Հավելված N 1
ՀՀ կառավարության 2023 թվականի
փետրվարի 9-ի N 174-Լ որոշման

ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ 2023-2026 ԹՎԱԿԱՆՆԵՐԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ

ԵՐԵՎԱՆ - 2023 թ.

1. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1. Առողջապահության համակարգի 2023-2026 թվականների զարգացման ռազմավարությունը (այսուհետ՝ ռազմավարություն) շրջանակային փաստաթուղթ է, որը նախանշում է մինչև 2026 թվականը նախատեսված առողջապահության զարգացման ուղենիշները, անդրադառնալով յուրաքանչյուր անհատի ծնվելու պահից սկսած առողջության պահպանման, հիվանդությունների կանխարգելման, բուժման, բժշկական ծառայությունների մատուցման և հասանելիության, կյանքի որակի և բարեկեցության ապահովման հարցերին: Ռազմավարությունը խթանում է հանրային առողջության պահպանման առկա մեխանիզմների, գործընթացների, փոխհարաբերությունների բարելավումը՝ զարգացնելով և բարեփոխելով դրանք:

2. Ռազմավարության համար հիմք են հանդիսացել վերջին երկու տասնամյակների ընթացքում Հայաստանի Հանրապետությունում իրականացված բարեփոխումների արդյունքում կուտակված գիտելիքներն ու փորձը՝ համադրելով Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (այսուհետ՝ ԱՀԿ) ուղեցույցների և առաջարկությունների, ԱՀԿ և այլ փորձագիտական առաքելությունների առաջարկների, Արևմտյան և Արևելյան Եվրոպայի երկրների, ինչպես նաև Անկախ պետությունների համագործակցության (այսուհետ՝ ԱՊՀ) երկրների փորձի հետ, և այն համահունչ է Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի ապահովման ընդհանուր սկզբունքներին և դրույթներին, ՄԱԿ-ի «Օրակարգ-2030» հռչակագրին և Կայուն զարգացման նպատակներին:

3. Ռազմավարության գերակա խնդիրների ընդգրկումն իրականացվել է՝ հիմք ընդունելով երկրի սոցիալ-ժողովրդագրական ու տնտեսական զարգացումը, համաճարակային իրավիճակը, առողջապահության համակարգից բնակչության ակնկալիքները, ինչպես նաև Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի ապահովման համար անհրաժեշտ նախապայմանների ստեղծման անհրաժեշտությունը:

4. Ռազմավարության հիմնարար սկզբունքներն են՝

1) *«մարդակենտրոն» առողջապահությունը.* առողջապահական քաղաքականության անմիջական շահառուն անհատն է, ուստի նախատեսված բոլոր միջոցառումները

նախ և առաջ պետք է պահպանեն և բարելավեն անձի առողջական վիճակը և կյանքի որակը.

2) *մարդու իրավունքների գերակայությունը*. յուրաքանչյուր անձ ունի ֆիզիկական և հոգեկան առողջության առավելագույն մակարդակին հասնելու իրավունք.

3) *արդյունավետ քաղաքականությունը և համարժեք կառավարումը*. Առողջապահության քաղաքականությունը և կառավարումը հիմնված են ապացուցողական հենքի, գիտելիքի և լավագույն փորձի վրա.

4) *մասնակցային կառավարումը*. հասարակությունը, պետական կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինները, հասարակական կազմակերպությունները, մասնավոր ոլորտը և մյուս շահագրգիռ կողմերն ուղղակի և (կամ) անուղղակի կերպով ներգրավված են առողջապահական քաղաքականության ծրագրման, իրականացման և գնահատման բոլոր գործընթացներում՝ նպաստելով առողջապահության համակարգի որակյալ և թափանցիկ գործունեությանը, ինչպես նաև սեփական առողջության պահպանման ու բարելավման նկատմամբ անհատի պատասխանատվության բարձրացմանը.

5) *սոցիալական համերաշխությունը*. երկրի բոլոր քաղաքացիներն ունեն առողջապահության համակարգի ծախսերին մասնակցելու պարտականություն՝ վճարելով հարկեր, տուրքեր և օրենքով նախատեսված այլ պարտադիր վճարներ.

6) *բոլորի համար հավասար իրավունքները և հնարավորությունները*. յուրաքանչյուր ոք ունի երկրում հասանելի մարդկային, տեխնիկական և ֆինանսական ռեսուրսների սահմաններում անհրաժեշտ բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու հավասար իրավունք՝ Հայաստանի Հանրապետության օրենքներով և այլ իրավական ակտերով սահմանված ընթացակարգերի շրջանակներում:

5. Ռազմավարության նպատակն է սահմանել առաջիկա տարիների համար ոլորտի զարգացման ուղենիշները՝ ուղղված Հայաստանի Հանրապետությունում բնակչության առողջության պահպանմանը, հիվանդացության և վաղաժամ մահացության նվազեցմանը, կյանքի որակի բարելավմանը և կյանքի միջին տևողության երկարաձգմանը:

6. Ռազմավարության ուղղություններն են՝

1) կրճատել անպտղությունը և բարելավել կանանց վերարտադրողական առողջությունը, բարելավել առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության ցուցանիշները.

2) բարելավել մոր և մանկան առողջությունը և նվազեցնել նորածնային, մանկական, դեռահասների և մայրական հիվանդացությունը և մահացությունը.

3) նվազեցնել ոչ վարակիչ հիվանդություններով (այսուհետ՝ ՈՎՀ) հիվանդացությունը, այդ հիվանդություններից առաջացած վաղաժամ մահացությունը, առողջության վրա ՈՎՀ զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոնների բացասական ազդեցությունը և բարելավել հոգեկան առողջությունը.

4) նվազեցնել վարակիչ հիվանդություններով (այսուհետ՝ ՎՀ) հիվանդացությունը և այդ հիվանդություններից առաջացած մահացությունը.

5) ապահովել մարդու կենսագործունեության համար առողջ և անվտանգ միջավայր.

6) ապահովել առողջապահության համակարգի արդյունավետ կառավարումը և ռեսուրսների ու կարողությունների համաչափ օգտագործումը.

7) ապահովել որակյալ և արդյունավետ բժշկական օգնության տրամադրումը.

8) ապահովել մատուցված բժշկական օգնության և սպասարկման իրական ծախսերի փոխհատուցումը և առողջապահության համակարգում ֆինանսական ռեսուրսների բաշխման և պլանավորման արդյունավետությունը:

7. Ռազմավարությունը բաղկացած է երկու բաժնից՝

1) առողջության հետ կապված հիմնախնդիրներ՝ ուղղված բնակչության առողջության պահպանմանն ու բարելավմանը.

2) առողջապահության համակարգ՝ ուղղված առողջապահության ոլորտի կառավարման և առաջնորդության ավելի արդյունավետ մոդելի ստեղծմանը:

2. ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐ

8. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության գերակա նպատակներից են բնակչության առողջության պահպանումը և բարելավումը, որի խնդրո առարկաներն են

բնակչության միջին մակարդակի բարելավումը և առողջության բաշխվածության անհավասարության կրճատումը:

9. Սույն բաժինը նախանշում է Հայաստանի Հանրապետությունում ծնելիության բարելավմանը, բնակչության առողջության պահպանմանը, հիվանդացության և վաղաժամ մահացության նվազեցմանը, կյանքի որակի բարելավմանը և կյանքի միջին տևողության մեծացմանն ուղղված թիրախային միջոցառումները, որոնք պետք է ձեռնարկվեն առաջիկա հինգ տարիների ընթացքում:

2.1. ՄՈՐ ՈՒ ՄԱՆԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀՊԱՆՈՒՄ

2.1.1. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները

Ծնելիությունը, մայրական և վերարտադրողական առողջությունը Հայաստանի Հանրապետությունում գնահատվում են ճգնաժամային: Ըստ ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի (այսուհետ՝ ՎԿ) հրապարակումների, ծնելիության գումարային (կամ պտղաբերության) գործակիցը 2020 թվականին կազմել է է 1.65, ինչը չի ապահովում անգամ պարզ վերարտադրությունը: Ըստ նույն աղբյուրի, 2016-2017 թթ. կտրվածքով ծնվածների տարբերությունը կազմել է՝ -2892, իսկ 2017-2018 թթ. տարբերությունը՝ -1.126, 2018-2019 թթ.՝ -533, և միայն 2019-2020 թթ. գրանցվել է դրական միտում՝ +407 կենդանի ծնունդ: Այս միտումը պահպանվեց մինչև 2021 թ. հունիս ամիսը (կենդանածինների աճ՝ 1413 նորածնով) ինչը, բացի այլ գործոններից, որոշ չափով պայմանավորված էր նաև առողջապահական գործոնով պայմանավորված միջոցառումների ծրագրի մի շարք բաղադրիչների ազդեցությամբ: Սակայն, սկսած հուլիս ամսից, գրանցվեց ծնունդների կտրուկ նվազում, որը պայմանավորված էր 44-օրյա պատերազմի ընթացքում և հետո ամուսնությունների գրեթե բացակայությամբ, հետևաբար, նաև առաջնահերթների թվի կտրուկ նվազմամբ: 2021 թ. տարեվերջին անկման միտումը նվազեց, սակայն, հաշվի առնելով, որ 2021-2022 թթ.-ից վերարտադրողական տարիք է մտնում 2000-ականների սերունդը, որը ծնունդների առումով նվազագույնն էր (2001 թ. 32065 ծնունդ), իսկ պատերազմի հետևանքով կորուստները գրանցվեց այդ տարիքային խմբում, ապա ծնունդների ավելացման առումով առաջիկա տարիները հուսադրող չեն, եթե չձեռնարկվեն համալիր միջոցառումներ:

10. Մայրական մահացության ցուցանիշը (ՄՄՑ) միջին եռամյա կտրվածքով որոշակի բացասական միտում է արձանագրում՝ 2018-2020 թթ. համար ՄՄՑ կազմել է շուրջ 25.7 (2015-2017 թթ. միջինը՝ 20.6): Մայրական մահացության դեպքերի զգալի մասը պայմանավորված է էքստրագենիտալ ախտաբանություններով և միայն 1/3 դեպքերում մահվան պատճառներն ուղղակի են՝ մանկաբարձական: Այս առումով մարտահրավեր հանդիսացավ Կովիդ-19-ը, որի հետևանքով արձանագրվեց մայրական մահացության ցուցանիշի աճ, 2021 թ. գրանցվեց մայրական մահացության 16 դեպք, որից 9-ը՝ Կովիդ-19-ով պայմանավորված:

11. Համաձայն ՎԿ տվյալների՝ Հայաստանի Հանրապետությունը համարվում է մանկական մահացության ցուցանիշի (ՄՄՑ՝ մինչև 1 տ. երեխաների մահացությունը՝ 1000 կենդանի ծնվածի նկատմամբ) ցածր (ցուցանիշը ≤ 10.0‰) մակարդակ ունեցող երկիր (2015 թ.՝ 8.8 ‰, 2020թ.՝ 7.3‰): Մահացության դեպքերի շուրջ 76% արձանագրվում է նորածնային (0-28 օր) շրջանում:

12. Մանկական մահացության կառուցվածքում նեոնատալ մահացության հիմնական պատճառները շուրջծննդյան շրջանում զարգացող առանձին վիճակներն են (բնածին արատներ, ներարգանդային ինֆեկցիաներ, անհասություն, ցածր և ծայրահեղ ցածր կշռով նորածիններ), իսկ հետնորածնային մահացության դեպքերն առավելապես պայմանավորված են շնչառական և աղիքային վարակներով:

13. Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը 2021 թվականին կազմել է 8‰: Այս տարիքային խմբի մահացության պատճառների շարքում մեծ դեր ունեն դժբախտ պատահարները և վնասվածքները: Թեպետ 2020 թ. նվազել են, սակայն շարունակում են մնալ որպես լուրջ առողջապահական խնդիր:

14. Դեռահասների մահացության հիմնական պատճառական կառուցվածքում գերակշռում են ճանապարհատրանսպորտային պատահարները (8.9/100 000) և կանխամտածված ինքնավնասումները (1.8/100 000):

16. Կանանց և երեխաների սնուցման վերաբերյալ պաշտոնական տվյալներն ամբողջական չեն և սահմանափակում են առկա իրավիճակի գնահատումը: Ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի հետազոտության (ԺԱՀՀ) համաձայն 2015

թվականին մինչև 5 տարեկան երեխաների թերաճությունը կազմել է 9%, բացառապես կրծքով սնուցման ցուցանիշը՝ 45%: Անհանգստացնող է մինչև 5 տարեկան երեխաների գերքաշության ցուցանիշի պահպանվող բարձր մակարդակը (2005 թ.՝ 11%, 2010թ.՝ 15%, 2015-16 թթ.՝ 14%) և աճի միտումը՝ 2005 թ. համեմատ:

17. Մինչև մեկ և մինչև 5 տարեկան երեխաների հիվանդացության հիմնական պատճառներն են՝ անհասությունը և ծննդյան ցածր քաշը, ներարգանդային վարակները, բնածին արատները, շնչառական օրգանների և փորլուծային հիվանդությունները, ինչպես նաև դժբախտ պատահարներն ու վնասվածքները:

18. Մինչև 18 տարեկան երեխաների շրջանում հիվանդացության ընդհանուր կառուցվածքում առավել տարածված են շնչառական օրգանների հիվանդությունները, դժբախտ պատահարները և վնասվածքները:

2.1.2. Մոր և մանկան առողջության ոլորտում ռազմավարության նպատակները և դրանց հասնելու ռազմավարական ուղղությունները

19. Վերարտադրողական, մոր ու մանկան և դեռահասների առողջության պահպանումը և բարելավումը գերակա խնդիր է, որը կանխորոշում է բնական աճը և ժողովրդագրական ցուցանիշները, երկրի սոցիալ-տնտեսական զարգացումը:

20. Սույն ոլորտում ռազմավարության նպատակներն են՝

1) կրճատել անպտղությունը և բարելավել կանանց վերարտադրողական առողջությունը.

2) երեխաների աճի և զարգացման ապահովումը՝ ներառյալ սնուցման վիճակի բարելավումը, առողջ ապրելակերպի վարքագծի ձևավորումը.

3) մայրերի և երեխաների հիվանդացության և մահացության նվազեցումը.

4) մոր և մանկան տրամադրվող բուժօգնության որակի, մատչելիության ու հասանելիության բարելավումը:

21. Նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղություններն են՝

1) հղիների վարման և հսկողության որակի, հղիության և պտղի պրենատալ ախտորոշման բարելավում, ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերման և բուժման հնարավորությունների ընդլայնում.

2) անվտանգ ծննդօգնության ապահովում, անհետաձգելի և արտագնա մանկաբարձական ծառայությունների հզորացում, կեսարյան հատումների նվազեցում.

3) նեոնատալ բժշկական օգնության և խնամքի ծառայությունների հզորացում.

4) անպտղության հաղթահարման ծրագրի շարունակական իրականացում, ներառյալ վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառումը՝ հետագա զարգացումների ապահովմամբ.

5) սելեկտիվ աբորտների դեմ պայքարին ուղղված միջոցառումների իրականացում, սեռով պայմանավորված պտղի կորուստների նվազեցում, օրենսդրության կիրառման ապահովում.

6) մանկական վնասվածքների կանխարգելման ծրագրով նախատեսված միջոցառումների իրականացում.

7) երեխաների/դեռահասների հոգեկան առողջության բարելավում, մանկական հոգեբուժական ծառայութան ուժեղացում.

8) մանկական վերականգնողական ծառայությունների ընդլայնում, մատչելիության և որակի բարձրացում.

9) երեխաների առողջ ապրելակերպին ուղղված համալիր միջոցառումների իրականացում՝ սկսած նախադպրոցական տարիքից, կրթական հաստատություններում երեխաների բուժօգնության և սպասարկման բարելավում.

10) հղիների/մայրերի/ խնամողների գիտելիքների բարելավում՝ մատուցվող ծառայությունների և երեխաների/հղիների մոտ հաճախ հանդիպող հիվանդությունների և վիճակների վերաբերյալ:

2.2. ՈՉ ՎԱՐԱԿԻՉ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ

2.2.1. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները

22. Հայաստանում գրանցված բոլոր մահերի շուրջ 93%-ը պայմանավորված է ոչ վարակիչ հիվանդություններով (ՈՎՀ), իսկ վարակիչ հիվանդություններից՝ 0.4% (ՎԿ տվյալներ, 2020): Առավել տարածված չորս ՈՎՀ (արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ՝ ԱՇՀՀ, չարորակ նորագոյացություններ՝ ՉՆ, շաքարային դիաբետ՝

ՇԴ և թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություններ՝ ԹՔՕՀ) բեռը կազմում է շուրջ 70%, որոնցից 47.3% պայմանավորված է ԱՇՀՀ, 14.8%՝ ՉՆ, 1.3%՝ ՇԴ, 1.1%՝ ԹՔՕՀ (ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ-ի (այսուհետ՝ ԱԱԻ) առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական ազգային կենտրոն (այսուհետ՝ ԱՏՎԱԿ):

23. Համաձայն ՎԿ տվյալների՝ առավել տարածված 4 ՈՎՀ-ից վաղաժամ (0-65 տ.) մահացությունն ընդհանուր մահերի կառուցվածքում կազմում է շուրջ 18%:

24. ՈՎՀ-ն առավել տարածված են 40 և բարձր բնակչության խմբերում: Ընդ որում, հիվանդացության և մահացության ցուցանիշներն աճում են տարիքային խմբերին զուգահեռ:

25. Ամեն տարի ՀՀ բնակչության շրջանում գրանցվում է ԱՇՀՀ-ի շուրջ 45-50 հազար նոր դեպք, ընդհանուր հիվանդների թիվը կազմում է շուրջ 250 հազար (2020 թ.), որը մեծ տնտեսական բեռ է հանդիսանում թե՛ համակարգի, թե՛ պացիենտի համար: Վերջին 30 տարիների ընթացքում ԱՇՀՀ-ի տարածվածության ցուցանիշներն աճել են 1.2, իսկ մահացությանը՝ 1.6 անգամ (ԱՏՎԱԿ 2020 թ.):

26. ԱՇՀՀ հիվանդացության և մահացության հիմնական պատճառներն են՝ սրտի իշեմիկ հիվանդությունները, մասնավորապես, սրտամկանի սուր ինֆարկտը, ուղեղանոթային հիվանդությունները, զարկերակային գերճնշումը (ԱՀԿ):

27. Վերջին 4 տարիների ընթացքում՝ 2016-2019 թթ., կտրուկ նվազել է մահացության ցուցանիշը սրտամկանի սուր ինֆարկտից (2016 թ.՝ 88.29, 100 000 բնակչի հաշվով, 2017 թ.՝ 52.09, 2018 թ.՝ 23.64, 2019 թ.՝ 27.44), սակայն 2020 թ. արձանագրվել է սրտամկանի սուր ինֆարկտից մահացության ցուցանիշի աճ (33.83), որը պայմանավորված էր Կովիդ-19-ով և պատերազմով:

28. ՀՀ բնակչության շրջանում ՇԴ-ով ընդհանուր հիվանդների թիվը կազմել է 106107 (3582.9 ըստ 100 000 բնակչի), կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդների թիվը կազմել է 10151 (342.8), մահվան դեպքերը՝ 470 (15.87) (2020 թ.):

29. Վերջին երեսուն տարիներին ՉՆ-ով հիվանդացությունը (1990 թ.՝ 5162, 2020 թ.՝ 6934) աճել է 1.3 անգամ: ՉՆ-ն առավել տարածված են մեծահասակ ազգաբնակչության

շրջանում: 0-14 տարեկան երեխաների շրջանում ՉՆ-ով հիվանդացությունը 2020 թ.-ին 1990 թ.-ի համեմատությամբ նվազել է շուրջ 2 անգամ, իսկ ընդհանուր հիվանդների թիվը՝ 1.5 անգամ: ՉՆ-ով հիվանդացությունը կտրուկ աճում է 35 և բարձր տարիքային խմբում:

30. Վիճակագրական տվյալների վերլուծությունը փաստում է, որ վերջին տարիների ընթացքում թե՛ կանանց, թե՛ տղամարդկանց մոտ աճի միտում են ունեցել կոլոռեկտալ և ստամոքսի քաղցկեղները: Ընդ որում, տղամարդկանց շրջանում առավել տարածված են՝ շնչափողի, բրոնխների, թոքի, ստամոքսի, լյարդի և ներլյարդային լեղուղիների և շագանակագեղձի ՉՆ-ը, իսկ կանանց շրջանում՝ կրծքագեղձի, շնչափողի, բրոնխների, թոքի, հաստ աղու, ստամոքսի ՉՆ-ը:

31. Հայաստանում ԱՇՀՀ, ՉՆ և ՇԴ մահացության ցուցանիշը զգալիորեն բարձր է Եվրոպական տարածաշրջանի և ԱՊՀ երկրներից: Ըստ նոզոլոգիաների՝ տղամարդկանց շրջանում առավել բարձր է մահացությունը սրտի իշեմիկ հիվանդություններից և թոքի քաղցկեղից, իսկ կանանց շրջանում՝ արգանդի վզիկի և կրծքագեղձի քաղցկեղներից («Առողջություն բոլորի համար» ԱՀԿ շտեմարան):

32. Վերջին երեք տասնամյակներում մեծահասակ բնակչության շրջանում առավել տարածված 4 ՈՎՀ-ի տարածվածությունն աճել է 2 անգամ, իսկ մահացությունը՝ 1.5 անգամ:

33. ՈՎՀ-ից առաջացած տնտեսական բեռի վերլուծությունը փաստում է, որ Հայաստանում առավել տարածված 4 հիվանդությունների բուժմանն ուղղված պետական ծախսերը կազմում են 55. 6 մլրդ դրամ: Կորցրած աշխատունակության արդյունքում առաջացած անուղղակի լրացուցիչ ծախսերն ավելի քան չորս անգամ գերազանցում են պետության կողմից նախատեսված ծախսերը՝ կազմելով 294. 9 մլրդ դրամ: Հայաստանի Հանրապետության տնտեսության վնասն այս պահի դրությամբ տարեկան կազմում է 362. 7 մլրդ դրամ, որը համարժեք է 2017 թվականի երկրի տարեկան համախառն ներքին արդյունքի 6. 5%-ին («Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելումը և հսկողությունը Հայաստանում. Ներդրումները հիմնավորող փաստարկներ», ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2018, http://nih.am/assets/pdf/researches/70e5e6b86702636ee880df101e8199cf.pdf):

