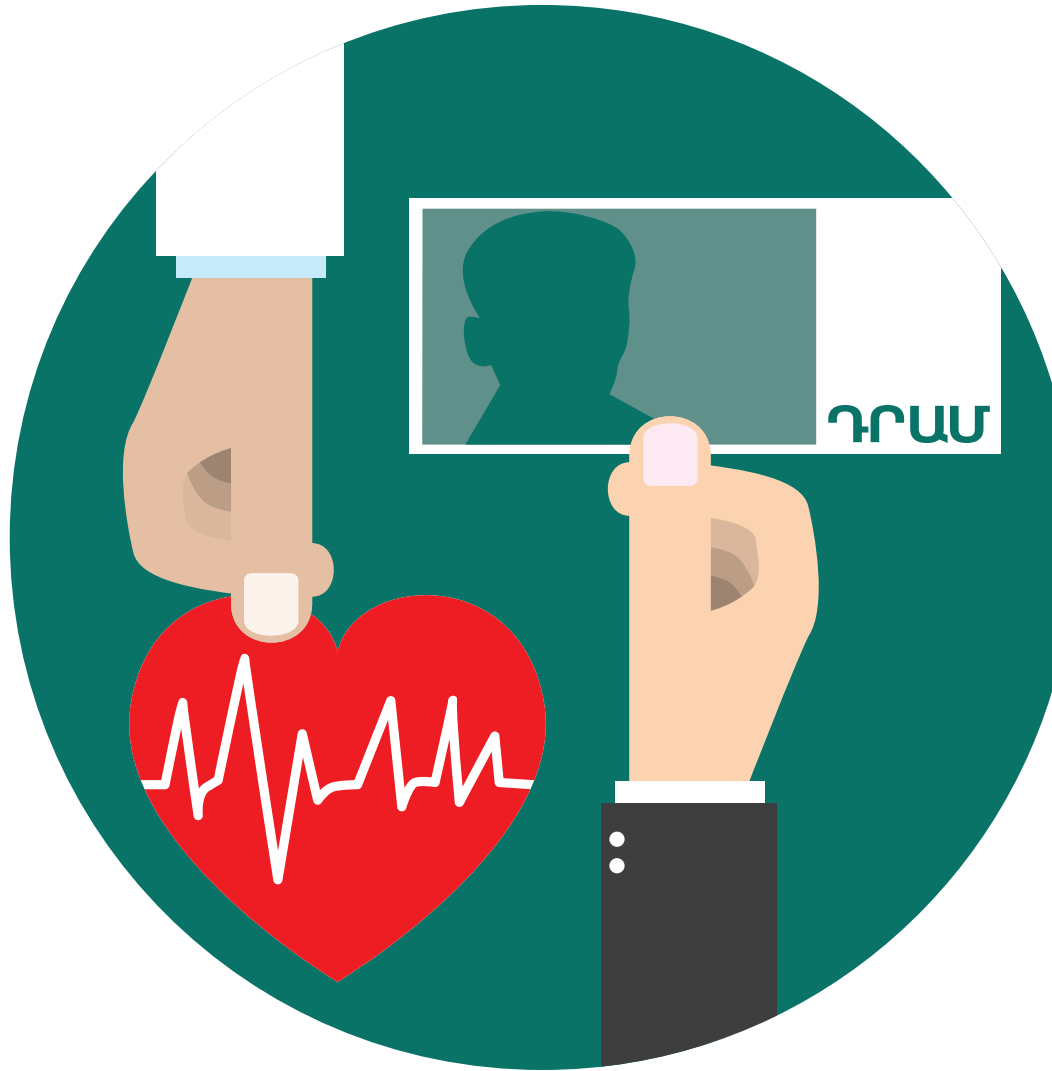




Empowered lives.  
Resilient nations.



Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելումը  
և հսկողությունը Հայաստանում

Ներդրումները հիմնավորող փաստարկներ



# Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելումը և հսկողությունը Հայաստանում

## Ներդրումները հիմնավորող փաստարկներ

Զիլ Ֆարինգթոն  
Աննա Կոնցևայա  
Դենիս Ֆեդիան  
Դենիել Գրաֆթոն  
Հենրիկ Խաչատրյան  
Ամելի Շմիդթ  
Չիարա Ռինալդի  
Ալեքսեյ Կուլիկով



Empowered lives.  
Resilient nations.



# ՍԵՂՄԱԳԻՐ

Ոչ վարակիչ հիվանդությունները (ՈՎՀ), մասնավորապես սրտանոթային համակարգի հիվանդությունները, քաղցկեղը, շաքարային դիաբետը և շնչառական քրոնիկ հիվանդությունները, Նաև դրանց ռիսկի գործոնները հանդիսանում են երկրի զարգացման և հանրային առողջության հարաճուն խնդիրներից մեկը: Սույն զեկույցում ներկայացված են երեք վերլուծությունների վրա հիմնված փաստեր՝ ՈՎՀ-ի ազդեցությունը տնտեսական արդյունքների նվազեցման վրա, ինչպես նաև այդ խնդրի լուծմանն ուղղված ներդրումային միջոցառումների հնարավոր տարբերակները: Տնտեսական վստահ վերլուծությունը վկայում է, որ ՈՎՀ-ով պայմանավորված տնտեսական ծախսերը (թե՛ ուղղակի և թե՛ անուղղակի) կազմում են 362.7 մլրդ ՀՀ դրամ, որը հավասար է 2017թ-ին հանրապետության համախառն ներքին արդյունքի 6.5%-ին: Միջոցառումների իրականացման համար պահանջվող ծախսերի հաշվարկը թույլ է տվել գնահատել կանխարգելման և կլինիկական միջամտությունների նպատակով քաղաքական միջոցառումների համար անհրաժեշտ ֆինանսավորման ծավալները: Ծախս-օգուտ վերլուծության համատեքստում համեմատվել են բնակչության առողջության պահպանմանն ուղղված երեք տիպի միջոցառումների ծախսեր, ինչպես նաև վերլուծվել է, թե որ քաղաքականության փաթեթները կապահովեն ներդրումների դիմաց առավելագույն օգուտը: Օրինակ հակաժխտության քաղաքականության փաթեթը 15 տարվա ընթացքում ապահովում է 1 դրամի դիմաց ավելի քան 14.5 դրամի վերադարձ, կերակրի աղի քանակության նվազեցման փաթեթը՝ ներդրված 1 դրամ դիմաց՝ ավելի քան 14.2 դրամի վերադարձ:

## ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՀՍԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՈՉ ՎԱՐԱԿԻՉ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ – ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ ԵՎ ՀՍԿՈՐՈՒԹՅՈՒՆ  
ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ – ՏՆՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆ, ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ ԵՎ ՀՍԿՈՐՈՒԹՅՈՒՆ  
ԱՌՈՂՋԱՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՏՈՒՑՈՒՄ  
ԱՌՈՂՋԱՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՖԻՆԱՆՍԱԿՈՐՈՒՄ  
ԱՌՈՂՋԱՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԵՐԻ ԾՐԱԳԵՐ  
ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆ

ԱՀԿ ԵՏԳ-ի կողմից հրապարակված նյութերի մասին հարցումները կարող եք ուղարկել հետևյալ հասցեով՝

Տպագիր նյութեր  
ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Կամ ներկայացնել առցանց դիմում տարածաշրջանային գրասենյակի կայքում՝ փաստաթղթերի, առողջապահության վերաբերյալ տեղեկությունների կամ մեջբերումներ/թարգմանություն կատարելու թույլտվության համար (<http://www.euro.who.int/pubrequest>)

## © Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն 2019

Բոլոր իրավունքները պաշտպանված են: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակը ողջունում է իր հրապարակած նյութերի՝ մասամբ կամ ամբողջությամբ վերատպման կամ թարգմանության թույլատրության համար դիմումները: Մեր հրապարակումներում տեղ գտած հղումները և նյութերը չեն կարող ընկալվել որպես որևէ երկրի, տարածքի, քաղաքի կամ տարածաշրջանի, ինչպես նաև դրանց իշխանությունների իրավական կարգավիճակի կամ արտաքին սահմանների վերաբերյալ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կարծիքը: Քարտեզների կետագծերը ներկայացնում են մոտավոր սահմանները, որի վերաբերյալ կարող է դեռևս լիարժեք համաձայնություն ձեռք բերված չլինել: Կոնկրետ ընկերություններին կամ կոնկրետ արտադրողի ապրանքների հղում կատարելը չի ենթադրում, որ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը հավանություն է տալիս կամ առաջարկում է դրանք, կամ էլ թերագնահատում է նմանատիպ այլ ընկերությունները կամ ապրանքները, որոնք հիշատակված չեն: Արտոնագրված ապրանքների անվանումների առաջին տառը գրվում է մեծատառով, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ տեղ են գտել սխալներ կամ բացթողումներ: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը ստանձնել է բոլոր նախագգույնական միջոցները սույն նյութում հրապարակված տեղեկությունները ստուգելու համար: Այդուհանդերձ, նյութը հրապարակվում է առանց որևէ սահմանված կամ ենթադրյալ երաշխիքի: Ընթերցողն ինքն է կրում նյութի մեկնաբանության կամ օգտագործման պատասխանատվությունը: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը պատասխանատվություն չի կրում նյութի օգտագործման արդյունքում հասցված վնասի համար: Հեղինակների, խմբագիրների կամ փորձագիտական խմբերի կողմից արտահայտված տեսակետները պարտադիր չէ, որ ներկայացնեն Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության որոշումները կամ վարած քաղաքականությունը:

# Բովանդակություն

Ճնորհակալական խոսք.....	iv
Հապավումներ .....	v
<b>1. Ներածություն.....</b>	<b>1</b>
Տնտեսական վերլուծության՝ ներդրումները հիմնավորող բաղադրիչի նպատակը.....	2
<b>2. Իրավիճակի վերլուծություն. ՈՎՀ և ռիսկի գործոններ .....</b>	<b>3</b>
Ծխախոտի օգտագործում .....	4
Ալկոհոլի օգտագործման վնասակարությունը .....	5
Ֆիզիկական թերակտիվություն.....	6
Կերակրի աղի օգտագործում.....	6
Մետաբոլիկ ռիսկի գործոններ .....	7
<b>3. ՈՎՀ-ի բեռի կրճատմանն ուղղված քաղաքականություններ և բուժման մեթոդներ .....</b>	<b>8</b>
Ծխախոտ .....	9
Ալկոհոլ .....	12
Ֆիզիկական թերակտիվություն.....	14
Կերակրի աղի, տրանսճարպերի և շաքարի չարաչափում.....	16
Սրտանոթային հիվանդությունների և շաքարային դիաբետի բուժմանն ուղղված կլինիկական միջամտություններ .....	19
Ամփոփում.....	22
<b>4. Մեթոդաբանություն .....</b>	<b>24</b>
ՈՎՀ-ի տնտեսական բեռի/վնասի հաշվարկ .....	24
Քաղաքականության և կլինիկական միջամտությունների իրականացման հետ կապված ծախսերի հաշվարկը .....	26
Ներդրումների շահութաբերություն .....	26
Ինստիտուցիոնալ և բովանդակային վերլուծություն.....	27
<b>5. Արդյունքներ .....</b>	<b>28</b>
Տարեկան տնտեսական բեռ.....	28
Միջամտությունների իրականացման համար պահանջվող ծախսերի հաշվարկը .....	32
Առողջության ցուցանիշների բարելավում.....	33
Տնտեսական ազդեցություն.....	33
Ներդրումների շահութաբերություն .....	34
<b>6. Եզրակացություն.....</b>	<b>36</b>
<b>Օգտագործված գրականության ցանկ.....</b>	<b>40</b>
<b>Հավելված 1. ՈՎՀ-ի բեռը հաշվարկելու համար օգտագործված տվյալներ .....</b>	<b>44</b>

# Շնորհակալական խոսք

Հեղինակները շնորհակալություն են հայտնում ՀՀ առողջապահության նախարարությանը և ազգային թիմին տվյալների հավաքագրման և վերլուծության ընթացքում ցուցաբերած օժանդակության համար, ինչպես նաև շահագրգիռ կառույցներին, որոնք մասնակցեցին հարցազրույցներին և փորձագետների այցի ընթացքում ներկայացրին իրենց կարծիքներն ու տեսակետները:

Տնտեսական վերլուծությունն իրականացվել է ԱՀԿ խորհրդատու և Մոսկվայի Կանխարգելիչ բժշկության ազգային գիտահետազոտական կենտրոնի աշխատակից Աննա Կոնցևայայի կողմից՝ ԱՀԿ խորհրդատու և Ռուսաստանի Դաշնության առողջապահության նախարարության Առողջապահական ծառայությունների որակի գնահատման և հսկողության կենտրոնի աշխատակից Դենիս Ֆեդյակի հետ համատեղ: Սույն զեկույցը կազմվել է ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակի ներկայացուցիչներ Ջիլ Ֆարինգթոնի, Չիարա Ռինալդիի և Ամելի Շմիդթի մասնակցությամբ: Իրենց ներդրումն են ունեցել նաև ՄԱԿ-ի Զարգացման ծրագրից՝ Դենիել Գրաֆթոնը, ԱՀԿ կենտրոնական գրասենյակի աշխատակից, ՄԱԿ-ի Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և հսկողության հարցերով միջգերատեսչական աշխատանքային խմբի անդամ Ալեքսեյ Կուլիկովը, ինչպես նաև ԱՀԿ հայաստանյան գրասենյակի աշխատակից Հենրիկ Խաչատրյանը:

Իրենց մեկնաբանություններն են ներկայացրել ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակի մասնագետներ Դեյվիդ Թորոքափը և Քրիստինա Մաուեր-Շտեյնդերը, Կարինա Խորխե Դոս Սանտոսը, Ֆերերա Բորգես Բիգոտը, Ջո Ջեյմսը և Ջոնո Ռոդրիգես դա Սիլվա Բրեդաոֆը: Ձեկույցի կազմման աշխատանքներին մասնակցել են նաև ԱՀԿ կենտրոնական գրասենյակից՝ Մելանի Բերտրամը, ՄԱԿ-ի զարգացման ծրագրից՝ Դադլի Թարլթոնը և Դագ Վեբը: Դիտարկվել են նաև Բելառուսում, Դոդախում, Դազախստանում, Մոնղոլիայում, Թուրքիայում, Ուզբեկստանում և Վիետնամում ՈՎՀ-ի դեմ պայքարի միջոցառումների ֆինանսավորումը հիմնավորելու նպատակով կիրառված մոտեցումների առանձին բաղադրիչներ:

Հեղինակներն իրենց երախտիքի խոսքն են ուղղում նաև ԱՀԿ հայաստանյան գրասենյակին և ՀՀ առողջապահության նախարարությանը ԱՀԿ փորձագետների այցի կազմակերպման համար, ինչպես նաև ազգային կառույցներին սույն զեկույցը հիմնավորող և համալրող նյութեր տրամադրելու համար: Հեղինակները հատուկ շնորհակալություն են հայտնում ՀՀ առողջապահության նախարարության Առողջապահության ազգային ինստիտուտի տնօրենի տեղակալ, առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական ազգային կենտրոնի ղեկավար Դիանա Անդրեասյանին տվյալների հավաքագրման գործում օժանդակելու համար:

Շնորհակալություն ենք հայտնում նաև Դեյվիդ Բրեյերին զեկույցի տեքստը խմբագրելու համար, Լարս Մոլերին՝ տեքստի մակետը կազմելու և շարվածքի համար, ինչպես նաև Անիտա Ստրանսբերգին և Հիսուս Կասթրո Իսքուերդոյին՝ բարձրակ տպագրություն ապահովելու համար:

Գնահատումը կատարվել է ԱՀԿ հայաստանյան գրասենյակի ներկայացուցիչ Եգոր Չայցևի, ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանում Ոչ վարակիչ հիվանդությունների և կյանքի ընթացքում առողջության պահպանման վարչության նախկին ղեկավար Գաուդեն Գալեայի և ներկա ղեկավար Բենտե Միքելսենի, ինչպես նաև ՄԱԿ-ի Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և հսկողության հարցերով միջգերատեսչական աշխատանքային խմբի քարտուղարության ղեկավար Նիք Բանատվալայի ընդհանուր ղեկավարմամբ:

ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակը և ԱՀԿ հայաստանյան գրասենյակը համակարգել են սույն զեկույցի նախապատրաստումը ՀՀ առողջապահության նախարարության և ԱՀԿ-ի միջև կնքված 2018–2019թթ երկամյա համագործակցության համաձայնագրի շրջանակներում: Ձեկույցը համաֆինանսավորվել է Ռուսաստանի Դաշնության առողջապահության նախարարության կամավոր ֆինանսավորման շրջանակներում:

# Հապավումներ

ԱՀՄ	Ազգային համակարգման մեխանիզմ
ԱՀԳԳ ԾՊՇԿ	Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում
ԱԱԻ	Առողջապահության ազգային ինստիտուտ
ԴԵԱԿ	Դպրոցահասակ երեխաների առողջության վարքագծի հետազոտություն
ԾԳՀԽ	«Ծխախոտի դեմ պայքարի մասին» շրջանակային կոնվենցիա ծխախոտային արտադրանքի գովազդ, հովանավորում և խրախուսում
ՀՆԱ	համախառն ներքին արդյունք
ՀԿ	հասարակական կազմակերպություն
ՍԱՀ	սրտանոթային համակարգի հիվանդություններ
ՍԻՀ	սրտի իշեմիկ հիվանդություն
ՄԱԿ ԶԾ	ՄԱԿ-ի զարգացման ծրագիր/UNDP
ՄԶԳ	մարմնի զանգվածի գործակից
ՆՇ	ներդրումների շահութաբերություն
ՌԿՀ	ոչ վարակիչ հիվանդություններ
DALY	հաշմանդամությամբ ուղեկցվող կյանքի տարիներ
MPOWER	ծխախոտի օգտագործման և կանխարգելման միջոցառումների իրականացման մշտադիտարկում, ծխախոտի ծխից մարդկանց պաշտպանություն, ծխելը թողնելու օգնության առաջարկ, ծխելու վնասների մասին մարդկանց նախազգուշացում, ծխախոտի գովազդման, խրախուսման և հովանավորման արգելք, ծխախոտային արտադրանքի ակցիզային հարկի դրույքաչափի բարձրացում [ԱՀԿ փաթեթ]
SHAKE	համաճարակաբանական հսկողություն, խստացնել արտադրությունը, պիտակավորման և գովազդի չափորոշիչների ընդունում, գիտելիքների տարածում, շրջակա միջավայր [ԱՀԿ փաթեթ]
STEPS	Համաճարակաբանական հսկողության STEP մոտեցում [ԱՀԿ փաթեթ]

# ՀԱՅԱՍՏԱՆ

Ոչ վարակիչ հիվանդությունների (ՈՎՀ) կանխարգելմանն ու հսկողությանն ուղղված ներդրումները հիմնավորող փաստարկեր



Տարեկան կորուստ



Աշխատուժի և արտադրողականության անկման հետևանքով առաջացած անուղղակի ծախսեր



Չորս հիմնական ՈՎՀ-ից վաղաժամ մահանալու

**203,8**  
միլիարդ դրամ



15 տարվա կտրվածքով ներդրումների անհրաժեշտություն՝ առանձին «լավագույն գնումների» միջոցառումների փաթեթի համար

միլիարդ դրամ



Հակածխախտային միջոցառումներ



Ալկոհոլի չարաշահման դեմ պայքարի փաթեթ



Կերակրի աղի ջանակության նվազեցման փաթեթ



Ֆիզիկական ակտիվության խթանման փաթեթ

**184,7**



ՍԱՀ և ՇԴ հետ կապված կլինիկական միջամտություններ

**217,6**  
միլիարդ դրամ



15 տարվա կտրվածքով ներդրումների շահույթաբերություն

Ներդրումների շահույթաբերություն

Փրկված կյանքեր

Միլիարդավոր դրամներ՝ ուղղված արտադրողականության բարձրացմանը



**14,5**

**7 000**

**40,4**



**4,1**

**5 000**

**23,0**



**14,3**

**14 000**

**76,9**



**4,4**

**5 000**

**23,5**



**0,3**

**11 000**

**53,6**

# Գործադիր ամփոփում

Հաշվի առնելով Հայաստանում ոչ վարակիչ հիվանդությունների (ՌՎՀ) կանխարգելման և առողջապահության համակարգի բարեփոխումների ահագնացող անհրաժեշտությունը 2017թ-ին ԱՀԿ-ն և ՀՀ առողջապահության նախարարությունը քննարկեցին ՌՎՀ-ի կանխարգելման և պայքարի գործում ներդրումներ կատարելու տնտեսական վերլուծության անհրաժեշտությունը: Այդ նպատակով 2018թ-ի նոյեմբերին ՄԱԿ-ի փորձագետների թիմն այցելեց Հայաստան:

ՌՎՀ-ը, ինչպիսիք են սրտանոթային համակարգի հիվանդությունները (ՍԱՀ), քաղցկեղը, շաքարային դիաբետը և շնչառական քրոնիկ հիվանդությունները, ինչպես նաև դրանց զարգացման ռիսկի գործոնները (ծխախոտի օգտագործումը, ալկոհոլի չարաշահումը, անառողջ սննդակարգը և ֆիզիկական թերակտիվությունը) մարտահրավեր են Հայաստանի զարգացման և հանրային առողջության համար: 2016թ-ին Հայաստանում առավել տարածված չորս հիմնական ՌՎՀ-ից որևէ մեկով պայմանավորված վաղաժամ մահվան (մինչև 70 տարեկան) հավանականությունը կազմել է 22%: ՍԱՀ-ը հանրապետությունում արձանագրվող վաղաժամ մահերի հիմնական պատճառն է: Ընդ որում, տղամարդկանց շրջանում մահվան հավանականությունը (և՛ վաղաժամ, և՛ բոլոր տարիքային խմբերում) երկու անգամ ավելի բարձր է, որը պայմանավորված է անառողջ կենսակերպի վարմամբ:

Ըստ հարցման արդյունքների՝ չափահաս բնակչության 37.8%-ի մոտ առկա է զարկերակային արյան գերճնշում, իսկ 5.7%-ի մոտ բարձր է արյան մեջ գլյուկոզի մակարդակը: Տղամարդկանց 51%-ը ներկայումս ծխում է, իսկ 46%-ը օգտագործում է ալկոհոլային խմիչք: Ընդհանուր առմամբ, տղամարդկանց 11%-ը չարաշահում է ալկոհոլի օգտագործումը: Չափահաս հարցվածների գրեթե կեսը (48%) ունի ավելցուկային քաշ կամ ճարպակալում: Վերջինս ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանում ամենաբարձր ցուցանիշներից է: Բարձր է նաև բնակչության շրջանում կերակրի աղի չարաշահման ցուցանիշը: 18-69 տարեկանների շրջանում յուրաքանչյուր երրորդի (36%) մոտ առկա է ՌՎՀ-ի զարգացմանը նպաստող 3-5 ռիսկի գործոն, իսկ 40-69 տարեկանների շրջանում յուրաքանչյուր վեցից մեկի մոտ (16.5%) բարձր է ՍԱՀ-ի կամ հաջորդ տասը տարվա ընթացքում մահվան հավանականությունը:

ՀՀ կառավարությունն ընդունել է ՌՎՀ-ի վերաբերյալ մի շարք քաղաքականություններ, ռազմավարություններ և օրենսդրական ակտեր, այդ թվում՝ «Առավել բարձր մահացության բերող երեք հիվանդության՝ արյան շրջանառության համակարգի (սրտանոթային հիվանդություններ), չարորակ նորագոյացությունների և շաքարային դիաբետի 2012-2018թթ. ազգային ռազմավարական ծրագրերը և միջոցառումների ցանկը», «Առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների (ՌՎՀ) դեմ պայքարի 2016-2020թթ. ռազմավարական ծրագիրը և միջոցառումների ցանկը», «Առողջ ապրելակերպի խթանման ռազմավարական ծրագրերը», «Ծխելու դեմ պայքարի ռազմավարությունը և 2017-2020թթ. միջոցառումների ծրագիրը» և ՄԱԿ-ի Զարգացման աջակցության ծրագրով նույնպես նախատեսված է ՌՎՀ-ի կանխարգելմանն ու հսկողությանն ուղղված նպատակ: Ներկա ՌՎՀ-ի միջոցառումների ուսումնասիրությունը թե՛ ընդհանուր քաղաքականության իրականացման և թե՛ անհատական մակարդակում ցուցաբերվող բուժառայությունների առումով թույլ տվեց վեր հանել ԱՀԿ-ի կողմից առաջարկվող ՌՎՀ-ի կանխարգելման և կլինիկական միջամտությունների իրականացման ծախսարդյունավետության թերությունները: Ուսումնասիրության արդյունքում առանձնացվել են այն հարցերը, որոնք հատկապես խստացման և ավելի լայնամասշտաբ ընդգրկման կարիք ունեն այդ միջամտությունների 100% ընդգրկվածություն ապահովելու համար:

ՌՎՀ-ով պայմանավորված հիվանդացությունը, հաշմանդամությունը և վաղաժամ մահացությունը խոչընդոտում են երկրի սոցիալ-տնտեսական զարգացումը: Ինչպես աշխարհի այլ երկրներում, Հայաստանում ևս ՌՎՀ-ը ավելացնում են առողջապահական ծախսերը, սոցիալական նպաստների և օգնության կարիքները և նվազեցնում են աշխատունակությունը: Սույն զեկույցում ներկայացված են փաստեր, որոնք ապացուցում են, որ ՌՎՀ-ը կրճատում են արտադրության ծավալները, զեկույցում նաև առաջարկվում են խնդրի լուծմանն ուղղված ներդրումային միջոցառումների հնարավոր տարբերակներ, այդ թվում՝ ներդրումների համապատասխան շահութաբերության գնահատումը: Իրականացվել են ստորև ներկայացված երեք վերլուծությունները:



- Տնտեսական բեռի վերլուծությունը ցույց է տալիս ՌՎՀ-ի պատճառով տնտեսությանը հասցվող վնասի ծավալները՝ գնահատելով դրանց ուղղակի և անուղղակի ծախսերը: Ուղղակի ծախսերից են սրտանոթային հիվանդությունների, շաքարային դիաբետի, քաղցկեղի և շնչառական քրոնիկ հիվանդությունների բուժման հետ կապված պետական առողջապահական ծախսերը: Անուղղակի ծախսերը ներառում են հաշմանդամության նպաստները, ժամանակավոր անաշխատունակության հետ կապված վնասները, աշխատավայրում ցածր արտադրողականությամբ աշխատելու/ձևական ներկայության/ հետևանքով կրած վնասները, ինչպես նաև աշխատունակ տարիքի անձանց վաղաժամ մահվան հետևանքով առաջացած տնտեսական վնասները:

**Հիմնական արդյունքներ.** ՌՎՀ-ի բուժման պետական ծախսերը (55.6 մլրդ դրամ) ընդամենը այսբերգի գազաթն են: Կորցրած աշխատունակության արդյունքում առաջացած անուղղակի լրացուցիչ ծախսերը ավելի քան չորս անգամ գերազանցում են՝ կազմելով 294.9 մլրդ դրամ: ՀՀ տնտեսության վնասն այս պահի դրությամբ տարեկան կազմում է 362.7 մլրդ դրամ, որը համարժեք է 2017թ-ին երկրի տարեկան համախառն ներքին արդյունքի 6.5%-ին:

- Միջամտությունների իրականացման ծախսերի հաշվարկի միջոցով գնահատվել են ՌՎՀ-ի կանխարգելման համար անհրաժեշտ մի շարք միջոցառումների ֆինանսավորման ծավալները, այդ թվում՝ ծխախոտի օգտագործման, ալկոհոլի վնասակար օգտագործման և կերակրի աղի չարաշահման դեմ պայքարի, մարդկանց ֆիզիկական ակտիվության բարելավմանն ուղղված քաղաքականությունների, ինչպես նաև ՍԱՀ-ի ու դիաբետի բուժման կլինիկական միջամտությունների փաթեթները:

**Հիմնական արդյունքներ.** Ըստ հաշվարկների՝ ծխախոտի օգտագործման, ալկոհոլի և աղի չարաշահման, ինչպես նաև ֆիզիկական ակտիվության բարելավման 2019–2023թթ. ռազմավարական փաթեթների իրականացման համար կպահանջվի համապատասխանաբար 1.36 մլրդ դրամ, 2.71 մլրդ դրամ, 1.80 մլրդ դրամ և 1.78 մլրդ դրամ: Սրտանոթային հիվանդությունների և շաքարային դիաբետի բուժմանն ուղղված միջամտություններն առավել ծախսատար են և պահանջում են 63.6 մլրդ դրամ:

- Ներդրումների շահութաբերության (ՆՇ) վերլուծությունը թույլ տվեց համեմատել մի կողմից միջամտությունների իրականացման համար ենթադրվող ծախսերը, որոնք հաշվարկվել էին ծախսերի վերլուծության արդյունքում, իսկ մյուս կողմից՝ առողջության ցուցանիշների ենթադրվող բարելավումը և իրականացված միջոցառումների տնտեսական արդյունքը հետագա 5 և 15 տարիների կտրվածքով:

**Հիմնական արդյունքներ.** Հակածխախոտային քաղաքականության փաթեթի օգուտ-ծախս հարաբերակցությունը կազմել է 14.51, իսկ աղի չարաշահման քաղաքականության փաթեթինը՝ 14.28՝ հետագա 15 տարվա համար: Ալկոհոլի վնասակար օգտագործման և ֆիզիկական ակտիվության խթանման միջոցառումները նույնպես կապահովեն ներդրումների բարձր փոխհատուցում (յուրաքանչյուր ներդրված 1 դրամի դիմաց՝ համապատասխանաբար 4.14 և 4.40 դրամ՝ հետագա 15 տարվա ընթացքում): Սրտանոթային հիվանդությունների և շաքարային դիաբետի բուժմանն ուղղված ներդրումների շահութաբերությունը անհամեմատ ցածր է՝ 1 դրամի դիմաց 0.29 դրամ՝ հետագա 15 տարվա կտրվածքով:

Բացի ընթացիկ առողջապահական համակարգի և ֆինանսական բարեփոխումներից, կառավարությունը քայլեր է ձեռնարկում ՌՎՀ-ի բեռի կրճատման ուղղությամբ: Դրանցից է՝ «Ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործման բացասական ազդեցության նվազեցման և կանխարգելման մասին» օրինագիծը, որը ներկայացված է կառավարության հաստատմանը: Հարկ է նշել, որ ԱԺ-ի կողմից այս օրինագծի հաստատումը կպաշտպանի հանրապետության բնակչությանը, մասնավորապես երիտասարդներին, առողջության վրա ծխախոտի և երկրորդային ծխի վնասակար ազդեցությունից: Բացի այդ, կառավարությունը բարեփոխում է հարկային օրենսգիրքը և մտադիր է բարձրացնել ալկոհոլային և ծխախոտային արտադրանքի ակցիզային հարկերի դրույքաչափերը, ինչպես նաև շաքարի բարձր պարունակությամբ զովացուցիչ ըմպելիքների ակցիզային հարկը: Դիտարկվում է նաև սննդում օգտագործվող աղի առավելագույն քանակները սահմանող իրավական ակտերի ընդունումը:

Սրանք համարձակ քայլեր են, որոնք ստանձնում է պետությունը՝ ներդրում կատարելով ազգաբնակչության առողջության պահպանման, մարդկային կյանքեր փրկելու, ինչպես նաև տնտեսությունը խթանող արտադրողականության բարելավման գործընթացում: Ջեկույցի եզրափակիչ գլխում ներկայացված են հինգ լրացուցիչ գործողություններ և ներդրումներ, որոնք պետությունը կարող է իրականացնել՝ ամրապնդելու կայուն զարգացմանը միտված ձեռքբերումները: Իրականացման համար պահանջվում է նաև մյուս ոլորտների՝ մասնավորապես ֆինանսների, էկոնոմիկայի, կրթության և գյուղատնտեսության ակտիվ մասնակցությունը, քանի որ ներդրումներից ստացվող օգուտներից շահելու են պետությունն ու հասարակությունը:

## 1. Ներածություն

Հայաստանում գրանցված բոլոր մահերի շուրջ 93%-ը պայմանավորված է ՌՎՀ-ով (ԱՀԿ, 2018b): Ըստ 2016թ-ի տվյալների՝ հանրապետության բնակչության շրջանում առավել տարածված չորս ՌՎՀ-ից (ՍԱՀ, քաղցկեղ, շաքարային դիաբետ, շնչառական քրոնիկ հիվանդություններ) որևէ մեկով պայմանավորված վաղաժամ մահվան (մինչև 70 տարեկանը<sup>1</sup>) հավանականությունը կազմում է 22%: Ընդ որում, մահվան հավանականությունը տղամարդկանց շրջանում (31%) զգալիորեն բարձր է կանանց (15%) համեմատությամբ (ԱՀԿ, 2018b): Մա կարևորում է ՄԱԿ-ի կայուն զարգացման 3.4-ի նպատակի (մինչև 2030թ-ը կրճատել ՌՎՀ-ից վաղաժամ մահացությունը 1/3-ով) իրականացմանն ուղղված հասցեական ջանքերի գործադրման հրատապությունը:

ՌՎՀ-ի ազդեցությունը մարդու առողջության վրա ակնհայտ է, սակայն դա խնդրի միայն մեկ կողմն է: ՌՎՀ-ը հանգեցնում են նաև լուրջ տնտեսական ծախսերի, այդ թվում ուղղակի առողջապահական և բազմաթիվ այլ ծախսեր: Դրանք նվազեցնում են մարդկանց աշխատունակությունը միկրոտնտեսական մակարդակում խաթարելով մարդու լիարժեք մասնակցությունը աշխատանքային գործընթացին և բացասաբար ազդելով մարդու, նրա խնամողների, ինչպես նաև պետության վրա: Մարդու վաղաժամ մահվան դեպքում կորչում է հետագա աշխատանքային տարիներին նրա կողմից ստեղծվելիք արտադրանքի ծավալը: Բացի այդ, որևէ հիվանդությամբ տառապող մարդիկ ավելի հաճախ են ստիպված լինում բացակայել աշխատանքից (ժամանակավոր անաշխատունակություն) կամ աշխատել ավելի ցածր արտադրողականությամբ (աշխատավայրում ձևական ներկայություն<sup>2</sup>): Ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում ՌՎՀ-ով պայմանավորված տնտեսական վնասը 2011-2030թթ. համար գնահատվել է ավելի քան 21 տրիլիոն ԱՄՆ դոլար, որի գրեթե մեկ-երրորդը վերագրվում է սրտանոթային հիվանդություններին (Բլում և ուրիշներ, 2011թ): Առողջության վերականգնմանն ուղղված ծախսերը թե՛ անհատների և թե՛ պետության համար բաց թողնված մեծ հնարավորություններ են<sup>3</sup>, որոնց արդյունքում կրճատվել են կրթության, տրանսպորտային ծրագրերի, մարդկային կամ ֆիզիկական կապիտալի այլ տեսակների զարգացմանն ուղղված ներդրումները, որոնք կարող էին ապահովել երկարաժամկետ արդյունք:

Մարդկային և տնտեսական մեծ ծախսերը մատնանշում են Հայաստանում ՌՎՀ-ի բեռը կրճատելու անհրաժեշտությունը: Ըստ ԱՀԿ-ի՝ ՌՎՀ-ի զարգացման ռիսկը կարելի է նվազեցնել վարքագծի հետևյալ չորս տեսակները (ծխախոտի օգտագործում, ալկոհոլի չարաշահում, անառողջ սննդակարգ և նստակյաց կենսակերպ) փոխելու և մետաբոլիկ ռիսկի գործոնները (արյան բարձր ճնշում, քրոնիկ թերթիկի և գլուկոզի բարձր մակարդակ) նվազեցնելու արդյունքում (ԱՀԿ, 2013): Նկար 1-ում ներկայացված են ՌՎՀ-ի զարգացմանը նպաստող դետերմինանտները և ռիսկի գործոնները, որոնց մեծամասնությունը առողջապահության ոլորտի վերահսկողությունից դուրս է:

<sup>1</sup> Սահմանում. Երեսնամյա մարդկանց տոկոսը, ովքեր կմահանան մինչև յոթանասուն տարեկանը լրանալը սրտանոթային հիվանդություններից, քաղցկեղից, դիաբետից կամ շնչառական քրոնիկ հիվանդությունից, և չեն մահանա որևէ այլ պատճառից (ինչպես, օրինակ, վնասվածքից կամ ՄԻԱՎ-ից), ենթադրելով, որ ներկա մահացության ցուցանիշները կպահպանվեն բոլոր տարիքներում:

<sup>2</sup> Ձևական ներկայությունը սահմանվում է որպես ցածր աշխատունակություն աշխատավայրում:

<sup>3</sup> Կորցրած հնարավորությունների ծախսերը սահմանվում են որպես այլընտրանքային տարբերակներից մեկն ընտրելու արդյունքում կորցրած օգուտ և հրաժարում օգտվելու այլ հնարավորություններից: « Մերժած ընտրանքային տարբերակներից ամենաարժեքավորի օգուտով որոշվում է կորցրած օգուտի մեծությունը (Oxford Dictionary of Economics [առցանց]).

«ՌՎՀ-ի կանխարգելման և հսկողության 2013-2020 գլոբալ ծրագրի» շրջանակում, ԱՀԿ-ը մշակել է քաղաքականության տարբերակների և ծախսարդյունավետ միջամտությունների համալիր, որոնք կնպաստեն անդամ պետությունների կողմից ՌՎՀ-ի բեռի նվազեցմանը (ԱՀԿ, 2013): Այս «լավագույն գնումները» թարմացվել են 2017թ-ին կայացած Առողջապահության համաշխարհային ասամբլեայում (ԱՀԿ, 2017a; 2017c) ներառելով ՌՎՀ-ի վարքագծային և մետաբոլիկ ռիսկի գործոնների նվազեցմանն ուղղված միջոցառումներ, ինչպես նաև այդ հիվանդությունների կանխարգելման և բուժման կլինիկական միջամտություններ: ԱՀԿ վերլուծության (2018c) համաձայն ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում բոլոր 16 միջոցառումների փաթեթի իրականացման համար ներդրված յուրաքանչյուր 1 ԱՄՆ դոլարի դիմաց մինչև 2030թ հնարավոր է վերադարձնել առնվազն 7 ԱՄՆ դոլար:

Հաշվի առնելով, որ 2016թ-ին Հայաստանում գրանցված մահերի 44%-ը պայմանավորված է եղել սրտի հիվանդություններով՝ կաթվածով, սրտամկանի ինֆարկտով և արյան շրջանառության համակարգի այլ հիվանդություններով (ԱՀԿ, 2018b), սույն զեկույցում ներկայացված տնտեսական վերլուծությունը հիմնականում անդրադառնում է այն միջոցառումներին, որոնք կարող են նվազեցնել սրտանոթային հիվանդությունների բեռը:

## Տնտեսական վերլուծության՝ ներդրումները հիմնավորող բաղադրիչի նպատակը

Շատ հաճախ, բյուջեի հատկացումներ կատարելիս և ավելի խիստ հարկաբյուջետային ու կանոնակարգիչ գործողությունների առավելություններն ու թերությունները գնահատելիս հաշվի չեն առնվում ՌՎՀ-ի բացասական տնտեսական հետևանքները: ՌՎՀ-ի բուժման, դրանց կանխարգելման և պայքարի միջոցառումների վրա կատարվող ծախսերի քանակական գնահատումը, ինչպես նաև միջամտության արդյունավետության գնահատումը՝ համեմատած ոչինչ չանելու գևի հետ, եղել է անդամ պետությունների առաջնահերթ պահանջը: Պետություններին աջակցելու նպատակով մշակվել են ներդրումների նպատակահարմարությունը հիմնավորող փաստարկները, որպեսզի պետությունները կարողանան ձևակերպել ՌՎՀ-ի կանխարգելման և հսկողության միջոցառումների ֆինանսավորման սեփական տնտեսական հիմնավորումները:

2017թ-ի կեսերին ԱՀԿ-ը և ՀՀ առողջապահության նախարարությունը քննարկեցին ՌՎՀ-ի կանխարգելմանն ու հսկողությանն ուղղված ներդրումներ կատարելու տնտեսական վերլուծության անհրաժեշտությունը՝ նկատի ունենալով Հայաստանում ՌՎՀ-ի կանխարգելման և առողջապահության համակարգի բարեփոխումների աճող անհրաժեշտությունը: Այդ նպատակով 2018թ-ի նոյեմբերին ՄԱԿ-ի փորձագետների թիմն այցելել է Հայաստան:

Ներդրումները հիմնավորող հեռահար փաստարկները թույլ են տալիս մոդելավորել միջոցառումների ընդլայնված մասշտաբները և ոչինչ չձեռնարկելու դեպքում հնարավոր վնասները /ծախսերը/ միջնաժամկետ (հնգամյա) և երկարաժամկետ (15 տարի) կտրվածքով: Սցենարներից մեկով շարունակվում է ստատուս քվոն, որի դեպքում չի իրականացվում որևէ նոր քաղաքականություն, և պահպանվում են ներկայիս ընդգրկված ծավալները՝ որևէ միջամտություն չձեռնարկելու հետ կապված ծախսերը: Մյուս սցենարով առանձին քաղաքականությունները և կլինիկական միջամտությունները տարածվում են հետագա 15 տարիների վրա: ԱՀԿ-ի «OneHealth» գործիքի հիման վրա կատարված վերլուծությունը, որը ՄԱԿ-ի գործընկերների կողմից մշակված բնակչության համաճարակաբանական հսկողության մոդել է, նպատակաուղղված է օգնելու իրականացնել ռազմավարական պլանավորում և միջոցառումների ծախսերի հաշվարկ, ինչպես նաև կանխատեսել դրանց իրականացման դեպքում ակնկալվող առողջության ցուցանիշների բարելավումը: Առողջության ցուցանիշների բարելավումը արտահայտվում է բնական միավորների տեսքով (կանխվող մահերի թիվը), ինչպես նաև դրամական տեսքով՝ հաշվի առնելով մարդկային կապիտալի գնահատման վրա հիմնված մոտեցումը՝ միջամտությունների յուրաքանչյուր փաթեթի համար օգուտների և ծախսերի հարաբերակցությունը (ներդրումների շահութաբերությունը չափելու հիմնական միջոցը) գնահատելու և արձանագրելու նպատակով: Մարդկային կապիտալի վրա հիմնված մոտեցումը ենթադրում է, որ բաց թողնված տնտեսական արդյունքը համարժեք է այն ընդհանուր արդյունքին, որը կարող էր ստեղծվել մարդու կողմից իր ողջ կյանքի ընթացքում, մինչև կենսաթոշակային տարիքին հասնելը:

**Նկար 1. ՈՎՀ դետերմինանտները և արձագանքման միջոցառումների իրականացման պատասխանատվությունը**



2-րդ բաժնում վերլուծված են Հայաստանում ՈՎՀ-ի վարքագծային ռիսկի գործոնները, այդ թվում՝ ծխախոտի օգտագործման, ալկոհոլի և կերակրի աղի չարաշահման և ֆիզիկական թերակտիվության ներկա մակարդակները և օրինաչափությունները, ինչպես նաև առկա մետաբոլիկ ռիսկի գործոնները, ինչպիսիք են արյան մեջ քլոլեսթերինի բարձր մակարդակը և զարկերակային արյան զերճնշումը:

3-րդ բաժնում ներկայացված են ապացուցողական քաղաքականությունները և կլինիկական միջամտությունները, որոնք կարող են նպաստել հիվանդությունների (հատկապես սրտանոթային հիվանդությունների) բեռի նվազեցմանը, ինչպես նաև խորքային անդրադարձ է կատարվել Հայաստանում քաղաքականությունների և միջամտությունների իրականացման ներկա մակարդակին:

4-րդ բաժնում լուսաբանված են վերլուծության նպատակով կիրառված մեթոդները և գործիքները, իսկ Բաժին 5-ը անդրադարձ է կատարում քաղաքականությանը առնչվող չորս փաթեթների իրականացմանն ու կլինիկական միջամտությունների արդյունքներին՝ ներառյալ ընդհանուր ծախսերը և ակնկալվող առողջապահական և տնտեսական օգուտները (ինչպիսիք են՝ փրկված առողջ կյանքի տարիները, կանխված մահացությունը և աշխատանքի բարելավված արտադրողականությունը): 6-րդ բաժնում ներկայացված են այս ամենի արդյունքում արված եզրակացությունները:

## 2. Իրավիճակի վերլուծություն. ՈՎՀ և ռիսկի գործոններ

Այս բաժնում ներկայացված են ՈՎՀ-ի զարգացմանը նպաստող հիմնական վարքագծային ռիսկի գործոնները, որոնցից են ծխախոտի օգտագործումը, ալկոհոլի և աղի չարաշահումը, ինչպես նաև ֆիզիկական թերակտիվությունը: Անդրադարձ է կատարվել նաև մետաբոլիկ ռիսկի գործոնների

տարածվածությանը, այդ թվում՝ զարկերակային գերճնշմանը, քուլտուրիկի բարձր մակարդակին, ճարպակալմանը և շաքարային դիաբետին:

Հայաստանն ունի ՌՎՀ-ի բարձր ցուցանիշ, իսկ վաղաժամ մահերի առումով ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանում առաջատար երկրներից է: Չորս հիմնական ՌՎՀ-ի<sup>4</sup> հետևանքով վաղաժամ մահացության ցուցանիշն ըստ տարիքային խմբերի 2015թ-ին կազմել է 470՝ 100 000 բնակչի հաշվով, որը գերազանցում է ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանի միջին ցուցանիշը, այն է՝ 380՝ 100 000 բնակչի հաշվով (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2018b): Հայաստանում կյանքի սպասվող տևողությունը ծնվելիս (72 տարի՝ տղամարդկանց և 78 տարի՝ կանանց համար) գիջում է տարածաշրջանի միջին ցուցանիշը, որը 2015թ-ին հավասար էր 78 (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2018a):

Հայաստանում հիվանդությունների ամենամեծ բեռը երկու սեռերի դեպքում էլ բաժին է ընկնում ՍԱՀ-ին, որոնցով պայմանավորված են բոլոր մահերի գրեթե կեսը (48%) (Ազգային վիճակագրական ծառայություն, 2015թ):

## Ծխախոտի օգտագործում

2016-2017 թթ ԱՀԿ STEP մեթոդաբանությամբ իրականացված հետազոտության (STEPS) տվյալները վկայում են, որ ներկայումս ծխում է ՀՀ 18-69 տարեկան բնակչության 28%-ը, որոնցից գրեթե բոլորն էլ ծխախոտ օգտագործում են ամեն օր (ԱՀԿ 2017d): Ներկայումս ծխում են չափահաս տղամարդկանց կեսից մի փոքր ավելին (52%), իսկ կանանց՝ միայն 2%-ը: Ծխելը շարունակում է լուրջ խնդիր հանդիսանալ Հայաստանի համար, թեև 2012թ-ից հետո երկու սեռերի դեպքում էլ ծխախոտի օգտագործման տարածվածությունը որոշակի անկում է ունեցել (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2016թ): Անծուխ ծխախոտի օգտագործման տարածվածության ցուցանիշը ցածր է (<1%):

Համեմատած ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանի այլ երկրների հետ՝ Հայաստանում դեռահաս ծխողների թիվը ցածր է: Ըստ Հայաստանի առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման զեկույցի տվյալների՝ 15-19 տարեկան տղաների 15%-ը, իսկ աղջիկների 0.4%-ը ծխում են ամեն օր, սակայն տարիքին զուգընթաց այս թվերն աճում են (Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, 2016թ): Ծխել սկսելու միջին տարիքը 18 տարեկանն է, որը, ամենայն հավանականությամբ, պայմանավորված է տղաների զինվորական ծառայության անցնելով: Սակայն ըստ Հայաստանի դպրոցահասակ երեխաների առողջության վարքագծի ազգային հետազոտության (ԴԵԱՎ) տվյալների՝ 15-17 տարեկան տղաների շրջանում նկատվում է ծխախոտի օգտագործման ցուցանիշի կտրուկ աճ: Բացի այդ, ծխող դեռահասների շրջանում տարածված է դրական տեսակետ ծխելու օգտակարության վերաբերյալ (օգնում է թուլանալ, կարգավորել մարմնի քաշը, բարձրացնում է տրամադրությունը, խթանում աշխատանքի արտադրողականությունը) (Արաբկիր, 2016թ):

Հայաստանում բարձր է երկրորդային ծխի ազդեցությանը ենթարկվողների թիվը: STEPS հարցման տվյալների համաձայն (հարցման պահից սկսած՝ վերջին մեկ ամսվա ընթացքում) կանանց 54%-ը և տղամարդկանց 58%-ը նշել են, որ ենթարկվել են ծխախոտի երկրորդային ծխի ազդեցությանը տանը, իսկ կանանց 21%-ը և տղամարդկանց 32%-ը՝ աշխատավայրում (Անդրեասյան և ուրիշներ, 2018թ): Վերջերս

### Ներդիր 1. Ծխախոտի օգտագործում

**Ծխախոտի օգտագործումը** լուրջ խնդիր է ՀՀ-ում: Տղամարդկանց 52%-ը ծխում է, ընդ որում՝ գրեթե բոլորը՝ ամեն օր: Ի համեմատ կանանց՝ ծխախոտի օգտագործման տարածվածությունը զգալիորեն բարձր է տղամարդկանց շրջանում:

**Վերագրելի ՌՎՀ-երն են՝** քաղցկեղի տարբեր ձևերը (առավել հաճախ թոքի, բերանի խոռոչի, կոկորդի, կերակրափողի, ստամոքսի, շագանակագեղձի, երիկամի, միզապարկի և կրծքի), սրտի իշեմիկ հիվանդությունը (ՍԻՀ), կաթվածը և այլ ՍԱՀ, արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունը, թոքերի փոշեգարրությունը, պեպտիկ խոցը, դիաբետը, կատարակտը, մակուլյար դեգեներացիան և ռևմատոիդային արթրիտը:

<sup>4</sup> Ըստ տարիքի վաղաժամ մահացության ընդհանուր ցուցանիշը (30-ից մինչև 70 տարեկան) չորս հիմնական ՌՎՀ-ի համար՝ սրտանոթային հիվանդություններ, քաղցկեղ, շաքարային դիաբետ և շլչառական քրոնիկ հիվանդություններ:

անցկացված հետազոտությունը փաստում է, որ Հայաստանում հղի կանանց ավելի քան 70%-ը ամեն օր ենթարկվում է երկրորդային ծխի ազդեցությանը (Ռիխս և ուրիշներ, 2018թ):

Հիմք ընդունելով Հայաստանում չափահաս ծխողների թվաքանակը՝ (2017թ-ին կազմել է 591 000) ԱՀԿ-ը գնահատել է, որ ավելի խիստ քաղաքականություն չկիրառելու դեպքում նրանց կեսից ավելին կմահանան վաղաժամ տարիքում: Կանխատեսումների համաձայն՝ ծխախոտի օգտագործմամբ պայմանավորված վաղաժամ մահվան դեպքերը կկազմեն 295 500 (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2017c):

Ներդիր 1-ում ամփոփված են հիմնական փաստերը:

## Ակտիվ օգտագործման վնասակարությունը

Ակտիվ տարեկան սպառման ընդհանուր ցուցանիշը մեկ մարդու հաշվով 2016թ-ին կազմել է 5.5 լիտր՝ մնալով գրեթե անփոփոխ և չկազմելով 2010թ-ից հետո (5.6 լիտր) (ԱՀԿ, 2018a):

Թեև ակտիվ սպառման ցուցանիշը Հայաստանում խիստ բարձր չէ, այնուամենայնիվ 2016թ-ին անցկացված STEPS հետազոտության արդյունքները ցույց են տալիս, որ ներկայումս ակտիվության խմիչքներ օգտագործում է տղամարդկանց 46%-ը իսկ կանանց 22%-ը, որը նշանակում է, որ վերջին մեկ ամսվա ընթացքում նրանք առնվազն մեկ անգամ օգտագործել են որևէ ակտիվության խմիչք (ԱՀԿ, 2017d):

2016թ-ի STEPS հարցման տվյալներով, ազգաբնակչության գրեթե 6%-ը չարաշահում է ակտիվ օգտագործումը<sup>5</sup>, ընդ որում այդ ցուցանիշը տղամարդկանց (11 %) շրջանում կանանց (0,1%) համեմատությամբ զգալիորեն բարձր է: Սակայն, երբ հարցման մասնակիցների կողմից նշված ակտիվ սպառման ծավալները ճշտելու նպատակով ստուգվել և համեմատվել են այլ աղբյուրներից վերցված տվյալներ, պարզվել է, որ ակտիվ ակնհայտ չարաշահումը ավելի բարձր է ներկայումս ակտիվ օգտագործողների շրջանում:

ԴԵԱԿ 2013-2014 թթ. ազգային հետազոտության տվյալները վկայում են, որ տասնմեկ տարեկան տղաների 16%-ը, իսկ աղջիկների 6%-ը ակտիվության խմիչք օգտագործում է շաբաթը առնվազն մեկ անգամ: ԴԵԱԿ հետազոտության տվյալները՝ համեմատած բոլոր 44 երկրների հետ, ամենաբարձր ցուցանիշն են (Արաբկիր, 2016): Հայաստանի 11 տարեկանների շրջանում տղաների 7%-ը և աղջիկների 2%-ը կյանքում առնվազն երկու առիթով հարբածության զգացողություն են ունեցել՝ ըստ իրենց գնահատականի: 15 տարեկան տղաների մոտ այն կազմում է 19%, իսկ աղջիկների մոտ՝ 4%:

2016 թ-ին տղամարդկանց շրջանում լյարդի բոլոր հիվանդությունների մեջ ցիռոզից մահվան դեպքերը կազմել են 69%, որոնցից 4.8% պայմանավորված է ակտիվության ցիռոզով, իսկ ակտիվ օգտագործմամբ պայմանավորված ճանապարհատրանսպորտային պատահարների արդյունքում մահվան դեպքերը կազմել են 26% (ԱՀԿ, 2018a): Կանանց դեպքում այս ցուցանիշները համապատասխանաբար կազմում են 35% և 19%:

Ներդիր 2-ում ամփոփված են հիմնական փաստերը:

**Ներդիր 2. Ակտիվ օգտագործում**

**Ակտիվ օգտագործման** ծավալներն աստիճանաբար ընդլայնվում են Հայաստանում: Ցուցանիշը էականորեն չի նվազել 2010թ-ից հետո և ավելի քան երկու անգամ բարձր է տղամարդկանց շրջանում, որոնց կեսը չարաշահում է ակտիվը: Հատկապես մտահոգիչ է ակտիվության ըմպելիքների օգտագործումը երիտասարդության շրջանում:

**Վերագրելի ՈՎՀ**-ն են քաղցկեղի տարբեր ձևերը, ենթաստամոքսային գեղձի բորբոքում, էպիլեպսիա, դիաբետ, ցիռոզ, ՍԻՀ, կաթված և այլ սրտանոթային և արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ:

<sup>5</sup> Վերջին 30 օրերի ընթացքում առնվազն մեկ առիթով առնվազն 60 գրամ և ավել ակտիվ օգտագործում:

## Ֆիզիկական թերակտիվություն

Ըստ 2016-2017 թթ. STEPS հետազոտության տվյալների՝ Հայաստանի 18-69 տարեկան բնակչության 21%-ը թերակտիվ է, այսինքն՝ չի իրականացնում ԱՀԿ-ի կողմից սահմանած ֆիզիկական ակտիվության պահանջը՝ շաբաթական առնվազն 150 րոպե միջին ակտիվության աշխատանքի կատարում (ԱՀԿ, 2017d): Չափահասների գրեթե մեկ հինգերորդը (78%), մասնավորապես կանայք (89%), չեն կատարում բարձր ինտենսիվության ֆիզիկական աշխատանք (ԱՀԿ, 2017d): Ընդհանուր ֆիզիկական ակտիվության կեսը (51%) կապված է տրանսպորտի, 44%-ը՝ աշխատանքի, իսկ 5%-ը՝ ժամանցի հետ (Անդրեասյան և ուրիշներ, 2018թ):

