ֆինանսական անմատչելիության պատճառով անհրաժեշտության ընկալման դեպքում, բուժօգնության չդիմելու մասին հաղորդել են այդ խմբի հարցվածների 50%-ը, իսկ ամենաանբարեկեցիկ խմբում՝ 88%-ը:

## 12. ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆՆԵՐ

### Բնակչության ֆիզիկական և հոգեկան առողջության ընդհանուր գնահատականներ

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

#### Բավարարվա՞ծ եք՝

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

Բավարարվածության աստիճանը չափվել է հետևյալ սանդղակով՝

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

Ստացված արդյունքները ներկայացված են Գծապատկեր 57-ում:

Գծապատկերը ցույց է տալիս, որ՝

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

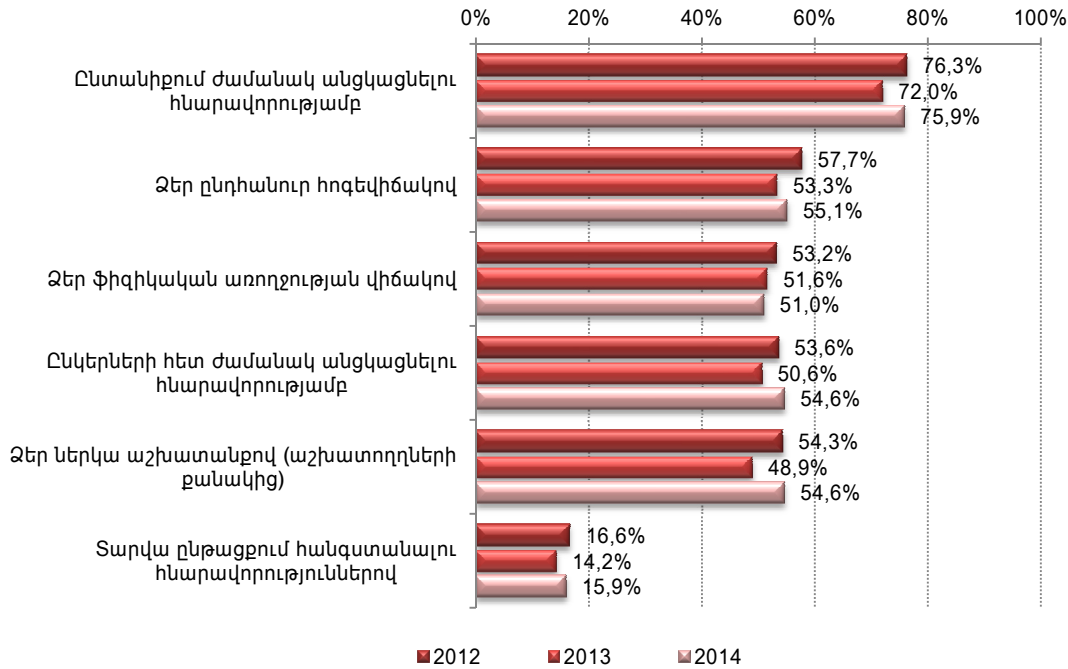
Սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում բնակչության բավարարվածությունն իր ընդհանուր ֆիզիկական և հոգեկան առողջության վիճակով համապատասխանաբար ներկայացված է Գծապատկերներ 58-Ա և Բ-ում:

Գծապատկերներից երևում է, որ՝

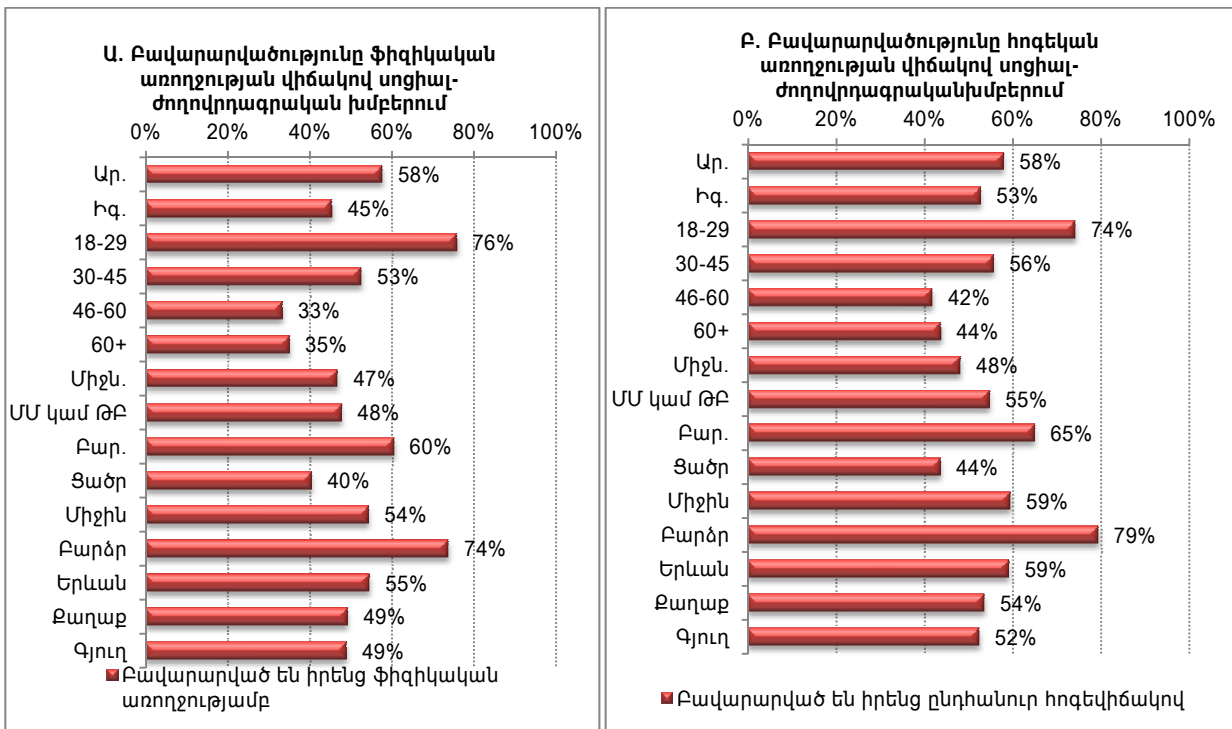
- բնակչության ընդհանուր ֆիզիկական և հոգեկան առողջության վիճակի գնահատականների պատկերները սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում նույնական են,
- այդ գնահատականները համեմատաբար ավելի բարձր են տղամարդկանց, 18-29 տարեկանների, բարձրագույն կրթությամբ անձանց և ամենաբարեկեցիկների խմբերում,

- ինչպես ընդհանուր ֆիզիկական, այնպես էլ ընդհանուր հոգեկան վիճակի գնահատականներն՝ ըստ բնակավայրի տիպերի (Երևան, քաղաքներ, գյուղեր), էպպես չեն տարբերվում:

Գծապատկեր 57. Միկրո մակարդակում կյանքի որակի բաղադրիչներից բավարարվածության մակարդակներ, 2012 - 2014



Գծապատկեր 58. Բավարարվածությունն ընդհանուր ֆիզիկական և հոգեկան առողջության վիճակով սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում, 2014