34. ՈՎՀ-ի ամենամյա աճն ակնհայտորեն պայմանավորված է բնակչության շրջանում այդ հիվանդությունների զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոնների բարձր տարածվածությամբ:

35. 2016-2017 թթ. ԱՀԿ մեթոդաբանությամբ հանրապետությունում իրականացված STEPS ազգային հետազոտության արդյունքների համաձայն, 18-69 տարեկան բնակչության 27.9%-ը ծխում է (տղամարդկանց 51.5%-ը, կանանց՝ 1.8%-ը), բնակչության յուրաքանչյուր երկրորդը (56.4%) տանը ենթարկվում է երկրորդային ծխի ազդեցությանը, իսկ 26.6%-ը՝ աշխատավայրի փակ տարածքներում:

36. Բնակչության 5.9%-ը չարաշահում է ալկոհոլի օգտագործումը (տղամարդկանց՝ 11.1%, կանանց՝ 0.1%): Այսպիսով, ծխախոտի և ալկոհոլային խմիչքների օգտագործումը, որպես ՈՎՀ զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոն, հատկապես խնդրահարույց է տղամարդկանց շրջանում:

37. Հայաստանի Հանրապետությունում 18-69 տարեկան բնակչության շրջանում զարկերակային գերճնշման տարածվածությունը կազմում է 37.8%:

38. Աղի օգտագործման չարաշահումը գրեթե 2 անգամ բարձր է ԱՀԿ կողմից սանմանված օրական 5 գրամ նորմից, բնակչության հինգից մեկը (21. 3%) ֆիզիկապես թերակտիվ է, յուրաքանչյուր երկրորդի մոտ առկա է (47. 7%) ավելցուկային քաշ և ճարպակալում:

39. 18-69 տարեկանների շրջանում յուրաքանչյուր երրորդի (36%) մոտ առկա է ՈՎՀ զարգացմանը նպաստող 3-5 ռիսկի գործոն, իսկ 40-69 տարեկանների շրջանում յուրաքանչյուր վեցից մեկի մոտ (16. 5%) բարձր է ԱՇՀՀ զարգացման կամ հաջորդ տասը տարվա ընթացքում այդ հիվանդությամբ պայմանավորված մահվան հավանականությունը:

2.2.2. Ոչ վարակիչ հիվանդությունների ոլորտում ռազմավարության նպատակները և դրանց հասնելու ռազմավարական ուղղությունները

40. Կայունացնել և տարեկան 1.5-2%-ով նվազեցնել ՈՎՀ-ի հետևանքով առաջացող վաղաժամ (մինչև 70 տարեկան) մահացությունը՝ ռիսկի գործոնների տարածվածության նվազեցման, հիվանդությունների կանխարգելման, բնակչության իրազեկման

բարձրացման, ՈՎՀ վաղ հայտնաբերման և ժամանակին ու համապատասխան մատչելի բուժական օգնության կազմակերպման ճանապարհով:

41. Իրականացնել քաղաքականություն՝ ուղղված ՈՎՀ-ի ռիսկի գործոնների կառավարման խթանմանը, այդ թվում՝

1) բնակչության շրջանում ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործման բարձր տարածվածության նվազեցում, ծխախոտային բոլոր արտադրատեսակների, այդ թվում՝ տաքացվող ճանապարհով օգտագործվող ծխախոտային արտադրատեսակների նկատմամբ միևնույն օրենսդրական կարգավորումների սահմանում.

2) առողջ ապրելակերպի խթանում սոցիալական մարկետինգի միջոցով՝ գործարկելով անառողջ սննդի գովազդի սահմանափակում օրենսդրական կարգավորման միջոցով կամ նոր տեղեկատվական տեխնոլոգիաներով տեղեկատվության տարածման.

3) բնակչության շրջանում առողջ սննդի օգտագործման վերաբերյալ գիտելիքների և իրազեկման բարելավում, սննդում աղի և ըմպելիքներում շաքարի առավելագույն քանակը սահմանող իրավական ակտերի և հարկային քաղաքականության որդեգրում ու վերահսկում.

4) հասարակության ֆիզիկական ակտիվության բարձրացում՝ շեշտադրելով սպորտի զարգացումը, բարելավելով ֆիզիկական գործունեությամբ զբաղվելու հնարավորությունները.

5) զարկերակային գերճնշման, շաքարային դիաբետի, արգանդի վզիկի քաղցկեղի, կոլոռեկտալ քաղցկեղի և կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման, կանխարգելման և վերահսկման ծրագրի ակտիվացում և ավելի մեծ թվով բնակչության ընդգրկում.

6) ՈՎՀ-ի դեմ կանխարգելիչ պատվաստումների ծրագրերի հզորացում և համապատասխան ծառայությունների ծածկույթի ընդլայնում, խթանելով մարդու պապիլոմավիրուսի և հեպատիտ B դեմ պատվաստումների ընդգրկվածության ցուցանիշների բարելավումը:

42. Ժամանակակից հետազոտական մեթոդներով ՈՎՀ-ի վաղ հայտնաբերման, ախտորոշման, անհետաձգելի բժշկական օգնության, շարունակական և վերականգնողական որակյալ ծառայությունների հնարավորությունների ստեղծում և ընդլայնում, այդ

թվում՝ ԱՇՀՀ-ի, ՉՆ-ի, հեմատոլոգիական, մարդու օրգանների ու հյուսվածքների փոխ-պատվաստման խթանման ուղղություններով:

2.3. ՎԱՐԱԿԻՉ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

2.3.1. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները

43. Հայաստանի Հանրապետությունում չեն արձանագրվում պատվաստումներով կանխարգելվող նպատակային (կառավարելի) վարակիչ մի շարք հիվանդություններ՝ դիֆթերիա, պոլիոմիելիտ, փայտացում, նորածնային փայտացում, կարմրուկի, կարմրախտի տեղական դեպքեր, իսկ կապույտ հազը և համաճարակային պարոտիտն արձանագրվում են եզակի դեպքերի տեսքով:

44. ՀՀ տարածքի ավելի քան 85% զբաղեցնում են ժանտախտի Անդրկովկասյան բարձրլեռնային և Մերձարաքսյան ցածրադիր բնական օջախները: Նույն տարածքները, ներառելով անտառային գոտին, համալրում են տուլարեմիայի օջախայնության սահմանները: Տարածքի ավելի քան 95%-ում հաստատված է տուլարեմիայի բնական օջախայնություն, ժանտախտի դեպքում՝ տարածքի 85%-ը, գրեթե ողջ տարածքը հանդիսանում է լեպտոսպիրոզի և աղիքային յերսինիոզի բնական օջախ: Այս հիվանդությունների հարուցիչները պարբերաբար անջատվում են բնական պահոցներից և փոխանցողներից: Հանրապետության զգալի մասը հանդիսանում է նաև այլ վարակիչ հիվանդությունների (լեյշմանիոզ, մալարիա, Ղրիմ-Կոնգոյի հեմոռագիկ տենդ, Լայմի հիվանդություն, Քյու տենդ, մարդու գրանուլոցիտար անապլազմոզ, ռիկետցիոզ) բնական օջախ: Տարածքն անբարենպաստ է նաև խոլերա և կատաղություն հիվանդությունների առումով:

45. Կլիմայի փոփոխության, մասնավորապես օդի ջերմաստիճանի բարձրացման արդյունքում, կարող են ընդլայնվել վարակիչ հիվանդություններ փոխանցող կենդանիների տեսակների թիվը, ինչպես նաև փոխանցողների աշխարհագրական լանդշաֆտային գոտիները: Նույն պատճառով երկրում կարող են տարածվել հոդվածոտանիների նոր տեսակներ, որոնք նախկինում չեն հայտնաբերվել, և որոնք կարող են պատճառ դառնալ հատուկ վտանգավոր և այլ բնական օջախայնություն ունեցող հիվանդությունների տարածման:

46. Տուբերկուլոզով հիվանդացությունը 100.000 բնակչի հաշվով հաստատուն նվազում է վերջին տասնամյակում՝ 2007 թվականի 47.0%-ից մինչև 2020 թվականի 12.6%: Տուբերկուլոզից մահացությունը 100.000 բնակչի հաշվով նույնպես նվազել է ավելի քան 3.5 անգամ՝ 2007 թվականի 5.7%-ից մինչև 1.6%՝ 2020 թվականի:

47. Վերջին տարիներին դիտվում է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի տարեկան արձանագրվող նոր դեպքերի աճի միտում, իսկ արձանագրված դեպքերում գերակշռում են հետերոսեքսուալ ճանապահով փոխանցված դեպքերը, մասնավորապես՝ այլ երկրներ արտագնա սեզոնային աշխատանքի մեկնող միգրանտ բնակչության և նրանց զուգընկերների շրջանում:

2.3.2. Վարակիչ հիվանդությունների ոլորտում ռազմավարության նպատակները և դրանց հասնելու ռազմավարական ուղղությունները

48. Սույն ոլորտում ռազմավարության նպատակներն են՝

1) կառավարելի ՎՀ-ով հիվանդացության նվազեցումը, դրանց հետևանքով մահվան դեպքերի կանխարգելումը և ՎՀ-ի նկատմամբ բնակչության անընկալության ապահովումը.

2) համաճարակներին, բռնկումներին, թունավորումներին և հանրային առողջության անվտանգությանը սպառնացող այլ իրավիճակներին պատրաստվածության և արձագանքման ապահովումը.

3) Հայաստանի Հանրապետությունում տուբերկուլոզի, մասնավորապես հիվանդության դեղակայուն ձևերի, արտաընդերային հեպատիտների և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելում, հիվանդացության և մահացության մակարդակների նվազում:

49. Սույն ոլորտում նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղություններն են՝

1) ընդհանուր պատվաստումների գործընթացի և կառավարելի վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանական դիտարկում, կազմակերպում և համակարգում, նոր պատվաստումների ներդրում՝ ըստ անհրաժեշտության.

2) իմունականխարգելման, ՎԿ-ի կանխարգելման և դրանց դեմ պայքարի ուղղությամբ հասարակական համախմբման (սոցիալական մոբիլիզացման) ապահովումը.

3) տուբերկուլոզի, հեպատիտ Ց-ի և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վերացմանն ուղղված ծրագրերի իրականացում, որոնք ուղղված կլինեն բնակչության խոցելի խմբերի շրջանում հիվանդությունների կանխարգելմանը, նոր դեպքերի ակտիվ հայտնաբերմանը, արագ ախտորոշման

նորարարական մեթոդների և բուժման արտահիվանդանոցային մարդակենտրոն ծառայությունների համակարգերի ստեղծմանն ու ներդրմանը, կադրային ներուժի զարգացմանը, հանրային իրազեկման միջոցառումների իրականացմանը, խնդիրների լուծմանը, հասարարական և միջազգային կազմակերպությունների հետ համագործակցությանը՝ դրա իրականացման համար իրավական դաշտի ապահովմանը.