Վերջին ԴԵԱՎ տվյալների համաձայն՝ Հայաստանի դեռահասների զգալի մասը չի կատարում ֆիզիկական ակտիվության նվազագույն պահանջը, 11 և 13 տարեկան տղաների 30%-ը և 15 և 17 տարեկան տղաների 26%-ը ֆիզիկապես ակտիվ են օրական առնվազն մեկ ժամ (Արաբկիր բժշկական կենտրոն, 2016թ): Ըստ ԱՀԿ հանձնարարականների՝ 5-17 տարեկան երեխաները և պատանիները պետք է օրական կատարեն առնվազն 60 րոպե միջինից բարձր ինտենսիվության ֆիզիկական աշխատանք:

Ներդիր 3-ում ամփոփված են հիմնական փաստերը:

## Կերակրի աղի օգտագործում

Համաձայն ԱՀԿ-ի՝ կերակրի աղի օրական օգտագործումը չպետք է գերազանցի 5 գրամը (օրական < 2 գրամ աղին համարժեք), մինչդեռ Հայաստանում աղի սպառման ծավալները կրկնակի գերազանցում են այս շեմը: 2010 թ-ին իրականացված գնահատման արդյունքները ցույց են տալիս, որ 20 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի անձանց շրջանում աղի օրական սպառումը կազմում է 12.3 գրամ (օրական 4.9 գրամին համարժեք) (Փաուլես և ուրիշներ, 2013թ): 2016-2017 թթ STEPS հարցման արդյունքների համաձայն՝ 18-69 տարեկան բնակչության կողմից օրական սպառվում է միջինը 9.8 գրամ կերակրի աղ (11.0 գրամ տղամարդկանց և 8.4 գրամ կանանց կողմից) (Անդրեասյան և ուրիշներ, 2018թ): Հայաստանում չի իրականացվել 24-ժամյա մեզի կենսաքիմիական հետազոտություն՝ լավագույն-ստանդարտ մեթոդներով:

Ըստ 2016-2017 STEPS հարցման տվյալների՝ չափահաս բնակչության 35%-ը սնվելիս մշտապես կամ հաճախ աղ է ավելացնում կերակրին, իսկ 71%-ը տանը կերակուր պատրաստելիս մշտապես աղ է ավելացնում (Անդրեասյան և ուրիշներ, 2018թ):

2010 թ-ին 20-69 տարեկանների շրջանում գրանցված սրտանոթային հիվանդություններից մահերի 26%-ը օրական 5 գրամից ավել կերակրի աղի օգտագործման հետևանք է (օրական >2 գրամ աղ) (Մոզաֆֆարյան և ուրիշներ, 2014թ):

Ներդիր 4-ում ամփոփված են հիմնական փաստերը:

### Ներդիր 3. Ֆիզիկական թերակտիվություն

**Ակտիվության մակարդակները** վկայում են, որ հինգ չափահասից մեկը ֆիզիկապես թերակտիվ է: Ֆիզիկական թերակտիվության կեսը կապված է տեղաշարժման հետ, իսկ երկու-հինգերորդը՝ աշխատավայրի:

**Վերագրելի ՈՎՀ** -ից են՝ սրտի պսակաձև անոթների հիվանդությունը, 2-րդ տիպի շաքարային դիաբետը, կրծքագեղձի և հաստ աղու քաղցկեղը (Լիի և ուրիշներ, 2012թ):

### Ներդիր 4. Աղի օգտագործում

**Կերակրի աղի սպառումը** գրեթե կրկնակի գերազանցում է ԱՀԿ հանձնարարականը: Չափահաս բնակչության երկու-երրորդը աղ է ավելացնում կերակուր պատրաստելիս, իսկ մեկ-երրորդը աղ է ավելացնում կերակրին՝ Նախքան այն համտեսելը:

**Վերագրելի ՈՎՀ** -ից են ստամոքսի քաղցկեղը և զարկերակային գերճնշման արդյունքում ՍԻՀ, կաթվածի և այլ սրտանոթային և արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների բարձր ռիսկը:

**Կերակրի աղի չարաշահմամբ պայմանավորված ՍԱՀ-ից մահացության ցուցանիշը 26% է:**

## Մետաբոլիկ ռիսկի գործոններ

Մետաբոլիկ գործոնների տարածվածության բարձր մակարդակները, ինչպիսիք են՝ զարկերակային գերճնշումը, մարմնի զանգվածի բարձր գործակիցը և արյան մեջ քոլեստերինի բարձր մակարդակը, էականորեն մեծացնում են սրտանոթային հիվանդությունների զարգացման հավանականությունը: Համաձայն STEPS-ի կողմից իրականացված ֆիզիկական չափումների հետազոտության արդյունքների՝ Հայաստանի չափահաս բնակչության 48%-ը ունի ավելորդ քաշ (ՄՁԳ  $\geq 25$  կգ/մ<sup>2</sup>), իսկ 20%-ի մոտ առկա է ճարպակալում (ՄՁԳ  $\geq 30$  կգ/մ<sup>2</sup>) (Անդրեասյան և ուրիշներ, 2018թ): Հայաստանի 18-69 տարեկան բնակչության 38%-ի մոտ առկա է զարկերակային գերճնշում<sup>6</sup>, 24%-ի մոտ բարձր է արյան մեջ քոլեստերինի<sup>7</sup> ընդհանուր մակարդակը, իսկ 6%-ի մոտ՝ բարձր է արյան մեջ գլյուկոզի մակարդակը/առկա է շաքարային դիաբետ<sup>8</sup>: Ընդ որում, այս ռիսկի գործոնների տարածվածության առումով չկա էական տարբերություն երկու սեռերի միջև (Անդրեասյան և ուրիշներ, 2018թ): Աղյուսակ 1-ում ներկայացված է այս ռիսկի գործոնների տարածվածությունն ըստ սեռի և տարիքի:

**Աղյուսակ 1. Մետաբոլիկ ռիսկի գործոնների ընդհանուր տարածվածությունը չափահաս բնակչության շրջանում ըստ սեռի և տարիքի**

Գործոն	Տղամարդ		Կին	
	18–44 տարեկան	45–69 տարեկան	18–44 տարեկան	45–69 տարեկան
Գերճնշում	25%	64%	18%	66%
Քոլեստերինի բարձր մակարդակ	17%	36%	12%	47%
Գլյուկոզի բարձր մակարդակ	5%	10%	2%	9%

Աղբյուր՝ Անդրեասյան և ուրիշներ, 2018 թ.

Ցանկացած մետաբոլիկ գործոնի բարձր մակարդակը կարող է հանգեցնել սրտանոթային հիվանդության զարգացման: Այս ռիսկը հատկապես մեծ է այն մարդկանց շրջանում, ում մոտ առկա են մեկից ավելի ռիսկի գործոններ: ԱՀԿ-ի կողմից մշակված ՍԱՀ-ի ընդհանուր ռիսկի գնահատման աղյուսակները թույլ են տալիս գնահատել մարդու մոտ ՍԱՀ-ի զարգացման և այդ հիվանդություններից մահանալու հավանականությունը հետագա տասը տարիների ընթացքում՝ համադրելով հետևյալ վեց գործոնները՝ սեռը, տարիքը, արյան ճնշումը, քոլեստերինի մակարդակը, ծխախոտի օգտագործումը և շաքարային դիաբետի առկայությունը/բացակայությունը (ԱՀԿ, 2016a): Հայաստանի չափահաս բնակչության շրջանում ՍԱՀ զարգացման բարձր ռիսկի տարածվածությունը կարելի է գնահատել՝ հիմնվելով 2016 թ. -ին իրականացված հետազոտության արդյունքների վրա՝ ըստ ռիսկի գործոնների առկայության կամ ՍԱՀ-ի կամ դիաբետի պատմության (Անդրեասյան և ուրիշներ, 2018թ): Համաձայն հետազոտության տվյալների՝ 40-69 տարեկան բնակչության 17%-ի մոտ հետագա տասը տարիների ընթացքում, մահացու կամ ոչ մահացու ելքով ՍԱՀ զարգացման ռիսկը 30% կամ ավելի բարձր է: Այդ հավանականությունն ավելանում է տարիքի հետ, սակայն ըստ սեռերի՝ էական տարբերություն չի նկատվում (Աղյուսակ 2):

<sup>6</sup> Միատոլիկ զարկերակային ճնշումը  $\geq 140$  մմ սս/դիաստոլիկ զարկերակային ճնշումը  $\geq 90$  մմ սսկամ ներկայումս ընդունում է հակահիպերտենզիվ դեղեր

<sup>7</sup> Ընդհանուր քոլեստերինի բարձր մակարդակ  $\geq 5.0$  մմոլ/լ կամ  $\geq 190$  մգ/դլ կամ ներկայում ընդունում է քոլեստերինի մակարդակը կարգավորող դեղեր

<sup>8</sup> Գլյուկոզի բարձր մակարդակ (սահմանվում է որպես զարկերակային արյան խտությունը պլազմայում  $\geq 7.0$  մմոլ/լ (126 մգ/դլ) կամ ամբողջական մազանոթային արյան մեջ ընդհանուր խտությունը  $\geq 6.1$  մմոլ/լ (110 մգ/դլ)/կամ ներկայումս ստանում է հակադիաբետիկ դեղեր:



**Աղյուսակ 2. Սրտանոթային հիվանդության զարգացման ընդհանուր ռիսկը 40-69 տարեկան անձանց մոտ՝ ըստ տարիքի և սեռի**

Գործոն	Տղամարդ		Կին	
	40–54 տարեկան	55–69 տարեկան	40–54 տարեկան	55–69 տարեկան
Հետագա 10-տարվա կտրվածքով ՍԱՀ զարգացման ռիսկը $\geq 30\%$ կամ առկա է ՍԱՀ	13%	22%	14%	19%

Աղբյուր՝ Անդրեասյան և ուրիշներ, 2018թ

### 3. ՌՎՀ-ի բեռի կրճատմանն ուղղված քաղաքականություններ և բուժման մեթոդներ

ՀՀ առողջապահության նախարարությունը ՌՎՀ-ի բեռի նվազեցման ու առողջության պահպանման նպատակով ձեռնարկել է կարևոր քայլեր համապատասխան քաղաքականություն և օրենսդրական դաշտ մշակելու ուղղությամբ: Հայաստանի կառավարությունը հաստատել է ՌՎՀ-ի կանխարգելման և այդ հիվանդությունների դեմ պայքարի մի շարք ինտեգրված ռազմավարություններ և միջոցառումների ծրագրեր, այդ թվում՝ «Առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների (ՌՎՀ) կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և բուժման 2016-2020 թթ. հայեցակարգը և հայեցակարգի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկը», «Առողջ ապրելակերպի խթանման 2016-2020 թթ. ազգային ծրագիրը և ծրագրի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկը»: Ընդունվել են նաև առանձին ՌՎՀ-ին ուղղված, ինչպես օրինակ՝ «ՍԱՀ, շաքարային դիաբետի և չարորակ նորագոյացությունների ազգային ռազմավարությունները 2012-2018 թթ «Միջոցառումների ցանկը»: ՄԱԿ-ի Զարգացման աջակցության ծրագրով ՌՎՀ-ի կանխարգելումն ու հսկողությունը նույնպես հանդիսանում է գերակա նպատակներից մեկը: Այնուամենայնիվ, ազգաբնակչության շրջանում կանխարգելիչ միջոցառումներն էական առաջընթաց չեն ապահովել (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2016թ): 2015 թ-ին ՀՀ վարչապետի հովանու ներքո ստեղծվել էր միջգերատեսչական մարմին, որի գործունեությանը մասնակցում էին բոլոր ոլորտների շահագրգիռ կառույցները: Սակայն անհրաժեշտ է ակտիվացնել նրա գործունեությունը:

Հայաստանը ներկայում գտնվում է ազգային զարգացման իր ռազմավարության արդիականացման փուլում՝ այն ամբողջությամբ համապատասխանեցնելով «կայուն զարգացման նպատակներին» և հանրապետության նոր քաղաքական տեսլականին: Չնայած այս ռազմավարության կոնկրետ նպատակներն ու թիրախները դեռևս մշակման փուլում են, կառավարությունն արդեն հրապարակել է ներառականության աճի և մարդկային կապիտալի իր տեսլականը՝ մասնավորապես կարևորելով առողջության պահպանումը, կրթությունն ու հավասարության ապահովումը: Այս համատեքստում հատկապես արդիական և հրատապ են դառնում ՌՎՀ-ի տնտեսական բեռի գնահատումը, այդ նպատակով հզորացման և կարգավորման կարիք ունեցող հարցերի և գործընթացների սահմանումը, ինչպես նաև քաղաքականության հանձնարարականների և նախահաշիվների վրա հիմնված միջոցառումների ծրագրերի մշակումը:

Ինչպես նշվել էր Բաժին 1-ում, ԱՀԿ-ը հրապարակել է ՌՎՀ-ի կանխարգելմանն ու բուժմանն ուղղված քաղաքականության տարբերակների և միջոցառումների ցանկ (ԱՀԿ, 2013; 2017b; 2017c): Հաջորդ բաժիններում քննարկվում են երկրում ներկայումս ընթացող աշխատանքները ՌՎՀ-ի կանխարգելման և դրանց դեմ պայքարի ուղղությամբ՝ նպատակ ունենալով բացահայտել դրանց ուժեղ և թույլ կողմերը, որոնք անհրաժեշտ է ընդլայնել ամբողջական լուսաբանման համար: Գնահատումը հիմնված է ինստիտուցիոնալ և բովանդակային վերլուծությունների արդյունքների, ինչպես նաև ԱՀԿ-ի և այլ կառույցների կողմից հրապարակված համապատասխան զեկույցների վրա: Այն մասնավորապես անդրադառնում է քաղաքականության և կլինիկական միջամտությունների այն փաթեթներին (ծխախոտի և ալկոհոլի

օգտագործման ծավալների կրճատում, ֆիզիկական ակտիվություն խթանում, սննդի քաղաքականության բարելավում, ինչպես նաև ՍԱՀ և շաքարային դիաբետի բուժում), որոնց վրա հիմնվելու է տնտեսական վերլուծությունը:

## Ծխախոտ

Հայաստանը 2004թ-ի նոյեմբերին վավերացրել է «Ծխախոտի դեմ պայքարի մասին» շրջանակային կոնվենցիան (ԾՊՇԿ) (ԱՀԿ, 2017e), սակայն կոնվենցիայով ամրագրված որոշ առանցքային միջոցառումներ՝ ուղղված ծխախոտի պահանջարկի կրճատմանը, դեռևս լիարժեք չեն իրականացվում (տես ստորև Աղյուսակ 3): Կառավարությունը կարևորում է ծխելու դեմ պայքարը՝ որպես գերակա ուղղություն: Առողջապահության նախարարությունը մշակել է «Ծխելու դեմ պայքարի ազգային ռազմավարությունը և այդ ռազմավարության 2017-2020 թթ. միջոցառումների ծրագիրը», որը 2017 թվականի մարտի 3-ին հաստատվել է կառավարության կողմից (արձանագրային որոշում N33): 2018 թվականից մեկնարկել են աշխատանքները ՀՀ հարկային օրենսգրքի փոփոխության ուղղությամբ, որով նախատեսվում է 2019 թ-ին բարձրացնել ծխախոտային արտադրանքի ակցիզային հարկի դրույքաչափը: 2018 թ-ին առողջապահության նախարարությունը նախաձեռնել է օրենսդրական փաթեթի մշակման գործընթաց, որը նպատակ ունի համապատասխանեցնել գործող օրենսդրությունը երկրի կողմից վավերացված միջազգային պայմանագրի պահանջներին: Մասնավորապես, ի տարբերություն գործող օրենքի, մշակվել է նոր խմբագրությամբ օրենքի նախագիծ՝ «Ծխախոտային արտադրատեսակների և դրանց փոխարինիչների օգտագործման հետևանքով առողջությանը հասցվող վնասի նվազեցման և կանխարգելման մասին» վերնագրով: Միևնույն ժամանակ շրջանառության մեջ են դրվել մի շարք հարակից օրենքների նախագծերում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին օրենքների նախագծեր, այն է՝ «Տեղական ինքնակառավարման մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքում լրացում կատարելու մասին», «Գովազդի մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքում փոփոխություններ կատարելու մասին», «Տեղական տուրքերի և վճարների մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքում փոփոխություններ կատարելու մասին», «Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ Հայաստանի Հանրապետության օրենսգրքում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին» ՀՀ օրենքների նախագծերը: «Ծխախոտի դեմ պայքարի» ազգային ռազմավարության համաձայն՝ նոր օրենքով նախատեսվում է արգելել ծխախոտի օգտագործումը բոլոր հանրային փակ տարածքներում, ինչպես նաև ծխախոտային արտադրանքի գովազդը, հովանավորչությունը և վաճառքի խթանումը: Օրենքով պետք է խստացվեն նաև այդ պահանջների կիրառման մեխանիզմները:

Օրինագիծը 2019 թ-ին ներկայացվել է Կառավարություն, որի հավանությունից հետո այն կներկայացվի Ազգային ժողով: Օրենքի ընդունումը կարևոր քայլ կհանդիսանա Հայաստանի բնակչության առողջության պահպանման և երկարակյացության ճանապարհին: Բացի այդ, նոր օրենսդրական փաթեթը կապահովի Հայաստանի ազգային և միջազգային պարտավորությունների կատարումը, այդ թվում՝ ԱՀԿ ԾՊՇԿ, ԵՄ և ՀՀ միջև կնքված «Համապարփակ և ընդլայնված գործընկերության համաձայնագիր»<sup>9</sup> և Ծխելու դեմ պայքարի 2017-2020թթ ազգային ռազմավարությունը և այդ ռազմավարության միջոցառումների ծրագիրը:

Պետական կառույցների և մյուս շահագրգիռ մարմինների միջև գործողությունների համաձայնեցված համակարգումը թույլ կտա արդյունավետ կերպով իրականացնել հակածխախոտային միջոցառումները, հատկապես որ դրանցից շատերն իրականացվում են առողջապահության ոլորտից դուրս գտնվող տնտեսության հատվածների տիրույթում: Այդ պատճառով Կոնվենցիայի 5.2(ա) կետի համաձայն՝ ԱՀԿ ԾՊՇԿ կողմերը պարտավորություն են ստանձնել ծխախոտի դեմ պայքարի նպատակով ստեղծել կամ հզորացնել, ֆինանսավորել ազգային միջգերատեսչական համակարգող մեխանիզմ կամ նշանակել պատասխանատու անձ:<sup>10</sup> Հայաստանում այդ նպատակով նշանակվել է պատասխանատու անձ և կա ծրագիր, որն իրականացվում է Առողջապահության ազգային ինստիտուտի կողմից (ԱԻԻ), իսկ ՀՀ Վարչապետի 2017 թվականին դեկտեմբերի 11-ի որոշմամբ ստեղծված ծխելու դեմ պայքարի գործողությունների իրականացման համակարգող միջգերատեսչական հանձնաժողովի ձևավորման որոշումը օրինագծի ընդունման զուգահեռ վերանայման փուլում է:

<sup>9</sup> Ստորագրվել է 2017թ-ի մարտին, CEPA-ի Հոդվածներ 28 և 92 կանոնակարգում են ԱՀԿ ԾՊՇԿ այն դրույթների իրականացումը, որոնք անհրաժեշտ են ակցիզային հարկով հարկվող արտադրանքի մաքսանենգության դեմ պայքարի և ՌՎՀ կանխարգելման և պայքարի համար:

<sup>10</sup> ԱՀԿ ԾՊՇԿ Հոդված 5.2(a) գործիքակազմ, որի նպատակն է օգնել կողմերին ինստիտուցիոնալացնել արդյունավետ ազգային և միջգերատեսչական համակարգման մեխանիզմները: Տես՝ <http://www.who.int/fctc/implementation/cooperation/5-2-toolkit/en/>

Թեև Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Հանրային առողջության ֆակուլտետում կար հասարակական կազմակերպությունների (ՀԿ) հակածխախոտային կոալիցիա, ֆինանսավորան բացակայության պատճառով ՀԿ-ի կողմից իրականացվող միջոցառումները դադարել են և/կամ անցում է կատարվել այլ աշխատանքների: Ակտիվ միջազգային համագործակցությունը և ծխախոտի դեմ պայքարի ազգային ծրագրի շրջանակներում պետության և ՀԿ-երի միջև աշխատանքների ավելի ուժեղ համակարգումը կարող են շոշափելի կերպով խթանել հակածխախոտային միջոցառումների արդյունավետ իրականացումը:

Ստորև Աղյուսակ 3-ում ամփոփ ներկայացված են MPOWER միջամտությունների փաթեթի շրջանակում Հայաստանում իրականացվող հակածխախոտային միջոցառումները՝ ըստ «Ծխախոտի օգտագործումն աշխարհում» ԱՀԿ զեկույցի (ԱՀԿ, 2017f): Տվյալները լրացվել են ինստիտուցիոնալ և բովանդակային վերլուծության արդյունքներով: Ինչպես երևում է աղյուսակից, ԱՀԿ ԾՊՇԿ շրջանակներում իրականացվող հակածխախոտային միջոցառումները ակտիվացման և խստացման կարիք ունեն՝ մասնավորապես կապված գովազդի արգելման, ծխախոտային արտադրանքի հարկման և գների մատչելիության, ինչպես նաև ծխախոտի ծխից ազատ տարածքների ստեղծման հետ:

**Աղյուսակ 3. Հակածխախոտային միջոցառումների ներկա իրավիճակը Հայաստանում**

Քաղաքականություն	Իրականացման ընթացքը
Ծխախոտի օգտագործման և կանխարգելման քաղաքականությունների մոնիտորինգ	Կան չափահաս բնակչության և երեխաների/դեռահասների շրջանում առավել թարմ, ներկայացուցչական և պարբերական տվյալներ: Օրինակ՝ 2016-2017թթ STEPS հետազոտությունից և ավելի լայնածավալ ԱՀԳԳ հետազոտությունից (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2016թ).
Մարդկանց պաշտպանել ծխախոտի ծխից	ԱՀԿ զեկույցում նշվել է, որ հանրային վայրերի ութ կատեգորիաներից 8 միայն երեքում է ապահովվել լիակատար անծուխ միջավայր (ԱՀԿ, 2017f): Դեռևս ոչ լիակատար անծուխ վայրերից են պետական հիմնարկ-ձեռնարկությունները, փակ գրասենյակները, սրճարանները / ռեստորանները, հանրային տրանսպորտը և հանրային փակ տարածքները: Հակածխախոտային արգելքի խախտումներն առաջացնում են տուգանք ղեկավարի, սակայն ոչ հաստատության համար (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2017d): Չկան կիրարկման համար նախատեսված ֆինանսական միջոցներ և չկա քաղաքացու բողոքին ընթացք տալու նպատակով հետաքննություն պահանջող համակարգ:
Առաջարկել օգնություն՝ ծխելը դադարեցնելու նպատակով	Նիկոտինի փոխարինման դեղամիջոցներն օրինական կերպով վաճառվում են դեղատներում և բաց են թողնվում առանց դեղատոմսի, սակայն չկա պետության կողմից սուբսիդավորում: Ծխելը դադարեցնելու ծառայություններն առկա են որոշ բուժհաստատություններում և մասնակի սուբսիդավորմամբ (ԱՀԿ, 2017f): ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողներն անցնում են կենսակերպի վերաբերյալ խորհրդատվություն տրամադրելու թեմայով պարտադիր ուսուցում, ինչպես նաև ծխախոտի դեմ պայքարի թեմայով դասավանդողների ամփոփ ուսուցում: Ծխելը դադարեցնելու կամ չսկսելու վերաբերյալ խորհրդատվություն, որոշակի ծավալներով, տրամադրվում է կանխարգելիչ բժշկական ստուգումների ժամանակ (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2016թ): Ըստ STEPS հետազոտության արդյունքների, 18-69 տարեկան բնակչության 10%-ը (տղամարդկանց 17% և կանանց 2%) ծխելը դադարեցնելու կամ չսկսելու վերաբերյալ խորհրդատվություն է ստացել բժշկի կամ որևէ այլ բուժաշխատողի կողմից (Աղդեասյան և ուրիշներ, 2018թ): Չկա ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ խորհրդատվություն ստանալու համար նախատեսված անվճար թեժ գիծ ծառայություն:

### Աղյուսակ 3. շարունակություն

Քաղաքականություն	Իրականացման ընթացքը
Նախագգույնացնել ծխելու վտանգների մասին	2016 թ-ի դեկտեմբերից ուժի մեջ է մտել պահանջը, որ ծխախոտի փաթեթի վրա նախագգույնացման տեսքով զբաղեցնի տուփի դիմալիսի և կողային հատվածի 50 %-ը և ներառի լուսանկարի կամ գծանկարի տեսքով գգույնացում (ԱՀԿ, 2017f): Հակածխախոտային ՁԼՄ քարոզարշավների մասին տվյալները բացակայում են:
Ծխախոտային արտադրանքի գովազդի, հովանավորման և խրախուսման արգելք	2006 թ-ին ընդունված համապատասխան օրենքի համաձայն՝ արգելվում է ծխախոտային արտադրանքի գովազդը ազգային և միջազգային հեռուստատեսությամբ, ռադիոյով, տեղեկատվական վահանակներին և առցանց, սակայն չկա նման արգելք տպագիր մամուլի համար (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2017d): Ծխախոտային արտադրանքի անվճար տարածումն արգելվում է, սակայն անուղղակի գովազդման մյուս բոլոր ձևերը, ինչպիսիք են խրախուսական գեղջերը և հովանավորվող միջոցառումները, օրենքով արգելված չեն:
Ծխախոտային արտադրանքի ակցիզային հարկի դրույքաչափի բարձրացում	2016 թ-ին առավել շատ վաճառվող ծխախոտային ապրանքատեսակների իրացումից ստացված ընդհանուր հարկային մուտքերը կազմել են հատվածաճանաչ գնի 35 %-ը, որի 18.3 %-ը ակցիզային հարկն է, իսկ 16.7 %-ը՝ ԱԱՀ (ԱՀԿ, 2017f): Կոնկրետ ավելացված արժեքի բաղադրիչը ավտոմատ կերպով չի կարգավորվում՝ ըստ սղանի, ուստի ծխախոտը չի թանկացել 2016 թ-ին՝ համեմատած 2008 թ-ի հետ: ԱՀԿ հանձնարարականների համաձայն՝ մեկ տուփի համար ընդհանուր հարկի չափը պետք է կազմի մանրածախ գնի առնվազն 75 %-ը:

<sup>a</sup> Օրենսդրական դաշտը գնահատվել էր պարզելու համար՝ արդյոք հակածխախոտային իրավական ակտերով պահանջվում է ապահովել մշտապես 100%-ով ծխախոտի ծխից ազատ միջավայր հետևյալ ութ կատեգորիաների բոլոր տարածքներում՝ բուժհաստատություններ, կրթական հաստատություններ (բացի ԲՈՒՀ-ից), ԲՈՒՀ-եր, պետական հիմնարկ-ձեռնարկություններ, փակ աշխատանքային տարածքներ և գրասենյակներ, որոնք ներառված չեն այլ կատեգորիաներում. ռեստորաններ և այլ վայրեր, որտեղ հիմնականում մատուցվում է սնունդ, սրճարաններ, գարեջրատներ, բարեր և վայրեր, որտեղ հիմնականում մատուցվում են խմիչքներ, ինչպես նաև հանրային տրանսպորտ (ԱՀԿ, 2017a):

<sup>b</sup> «Լիակատար» նշանակում է, որ ծխելն արգելվում է՝ առանց որևէ բացառության:

<sup>c</sup> Օրենքը հստակ կերպով չի կանոնակարգում միջսահմանային գովազդը: Սակայն քանի որ գովազդն արգելվում է ռադիոհեռուստատեսության բոլոր ալիքներով, կարելի է այն մեկնաբանել որպես թե՛ տեղական, և թե՛ միջազգային մակարդակներում կիրառվող արգելք:

ԾՊՇԿ համապատասխան ծխախոտի դեմ պայքարի համատեղ փաթեթի իրականացումը կնպաստի առաջիկա հինգ տարվա կտրվածքով ծխախոտի օգտագործման ծավալների 42 % նվազեցմանը (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2017a): Աղյուսակ 3-ում թվարկված քաղաքական միջոցառումների մեծամասնությունը նաև համարվում են ԱՀԿ-ի «լավագույն գնումները» (ԱՀԿ, 2017a)՝ այսինքն արդյունավետ միջամտություններ են, որոնց ծախսարդյունավետությունը հավասար է >100 միջազգային դոլար ցածր/միջին եկամտի երկրներում հաշմանդամությամբ ընթացող կյանքի կորցրած մեկ տարվա համար (DALY): Այս ցանկը հիմնականում համապատասխանում է «OneHealth» գործիքում թվարկված միջոցառումների հետ, որոնք մոդելավորվել են այստեղ՝ ներդրումների շահութաբերության (ՆՇ) վերլուծության նպատակով:

- Ծխախոտի օգտագործման և կանխարգելման քաղաքականությունների մոնիտորինգ
- Մարդկանց պաշտպանություն ծխախոտի ծխից
- Առաջարկել օգնություն՝ ծխելը դադարեցնելու նպատակով /mCessation
- Նախագգույնացնել ծխելու վտանգների մասին՝ նախագգույնացնող պիտակներ
- Նախագգույնացնել ծխելու վտանգների մասին՝ ՁԼՄ քարոզարշավներ
- Ծխախոտային արտադրանքի գովազդի արգելք
- Երիտասարդների համար ծխախոտային արտադրանքի հասանելիության խիստ սահմանափակում

- Ծխախոտային արտադրանքի ակցիզային հարկի դրույքաչափի բարձրացում
- Ծխախոտային արտադրանքի ստանդարտացված փաթեթավորում

## Ալկոհոլ

Ալկոհոլի չարաչափման դեմ պայքարի քաղաքականության հիմնական ուղղությունները սահմանվել են «Գլոբալ ռազմավարությունում» և «Ալկոհոլի վնասակար սպառման նվազեցման եվրոպական գործողությունների ծրագրում», ինչպես նաև ԱՀԿ-ի «ՌՎՀ կանխարգելման և պայքարի 2013–2020 թթ. գլոբալ ծրագրի» վերանայված հավելված 3-ում (ԱՀԿ, 2010; 2017a; ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2012թ):

Դրանք ներկայացված են Աղյուսակ 4-ում Հայաստանում այդ ուղղությամբ գրանցված ձեռքբերումների հետ համատեղ: Գնահատումը հիմնվել է տարբեր աղբյուրների վրա:

### Աղյուսակ 4. Ալկոհոլի չարաչափման վերահսկման միջոցառումների ներկա իրավիճակը Հայաստանում

Քաղաքականություն	Քաղաքականության տարբերակ	Իրականացման ընթացքը
Հարկում	Բարձրացնել ալկոհոլային խմիչքների ակցիզային հարկի դրույքաչափը	Ալկոհոլային խմիչքների ակցիզային հարկի դրույքաչափը հավասար է մանրածախ գների 20%-ին: Ալկոհոլի հարկը կապված է սպառողական գների ինդեքսի հետ, սակայն կախված չէ ալկոհոլի պարունակությունից: Ներմուծվող ալկոհոլային արտադրանքին կցվում է առանձին 10%, սակայն չկան հատուկ հարկեր այն արտադրատեսակների համար, որոնք գրավիչ են երիտասարդների համար: Այս ուղղությամբ իրականացվող միջոցառումները ԱՀԿ գեկույցներից մեկում գնահատվել են որպես «սահմանափակ» (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2016), իսկ մեկ ուրիշ գեկույցում՝ «մասամբ իրականացված» (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2017b):

**Աղյուսակ 4. շարունակություն**

Քաղաքականություն	Քաղաքականության տարբերակ	Իրականացման ընթացքը
Գովազդ	Արգելել ալկոհոլային արտադրանքի գովազդը կամ սահմանել գովազդման համալիր սահմանափակումներ (բոլոր լրատվամիջոցներով) և հսկել դրանց կատարումը	Առկա են ալկոհոլային խմիչքների իրացման բովանդակությունը և ծավալները կանոնակարգող իրավական ակտեր, սակայն ԱՀԿ զեկույցներից մեկում դրանք գնահատվել են որպես «սահմանափակ» (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2016), իսկ մյուսում «մասամբ իրականացված» (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2017b): Ազգային հեռուստատեսությամբ, ռադիոյով գարեջրի, գինու և սպիրտային խմիչքների գովազդի վրա գործում է սահմանափակում, սակայն արտաքին գովազդի սահմանափակումը բացակայում է: Ալկոհոլային խմիչքների գովազդն արգելված է հեռուստատեսությամբ, սակայն ոչ շուրջօրյա թույլատրվում է արտադրանքի տեղադրումը, նաև այդ արտադրանքի անուղղակի գովազդը մարզական խաղերի/մրցույթների հովանավորման շրջանակներում:
Հասանելիություն	Սահմանափակել ալկոհոլային արտադրանքի մանրածախ առևտուրի հասանելիությունը (վաճառքի ժամերի սահմանափակման միջոցով) և վերահսկել այդ պահանջի կիրարկումը	Կա օրենսդրություն, որը սահմանափակում կամ արգելում է պետական հիմնարկ-ձեռնարկություններում և կրթական հաստատություններում ալկոհոլային արտադրանքի իրացումը: Մյուս կողմից՝ ալկոհոլային խմիչքների ներգնա և արտագնա վաճառքը, մասնավորապես վաճառքի ժամերը և վայրերը սահմանափակող այլ կարգավորումներ չկան: Կան երեկոյան ժամերին վաճառքի որոշ սահմանափակումներ անչափահասների համար: Ալկոհոլային արտադրանքի վաճառքի համար սահմանված նվազագույն տարիքը 18-ն է, սակայն այս պահանջի կիրարկումը պատշաճ չի վերահսկվում: Սահմանափակումները ԱՀԿ զեկույցներից մեկում գնահատվել են որպես «սահմանափակ», իսկ վաճառքի համար նվազագույն տարիքի մասին պահանջի կիրառումը գնահատվել է որպես «մասնակի» (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2016): Մեկ այլ զեկույցում այս ոլորտում առկա սահմանափակումները գնահատվել են որպես «մասամբ կատարված» (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2017b):

## Աղյուսակ 4. շարունակություն

Քաղաքականություն	Քաղաքականության տարբերակ	Իրականացման ընթացքը
Ոչ սթափ վիճակում տրանսպորտային միջոցի վարում	Սահմանել ոչ սթափ վիճակում տրանսպորտի վարման արգելքը և խստորեն վերահսկել կիրարկումը. սթափության ստուգման կետերում ստուգել արյան մեջ ալկոհոլի պարունակությունը	Գործող օրենսդրության համաձայն՝ տրանսպորտային միջոց վարելիս վարորդի արյան մեջ ալկոհոլի թույլատրվող քանակությունը չպետք է գերազանցի 0.4գ/լ: Սակայն արյան մեջ ալկոհոլի թույլատրելի քանակության վերաբերյալ որևէ տարբերություն չի սահմանվել սկսնակ և փորձառու վարորդների համար: Ոստիկանությունը նախատեսում է մշակել օրենսդրական փոփոխությունների առաջարկ, որը դեռևս չի իրականացվել: Այս ոլորտը ԱՀԿ զեկույցում գնահատվել է որպես «որոշ չափով իրականացված» (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2016):
Համառոտ խորհրդատվությունների տրամադրում	Վտանգավոր և վնասակար ալկոհոլային ըմպելիքներ օգտագործող անձանց համառոտ սոցիալ-հոգեբանական խորհրդատվության տրամադրում	ԱԱՊ օդակի բուժաշխատողների շարունակական կրթության վերապատրաստման ծրագրում ներառված է դասընթաց՝ առողջ կենսակերպի վարման խորհրդատվության վերաբերյալ:

Աղյուսակ 4-ում թվարկված առաջին երեք քաղաքականության միջամտությունները համարվում են նաև ԱՀԿ-ի «լավագույն գնումները» (ԱՀԿ, 2017a), իսկ չորրորդը և հինգերորդը՝ ԱՀԿ-ի «արդյունավետ միջամտությունները» որոնց ծախսարդյունավետության գործակիցը (ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում) մեծ է 100 միջազգային (ԱՄՆ) դոլարից յուրաքանչյուր) DALY հաշվով (հաշմանդամությամբ ընթացող կյանքի կորցրած մեկ տարվա): Այս ցանկը հիմնականում համապատասխանում է «OneHealth» գործիքում ստորև թվարկված միջոցառումներին, որոնք մոդելավորվել են ներդրումների շահութաբերության վերլուծության նպատակով:

- Ալկոհոլի մանրածախ առևտրի հասանելիության սահմանափակման կիրարկում
- Ալկոհոլի գովազդի սահմանափակման կիրարկում
- Ոչ սթափ վիճակում տրանսպորտային միջոց վարելու վերաբերյալ օրենքների կիրակում (սթափության ստուգման կետեր)
- Ալկոհոլային խմիչքների ակցիզային հարկի դրույքաչափի բարձրացում

## Ֆիզիկական թերակտիվություն

ԱՀԿ-ի «ՈՎՀ-ի կանխարգելման և հսկողության 2013-2020 գլոբալ ծրագրի», վերանայված Հավելված 3-ում թվարկված են վարվող քաղաքականության մի քանի ուղղություններ, որոնք ուղղված են մարդկանց ֆիզիկական ակտիվության խթանմանը (ԱՀԿ, 2017c): Դրանք ներկայացված են Աղյուսակ 5-ում՝ Հայաստանում ֆիզիկական ակտիվության խթանման մի շարք միջոցառումների ձեռքբերումների հետ համատեղ:

**Աղյուսակ 5. Ֆիզիկական ակտիվության խթանման միջոցառումների ներկա իրավիճակը Հայաստանում**

Քաղաքականություն	Քաղաքականության տարբերակ	Իրականացման ընթացքը
Գիտելիք	Ֆիզիկական ակտիվության առավելությունների և օգուտների մասին հանրային իրազեկում և շահագրգռում, այդ թվում՝ բնակչության ֆիզիկական ակտիվության խթանմանն ուղղված ՀԼՍ քարոզարշավներ	2013-2017 թթ. ընթացքում ֆիզիկական ակտիվության վերաբերյալ հանրային իրազեկման քարոզարշավներ չեն իրականացվել: Այս ոլորտը ԱՀԿ գեկույցում գնահատվել է որպես «չիրականացված» (ԱՀԿ, 2017b): Երևանի քաղաքապետարանը իր ներդրումն է ունեցել ֆիզիկական ակտիվության վերաբերյալ հանրային իրազեկման մակարդակի բարձրացման գործում՝ իրականացված միջոցառումներին և հեծանվավազքին անձամբ մասնակցելու միջոցով:
Առողջապահական համակարգ	Ֆիզիկական ակտիվության վերաբերյալ կարճ խորհրդատվության տրամադրում և ուղեգրում մասնագետի մոտ՝ ԱԱՊ ընթացիկ ծառայությունների շրջանակներում	ԱԱՊ օղակը դեռևս անելիքներ ունի ֆիզիկական ակտիվության և առողջ սննդակարգի վերաբերյալ հանրային իրազեկման մակարդակը բարձրացնելու ուղղությամբ: Այս ոլորտում կադրեր չեն պատրաստվել, ուստի ԱՀԿ գեկույցում այն գնահատվել է որպես «սահմանափակ» (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2016): Կենսակերպի վերաբերյալ խորհրդատվությունը առաջնային օղակի բժիշկների աշխատանքի մասն է կազմում, բայց գործնականում՝ նրանք ծանրաբեռնված են փաստաթղթեր լրացնելով և քիչ ժամանակ ունեն խորհրդատվության համար:
Շրջակա միջավայր	<p>Ապահովել, որ քաղաքների նախագծման ժամանակ հաշվի առնվեն մակրո մակարդակը՝ բնակչության խտության հիմնական հասկացությունները, փողոց-ճանապարհ ցանցի կապը՝ ներառյալ մայթերը, տարբեր վայրեր հեշտությամբ հասնելու հնարավորությունը, ինչպես նաև հանրային տրանսպորտի հասանելիությունը:</p> <p>Քայլքը և հեծանվավազքը խթանելու նպատակով որակյալ հանրային բաց տարածքների և պատշաճ ենթակառուցվածքների հարմարավետ և անվտանգ հասանելիության ապահովում:</p>	Երիտասարդները սիրում են հեծանիվ վարել, սակայն դա բավականին վտանգավոր է, քանի որ փողոցները նեղ են, և ճանապարհներին մի քանի տեղ ներկված գծերից բացի այլ հեծանվային վազքուղիներ չկան: Հայաստանի քաղաքներից ոչ մեկը չի մասնակցում ԱՀԿ առողջ քաղաքների ցանցին: Հայաստանը ինքն էլ չունի առողջ քաղաքների ազգային ցանց: Երևանում իրականացվող բնակարանային ֆոնդի վերանորոգման աշխատանքների շրջանակներում մի քանի հանրային վայրերում տեղադրվել են մարզասարքեր:



**Աղյուսակ 5. շարունակություն**

Քաղաքականություն	Քաղաքականության տարբերակ	Իրականացման ընթացքը
Պայմանների ստեղծում	<p>Համադպրոցական ծրագրերի ներդրում, որոնք ներառում են որակյալ ֆիզիկական կրթություն, համապատասխան տարածքների առկայություն, ինչպես նաև ծրագրեր՝ բոլոր երեխաների ֆիզիկական ակտիվության մակարդակը բարձրացնելու նպատակով:</p> <p>Աշխատավայրում ֆիզիկական ակտիվության խթանման բազմաբաղադրիչ ծրագրերի իրականացում:</p>	<p>Դպրոցական ուսումնական ծրագրով նախատեսված են շաբաթը 2-3 անգամ 40 րոպե տևողությամբ ֆիզիկական կուլտուրայի դասաժամեր: Դպրոցներում անցկացվում է «Առողջության ժամ» դաս, որի նպատակն է խթանել առողջ ապրելակերպի վերաբերյալ աշակերտների գիտելիքները և հմտությունները: Սակայն ուսուցիչներն այդ նպատակով չեն վերապատրաստվել: Մի քանի դպրոցներում փորձնական հիմունքներով ներդրվել է առողջ կենսակերպը խթանող դպրոցական քաղաքականություն:</p> <p>Աշխատավայրում իրականացվող ֆիզիկական ակտիվության խթանման միջոցառումների մասին տեղեկատվությունը բացակայում է:</p>
Խթանում	<p>Ֆիզիկական ակտիվության խթանում՝ կազմակերպված մարզական խմբերի, ակումբների, ծրագրերի և միջոցառումների միջոցով:</p>	<p>Կառուցվել է մի քանի մարզասրահ, սակայն դրանք մասնավոր են և բնակչության լայն զանգվածների համար ֆինանսապես ոչ մատչելի: Առավել տարածված են ըմբշամարտը, բոքսը և շախմատը՝ ի տարբերություն թիմային մարզաձևերի: Դասերից հետո անցկացվում են որոշ մարզական միջոցառումներ, սակայն դրանք վճարովի են (թեև գինը բարձր չէ):</p>

OneHealth գործիքը կարող է օգնել՝ մոդելավորելու ստորև ներկայացված քաղաքականության փոփոխությունը ՆՇ վերլուծության նպատակով:

- Ֆիզիկական ակտիվությունը խթանող հանրային իրազեկման քարոզարշավների անցկացում:

**Կերակրի աղի, տրանսճարպերի և շաքարի չարաչափում**

Կերակրի աղի օգտագործման նվազեցմանն ուղղված քաղաքականությունը, ընդհանուր առմամբ, գնահատվել է որպես «չիրականացված» (ԱՀԿ, 2017b): Աղյուսակ 6-ում համեմատվում են ԱՀԿ-ի SHAKE փաթեթը և Հայաստանում միջոցառումների իրականացման ներկա վիճակը՝ ուղղված կերակրի աղի սպառման ծավալների կրճատմանը (համաճարակաբանական հսկողություն, արդյունաբերության ներգրավում, պիտակավորման չափորոշիչների ընդունում, իրազեկման բարելավում, նպաստավոր պայմանների ստեղծում) (ԱՀԿ, 2016b):

**Աղյուսակ 6. Կերակրի աղի սպառման ծավալները նվազեցնելուն ուղղված քաղաքականության իրականացման ընթացիկ իրավիճակը Հայաստանում**

Քաղաքականություն	Նկարագրություն <sup>a</sup>	Իրականացման ընթացքը
Համաճարակաբանական հսկողություն. չափել և մշտադիտարկել աղի սպառումը	Չափել և մշտադիտարկել բնակչության կողմից կերակրի աղի սպառման օրինաչափությունները և սննդում աղի պարունակությունը	24-ժամյա մեզի կենսաքիմիական հետազոտություն (լավագույն ստանդարտ) չի իրականացվել, սակայն աղի սպառումը գնահատվել է 2016-2017 STEPS հարցման շրջանակներում մեզի հետազոտության միջոցով (Անդրեասյան և ուրիշներ, 2018թ) (մանրամասների համար տես Բաժին 2): Սննդում աղի պարունակության ընթացիկ մշտադիտարկում չի կատարվում:
Արդյունաբերության ներգրավում՝ խթանել սննդում աղի պարունակության նվազեցման գործընթացը	Սահմանել սննդում աղի պարունակության սահմանային շեմ և ներդնել արտադրանքի բաղադրության փոփոխության ռազմավարություն:	Կա մտադրություն՝ խթանելու աղի սպառման ծավալների կրճատումը և աջխատելու արտադրողների հետ՝ սննդի բաղադրության փոփոխության նպատակով: Արտադրողներից պահանջվել է ուսումնասիրել իրենց արտադրանքում աղի պարունակությունը: Չափորոշիչների և նորմատիվների հաստատումը ՀՀ Տնտեսական զարգացման և ներդրումների նախարարության գործառույթն է:
Հաստատել պիտակավորման և մարկետինգի չափորոշիչներ. ներդնել սննդի արդյունավետ և ճշգրիտ պիտակավորման և մարկետինգի չափորոշիչներ	Հաստատել սննդի փաթեթի դիմային հատվածում բաղադրության նշագրման համակարգեր (օրինակ աղի պարունակության համար գունային ծածկագրում, «աղի բարձր պարունակության» մասին նախազգուշացում)	Սննդի պիտակավորման գործընթացը «ընթացքում է»:
Գիտելիք. Կրթել և իրազեկել հանրությանը՝ խթանելով աղի սպառման ծավալների կրճատումը	Ներդնել միասնական կրթական և իրազեկման ռազմավարություն՝ առողջությանը հասցվող վնասի, աղի սննդային աղբյուրների վերաբերյալ իրազեկվածության մակարդակը բարձրացնելու և մարդկանց վարքագիծը փոխելու նպատակով:	Առողջ սննդակարգի մասին հանրային իրազեկման քարոզարշավները սահմանափակվում են մի քանի հեռուստահաղորդումներով, որոնց ժամանակ խոսվում է առողջ սնվելու մասին, ինչպես նաև առողջության պահպանման մասին որոշ ուղերձներով:
Շրջակա միջավայր. Առողջ սնվելու մշակույթի տարածմանը նպաստող պայմանների ստեղծում	Հանրային վայրերում (օրինակ դպրոցներում, հիմնարկ-ձեռնարկություններում, հիվանդանոցներում) իրականացնել սննդի սպառումը կրճատելուն ուղղված բազմաբաղադրիչ ռազմավարություններ	Դպրոցներում մատուցվող սննդակարգը չի վերահսկվում, հատկապես մարզերում: ՄԱԿ-ի Պարենի համաշխարհային ծրագիրը մեկնարկել է տարրական դասարանների աշակերտների համար «Կայուն դպրոցական սնունդ» ծրագիր:

<sup>a</sup> Նկարագրության սյունակում ներկայացված տեղեկությունը ստացվել է աղի կրճատման հարցերով SHAKE խորհրդատվական փաթեթից (ԱՀԿ, 2016a):

Այս միջոցառումներից չորսը ԱՀԿ-ի կողմից գնահատվել են որպես «լավագույն գնում» (սննդի բաղադրության փոփոխություն, շրջակա միջավայր, գիտելիք/իրագրելում և պիտակավորում): Այս քաղաքականության միջամտությունները համապատասխանում են «OneHealth» գործիքում թվարկված միջոցառումների հետ, որոնք կարող են մոդելավորվել այստեղ՝ ներդրումների շահութաբերության (ՆՇ) վերլուծության նպատակով:

- Համաճարակաբանական հսկողություն
- Արդյունաբերության ներգրավում սննդի բաղադրության փոփոխության գործընթացում
- Հաստատել չափորոշիչներ. պիտակավորում տուփի դիմային հատվածում
- Հաստատել չափորոշիչներ. ապակողմնորոշող մարկետինգի դեմ պայքարի ռազմավարություն
- Գիտելիք/իրագրելում. կրթական և իրագրելման աշխատանքներ
- Շրջակա միջավայր. հանրային սննդի վայրերում աղի կրճատման ռազմավարություններ

Բացի այդ, ԱՀԿ-ի «ՌՎՀ-ի կանխարգելման և պայքարի 2013–2020թթ գլոբալ ծրագրի» վերանայված Հավելված 3-ում (ԱՀԿ, 2017c) ներառված են երկու «արդյունավետ միջամտություն» (ծախսարդյունավետությունը ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում հավասար է >100 միջազգային դոլար՝ տրանսճարպերի և շաքարի օգտագործման հետևանքով պահպանված յուրաքանչյուր DALY դիմաց): Այդ միջոցառումների ներկա ընթացքը ներկայացված է Աղյուսակ 7-ում:

**Աղյուսակ 7. Տրանսճարպերի և շաքարի օգտագործվող քանակությունը նվազեցնելուն ուղղված քաղաքականությունների իրականացման ընթացիկ իրավիճակը Հայաստանում**

Քաղաքականություն	Նկարագրություն	Իրականացման ընթացքը
Տրանսճարպեր	Արդյունաբերական տրանսճարպերի բացառում սպառողական շղթայում դրանց օգտագործումը բացառող օրենսդրության մշակման միջոցով	Չկան ազգային քաղաքականություններ, որոնք սահմանափակում կամ բացառում են արդյունաբերական ճանապարհով արտադրվող տրանսճարպաթթուների օգտագործումը սննդում: Չկան փաստեր այն մասին, որ սննդային տրանսճարպերի օգտագործման ծավալները կրճատվել են: ԱՀԿ զեկույցներից մեկում այս միջամտությունը գնահատվել է որպես «սահմանափակ» (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2016), իսկ մեկ ուրիշ զեկույցում՝ «չկատարված» (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2017b).

**Աղյուսակ 7. շարունակություն**

Քաղաքականություն	Նկարագրություն	Իրականացման ընթացքը
Տրանսճարպեր	Արդյունաբերական տրանսճարպերի բացառում՝ սպառողական շղթայում դրանց օգտագործումը բացառող օրենսդրության մշակման միջոցով	2018 թ.-ի հունվարի 1-ից Ռուսաստանի Դաշնության և Եվրասիական տնտեսական միության երկրների կողմից ընդունվել է նոր չափորոշիչ բուսական և կենդանական ծագման յուղեր պարունակող պարենային ապրանքներում արդյունաբերական տրանսճարպաթթուների բաղադրության վերաբերյալ (TR CU 024/2011: Բուսական և կենդանական ծագման յուղեր պարունակող արտադրանքի տեխնիկական կանոնակարգ, հաստատվել է Մաքսային միության հանձնաժողովի 09.12.2011 թ-ի No. 883 որոշմամբ): Արդյունաբերական տրանսճարպաթթուների առկայությունը կոշտ, փափուկ և հեղուկ մարգարիտում, կաթնայուղի փոխարինիչներում, ինչպես նաև հատուկ նպատակների համար արտադրվող ճարպերը/յուղերը չպետք է գերազանցեն տվյալ սննդամթերքում ընդամենը ճարպերի 2.0 %-ը: Պարզ չէ, թե այս պահանջը որքանով է կատարվել Հայաստանում:
Շաքար	Կրճատել շաքարի սպառումը՝ շաքարի բարձր պարունակությամբ զովացուցիչ ըմպելիքների բարձր դրույքաչափով հարկման միջոցով:	Որևէ միջոցառում չի իրականացվել շաքարի բարձր պարունակությամբ սննդի սպառման ծավալները կրճատելու ուղղությամբ: Նախապատրաստվում է շաքարի բարձր պարունակությամբ զովացուցիչ ըմպելիքների հարկման վերաբերյալ օրինագիծ:

Քանի որ OneHealth գործիքը դեռևս չի կարող հաշվարկել ճարպերի և շաքարի սպառմանն ուղղված միջոցառումների ազդեցությունը, դրանք չեն ներառվել ՆԿ վերլուծությունում:

**Սրտանոթային հիվանդությունների և շաքարային դիաբետի բուժմանն ուղղված կլինիկական միջամտություններ**

ԱՀԿ-ի «ՌԿՀ-ի կանխարգելման և պայքարի 2013–2020թթ. գլոբալ ծրագրի» վերանայված Հավելված 3-ում թվարկված են մի շարք կլինիկական միջամտություններ՝ ուղղված ՍԱՀ և դիաբետի բուժմանը (ԱՀԿ, 2017c): Աղյուսակ 8-ում ներկայացված են սույն վերլուծությանն առավել համապատասխանող միջոցառումները, ինչպես նաև Հայաստանում ներկա իրավիճակի գնահատումը:

**Աղյուսակ 8. Սրտանոթային հիվանդությունների ռիսկի նվազմանն ուղղված կլինիկական քաղաքականությունների ներկա ընթացքը Հայաստանում**

Քաղաքականություն	Նկարագրություն	Իրականացման ընթացքը
<p>Սրտանոթային հիվանդությունների ռիսկի գնահատում և կառավարում</p>	<p>ՍԱՀ/դիաբետի ռիսկի հետազոտում</p> <hr/> <p>Դեղորայքային բուժում (ներառյալ դիաբետով հիվանդների մոտ գլյուկոզի մակարդակի և արյան ճնշման հսկողություն՝ կիրառելով ընդհանուր ռիսկի գնահատման վրա հիմնված մոտեցում) և խորհրդատվության տրամադրում նրանց, ովքեր տարել են ինֆարկտ կամ կաթված և նրանց, ում մոտ բարձր է առաջիկա 10 տարվա ընթացքում մահացու կամ ոչ մահացու ՍԱՀ զարգացման ռիսկը (≥30%):</p>	<p>Կա ՍԱՀ ռիսկի գործոնների ազգային սքրինինգային ծրագիր, ԱՄՊ բժիշկները անցել են ՍԱՀ ռիսկերը հաշվարկելու թեմայով վերապատրաստում: Կա ԶԱ գերճնշման դեպքերը հայտնաբերելու արդյունավետությունը բարձրացնելու վերաբերյալ ծրագիր, սակայն դեպքերի հայտնաբերումը շարունակում է թերի մասը և պատշաճ չվերահսկվել: STEPS հետազոտության տվյալների համաձայն՝ չափահաս բնակչության միայն 68 %-ն է երբևէ չափել իր զարկերակային ճնշումը: Ընդ որում տղամարդիկ ավելի հազվադեպ (տղամարդկանց 61% [95% ՎՄ 55-66], կանանց 77% [95% ՎՄ 74 -80]): Զարկերակային բարձր մակարդակ<sup>1</sup> ունեցող չափահասների միայն 35% -ի մոտ է ախտորոշվել գերճնշում<sup>2</sup>: Այստեղ ևս զգալիորեն ավելի քիչ են տղամարդիկ, քան կանայք (տղամարդկանց 28% [95% ՎՄ 21-34], կանանց՝ 40% [95% ՎՄ 34- 45]) (Անդրեասյան և ուրիշներ, 2018թ):</p>
		<p>Առանձին բժիշկներ վարում են շաքարային դիաբետով հիվանդների ռեգիստր: Դիաբետով հիվանդների շրջանում գերճնշման կառավարման մշտադիտարկում չի կատարվում (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2016թ): Մեկ այլ հետազոտության տվյալներով՝ հակահիպերտենզիվ դեղամիջոցների նշանակում ստացածների 80 %-ը չէր ընդունել դեղը վերջին 24 ժամվա ընթացքում (Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, 2016թ): Ըստ STEPS-ի արդյունքների՝ գերճնշում<sup>3</sup> ախտորոշմամբ ռեսպոնդենտների 64 %-ը ստանում է բուժում<sup>4</sup> (տղամարդկանց 60% [95% ՎՄ 46 - 74] և կանանց 66% [95% ՎՄ 59-72]), սակայն յոթից միայն մեկն է (16.0%) վերահսկում իր զարկերակային ճնշումը<sup>5</sup> (տղամարդկանց 16% [95% ՎՄ 5 - 27] և կանանց 16% [95% ՎՄ 10-22]) (Անդրեասյան և ուրիշներ, 2018թ): Ախտորոշվածների զարկերակային արյան միջին ճնշումը կազմել է 183/125, որը թիրախային մակարդակից զգալիորեն բարձր է: ՍԱՀ-ի ռիսկի գնահատում կատարում է հանրապետության ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժհաստատությունների 25-50%, այսինքն՝ միայն կեսը (ԱՀԿ, 2018b): Ինչպես վկայում են STEPS հետազոտության արդյունքները, բարձր ռիսկի բնակչության 43 %-ը ստանում է դեղորայքային բուժում և խորհրդատվություն՝ ինֆարկտը և կաթվածը կանխարգելելու նպատակով (Անդրեասյան և ուրիշներ, 2018թ):</p>