## Հիվանդագին վիճակների և ախտանիշերի տարածվածություն

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

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

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

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

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

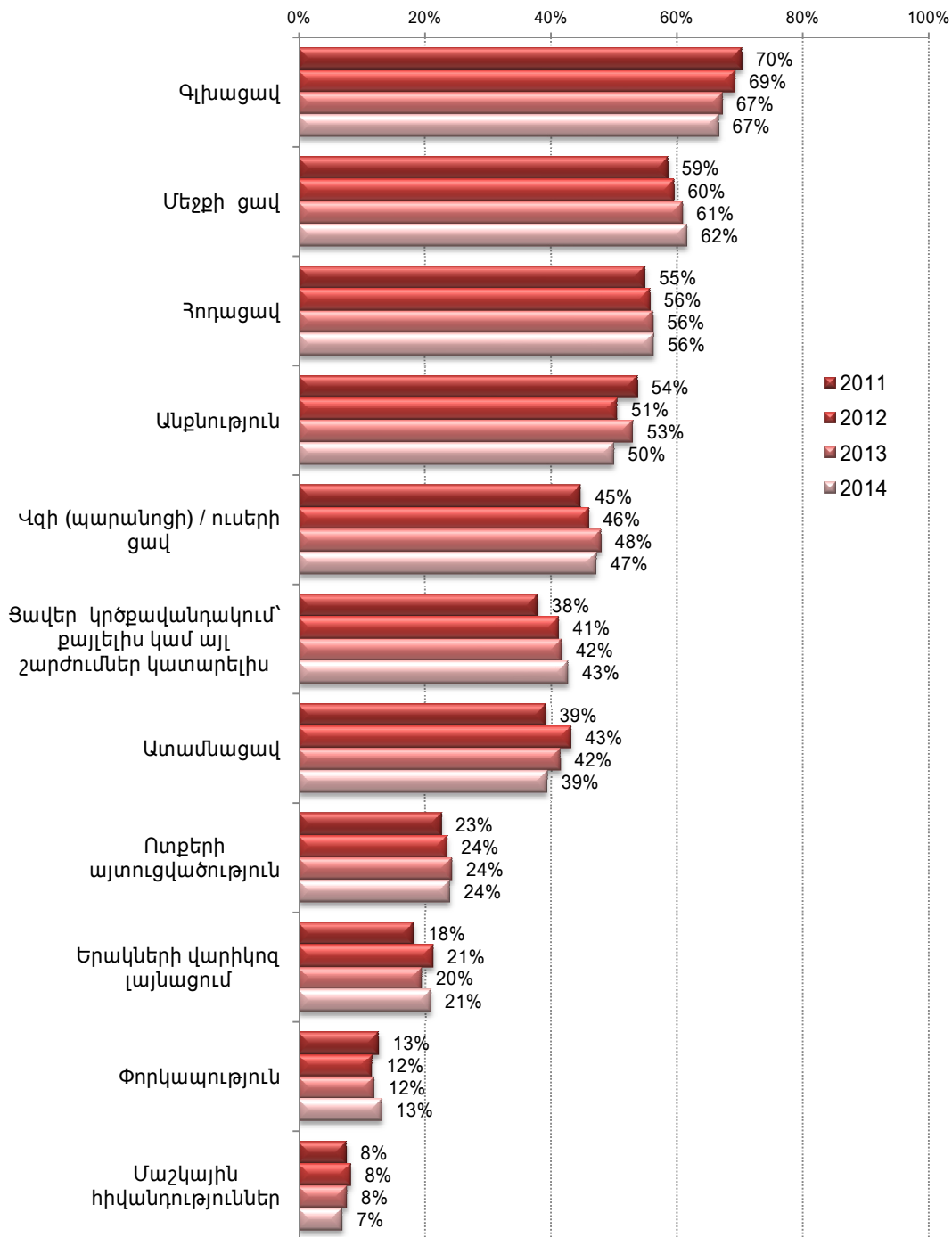
Դիտարկված հիվանդագին վիճակների և ախտանիշերի տարածվածությունը Հայաստանում 2011-2014թթ. տրված է Գծապատկեր 59-ում:

Գծապատկերի տվյալներից երևում է, որ՝

- Հայաստանում ամենատարածված հիվանդագին ախտանիշը գլխացավն է, որը գտնվում է «Բարձր տարածվածության» միջակայքում: 2014թ.-ի ընթացքում գլխացավ են ունեցել Հայաստանի չափահաս բնակչության 67%-ը: Սակայն 2011-2014թթ. ընթացքում գլխացավի մասին հաղորդածների քանակն ունեցել է նվազման միտում:
- Մեջքի ցավ ունենալու մասին հաղորդածների քանակը 2011-2014թթ. ընթացքում աճել է և դրա մակարդակը միջին տարածվածության միջակայքից անցել է բարձր տարածվածության միջակայք:
- 2011-2014թթ. ընթացքում աճի ընդհանուր միտում է ունեցել նաև հոդացավի առկայությունը, որը սակայն գտնվում է «Միջին տարածվածության» բարձր արժեքների տիրույթում:
- 2011-2014թթ. ընթացքում աճի միտում է ունեցել նաև՝ ցավեր կրծքավանդակում քայլելիս կամ այլ շարժումներ կատարելիս ախտանիշը:

**Գծապատկեր 59. Բնակչության շրջանում հիվանդագին վիճակների և ախտանիշերի տարածվածությունը, 2011-2014**

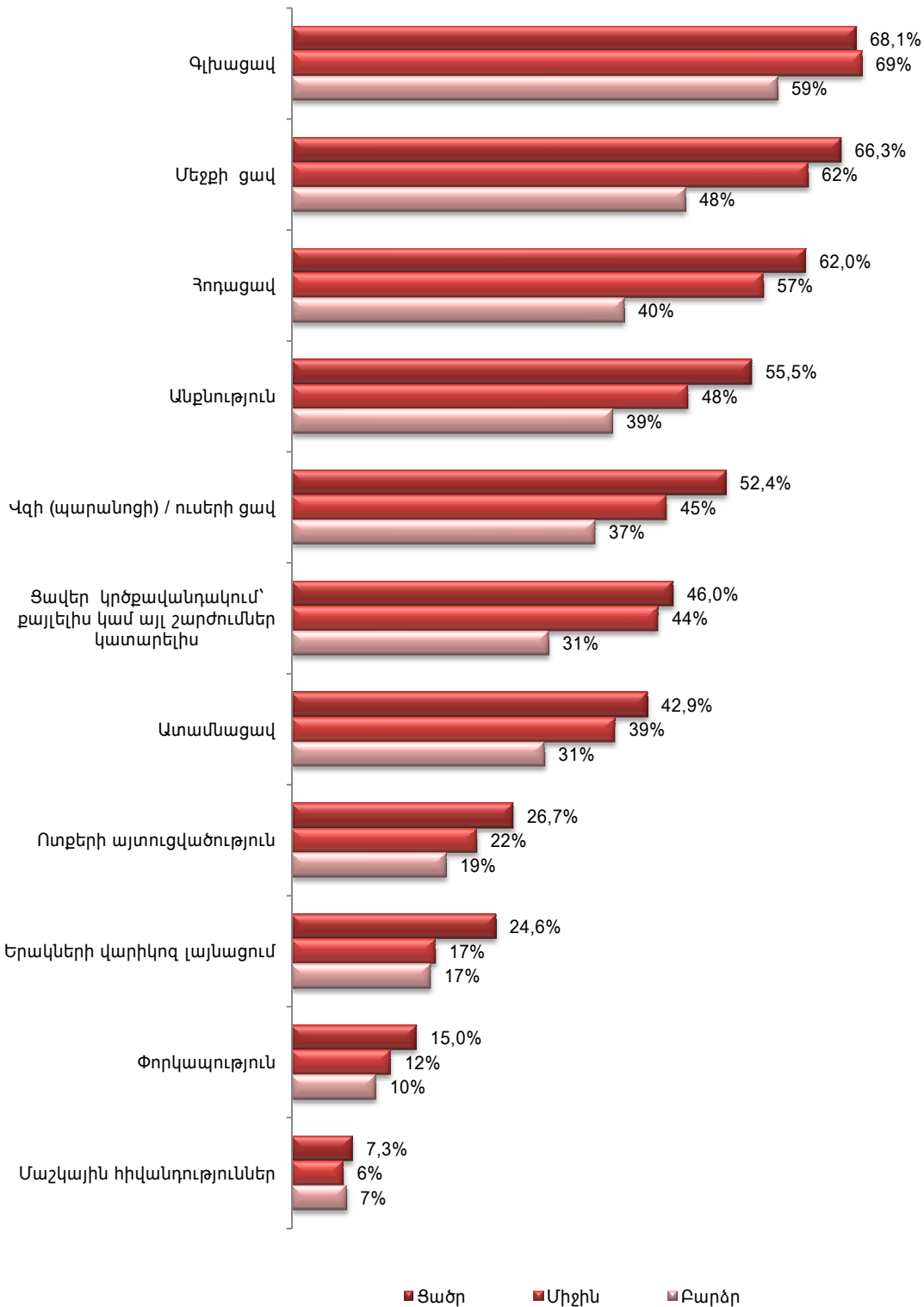
Վերջին մեկ ամսվա ընթացքում նշված ախտանիշը կամ հիվանդագին վիճակն ունեցած անձանց քանակը



Գծապատկեր 60-ում ներկայացված է ախտանիշերի տարածվածությունն ըստ բարեկեցության խմբերի, որի տվյալները ցույց է տալիս, թե հարուստ շերտի համեմատ, բնակչության աղքատ շերտում՝ որքանով են հիվանդագին վիճակներն ու ախտանիշերն ավելի տարածված