4) նոր ի հայտ եկող (COVID-19) և հայտնի ՎՀ-ի բռնկումներին և համաճարակներին և հանրային առողջության անվտանգությանը սպառնացող այլ իրավիճակներին պատրաստվածության և արձագանքման բարձրացման ծրագրերի իրականացում՝ ԱՀԿ Միջազգային Առողջապահական կանոնների (2005) պահանջների շարունակական ապահովման միջոցով:

2.4. ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ

2.4.1. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները

50. ՎԿ-ի տվյալների համաձայն վերջին տարիների ընթացքում բավականին բարձրացել է կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձանց թիվը: Այսպես, 2000 թվականի հետ համեմատած՝ 2020 թվականին ախտորոշված հոգեկան առողջության խնդիր ունեցող անձանց թիվը կրկնապատկվել է՝ կազմելով 66, 100.000 բնակչի հաշվով: Հոգեբուժական կազմակերպություններում հաշվառված են 58461 պացիենտներ:

51. Հոգեկան առողջության խնդիրներով պացիենտների մի մասը դուրս է մնում հսկողությունից, և հոգեբուժական ծառայության համակարգն ուշադրությունը և ջանքերը կենտրոնացնում է դիսպանսերներում հաշվառված հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց վրա և գործնականում անտեսում է ամբողջ բնակչության հոգեկան առողջության պահպանման խնդիրները: Ներկա համակարգը հիմնված է հիվանդանոցային պայմաններում բժշկական օգնության և սպասարկման վրա, և համապատասխան գիտելիքներով զինված սոցիալական աշխատողների և հոգեկան առողջության պահպանման ոլորտի այլ մասնագետների բացակայությունն էլ ավելի է սահմանափակում առողջության

առաջնային պահպանման (ամբուլատոր) և համայնքային մակարդակներում համապատասխան ծառայություններ տրամադրելու հնարավորությունները:

52. Հիվանդանոցային համակարգի մահճակալների զգալի մասը զբաղեցնում են պահպանողական բուժում ստացող և միայն խնամքի համար հոգեբուժական կազմակերպությունում գտնվող հոգեկան առողջության խնդիր ունեցող անձինք, ովքեր ակտիվ բուժման կարիք չունեն և կարող են ապրել համայնքում:

53. Հայաստանի Հանրապետության հինգ մարզերում (Տավուշ, Արագածոտն, Կոտայք, Արմավիր, Վայոց ձոր) չկան հիվանդանոցային պայմաններում հոգեբուժական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններ, և պացիենտները հիվանդանոցային պայմաններում հոգեբուժական օգնություն և սպասարկում ստանալու համար դիմում են իրենց բնակավայրից բավական հեռու գտնվող հիվանդանոցներ:

54. Նույն վիճակն է միայն հոգեբուժական խնամքի կարիք ունեցող պացիենտների դեպքում, ովքեր ներկայումս կարող են բնակվել միայն Երևանում և Վարդենիսում գտնվող խնամքի հաստատություններում և Հայաստանի Հանրապետության հոգեբուժական օգնություն և սպասարկում ցուցաբերող հոգեբուժական հիվանդանոցներում: Ընդ որում, բացի Սպիտակ քաղաքի խնամքի տնից՝ չկան մեծահասակ բնակչության համար համայնքային խնամքի տներ:

55. Չնայած Հայաստանի Հանրապետությունում աճում է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող տարեցների թիվը, սակայն չկան մասնագիտացված ծառայություններ խնդրի լուծման համար:

56. Հոգեկան առողջության խնդիրներն էական են երեխաների, մասնավորապես, դեռահասների շրջանում, գրեթե բացակայում են հիվանդանոցային պայմաններում մանկական հոգեբուժական ծառայությունները, առկա է մասնագետների սուր պակաս:

57. Հայաստանի Հանրապետությունում շարունակում է բավական բարձր մնալ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նկատմամբ խարանը (ստիգմայի աստիճանը), ինչի արդյունքում շատ պացիենտներ ամաչում կամ խուսափում են դիմել մասնագիտական օգնության՝ վատթարացնելով սեփական վիճակը և կորցնելով

սկզբնական շրջանում հոգեբուժական օգնություն ստանալու և խնդիրը շատ արագ և արդյունավետ կարգավորելու հնարավորությունը:

2.4.2. Հոգեկան առողջության ոլորտում ռազմավարության նպատակները և դրանց հասնելու ռազմավարական ուղղությունները

58. Սույն ոլորտում ռազմավարության նպատակն է պահպանել և բարելավել բնակչության հոգեկան առողջությունը, ապահովել հոգեկան առողջության խնդիրների կանխարգելումը և արդյունավետ բուժումը:

59. Սույն ոլորտում նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղություններն են՝

1) իրականացնել միասնական քաղաքականություն հոգեկան առողջության պահպանման և բարելավման ուղղությամբ՝ տարանջատելով հոգեբուժական և խնամքի ծառայությունները.

2) ապահովել որակյալ արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային պայմաններում հոգեբուժական ծառայությունների հասանելիությունը.

3) զարգացնել հոգեկան առողջության պահպանման ոլորոտում ընդգրկված մարդկային ներուժը.

4) ընդլայնել հոգեկան առողջության համայնքային ծառայությունների տրամադրման ցանցը:

2.5. ՏԱՐԵՑՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ

2.5.1. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները

60. Ըստ ՎԿ-ի տվյալների, 65 տարեկան և բարձր տարիք ունեցող անձանց թիվը 2021 թվականի հուլիսի 1-ի դրությամբ կազմել է Հայաստանի Հանրապետության ընդհանուր բնակչության 12. 6%:

61. 63 և ավելի բարձր տարիքային խմբի ընդհանուր թվում կանայք կազմում են 59. 9%, և ավելի բարձր տարիքային խմբերում ավելանում է կանանց տեսակարար կշիռը: Հետևաբար, կանանց կյանքի միջին տևողությունն ունի համեմատաբար ավելի բարձր ցուցանիշ (Հայաստանի Հանրապետությունում 2020 թվականի տվյալներով կյանքի սպասվող միջին տևողությունը կազմում է 73. 5 տարի, ըստ որում՝ տղամարդկանց համար՝ 68. 4, իսկ կանանց համար՝ 78. 6 տարի):

62. Հայաստանի Հանրապետությունը համարվում է ծերացող երկիր: Եթե մինչ կենսաթոշակային տարիքի բնակչության ծավալուն միգրացիոն ներհոսք կամ ծնելիության կտրուկ աճ տեղի չունենա, ապա այն կդառնա ծերացած երկիր, որն առաջ կբերի սոցիալ-տնտեսական համալիր հիմնախնդիրներ, այդ թվում՝ նաև առողջապահական:

63. Տարեցների բուժումը և խնամքն ամենամեծ ֆինանսական բեռն է առողջապահական բյուջեի համար: Որպես կանոն՝ տարեցները քրոնիկ հիվանդություններով պացիենտներ են, որոնք ենթակա են երկարաժամկետ և ընդհանուր ժամանակային կտրվածքով պակաս ծախսարդյունավետ բուժման:

64. Հիմնականում, մոտենալով 65 տարեկանին՝ քաղաքացիների մեծ մասի մոտ արդեն առկա է ախտորոշված ՈՎՀ կամ ի հայտ են եկել դրանց առաջին ախտանիշները: Այս իրավիճակն ազդում է քաղաքացու աշխատունակության և ֆինանսական եկամուտ ձևավորելու ունակության վրա: Որպես հետևանք, քաղաքացիները հատում են այս տարիքային շեմը արդեն հիվանդ, աղքատությանը մոտ սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակով և երկարաժամկետ և թանկ բժշկական խնամք ստանալու կարիքով:

2.5.2. Տարեցների առողջության ոլորտում ռազմավարության նպատակները և դրանց հասնելու ռազմավարական ուղղությունները

65. Սույն ոլորտում ռազմավարության նպատակն է ապահովել տարեց մարդկանց բավարար առողջական վիճակը և կյանքի որակը՝ համապատասխան ծավալի, տեսակի և որակի առողջապահական ծառայությունների տրամադրման միջոցով:

66. Սույն ոլորտում նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղություններն են՝

1) բարձրացնել տարեց բնակչության համար բժշկական ծառայությունների, այդ թվում հոգեկան առողջության հասանելիությունն ու մատչելիությունը, ներդնելով բժշկական մասնագիտական կրթական ծրագրերում տարեցներին բնորոշ հիվանդությունների վերաբերյալ դասընթացներ.

2) դեմենցիայի կառավարման ազգային ծրագրի իրականացում.

3) ինտեգրել տարեցներին տրամադրվող սոցիալական և առողջապահական ծառայությունների համակարգը, այդ թվում՝ կանոնակարգել տարեցների խնամքի տներում

բժշկական ծառայությունների մատուցումը (սահմանել պարտադիր տրամադրվող ծառայությունների ցանկը, լիցենզավորման գործընթացը և այլն):

2.6. ԱՊԱՀՈՎ ՇՐՋԱԿԱ ՄԻՋԱՎԱՅՐ

2.6.1. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները

67. Հայաստանի Հանրապետությունում չի իրականացվում շրջակա միջավայրի աղտոտման հետևանքով մարդու առողջության վրա վնասակար ազդեցության մշտադիտարկում:

68. Կլիմայի փոփոխությունը չի առաջացնում շրջակա միջավայրի գործոնների նոր ազդեցություններ, սակայն վատթարացնում է կլիմայի նկատմամբ զգայուն հիվանդությունների բեռը՝ վարակիչ և ոչ վարակիչ: Ջերմաստիճանի աճը, տեղումների քանակի փոփոխությունը և հիդրոօդերևութաբանական վտանգավոր երևույթների ավելացումը բնակչության առողջության վրա լուրջ բացասական ազդեցություն կարող են ունենալ: 2015 թվականի Փարիզյան համաձայնագիրը վավերացնելով՝ Հայաստանի Հանրապետությունը նպատակ ունի նպաստել բնակչության առողջության ազդեցության վրա կլիմայական ռիսկերի նվազեցմանը և կառավարմանը՝ հաշվի առնելով կլիմայի փոփոխության կանխատեսվող ռիսկերը, ազդեցությունները, նվազեցնել սոցիալ-տնտեսական բացասական հետևանքները, կորուստները և վնասները:

69. Ջրամատակարարման տևողությունը, ջրի որակը և անվտանգությունը Հայաստանի Հանրապետության որոշ տարածքներում շարունակում են մնալ ցածր մակարդակի վրա և բնութագրվում են տարածքային զգալի անհամաչափություններով:

70. Ջրամատակարարման համակարգի կառույցների մաշվածությունն ու ցանցերի սանիտարատեխնիկական վիճակը, ինչպես նաև կեղտաջրերի մաքրման կայանների կենսաբանական բաղադրիչի բացակայումը բացասաբար են անդրադառնում խմելու ջրի որակի վրա, և մանրէաբանական ցուցանիշներով այն չի համապատասխանում սահմանված սանիտարական կանոններին և նորմերին: Արդյունքում, պարբերաբար գրանցվում են սուր վարակիչ աղիքային հիվանդությունների ջրային ծագում ունեցող բռնկումներ:

71. Մթնոլորտային օդում հիմնական աղտոտիչների, առավելապես փոշու քանակությունը Հայաստանի Հանրապետության քաղաքներում հաճախ գերազանցում է սահմանային թույլատրելի խտությունը:

72. Հանքարդյունաբերական շրջաններում առկա են էկոլոգիական և բնակչության առողջության համար լուրջ ռիսկեր՝ կապված ծանր մետաղների և այլ թունավոր քիմիական նյութերի՝ օդ, ջուր, հող և սնման շղթայի տարբեր օղակներ ներթափանցման հետ:

73. Հայաստանի Հանրապետության խոշոր քաղաքներում բնակելի ֆոնդի թերությունները, աղմուկից անբավարար պաշտպանվածությունը, մի շարք վայրերում ջերմամատակարարման բացակայության պատճառով բնակարաններում անբարենպաստ միկրոկլիման հայտնի գործոններ են, որոնք նույնպես բացասաբար են ազդում մարդու առողջության վրա:

74. Պատշաճ չի իրականացվում աշխատավայրում դժբախտ դեպքերի գրանցումը, որի հետևանքով չի ուսումնասիրվում աշխատանքի վայրում պատահարների պատճառագիտությունը: Հետևաբար, դժբախտ պատահարների պատճառները հաճախ չեն հայտնաբերվում և համարժեք կանխարգելիչ միջոցառումներ չեն իրականացվում:

75. Ըստ ՀՀ Ճանապարհային ոստիկանության տվյալների՝ տարեցտարի աճում է ճանապարհատրանսպորտային պատահարների և դրանց հետևանքով վիրավորների թիվը:

2.6.2. Ապահով շրջակա միջավայրի ոլորտում ռազմավարության նպատակները և դրանց հասնելու ռազմավարական ուղղությունները

76. Սույն ոլորտում ռազմավարության նպատակն է աջակցել բարենպաստ շրջակա միջավայրի և անվտանգ աշխատանքային պայմանների ապահովմանը և նվազեցնել վնասվածքներից, այդ թվում՝ արտադրական, մասնագիտական հիվանդություններից և նրանց բարդություններից մահացությունը:

77. Սույն ոլորտում նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղություններն են՝

1) ապահովել բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ծառայությունների շարունակականությունը.