**Աղյուսակ 8. շարունակություն**

Քաղաքականություն	Նկարագրություն	Իրականացման ընթացքը
<p>Սրտամկանի սուր ինֆարկտ (ՍՍԻ) և կաթված</p>	<p>ՍՍԻ նոր դեպքերի բուժում ացետիլսալիցիլաթթվով կամ ացետիլսալիցիլաթթվով և կլոպիդոգրելով, կամ թրոմբոլիտիկ դեղամիջոցներով կամ առաջնային ենթամաշկային կորոնար միջամտությամբ</p>	<p>ՌՎՀ-ի կանխարգելման և հսկողության ընթացի մշտադիտարկման վերաբերյալ 2018 թ-ին հրապարակված ԱՀԿ գեկույցի համաձայն՝ Հայաստանում ներդրվել են չորս հիմնական հիվանդությունների, այդ թվում՝ ՍԱՀ-ի վարման կլինիկական ուղեցույցներ, սակայն բուժօգնության որակի ընթացիկ մշտադիտարկում չի կատարվում: ԱՀԿ գեկույցում ՍՍԻ և կաթվածի բուժման հարցում հաջողությունները գնահատվում են որպես «չափավոր» (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2016թ):</p>
	<p>Սուր իշեմիկ կաթվածի բուժում ներերակային թրոմբոլիտիկ թերապիայի միջոցով</p>	<p>Ըստ STEPS տվյալների (Անդրեասյան և ուրիշներ, 2018 թ.)՝ չափահաս բնակչության 9 %-ի մոտ երբևէ եղել է սրտամկանի ինֆարկտ կամ ցավ կրծքավանդակում (սրտանոթային հիվանդությամբ պայմանավորված՝ ստենոկարդիա) կամ գլխուղեղի կաթված: Ընտանեկան բժիշկները գնահատում են կաթվածից հետո հիվանդի մոտ ՍԱՀ-ի ռիսկի գործոնները: Սրտի հիվանդությունները կանխարգելելու կամ բուժելու նպատակով 45-69 տարիքային խմբում ասպիրին և/կամ ստատին ընդունում են համեմատաբար փոքր թվով մարդիկ (համապատասխանաբար 12% և 3%) (Անդրեասյան և ուրիշներ, 2018թ): Անկախ սոցիալական խմբերից, ՍՍԻ կամ կաթվածից հետո հիվանդներն անվճար կարգով երկու ամիս ստանում են համապատասխան դեղեր, որից հետո, եթե մարդուն տրվում է հաշմանդամության կարգ, ապա դեղերի տրամադրումը շարունակվում է:</p>

<sup>1</sup> ՍԱՀ  $\geq 140$  և/կամ ԴԱՀ  $\geq 90$  մմ սս կամ ներկայում ստանում է հակահիպերտենզիվ դեղորայք:  
<sup>2</sup> Բժիշկը կամ այլ բուժաշխատող ասել է, որ նրա մոտ բարձր է զարկերակային ճնշումը (գերճնշում)  
<sup>3</sup> Բժիշկը կամ այլ բուժաշխատող ասել է, որ նրա մոտ բարձր է զարկերակային ճնշումը (գերճնշում)  
<sup>4</sup> Գերճնշումը կարգավորելու նպատակով վերջին երկու շաբաթվա ընթացքում ընդունում է բժշկի կամ այլ բուժաշխատողի կողմից նշանակված հակահիպերտենզիվ դեղերը:  
<sup>5</sup> Զարկերակային ճնշման ֆիզիկական չափման արդյունքը՝  $<140/90$ մմ սս

**Աղյուսակ 8. շարունակություն**

Քաղաքականություն	Նկարագրություն	Իրականացման ընթացքը
Դիաբետ	Գլիկեմիկ հսկողություն  Դիաբետիկ ռետինոպատիայի հետազոտություն և ոտնաթաթի բուժխնամք՝ բարդություններից խուսափելու նպատակով	Դիաբետով հիվանդները կազմակերպված ձևով չեն իրազեկվում ֆիզիկական ակտիվության և սննդակարգի մասին: Երկրում չկան առողջության դպրոցներ դիաբետով հիվանդների համար: Չկա դիաբետի ազգային ռեգիստր, ուստի դժվար է մշտադիտարկել մատուցվող ծառայություններում դիաբետով հիվանդների ընդգրկվածությունը և բուժման ելքերը: Ըստ STEPS տվյալների (Անդրեսայան և ուրիշներ, 2018 թ) շաքարային դիաբետ ակտորոշումով տղամարդկանց 61 %-ը և կանանց 50%-ը ընդունում է նշանակված դեղամիջոցները, իսկ տղամարդկանց 16%-ը և կանանց 22%-ը՝ ստանում է ինսուլին: Հակադիաբետիկ դեղերը հիվանդներին տրամադրվում են անվճար՝ անկախ սոցիալական խմբից: Հիվանդները վճարում են գլիկոզացված հեմոգլոբինի թեստի համար: Ընդ որում, այս հետազոտության ընդգրկման ծավալները ցածր են: (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2016).  Աչքի հետազոտությունը կատարվում է տարեկան մեկ անգամ հաճախականությամբ, թեև ընդգրկումը և որակը չեն վերահսկվում: Կատարվում է նաև հիվանդների ոտնաթաթի զննում: Կատարողականի սահմանված ցուցանիշներ ապահովելու դեպքում բժիշկը ստանում է հավելավճար:

OneHealth գործիքի միջոցով կարելի է մոդելավորել միջամտությունների հետևյալ փաթեթը՝ ՆՇ վերլուծության նպատակով:

- ՍԱՀ/դիաբետի զարգացման ռիսկի հետազոտություն
- ՍԱՀ/դիաբետի զարգացման բարձր բացարձակ ռիսկի դեպքերի բուժում (>30%)
- ՍՍԻ նոր դեպքերի բուժում ասպիրինով
- Հաստատված ՍԻՀ և հետ-ՍՍԻ դեպքերի բուժում
- Հաստատված ՍԱԻ և կաթվածի դեպքերի բուժում
- Ստանդարտ գլիկեմիկ հսկողություն
- Ինտենսիվ գլիկեմիկ հսկողություն
- Ռետինոպատիայի հետազոտություն և ֆոտոկոագուլյացիա
- Դիաբետային ներոպատիայի հետազոտություն և ոտնաթաթի կանխարգելիչ խնամք

**Ամփոփում**

Այս բաժնում նկարագրված ինչպես քաղաքականության, այնպես էլ անհատական միջամտությունների մակարդակում իրականացվող ՌՎՀ-ի միջամտությունների գնահատումը վերհանում է ԱՀԿ-ի կողմից առաջարկված ՌՎՀ-ի կանխարգելման ծախսարդյունավետ միջոցառումների և կլինիկական միջամտությունների իրականացման հետ կապված թերությունները, ինչպես նաև առանձնացնում է այն ոլորտները, որոնք խստացման, ամրապնդման և ավելի լայնամասշտաբ իրականացման կարիք ունեն՝

100% ընդգրկում ապահովելու համար: Այս արդյունքները քննարկվել են ՀՀ առողջապահության նախարարության հետ, որը հաշվարկել է ընդգրկման ներկա մակարդակը՝ հիմնվելով վերոնշյալ գնահատման վրա: Այն ամփոփ ներկայացված է Աղյուսակ 9-ում:

**Աղյուսակ 9. ՈՎՀ-ի միջամտությունների ընդգրկման գնահատումը “One Health” գործիքի օգնությամբ**

<b>Ծխախոտի օգտագործում</b>	
Մշտադիտարկել ծխախոտի օգտագործումը և կանխարգելման քաղաքականությունը	100%
Պաշտպանել մարդկանց ծխախոտի ծխից	50%
Առաջարկել օգնություն ծխելը դադարեցնելու համար. mCessation	50%
Զգուշացնել վտանգների մասին. նախազգուշացնող պիտակներ	100%
Զգուշացնել վտանգների մասին. զանգվածային լրատվամիջոցների քարոզարշավ	25%
Ծխախոտի գովազդն արգելող դրույթների կիրարկում	50%
Երիտասարդների համար ծխախոտի հասանելիությունը սահմանափակող դրույթների կիրառում	50%
Ծխախոտային արտադրանքի ակցիզային հարկի դրույթաչափի բարձրացում	25%
Ծխախոտային արտադրանքի ստանդարտացված փաթեթավորում	0%
<b>Ալկոհոլի չարաշահում</b>	
Մանրածախ ալկոհոլային խմիչքների հասանելիությունը սահմանափակող դրույթների կիրառում	50%
Ալկոհոլի գովազդն արգելող դրույթների կիրառում	10%
Ոչ սթափ վիճակում տրանսպորտային միջոցները վարելն արգելող դրույթների կիրառում (սթափության ստուգման կետեր)	50%
Ալկոհոլային ըմպելիքների ակցիզային հարկի դրույթաչափի բարձրացում	25%
<b>Ֆիզիկական ակտիվություն</b>	
Ֆիզիկական ակտիվությունը խթանող հանրային իրազեկման քարոզարշավներ	25%
<b>Կերակրի աղի չարաշահում</b>	
Համաճարակաբանական հսկողություն	75%
Արդյունաբերության ներգրավում սննդի բաղադրության փոփոխության գործընթացում	0%
Սահմանել չափորոշիչներ. տուփի դիմային հատվածում պիտակի տեղադրում	0%
Սահմանել չափորոշիչներ. պայքար ապակողմորոշող մարկետինգի դեմ	0%
Գիտելիք/իրազեկում. հանրության կրթում և իրազեկում	25%
Շրջակա միջավայր. հանրային սննդի վայրերում աղի օգտագործման քանակության կրճատմանն ուղղված ռազմավարություններ	0%
<b>Կլինիկական միջամտություններ. սրտանոթային հիվանդություններ</b>	
ՍԱՀ-երի և շաքարային դիաբետի զարգացման ռիսկի հետազոտություններ	75%
ՍԱՀ-երի և շաքարային դիաբետի զարգացման բարձր բացարձակ ռիսկ (>30%) ներկայացնող դեպքերի բուժում	50%
Սրտամկանի սուր ինֆարկտի նոր դեպքերի բուժում ասպիրինով	75%
Հաստատված սրտի իշեմիկ հիվանդության և սրտամկանի ինֆարկտի դեպքերի բուժում	75%
Հաստատված սրտանոթային հիվանդության և կաթվածի դեպքերի բուժում	50%



## Աղյուսակ 9. շարունակություն

### Կլինիկական միջամտություններ. շաքարային դիաբետ

Ստանդարտ գլիկեմիկ հսկողություն	75%
Ռետինոպաթիայի հետազոտություն և ֆոտոկոագուլյացիա	25%
Նեֆրոպաթիայի հետազոտություն և ոտնաթաթի կանխարգելիչ բուժխնամք	25%

Հեղինակները գնահատել են քաղաքականության միջոցառումների ընդգրկումը՝ հիմնվելով Բաժին 3-ում ներկայացված գնահատման արդյունքների վրա, որոնք 2018 թ-ի տյեմբերին քննարկվել են ազգային թիմի հետ և համապատասխանաբար ճշգրտվել:

## 4. Մեթոդաբանություն

Տվյալների նախնական հավաքագրումը և վերլուծությունը ստանձնել էր ԱՀԿ-ի կենտրոնական, տարածաշրջանային և տեղական գրասենյակների, ՄԱԿ-ի Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և պայքարի միջգերատեսչական աշխատանքային խմբի, ՄԱԿ-ի զարգացման ծրագրի, ինչպես նաև Ռուսաստանի Դաշնության առողջապահության նախարարության Կանխարգելիչ բժշկության ազգային գիտահետազոտական կենտրոնի և Բուժօգնության որակի գնահատման և վերահսկման կենտրոնի ներկայացուցիչներից բաղկացած բազմագերատեսչական թիմը, որը 2018 թ-ի տյեմբերի 13-ից 15-ը այցելել է Հայաստան՝ ՈՎՀ-ի կանխարգելմանը և պայքարին ուղղված ներդրումների նպատակահարմարությունը հիմնավորող եռամսկարգակ տևտեսական գնահատում, ինչպես նաև ինստիտուցիոնալ և բովանդակային վերլուծություն կատարելու նպատակով: Խումբը կազմված է եղել առողջապահության տևտեսագետներից, համաճարակաբաններից և սոցիալական զարգացման և հանրային առողջության փորձագետներից: Տվյալների հավաքագրման և վերլուծության նպատակով թիմը կատարել է հետևյալ աշխատանքները:

Սույն բաժնում նկարագրված են տևտեսական վերլուծության տարբեր փուլերում կիրառված մեթոդները և տևտեսական մոդելները:

- ՈՎՀ-ի տևտեսական բեռի հաշվարկ, մասնավորապես ուղղակի և անուղղակի ծախսերը (Ժամանակավոր անաշխատունակություն, աշխատավայրում ձևական ներկայությամբ պայմանավորված ցածր աշխատունակություն և վաղաժամ մահ)
- Միջոցառումների իրականացման համար պահանջվող ծախսերի հաշվարկ (կլինիկական և քաղաքական միջամտություններ)
- Առողջության ցուցանիշների վրա ազդեցության գնահատում
- Ներդրումների շահութաբերության վերլուծություն

Բացի այդ, բաժնում անդրադարձ է կատարվում ինստիտուցիոնալ և բովանդակային վերլուծության նպատակով կիրառված մեթոդաբանությանը:

### ՈՎՀ-ի տևտեսական բեռի/վնասի հաշվարկ

ԱՀԿ-ը և ՄԱԿ-ի զարգացման ծրագիրը մշակել են ՈՎՀ-ի տևտեսական բեռի հաշվարկման մոդել, որի օգնությամբ գնահատվել են Հայաստանում ՈՎՀ-ի հետ կապված ընթացիկ ուղղակի և անուղղակի ծախսերը: Մոդելավորման նպատակով կիրառվել են 2018-2033 թթ.-ի համար բնակչության վերաբերյալ տվյալներն ըստ սեռի և տարիքի՝ հաշվի առնելով 2011-2017 թթ.-ի բնակչության միտումները: Համատեղ դիտարկվել են սրտամկանի ինֆարկտի և կաթվածի հիվանդացության վերաբերյալ տվյալները, ինչպես նաև շաքարային դիաբետի, գերճնման և շնչառական քրոնիկ հիվանդությունների տարածվածություն

ըստ սեռի և տարիքի (Անդրեասյան և ուրիշներ, 2018թ): Յուրաքանչյուր վիճակի համար կիրառվել են մահացության տվյալներն ըստ սեռի և տարիքի: Մոդելի օգնությամբ հաշվարկվել են դիաբետի, սրտանոթային հիվանդությունների և շնչառական քրոնիկ հիվանդությունների հիվանդացության, տարածվածության և մահացության կանխատեսումները 2018 թ. և 2033 թ. համար՝ անփոփոխ պահելով ընթացիկ ցուցանիշները<sup>11</sup>: Այդ կանխատեսումներն ամփոփվել են որպես ընդհանուր հիվանդացության, տարածվածության և մահացության ցուցանիշներ ինչպես ամբողջ ազգաբնակչության, այնպես էլ աշխատունակ տարիքի (15-ից 64 տարեկան) բնակչության համար:

Տնտեսական վսասը հաշվարկելու նպատակով կատարվել են հետևյալ քայլերը.

- ՀՀ առողջապահության նախարարության Առողջապահության ազգային ինստիտուտի կողմից ներկայացվել են 2015-2016 թթ. համար ընդհանուր պետական առողջապահական ծախսերի և յուրաքանչյուր ՌՎՀ-ի խմբի (ՍԱՀ, դիաբետ, քաղցկեղ և շնչառական հիվանդություններ) համար ընդհանուր առողջապահական ծախսերի մասնաբաժնի վերաբերյալ տվյալները: Ուղղակի ոչ առողջապահական ծախսերից է հաշմանդամության նպաստը, որը հաշվարկվել է՝ հիմք ընդունելով վերլուծության նպատակով դիտարկվող հիվանդության արդյունքում հաշմանդամություն ստացած մարդկանց թիվը, ինչպես նաև հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց վճարվող տարեկան նպաստի չափը (տարեկան 448 022 դրամ մեկ մարդու հաշվով):
- Հաշվարկվել են նաև Հայաստանում յուրաքանչյուր լրիվ դրույքով աշխատողների տարեկան ծախսերը (տնտեսական արտադրության տեսակետից): Այն հիմնված է ՀՆԱ ցուցանիշի վրա՝ մեկ աշխատողի հաշվով, որը սահմանվում է երկրի ՀՆԱ-ը (5.58 տրիլիոն դրամ 2017 թ-ին) բոլոր աշխատողների թվին բաժանելու միջոցով: Հայաստանում աշխատողների ընդհանուր թիվը հաշվարկելու համար օգտագործվել են 16 և բարձր տարիքի զբաղվածների ընդհանուր թվի (1.76 միլիոն), գործազրկության մակարդակի (17.8 %) և աշխատանքային մասնակցության գործակցի (50.1 %) մասին ՀՀ տվյալները:
- Օգտագործվել են տվյալներ այն մասին, թե որքանով են ՌՎՀ-ը նվազեցնում աշխատանքի արտադրողականությունը: Գիտական հրապարակումներում (Anesetti-Rothermel & Sambamoorthi, 2011; Wang et al., 2003) առկա էին ցուցանիշներ հետևյալի վերաբերյալ՝ (1) զարկերակային արյան զերճնշման, կաթվածի, սրտամկանի սուր ինֆարկտի և շաքարային դիաբետի արդյունքում աշխատուժի մասնակցության գործակցի անկում, (2) ժամանակավոր անաշխատունակության պատճառով լրիվ աշխատած ժամերի թվի կրճատում և (3) աշխատավայրում ձևական ներկայության հետևանքով աշխատանքի արտադրողականության նվազում:
- Որոշվել է 2017 թ-ին Հայաստանում ՌՎՀ ունեցող աշխատողների փաստացի թիվը: Աշխատանքային մասնակցության գործակցի, գործազրկության մակարդակի և մահացության ցուցանիշի օգնությամբ հաշվարկվել է ՌՎՀ ունեցող աշխատունակ տարիքի մարդկանց թիվը: Այնուհետև այդ թվից հանվել է այն մարդկանց թիվը, ովքեր որոշել են չմասնակցել աշխատանքային գործունեությանը կամ եղել են գործազուրկ, իսկ այնուհետև նաև նրանց, ովքեր չեն կարողացել մասնակցել աշխատանքային գործունեությանը ՌՎՀ-ի պատճառով, իսկ վերջում նաև նրանց, ովքեր մահացել են ՌՎՀ-ից: Արդյունքում ստացվել է փաստացի աշխատողների թիվը, ում մոտ առկա է ՌՎՀ:
- Վերջում հաշվարկվել են փոխարինման ծախսերը թե՛ այն փաստացի զբաղվածների համար, ովքեր մահացել են և թե՛ այն պոտենցիալ աշխատողների համար, ովքեր չեն կարողացել մասնակցել աշխատանքային գործընթացին, ինչպես նաև ՌՎՀ ունեցող փաստացի աշխատողների ժամանակավոր անաշխատունակության և ձևական մասնակցության հետ կապված ծախսերը: Հաշվարկի երկրորդ փուլում ստացված հարաբերական արտադրողականության ցուցանիշները համադրվել են երրորդ փուլում սահմանված պոպուլյացիաների հետ և բազմապատկվել են ՀՆԱ-ով՝ մեկ զբաղվածի հաշվով: Արդյունքում ստացվել է յուրաքանչյուր ՌՎՀ-ի դեպքում տնտեսության համար վնասի ընդհանուր գումարը:

<sup>11</sup> Մոդելի օգնությամբ գնահատվել է տարածվածության, հիվանդացության և մահացության ցուցանիշների աճը միայն բնակչության թվի աճի, այլ ոչ թե հիվանդությունների ցուցանիշների աճի հիման վրա:

## Քաղաքականության և կլինիկական միջամտությունների իրականացման հետ կապված ծախսերի հաշվարկը

Քաղաքականության միջոցառումների իրականացման ծախսերը հաշվարկվել են ԱՀԿ-ի ծախսերի հաշվարկման գործիքի (ԱՀԿ, 2012), իսկ կլինիկական միջամտությունների ծախսերը՝ OneHealth գործիքի օգնությամբ: Գործիքը ստորև նկարագրված ձևով բացահայտում է, քանակական սահմանում տալիս և գնահատում է յուրաքանչյուր ռեսուրսը, որը պահանջվում է միջամտության համար:

- ԱՀԿ-ի ծախսերի հաշվարկման կամ OneHealth գործիքները օգնում են յուրաքանչյուր քաղաքականության համար հաշվարկել մարդկային ռեսուրսները, դասընթացները, արտաքին հանդիպումները, ՀԼՍ քարոզարշավները (ինչպես օրինակ հեռուստառադիոյով հեռարձակման ժամանակը և տպագիր մամուլում գովազդը) և այլ միջոցներ, որոնք անհրաժեշտ են քաղաքականությունների և ծրագրերի իրականացման համար:
- Յուրաքանչյուր քաղաքականության հիմքում ընկած են ԱՀԿ փորձագետների կողմից սահմանված ենթադրություններն այն իրականացնելու համար անհրաժեշտ ներդրումների քանակության վերաբերյալ: ԱՀԿ ծախսերի հաշվարկման գործիքը կամ OneHealth գործիքը գնահատում է ազգային, մարզային և տեղական մակարդակներում պահանջվող ռեսուրսների քանակությունը: Ռեսուրսների յուրաքանչյուրի միավորի արժեքը վերցվել է ԱՀԿ-ի CHOICE տվյալների բազայից (Bertram et al., 2017; Stenberg, 2018):

## Ներդրումների շահութաբերություն

Ներդրումների շահութաբերության գործակիցը կիրառվում է առողջապահության ոլորտում իրականացվող միջամտությունների շահութաբերությունը գնահատելու նպատակով: Այն թույլ է տալիս համեմատել կլինիկական միջամտությունների իրականացման արդյունքում մարդկանց առողջության ցուցանիշների բարելավման ծավալները և ժամկետները դրանց իրականացման նպատակով կատարված ներդրումների ծավալների և ժամկետների հետ: Ներդրումների շահութաբերությունը միջամտության իրականացման արդյունքում ստացված արդյունքի զեղչված (ընթացիկ) արժեքի և կատարված ներդրումների չափի հարաբերակցությունն է: Ապագա ծախսերը և արդյունքները զեղչվում են, քանի որ ապագայում տարադրամի միավորն ավելի ցածր արժեք կունենա, քան այսօր՝ պայմանավորված փողի ժամանակավոր արժեքով: ՆՇ վերլուծությունը հիմնված է այդ նպատակով ԱՀԿ-ի կողմից մշակված Excel մոդելի վրա և թույլ է տալիս որոշել այս գնահատման մեջ ներառված մի շարք շահավետ միջամտություններում կատարվելիք ներդրման արդյունքում առաջարկվող տնտեսական արդյունքի արժեքը: Աղյուսակ 9-ում թվարկված են սույն հաշվարկում ընդգրկված ռազմավարությունից բխող միջամտությունները:

Առաջարկվող մեթոդաբանությունը ՌՎՀ-ի համար ՆՇ-ի մոդելն է, որը մշակվել էր 2015 թ-ին ՄԱԿ ԶԾ/ԱՀԿ-ի «ՌՎՀ-ի կառավարման համատեղ ծրագրի» համար, որն իրականացվել է OneHealth և ԱՀԿ-ի ծախսերի հաշվարկի գործիքների օգնությամբ: OneHealth գործիքի կիրառության վերաբերյալ մանրամասները ներկայացված են OneHealth գործիքի ձեռնարկում (Avenir Health, 2017): Այն նաև մանրամասն ներկայացված է ՌՎՀ-ի կանխարգելմանը և պայքարին ուղղված ներդրումների նոր տեխնիկական հավելվածում (ԱՀԿ և ՄԱԿԶԾ, 2018):

Պարզելու համար, թե առաջարկվող միջամտությունների շարքի իրականացումը, ընդհանուր առմամբ, ինչպես կազդի ՀՆԱ աճի վրա, գնահատվել են աշխատանքի արտադրողականության ցուցանիշները հետևյալ քայլերի օգնությամբ:

Օգտագործվել են ՌՎՀ ունեցողների աշխատանքի արտադրողականության նվազման ցուցանիշների վերաբերյալ տվյալները՝ ըստ ՌՎՀ-ի տնտեսական վնասի հաշվարկման մոդելի: Քանի որ միջամտությունների իրականացումը նպաստում է ՍԻՀ և կաթվածի կանխատեսվող հիվանդացության կրճատմանը, համապատասխանաբար ավելանում է բնակչության կյանքի առողջ տարիների թիվը: Հաշվի առնելով կյանքի առողջ տարիների ավելացումը, մեկ զբաղվածի հաշվով ՀՆԱ ցուցանիշը, ինչպես նաև աշխատավայրում ձևական ներկայության և ժամանակավոր անաշխատունակության ցուցանիշների

կրճատումը՝ նախատեսվում է, որ աշխատավայրում ձևական ներկայության և ժամանակավոր անաշխատունակության կանխարգելման շնորհիվ կավելանա երկրի ՀՆԱ:

Աշխատանքային մասնակցության գործակցի և կանխվող մահերի կանխատեսվող թվի հիման վրա հաշվարկվել է կանխվող մահերի արդյունքում աշխատանքային մասնակցության գործակցի աճը: Կանխված մահացությունը վերածվել է դրամական համարժեքի՝ մեկ զբաղվածի հաշվով ՀՆԱ բազմապատկելու միջոցով, ինչպես նշվել էր վերևում:

Ներդրումների շահութաբերության գործակիցը հաշվարկվել է Աղյուսակ 9-ում նշված միջամտությունների համար: Դրանք ընտրվել են՝ հիմնվելով միջամտությունների իրականացման համար կատարվող ծախսերի և առողջության ցուցանիշների բարելավման հաշվարկների համար առկա տվյալների վրա:

Ծախսարդյունավետ միջոցառումների իրականացման արդյունքում կանխատեսվող տնտեսական ազդեցությունը պայմանավորված է աշխատավայրում ձևական ներկայության և կանխված մահացության արդյունքում կանխված վնասի չափերով: Միջամտությունների իրականացման ազդեցությունը, որը չափվում է որպես ՀՆԱ ընդհանուր աճ, հաշվարկվել է երեք ազդեցությունների/օգուտների գումարման միջոցով:

Հայաստանի համար ՆՇ գործակիցը հաշվարկվել է միջամտության ազդեցությունը (ՀՆԱ աճ) և այդ միջամտությունների ներդրման և կիրարկման հետ կապված ընդհանուր ծախսերը համադրելու միջոցով: Հաշվարկն արվել էր ապագա ծախսերի և տնտեսական ազդեցության նկատմամբ ներկա զուտ արժեքի մոտեցման եղանակով՝ կիրառելով 3% գործակցի զեղչ:

## **Ինստիտուցիոնալ և բովանդակային վերլուծություն**

Ներդրումների հիմնավորման ինստիտուցիոնալ և բովանդակային վերլուծության բաղադրիչով նախատեսվում էր ՄԱԿ-ի բազմագերատեսչական առաքելության թիմի հանդիպումը տարբեր պետական սեկտորների և հանրապետությունում գործող այլ շահագրգիռ կառույցների, այդ թվում ՄԱԿ-ի հայաստանյան թիմի, դոկտորների և զարգացման բանկերի հետ: Հանդիպումների ժամանակ քննարկվել են ՌՎՀ-ի ազդեցությունը զարգացման ազգային ծրագրի վրա, տարբեր ոլորտների և շահագրգիռ կառույցների գերակայությունները, ինչպես նաև տարբեր դերակատարների կողմից հնարավոր աջակցությունը Հասարակական ՌՎՀ-ի կանխարգելման և պայքարի համահանրապետական միջոցառումների իրականացման գործընթացին, այդ թվում՝ ներդրումների հիմնավորման արդյունքների իրականացմանը: Մասնավորապես 2018 թ-ի նոյեմբերի 13-15-ը առաքելությունն իրականացնող թիմը հանդիպել է ՀՀ առողջապահության, տնտեսական զարգացման և ներդրումների, աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարությունների, ՄԱԿ-ի և Համաշխարհային բանկի հայաստանյան գրասենյակների ներկայացուցիչների հետ:

Կազմակերպված կլոր սեղանին մասնակցել են վերոնշյալ կառույցների ներկայացուցիչները, ինչպես նաև մասնագետներ ՀՀ կրթության և գիտության, սպորտի և երիտասարդության հարցերի, արդարադատության նախարարություններից, Ազգային վիճակագրական ծառայությունից, ՀՀ-ում Ռուսաստանի Դաշնության դեսպանությունից և ԱՄՆ միջազգային զարգացման գործակալությունից: Այդ քննարկումների արդյունքում հնչած բազմաթիվ արժեքավոր տեսակետներ արտացոլվել են նաև սույն զեկույցում:

## 5. Արդյունքներ

Այս բաժնում անդրադարձ է կատարվում ՈՎՀ-ի տնտեսական վստահ գնահատմանը, ամփոփվում է ՆՇ վերլուծության առանձին բաղադրիչները, այդ թվում՝ առողջության ցուցանիշների բարելավումը, տնտեսական ազդեցությունները և ընդհանուր ծախսերը, ինչպես նաև յուրաքանչյուր միջամտությունների փաթեթի իրականացման համար պահանջվող ներդրումների շահութաբերությունը:

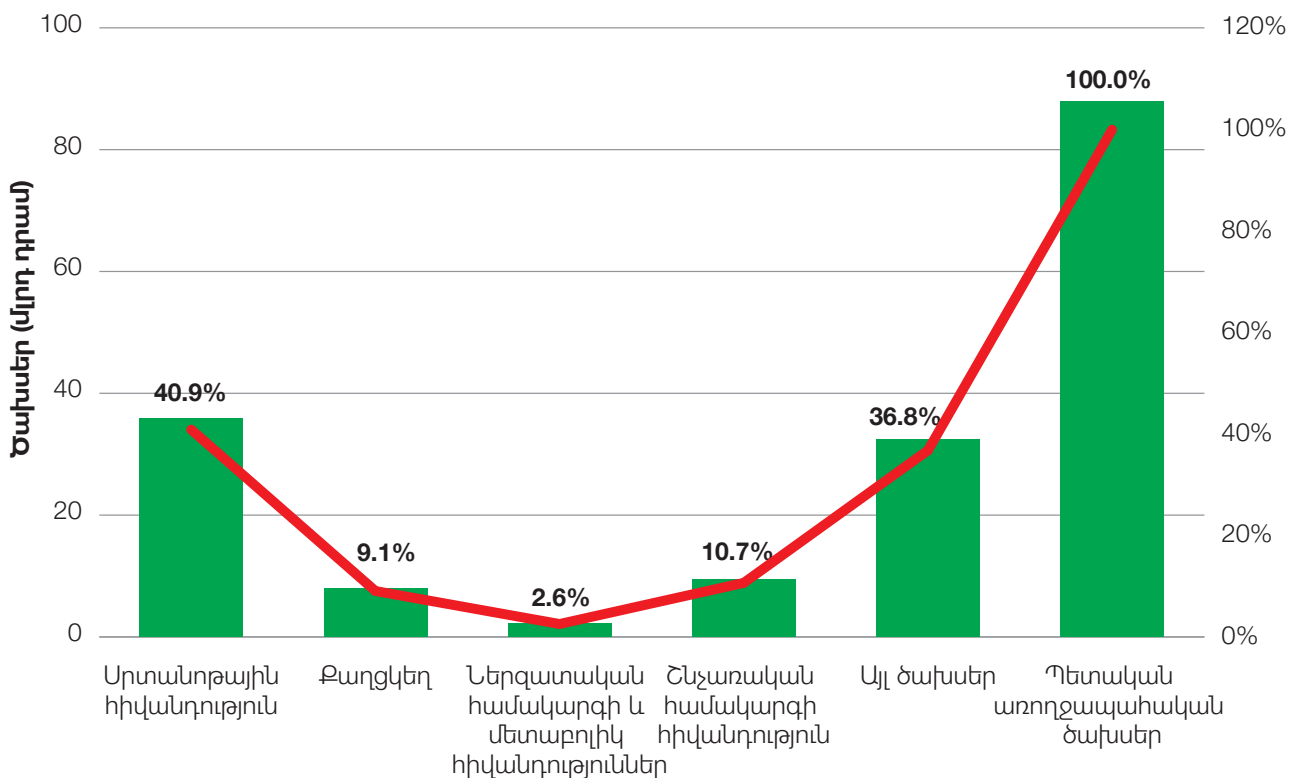
### Տարեկան տնտեսական բեռ

#### Ուղղակի ծախսեր

ՈՎՀ-ի տնտեսական բեռի հետ կապված ուղղակի ծախսերը գնահատվել են՝ հիմնվելով միայն պետական առողջապահական ծախսերի վրա և չեն ներառել մասնավոր /գրպանից/ վճարումները, երրորդ կողմ հանդիսացող ապահովագրողների ծախսերը և ոչ առողջապահական ծախսերը, ինչպիսին է, օրինակ տրանսպորտը:

2017 թ-ին Հայաստանի պետական առողջապահական ընդհանուր ծախսերը կազմել են 87.9 մլրդ ՀՀ դրամ: Ինչպես արդեն նշվել էր, յուրաքանչյուր ՈՎՀ-ի խմբի համար առողջապահական ընդհանուր ծախսերի մասնաբաժինը (ՍԱՀ, շաքարային դիաբետ, քաղցկեղ և շնչառական հիվանդություններ) 2015-2016 թթ. վերցվել էր առողջապահության ազգային հաշիվներից: Եթե ենթադրենք, որ այս բաշխման մեջ որևէ փոփոխություն տեղի չի ունենալու, ապա 2017 թ-ին ՈՎՀ-ի չորս հիմնական խմբերի համար տարեկան ծախսվել է 55.8 մլրդ դրամ (առողջապահական ընդհանուր ծախսերի 63 %-ը), որից 35.9 մլրդ դրամ (առողջապահական ընդհանուր ծախսերի 41 %) սրտանոթային հիվանդությունների, 8.0 մլրդ դրամ (առողջապահական ընդհանուր ծախսերի 9.1%) քաղցկեղի, 9.4 մլրդ դրամ (առողջապահական ընդհանուր ծախսերի 11%) շնչառական քրոնիկ հիվանդությունների և 2.3 մլրդ դրամ (առողջապահական ընդհանուր ծախսերի 3 %) ներզատական համակարգի և նյութափոխանակային հիվանդությունների (հիմնականում շաքարային դիաբետ) կանխարգելման և պայքարի համար (Նկար 2):

**Նկար 2. Պետական առողջապահական ծախսերը Հայաստանում, (մլրդ. դրամ), 2017 թ.**



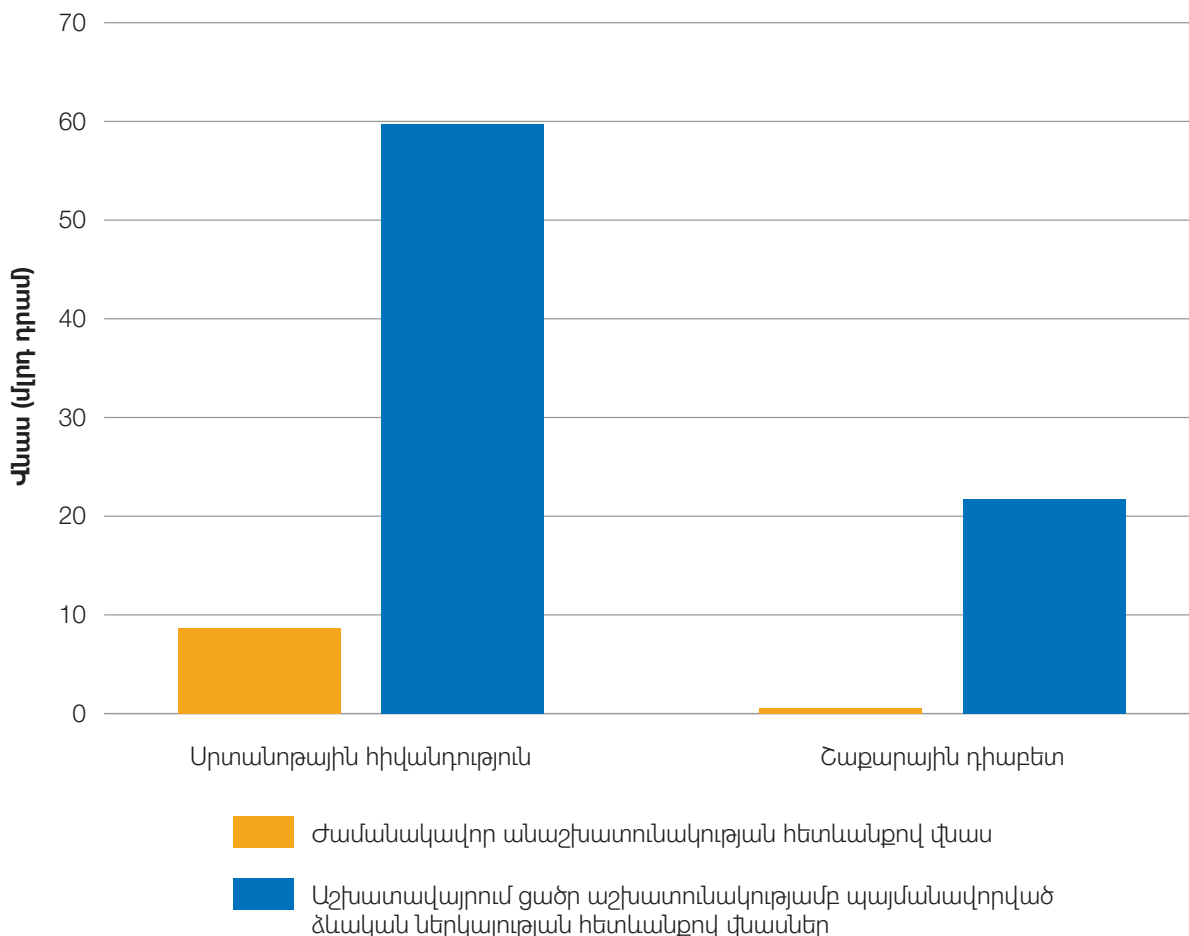
## Անուղղակի ծախսեր

Հայաստանի համար ՌՎՀ-ով պայմանավորված անուղղակի տնտեսական վնասը հաշվարկվել է՝ հիմնվելով աշխատանքային գործընթացին թերի մասնակցության, աշխատավայրում ձևական/անարդյունավետ ներկայության և ժամանակավոր անաշխատունակության աճի, ինչպես նաև վաղաժամ մահերի ցուցանիշների վրա:

Անուղղակի ծախսերը (աշխատավայրում ձևական ներկայության, ժամանակավոր անաշխատունակության և վաղաժամ մահվան արդյունքում կրած վնասը) հաշվարկվել են մարդկային կապիտալի գնահատման մեթոդաբանությամբ:

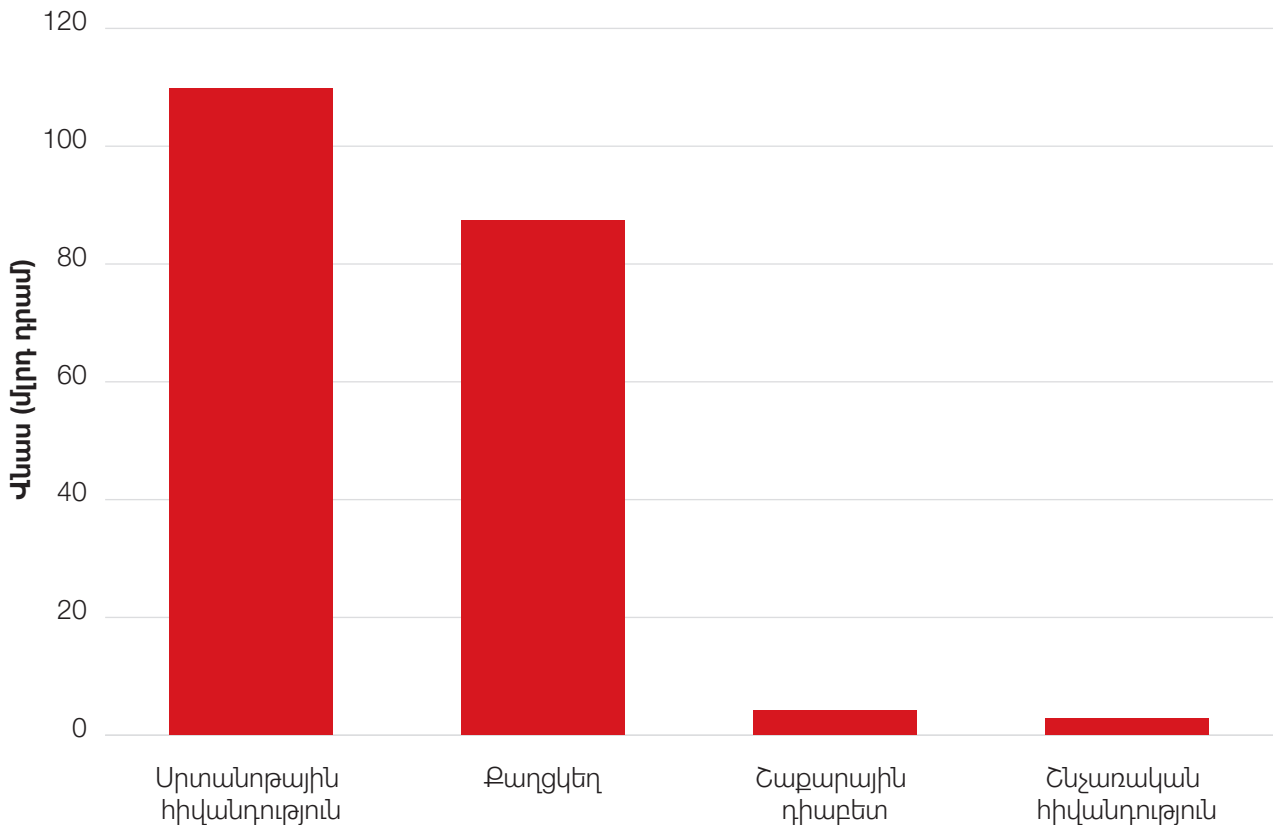
Աշխատավայրում ձևական ներկայության և ժամանակավոր անաշխատունակության հաշվարկը կատարվել է մարդկային կապիտալի գնահատման մեթոդաբանության և ՌՎՀ ունեցող աշխատուժի մասնաբաժնի հիման վրա (Նկար 3): Այս թվերը կարող էին հաշվարկվել միայն ՍԱՀ և դիաբետի համար, քանի որ գրականության մեջ չկան շնչառական քրոնիկ հիվանդությունների և քաղցկեղի վերաբերյալ հետազոտությունների մասին տեղեկություններ: Հաշվարկների համաձայն՝ յուրաքանչյուր տարի ժամանակավոր անաշխատունակության արդյունքում կրած վնասը կազմում է 1918 ամբողջ աշխատանքային օր՝ ՍԱՀ-ի համար, և 143 լրիվ աշխատանքային օր՝ դիաբետի համար, որի արդյունքում Հայաստանում ժամանակավոր անաշխատունակությամբ պայմանավորված ընդհանուր վնասը հավասար է 9.3 մլրդ. դրամի: Աշխատավայրում ձևական ներկայության արդյունքում վնասի համապատասխան հաշվարկը ցույց տվեց, որ անարտադրողական աշխատանքային օրերի քանակը հավասար է 13 170 լրիվ աշխատանքային օրվա՝ ՍԱՀ-երի և 4 785 լրիվ աշխատանքային օրվա՝ դիաբետով հիվանդների համար: Արդյունքում վնասը կազմում է 81.4 մլրդ. դրամ:

**Նկար 3. Սրտանոթային հիվանդություններով և շաքարային դիաբետով պայմանավորված ժամանակավոր անաշխատունակության և աշխատավայրում ձևական ներկայության արդյունքում առաջացած տնտեսական վնասը, (մլրդ. դրամ), 2017 թ.**



Վաղաժամ մահվան պատճառով տնտեսական վնասը նույնպես գնահատվել է մարդկային կապիտալի գնահատման մեթոդաբանության օգնությամբ, ըստ որի կորցրած արտադրության ծավալը համարժեք է արտադրության ընդհանուր ծավալին, որը կարող էր արտադրվել աշխատողների կողմից նրանց աշխատանքային կյանքի ընթացքում, եթե նրանք աշխատեին մինչև կենսաթոշակի անցնելու տարիքը: Վաղաժամ մահացությամբ պայմանավորված տնտեսական վնասը հաշվարկելու նպատակով նախ որոշվել է 2017 թ-ին հիմնական 4 ՌՎՀ-ի հետևանքով զբաղված բնակչության շրջանում կորցրած տարիների թիվը (աշխատանքային գործընթացի մասնակցության գործակիցը՝ բազմապատկած կոնկրետ տարիքային խմբի բնակչության զբաղվածության գործակցով), այնուհետև ստացված թիվը (31 891) բազմապատկվել է մեկ զբաղվածի հաշվով ՀՆԱ-ով: Աշխատողների վաղաժամ մահացության արդյունքում արտադրության կրած ընդհանուր վնասը գնահատվել է 204.2 մլրդ դրամ (Նկար 4):

**Նկար 4. Չորս հիմնական ՌՎՀ-ով պայմանավորված վաղաժամ մահացության արդյունքում տնտեսության վնասը, (մլրդ դրամ), 2017**



Բոլոր չորս ՌՎՀ-ից, սրտանոթային հիվանդությունների և քաղցկեղի հետ են կապված վաղաժամ մահացության հետևանքով կրած ամենամեծ տնտեսական վնասները, իսկ շաքարային դիաբետով և շնչառական համակարգի հիվանդություններով պայմանավորված մահացության հետևանքով կրած տնտեսական վնասները շատ չեն:

### Ընդհանուր տնտեսական վնասը

Աղյուսակ 8-ում ներկայացված են Հայաստանում ՌՎՀ-ով պայմանավորված ընդհանուր ուղղակի և անուղղակի ծախսերը: Անուղղակի տնտեսական վնասը 4.3 անգամ ավելի բարձր է (294.9 մլրդ. դրամ), քան ուղղակի վնասը (ամռոջապահական ծախսեր և հաշմանդամության նպաստներ): Գնահատված ուղղակի ծախսերը, որոնք չափվել են որպես 4 հիմնական ՌՎՀ-ին և հաշմանդամության նպաստներին ուղղված պետական ծախսեր, արդեն իսկ կազմում են 67.8 մլրդ դրամ, իսկ աշխատավայրում ձևական ներկայության, ժամանակավոր անաշխատունակության և վաղաժամ մահվան արդյունքում երկրի տնտեսությանը հասցված լրացուցիչ վնասները հասնում են 294.9 մլրդ դրամի: Վերջինս էլ ավելի մեծ կլիներ, եթե հնարավոր լիներ գնահատել քաղցկեղի և շնչառական քրոնիկ հիվանդությունների հետևանքով աշխատավայրում ձևական ներկայության և ժամանակավոր անաշխատունակության հետ կապված ծախսերը:

**Աղյուսակ 8. ՌՎՀ-երի արդյունքում տնտեսական վնասը Հայաստանում, (մլրդ. դրամ), 2017 թ.**

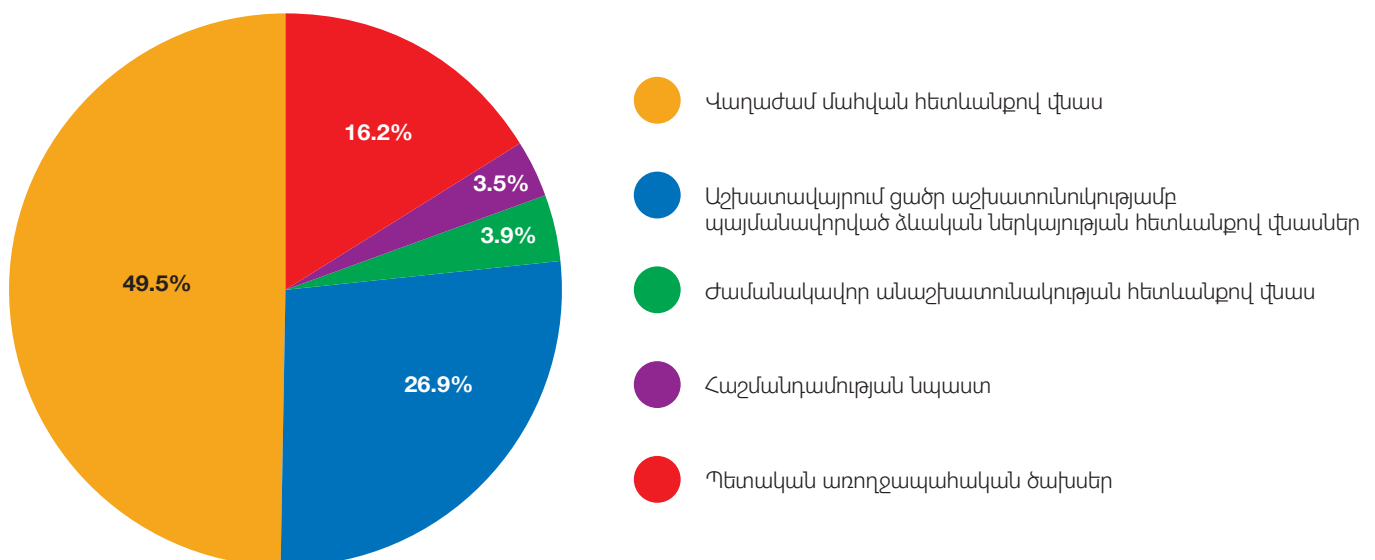
Վնասի չափը	ՍԱՀ	ՉՆ	Ներգատական հիվանդ.	ՇԲՀ	Ընդամենը
<b>Ուղղակի ծախսեր</b>					
Առողջապահություն					
Պետական ծախսեր	35.9	8.0	2.3	9.4	55.6
Ոչ առողջապահական ծախսեր					
Հաշմանդամության նպաստ	7.8	2.8	0.9	0.7	12.2
Ընդամենը ուղղակի ծախսեր	43.8	10.7	3.2	10.1	67.8
<b>Անուղղակի ծախսեր</b>					
Ձևական ներկայություն	8.7	ՀՉ	0.6	ՀՉ	9.3
Ժամանակավոր անաշխատունակություն	59.7	ՀՉ	21.7	ՀՉ	81.4
Վաղաժամ մահացություն	109.8	87.4	4.2	2.8	204.2
Ընդամենը անուղղակի ծախսեր	178.2	87.4	26.5	2.8	294.9
<b>Ընդամենը վնաս</b>	<b>221.9</b>	<b>98.1</b>	<b>29.7</b>	<b>12.9</b>	<b>362.7</b>

ՀՉ. Հայտնի չէ

Հայաստանի տնտեսության համար ընդհանուր վնասը կազմում է 362.7 մլրդ. դրամ, որը համարժեք է 2017 թ-ին երկրի ՀՆԱ-ի 6.5 %-ին:

Նկար 5-ում պատկերված է Հայաստանում ՌՎՀ-ի տնտեսական բեռի կառուցվածքը 2017 թ-ին: Առողջապահության պետական ծախսերը կազմում են ՌՎՀ-ի հետ կապված բոլոր ծախսերի միայն 16.2 %-ը, որը տնտեսական բեռը ներկայացնող այսբերգի գագաթն է միայն:

**Նկար 5. Հայաստանում ՌՎՀ-ի տնտեսական բեռի կառուցվածքը, 2017թ**





## Միջամտությունների իրականացման համար պահանջվող ծախսերի հաշվարկը

Միջամտությունների իրականացման համար պահանջվող ծախսերի հաշվարկը կատարվել է 2018–2033 թթ. համար: Աղյուսակ 9-ում ներկայացված են այդ ժամանակահատվածի առաջին հինգ տարիների համար պահանջվող ամենամյա ծախսերն առանձին-առանձին, հնգամյա կտրվածքով ծախսերը, ինչպես նաև ամբողջ ժամանակահատվածի (15 տարի) ընդհանուր ծախսերը:

ՍԱՀ-ի հետ կապված կլինիկական միջամտություններին բաժին է ընկնում հաշվարկված ծախսերի մեծ մասը: Մեկնարկային տարում ՍԱՀ և շաքարային դիաբետոսով հիվանդների բուժման ծախսերը կազմել են 11.7 մլրդ. դրամ, իսկ 2023 թ-ին դրանք կհասնեն 13.8 մլրդ. դրամի: ՍԱՀ-ի և դիաբետի կլինիկական միջամտությունների ամբողջական փաթեթի ներդրումը մասշտաբների ընդլայնման հնգամյա ժամկետում կկազմի 63.6 մլրդ. դրամ:

MPOWER ուղեցույցի հիման վրա ծխախոտի դեմ պայքարի միջոցառումների փաթեթի իրականացման համար պահանջվող ընդհանուր ծախսերը կազմում են 1.36 մլրդ. դրամ՝ հնգամյա ժամկետի համար և 2.79 մլրդ. դրամ՝ 15 տարվա համար, թեև փաթեթում ներառված առանձին միջամտությունների ծախսերը տարբեր են: Որոշ ռազմավարությունների մշակման քաղաքականությունների համար, ինչպես օրինակ՝ զանգվածային լրատվամիջոցների քարոզարշավները կամ ծխախոտի ծխից մարդկանց պաշտպանելը, նախատեսվում են բավականին մեծ ծախսեր, թեև դրանց կողքին կան մի շարք ոչ ծախսատար հակածխախոտային միջոցառումներ, քաղաքականություններ, այդ թվում՝ տուփի վրա նախազգուշական պիտակների տեղադրումը, ծխախոտի գովազդի արգելքը և ակցիզային հարկի դրույքաչափի բարձրացումը: Ըստ գնահատականների՝ ալկոհոլի չարաշահման դեմ պայքարի փաթեթի իրականացման համար հնգամյա կտրվածքով կպահանջվի 2.71 մլրդ. դրամ, ադի սպառման ծավալների նվազեցմանն ուղղված փաթեթի համար՝ 1.80 մլրդ. դրամ, իսկ ֆիզիկական ակտիվության խթանման և հանրային իրազեկման բարձրացման միջոցառումների համար՝ 1.78 մլրդ. դրամ:

### Աղյուսակ 9. Քաղաքականության և կլինիկական միջամտությունների իրականացման համար գնահատված ծախսերը (մլրդ. դրամ), 2019–2033 թթ.

Միջամտության տեսակը	2019	2020	2021	2022	2023	Ընդամենը 5 տարվա համար	Ընդամենը 15 տարվա համար
Ծխելու դեմ պայքարի փաթեթ	0.24	0.32	0.25	0.29	0.25	1.36	2.79
Ալկոհոլի չարաշահման դեմ պայքարի փաթեթ	0.47	0.65	0.51	0.58	0.51	2.71	5.57
Ֆիզիկական ակտիվության իրազեկման փաթեթ	0.26	0.39	0.37	0.38	0.38	1.78	5.35
Ադի կրճատման փաթեթ	0.28	0.38	0.37	0.38	0.39	1.80	5.39
Ընդամենը քաղաքականության բոլոր միջամտությունները	1.25	1.74	1.50	1.62	1.53	7.64	19.10
ՍԱՀ-ի և դիաբետի բուժման կլինիկական միջամտությունների փաթեթ	11.7	12.2	12.7	13.2	13.8	63.6	184.7

## Առողջության ցուցանիշների բարելավում

Բոլոր միջամտությունների իրականացումը զգալիորեն կնվազեցնի ՍԱՀ-ով պայմանավորված կյանքի կորցրած տարիների ցուցանիշը (Աղյուսակ 10): Մահացության ցուցանիշի կրճատման առումով ամենամեծ ազդեցությունը կունենան աղի սպառման ծավալների կրճատմանն ուղղված միջամտությունները (13 690 փրկված կյանք), ՍԱՀ և շաքարային դիաբետի բուժմանն ուղղված կլինիկական միջամտությունները (10 622) և ծխախոտի օգտագործման դեմ պայքարի միջոցառումները (7 293):

### Աղյուսակ 10. Առողջության ցուցանիշների բարելավման հաշվարկը 15 տարվա կտրվածքով

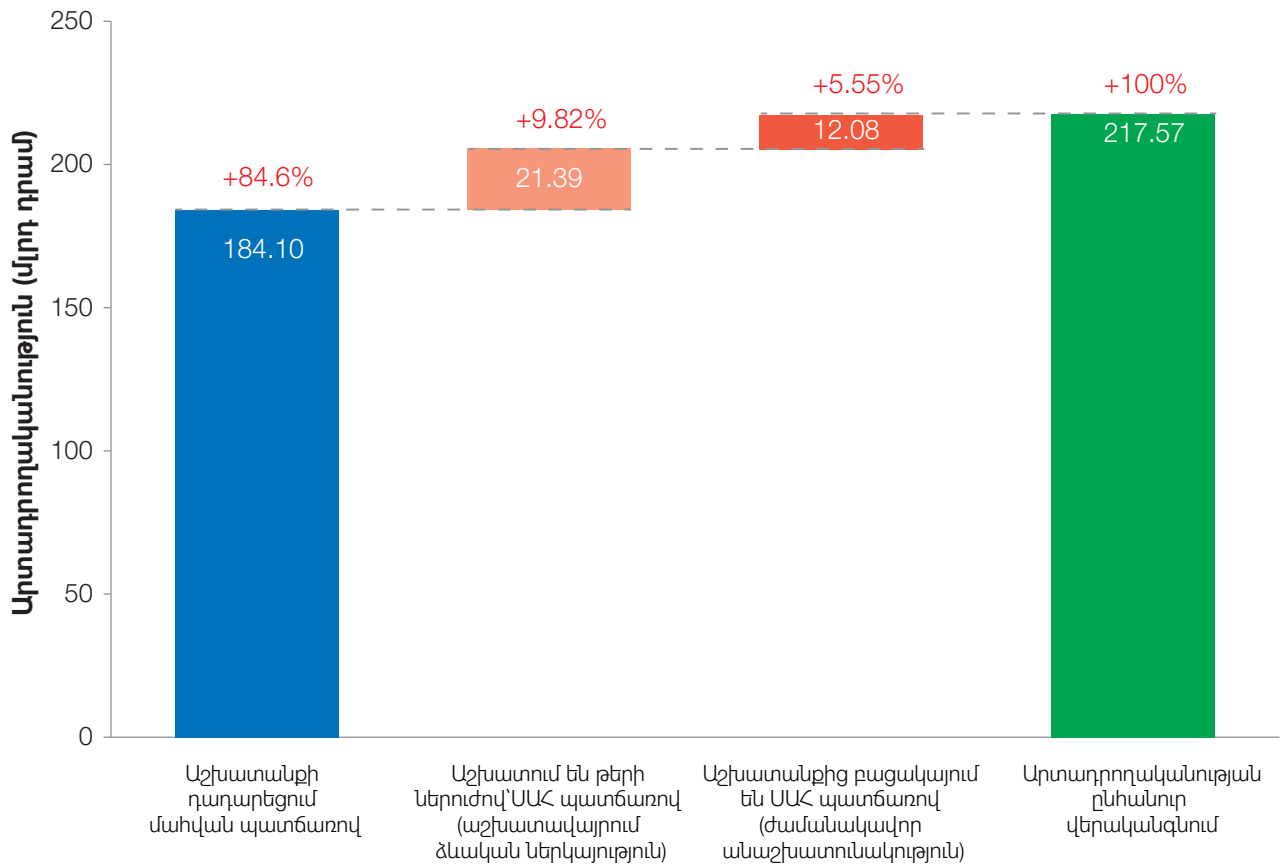
Միջամտությունների փաթեթ	Կանխված կաթված	Կանխված սրտի իջեմիկ հիվանդություն	Կանխված մահացություն	Առողջ կյանքի տարիների ավելացում
ՍԱՀ և դիաբետի բուժման կլինիկական միջամտություններ	3 536	3 955	10 622	43 883
Հակածխախոտային միջոցառումներ	3 331	3 638	7 293	36 352
Ալկոհոլի չարաշահման դեմ պայքարի միջոցառումներ	1 477	1 073	4 664	14 846
Ֆիզիկական ակտիվության խթանման միջոցառումներ	1 501	1 202	4 747	15 551
Աղի սպառման քանակը կրճատելուն ուղղված միջամտություններ	12 401	11 112	13 690	69 481

Բացի այդ, միջոցառումների յուրաքանչյուր փաթեթի իրականացումը կնպաստի բնակչության կյանքի առողջ տարիների ավելացմանը: ՍԱՀ-ի բուժման կլինիկական միջամտությունները, ծխախոտի օգտագործման և աղի չարաշահման դեմ պայքարի միջոցառումների փաթեթները կօգնեն կանխել կաթվածի և ՍԱՀ-ի դեպքերի թիվը, հետևաբար նաև խուսափել հաշմանդամության բերող վիճակներից (ինչպես, օրինակ, կաթվածի արդյունքում մասնակի պարալիչ), որոնք ավելի են խորացնում ցավն ու տառապանքը, սահմանափակում են շարժունակությունը և առաջացնում խոսքի ու մտածողության խանգարումներ: Այսպիսով, առողջ կյանքի տարիների ավելացման առումով ամենամեծ ազդեցությունը կապահովեն այն միջոցառումները, որոնք ուղղված են աղի չարաշահման դեմ պայքարին (69 481 առողջ կյանքի տարիներ), ՍԱՀ-ի և շաքարային դիաբետի բուժմանը (43 883 առողջ կյանքի տարիներ) և ծխախոտի օգտագործման դեմ պայքարին (36 352 առողջ կյանքի տարիներ):

## Տնտեսական ազդեցություն

Սույն վերլուծությունն անդրադառնում է ՌՎՀ-ի հետ ապված աշխատանքային ռեսուրսների և աշխատանքի արտադրողականության անկմանը վաղաժամ մահացության հետևանքով, աշխատած օրերի թվի կրճատմանը (ժամանակավոր անաշխատունակություն) և աշխատավայրում արտադրողականության նվազմանը (աշխատավայրում ձևական ներկայություն): Նկար 6-ում ներկայացված է մահացության և հիվանդացության կանխարգելման արդյունքում աշխատանքի արտադրողականության աճը՝ 15 տարվա կտրվածքով, ինչպես նկարագրված է Աղյուսակ 10-ում:

**Նկար 6. Հակաժխախտտային, ակոհոլի/աղի չարաշահման դեմ, ֆիզիկական ակտիվությունը խթանող և առաջնային օղակում ՍԱՀ-ի կանխարգելման ուղղված միջոցառումների իրականացման արդյունքում արտադրողականության ծավալների վերականգնումը 15 տարվա կտրվածքով**



Աշխատանքի արտադրողականության ծավալների ավելացման վրա առավելագույն դրական անդրադարձը կունենան մահացության (արտադրողականության ընդհանուր ավելացման 84.6 %-ին), աշխատավայրում ձևական/անարդյունավետ ներկայության (9.8 %) և ժամանակավոր անաշխատունակության (5.6 %) ցուցանիշների կրճատումը: Քաղաքականության միջոցառումների փաթեթների և առաջնային օղակում ՍԱՀ/դիաբետի բուժման կլինիկական միջամտությունների իրականացումը կարող են 15 տարվա կտրվածքով ապահովել 217.57 մլրդ. ՀՀ դրամի զուտ ներկա արժեք՝ աշխատանքի արտադրողականության ծավալների ավելացման հաշվին (որը համարժեք է Հայաստանի 2017 թ-ի ՀՆԱ-ի 3.9 %-ին):

## Ներդրումների շահութաբերություն

Միջոցառումների յուրաքանչյուր փաթեթի իրականացման համար պահանջվող ծախսերի և արդյունավետության համադրումը ցույց է տալիս, որ սույն ռիսկային վարքագծի վերլուծության մեջ ներառված ՌՎՀ-ի կանխարգելման բոլոր միջոցառումները, որոնք իրականացվելու են բնակչության մակարդակում (հակաժխախտտային, ակոհոլի/աղի չարաշահման դեմ պայքար, ֆիզիկական ակտիվության խթանում) կարող են ներդրված յուրաքանչյուր 1 դրամի դիմաց ապահովել ավելի քան 1 դրամի վերադարձ՝ 15 տարվա կտրվածքով (Աղյուսակ 11):

**Աղյուսակ 11. Միջոցառումների յուրաքանչյուր փաթեթի իրականացման ծախսերը, ազդեցությունը և ներդրումների շահութաբերությունը 5 և 15 տարվա կտրվածքով (մլրդ. դրամ)**

Միջամտությունների փաթեթ	Հինգ տարի			Տասնհինգ տարի		
	Ծախսեր ընդամենը	Արտադրողականության ավելացում ընդամենը	Ներդրման շահութաբերություն	Ծախսեր ընդամենը	Արտադրողականության ավելացում ընդամենը	Ներդրման շահութաբերությունը
Հակածխախոտային միջոցառումներ	1.36	6.50	4.79	2.79	40.43	14.51
Ակտիվ չարաշահման դեմ պայքարի միջոցառումներ	2.71	2.76	1.02	5.57	23.05	4.14
Ֆիզիկական ակտիվության խթանման միջոցառումներ	1.78	2.87	1.61	5.35	23.52	4.40
Աղի սպառման քանակը կրճատելուն ուղղված միջամտություններ	1.80	2.76	1.53	5.39	76.92	14.28
ՍԱՀ-ի և դիաբետի բուժման կլինիկական միջամտություններ	63.62	8.97	0.14	184.74	53.64	0.29

Հակածխախոտային միջոցառումների իրականացումն ունի ամենաբարձր ՆՇ գործակից. ներդրված յուրաքանչյուր 1 դրամի դիմաց ակնկալվում է ստանալ 4.79 դրամ՝ հնգամյա ժամկետում և 14.51 դրամ՝ 15 տարվա ընթացքում: Աղի օգտագործման նվազեցման միջոցառումների իրականացումը նույնպես խոստանում է բարձր ՆՇ ինչպես հնգամյա (1.53), այնպես էլ 15 տարվա կտրվածքով (14.28): Նույն ազդեցությունը կապահովի նաև ֆիզիկական ակտիվության խթանման ուղղված միջոցառումների փաթեթի իրականացումը (1.61 և 4.40՝ համապատասխանաբար): Տասնհինգ տարվա կտրվածքով 4.14 դրամի վերադարձ կապահովի ակտիվ չարաշահման դեմ պայքարի միջոցառումների իրականացումը:

Թեև կլինիկական միջամտությունների փաթեթը կարևորվում է մարդու առողջության իրավունքի պաշտպանության առումով, այն ապահովում է 1 դրամից պակաս ՆՇ՝ յուրաքանչյուր ներդրված դրամի դիմաց: Սա բնորոշ երևույթ է առողջապահության տնտեսագիտության մեջ՝ նկատի ունենալով բարձր ծախսեր պահանջող բուժումը: Բացի այդ, բուժման տարբերակները (բուժում, երկրորդային կանխարգելում՝ սուր դեպքերից հետո և այլն) ավելի նվազ հնարավորություն ունեն ակտիվացնելու մարդու մասնակցությունը աշխատանքային գործընթացում՝ կաթվածից, սրտամկանի ինֆարկտից և շաքարային դիաբետով հիվանդանալուց հետո: Այդուհանդերձ հարկ է նկատել, որ ներդրումների շահութաբերության բացակայությունը դեռևս չի նշանակում, որ միջոցառումները ծախսարդյունավետ չեն: Դրանք կարող են լինել ծախսարդյունավետ՝ տնտեսական վերլուծության այլ տեսակների առումով:

Քաղաքականության փաթեթները (աղի չարաշահման և ծխախոտի օգտագործման դեմ պայքար, ֆիզիկական ակտիվության խթանում) միանշանակ համարվում են «լավագույն գնում» և ապահովում են ներդրումների առավելագույն շահութաբերություն՝ 15 տարվա ընթացքում:

## 6. Եզրակացություն

Ներդրումների նպատակահարմարության վերլուծության արդյունքները վկայում են, որ ՌՎՀ-ը զգալիորեն խթանում են ՀՀ բնակչության սոցիալ-տնտեսական իրավիճակը և կայուն զարգացման միտումները: ՌՎՀ-ը ոչ միայն խոչընդոտում են Հայաստանի առողջապահության ոլորտի արդյունավետության բարձրացմանն ուղղված ջանքերը, գրպանից կատարվող մասնավոր ծախսերի կրճատում և բուժօգնության ծառայությունների հասանելիության բարելավում, այլ նաև սպառում են երկրի ավելի համապարփակ զարգացման գերակայություններին, ինչպիսիք են մարդկային կապիտալի աճը, աղքատության և սոցիալական անհավասարության ցուցանիշների նվազեցումը, ինչպես նաև ներառական տնտեսական աճի ակտիվացումը:

2016 թ-ին ՌՎՀ-ից մահացել է աշխատունակ տարիքի 26 300 մարդ (ԱՀԿ, 2018b): 2017 թ-ին ՌՎՀ-ի կանխարգելման և բուժման հետ կապված Հայաստանի տնտեսության ծախսերը կազմել են 362.7 մլրդ. ՀՀ դրամ: ՌՎՀ-ին ուղղված պետական բյուջեի ծախսերը և հաշմանդամության նպաստները կազմում են այդ ֆինանսական բեռի 18.7 %-ը, իսկ վաղաժամ մահացության, աշխատավայրում ձևական ներկայության և ժամանակավոր անաշխատունակության հետևանքով կրած տնտեսական վնասը կազմում է մնացած 81.3 %-ը: Կիրառված ծախսերի հաշվարկի մեթոդաբանության մեջ ընդգրկված չեն մասնավոր առողջապահական ծախսերը, որոնք ավելի են մեծացնում ՌՎՀ-ի հետ կապված Հայաստանի տնտեսական բեռը:

Ներդրումները հիմնավորող փաստերը հաստատում են, որ Հայաստանում առկա ՌՎՀ-ի խնդիրը պահանջում է հրատապ լուծում և այլընտրանքային մոտեցում: Արդյունքները վկայում են, որ հաստատված և ծախսարդյունավետ միջամտությունների հինգ փաթեթների («լավագույն գնում») իրականացման համար ֆինանսական ներդրումները կարող են մի կողմից էականորեն նվազեցնել ՌՎՀ-ի բեռը, երկարացնել բնակչության կյանքի տևողությունը և բարելավել կյանքի որակը, մյուս կողմից կրճատել պետական բյուջեի բեռը: Այդ միջամտությունները կարող են նպաստել երկրի ընդհանուր սոցիալ-տնտեսական զարգացմանը, խթանել դրական ազդեցությունը հանրության շրջանում և ծառայել որպես զարգացման խթանիչներ:

Ներդրումների հիմնավորման նպատակով գնահատվել է ծախսարդյունավետ միջամտությունների հետևյալ հինգ փաթեթների իրականացումը Հայաստանում: ՌՎՀ-ի վարքագծային ռիսկի գործոնների տարածվածությունը նվազեցնելուն կոչված չորս քաղաքականության փաթեթներն են՝ ծխախոտի օգտագործումը, ալկոհոլի և աղի չարաշահումը և ֆիզիկական թերակտիվությունը: Նախատեսվում է նաև կլինիկական միջամտությունների մեկ փաթեթ՝ կապված սրտանոթային հիվանդությունների և շաքարային դիաբետի դեպքերի բուժման հետ: Տնտեսական մոդելավորման ընթացքում հաշվի են առնվել նաև ներկայումս երկրում կատարվող աշխատանքներն ու միջամտությունները: Հինգ փաթեթների իրականացման հետ կապված հիմնական արդյունքները ներկայացված են ստորև:

- Բոլոր հինգ քաղաքականության փաթեթների իրականացման համար կատարվող ներդրումների արդյունքում հնարավոր կլինի փրկել ավելի քան 41 000 մարդկային կյանք՝ 15 տարվա ընթացքում:
- Ծխախոտի և աղի չարաշահման դեմ պայքարի միջոցառումների փաթեթները կապահովեն ամենաբարձր ՆՇ 15 տարվա կտրվածքով:
  - Հակածխախոտային փաթեթի իրականացման համար ներդրված յուրաքանչյուր դրամի դիմաց Հայաստանը կարող է ակնկալել 14.51 դրամի վերադարձ: Ընդհանուր ծախսերը կազմում են 2.79 մլրդ. դրամ:
  - Աղի չարաշահման դեմ պայքարի փաթեթի իրականացման համար ներդրված յուրաքանչյուր դրամ կբերի 14.28 դրամի վերադարձ: Ընդհանուր ծախսերը կազմում են 5.39 մլրդ. դրամ:
  - Հաջորդ ամենամեծ ՆՇ գործակիցը գնահատվել է ֆիզիկական ակտիվության խթանման (4.14) և ալկոհոլի չարաշահման դեմ պայքարի (4.4) միջամտությունների փաթեթներում: Ներդրումների փաթեթի ծախսը կազմում է 5.57 մլրդ. դրամ և 5.35 մլրդ. դրամ՝ համապատասխանաբար:

- ՍԱՀ և շաքարային դիաբետի բուժման կլինիկական միջամտությունների իրականացման համար կպահանջվի 184.74 մլրդ. դրամ, իսկ ՆՇ կկազմի 0.29 դրամ՝ յուրաքանչյուր ներդրված դրամի դիմաց:

Վերլուծության արդյունքները վկայում են, որ առանձին ոլորտներ խստացման և ընդլայնման կարիք ունեն ԱՀԿ-ի կողմից առաջարկված ՌՎՀ-ի կանխարգելման ծախսարդյունավետ միջոցառումներն ու կլինիկական միջամտություններն իրականացնելու համար: Քանի որ ծխախոտի և աղի չարաշահման դեմ պայքարի միջամտությունների փաթեթները ապահովում են ներդրումների դիմաց ամենամեծ շահութաբերությունը, գերակայությունը պետք է տրվի հակածխախոտային և կերակրի աղի քանակության նվազեցման միջոցառումների հրատապ իրականացմանը: Չպետք է անտեսվեն նաև ակտիվ չարաշահման հարցերը կանոնակարգող օրենքի կիրառման ապահովումը և հարակից միջամտությունների իրականացման խստացումը, ֆիզիկական ակտիվությունը խթանող քարոզարշավների ակտիվ անցկացումը և ՍԱՀ/դիաբետի բուժման միջամտությունների մասշտաբների ընդլայնումը, քանի որ այդ փաթեթների իրականացման արդյունքում հնարավոր կլինի 15 տարվա ընթացքում կանխել ավելի քան 20 000 մահ: Ստորև ներկայացված են այն հինգ քայլերը, որոնք պետությունը կարող է իրականացնել՝ ՌՎՀ-ի կանխարգելմանը և պայքարին ուղղված ջանքերն ակտիվացնելու նպատակով:

- 1. Բարձրացնել ՌՎՀ-ի իրական վնասների, ինչպես նաև ապացուցված ծախսարդյունավետ «լավագույն գնումներ» համարվող հինգ միջամտությունների փաթեթների իրականացման արդյունքում զգալի դրական ազդեցության մասին հանրային իրազեկվածության աստիճանը:** Տնտեսության տարբեր հատվածներում քաղաքականություն մշակողները պետք է պետական բոլոր սեկտորներին, խորհրդարանին, քաղաքացիական հասարակությանը, հանրության լայն շրջանակներին, զարգացման գործընկերներին և գիտակրթական հաստատություններին ներկայացնեն ներդրումների նպատակահարմարությունը հիմնավորող փաստարկեր: Դա կօգնի ամրապնդել պետական և քաղաքական աջակցությունը ՌՎՀ-ի կանխարգելման և պայքարի միջամտությունների իրականացմանը: Քարոզչական ռազմավարությունը՝ հիմնական ուղերձներով (օրինակ այն մասին, թե ինչպես սույն փաստաթղթում վերլուծված միջամտությունները կարող են նպաստել երկրի տնտեսական աճին և բարելավել բնակչության առողջության ցուցանիշները), կարող են օգնել քաղաքականություն մշակողներին՝ տարածելու ուղերձը: ՌՎՀ-ի ահագնացող աճը կանգնեցնելու համար անչափ կարևոր է բարձրացնել Հայաստանի բնակչության, մասնավորապես երիտասարդության իրազեկվածության մակարդակը:
- 2. Ընդունել կերակրի աղի օգտագործումը նվազեցնելուն ուղղված քաղաքականության, կանոնակարգերի և միջոցառումների համապարփակ փաթեթ:** Պետությունը կարող է հաստատել սննդի արդյունաբերությունում (հաց, մսամթերք, թթուներ, մարինադներ և ըմպելիքներ) օգտագործվող աղի քանակը կրճատելու վերաբերյալ նպատակներ՝ սահմանելով սննդում աղի առավելագույն քանակությունը, ինչպես դա արվել է բազմաթիվ այլ երկրներում: Պետական պաշտոնյաները կարող են առաջնորդվել ԱՀԿ մոդելավորման ուսումնասիրությամբ (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2018c), որտեղ հանգամանալից կերպով նկարագրված են տարբեր սննդային արտադրանքներում օգտագործվող աղի քանակությունը կրճատելու քայլերը: Նորմատիվը պետք է վերաբերի շուկայում առկա (այդ թվում սուպերմարկետներում վաճառվող) բոլոր պարենային ապրանքներին և այդ պահանջը պետք է հավասարապես կիրառվի բոլորի նկատմամբ: Սակայն դա չպետք է հետին պլան մղի այնպիսի միջոցառումներ, ինչպիսիք են աղի յոդացումը, որը պետք է ունենա համատարած բնույթ և պետք է համապատասխանի ԱՀԿ-ի քաղաքականությանը:

Բացի այդ, պետությունը կարող է համաձայնեցված քայլեր ձեռնարկել՝ պահանջելով սննդի փաթեթի դիմային հատվածում պիտակավորում օգտագործված աղի քանակության վերաբերյալ (օրինակ՝ բարձր, միջին կամ ցածր): Կարող են սահմանվել աղի (ի լրումն ճարպերի և շաքարի) բարձր պարունակությամբ պարենային ապրանքների մարկետինգի պարտադիր սահմանափակումներ: Եվ վերջապես, տեղեկատվական քարոզարշավների միջոցով կարելի է բարձրացնել բնակչության իրազեկվածության աստիճանը՝ կարևորելով սննդում օգտագործվող աղի քանակության նվազեցումը: Այդ նպատակով հարկավոր է վերապատրաստել առաջնային օղակի բուժանձնակազմին, ովքեր առողջ սնվելու վերաբերյալ խորհրդատվություն կտրամադրեն հիվանդներին:

3. **Ընդունել ծխախոտի դեմ պայքարի համապարփակ օրենք՝ ծխախոտային արտադրանքի օգտագործման վնասակար ազդեցության նվազեցման և կանխարգելման նպատակով:** ՀՀ գործող օրենսդրական դաշտը չի կանոնակարգում ծխախոտի դեմ պայքարի հետ կապված մի շարք կարևոր հարցեր: Օրինակ՝ ներդրումների հիմնավորման փաստարկների վերլուծությունը վկայում է հետևյալ միջամտությունների լրացուցիչ դրական ազդեցությունների մասին. (ա) ծխախոտային արտադրանքի գովազդի, հովանավորման և խրախուսման (ԾԳՀԽ) արգելքի տարածում, (բ) հանրային վայրերում ծխելն արգելելու պահանջի տարածում և կիրառում, (գ) ծխախոտային արտադրանքի ակցիզային հարկի դրույքաչափի բարձրացում և (դ) նոր միջոցառումների իրականացում, ինչպես օրինակ զանգվածային լրատվամիջոցներով քարոզարշավներ և ծխախոտի ստանդարտացված փաթեթավորում: Այս քաղաքականություններից մի քանիսն ապահովում են լավ արդյունք՝ պահանջելով փոքր ծախսեր, ինչպես, օրինակ, տուփի վրա նախազգուշացման տեղադրումը, ստանդարտացված փաթեթավորումը, ԾԳՀԽ արգելքը և հարկերի բարձրացումը: ՀՀ առողջապահության նախարարությունը կարող է գործադիր իշխանությունների, քաղաքացիական հասարակության, գլխավոր դատախազության և այլ ճյուղային նախարարությունների հետ համատեղ ընդունել ծխախոտի դեմ պայքարին ուղղված նոր օրենք և խստորեն հսկել վերջինիս կիրառումը:

Նկատի ունենալով սույն փաստաթղթում ներկայացված հակածխախոտային միջամտությունների դրական ազդեցությունները՝ առաջարկվում է, որ առողջապահության և ֆինանսների նախարարությունները համատեղ ապահովեն Առողջապահության ազգային ինստիտուտի կողմից իրականացվող ծխախոտի դեմ պայքարի ազգային ծրագրի կայուն ֆինանսավորումը և ծրագրի հզորացումը: Ազգային ծրագրի շրջանակներում կարող են վերապատրաստվել դպրոցական ուսուցիչները, բուժաշխատողները և իրավապահ մարմինների պատասխանատուները, կարող են անցկացվել ազգային մակարդակում ՀԼՄ քարոզարշավներ և համատեղ ջանքեր գործադրվել Հայաստանի 2017-2020 թթ. ազգային ռազմավարությունից բխող հակածխախոտային միջոցառումների նպատակներն իրականացնելու ուղղությամբ:

Կառավարությունը կարող է ստեղծել ծխախոտի դեմ պայքարի միջոցառումների ազգային համակարգման մեխանիզմ՝ Առողջապահության նախարարության գլխավորությամբ: Այն կարող է տեղակայվել Առողջապահության ազգային ինստիտուտում, իսկ աշխատանքներին ակտիվորեն կմասնակցեն ֆինանսների, կրթության և գիտության, աշխատանքի և սոցիալական հարցերի, գյուղատնտեսության, առևտրի և արդյունաբերության և այլ ոլորտների, ինչպես նաև քաղաքացիական հասարակության և ԱԺ ներկայացուցիչները:<sup>12</sup> Ծխախոտի դեմ պայքարի ազգային համակարգող մեխանիզմը (ԱՀՄ) կարող է առնվազն սկզբնական փուլում գործել որպես փորձագիտական աշխատանքային խումբ՝ ՌՎՀ-ի գծով ավելի մեծ ԱՀՄ-ի կազմում: ՄԱԿ ԶԾ և ԱՀԿ համատեղ Ծխախոտի դեմ պայքարի շրջանակային կոնվենցիայի քարտուղարության կողմից հրապարակված փաստաթղթում նկարագրված է, թե ինչպես են հակածխախոտային միջոցառումներն ազդում «Կայուն զարգացման նպատակներից» (2017 թ.) յուրաքանչյուրի իրականացման վրա: Այս արդյունքները պետք է կիրառվեն տարբեր սեկտորների միջև ավելի ակտիվ և սերտ համագործակցությունը և աշխատանքների համակարգումը խրախուսելու նպատակով:

4. Մշակել «մեղքի» հարկերի վերաբերյալ համապարփակ մոտեցում՝ բարձրացնելով ծխախոտային արտադրանքի և ալկոհոլային խմիչքների ակցիզային հարկի դրույքաչափը և սահմանելով հարկեր շաքարի բարձր պարունակությամբ զովացուցիչ ըմպելիքների վրա: Կառավարությունը վերանայում է գործող հարկային օրենսգիրքը՝ նպատակ ունենալով առաջիկա տարիներին բարձրացնել ծխախոտային արտադրանքի և ալկոհոլային խմիչքների ակցիզային հարկի դրույքաչափը: Նախատեսվում է նաև սահմանել հարկ շաքարի բարձր պարունակությամբ զովացուցիչ ըմպելիքների համար: Մարդու առողջությանը վնասող ապրանքների հարկերի բարձրացումը պետության կողմից ստանձնվող ամենաարդյունավետ միջոցներից է, որը թույլ է տալիս նվազեցնել այդ ապրանքների սպառումը՝ բարելավելով բնակչության առողջության ցուցանիշները, միաժամանակ ավելացնելով պետական բյուջեի եկամտային մուտքերը և ուղղելով դրանք ազգային զարգացման

<sup>12</sup> ՀՀ պաշտոնյաները կարող են հղում կատարել ՄԱԿ ԶԾ և ԱՀԿ Ծխախոտի դեմ պայքարի շրջանակային կոնվենցիայի քարտուղարության կողմից համատեղ հրապարակված «ԱՀԿ ԾՊՇԿ հոդված 5.2(ա) կետի իրականացման նպատակով գործընկերների համար մշակված գործիքակազմին»՝ տեխնիկական առաջադրանքի տիպային նմուշ, ընթացակարգեր, վարքագծի կանոնադրիչ և այլ գործիքների հետ ծանոթանալու նպատակով:

գերակայություններին:<sup>13</sup> Հայաստանում «մեղքի» հարկերից ստացվող եկամուտների հաշվին կարող են ֆինանսավորվել առողջապահության ոլորտում ապագա ազգային ռազմավարությունների և ծրագրերի առանձին բաղադրիչները, ազգային հակածխախտախի ռազմավարությունը, ինչպես նաև զարգացման այլ գերակայություններ, ինչպես, օրինակ, այն միջոցառումները, որոնք սահմանվել են «Հայաստանի զարգացման ռազմավարություն 2030» փաստաթղթում:

Ծխախոտի հարկը Հայաստանում կազմում է մանրածախ գների 35 %-ը և շատ ավելի ցածր է ԱՀԿ ԾՊՇԿ-ում առաջարկվող հարկադրույքի չափից, այն է՝ մանրածախ գների 75 %-ը: Ներդրումների հիմնավորման վերլուծությունը հիմնված է այս մոտեցման վրա: Ավտոմոբիլային խմիչքների ակցիզային հարկը կազմում է մանրածախ գների 20 %-ը: Թեև Հայաստանն արտադրում է ավտոմոբիլային ըմպելիքներ և թուրան, արտադրանքի մեծ մասը վաճառքի համար արտահանվում է արտաքին շուկա: Քանի որ բարձրացված հարկային դրույքաչափը վերաբերելու է տեղական շուկայում այդ ապրանքների իրացմանը, այլ ոչ թե արտահանումներին, հարկի դրույքաչափի բարձրացումը չի վնասի արտադրողներին: Առողջապահության նախարարությունը կարող է ֆինանսների նախարարության հետ համատեղ ստեղծել ծխախոտային արտադրանքի և ավտոմոբիլային խմիչքների հարկերի բարձրացման համար նպաստավոր միջավայր/պայմաններ՝ այդ թվում՝ վերանայելով հարկային համակարգն այնպես, որն ընդգծում է հարկի որևէ կոնկրետ բաղադրիչը: Առողջապահության նախարարությունը, ֆինանսների նախարարությունը և ԱՀԿ-ը կարող են համատեղ մշակել և ներդնել արդյունավետ հարկային դրույքաչափ շաքարի բարձր պարունակությամբ զովացուցիչ ըմպելիքների համար:

**5. Ուժեղացնել ՌՎՀ-ի կանխարգելման և պայքարի միջոցառումների ազգային համակարգումը և պլանավորումը:** Ներդրումները հիմնավորող փաստարկները վկայում են, որ ՌՎՀ-ը Հայաստանի համար զարգացման լուրջ մարտահրավեր են և բացասաբար են անդրադառնում ֆինանսների, էկոնոմիկայի և ներդրումների, կրթության և գիտության, աշխատանքի և սոցիալական հարցերի, գյուղատնտեսության նախարարությունների և տնտեսության մյուս հատվածների, քաղաքացիական հասարակության և գործադիր մարմնի գործունեության վրա: ՌՎՀ-ի կանխարգելման և պայքարի միջոցառումների արդյունավետության համար հարկավոր է համապետական մոտեցում՝ հասարակության բոլոր ոլորտներում գործող ոչ կառավարական մարմինների ակտիվ մասնակցությամբ: Ազգային համակարգման մեխանիզմը (ԱՀՄ) համապետական և համահասարակական ուժերի մոբիլիզացման արդյունավետ գործիք է: ԱՀՄ-ը ստեղծվել է 2016 թ-ին Առողջապահության նախարարության ենթակայության տակ, սակայն գործունեություն չի ծավալում: Հարկավոր է վերահսկել մեխանիզմի գործունեությունը, ինչպես նախատեսվում է «Առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների (ՌՎՀ) կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և բուժման 2016-2020 թթ. հայեցակարգը և հայեցակարգի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկը» փաստաթղթով: Այն պետք է ունենա հստակ սահմանված տեխնիկական առաջադրանք և պետք է պաշտպանված լինի ծխախոտի, ավտոմոբիլի և սննդի արդյունաբերության կողմից ամրագրվող և առևտրային շահերի ազդեցություններից, իսկ անհրաժեշտության դեպքում պետք է ստեղծի փորձագետների աշխատանքային խմբեր առանձին ծրագրային ոլորտների համար: Կառավարությունը կարող է հիմնվել միջգերատեսչական համակարգման նախկին հաջողությունների վրա, ինչպիսիք են, օրինակ, ՄԻԱԿ/ՁԻԱՀ-ի, տուբերկուլյոզի և մալարիայի դեմ ուղղված միջոցառումները համակարգող հանձնաժողովը (ԱՀՀ) և հակամանրէային դեղերի նկատմամբ կայունության ԱՀՄ:

Բացի այդ, երկրի նոր վարչակազմն աշխատում է նոր կամ վերանայված սեկտորային ռազմավարությունների, ներդրումային ծրագրերի և ավելի ընդգրկուն զարգացման պլանավորման փաստաթղթերի մշակման ուղղությամբ: Սա ճիշտ պահ է և լավ հնարավորություն ՀՀ առողջապահության, տնտեսական զարգացման և ներդրումների նախարարությունների և տնտեսության մյուս հատվածների համար՝ բարձրաձայնելու ՌՎՀ-ի կանխարգելման և պայքարի հարցերը համապատասխան ազգային և ոլորտային պլանավորման և քաղաքականություն փաստաթղթերում ինտեգրելու անհրաժեշտությունը: Այդ փաստաթղթերից են «Հայաստանի զարգացման ռազմավարություն 2030» և «Առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների (ՌՎՀ)

<sup>13</sup> 2015 թ-ին Ադիս Աբեբայում ընդունված «Չարգացման ֆինանսավորում» ռազմավարության գործողությունների ծրագրով և ՄԱԿ-ի անդամ պետությունների կողմից հաստատված կայուն զարգացման ֆինանսավորման գլոբալ շրջանակային ծրագրով սահմանվել են ծխախոտային արտադրանքի գների և հարկի դրույքաչափի սահմանման կոնկրետ միջոցառումներ՝ դրանք դիտարկելով որպես զարգացման ազգային ծրագրերի ֆինանսավորման համար կարևոր և թերօգտագործվող եկամտի աղբյուր (ՄԱԿ գլխավոր վեհաժողով, 2015 թ.):



կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և բուժման 2016-2020 թթ. հայեցակարգը և հայեցակարգի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկը», որոնք առողջապահության նախարարությունը նախատեսում է վերանայել 2019թ-ին: Նախարարությունը կարող է սահմանել առաջնահերթ և միջնաժամկետ գերակայություններ՝ հիմնվելով ներդրումները հիմնավորող փաստարկների վրա, և ռազմավարության մշակման գործընթացում ընդգրկել մյուս ճյուղային նախարարությունները: Նկատի ունենալով ՌՎՀ-ի զարգացման ծավալները՝ ՌՎՀ-ի կանխարգելման և պայքարի միջամտությունները բազմաթիվ ՀՀ նախարարությունների կողմից դիտարկվում են որպես փոխշահավետ հնարավորություն: ՌՎՀ-ի ազգային ռազմավարությունում սահմանված գերակայությունները նույնպես կծառայեն որպես հենք ԱՀՄ տարեկան աշխատանքային ծրագրերի կազմման համար:

## Օգտագործված գրականության ցանկ

Անդրեասյան Դ., Բազարչյան Ա., Սաղաթեյան Ա., Սարգսյան Շ., Թորոսյան Ա., Կարապետյան Հ. և ուրիշներ (2018). ՌՎՀ-ի ռիսկի գործոնների տարածվածության գնահատման STEPS ազգային հետազոտություն, Հայաստան, Երևան: ՀՀ առողջապահության նախարարության Ս. Ավդալբեյկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ

Anesetti-Rothermel A., Sambamoorthi U. (2011). Ֆիզիկական և հոգեկան հիվանդությունների բեռը: Անաշխատունակության օրերը չափահաս զբաղվածների շրջանում. *Popul Health Manag.* 14:223–30.

Avenir Health (2017). OneHealth Tool [website]. Glastonbury (CT): Avenir Health (<http://www.avenirhealth.org/software-onehealth.php>, մուտք՝ 11.02.2019թ)

Արաբկիր բժշկական կենտրոն (2016). Հայաստանի դպրոցահասակ երեխաների առողջության վարքագծի ազգային հետազոտության 2013-2014թթ, ազգային հետազոտության արդյունքները, Երևան, Արաբկիր բժշկական կենտրոն, ([https://www.google.com/search?q=Arabkir+HBSC&rlz=1C1GCEU\\_enRU821RU821&oq=Arabkir+HBSC&aqs=chrome..69i57.10669j1j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Arabkir+HBSC&rlz=1C1GCEU_enRU821RU821&oq=Arabkir+HBSC&aqs=chrome..69i57.10669j1j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8), մուտք՝ 11.02.2019թ).

Bertram MY, Stenberg K, Brindley C, Li J, Serje J, Watts R., Edejer TT. (2017). Հիվանդությունների դեմ պայքարի ծրագրի իրականացման ծախսերը: ԱՀԿ CHOICE մեթոդաբանությունը, գների տվյալների բազա և քանակությունների վերաբերյալ ենթադրություններ. *Cost Eff ResourAlloc.* 15:21

Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S et al. (2011). Ոչ վարակիչ հիվանդությունների գլոբալ տնտեսական բեռը. Ժնև: Համաշխարհային տնտեսական ֆորում (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js18806en>, մուտք՝ 11.02.2019թ).

Hahn EJ (2010). Ծխախոտի դեմ պայքարի վերաբերյալ օրենսդրություն. Առողջության պահպանման և տնտեսական արդյունքների ուսումնասիրություն. *Am J Prev Med*, 39(6S1):S66-S76.

Քաղցկեղի նկատմամբ հետազոտությունների միջազգային գործակալություն (2009). IARC Քաղցկեղի կանխարգելման, ծխելու դեմ պայքարի միջոցառումների վերաբերյալ ձեռնարկ, համար 13: Ծխախոտի ծխից ազատ քաղաքականությունների արդյունավետության գնահատում. Lyon: IARC(<https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/07/handbook13-0.pdf>, մուտք՝ 11.02.2019թ)

Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT (2012). Ֆիզիկական թերակտիվության ազդեցությունը առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների վրա աշխարհում. Հիվանդության բեռի և կյանքի սպասվող տևողության վերլուծություն. *Lancet.* 380(9838):219–29.

Loomis BR, Shafer PR, van Hasselt M (2013). Ծխելն արգելող օրենքների տնտեսական ազդեցությունը ինը նահանգների ռեստորանների և բարերի վրա. *Prev Chronic Dis*2013;10:120327

Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE et al (2014). Կերակրի աղի համաշխարհային սպառումը և մահացությունը սրտանոթային հիվանդություններից. N Engl J Med. 371(7):624–34.

Առողջապահության ազգային ինստիտուտ (2016). Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում. Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Հայաստան ([http://nih.am/assets/pdf/atvk/hspa\\_eng\\_2016.pdf](http://nih.am/assets/pdf/atvk/hspa_eng_2016.pdf), մուտք՝ 11.02.2019թ)

Ազգային վիճակագրական ծառայություն (2015). Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք, 2015թ. Երևան. Ազգային վիճակագրական ծառայություն (<http://armstat.am/en/?nid=82&id=1729>, մուտք՝ 11.02.2019թ)

Powles J, Fahimi S, Micha R, Khatibzadeh S, Shi P, Ezzati M et al. (2013). Կերակրի աղի սպառումը համաշխարհային, տարածաշրջանային և ազգային մակարդակներում 1990թ և 2010թ: 24 ժամվա ընթացքում հավաքված մեզում նատրիումի քլորիդի քանակության հետազոտությունների և մնդակարգի հարցերով հարցումների սիստեմատիկ վերլուծություն. BMJ Open. 3:e003733.

Reece S, Morgan C, Parascandola M, Siddiqi K (2018). Երկրորդային ծխի աղդեցությունը հղի կանանց վրա. 30 ցածր և միջին եկամտի երկրներում անցկացված ժողովրդագրական և առողջության հարցերով հետազոտությունների տվյալների միջգերատեսչական վերլուծություն. BMJ.doi: 10.1136/tobaccocontrol-2018-054288 (<https://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2018/07/19/tobaccocontrol-2018-054288?paperoc>, մուտք՝ 11.02.2019թ)

Stenberg K (2018). ԱՀԿ CHOICE ստացիոնար և ամբուլատոր բուժօգնության ծառայությունների մատուցման երկրի ծախսերի տնտեսական գնահատումը. Cost Eff Resour Alloc.16:11.

ՄԱԿ գլխավոր վեհաժողով (2015). զարգացումների ֆինանսավորման թեմայով Ադդիս Աբեբայի երրորդ միջազգային գլխավորվի գործողությունների ծրագիր: Գլխավոր վեհաժողովի ընդունած բանաձևը, 27.07.2015թ, A/RES/69/313 ([https://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2015/08/AAAA\\_Outcome.pdf](https://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2015/08/AAAA_Outcome.pdf), մուտք՝ 11.02.2019թ)

ՄԱԿ ԶԾ, ԾՊՇԿ (2017). Ծխախոտի դեմ պայքարի ԱՀԿ շրջանակային կոնվենցիան՝ որպես կայուն զարգացման խթանիչ, Նյու Յորք: ՄԱԿ ԶԾ (<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/the-who-framework-convention-on-tobacco-control-an-accelerator-.html>, մուտքը՝ 11.02.2019թ)

ԱՀԿ (2010). Ալկոհոլի վնասակար օգտագործման ծավալների նվազեցման հարցերով գլոբալ ռազմավարություն: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_strategy\\_reduce\\_harmful\\_use\\_alcohol/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_strategy_reduce_harmful_use_alcohol/en/), 11.02.2019թ)

ԱՀԿ (2012). Ծախսերի հաշվարկի գործիք – օգտագործողի ուղեցույց: Ոչ վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի ծավալների ընդլայնում: Որքան կարժենա, ժնև: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն ([http://www.who.int/ncds/management/c\\_NCDs\\_costing\\_estimation\\_tool\\_user\\_manual.pdf](http://www.who.int/ncds/management/c_NCDs_costing_estimation_tool_user_manual.pdf), 11.02.2019թ)

ԱՀԿ (2013). Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և պայքարի 2013–2020թթ գլոբալ գործողությունների ծրագիր. Ժնև: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js21446en>, 11.02.2019թ)

ԱՀԿ (2016a). Սրտանոթային ռիսկի կանխատեսման աղյուսակներ [կայք]. Ժնև: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն ([http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/Chart\\_predictions/en](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/Chart_predictions/en), 11.02.2019թ)

ԱՀԿ (2016b). SHAKE աղի օգտագործման սովորությունը: Աղի կրճատման SHAKE խորհրդատվական փաթեթ. Ժնև: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/shake-salt-habit/en>, 11.02.2019թ)

ԱՀԿ (2017a). «Լավագույն գնումներ» և այլ առաջարկվող միջամտություններ ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և պայքարի համար. Ժնև: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն (<http://www.who.int/ncds/management/best-buys/en>, 11.02.2019թ)

ԱՀԿ (2017b). Ոչ վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի ընթացքի հսկիչ 2017. Ժնև: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/en/>, 11.02.2019թ)

ԱՀԿ (2017c). Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և պայքարի հարցերով 2018թ-ին կայանալիք գլխավոր վեհաժողովի երրորդ բարձր մակարդակի հանդիպման նախապատրաստում. Գլխավոր տնօրենի զեկույցը. Ժնև: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն (WHA A70/27; [http://apps.who.int/gb/e/e\\_wha70.html](http://apps.who.int/gb/e/e_wha70.html), 11.02.2019թ)

ԱՀԿ (2017d). Ոչ վարակիչ հիվանդությունների ռիսկի գործոնների STEPS հետազոտություն: Տեղեկանք Հայաստանի համար. Կոպենհագեն, ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ ([http://origin.who.int/ncds/surveillance/steps/Հայաստան\\_2016\\_STEPS\\_FS.pdf](http://origin.who.int/ncds/surveillance/steps/Հայաստան_2016_STEPS_FS.pdf), 11.02.2019թ)

ԱՀԿ (2017e). Ծխախոտի դեմ պայքարի ԱՀԿ շրջանակային կոնվենցիա [կայք]. Ժնև: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն (<http://www.who.int/fctc/en>, 11.02.2019թ)

ԱՀԿ (2017f). Ծխախոտի օգտագործման գլոբալ պատկերի մասին ԱՀԿ զեկույց, 2017. Ժնև: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն ([http://www.who.int/tobacco/global\\_report/en](http://www.who.int/tobacco/global_report/en), 11.02.2019թ)

ԱՀԿ (2018a). Ալկոհոլի չարաշահումը և առողջության կարգավիճակն աշխարհում. զեկույց, 2018թ: Հայաստան. Ժնև ([https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/), 11.02.2019թ)

ԱՀԿ (2018b). Ոչ վարակիչ հիվանդությունների պատկերը, 2018: Հայաստան. Ժնև: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն (<http://www.who.int/nmh/countries/en>, 11.02.2019թ)

ԱՀԿ (2018c). Փրկում ենք մարդկային կյանքեր, ծախսում ավելի պակաս: Ռազմավարական արձագանք ոչ վարակիչ հիվանդություններին. Ժնև: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն (<http://www.who.int/ncds/management/ncds-strategic-response/en>, 11.02.2019թ)

ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ (2012). Ալկոհոլի վնասական օգտագործման ցուցանիշի նվազեցման 2012–2020թթ եվրոպական գործողությունների ծրագիր. Կոպենհագեն, ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>, 11.02.2019թ)

ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ (2016). Ոչ վարակիչ հիվանդությունների բուժման բարելավված ելքեր: Մարտահրավերներ և հնարավորություններ առողջապահական համակարգերի համար. Հայաստանի իրավիճակի գնահատում. Կոպենհագեն, ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ (<http://www.euro.who.int/en/countries/Armenia/publications/better-noncommunicable-disease-outcomes-challenges-and-opportunities-for-health-systems.-Armenia-country-assessment-2017>, մուտք՝ 11.02.2019թ)

ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ (2017a). Ոչ վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի միջոցառումների մշտադիտարկումը եվրոպայում. Թեման՝ ընթացքի հսկիչ ցուցանիշներ. Կոպենհագեն, ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/who-european-office-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-ncd-office/publications-and-tools/monitoring-noncommunicable-disease-commitments-in-europe.-theme-in-focus-progress-monitor-indicators-2017>, մուտք՝ 11.02.2019թ)

ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ (2017b). Ոչ վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի միջոցառումների մշտադիտարկում: Արդյո՞ք իրականացնում ենք ՄԱԿ կողմից սահմանված ժամկետային նպատակները, Կոպենհագեն, ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/340867/Report-2.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/340867/Report-2.pdf?ua=1), մուտքը՝ 11.02.2019թ)

ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ (2017c). Ծխախոտի դեմ պայքարի գործողությունների մասին տեղեկանք – Հայաստան. Կոպենհագեն, ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/337418/Tobacco-Control-Fact-Sheet-Armenia.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/337418/Tobacco-Control-Fact-Sheet-Armenia.pdf?ua=1), մուտք՝ 11.02.2019թ)

ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ (2018a). Կյանքի սպասվող տևողություն. Եվրոպական առողջապահական տեղեկատվական ցանց [առցանց տվյալների բազա]. Կոպենհագեն, ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ

ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ (2018b). Վաղաժամ մահացություն. Եվրոպական առողջապահական տեղեկատվական ցանց [առցանց տվյալների բազա]. Կոպենհագեն, ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ; 2018 ([https://gateway.euro.who.int/en/indicators/h2020\\_1-premature-mortality/visualizations/?country=ARM;WHO\\_EURO#id=17070](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/h2020_1-premature-mortality/visualizations/?country=ARM;WHO_EURO#id=17070), մուտք՝ 11.02.2019թ)

ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ (2018c). Սննդակարգի մոդելավորման մեթոդաբանության օգտագործումը բնակչության կողմից կերակրի աղի սպառման քանակությունը պակասեցնելու նպատակով – երկրի համար մասնահատուկ աղի կրճատման մոդելի մշակման ուղեցույց. Կոպենհագեն, ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/publications/2018/using-dietary-intake-modelling-to-achieve-population-salt-reduction-a-guide-to-developing-a-country-specific-salt-reduction-model-2018>, մուտք՝ 11.02.2019թ)

ԱՀԿ, ՄԱԿ ԶԾ (2018). Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելում և պայքար: Ներդրումները հիմնավորող փաստարկների մշակման ուղեցույց: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն

# Հավելված 1. ՈՎՀ-ի բեռը հաշվարկելու համար օգտագործված տվյալներ

## Աղյուսակ A1. Արտադրողականության մասին տվյալներ

Հիվանդություն	Պատամետրի արժեքը	Տարի	Տվյալների աղբյուրը	Տվյալների աղբյուրի մասին մանրամասներ
Աշխատանքային մասնակցության գործակցի նվազում				
Գերճշում	11.0%	2009	Barnay&Debrand	Barnay T, Debrand T (2006). Աշոջական վիճակի ազդեցությունը Եվրոպայում տարեցների աշխատանքային մասնակցության գործընթացի վրա, Questions d'Economie Santé. 109 ( <a href="http://www.irdes.fr/english/2006/issues-in-health-economics.html">http://www.irdes.fr/english/2006/issues-in-health-economics.html</a> , մտայնք՝ 02.10.2018թ)
Կաթված	11.0%	2009	Barnay&Debrand	Barnay T, Debrand T (2006). Աշոջական վիճակի ազդեցությունը Եվրոպայում տարեցների աշխատանքային մասնակցության գործընթացի վրա, Questions d'Economie Santé. 109 ( <a href="http://www.irdes.fr/english/2006/issues-in-health-economics.html">http://www.irdes.fr/english/2006/issues-in-health-economics.html</a> , մտայնք՝ 02.10.2018թ)
Սլոտամվակի սուր ինֆարկտ	11.0%	2009	Barnay&Debrand	Barnay T, Debrand T (2006). Աշոջական վիճակի ազդեցությունը Եվրոպայում տարեցների աշխատանքային մասնակցության գործընթացի վրա, Questions d'Economie Santé. 109 ( <a href="http://www.irdes.fr/english/2006/issues-in-health-economics.html">http://www.irdes.fr/english/2006/issues-in-health-economics.html</a> , մտայնք՝ 02.10.2018թ)
2-րդ տիպի շաքարային դիաբետ	11.0%	2009	Barnay&Debrand	Barnay T, Debrand T (2006). Աշոջական վիճակի ազդեցությունը Եվրոպայում տարեցների աշխատանքային մասնակցության գործընթացի վրա, Questions d'Economie Santé. 109 ( <a href="http://www.irdes.fr/english/2006/issues-in-health-economics.html">http://www.irdes.fr/english/2006/issues-in-health-economics.html</a> , մտայնք՝ 02.10.2018թ)
Ժամանակակից անաշխատունակության գրգռվածությունը ոչ լիարժեք աշխատանքի մասեր				
Գերճշում	0.5%	2011	Mitchell& Bates	Mitchell RJ, Bates P (2011). Աշոջական վիճակը պայմանավորված աշխատանքային արտադրականության կորստի չափումը. Բնակչության առողջության կառավարում/ 14(2): 93-8.
Կաթված	5.5%	2011	Mitchell& Bates	Mitchell RJ, Bates P (2011). Աշոջական վիճակը պայմանավորված աշխատանքային արտադրականության կորստի չափումը. Բնակչության առողջության կառավարում/ 14(2): 93-8.
Սլոտամվակի սուր ինֆարկտ	1.1%	2011	Mitchell& Bates	Mitchell RJ, Bates P (2011). Աշոջական վիճակը պայմանավորված աշխատանքային արտադրականության կորստի չափումը. Բնակչության առողջության կառավարում/ 14(2): 93-8.
2-րդ տիպի շաքարային դիաբետ	0.3%	2011	Mitchell& Bates	Mitchell RJ, Bates P (2011). Աշոջական վիճակը պայմանավորված աշխատանքային արտադրականության կորստի չափումը. Բնակչության առողջության կառավարում/ 14(2): 93-8.
Աշխատավայրում ձևական ներկայությամբ պայմանավորված արտադրողականության անկում				
Սլոտամության հիվանդություն և կաթված	3.7%	2011	Wang et al.	Wang PS, Beck A, Berglund P, Leutzinger JA, Pronk N, Richling D et al. (2003). Քրոնիկ առողջական վիճակները և աշխատանքի կատարողականը առողջության հարցերի և աշխատանքային կատարողականի վերաբերյալ հարցազարի չափաբերման հետազոտություններում. J Occup Environ Med. 45:1303-11.
Շաքարային դիաբետ	11%	2011	Holden et al.	Holden L, Scuffham PA, Hilton MF, Ware RS, Vecchio N, Whiteford HA (2011). Ռի առողջական վիճակները են ազդում զբաղվածների աշխատանքային արտադրողականության վրա Ավստրալիայում J Occup Environ Med. 53:253-7.
Աշխատողին փոխարինելու համար պահանջվող ժամանակը (տարվա տուկոմ)	20%	2012	Boushey& Glynn	Boushey H, Glynn SJ (2012). Աշխատողների փոխարինման հետ կապված բազմաթիվ ծախսեր կան. Վաշինգտոն, (ԿԸ): Ամերիկյան առաջընթացի կենտրոն ( <a href="https://www.americanprogress.org/issues/abor/report/2012/11/16/44464/there-are-significant-business-costs-to-replacing-employees/">https://www.americanprogress.org/issues/abor/report/2012/11/16/44464/there-are-significant-business-costs-to-replacing-employees/</a> , մտայնք՝ 02.10. 2018թ).

## The WHO Regional Office for Europe

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

### Member States

Albania  
Andorra  
Armenia  
Austria  
Azerbaijan  
Belarus  
Belgium  
Bosnia and Herzegovina  
Bulgaria  
Croatia  
Cyprus  
Czechia  
Denmark  
Estonia  
Finland  
France  
Georgia  
Germany  
Greece  
Hungary  
Iceland  
Ireland  
Israel  
Italy  
Kazakhstan  
Kyrgyzstan  
Latvia  
Lithuania  
Luxembourg  
Malta  
Monaco  
Montenegro  
Netherlands  
North Macedonia  
Norway  
Poland  
Portugal  
Republic of Moldova  
Romania  
Russian Federation  
San Marino  
Serbia  
Slovakia  
Slovenia  
Spain  
Sweden  
Switzerland  
Tajikistan  
Turkey  
Turkmenistan  
Ukraine  
United Kingdom  
Uzbekistan

### **World Health Organization Regional Office for Europe**

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01

Email: [eurocontact@who.int](mailto:eurocontact@who.int)

Website: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)