**Գծապատկեր 60. Բնակչության շրջանում հիվանդագին վիճակների և ախտանիշերի տարածվածությունն ըստ բարեկեցության խմբերի, 2014**

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



## Բնակչության հոգեկան առողջություն

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

- հանգստություն, հանդարտություն,
- լավ տրամադրություն,
- վստահություն՝ սեփական ուժերի նկատմամբ,
- ճնշված տրամադրություն,
- անհանգստություն, անվստահություն, անորոշություն,
- զայրույթ, բարկություն:

Պատասխանների տարբերակներն էին՝

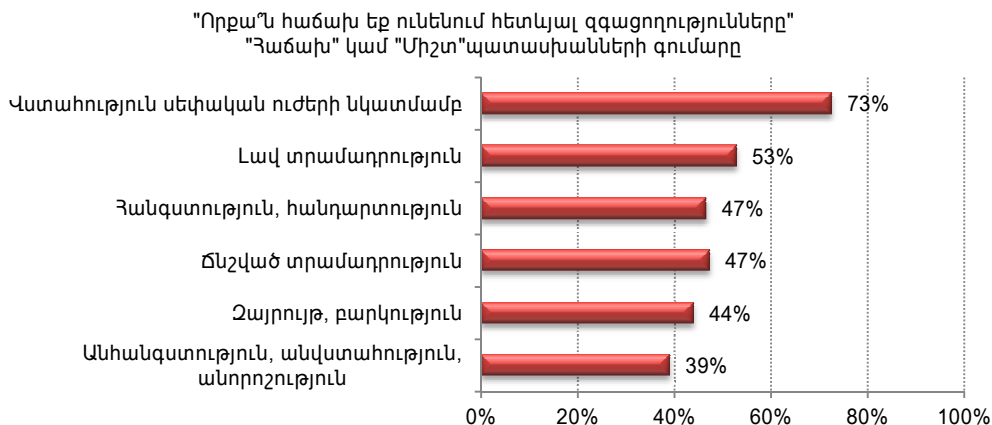
1. «Երբեք»,
2. «Երբեմն»,
3. «հաճախ»,
4. «միշտ»:

2014թ.-ի դիտարկված վեց հոգեվիճակներից՝ երեքը դրական էին, երեքը բացասական: 2010-2014թթ ընթացքում դրանցից միայն երեքի ձևակերպումներն են մնացել անփոփոխ: Բնակչության հոգեվիճակի բնութագրերը 2014թ. ներկայացված են Գծապատկեր 61-ում, իսկ դրանցից երեքի փոփոխությունը՝ 2010-2014թթ. ընթացքում՝ Գծապատկեր 62-ում:

Գծապատկեր 61-ից երևում է, որ՝

- հոգեվիճակի երեք դրական բնութագրերից երկուսի՝ «Լավ տրամադրություն» և «Հանգստություն, խաղաղություն», «Հաճախ» կամ «Միշտ» գնահատականների գումարը գտնվում է «Միջին» գնահատականների տիրույթում,
- «Վստահությունը սեփական ուժերի նկատմամբ»՝ «Բարձր» գնահատականների տիրույթում,
- «Ճնշված տրամադրություն» և «Զայրույթ, բարկություն» հոգեվիճակների գնահատականները գտնվում են «Միջին» գնահատականների տիրույթում, իսկ «Անհանգստություն, անվստահություն, անորոշություն» բնութագիրն ընդամենը 1%-ով ցածր է գնահատականների «Միջին» տիրույթի ներքին սահմանից:

Գծապատկեր 61. Բնակչության ընդհանուր հոգեվիճակի բնութագրերը, 2014.







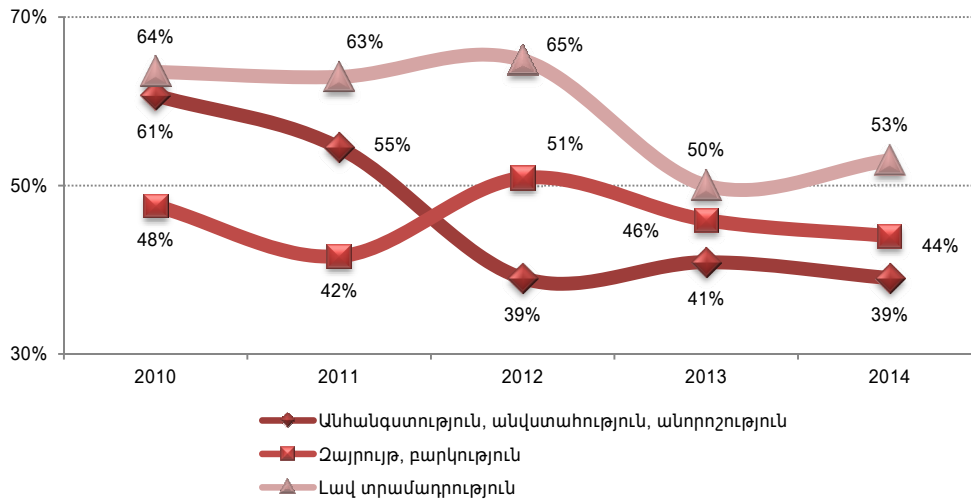
Գծապատկեր 62 Գծապատկեր 62-ի տվյալները ցույց են տալիս, որ բնակչության դրական հոգեվիճակի բնութագիրը, 2013-2014թթ. ընթացքում՝ 2010-2012թթ. համեմատ, մնացել է նշանակալիորեն ավելի ցածր մակարդակում:

Սթրեսային իրավիճակները բնութագրող զգացողություններից մեկի՝ «Չայրույթ, բարկություն»՝ 2012-2014թթ. մակարդակը նվազել է 2010-2012թթ. մակարդակի նկատմամբ:

Իսկ «Անհանգստություն, անվստահություն, անորոշություն» զգացողությունը «Հաճախ» կամ «Միշտ» ունեցողների քանակը՝ 2010-2014թթ. ընթացքում, էական փոփոխություններ չի կրել:

**Գծապատկեր 62. Բնակչության հոգեվիճակի մի քանի բնութագրերի դինամիկան 2010-2014**

"Որքա՞ն հաճախ եք ունենում հետևյալ զգացողությունները"  
"Հաճախ" կամ "Միշտ" պատասխանների գումարը



## 13. ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ

### Կենցաղային ռիսկի գործոններ

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

#### Օդն աղտոտող գործոններ.

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

#### Ջրի աղտոտվածություն.

- խմելու ջրի աղտոտվածություն,
- ոռոգման ջրի աղտոտվածություն:

#### Աղբ.

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

#### Աղմուկ.

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

#### Միջավայր.

- Ռադիացիա:

#### Կլիմայի փոփոխություն.

- անտառահատումներ(ծառահատումներ):

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

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

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

Համանման ձևով իրականացվել էր ռիսկի գործոնների տարածվածության գնահատումը նաև 2011-2014թթ. ընթացքում:

Դիտարկված կենցաղային ռիսկի խնդիրների տարածվածությունը Հայաստանում 2011-2014թթ. ներկայացված է Գծապատկեր 63-ում: Գծապատկերի տվյալների հիման վրա կենցաղային ռիսկի գործոններն ըստ դրանց տարածվածության, կարելի է ստորաբաժանել չորս խմբի:

Ամենատարածված գործոնների առաջին խումբն են կազմում.

- **փոշին** (դրա առկայության մասին է հայտնել հարցվածների 55%-ը), որի տարածվածությունը նշանակալիորեն գերազանցում է իր տարածվածությամբ երկրորդ ռիսկի գործոնին,
- **օդի աղտոտվածությունն ավտոմոբիլային ծխից** (44%):

Երկրորդ խումբը կազմում են՝

- տրանսպորտային աղմուկը (32%),
- կենցաղային աղբի կուտակումները (32%),
- խմելու ջրի աղտոտվածությունը (28%),
- ոռոգման ջրի աղտոտվածությունը (25%):

Երրորդ խմբում են՝

- շինարարական աղբը (16%),
- օդի աղտոտվածությունն արտադրությունից (12%),
- կենցաղային աղմուկը՝ ռեստորան, բար, հարևաններ, փողոց (12%),
- ռադիացիան(10%):

Չորրորդ խմբում են՝

- անտառահատումներն ու ծառահատումները (8%),
- օդի աղտոտվածությունը (անասնապահական) ֆերմաներից (8%),
- արտադրական թունավոր նյութերի(թափոնների) կուտակումները (6%),
- արտադրական աղմուկը (2%):

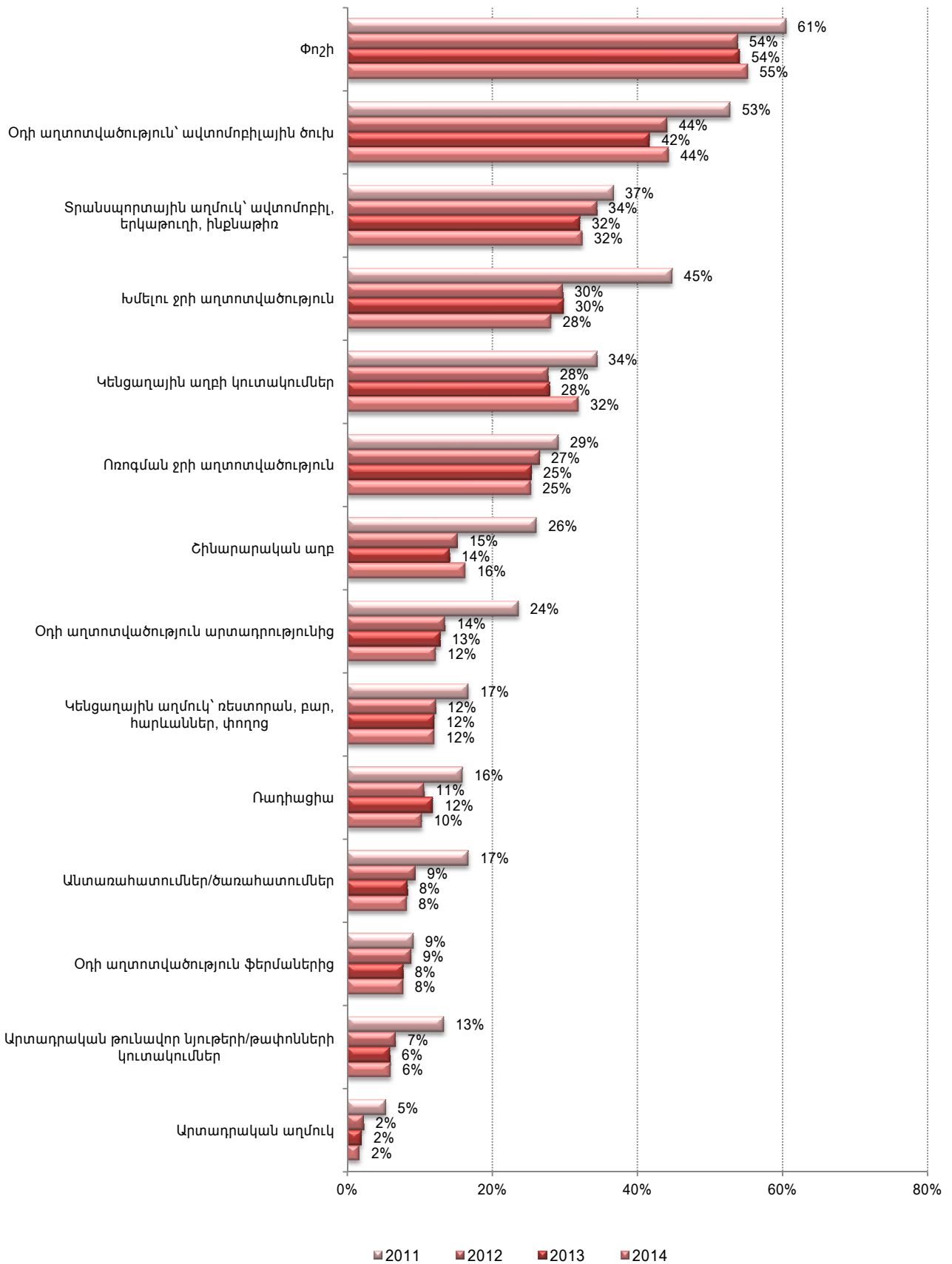
Ռիսկի գործոնների տարածվածության փոփոխությունը 2011-2014թթ. ընթացքում ներկայացված է Գծապատկեր 63-ում: Գծապատկերների ընդհանուր տեսքը հուշում է, որ 2012-2014թթ. ընթացքում

- Աճել են.
  - ✓ փոշու առկայությունը,
  - ✓ կենցաղային աղբի կուտակումները,
- Նվազել են.
  - ✓ Խմելու ջրի աղտոտվածությունը,
  - ✓ Օդի աղտոտվածությունը արտադրությունից:

Հաշվարկվել է կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը և դրանց շարժը 2011-2014թթ. ընթացքում՝ ըստ բնակավայրի տիպի: Արդյունքները ներկայացված են Գծապատկեր 64 Գծապատկեր 64-ում՝ Երևան, Գծապատկեր 65 -ում՝ քաղաքներ և Գծապատկեր 66-ում՝ գյուղեր: Գծապատկեր 67-ում առանձին ներկայացված է 2014թ. շրջակա միջավայրին առընչվող խնդիրների տարածվածությունն ըստ բնակավայրի տիպի: Այն թույլ է տալիս

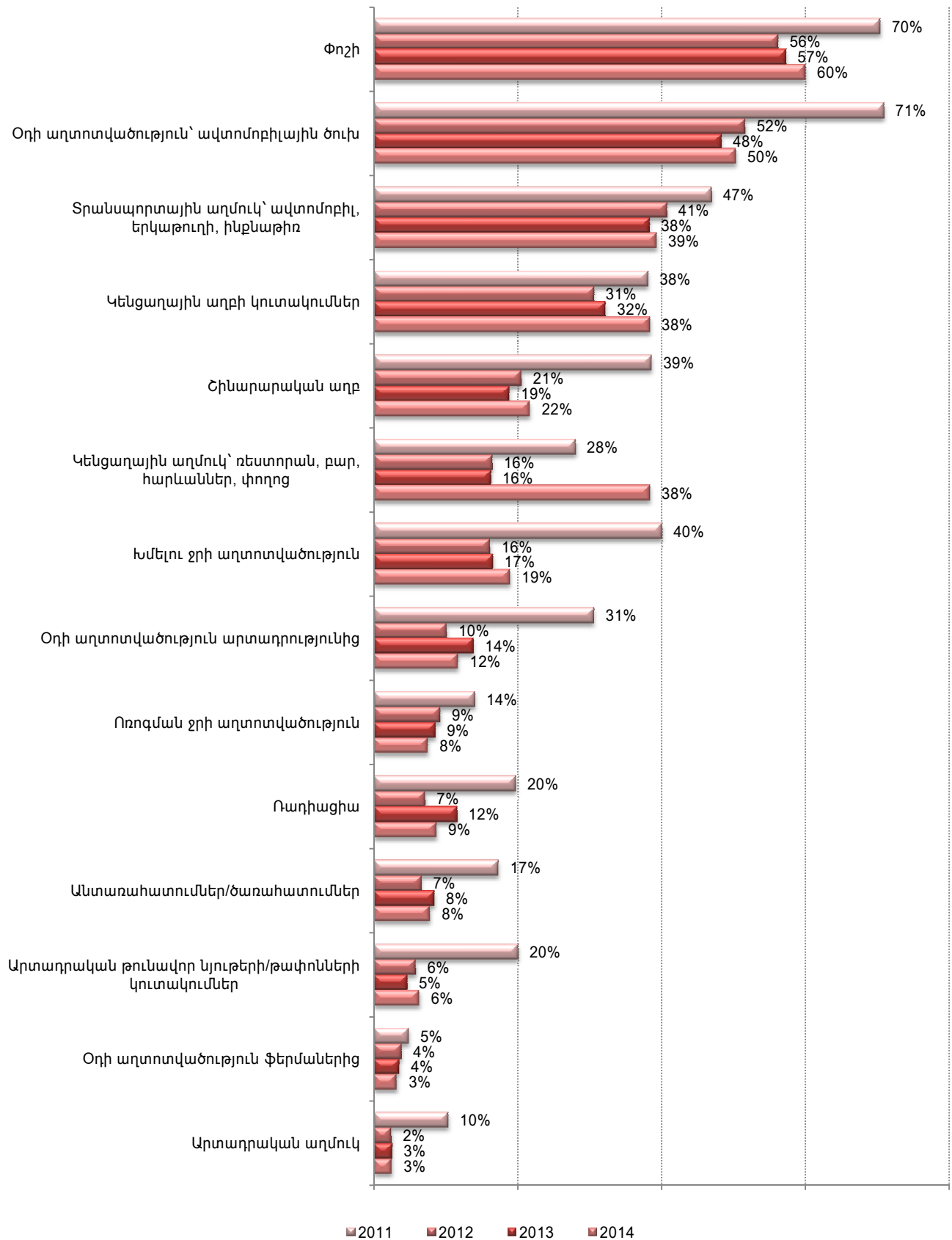
դյուրությամբ ընկալել ռիսկի գործոնների հետ կապված երևանյան, քաղաքային և գյուղական խնդիրները:

Գծապատկեր 63. Կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը, Հայաստան, 2011-2014

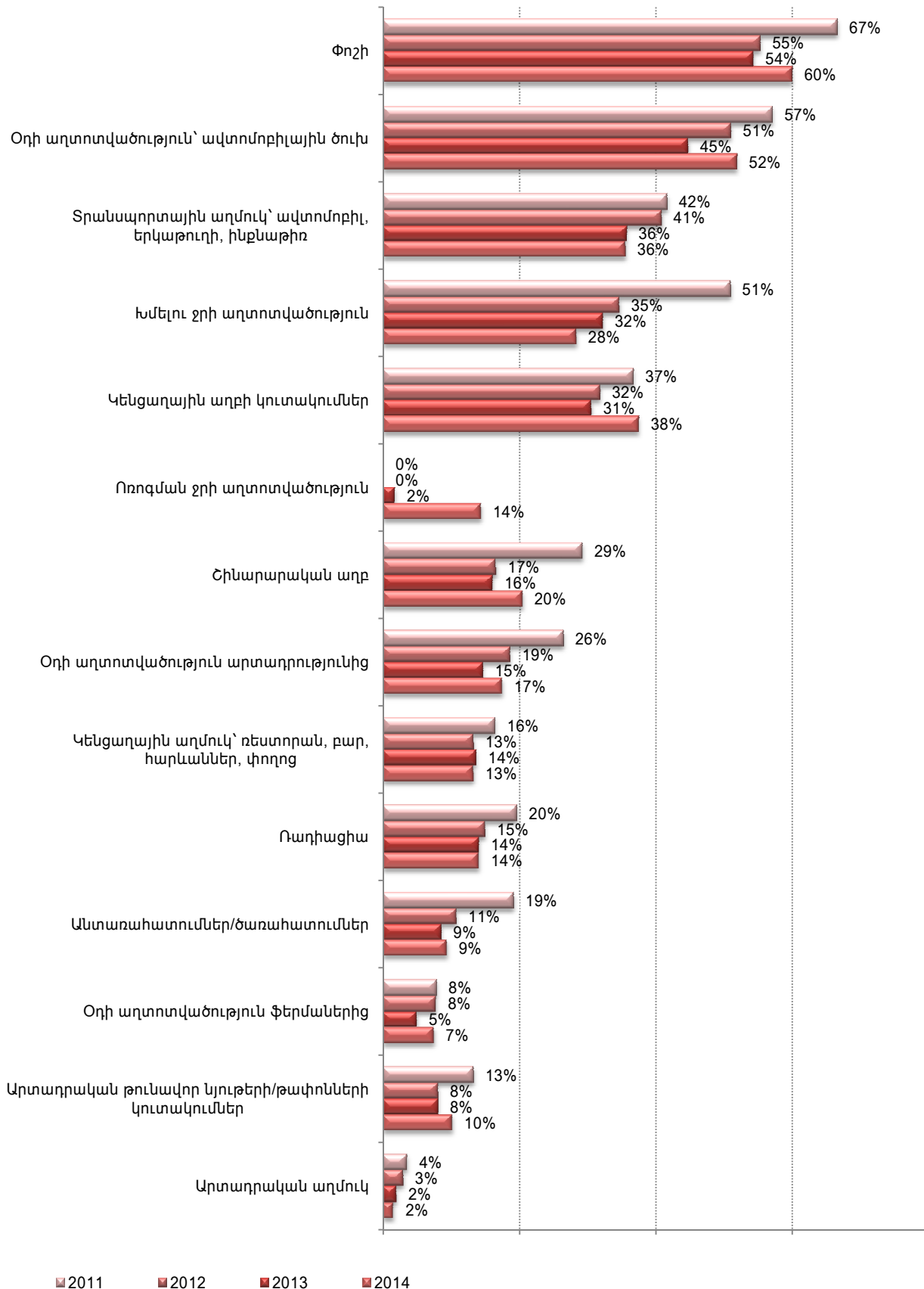




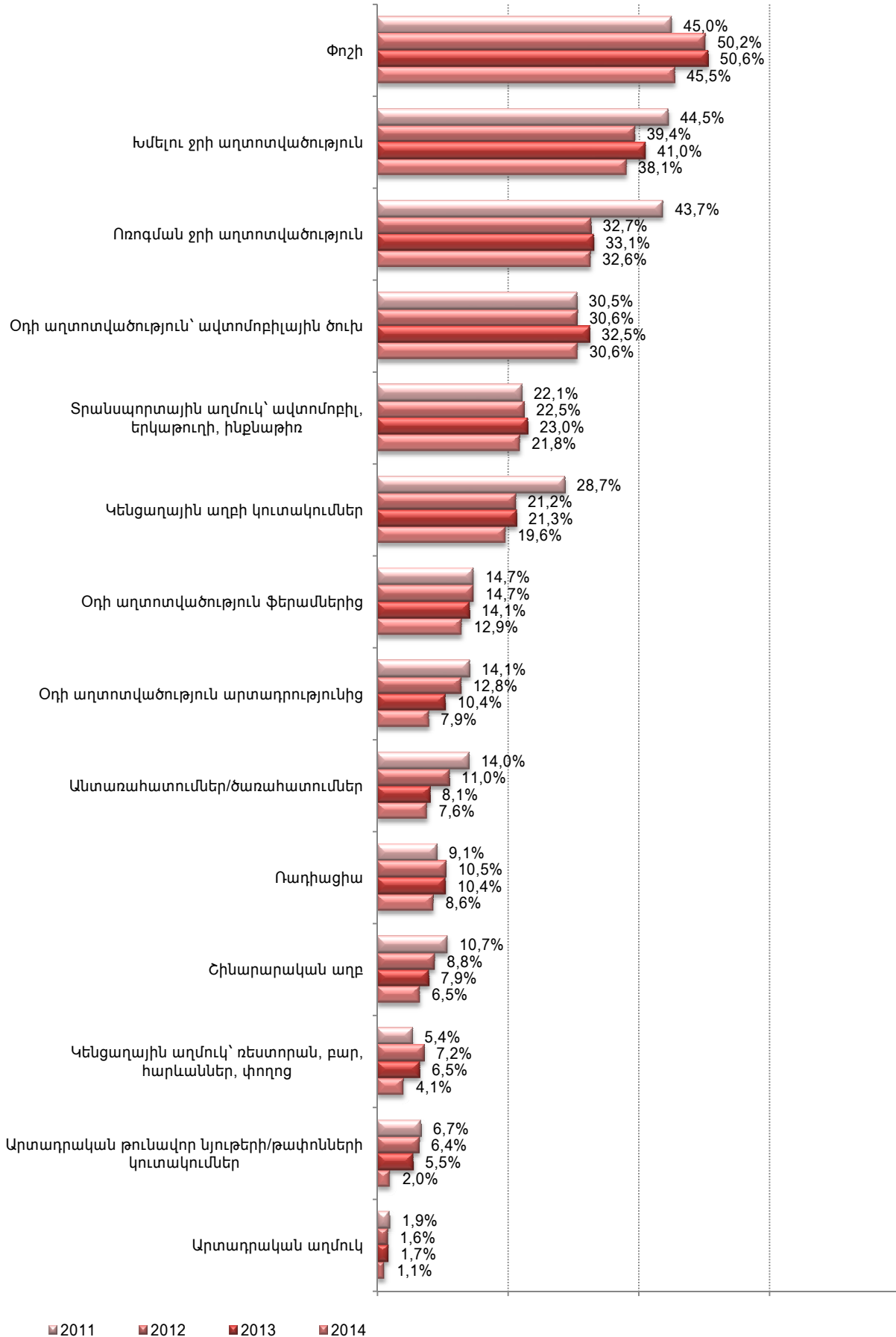
**Գծապատկեր 64. Կենցաղային ոիսկի գործոնների տարածվածությունը, Երևան, 2011-2014**



**Գծապատկեր 65. Կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը, մարզային քաղաքներ, 2011-2014**

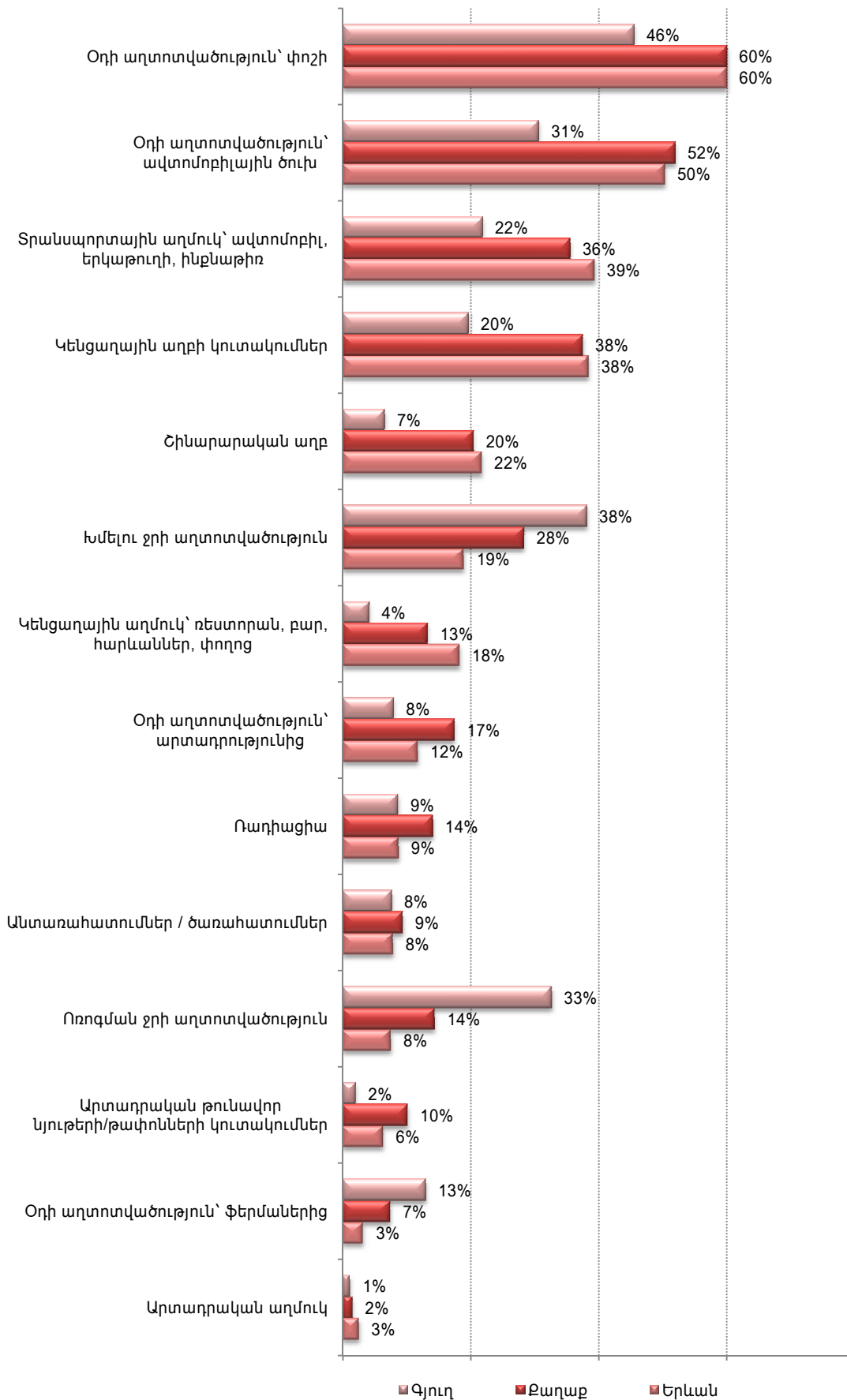


Գծապատկեր 66. Կենցաղային ոիսկի գործոնների տարածվածությունը, գյուղեր, 2011-2014





**Գծապատկեր 67. Կենցաղային ոիսկի գործոնների տարածվածությունն ըստ բնակավայրի տիպերի, 2014**



Ներկայացված գծապատկերներից բխող եզրակացությունները թվարկված են ստորև.

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

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

Մասնավորապես՝

- **Երևանում 2012-2014թթ.** առկա են եղել հետևյալ միտումները՝
  - ✓ Փոշու ավելացում,
  - ✓ Կենցաղային աղբի կուտակումների աճ
  - ✓ Կենցաղային աղմուկի կտրուկ աճ
  - ✓ Խմելու ջրի աղտոտվածության աճ:
- **Քաղաքներում 2011-2014թթ.** առկա են եղել հետևյալ միտումները՝
  - ✓ Ավելացել է փոշին
  - ✓ ավտոմոբիլային ծուխը,
  - ✓ կենցաղային աղբի կուտակումները
  - ✓ ոռոգման ջրի աղտոտվածությունը
  - ✓ շինարարական աղբը
  - ✓ օդի աղտոտվածությունը արտադրությունից
  - ✓ արտադրական աղբի կուտակումները:
- **Գյուղերում 2011-2014թթ.** առկա են եղել հետևյալ միտումները՝
  - ✓ արտադրությունից օդի աղտոտման նվազման միտում,
  - ✓ շինարարական աղբի կուտակումների նվազում
  - ✓ կենցաղային աղմուկի նվազում
  - ✓ արտադրական թունավոր նյութերի նվազում:
- **Բնակավայրի տարբեր տիպերում 2014թ.-ին,** առկա են կենցաղային ռիսկի գործոնների տարածվածության հետևյալ առանձնահատկությունները.
  - ✓ Գյուղերում ավելի ցածր է օդի աղտոտվածությունը փոշուց
  - ✓ Գյուղերում ավելի ցածր է օդի աղտոտվածությունն ավտոմոբիլային ծխից
  - ✓ Գյուղերում ավելի ցածր է օդի աղտոտվածությունը տրանսպորտային աղմուկից
  - ✓ Գյուղերում ավելի ցածր են կենցաղային դրի կուտակումները
  - ✓ Գյուղերում ավելի ցածր են շինարարական աղբի կուտակումները
  - ✓ Գյուղերում ավելի ցածր է կենցաղային աղմուկի տարածվածությունը
  - ✓ Գյուղերում ավելի բարձր է խմելու ջրի աղտոտվածությունը
  - ✓ Գյուղերում ավելի բարձր է ոռոգման ջրի աղտոտվածությունը
  - ✓ Գյուղերում ավելի բարձր է աղտոտվածությունը անասնապահական ֆերմաներից

## Թափառող կենդանիներ

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

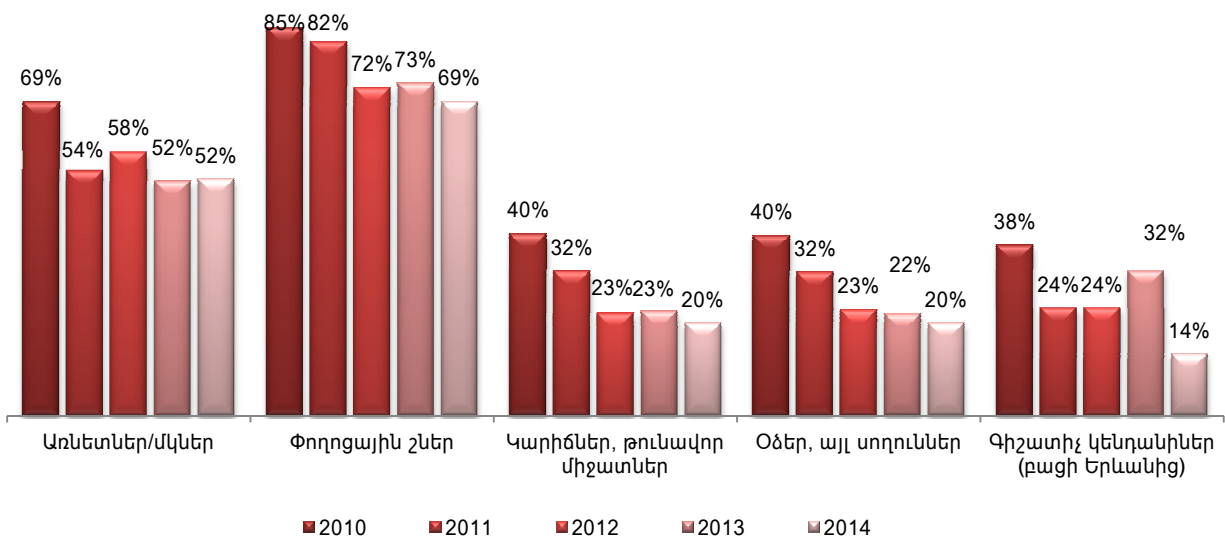
Այդ կենդանիների առկայությունը գնահատվել է հետևյալ հարցի միջոցով. «*Ասացե՛ք, խնդրեմ, հետևյալ վտանգավոր կենդանիներից/միջատներից որո՞նք են առկա Ձեր բնակարանի/տան շրջակայքում*»:

Դիտարկվել են հետևյալ կենդանիները՝

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

Նշված ռիսկի գործոնների տարածվածությունը Հայաստանում 2010-2014թթ. ներկայացված է Գծապատկեր 68-ում:

Գծապատկեր 68. Թափառող կենդանիների տարածվածությունը, Հայաստան, 2010-2014



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

- Հայաստանում բոլոր նշված թափառող կենդանիները էական խնդիրներ են:

Հատկապես տարածված են՝

- փողոցային թափառող շները, որոնց առկայության մասին՝ իրենց տան կամ շենքի շրջակայքում, հաղորդել են հարցվածների համարյա երեք քառորդը՝ 69%-ը
- առնետներն ու մկները, որոնց առկայության մասին հաղորդել է յուրաքանչյուր երկրորդը հարցվածների՝ 52%-ը:

Գծապատկերի ընդհանուր պատկերը և տվյալները վկայում են, որ՝

- եթե 2010-2012թթ. Հայաստանում դիտվել է թափառող կենդանիների, սողունների, կրծողների և թունավոր միջատների քանակի կրճատման միտում, ապա 2013թ.-ից այդ միտումը դադարել է,
- 2014թ.-ին՝ 2013թ.-ի համեմատ, գյուղական տան շրջակայքում հանդիպող գիշատիչ կենդանիների քանակը նվազել է:

Թափառող կենդանիների, թունավոր սողունների ու միջատների և կրծողների տարածվածությունն ըստ բնակավայրերի տիպերի, տրված է Գծապատկերներ 69 - 71 -ում:

Ըստ այդ տվյալների, Երևանում՝

- 2012-2014թթ. ընթացքում էական փոփոխություններ չեն գրանցվել

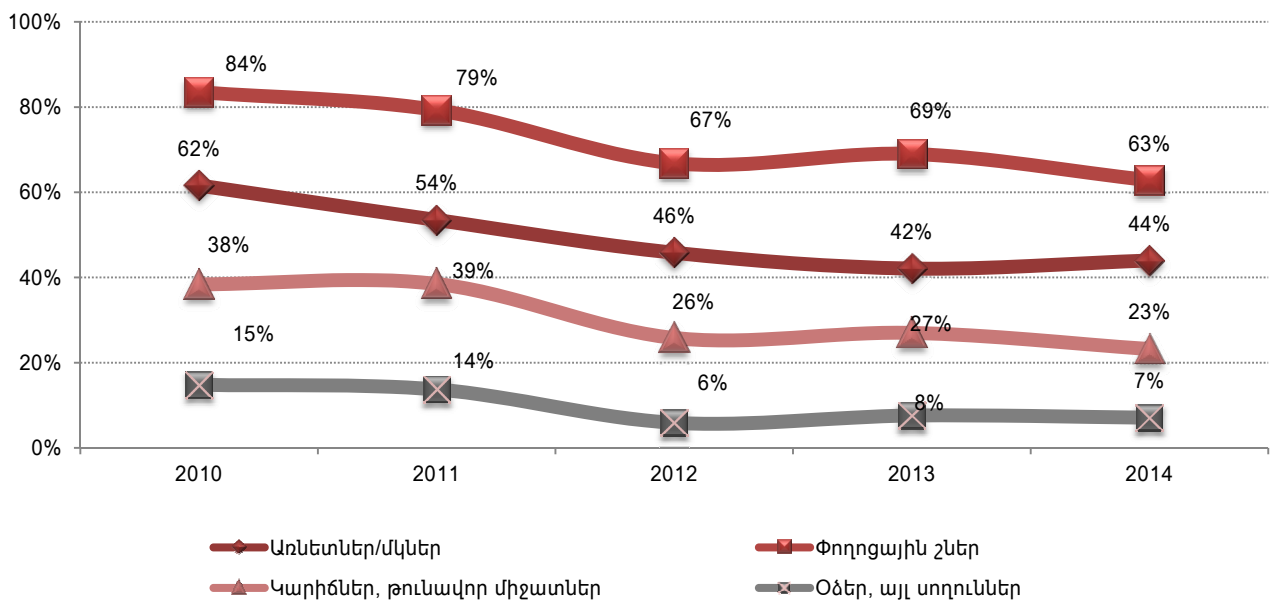
Քաղաքներում՝

- Քաղաքներում 2010-2014թթ. ընթացքում նկատվել է օձերի և այլ սողունների, ինչպես նաև կարիճների և թունավոր միջատների առկայության մասին հայտնաձև անձանց քանակի նվազում:

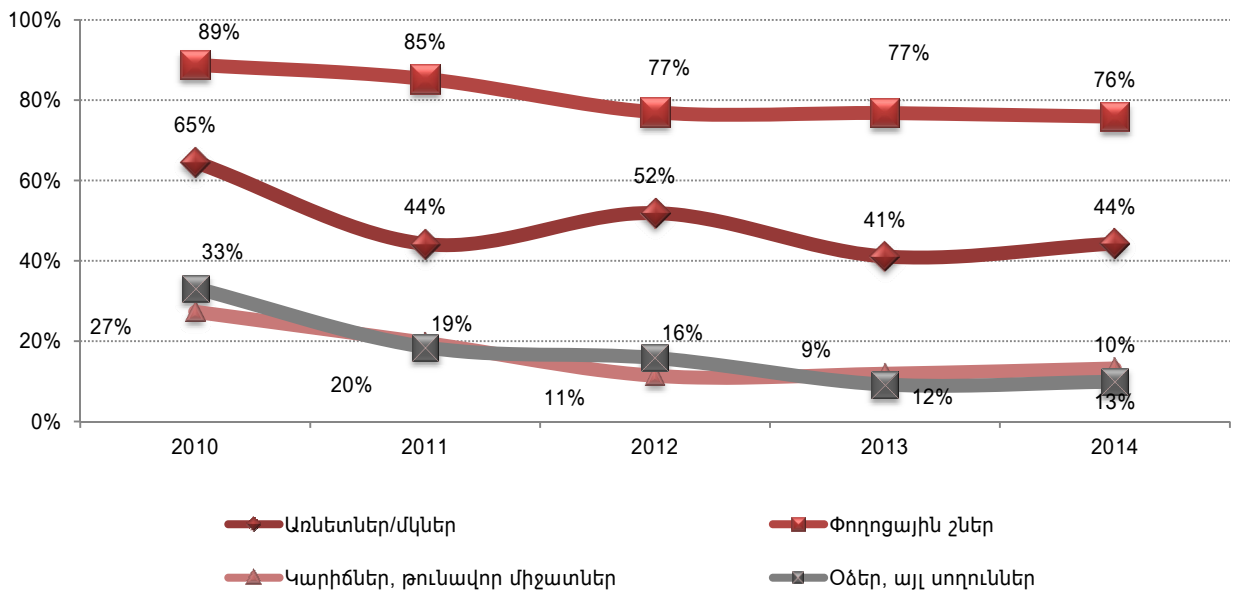
Գյուղերում՝

- 2010-2014թթ. ընթացքում նկատվել է օձերի ու սողունների առկայության մասին հաղորդած անձանց նվազում:
- Նվազել է նաև կարիճների և թունավոր միջատների մասին հաղորդած անձանց քանակը
- 2013-2014թթ ընթացքում մի փոքր նվազել է առնետների մասին հայտնաձև անձանց քանակը:

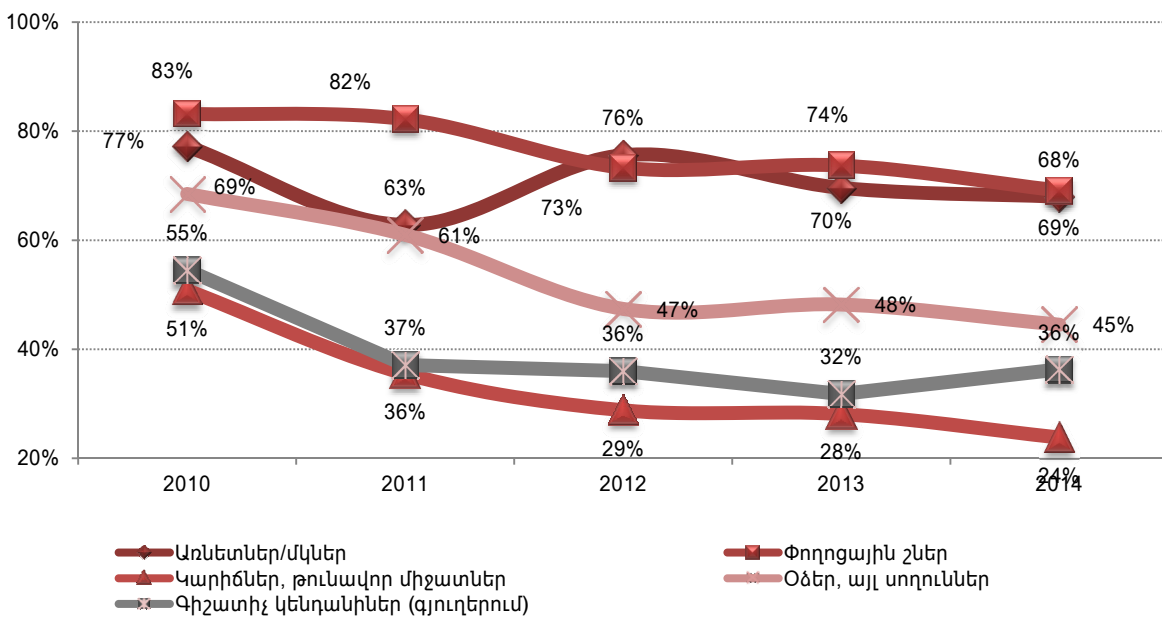
Գծապատկեր 69. Թափառող կենդանիների առկայությունը Երևանում, 2010-2014



Գծապատկեր 70. Թափառող կենդանիների առկայությունը քաղաքներում, 2010-2014



Գծապատկեր 71. Թափառող կենդանիների առկայությունը գյուղերում, 2010-2014



**ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ**

**Հավելված 1. Մոնիթորինգի և գնահատման ինդիկատորների առկայությունն առողջապահական բաղադրիչ ունեցող պետական գործող և մշակվող ծրագրերում և ռազմավարություններում**

Առողջապահության նախարարության առողջապահական ծրագրեր և ռազմավարություններ	Իրականացման ժամկետ	Մոնիթորինգային ինդիկատորների առկայությունը
<b>ՀՀ սոցիալ-տնտեսական գործունեության ծրագրեր</b>		
• ՀՀ Կառավարության գործունեության միջոցառումների ծրագիր	2015	Այո
• Հայաստանի Հանրապետության հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիր	2014-2025	Այո
• Զարգացման աջակցության ծրագիր. Հայաստան-Միացյալ ազգերի կազմակերպություն	2016-2020	Այո
• ՀՀ պետական միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր	2016-2018	Այո
• «Հայաստանի Հանրապետության ազգային անվտանգության ապահովմանն ուղղված՝ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության գործունեության ծրագիր	2010-2015	Այո
<b>Առողջապահական ծրագրեր</b>		
• Մոր և մանկան առողջության պահպանման ռազմավարություն	2003-2015	Այո
• Վերարտադրողական առողջության բարելավման ազգային ծրագիր	2007-2015	Այո
• Երեխաների սնուցման բարելավման հայեցակարգ	2015-2020	Այո
• Երեխաների և դեռահասների առողջության ու զարգացման ազգային ռազմավարություն և վերջինիս ներդրման գործողությունների ծրագիր	2015-2020	Այո
• Երեխաների հիվանդանոցային բուժօգնության բարելավման ռազմավարություն	2013-2015	Այո
• Իմունոկանխարգելման ազգային ծրագիր	2010-2015	Այո
• Առողջ ապրելակերպի խթանման ռազմավարական ծրագիր և ծրագրի իրականացումն ապահովող գործողությունների պլան	2015-2020	Այո
• Առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի ռազմավարական ծրագիր	2016-2020	Այո
• Առավել բարձր մահացություն բերող երեք հիվանդությունների՝ արյան շրջանառության համակարգի /սրտանոթային հիվանդությունների/, չարորակ նորագոյացությունների և շաքարային դիաբետի ազգային ռազմավարական ծրագրեր	2011-2015	Այո
• ՀՀ-ում ծխելու դեմ պայքարի 2010-2015թթ. պետական ծրագիրը	2010-2015	Այո
• Արյան եվ արյան բաղադրամասերի դոնորության եվ փոխներարկումային բժշկական օգնության. ազգային ծրագիրը	2012-2017	Այո
• ՀՀ-ում հոգեկան առողջության պահպանման և բարելավման ռազմավարություն	2014-2019	Այո
• Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի և սոցիալական սպասարկման այլընտրանքային ծառայությունների տրամադրման հայեցակարգ	2013-2017	Այո
• Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի և սոցիալական սպասարկման այլընտրանքային ծառայությունների տրամադրման հայեցակարգի իրականացման միջոցառումների ծրագիր	2013-2017	Այո
• ՀՀ-ում մարդկանց շահագործման (թրաֆիքինգի) դեմ պայքարի կազմակերպման ազգային ծրագիր	2013-2015	Այո
• ՀՀ-ում Վարակիչ հիվանդություններ փոխանցողների դեմ պայքարի ազգային ծրագիր	2014-2018	Այո
• ՀՀ-ում տուբերկուլյոզի դեմ պայքարի ազգային ծրագիր	2007-2015	Այո
• ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ին հակազդման ազգային ծրագիր	2013-2016	Այո
• ՀՀ-ում մալարիայի ներբերումը և արմատավորումը կանխարգելելու պետական ծրագիր	2011-2015	Այո
• Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման հայեցակարգ		Այո
• Առողջապահության ոլորտի պետական վերահսկողության և դեղորայքային քաղաքականության հիմնախնդիրների լուծման ծրագիր	2012-2015	Այո

• ԱԱՊ-ի ոլորտի զարգացման հայեցակարգ	2012-2015	Այո
• Հայաստանի Հանրապետության շրջակա միջավայրի հիգիենայի բնագավառում գործողությունների ազգային ծրագիր	2002-2015	Այո
• «Առողջապահության ֆինանսավորում և Առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) զարգացում» ծրագիր		Այո
• «Հիվանդությունների կանխարգելում և վերահսկում» վարկային ծրագիր	2013-2019	Այո

## Իրավական շրջանակ

Հավելված 2. Առողջապահության ոլորտի իրավական կարգավորումն ընդգրկում է բավականին մեծաքանակ իրավական ակտեր:

Օրենքներ	Ընունման տարեթիվ
• ՀՀ Սահմանադրություն (Փոփոխություններով)	05.07.1995 Փոփ՝ 27.11.2005
• ՀՀ օրենքը «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին»	04.03.1996
• ՀՀ օրենքը «Արտակարգ իրավիճակներում բնակչության պաշտպանության մասին»	02.12.1998
• ՀՀ օրենքը «ՀՀ բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման մասին»	16.11.1992
• ՀՀ օրենքը «Երեխայի իրավունքների մասին»	29.05.1996
• ՀՀ օրենքը «Մարդու վերականգնողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին»	11.12.2002
• ՀՀ օրենքը «Մարդու իմանային անբավարարության վիրուսից առաջացած հիվանդության կանխարգելման մասին»	03.02.1997
• ՀՀ օրենքը «Մարդու օրգաններ և հյուսվածքներ փոխպատվաստելու մասին»	16.04.2002
• ՀՀ օրենքը «Մարդու արյան և դրա բաղադրամասերի դոնորության և փոխներարկումային բժշկական օգնության մասին»	15.11.2011
• ՀՀ օրենքը «Հոգեբուժական օգնության մասին»	25.05.2004
• ՀՀ օրենքը «Դեղերի մասին»	27.10.1998
• ՀՀ օրենքը «Թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութերի մասին»	26.12.2002
• ՀՀ օրենքը «Սոցիալական աջակցության մասին»	17.12.2014
• ՀՀ օրենքը «ՀՀ-ում հաշմանդամների սոցիալական պաշտպանության մասին»	14.04.1993
• ՀՀ օրենքը «Լիցենզավորման մասին»	30.05.2001
• ՀՀ օրենքը «Գնումների մասին»	22.12.2010
• ՀՀ օրենքը «Տեսչական մարմինների մասին»	17.12.2014
• ՀՀ օրենքը «Գովազդի մասին»	30.04.1996
• ՀՀ օրենքը «Գովազդի մասին օրենքում լրացում կատարելու մասին»	28.03.1999
• ՀՀ օրենքը «Սննդամթերքի անվտանգության մասին»	27.10.2006
• ՀՀ օրենքը «Երեխաներին կրծքով սնուցման խրախուսման և մանկական սննդի շրջանառության մասին»	20.11.2014
• ՀՀ օրենքը «Կերի մասին»	21.06.2014
• ՀՀ օրենքը «Պարենային անվտանգության ապահովման մասին»	07.05.2002
• ՀՀ Ջրային օրենսգիրք	04.06.2002

ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ  
ՀՀ Երևան 010, Կառավարական տուն N3

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