2) բացահայտել շրջակա միջավայրի աղտոտման հետևանքով մարդու առողջության վրա վնասակար ազդեցությունը, ինչպես նաև իրականացնել անվտանգ միջավայրի վերաբերյալ ուսուցման և իրազեկման միջոցառումներ.

3) նվազեցնել բնակչության առողջության վրա շրջակա միջավայրի և արտադրական պայմանների վնասակար ու վտանգավոր ազդեցությունը՝ հիգիենիկ նորմավորման համակարգի շարունակական արդիականացման և դրա պահանջների նկատմամբ վերահսկողության կատարելագործման միջոցով.

4) գնահատել կլիմայի փոփոխությունից առողջության խոցելիությունը, նվազեցնել ազդեցությունը՝ մշակելով հարմարվողականության միջոցառումների ծրագրեր.

5) իրականացնել ճանապարհատրանսպորտային երթևեկության անվտանգության ապահովման քաղաքականություն, որը կներառի դպրոցահասակ երեխաների ուսուցում, ինչպես նաև ավտոմեքենաներում մանկական նստատեղերի օգտագործման խթանում և միջազգային, ապացուցողական հիմք ունեցող այլ կանխարգելիչ միջոցառումների իրականացում:

3. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐԸ

78. Առողջապահության համակարգն ավելին է, քան բժշկական օգնության և սպասարկման մատուցումը: Այն սոցիալական ուղղվածությամբ համապարփակ ոլորտ է, որն ընդգրկում է բնակչության առողջության պահպանումը և բժշկական օգնության մատչելիությունը, որակը և շարունակականության ապահովումը՝ կենտրոնում պահելով մարդուն և նրա առաջ ծառացող նորանոր առողջապահական մարտահրավերները:

79. Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը առողջապահության համակարգի բարեփոխումներ է իրականացնում դեռևս 1990-ականների սկզբից: Առավել զգալի փոփոխությունների թվում են ոլորտի կառավարման ապակենտրոնացումը, մի շարք բժշկական հաստատությունների մասնավորեցումը, բժշկական ծառայությունների գնորդի և մատակարարի գործառույթների տարանջատումը, ֆինանսավորման նոր մեխանիզմների ներդրումը, հիվանդանոցային օղակի օպտիմալացումը և ԱԱՊ համակարգի հզորացումը:

80. Առողջապահության համակարգի արդյունավետ գործունեությունը պայմանավորված է հետևյալ հիմնական գործառույթներով՝

1) առողջապահության համակարգի կառավարում.

2) առողջապահության համակարգի ռեսուրսային ապահովում.

3) առողջապահական ծառայությունների տրամադրում.

4) առողջապահության համակարգի ֆինանսավորում:

81. Նշված գործառույթները փոխկապակցված են և բխում են մեկը մյուսից, ուստի առողջապահության համակարգի զարգացումը պահանջում է դրանցից յուրաքանչյուրի զարգացումն առանձին և ընդհանուր՝ ամբողջ համակարգի ներդաշնակ զարգացումն ապահովելու նպատակով:

3.1. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ

82. Վերջին տարիների ընթացքում անհրաժեշտություն է առաջացել զուգակցել վարչական ապակենտրոնացման գործընթացը՝ համակարգի կառավարման և բժշկական օգնության և սպասարկման որակի վերահսկման մեխանիզմների հետ:

83. Առաջիկա հինգ տարիներին առողջապահության համակարգի կարգավորման առումով պետք է՝

1) նորմատիվ իրավական ակտերի միջոցով կարգավորվեն բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման մակարդակների սահմանումները և ըստ մակարդակների բժշկական օգնության և սպասարման տեսակների դասակարգումը, դրանց մատուցման համար անհրաժեշտ ենթակառուցվածքների նկարագիրը, կառուցվածքները, նրանց հզորությունների, հագեցվածության և գործառույթների տարանջատման հարցերը.

2) մշակվի Հայաստանի Հանրապետության ողջ տարածքում հիվանդանոցների կառուցվածքային մոդել, որը, հաշվի առնելով ճանապարհային ցանցի առկայությունը, բնակավայրերի և հատկապես գյուղական բնակավայրերի միջև եղած տարածությունը, ճանապարհների անցանելիությունը և այլ գործոններ, հնարավորություն կտա պետական բյուջեից հատկացվող միջոցներն ուղղել անհրաժեշտ և որակյալ բժշկական օգնության և սպասարկման ապահովմանը (Մաստեր Պլանի մշակում).

3) ընդլայնվի հեռաբժշկության, շտապ բժշկական օգնության, սանիտարական ավիացիայի ծառայությունների ընդգրկվածությունը՝ ապահովելու մարզերի բնակիչների համար բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների, այդ թվում՝ նեղ

մասնագիտական, դժվարամատչելի և նորագույն ու թանկարժեք տեխնոլոգիաներով մատուցվող բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների հասանելիությունը.

4) օրենսդրական դաշտ ձևավորվի արտակարգ իրավիճակների ժամանակ, այդ թվում՝ ՎՀ-ի բռնկումների, համաճարակների, համաճարակային անբարենպաստ իրավիճակների ժամանակ՝ առողջապահության համակարգի պատրաստվածության, բժշկական հաստատությունների կարողությունների ապահովման, դեղերի պահուստային միջոցների ձևավորման և համալրման, կադրային ապահովվածության, արտակարգ իրավիճակների արձագանքման կարողությունների մեծացման և գործուն մեխանիզմների ստեղծման նպատակով:

84. Առողջապահության համակարգի կառավարման առումով առանձնացվում է երկու անկյունաքարային ուղղություն՝

1) էլեկտրոնային առողջապահություն.

2) բժշկական օգնության և սպասարկման որակ:

3.1.1. ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ

3.1.1.1. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները

85. ՀՀ առողջապահության համակարգում գործարկվում է առողջապահական տեղեկատվական՝ առցանց էլեկտրոնային առողջապահության համակարգը, որին միացած են 486 բժշկական հիմնարկներ, որոնք մատուցում են բժշկական ծառայություններ պետական պատվերի շրջանակներում, և 6 ապահովագրական ընկերություններ:

86. Ներկայումս համակարգը հնարավորություն է ընձեռում հավաքել և մուտքագրել հիվանդանոցային, արտահիվանդանոցային, ստոմատոլոգիական ծառայություններ ստացած պացիենտներին և սոցիալական փաթեթի շահառուներին տրամադրած ծառայությունների դեպքերի վերաբերյալ տվյալներ, որոնք ունեն սահմանափակ կիրառում՝ պետական առողջապահական գործակալության (ՊԱԳ) կողմից պետության կողմից փոխհատուցվող դեպքերի շրջանակներում բժշկական հաստատությունների տրամադրած կատարողականի վերաբերյալ հաշվետվությունների հիման վրա ֆինանսավորման գործընթացներն իրականացնելու համար:

87. Հայաստանի Հանրապետությունում առկա են առողջապահական տվյալների հավաքագրման և մշակման մի քանի համակարգեր, որոնք երբեմն կրկնում և խաչաձևում են ընթացիկ և հետազոտությունների միջոցով տվյալների հավաքագրումը, իսկ հաշվառման և հաշվետվական ձևերի անկատարության պատճառով տուժում են տվյալների հիման վրա վերլուծություններ իրականացնելու և որոշումներ կայացնելու հնարավորությունները:

88. Հայաստանի Հանրապետությունում 2005 թվականից ի վեր իրականացվում է առողջապահության ազգային հաշիվների տարեկան զեկույցների կազմում, որը հնարավորություն է տալիս ոլորտում քաղաքականություն իրականացնողներին որոշումները կայացնել անհրաժեշտ վիճակագրական տվյալների հիման վրա:

89. Աշխատանքներ են տարվում «իրական ժամանակում» էլեկտրոնային համաճարակաբանական հսկողության համակարգի ձևավորման ուղղությամբ, ինչը թույլ կտա համաճարակաբանական, այդ թվում՝ լաբորատոր տվյալների ինտեգրում մեկ համակարգում:

3.1.1.2. Էլեկտրոնային առողջապահության ոլորտում ռազմավարության նպատակները և դրանց հասնելու ռազմավարական ուղղությունները

90. Էլեկտրոնային առողջապահության ոլորտում ռազմավարության նպատակն է ժամանակակից և արդյունավետ էլեկտրոնային տեղեկատվական համակարգի մշակումը և լիարժեք ներդրումը, որն ինտեգրված կլինի պետական կառավարման համակարգի այլ էլեկտրոնային համակարգերին, ապահովելու համակարգի շահառուների արդյունավետ կառավարումը, որոշումներ կայացնելու համար անհրաժեշտ տեղեկատվության առկայությունը, բժշկական ծառայությունների որակի բարելավումն ու արդյունավետությունը, առողջապահության համակարգի գործունեության թափանցիկությունը և հանրության բավարարվածության բարձր մակարդակը:

91. Միասնական և արդյունավետ էլեկտրոնային տեղեկատվական համակարգի ներդրման նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղություններն են՝

1) մշակել և հաստատել էլեկտրոնային առողջապահության համակարգի շահագործման և առողջապահական տվյալների բազաների վարման համար անհրաժեշտ նորմատիվ իրավական ակտեր.

2) ապահովել էլեկտրոնային դեղատոմսի համակարգի ներդրումը միասնական առողջապահական տեղեկատվական համակարգի շրջանակներում.

3) ապահովել էլեկտրոնային անաշխատունակության թերթիկի թվայնացումը և ներդրումը.

4) ներդնել էլեկտրոնային ուղեգրումների ամբողջական համակարգ.

5) ապահովել տվյալների մատչելիությունը պացիենտների համար, հատկապես՝ հետազոտությունների արդյունքների մատչելիությունն ու տեղափոխելիությունը.

6) ապահովել վարակիչ հիվանդությունների հսկողության էլեկտրոնային համալիր համակարգի լիարժեք ներդրումը և ապահովել համակարգի կայուն աշխատանքը.

7) ընդլայնել համակարգի հաշվետվական, վերլուծական կարողությունները, համակարգի կիրառության շրջանակները և ավելացնել շահառուների ցանկը՝ դրանց մեջ ներառելով ոչ միայն ֆինանսավորման պատասխանատու կառույցները, այլև ոլորտի քաղաքականություն մշակող, որակի վերահսկման և առողջապահական վիճակագրություն և հաշվետվողականություն իրականացնող կազմակերպությունները.

8) վերանայել և բարելավել բժշկական հաստատություններում վարվող հաշվառման ձևերը և թվայնացնել գրանցամատյանները.

9) մշակել և ներդնել քաղցկեղի և շաքարային դիաբետի էլեկտրոնային ռեգիստրները.

10) իրականացնել համակարգից օգտվողների շարունակական ուսուցումներ և աջակցել բժշկական հաստատությունների տեխնիկական կարողությունների զարգացմանը.

11) բնակչության կողմից համակարգի կիրառության խթանում, այդ թվում՝ էլեկտրոնային եղանակով բժշկական փաստաթղթերի ստացման հնարավորություն բնակչությանը տրամադրվող փաստաթղթերի թվայնացում.

12) ընդլայնել էլեկտրոնային առողջապահության համակարգի և Հայաստանի Հանրապետությունում գործող ինչպես առողջապահության, այնպես էլ այլ կառավարման պետական համակարգերի ինտեգրումը, մասնավորապես՝ Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության և Արդարադատության նախարարության, Պետական եկամուտների կոմիտեի, Ոստիկանության տեղեկատվական համակարգերի հետ:

3.1.2. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՈՐԱԿ

3.1.2.1. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները

92. Առողջապահական բարեփոխումների կարևորագույն բաղադրիչներից են առողջապահության ծառայությունների որակի բարելավումը և որակի բարելավման ապահովման համապատասխան մեխանիզմների ստեղծումը, ներդրումը և շարունակական կիրառումը:

93. ԱՀԿ-ի գնահատականներով առողջապահական ծառայությունների որակի հետ կապված խնդիրները հանգեցնում են շուրջ 20% և ավելի ներդրված միջոցների անտեղի վատնմանը՝ անգամ բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում:

94. Բժշկական օգնության և սպասարկման ցածր որակի հետ կապված խնդիրները հանգեցնում են կանխարգելելի հիվանդացության և մահացության աճին. այսպես 2018 թվականին իրականացված հետազոտության գնահատմամբ՝ Հայաստանի Հանրապետությունում շուրջ 53% կանխարգելելի մահերը պայմանավորված են անորակ առողջապահական ծառայություններով:

95. Առողջապահության ոլորտում պետական կառավարման լիազոր մարմնի և բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների կառուցվածքում բացակայում են որակի ապահովման պատասխանատու ստորաբաժանումներ:

96. Բժշկական անձնակազմի որակի վերաբերյալ գիտելիքները, հմտությունները, դրանց իրագործման գործընթացներում ներգրավվածությունը և պարտավորվածությունը բավարար չեն, ներդված չեն աջակցող վերահսկողության և մշտադիտարկման մեխանիզմներ:

97. Բնակչության իրազեկման, ներգրավվածության ապահովման և բավարարվածության գնահատման մեխանիզմներն անբավարար են գործում:

3.1.2.2. Սույն ոլորտում ռազմավարության նպատակները և դրանց հասնելու ռազմավարական ուղղությունները

98. Սույն ոլորտում ռազմավարության նպատակն է բնակչության համար ապահովել անվտանգ, արդյունավետ, մարդակենտրոն, ժամանակին և մատչելի, առկա ռեսուրսների և ծառայությունների օգտագործման տեսանկյունից օգտավետ և սահմանված որակի

ցուցանիշներին և ստանդարտներին համապատասխան համապարփակ առողջապահական ծառայություններ:

99. Որակի բարելավմանն ուղղված գործողությունները հիմնականում ազդելու են որակի հետևյալ տիրույթների վրա, ինչպիսիք են՝ առաջնորդությունը, տեղեկատվությունը, կանոնակարգումը, չափորոշիչները և կազմակերպչական կարողությունները:

100. Նախատեսվում է փորձարկել նաև ինտեգրված ծառայությունների տրամադրման մոտեցումներ՝

1) մշակել առողջապահական ծառայությունների որակի բարելավման ռազմավարություն՝ հաշվի առնելով հետևյալ սկզբունքները.

ա. համապատասխանեցնել առողջապահության ազգային գերակայություններին,

բ. ներգրավել առողջապահության ոլորտի բոլոր շահառուներին,

գ. սահմանել որակի կառավարման մեխանիզմ,

դ. ստեղծել տեղեկատվական հուսալի համակարգ՝ հնարավորություն ունենալով ազգային մակարդակում իրականացնել որակի ցուցանիշների գնահատում, վերահսկում, աջակցում,

ե. որակի ռազմավարության իրականացման համար անհրաժեշտ ֆինանսական այլ ռեսուրսների ապահովում,

զ. որակի ռազմավարության իրականացման ծրագրի մշակում.

2) սահմանել ստանդարտներ և ապահովել որակի նվազագույն մակարդակ, որը պետք է պահպանվի առողջապահական ծառայություններում (օրինակ՝ լիցենզավորում, հավատարմագրում, հավաստագրում).

3) մշակել առողջապահական ծառայությունների որակի ցուցանիշների և որակի համակարգերի գնահատման հիման վրա ծառայությունների տրամադրման վերահսկման և գնման համակարգ.

4) մշակել որակի բարելավման ծրագրեր ԱՆ գերակա ոլորտների համար (օրինակ, առողջապահության առաջնային պահպանման օղակ, սրտանոթային հիվանդություններ, ուռուցքային հիվանդություններ, շաքարային դիաբետ).

5) վերանայել բժշկական հաստատությունների անժամկետ լիցենզավորումը և սահմանել ժամկետներ.

6) մշակել կլինիկական ուղեցույցներ և ընթացակարգեր, խթանել միջազգային ասոցիացիաների ուղեցույցների կիրառումը բժշկական պրակտիկայում.

7) իրականացնել որակի մշակույթը խթանելու ծրագրեր ինչպես առողջապահության, այնպես էլ բժշկական կրթական համակարգերում:

3.2. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄ

3.2.1. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները

101. Մասնավոր ծախսերի մասնաբաժինը Հայաստանի Հանրապետության ընդհանուր առողջապահական ծախսերում կազմում է 86.4% և գերազանցում է միևնույն ցուցանիշը միջին համաշխարհային ցուցանիշից մոտ 4. 0 անգամ: Միևնույն ժամանակ, միջազգային համեմատականներով, պետական ծախսերը պակաս են կատարվում ավելի քան 10 անգամ (2017 թվականի տվյալներով Հայաստանի Հանրապետության ցուցանիշն էր 61 ԱՄՆ դոլար, Համաշխարհային ցուցանիշը՝ 614 ԱՄՆ դոլար) և մեկ շնչին ընկնող առողջապահության պետական ծախսերի (գնողունակության հավասարություն ԳՀ/PPP միջ. $) մակարդակով՝ Հայաստանի Հանրապետությունը զբաղեցնում է 136-րդ տեղը 191 երկրների մեջ[1]:

102. Առողջապահության ֆինանսավորմանը նպատակային հատկացում չի կատարվում, և անցած տարիների ընթացքում պետական բյուջեի միջոցներից առողջապահության ոլորտի բաշխումն իրականացվել է մնացորդային ֆինանսավորման սկզբունքով: Դա է պատճառը, որ առողջապահության ֆինանսավորումը մակրոտնտեսական ցուցանիշների փոփոխությունների նկատմամբ շատ զգայուն է, հետևաբար դրա վրա մեծապես անդրադառնում են ֆինանսատնտեսական ճգնաժամի պատճառով բյուջետային ռեսուրսների կրճատումը և ընդհանուր բյուջետային շրջանակի զգալի նեղացումը (2017 թվականին՝ պետական բյուջեի 5. 8%՝ 2008 թվականի 7. 7 %-ի փոխարեն, ՀՆԱ-ում շուրջ 1.5 %):

[1] ԱՀԿ տվյալների շտեմարան, http://www.who.int/gho/health_financing/en/

103. Ընդհանուր առմամբ, առողջապահական ծառայությունների՝ հատկապես հիվանդանոցային ծառայությունների ծածկույթը կրում է մասնակի բնույթ: Գործում են առանձին ծառայությունների փաթեթներ ավելի քան 19 բնակչության խմբերի համար:

104. Ընդհանուր ծածկույթ է ապահովվում միայն առողջության առաջնային պահպանման, հեմոդիալիզի, անհետաձգելի և շտապ բժշկական օգնության, ինֆեկցիոն և տուբերկուլոզային, չարորակ նորագոյացությունների բուժման, հոգեբուժության հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային պայմաններում ծառայությունների համար:

105. Սակայն տարիների ընթացքում ֆինանսավորման քրոնիկ պակասը սահմանափակում է այս ծառայությունների մատուցումը և սկսած 2011 թվականից գործում է համավճար որոշ ծառայությունների համար բնակչության սոցանապահով խմբերում չընդգրկվածներին բուժօգնություն տրամադրելիս:

106. Բժշկական օգնության և սպասարկման օգնության դիմաց փոխհատուցումը կատարվում է ԱՆ կողմից հաստատված գներով, ըստ ծառայությունների և դրանց համար հաշվարկված միջինացված գների, որոնք ձևավորվել են պատմականորեն:

107. Իրականում ֆինանսավորման սահմանափակ լինելը հնարավորություն չի տվել ծառայությունների գները հաշվարկել իրական ծախսերը հաշվի առնելով: Կիրառվել և շարունակվում է կիրառվել սահմանափակ բյուջեի սկզբունքը, որը գործող պայմանագրային, գնումների և հանրային ֆինանսների հարաբերությունների սահմանափակումների պայմաններում հնարավորություն չի տալիս իրականացնել բժշկական հաստատությունների արդյունավետ ֆինանսավորում՝ հիմնված գործունեության գնահատման քանակական և որակական ցուցանիշների հիման վրա:

108. Հայաստանի Հանրապետության ժողովրդագրական իրավիճակը նույնպես ահագնացնող է: Հայաստանի Հանրապետությունը, սկսած 2021 թվականից, տեղափոխվում է ծերացող պետությունների շարք, և տարիքային կախվածությունն աճում է՝ երիտասարդների թվի նվազեցման և ծերերի թվաքանակի աճի պայմաններում, ինչը մեծացնում է առողջապահական ծառայությունների թվի աճով պայմանավորված ֆինանսական բեռը պետական բյուջեի վրա:

3.2.1. Սույն ոլորտում ռազմավարության նպատակները և դրանց հասնելու ռազմավարական ուղղությունները

109. Ելնելով առկա հիմնախնդիրներից՝ անհրաժեշտ է ապահովել պետական առողջապահական ծախսերի շարունակական աճ և հաշվի առնելով ֆիսկալ տարածքը, պետական առողջապահական ծախսերի ուղենիշային կանխատեսվող չափ սահմանելով ՀՆԱ-ի 4%-ը:

110. Սոցիալական համերաշխության սկզբունքի հիման վրա անհրաժեշտ է ներդնել նոր ֆինանսավորման աղբյուր, ինչը ֆինանսապես առավել կայուն կդարձնի առողջապահության ֆինանսավորումը, կանխատեսելի կդարձնի բնակչության կողմից կատարվող ծախսերը, կնպաստի ընդհանուր առողջապահական ծախսերում բնակչության գրպանից ուղղակիորեն կատարվող ծախսերի, այդ թվում՝ աղետալի ծախսերի կրճատմանը, դրանք դարձնելով առավել կառավարելի և կանխատեսելի:

111. Բնակչության բոլոր խմբերի համար ապահովել հիմնական բժշկական ծառայությունների փաթեթ, որը կարտացոլի հիվանդացության, մահացության պատճառ հանդիսացող հիվանդությունների բեռը:

112. Նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղություններն են՝

1) իրականացնել առողջության համապարփակ ապահովագրության ներդրում, ինչը ենթադրում է պետական/հանրային հիմնադրամի տեսքով միասնական գնորդի համակարգի ձևավորում, որը կապահովի բնակչության բոլոր խմբերին հիմնական ծառայությունների փաթեթով՝ օգտագործելով պետական բյուջեից առողջապահությանը կատարվող հատկացումները և ապահովագրական վճարի միջոցով հավաքագրված գումարները.

2) պետության կողմից գնվող ծառայությունների փաթեթը ձևավորել՝ ելնելով հիվանդությունների հիմնական բեռի և մահացության ցուցանիշներից, ինչպես նաև աղետալի ծախսեր պահանջող ծառայությունների տեսակներից.

3) Առողջության համապարփակ ապահովագրության փաթեթում ընդգրկված ծառայությունների գների հաշվարկումն իրականացնել միասնական մեթոդաբանության հիման վրա, որը հաշվի կառնի առողջապահության տեխնոլոգիական զարգացումը և իրական ծախսերի փոփոխությունները.

4) բարձրորակ բժշկական օգնություն ստանալու հավասար հնարավորությունների ապահովում.

5) կիրառել պետության կողմից գնվող ծառայությունների գնման և փոխհատուցման արդյունավետ մեխանիզմներ, որոնք հիմնված են բժշկական հաստատությունների կողմից մատուցվող ծառայությունների քանակական և որակական ցուցանիշների, ինչպես նաև դրանց արդյունքների գնահատման վրա:

3.3. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԸ

3.3.1. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները

113. Հայաստանի Հանրապետությունում առկա է ԱԱՊ, հիվանդանոցային, լաբորատոր, շտապ բժշկական օգնության, պալիատիվ և ախտաբանաանատոմիական ծառայությունների չհամակարգված աշխատանք:

114. ԱԱՊ օղակում մատուցվող հիմնական ծառայություններն անվճար են բնակչության համար, սակայն դրանց սպառումը ցածր է (2020 թվականին մեկ բնակչի հաշվով շուրջ 3.5 հաճախում), հակառակ դրան՝ շտապ օգնության ծառայությունը գերբեռնված է:

115. Հիվանդանոցային ծառայությունների մատուցումն անհամաչափ է՝ արտացոլված մարզային բժշկական հաստատությունների թերբեռնվածությամբ: Մահճակալային ֆոնդի զբաղվածության հայաստանյան միջին ցուցանիշը կազմում է 73.4%, ընդ որում՝ Երևանում՝ 78%, իսկ Շիրակում (46.2%) և Վայոց ձորում (32%) այն ցածր է մարզային միջին մակարդակից (ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ, 2020):

116. Ցածր է սեփական բնակավայրին մոտ բուժում ստացող մարզային բնակչության տեսակարար կշիռը: Մասնավորապես, Հայաստանի Հանրապետության մարզերում, որտեղ բնակվում է բնակչության շուրջ 2/3-ը, հոսպիտալացումները կազմում են ընդամենը ընդհանուրի 30%-ը, իսկ գործունեության կառուցվածքը շեշտադրված է հիմնականում թերապևտիկ բնույթի ծառայության վրա (ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ, 2020):

117. Բացակայում են պացիենտի բուժման օպտիմալ երթուղիները և դրա հիման վրա նախագծված արդյունավետ ուղեգրման համակարգը:

118. Հայաստանում տարեկան շուրջ 20.000 քաղաքացի կարիք է ունենում պալիատիվ բժշկական օգնության: Մարդակենտրոն առողջապահության համակարգում պալիատիվ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը հասանելի և մատչել պետք է դարձնել ինչպես մեծահասակների, այնպես էլ երեխաների համար:

3.3.2. Սույն ոլորտում ռազմավարության նպատակները և դրանց հասնելու ռազմավարական ուղղությունները

119. Ռազմավարության նպատակն է ներդնել հիվանդանոցային, ԱԱՊ, հանրային առողջապահական ծառայությունների մատուցման ինտեգրված մոդել, որը կապահովի որակյալ, անվտանգ, կանխարգելիչ, համապարփակ և շարունակական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպումը՝ նպաստելով հիվանդությունների կանխարգել-մանը, վաղ ախտորոշմանը, ինչպես նաև ժամանակին ու արդյունավետ բուժմանը, իսկ անհրաժեշտության դեպքում՝ արժանապատիվ պալիատիվ խնամքի իրականացմանը:

120. Նշված նպատակներին հասնելու ռազմավարական ուղղություններն են՝

1) արտահիվանդանոցային և շտապ օգնության ծառայություններ. ընտանեկան բժշկության համակարգում կներդրվեն մուլտիդիսցիպլինար թիմեր՝ ժամանակակից առաջադեմ փորձից ելնելով: Այդ նպատակով իրականացվելու է՝

ա. համայնքների խոշորացման ծրագրին համահունչ ԱԱՊ հաստատությունների կառուցվածքի մասթեր-պլանի մշակում, պահպանելով որակյալ և արդյունավետ ԱԱՊ ծառայությունների հասանելիությունը բնակչության համար,

բ. ԱԱՊ հաստատություններում ծառայությունների մատուցման մոդելի վերանայում,

գ. ԱԱՊ օղակում դեղորայքային ապահովման մոդելի և ծավալի վերանայում՝ մասնավորապես, քրոնիկ հիվանդություններ ունեցող բոլոր պացիենտների համար դեղերի ապահովում,

դ. Շտապ օգնության կենտրոնացված ծառայության ներդրում ողջ հանրապետության տարածքով՝ ծառայությունների հասանելիության և ծախսարդյունավետության բարձրացման նպատակով.

2) հիվանդանոցային ծառայություններ. բնակչությանը որակյալ առողջապահական ծառայությունների համընդհանուր ծածկույթ ապահովելու նպատակով առաջարկվում է

Հայաստանի Հանրապետությունում ներդնել հիվանդանոցային պայմաններում բժշկական ծառայությունների մատուցման այնպիսի մոդել, որը հիմնված կլինի հաջորդականության, ԱԱՊ օղակի հետ փոխգործելիության և ուղեգրման, համակարգված աշխատանքի ու հետադարձ կապի երաշխավորման վրա: Այդ նպատակով նախատեսվում է՝

ա. Հայաստանի Հանրապետության հիվանդանոցային ծառայությունների կառուցվածքի մասթեր-պլանի և ծառայությունների մատուցման ինտեգրված մոդելի մշակում և ներդրում՝ հիմնված հստակ ձևակերպված ցուցանիշների վրա,

բ. հիվանդանոցային պայմաններում նեղ մասնագիտական ծառայությունների կենտրոնացում.

3) պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման նպատակով հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային պայմաններում բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրող բժշկական հաստատություններում պալիատիվ բժշկական ծառայությունների ստեղծում և զարգացում.

4) ազգային լաբորատոր համակարգի զարգացման ռազմավարության մշակում և լաբորատոր գործունեության կարգավորում ու զարգացում, նյութատեխնիկական բազայի արդիականացում և ժամանակակից սարքավորումներով համալրում.

5) ախտաբանաանատոմիական և դատաբժշկական ծառայությունների կազմակերպման սկզբունքների վերանայում և պահանջների սահմանում:

3.4. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏԻ ՄԱՐԴԿԱՅԻՆ ՆԵՐՈՒԺ ԵՎ ԿՐԹՈՒԹՅՈՒՆ

3.4.1. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները

121. Առողջապահության անվտանգ և որակյալ ծառայությունների մատուցումը պահանջում է համարժեք ռեսուրսներ, այդ թվում՝ պատշաճ պատրաստված մարդկային ներուժ, որը հանդիսանում է ոլորտի արժեք ստեղծող ուժը:

122. Վերջին հինգ տարիների ընթացքում դիտվում է առողջապահության ոլորտի բոլոր մասնագիտություններով բարձրագույն բժշկական ուսումնական կազմակերպությունների շրջանավարտների աճի միտում (2015 թ.-ին շրջանավարտների թիվը կազմել է՝ 786, 2016 թ.-ին՝ 1607, 2019 թվականին՝ 1490, 2020 թ.-ին՝ 1202):

123. Համաձայն 2020 թվականի տվյալների՝ ԱԱՊ օղակում բժիշկների թիվը կազմել է 5410 (18. 3/10.000 բնակչի հաշվով), միջին բուժանձնակազմի թիվը՝ 7517 (25. 4/10.000), իսկ հիվանդանոցային պայմաններում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական հաստատություններում բժիշկների թիվը կազմել է 4981 (16. 8/10.000 բնակչի հաշվով), միջին բուժանձնակազմի թիվը՝ 8497 (28. 7/10.000): Երևանի և մարզերի բնակչության ապահովվածությունը բժիշկներով անհավասարաչափ է բաշխված:

124. Ըստ մասնագիտությունների՝ առավել պահանջվածների շարքում են ընտանեկան բժիշկները, անեսթեզիոլոգները, թերապևտները, նյարդաբանները, էնդոկրինոլոգները, հոգեբույժները[2], առկա է մանկաբույժների, մանկական առանձին նեղ մասնագետների մեծ պահանջարկ:

125. 2019 թվականի մարտին ԱՀԿ-ի կողմից գնահատողական այցի շրջանակներում առողջապահության համակարգի մարդկային ներուժի ընթացիկ իրավիճակի իրականացված գնահատման արդյունքում, ի թիվս այլոց, մատնանշվեցին հետևյալ խնդիրները՝

1) բժշկական կրթության տրամադրումը (ներառյալ՝ բժշկի որակավորման շնորհման համար պետական քննությունները) իրականացվում է ՀՀ կրթության, գիտության, մշակույթի և սպորտի նախարարության կողմից, առանց ՀՀ առողջապահության նախարարության անմիջական մասնակցության.

2) բուժքույրերը ստանում են մասնագիտական ուսուցում բուժքույրական քոլեջներում, սակայն մեկ անգամ որակավորվում են, և այնուհետ հետագա ուսուցման կազմակերպման հնարավորություններ նախատեսված չեն.

3) շարունակական մասնագիտական զարգացման և բուժաշխատողների հավաստագրման համակարգերը դեռևս կայացած չեն.

4) երկրում իրականացվող հետբուհական կրթական ծրագրերը չունեն որակի ապահովման և որակի վերահսկողության մեխանիզմներ.

5) առողջապահական աշխատուժի պլանավորում, ըստ էության, չի իրականացվում, ինչի հետևանքով նաև չկա բուհերում պլանավորված կրթության իրականացում.

---

[2] Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ) 2018 թվականի իններորդ զեկույցը http://nih.am/assets/pdf/atvk/226be970fc81ad43bdbd893aabe7651f.pdf

6) ներդրված չէ բուժաշխատողների անհատական լիցենզավորման համակարգը.

7) բուժքույրերի համար նեղ մասնագիտության կիրառումը և բուժքրոջ դերի ընկալումը, մասնավորապես՝ բարձրագույն կրթությամբ բուժքույրերի համակարգի բացակայությունը կարող է առանցքային փոփոխություն հանդիսանալ համակարգում ծախսարդյունավետության տեսանկյունից առողջապահական աշխատուժի օգտագործման բարելավման հարցում.

8) առողջապահության աշխատուժի տվյալները մատչելի են, բայց ներդաշնակ չեն, չունեն որոշակի տեղեկատվություն և, կարծես թե, չեն օգտագործվում պլանավորման, կառավարման համար, ինչն անհրաժեշտ է Համապարփակ առողջապահական ծածկույթին (UHC) հասնելու համար.

9) առկա են նաև որոշակի խնդիրներ՝ մարզային առողջապահության համակարգի մարդկային ներուժի բժշկական հաստատությունների կարիքների գնահատման և ապահովման հարցում, քանի որ նախկինում իրականացված ապակենտրոնացման արդյունքում մարզերում գտնվող բժշկական հաստատությունները գործում են տարածաշրջանային և տեղական ինքնակառավարման մարմինների ենթակայությամբ[3]:

3.4.2. Սույն ոլորտում ռազմավարության նպատակները և դրանց հասնելու ռազմավարական ուղղությունները

126. Գլխավոր նպատակն է առողջապահության ոլորտի մարդկային ներուժի պատրաստման, արդյունավետ պլանավորման և կառավարման միջոցով բժշկական հաստատություններն ապահովել բարձրագույն և հետբուհական ու միջին մասնագիտական կրթությամբ որակյալ մասնագետներով՝ առողջապահության համակարգի երկարաժամկետ կայունությունն ու բժշկական օգնության և սպասարկման որակն ապահովելու նպատակով:

127. Դիտարկելով ներկայիս վիճակագրական պատկերը, նկատի ունենալով ԱՀԿ դիտորդական առաքելության դիտարկումները, անհրաժեշտ քանակությամբ որակյալ կադրերով բժշկական հաստատություններն ապահովելուն ուղղված առողջապահության համակարգի վերափոխման գործընթացի ապահովման համար աշխատանքները պետք է իրականացվեն երկու հիմնական ուղղությամբ՝

[3] ԱՀԿ գնահատողական Զեկույց, 2019 թվական:

1) բժշկական կրթության որակի բարելավում, ներառյալ՝ շարունակական մասնագիտական զարգացման և հավաստագրման համակարգի ներդրում, բժշկական կրթության հետևյալ նոր ալգորիթմի ներդրում՝

ա. առողջապահության համակարգում մասնագիտությունների նոր անվանացանկի (հիմնական և նեղ մասնագիտություններ) ներդրում, առողջապահության բնագավառի մասնագիտությունների և նեղ մասնագիտությունների գծով մասնագետների որակավորման բնութագրերի մշակում,

բ. հետբուհական բժշկական կրթության արդիականացում ՝ ռեզիդենտուրայի և այլ ուսուցման ձևաչափերի ներդրման միջոցով,

գ. մասնագիտական գործունեության անհատական լիցենզավորման համակարգի ներդրում, որը կհաստատի առողջապահության ոլորտի մասնագետների գիտելիքների և հմտությունների համապատասխանությունը մասնագիտական և կրթական չափորոշիչներին (որակավորում, հավաստագրում, շարունակական մասնագիտական զարգացման կրեդիտավորում շրջափուլում) և հնարավորություն կտա համակարգն ապահովել որակյալ կադրերով.

2) բուժքույրական ծառայությունների և քույրական գործի կրթության համակարգի բարելավում՝ նկատի ունենալով ներկայիս իրավիճակը, միջազգային միտումները, աշխատաշուկայի հնարավորությունները և պահանջարկը՝ բարձրագույն կրթությամբ բուժքույրեր ունենալու մոդելի ներդրման նպատակահարմարությունը.

3) առողջապահական մարդկային ներուժի որակյալ համակարգի ձևավորում և կառավարում, այդ թվում՝

ա. Հայաստանի Հանրապետությունում անհրաժեշտ առողջապահական կադրերի ներկայիս և հեռանկարային պահանջարկը հաշվարկելու համար նորմատիվների սահմանում (աշխատանքային ծանրաբեռնվածության գնահատում որևէ մարզային բժշկական հաստատությունում՝ օգտվելով ԱՀԿ-ի կողմից մշակված «Անհրաժեշտ աշխատակազմի ծանրաբեռնվածության ցուցանիշները» (Workload Indicators of Staffing Needs) մեթոդաբանությունից և անհրաժեշտ մասնագետների ցուցակի ձևավորում՝ ըստ յուրաքանչյուր մարզի միջին և երկարաժամկետ առողջապահական կարիքների),

բ. առողջապահական մարդկային ներուժի տեղեկատվական միասնական և համապարփակ տվյալների շտեմարանի ձևավորում:

4. ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆ

128. Սույն ռազմավարությամբ նախատեսված միջոցառումների իրականացման համար պահանջվող ֆինանսական միջոցները ներգրավվելու են հետևյալ աղբյուրներից՝

1) Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջե.

2) միջազգային կազմակերպությունների կողմից նպատակային ֆինանսավորում.

3) Հայաստանի Հանրապետությունում գործունեություն իրականացնող մասնավոր կազմակերպությունների միջոցներ.

4) հասարակական կազմակերպությունների կողմից նպատակային ֆինանսավորում.

5) Հայաստանի Հանրապետության օրենքով չարգելված այլ ֆինանսական միջոցներ:

5. ԱՄՓՈՓ ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

129. Առողջապահության համակարգի գործունեության արդյունավետությունը, բարեփոխումների առաջընթացն ու ազդեցությունը բնակչության առողջության վրա ենթակա են պարբերաբար դիտարկման և գնահատման, ինչը հայեցակարգի ներդրման հաջողության գրավականն է: Համակարգի ճիշտ գնահատումը բարեփոխման բանալին է և փաստարկ՝ հետագա ներդրումների համար:

130. Ռազմավարության ներդրման արդյունքում ակնկալվում են մի շարք ցուցանիշներ, որոնք ներկայացված են սույն հավելվածի աղյուսակում: Ընդ որում, նշված ցուցանիշների դինամիկայի մասին տեղեկատվությունը նախատեսվում է հավաքագրել առողջապահության համակարգի գործունեության պարբերական գնահատումների միջոցով:

Աղյուսակ

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ 2023-2026 ԹՎԱԿԱՆՆԵՐԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՈՒՄ ԱԿՆԿԱԼՎՈՂ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԸ

Ռազմավարության արդյունքներ	Թիրախային ցուցանիշներ	Ելակետային ցուցանիշ		Ակնկալվող ցուցանիշ	
		Ցուցանիշ	Տարի	Ցուցանիշ	Տարի
Առողջության ցուցանիշներ					
Ծնվելիս կյանքի սպասվելիք միջին տևողության բարձրացում	Կյանքի սպասվելիք միջին տևողությունը ծնվելիս (տարիներով)	73.5	2020	76.0/80	2026/2030
	այդ թվում՝ կանանց համար	78.6	2020	80.0	2026
	այդ թվում՝ տղամարդկանց համար	68.4	2020	71.0	2026
ՈՎՀ առաջացող վաղաժամ (մինչև 65) մահացության նվազում	Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից մահացություն (100.000 բնակչի հաշվով)	109.6	2020	107	2026
	Չարորակ նորագոյացություններից մահացություն (100.000 բնակչի հաշվով)	76.3	2020	74	2026
	Շաքարային դիաբետից մահացություն (100.000 բնակչի հաշվով)	4.4	2020	3.9	2026
	18-ից բարձր ծխող տղամարդկանց մասնաբաժինը (%)	51.5%	2016	47.5%	2026
Վարակիչ հիվանդություններով մահացության նվազում	Կյանքում առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով ակտիվ տուբերկուլոզով պացիենտների ցուցանիշը (100.000 բնակչի հաշվով)	12.6	2020	10.0	2026
	ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կարգավիճակ (տեղյակ են կարգավիճակի մասին-ստանում են հակառետրովիրուսային բուժում-վիրուսի չհայտնաբերվող մակարդակ ունի բուժում ստացողների, %)	92-73-50	2020	90-90-90	2026
	Կարմրուկի, դիֆտերիայի, պոլիոմիելիտի տեղական դեպքերի բացակայություն	0	2020	0	2026

Մոր, մանկան և երեխաների առողջական վիճակի բարելավում	1 տարեկան երեխաների պատվաստումներում ամբողջական ընդգրկվածություն	> 89.1%	2020	> 95%	2026
	0-1 տարեկան մանկական մահացություն (1.000 կենդանածինների հաշվով)	7.35 ‰	2020	≤ 6.5‰	2026
	Մինչև 5 տարեկան մանկական մահացություն (1.000 կենդանածինների հաշվով)	8.2‰	2020	≤ 7.4‰/ 7.2‰/	2026/2030
	Մայրական մահացություն (եռամյա միջին, 100.000 կենդանածինների հաշվով)	25.7	2018-2020	16/12	2026/2030
	7-8 տարեկան երեխաների գերքաշության (ավելցուկային քաշ և ճարպակալում) ցուցանիշ (%)	27.7%	2019	25%	2026
	Մորից նորածնին հեպատիտ Բ-ի փոխանցման բացակայություն	0	2020	0	2026
Հոգեկան առողջապահական ծառայությունների մատչելիության և հասանելիության բարձրացում	Հոգեբուժական օգնություն ցուցաբերող կազմակերպություններում խնամքի պացիենտների տոկոսը	28%	2020	10%	2026
	Բնակչությանը համայնքային հոգեբուժական ծառայությունների հասանելիությունը (%)	8%	2018	10%	2026
Առողջապահության համակարգի գործունեության ցուցանիշներ					
Էլեկտրոնային առողջապահության համակարգի օգտագործում	Լիցենզավորված բժշկական և դեղատնային գործունեություն իրականացնող կազմակերպությունները, որոնք կիրառում են էլեկտրոնային առողջապահության համակարգը (%)	80%	2020	100%	2026
Առողջապահության ոլորտի համար պետական և մասնավոր ֆինանսավորման համաչափ բաշխվածություն	Պետական ծախսերը ՀՆԱ-ի նկատմամբ (%)	1.5%	2019	≥2.5%	2026
	Դեղորայքի ձեռքբերմանն ուղղված մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշիռն ընդհանուր մասնավոր ծախսերում (%)	38.8%	2019	≤30%	2026
	Պետական բյուջեի ծախսերի կառուցվածքում առողջապահության ոլորտին հատկացվող միջոցներ	6.0%	2019	≥8%	2026

	Մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշիռը ԸԱԾ-ում(%)	86.4%	2019	≤ 55%,	2026
Պացիենտների արտահիվանդանոցային բուժման ծավալի աճ	ԱԱՊ հաստատություններ հաճախումների միջին թիվը 1 բնակչի հաշվով	3.2	2020	5.0	2026
	Մահճակալին պացիենտի անցկացրած օրերի միջին թիվ	7.4	2020	6.4	2026
	Մահճակալային զբաղվածության ցուցանիշ	259		250	2026

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ՎԱՐՉԱՊԵՏԻ ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ
ՂԵԿԱՎԱՐ Ա. ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ

09.02.2023
ՀԱՎԱՍՏՎԱԾ Է
ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ
ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅԱՄԲ