Հավելված N 1

2019 թվականի

N - որոշման

ՉԱՐՈՐԱԿ ՆՈՐԱԳՈՅԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

2019-2023 թթ.

ԵՐԵՎԱՆ – 2019թ.

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ .................................................................................................... 3

ՆԱԽԱԲԱՆ ...............................................................................................................4

ԻՐԱՎԻՃԱԿԻ ՆԿԱՐԱԳԻՐ, ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ ............................................................................................4

ՉԱՐՈՐԱԿ ՆՈՐԱԳՈՅԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՈւՂՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԸ ..............................................................30

ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄ ..............................................................................................41

ՄՇՏԱԴԻՏԱՐԿՈՒՄ ԵՎ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ ................................................. ..................42

ԱԿՆԿԱԼՎՈՂ ԱՄՓՈՓ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ .................................................................43

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱԱՊ - առողջության առաջնային պահպանման օղակ

ԱՀԿ - Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն

ՀՀ - Հայաստանի Հանրապետություն

ՀՀ ԱՆ - Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն

ՈՎՀ - ոչ վարակիչ հիվանդություններ

ՏՀԶԿ (OECD) - Տնտեսական համագործակցության և զարգացման կազմակերպության

ԱՇՀՀ - Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ

ՈւԱԿ - Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվան ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն

ՄՌՏ - Մագնիսա ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա

ՉՆ - Չարորակ նորագոյացություններ

ՇԴ - Շաքարային դիաբետ

ԹՔՕՀ - Թոքերի Քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություններ

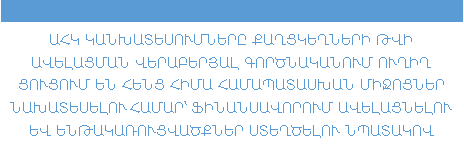
ՊԷՏ/ՀՇ - Պոզիտրոն-էմիսիոն տոմոգրաֆիա/ համակարգչային շերտագրություն

ՊԱՊ - Պապանիկոլաուի մեթոդով (ՊԱՊ թեսթ) արգանդի պարանոցի քսուկի

բջջաբանական հետազոտության

**ՆԱԽԱԲԱՆ**

1. **Ռազմավարության անհրաժեշտությունը**. Հայաստանում ընթացող սոցիալ-տնտեսական և քաղաքական փոփոխությունների համատեքստում անհրաժեշտություն է առաջանում վերագնահատել առողջապահության բնագավառի զարգացման գերակայությունները և սահմանել նորերը, ելնելով մարդակենտրոն համակարգ ձևավորելու անհրաժեշտությունից, որի հիմքում է ՀՀ Սահմանադրության 86-րդ հոդվածը: Այն սահմանում է պետության քաղաքականության հիմնական նպատակները, այն է` բնակչության առողջության պահպանման և բարելավման ծրագրերի իրականացումը, արդյունավետ և մատչելի բժշկական սպասարկման պայմանների ստեղծումը (7-րդ կետ), ինչպես նաև հաշմանդամության կանխարգելման, բուժման, հաշմանդամների առողջության վերականգնման ծրագրերի իրականացումը (8-րդ կետ)։
2. Վերոնշյալի լույսի ներքո, Հայաստանում արձանագրված չարորակ նորագոյացությունների հիվանդացության, տարածվածության և մահացության ցուցանիշները, միջազգային վիճակագրության տվյալները և հիվանդացության կանխատեսական միտումները, ինչպես նաև հասարակության շրջանում ուռուցքաբանության ոլորտի կարևորության շեշտադրումը, անհրաժեշտություն են առաջացնում վերանայել պետական քաղաքականությունը ոլորտի զարգացման ուղղությամբ:
3. Ռազմավարության մշակման համար հիմք են հանդիսացել Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2019-2023 թվականների գործունեության միջոցառումների ծրագիրը հաստատելու մասին ՀՀ կառավարության 2019թ. մայիսի 16-ի թիվ 650-Լ որոշման 23.2 կետի պահանջները:
4. **Իրավիճակի նկարագիր. ներածություն և միջազգային վիճակագրություն:** Ներկայում ամբողջ աշխարհում, այդ թվում նաև Հայաստանում, քաղցկեղի խնդիրը հանդիսանում է հրատապ լուծում պահանջող հանրային առողջության մարտահրավերներից մեկը:



1. Միջազգային գրականության տվյալները վկայում են, որ աշխարհում տարեկան արձանագրվում է շուրջ 12 մլն քաղցկեղի նոր դեպք և շուրջ 8 մլն մահացության դեպք, որոնք կապված են չարորակ նորագոյացությունների հետ: Կանխատեսվում է, որ մինչև 2030 թվականը նոր դեպքերի թիվը կարող է հասնել 27 մլն-ի, իսկ մահերինը 17 մլն-ի: Չարորակ նորագոյացություններից մահվան դեպքերի 70% ընկնում է ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրների վրա (ԱՀԿ, 2017թ. փետրվարի տեղեկագիր):
2. Հարկ է նշել նաև, որ առաջիկա քսանամյակի ընթացքում կանխատեսվում է քաղցկեղի դեպքերի թվի հետագա աճ շուրջ 70%-ով (ԱՀԿ, 2017թ. փետրվարի տեղեկագիր), ինչը լրացուցիչ բեռ է հանդիսանալու առողջապահական համակարգի վրա` պահանջելով հավելյալ միջոցներ ձեռնարկել հիվանդների բուժման արդյունավետության բարձրացման ուղղությամբ: Միևնույն ժամանակ, տարեկան 75 մլն մարդ ապրում է 5 և ավել տարի քաղցկեղ ախտորոշելուց հետո:
3. **Քաղցկեղի տեսակները։** Վերջին տարիներին Հայաստանում չարորակ նորագոյացությունների 8 տեսակները կազմում են կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված չարորակ նորագոյացությունների մոտ 50%: Դրանք են՝ կանանց մոտ կրծքագեղձի (1135 դեպք) արգանդի պարանոցի (228 դեպք) և արգանդի մարմնի (223 դեպք), հաստ աղու չարորակ ուռուցքները (448 դեպք), իսկ տղամարդկանց մոտ՝ շնչառական օրգանների (շնչափող, բրոնխ, թոք՝ 779 դեպք), միզապարկի (332 դեպք), ստամոքսի (257 դեպք), շագանակագեղձի (254 դեպք) չարորակ ուռուցքները:
4. **Հիվանդացության, տարածվածության և մահացության միտումներ.** Վերջին տարիներին ՀՀ բնակչության շրջանում արձանագրվել է քաղցկեղով հիվանդացության որոշակի կայունացում։ Այսպես, եթե 2014թֆիզիոթերապևտիկ. բնակչության շրջանում գրանցվել է առաջին անգամ ախտորոշված նորագոյացությունների թիվը կազմել 8.365 դեպք, ապա 2017թ-ին այն եղել է 8.389 դեպք (տղամարդիկ` 50.3%, կանայք` 49.7%), ավելանալով ընդամենը 0.02%-ով: Միևնույն ժամանակ, 2017թ.-ին 2008 թվականի նկատմամբ արձանագրվել է դեպքերի թվի ավելացում 14%-ով, իսկ 1998թ.-ի նկատմամբ` 63%-ով:
5. Այսպիսով, քաղցկեղների թվի ավելացումն անհերքելի իրողություն է: Քաղցկեղի առաջացմանը մեծապես նպաստում են ռիսկի գործոնները, որոնց ազդեցությունը մարդու օրգանիզմի վրա էապես բարձրացնում է չարորակ նորագոյացության առաջացման հնարավորությունը: Մասնավորապես, առաջատար ռիսկի գործոն է ծխախոտի օգտագործումը, որը առաջացնում է 16 տեսակի չարորակ նորագոյացություններ: Ապացուցված է, որ ծխելու հետևանք է քաղցկեղից մահացության 21-30%-ը, իսկ երբեք ծխախոտ չօգտագործած մարդկանց շրջանում չարորակ նորագոյացությունների 10-15%-ը պասիվ ծխելու հետևանք են: Հարկ է նշել, որ թոքի քաղցկեղից մահացությունը տղամարդկանց շրջանում 5-6 անգամ բարձր է կանանց համեմատությամբ, որը պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ ՀՀ չափահաս տղամարդկանց յուրաքանչյուր երկրորդը (STEPS հետազոտություն) ծխում է, բնակչության յուրաքանչյուր երկրորդը (56.4%) տանը ենթարկվում է երկրորդային ծխի ազդեցությանը, իսկ 26.6%-ը` աշխատավայրի փակ տարածքներում:
6. Կարևոր ռիսկի գործոններ են նաև ինֆեկցիաները, որոնցով է պայմանավորված քաղցկեղների 15-20%-ը: Դրանք են մարդու պապիլոմայի վիրուսը, հեպատիտ B և C-ի վիրուսները, Էպշտեյն-Բառի վիրուսը և այլն: Քաղցկեղի առաջացման գործում նշանակություն ունեն նաև ալկոհոլի չարաշահումը, սխալ սննդակարգը, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթումը, ճարպակալումը և այլն:
7. Դեպքերի թվի ավելացման վրա որոշակի ազդեցություն են ունենում նաև ախտորոշման հնարավորությունների, որակի ու հասանելիության բարելավմամբ, ինչպես նաև 65 տարեկանից բարձր բնակչության թվի աճը:

Հայաստանում գրանցված բոլոր մահերի շուրջ 93%-ը պայմանավորված է ոչ վարակիչ հիվանդություններով (այսուհետ՝ ՈՎՀ), իսկ առավել տարածված չորս ՈՎՀ (արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ` ԱՇՀՀ, չարորակ նորագոյացություններ` ՉՆ, շաքարային դիաբետ` ՇԴ և թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություններ` ԹՔՕՀ) բեռը կազմում է 85%, որոնցից 56% պայմանավորված է ԱՇՀՀ, 20.4%`ՉՆ, 2.3%` ՇԴ, 2.4%`ՇՔՀ:

ՈՎՀ-ներից վաղաժամ մահացությունը (մինչև 65 տարեկան) ընդհանուր մահերի կառուցվածքում կազմում է 18.8%, հարկ է նշել, որ այդ մահերի գերակշռող մասնաբաժինը (18% վաղաժամ մահերի կառուցվածքում) գրանցվում է 35-65 աշխատունակ տարիքային խմբում: ԱՇՀՀ վաղաժամ մահացությունը տղամարդկանց շրջանում 3 անգամ բարձր է:

**ՀՀ բնակչության մահացության կառուցվածքն ըստ պատճառների**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Մահվան պատճառ** | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | **դինամիկա** |
| **ԱՇՀՀ** | 12960  0 | 13268  8 | 12817  7 | 13571  1 | 15106 | 1420  9 | 897 |
| **Չարորակ նորագոյացություններ** | 5589 | 5685 | 6069 | 5662 | 5550 | 5199 | 🡇 351 |
| **Շնչառական օրգանների հիվանդություններ** | 1645 | 1862 | 2126 | 2148 | 1644 | 1978 | 🡇334 |
| **Շաքարային դիաբետ** | 1305 | 1191 | 1276 | 1171 | 809 | 579 | 🡇230 |

1. Վերջին 5 տարիներին դրական դինամիկա է արձանագրվում քաղցկեղից մահացության ցուցանիշների վերլուծությամբ: Մասնավորապես, 2016թ-ին առաջին անգամ արձանագրած չարորակ նորագոյացություններից մահացության դեպքերի նվազման դինամիկան պահպանվեց նաև 2018թ-ին, ինչը, հավանաբար պայմանավորված է երկրում ընթացող ծրագրերի, բուժման արդյունավետության ու հասանելիության բարելավմամբ, ինչպես նաև վիճակագրական տվյալների հավաքագրման բարելավմամբ:

**Չարորակ նորագոյացություններից մահացության դինամիկան Հայաստանում, 2013-2018թթ.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **հ/հ** | **ՀՀ մարզ** | **2013** | | **2014** | | **2015** | | **2016** | | **2017** | | **2018** | |
| **Ց.[[1]](#footnote-1)** | **N[[2]](#footnote-2)** | **Ց.** | **N** | **Ց.** | **N** | **Ց.** | **N** | **Ց.** | **N** | **Ց.** | **N** |
|  |  |
| **1** | **ՀՀ ընդամենը** | **184,9** | **5589** | **188,6** | **5685** | **202** | **6069** | **189,2** | **5662** | **186.3** | **5550** | **175.1** | **5199** |
| **2** | **Երևան** | **210,9** | **2242** | **205,3** | **2196** | **212,9** | **2283** | **188,6** | **2027** | **183.5** | **1976** | **176,8** | **1909** |
| **3** | **Արագածոտն** | **137,9** | **181** | **155,5** | **205** | **176,9** | **231** | **165,6** | **215** | **186.2** | **238** | **196,4** | **248** |
| **4** | **Արարատ** | **197,2** | **511** | **157,5** | **410** | **175,7** | **456** | **159,6** | **413** | **149.2** | **385** | **124,0** | **319** |
| **5** | **Արմավիր** | **140,8** | **374** | **143,4** | **383** | **155,2** | **414** | **147,6** | **393** | **155.4** | **412** | **129,4** | **342** |
| **6** | **Գեղարքունիք** | **111,6** | **261** | **120,3** | **281** | **146,3** | **340** | **160,5** | **271** | **155.1** | **357** | **162,4** | **372** |
| **7** | **Լոռի** | **234,2** | **545** | **262,9** | **603** | **279,9** | **634** | **256,1** | **571** | **267.8** | **587** | **259,7** | **562** |
| **8** | **Կոտայք** | **183** | **467** | **185,5** | **473** | **219** | **557** | **218,3** | **553** | **204.2** | **515** | **184,8** | **465** |
| **9** | **Շիրակ** | **199,8** | **498** | **210,2** | **520** | **226,3** | **554** | **214,8** | **518** | **222.9** | **529** | **206,1** | **483** |
| **10** | **Սյունիք** | **172** | **243** | **229** | **322** | **212,5** | **297** | **221,3** | **308** | **201.9** | **280** | **158,7** | **219** |
| **11** | **Վայոց ձոր** | **171,2** | **89** | **180,2** | **93** | **211,4** | **108** | **146,5** | **74** | **150.1** | **75** | **164,3** | **81** |
| **12** | **Տավուշ** | **139,1** | **178** | **156,6** | **199** | **154,6** | **195** | **176** | **220** | **158.1** | **196** | **161,9** | **199** |

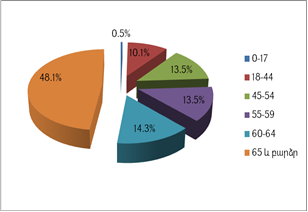
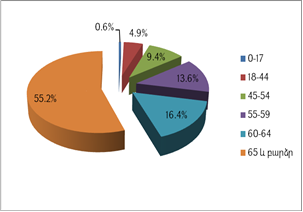
1. Մահացության կրճատմանը զուգահեռ, 2017թ.-ին շուրջ 13%-ով ավելացել է տարեվերջին դիսպանսեր հսկողության տակ գտնվող քաղցկեղով հիվանդների թիվը 2014թ-ի համեմատ, իսկ 2016թ-ի նկատմամբ աճը կազմել է 2%: Թեև դեռևս ամբողջովին ներդրված չէ երկրում քաղցկեղի կառավարման միասնական համապետական համակարգը, այնուամենայնիվ ի շնորհիվ վերջին տարիներին իրականացված կանխարգելիչ ծրագրերի, բուժման արդյունավետության ու հասանելիության բարձրացման, ինչպես նաև բուժանձնակազմի անձնվիրական աշխատանքի հնարավոր է դարձել բարձրացնել քաղցկեղի կառավարման արդյունավետությունը Հայաստանում:
2. **Հիվանդացության կանխատեսական գնահատում** ՀՀ Ազգային-վիճակագրական ծառայության տվյալների համաձայն 2017թ. տարեսկզբին Հայաստանի մշտական բնակչության (de jure) թվաքանակը կազմել է 2986.1 հազար, ինչը 12.5 հազարով պակաս է քան նախորդ տարի: Վերոնշյալ միտումներին զուգահեռ, Հայաստանում նկատվում է բնակչության հարաբերական ծերացման գործընթաց, մասնավորապես` եթե 2016թ. 60 և բարձր տարիքի անձանց տեսակարար կշիռը կազմել է 16.22%, ապա 2017թ.-ին արդեն 16.75% կամ 13.7 հազար մարդով ավելին:
3. Այսպիսով, Հայաստանը հայտնվել է ծերացող հասարակությունների վերին շեմին, իսկ ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի կանխատեսումները վկայում են, որ Հայաստանը շուտով կհատի այդ շեմը։ Ըստ կանխատեսումների, 2050թ. 65-ից բարձր տարիք ունեցողները կկազմեն բնակչության 22-23%-ը:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Տարեթիվ** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **Դինամիկա** |
| **ՀՀ բնակչության շրջանում 60 և բարձր տարիքի անձանց տեսակարար կշիռ (%):** | 15,35 | 15,72 | 16,22 | 16,75 | 🡅0,53% |

1. Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացության աճի բարձր տեմպեր են գրանցվում նաև Հայաստանում՝ 1995թ-ից այդ ցուցանիշի միջին տարեկան աճը կազմել է 3.2%: ՀՀ բնակչության չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացության կանխորոշման հաշվարկները ցույց են տվել, որ 2025թ-ին կարելի է կանխատեսել չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացության աճ (11.250 դեպքով), այսինքն՝ 2007թ. հետ համեմատած այն կկազմի 54.2%:
2. Մինչդեռ ժողովրդագրական ցուցանիշների փոփոխությունը հանդիսանում է չարորակ նորագոյացությունների նոր դեպքերի աճի հիմնական գործոն, ռիսկի գործոնների տարածման միտումները նույնպես խիստ բացասական ազդեցություն ունեն: Քաղցկեղներից մահացության մոտ մեկ երրորդը պայմանավորված է ապրելակերպի և սննդակարգի հետ կապված ռիսկի հինգ հիմնական գործոններով՝ մարմնի զանգվածի ցուցանիշը, մրգերի և բանջարեղենի սպառման ցածր մակարդակը, ֆիզիկական ակտիվության բացակայությունը, ծխախոտի օգտագործումը և ալկոհոլի չարաշահումը:
3. **Ախտորոշման տարիք.** Չարորակ նորագոյացությունները հիմնականում մեծահասակների հիվանդություններ են: Վերջին տարիներին Հայաստանում չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացությունը կտրուկ աճել է 35-ից բարձր տարիքային խմբերում և հասնում է գագաթնակետին 65 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում՝ կանանց շուրջ 48% և տղամարդկանց շուրջ 55% մոտ չարորակ նորագոյացությունն ախտորոշվել է 65 տարեկան և ավելի բարձր տարիքում: Չարորակ նորագոյացությունների ըստ տարիքային խմբերի ախտորոշման դեպքում՝ 45-65 տարեկան կանանց շրջանում առավել հաճախ հանդիպում են կրծքագեղձի և՝ ըստ նվազման կարգի՝ արգանդի պարանոցի ու մարմնի, ձվարանի և հաստ աղիքի չարորակ նորագոյացությունները: Նույն տարիքային խմբի (45-65) տղամարդկանց մոտ առավել հաճախ հանդիպում են շնչափողի, բրոնխների, թոքի չարորակ նորագոյացությունները և՝ ըստ նվազման կարգի՝ ստամոքսի, միզապարկի, հաստ աղիքի ու շագանակագեղձի չարորակ նորագոյացությունները:
4. Քաղցկեղի ախտորոշման տարիքի տվյալների համեմատությունը 2015 և 2016թթ.-ի հետ ցույց է տալիս, որ նշանակալի փոփոխություններ տեղի չեն ունեցել:

Ստորև ներկայացված է ախտորոշման պահին չարորակ նորագոյացություններով հիվանդների տոկոսային թիվը՝ ըստ տարիքի (2017թ.) :

Տղամարդիկ Կանայք

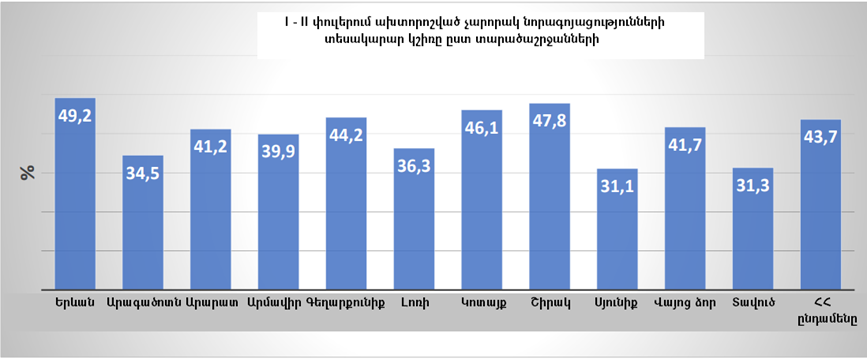


1. **Ախտորոշման փուլ.** Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդների բարձր այրելիության հավանականության աճը մեծապես պայմանավորված է ուռուցքների վաղ փուլերում հայտնաբերման հնարավորության աճով: Մտահոգիչ է, որ Հայաստանում I-II փուլերում հայտնաբերված բոլոր տեսակի չարորակ նորագոյացությունների մասնաբաժինը 2017թ. կազմել է ընդամենը 44.7%, իսկ III և IV փուլերում՝ 56.3%:
2. Դեռ ավելին, IV փուլում են հայտնաբերվում շնչափողի, բրոնխների և թոքի քաղցկեղների 68%-ը, ստամոքսի` 66%-ը, հաստ աղիքի և շագանակագեղձի 44%-ը: Ցածր է նաև արգանդի պարանոցի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման ցուցանիշը: Դրական տեղաշարժ է նկատվում կրծքագեղձի և միզապարկի քաղցկեղների վաղ ախտորոշման գործընթացում, մասնավորապես դեպքերի, որոնց համապատասխանաբար 74% և 66% հայտնաբերվել են I-II փուլերում:

**Առավել տարածված չարորակ նորագոյացությունների հայտնաբերման փուլերը, 2018թ.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ուռուցքի տեսակ** | **Փուլ** | | | | | |
| I-II | | III | | IV | |
| n | % | n | % | n | % |
| **Կրծքագեղձ** | 751 | 73.6% | 66 | 6.5% | 204 | 20% |
| **Հաստ աղիք** | 14. | 35.6% | 124 | 30.8% | 135 | 33.6% |
| **Շնչափող, բրոնխներ, թոք** | 119 | 18.6% | 106 | 16.6% | 414 | 64.8% |
| **Շագանակագեղձ** | 73 | 33% | 52 | 24% | 95 | 44% |
| **Արգանդի պարանոց** | 68 | 38% | 101 | 43% | 45 | 19% |
| **Արգանդի մարմին** | 138 | 55% | 31 | 16% | 57 | 29% |
| **Ձվարան** | 41 | 37% | 57 | 35% | 46 | 28% |
| **Ստամոքս** | 92 | 17% | 57 | 17% | 221 | 66% |
| **Միզապարկ** | 239 | 67% | 31 | 10% | 70 | 23% |

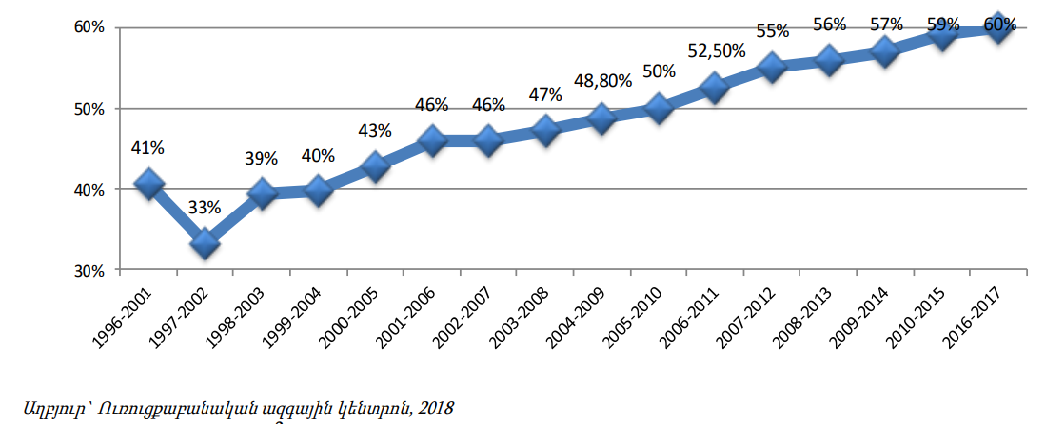
1. Վերոնշյալ պատկերը խոսում է չարորակ նորագոյացությունների դեմ պայքարում անհրաժեշտ համակարգային փոփոխությունների անհրաժեշտության մասին, որոնց արդյունքում հնարավոր կլինի ստեղծել քաղցկեղի կառավարման միասնական, բժշկական օգնության ծառայությունների մատուցման բոլոր մակարդակների միջև ինտեգրացված համակարգ` հիմնված վաղ ախտորոշման, բուժման կազմակերպման ժամանակակից մոտեցումների, հետևողական հսկողության և ադեկվատ պալիատիվ օգնության տրամադրման սկզբունքների վրա:



1. Վաղ փուլերում չարորակ նորագոյացություններով հիվանդների ախտորոշման համար մեծ դերակատարություն ունեն նաև բժշկական ծառայությունների մատչելիությունն ու հասանելիությունը, ինչպես նաև որակը, բնակչության շարունակական կրթումը և սքրինինգային ծրագրերը և այլ:
2. Չարորակ նորագոյացությունների ախտորոշման փուլերի վերլուծությունն ըստ մարզերի վկայում է, որ համեմատաբար բարենպաստ իրավիճակ է խոշոր Երևանում և Շիրակի մարզում, ինչը կարող է պայմանավորված լինել նաև ժամանակակից ախտորոշիչ ծառայությունների ավելի բարձր հասանելիությամբ: Ցածր է ցուցանիշը Տավուշի և Սյունիքի մարզերում, ինչն էլ ի թիվս այլ պատճառների հետևանք է մարզի անբարենպաստ աշխարհագրական ռելիեֆի և ծառայությունների ֆիզիկական դժվար մատչելիության:
3. **Ապրելիություն.** Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդների ապրելիության հավանականության աճը մեծապես պայմանավորված է երկու գործոններում՝ ուռուցքների վաղ փուլերում հայտնաբերմամբ և բուժման ու պացիենտի նկատմամբ շարունակական հսկողության որակով:
4. Ինչպես արդեն նշվել է, Հայաստանում ցածր է քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման տեսակարար կշիռը, որն բուժման ու շարունակական հսկողության համակարգերի զարգացման անհրաժեշտության հետ մեկ տեղ հանգեցնում է ապրելիության համեմատաբար անբարենպաստ ցուցանիշների:Նշված չարորակ նորագոյացությունների ախտորոշումներից հետո 5 տարվա ապրելիության ցուցանիշներն ըստ նոզոլոգիաների հետևյալն են.

* Թոքերի՝ 10.7%
* Կոլոռեկտալ՝ 29.7%
* Ստամոքսի՝ 13.1%
* Արգանդի պարանոցի՝ 54.5%
* Արգանդի մարմնի՝ 50.8%
* Ձվարանների՝ 38.6%
* Արյան և ավշային համակարգի՝ 43.4%
* Միզապարկի՝ 43.9%
* Շագանակագեղձ՝ 20.8%

1. Առավել բարենպաստ են ապրելիության ցուցանիշները կրծքագեղձի քաղցկեղի պարագայում, ինչը հիմնականում պայմանավորված է բուժման և կառավարման բարելավմամբ, ինչպես նաև վաղ ախտորոշված դեպքերի դրական հավանականությունը դինամիկայով:

**Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելու հավանականությունը**

**Կրծքագեղձի քաղցկեղի հայտնաբերումից հետո 5 տարի ապրելու հավանականությունը**

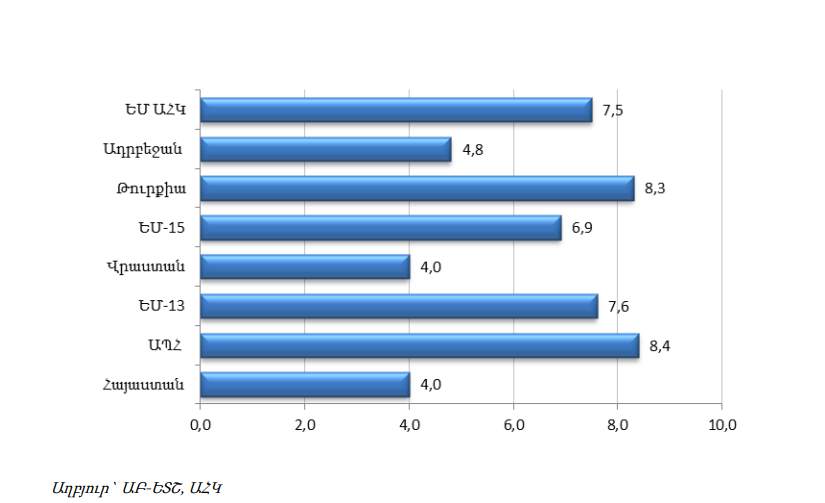
1. Այնուամենայնիվ, Հայաստանի ապրելիության ցուցանիշները, մի շարք օբյեկտիվ պատճառներով էականորեն զիջում են զարգացած երկրների ցուցանիշներին: Օրինակ, Իռլանդիայում 5 տարի ապրելիության ցուցանիշը կազմում է շուրջ 82%, շագանակագեղձինը շուրջ 85%, թոքինը շուրջ 19% և այլն: Ապրելիության ցուցանիշը տարբերվում է նաև կախված այս կամ այն երկրի մարդկային ներուժի զարգացման ինդեքսից, որով Հայաստանը 83-րդ է աշխարհում (0,755):
2. **Միջազգային և տարածաշրջանային համեմատություն. Հիվանդացություն.** Տնտեսական համագործակցության և զարգացման կազմակերպության (ՏՀԶԿ՝ OECD) զեկույցներում ներկայացվում է 34 երկրների (զարգացած և զարգացող երկրներ, ներառյալ Հայաստանի տարածաշրջանում գտնվող երկրներից՝ Թուրքիան) բնակչության շրջանում չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացությունը: Համեմատությունը վկայում է, որ Հայաստանի բնակչության շրջանում չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացության մակարդակը՝ համեմատած ՏՀԶԿ-ում ներկայացված 34 երկրների հիվանդացության հետ ավելի բարձր է: Այս փաստը ևս մեկ անգամ ընդգծում է չարորակ նորագոյացությունների դեմ պայքարի քաղաքականության մշակման և միջոցների խթանման անհրաժեշտությունը:
3. **Մահացություն.** Համաձայն ՏՀԶԿ-ի զեկույցների՝ աշխարհում չարորակ նորագոյացություններից մահացությունը շարունակում է հանդիսանալ հիմնական պատճառներից մեկը: Հայաստանում չարորակ նորագոյացություններից մահացության ցուցանիշը՝ ՏՀԶԿ 34 երկրների հետ համեմատած մնում է բարձր թվերի վրա, այդ իսկ պատճառով չարորակ նորագոյացությունների դեմ պայքարի ռազմավարության հիմնախնդիրներից է ուռուցքների վաղ հայտնաբերումը և արդյունավետ բուժումը՝ ուղղված մահացության ցուցանիշների նվազեցմանը:
4. **Քաղցկեղի կառավարման հնարավորությունները Հայաստանում. Կանխարգելում և վաղ հայտնաբերում:** Հայաստանը առաջին երկրներից էր, որ 2004թ.-ին միացավ Ծխախոտի դեմ պայքարի ԱՀԿ շրջանակային կոնվենցիայի (WHO FCTC), որից հետո 2004թ.-ի դեկտեմբերի 24-ին ընդունվեց և 2005թ.-ի հունվարի 19-ին ուժի մեջ մտավ Ծխախոտի իրացման, սպառման և օգտագործման սահմանափակումների մասին ՀՀ օրենքը, որը այդ ժամանակաշրջան համար նախատեսում էր ծխելու դեմ պայքարի մի շարք առաջադեմ միջոցառումներ: Այնուամենայնիվ, համաձայն 2016-2017թթ-ին Հայաստանում իրականացված STEPS հետազոտության տվյալների, տղամարդկանց 51.5% ծխող են, ինչը շեշտակի բարձր է ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանի միջին ցուցանիշից, որն էլ ուղղակի անդրադառնում է թոքի քաղցկեղով հիվանդացության ցուցանիշների վրա:
5. Ծխողների բարձր թվի պատճառներից են գործող օրենքի պահանջների կատարման նկատմամբ անբավարար վերահսկողությունը, ծխելը թողնելը խրախուսող համակարգված ծրագրերի բացակայությունը, ծխախոտի ցածր գները, բուժաշխատողների շրջանում ծխախոտ օգտագործողների բարձր տեսակարար կշիռը, ինչպես նաև քաղաքական գործոնները:
6. Մտահոգիչ են նաև ալկոհոլի օգտագործման ցուցանիշները: Համաձայն ԱՀԿ տվյալների, Հայաստանում 2014թ.-ին ալկոհոլի սպառումը 15 և բարձր տարիքային խմբում կազմել է 3.9 լիտր մաքուր ալկոհոլ մեկ շնչի հաշվով, որը զգալի ցածր է ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանի երկրների ցուցանիշից` 8.6: Այնուամենայնիվ խնդրահարույց է, որ մաքուր ալկոհոլում պարունակվող սպիրտի օգտագործման ցուցանիշը կազմելով 3.3 լիտր մեկ շնչի հաշվով գերազանցում է ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանի երկրների համանուն ցուցանիշը` 2.5, ընդ որում, եթե եվրոպական երկրների արձանագրվում է ցուցանիշի կայուն նվազման միտում, ապա Հայաստանում այն ունի բացասական դինամիկա գերազանցելով օրինակ, Վրաստանի (2.1) և Մոլդովայի ցուցանիշները (2.5): Համապատասխանաբար շեշտակի ցածր է գինու գարեջրի սպառումը: Այսպես, գինու սպառումը Հայաստանում կազմում է 0.1 լիտր մաքուր ալկոհոլում 15 և բարձր տարիքի մեկ շնչի հաշվով` Վրաստանում` 2.5, Մոլդովայում` 4.9, ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանի երկրներում 2.4, իսկ գարեջրինը` Հայաստանում` 0.5 լիտր 15 և բարձր տարիքի մեկ շնչի հաշվով` Վրաստանում` 1.5, Մոլդովայում` 1.9, ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանի երկրներում` 3.4:
7. Վերոնշյալ տվյալներից ակնհայտ է, որ թեև Հայաստանում ալկոհոլի սպառման ծավալները համեմատաբար մեծ չեն, սակայն սպառման կառուցվածքում գերակշռում է թունդ ալկոհոլը, որը քաղցկեղի առաջացման ռիսկի գործոններից մեկն է: Նման իրավիճակի պատճառներից է ալկոհոլի չարաշահման դեմ պայքարի հայեցակարգի բացակայությունը, Գովազդի մասին ՀՀ օրենքիանկատար կարգավորումները և այլն:
8. Գերությունը, ավելցուկային քաշը, սննդակարգը ևս շարունակում են լուրջ մարտահրավեր հանդիսանալ Հայաստանի համար, ինչն էլ իր ազդեցությունն է ունենում քաղցկեղի հիվանդացության ու մահացության ցուցանիշների վրա: STEPS հետազոտության տվյալները վկայում են, որ ավելցուկային քաշով մարդկանց տեսակարար կշիռը կազմում է 47.7%, գերությանը` 19.5%, ընդորում երկու ցուցանիշներն ավելի բարձ են կանանց մոտ, քան տղամարդկանց: Այս թվերը էապես բարձ ձոն համաշխարհային միջինից, որը 2016թ.-ին եղել է համապատասխանաբար` 39% և 13%:
9. Հարկ է նշել, որ գերությունը, ավելցուկային քաշը հանդիսանում են Հայաստանում տարածված այնպիսի քաղցկեղների ռիսկի գործոն, ինչպիսինն են կրծքագեղձի, ձվարանի, շագանակագեղձի, լյարդի, երիկամի, հաստ աղու և այլն:
10. Ներկայում, քաղցկեղի կանխարգելման նպատակով` 2015թ.-ից պոպուլյացիան մակարդակում ՀՀ-ում իրականացվում է արգանդի պարանոցի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման սքրինինգային ծրագիր` Համաշխարհային բանկի «Հիվանդությունների կանխարգելում և վերահսկում» ծրագրի շրջանակներում, ինչպես նաև Պատվաստումների ազգային ցանկին համահունչ պատվաստումներ հեպատիտ Բ-ի և մարդու պապիլոմա վիրուսային վարակի դեմ:
11. ՊԱՊ քսուքի միջոցով արգանդի պարանոցի զանգվածային սքրինինգային ծրագիրն, թեև զգալի բարելավել է բնակչության իրազեկվածությունը հիվանդության վերաբերյալ, այնկողմնային բեկումնային առաջընթաց չի արձանագրել, իսկ թիրախ` 30-60 տարիքային խմբի կանանց մասնակցության տեսակարար կշիռը երբևէ չի գերազանցել 50%-ը:
12. Դրական արդյունքներ է գրանցվում լյարդի քաղցկեղի առաջացման առաջատար գործոններից մեկը հանդիսացող վիրուսային հեպատիտ Բ-ի պատվաստումների գործընթացը: Այն երեխաների շրջանում իրականացվում է 2005թ.-ից և ընդգրկման ցուցանիշները 2014-2017թթ.-ի ընթացքում մշտապես եղել են 97%-ից ավելին:
13. ԱԱՊ օղակում կանխարգելումն իրականացվում է ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013թ.-ի սեպտեմբերի 13-ի թիվ 47-Ն հացամանի պահանջներին համապատասխան, որի շրջանակներում յուրաքանչյուր քաղաքացի տարեկան մեկ անգամ իրավունք ունի կանխարգելիչ այցի իրավունք: Այցի շրջանակներում, ի թիվս այլ հարցերի, պացիենտին պետք է կրթեն հետևյալ թեմաների վերաբերյալ, որոնք անմիջականորեն կապված են չարորակ նորագոյացությունների կանխարգելման և վաղ ախտորոշման հետ.

* առողջ ապրելակերպի քարոզչություն, որը ներառում է.
* հրաժարում ծխելուց, խուսափում երկրորդային ծխի ազդեցությունից
* ալկոհոլի սահմանափակում,
* առողջ սննդի ընդունում
* բավարար ֆիզիկական ակտիվության ապահովում
* կրծքագեղձի զննում և ինքնազննման տեխնիկայի ուսուցում պացիենտին

1. Սակայն, հաշվի առնելով ՀՀ ԱԱՊ օղակի պասիվ դերակատարումը մարդու առողջության պահպանման գործում, վերոնշյալ կարգավորումներ չեն հանգեցնում որևէ շոշափելի դրական արդյունքի: Մասնավորապես, հայտնի է, որ դեռևս 2006թ.-ից ԱԱՊ օղակում մատուցվող հիմնական ծառայություններն անվճար են բնակչության համար, սակայն դրանց սպառումը դեռևս մնում է ոչ գոհացուցիչ մակարդակի վրա` 2017թ-ին կազմելով տարեկան մեկ բնակչի հաշվով շուրջ 4.0 հաճախում, ինչը շուրջ 2 անգամ ցածր է 1990թ., ինչպես նաև Եվրոմիության 27 երկրների ներկայի ցուցանիշից:
2. Մայրաքաղաքում այդ ցուցանիշը կազմում է 4.8 (2016թ-ի համեմատ նվազելով 0.2 կետով), իսկ մարզային միջին ցուցանիշն է ընդամենը 3.5, ընդ որում առանձին մարզերում՝ Արագածոտն, Տավուշ, Գեղարքունիք այն տատանվում է 2.9-3.1-ի սահմաններում:

**Ամբուլատոր հաճախումները` 1 անձի հաշվով, ընտրանքային երկրներ**

**և երկրների համախմբություններ, 2017թ.**



1. **Չարորակ նորագոյացությունների ախտորոշում և բուժում.** Հայաստանում քաղցկեղի բուժման նպատակով կիրառվում են բուժման հետևյալ եղանակները և դրանց զուգակցումները` վիրաբուժական, ճառագայթային, ֆիզիոթերապևտիկ, իմունաբանական, հորմոնալ , թիրախային և պալիատիվ խնամքի:
2. Ծառայությունը կազմակերպված է ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների ցանցի, ինչպես նաև լիցենզավորված հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպությունների միջոցով՝ համաձայն Առողջապահության նախարարի 2019թ- հունիսի 28-ի թիվ 1771-Լ հրամանի համաձայն:
3. Նախատեսված է, որ ընդհանուր 86 պոլիկլինիկաներում, այդ թվում 36 Երևանում պետք է գործի ուռուցքաբանի կաբինետ, որի հիմնական գործառույթն է չարորակ նորագոյացությունների կանխարգելումը, վաղ հայտնաբերումը, բուժման կազմակերպումը և համակարգումը: Սակայն, ընդհանուր առմամբ Հայաստանում նկատվող կադրային անբարենպաստ միտումների արդյունքում բազմաթիվ ուռուցքաբանական կաբինետների ուռուցքաբանների հաստիքները համալրված են այլ մասնագետներով: Ընդորում նման իրավիճակ է ինչպես Երևանում, այնպես էլ մարզերում:

**Մարդկային ներուժի բաշխումը Հայաստանում և Երևանում**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **հ/հ** | **Մասնագիտություն** | **Ընդամենը** | **Այդ թվում,**  **ստացիոնար** | **ԱԱՊ** | **Այդ թվում, Երևանում** | | |
| Ընդամենը | Ստացիոնար | ԱԱՊ |
| 1. | Ուռուցքաբան | 52 | 13 | 39 | 31 | 11 | 20 |
| 2. | Ուռուցքաբան վիրաբույժ | 56 | 31 | 5 | 53 | 50 | 3 |
| 3. | Ճառագայթային ուռուցքաբան | 15 | 15 | - | 13 | 13 | - |
| 4. | Քիմիաթերապևտ | 28 | 28 | - | 25 | 25 | - |
| 5. | Մանկական ուռուցքաբան | 6 | 6 | - | 6 | 6 | - |
| 6. | Արյունաբան | 20 | 20 | - | 19 | 20 | - |

1. Մարդկային ներուժի բաշխման վերլուծությունը վկայում է, որ թերապևտիկ պրոֆիլի ուռուցքաբանների շուրջ 60%-ը աշխատում են Երևանում, ԱԱՊ օղակում աշխատող վերջինների թիվը (20) համադրելով մայրաքաղաքի պոլիկլինիկաների թվի հետ ակնհայտ է դառնում մարդկային ներուժի անբավարար վիճակը:
2. Մտահոգիչ պատկեր է ի հայտ գալիս քիմիաթերապիաներից թվի վերլուծության արդյունքում: Այսպես, թեև մարզային մի շարք բժշկական հաստատություններ (առնվազն 4) ունեն ֆիզիոթերապևտիկ ծառայությունների մատուցման լիցենզիա, սակայն համաձայն վիճակագրական տվյալների քիմիաթերապիաներից շուրջ 89%-ը աշխատում է Երևանում: Ակնհայտ է, որ չարորակ նորագոյացությունների դեմ համալիր պայքարի առանցքում է, մասնագետը, ուստի սույն Ռազմավարության հրատապ խնդիրներից է մարդկային ներուժի պլանավորման իրականացումը և պետական պատվերի միջոցների հաշվին նախապատրաստումն ու գործուղումը համաձայն պահանջարկի:

*510 մահճակալ ունեցող ՈւԱԿ-ում տարեկան ստացիոնար բուժվում է ավելի քան 6500 հիվանդ, իրականացվում է շուրջ 3500 վիրահատություն, շուրջ 1300 հիվանդ ստանում է ճառագայթային բուժում, ցերեկային ստացիոնարը սպասարկում է մոտ 5100 հիվանդի*

1. Չարորակ նորագոյացությունների գերակշիռ մասը բուժվում է Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվան ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնում (ՈւԱԿ), որը հանրապետական նշանակության 510 մահճակալ հզորությամբ պետական հիվանդանոց է` ախտորոշիչ և բուժական հնարավորություններով։ Կենտրոնը բնակչությանը մատուցում է վիրաբուժական, ճառագայթային և քիմիաթերապևտիկ ծառայություններ` ստացիոնար, ցերեկային ստացիոնար և ամբուլատոր եղանակներով: ՈւԱԿ-ը բժշկական ծառայություններ է մատուցում ինչպես Երևանի, այնպես էլ ՀՀ բոլոր մարզերի բնակչությանը։ Կենտրոնի կազմում գործում է նաև Հանրապետական ուռուցքաբանական վիճակագրական խումբը, որը զբաղվում է քաղցկեղի դեպքերի հաշվառմամբ, գրանցմամբ և վերլուծությամբ:
2. Ուռուցքաբանական ծառայություններ է մատուցում նաև «Հիվանդությունների կանխարգելում և վերահսկում» թիվ 5222-ԱՄ վարկային ծրագրի շրջանակներում արդիականացած 64 մահճակալ (22 մանկական, 35 մեծահասակների և 7 փոխպատվաստման) հզորությամբ ՀՀ ԱՆ պրոֆ. Ռ.Հ. Յոլյանի անվան արյունաբանական կենտրոնը, որտեղ ստեղծվել է տարածաշրջանային նշանակություն ունեցող ոսկրածուծի փոխպատվաստման բաժանմունքը և ցողունային բջիջների լաբորատորիան:
3. ՀՀ մարզերում գործում են 35 մահճակալ հզորությամբ ՀՀ Շիրակի մարզի Գյումրու ուռուցքաբանական դիսպանսերում իրականացվում են չարորակ նորագոյացությունների վիրաբուժական, ճառագայթային (ներկայում կարիք ունեն ճառագայթման աղբյուրի փոխարինման), քիմիաթերապևտիկ ծառայություններ, ինչպես նաև Վանաձորի բժշկական կենտրոնի 4 մահճակալային ուռուցքաբանական բաժանմունքը, որտեղ իրականացվում են վիրաբուժական, քիմիաթերապևտիկ ծառայություններ:
4. Քիմիաթերապևտիկ բժշկական օգնության և սպասարկման լիցենզիա ունի նաև Կապանի բժշկական կենտրոնը, որը ներկայում մասնագետի բացակայության պատճառով գործնականում չի գործում:

* **ՀՀ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն Երևանում՝ 510 մահճակալ, տարեկան հզորություն:**
  + Վիրաբուժական, ճառագայթային, քիմիաթերապևտիկ ծառայություններ
  + Սարքեր՝ 1 գծային արագացուցիչ (6 ՄէՎ), հեռահար գամմա-թերապիայի *Տերագամ* և սարք (ռադիոակտիվ կոբալտի (Co60) կիրառմամբ), ճառագայթային բուժման համակարգչային պլանավորման երեք համակարգ, որոնցից մեկն եռաչափ է, բրախիթերապիայի համար նախատեսված՝ երկու սարք
* **Գյումրիի ուռուցքաբանական դիսպանսեր՝ 35 մահճակալ**
  + Վիրաբուժական, ճառագայթային, քիմիաթերապևտիկ ծառայություններ
  + Սարքեր՝ *Ագաթ (սարքը կարիք ունի փոխարինման)* և *Bebig GyneSource*, իրականացվում է հիվանդների հեռահար և ներխոռոչային ճառագայթային բուժում
* **Վանաձորի բժշկական կենտրոն՝ 4 մահճակալային ուռուցքաբանական բաժանմունք**
  + Վիրաբուժական, քիմիաթերապևտիկ ծառայություններ:

1. Պետական պատվերի շրջանակներում ևս 9 բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններ հիվանդանոցային ձևով մատուցում են մասնատված ուռուցքաբանական ծառայություններ (քիմիաթերատևտիկ և վիրաբուժական), որը չի նպաստում բուժման որակի, արդյունավետության, շարունակականության զարգացմանը և որպես հետևանք ապրելիության ցուցանիշի բարձրացման:
2. Ընդհանուր առմամբ, հիմնական (ռենտգեն, ուլտրաձայնային ախտորոշման սարքավորում) ճառագայթային ախտորոշիչ ծառայությունները հասանելի են Հայաստանի բնակչության համար, ի շնորհիվ 2008թ.-ից մեկնարկած և ներկայում շարունակվող մարզային բժշկական կենտրոնների արդիականացման ծրագրի, որի շրջանակներում հիմնանորոգվել կամ կառուցվել և վերազինվել է 23 բժշկական կենտրոն ևս 2-ի կառուցման աշխատանքները կմեկնարկեն առաջիկա ամիսներին:
3. Համակարգչային շերտագրության սարքավորումներ առկա են ՀՀ 10 մարզերից 7-ում, իսկ ՄՌՏ` մեկում, թեև առողջապահության նախարարության կողմից իրականացված վերլուծությունը վկայում է, որ հաճախ առկա միջոցները թերծանրաբեռնված են:
4. Ցածր է միջուկային բժշկության ծառայությունների հասանելիությունը բնակչության համար: Մասնավորապես, ծառայությունը առկա է ՈւԱԿ-ում, ճառագայթային բժշկության և այրվածքների գիտական կենտրոն, ինչպես նաև Սրտաբանության գիտահետազոտական ինստիտուտում, սակայն առկա սարքավորումները կարիք ունեն արդիականացման:
5. Միակ ժամանակակից ՊԷՏ/ՀՇ և ՍՊԵԿՏ/ՀՇ սարքավորումներ տեղադրված են Ռադիոիզոտոպների արտադրության կենտրում, որը ներկայում գտնվում է գործարկման փուլում և բնակչությանը դեռևս ծառայություններ չի մատուցում, ինչի արդյունքում մի քանի հարյուր ՀՀ քաղաքացիներ ՊԷՏ հետազոտության համար մեկնում են հարևան երկրներ` Ռուսաստանի Դաշնություն և Վրաստան:
6. Ապացուցված է, որ ճառագայթային բուժումը հանդիսանում է չարորակ նորագոյացությունների բուժման առավել տարածված և ծախսարդյունավետ մեթոդներից մեկը և կիրառվում է ինչպես քաղցկեղի մոնտ-, այնպես էլ համակցված բուժման նպատակով: Ճառագայթային բուժումն ապահովվում է նվազագույն ընթացիկ ծախսերի իրականացմամբ առավելագույն բուժման արդյունք և ցուցված է չարորակ նորագոյացություններով հիվանդների շուրջ 50%-ին:
7. Հայաստանում ճառագայթային բուժման կարիք ունի տարեկան շուրջ 6.000 հիվանդ, որից 4000 նոր դեպքեր: Ժամանակակից սարքավորումներով ներկա հագեցվածությունը բավարար չէ հիվանդների հոսքը սպասարկելու համար: Դեռ ավելին, սարքավորումների բարձր մաշվածության հետևանքով, բուժման արդյունավետությունը ցածր է: Այսպես, ապացուցված է, որ մաշված սարքավորումների դոզավորման սխալը կարող է հասնել 30%-ի, թույլատրելի 5%-ի փոխարեն (երկրում կիրառվող ճառագայթային բուժման սարքավորումների զգալի մասն ունի ավելի քան 10 տարվա մաշվածություն)։

***Հայաստանում գործում է ընդամենը 2 բժշկական գծային արագացուցիչ:***

***Պահանջարկը համաձայ ԱԷՄԳ խոշորացված ցուցանիշների կազմում է 12-13:***

1. Ելնելով այն հանգամանքից, որ յուրաքանչյուր գծային արագացուցիչ կարող է տարեկան բուժում տրամադրել շուրջ 500 հիվանդի՝ վերոնշյալ պահանջարկը բավարարելու համար անհրաժեշտ է Հայաստանում ունենալ լրացուցիչ 12-13 գծային արագացուցիչ, ինչը ամբողջությամբ համընկնում է Ատոմային էներգիայի միջազգային գործակալության խոշորացված ցուցանիշների հետ` 1 գծային արագացուցիչ 250.000 բնակչի հաշվով և 1 բրախիթերապիայի սարք 500.000-ին:
2. Հաշվի առնելով վերոգրյալը, ինչպես նաև ժամանակակից ուռուցքաբանության կենտրոն ունենալու անհրաժեշտությունը ՀՀ կառավարությունը ընդունեց «Ուռուցքաբանության գերազանցության հայկական կենտրոն ստեղծելու ծրագրին հավանություն տալու, «Ռադիոիզոտոպների արտադրության կենտրոն» ՓԲԸ ստեղծելու և ՀՀ կառավարության 2009 թվականի փետրվարի 19-ի N 310-ն որոշման մեջ փոփոխություն կատարելու մասին» 2010 թվականի հոկտեմբերի 7-ի թիվ N 1424-Ն որոշումը, որի հավելված 1-ի համաձայն նախատեսվել է ՈւԳՀԿ ստեղծման աշխատանքներն իրականացնել հետևյալ փուլերով`

* ռադիոիզոտոպների արտադրության և մոլեկուլյար ախտորոշման կենտրոնի ստեղծում` իրականացման ժամկետը 2012-2014 թվականներ (ՀՀ պետական բյուջեի միջոցներ),
* ճառագայթային բուժման կենտրոնի ստեղծում, հիմնականում արտահիվանդանոցային ծառայություններով` իրականացման ժամկետը 2013-2015 թվականներ (Համաշխարհային բանկի վարկային միջոցներ),
* մասնավոր ներդրողի առկայության դեպքում նախատեսվել է 2014 թվականին մեկնարկել շուրջ 150 մահճակալ հզորությամբ քիմիաթերապիայի և վիրաբուժական կենտրոնի (մասնավոր ներդրումներ) ստեղծման գործընթացը:

1. Սակայն որոշման 2-րդ և 3-րդ փուլերի աշխատանքները մնացին չիրականացված, ճառագայթային բուժման կենտրոնի ստեղծման համար նախատեսված Համաշխարհային բանկի միջոցները ուղղեցին այլ ծրագրերին:
2. Միավորված ազգերի կազմակերպության կողմից 2015թ-ին հավանության արժանացած կայուն զարգացման 3-րդ նպատակն է ապահովել առողջ կյանք և խթանել բարեկեցություն բոլորի համար, իսկ 3.8 ենթակետը նախատեսում է հասնել առողջապահության համընդհանուր ընդգրկմանը, ինչն ենթադրում է, որ բոլոր մարդիկ առանց խոչընդոտների պետք է կարողանան օգտվել նաև պալիատիվ ծառայություններից: 2017թ.-ի փետրվարի 2-ի թիվ 4 արձանագրային որոշումով **ՀՀ կառավարությունը** հավանության արժանացրեց **պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման զարգացման ռազմավարությունը և ներդրման միջոցառումների ծրագրին:**
3. **Ռազմավարության շրջանակներում էապես պարզեցվեց ցավազրկող դեղամիջոցների դուրսգրման գործընթացը, իրականացվեցին օրենսդրական փոփոխություններ, մշակվեցին և հաստատվեցին ուղեցույցներ ու չափորոշիչներ, վերապատրաստվեցին մասնագետներ:**
4. **Վերոնշյալի հետ մեկ տեղ նախատեսվում էր** երկրում ստեղծել ինչպես հիվանդանոցային, այնպես էլ արտահիվանդանոցային պալիատիվ բժշկական հաստատությունների ցանց, որը մատչելի ու հասանելի կդարձներ այդ ծառայությունը հայաստանցիների համար, ինչը ֆինանսական խոչընդոտների հնարավոր չեղավ կյանքի կոչել և ներկայում, պալիատիվ բժշկական օգնությունը գործնականում հասանելի չէ Հայաստանի բնակիչներին:
5. Չարորակ նորագոյացությունների ախտորոշման և բուժման համար մեծ կարևորություն ունեն ձևաբանական (բջջաբանական, հյուսվածաբանական, իմունոհիստոքիմիական և մոլեկուլային) հետազոտությունները: Քաղցկեղի կառավարման մուլտիդիսցիպլինար մատուցման պարագայում ձևաբանական հետազոտությունից է կախված ճիշտ ախտորոշումը ու հետագա բուժման տակտիկայի ընտրությունը: Հետևաբար, առաջնահերթ է, որ քաղցկեղի բուժմամբ զբաղվող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունները ունենան պատշաճ մարդկային և նյութական միջոցներով համալրված ներքին ծառայություններ կամ կայուն իրավական հիմքերով ամրագրված համագործակցություն արտաքին ծառայությունների հետ: Ներկայում, գործնականում բացակայում է պետական վերահսկողությունը հյուսվածաբանական ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների գործունեության նկատմամբ, առկա չեն որակի գնահատման հաստատված ցուցանիշներ, ուղեցույցներ և գործելակարգեր, ինչը հանգեցնում է կրկնակի հետազոտությունների իրականացմանը, ժամանակի և ֆինանսական միջոցների կորուստների
6. Ճշգրիտ պաթոհյուսվածքաբանական ախտորոշմանը՝ որպես քաղցկեղի բուժման մուլտիդիսցիպլինար վարման հիմնաքար, քաղցկեղի բազմաթիվ տեսակներում հաջորդում է ֆարմակոգենետիկական թեստավորումը՝ քաղցկեղի զարգացման կանխորոշման, մոլեկուլային դասակարգման, բուժման արդյունավետության և մոնիտորինգի, տոքսիկ ազդեցության և դեղամիջոցի դոզայի որոշման նպատակներով: Հայաստանում ֆարմակոգենետիկական թեստեր իրականացվում են երեք մասնավոր լաբորատորիաներում, որոնցից միայն Բժշկական գենետիկայի կենտրոնում են իրականացվում համապատասխան որակավորում ունեցող գենետիկների կողմից, իսկ իրականացվող ֆարմակոգենետիկական թեստերը համապատասխանում են թիրախային բուժման նպատակով թեստի իրականացման որակական և մեթոդական միջազգային (ASCO/ESMO) պահանջներին:
7. Վերջին հնգամյակում ժառանգական քաղցկեղի գենետիկական ախտորոշումը զուտ կանխարգելիչ նշանակությունից ժառանգական նախատրամադրվածությամբ հիվանդների համար դարձել է նաև բուժման նախապայման, քանի որ դրանից է կախված հետագա վիրահատական, քիմիաթերապևտիկ կամ թիրախային բուժման տարբերակների ընտրությունը: Ներկայում, ժառանգական քաղցկեղի ծառայությունը Հայաստանում գտնվում է անբավարար մակարդակում և չունի պետական աջակցություն կամ ֆինանսավորում: Ժառանգական քաղցկեղի միջազգային չափորոշիչներին համապատասխանող համապարփակ մասնագիտացված գենետիկական ծառայությունները՝ խորհրդատվություն, լաբորատոր թեստավորում և ստացված տվյալների մեկնաբանում իրականացվում է միայն Բժշկական գենետիկայի կենտրոնում: Որոշ մասնավոր լաբորատորիաների կողմից առաջարկվում են ժառանգական քաղցկեղի մասնակի, ոչ ամբողջական լաբորատոր թեստեր:
8. Ընդհանուր առմամբ, ուռուցքաբանական ծառայությունների մատուցման ոլորտում կարելի է առանձնացնել հետևյալ հիմնական խնդիրները.

* Մուլտիդիսցիպլինար մոտեցման բացակայություն
* Մասնատված ծառայությունների մատուցում
* Ուղեգրումների և շարունակական հսկողության թերի համակարգի
* Որակի վերահսկողության համակարգի անկատարություն

1. **Ուռուցքաբանության ծառայության ֆինանսավորումը Հայաստանում.** 2019թ. ՀՀ պետական բյուջեի մասին օրենքով ուռուցքաբանական և արյունաբանական հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայությունների մատուցման համար նախատեսվել է ավելի քան 1,9 մլրդ դրամ, ինչը շուրջ 72%-ով ավել է քան 2018թ.-ին:
2. Տարիներ շարունակ ուռուցքաբանության ոլորտին հատկացումները գտնվել են խիստ անբավարար մակարդակի, ինչն խոչընդոտել է ծառայության զարգացումը և մեծապես պայմանավորել ներկա իրավիճակը: Համեմատության համար պետք է նշել, որ մինչև 2019թ. ուռուցքաբանության ոլորտին հատկացվող գումարներն ավելի քիչ էին քան օրինակ, հեմոդիալիզի, տուբերկուլյոզի, աղիքային և այլ ինֆեկցիոն հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններին:
3. Համաձայն Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման մասին ՀՀ կառավարության 2004թ.-ի մարտի 4-ի թիվ 318-Ն որոշման 13-րդ կետի, 1-ին ենթակետի «գ» ուռուցքաբանական և արյունաբանական հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայությունները մատուցվում են արտոնյալ պայմաններով (համավճարով), բացառությամբ նույն որոշման հավելված 1-ով հաստատված բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի վրա՝ դիսպանսեր հաշվառման տակ գտնվող հիվանդների շարունակական հսկողության և հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման նպատակով իրականացվող սքրինինգին ծրագրերի լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների մասով, ինչպես նաև 15 և ավելի MeV (մեգաէլեկտրոնավոլտ) հզորություն ունեցող բժշկական գծային արագացուցիչով ճառագայթային բուժման մասով:
4. Համաձայն առողջապահության նախարարի 2019թ-ի հունվարի 10-ի թիվ 20-Ա հրամանի բնակչության բոլոր խմբերի համար անվճար է չարորակ նորագոյացությունների վիրահատական, ինչպես նաև ճառագայթային բուժումը:
5. Քիմիաթերապևտիկ բուժման փոխհատուցումը ՀՀ կառավարության 04.03.2004թ.-ի թիվ 318-Ն Հավելված N 1-ում նշված սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց համար կատարվում է ՀՀ ԱՆ կողմից հաստատված քիմիաթերապևտիկ միջոցառումների նվազագույն սխեմաների շրջանակներում, կազմակերպության միջոցներով գնված և հիվանդին հատկացված քիմիապրեպարատների փաստացի ծախսի չափով` ոչ ավելին` քիմիաթերապևտիկ 1 կուրսի համար 60.0 հազար դրամ, իսկ մեկ հիվանդի համար տարեկան 300,0 հազար դրամի չափով: Համապատասխանաբար, սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերում չընդգրկված անձանց համար 1 կուրսի համար 30.0 հազար դրամ, իսկ մեկ հիվանդի համար տարեկան 150,0 հազար դրամի չափով:
6. Ակնհայտ է, որ վերոնշյալ հատկացումները բավարար չեն պատշաճ մակարդակով քիմիաթերապևտիկ բժշկական օգնություն կազմակերպելու համար և պետք է հետևողական ավելացվեն առաջիկա տարիների ընթացքում՝ առողջապահական համընդհանուր ծածկույթ ապահովելու պետության դրական պարտավորությունների շրջանակներում :
7. **Նորագոյացությունների կառավարման միջազգային փորձ.** ԱՀԿ կողմից առաջարկվող քաղաքականությունը և քաղցկեղի դեմ պայքարի ռազմավարությունների մշակման շրջանակային փաստաթուղթը հիմնված է ապացուցողական հենք ունեցող միջոցառումների, քաղցկեղի կառավարման համապարփակ մոտեցումների վրա, ինչի արդյունքում հնարավոր է միավորել անհրաժեշտ միջոցները քաղցկեղի բեռի նվազեցման ուղղությամբ առավելագույն արդյունք ստանալու նպատակով:
8. Քաղցկեղի ռազմավարությունները մշակվում եւ թարմացվում են տարբեր երկրներում շարունակական հիմունքներով: Այդ ռազմավարությունների նպատակները տարբեր են, կախված առկա ծառայություններից, դրանց արդյունավետությունից ու հասանելիությունից, մշտադիտարկման առկայությունից, շահագրգիռ կողմերի ներգրավման չափից և այլն:
9. Ընդհանուր առմամբ այդ ռազմավարությունները հիմնված են հետևյալ սկզբունքների վրա.

* ավելի մեծ ուշադրություն դարձնել կանխարգելման և վաղ ախտորոշման վրա
* անվտանգ, բարձրորակ և մարդակենտրոն ծառայությունների մատուցում
* անհավասարության նվազեցում
* աջակցություն քաղցկեղով պացիենտներին և վերապրածներին
* չափելի արդյունքների վերլուծություն
* նորարարության ու արդի մոտեցումների կիրառում

1. Չարորակ նորագոյացությունների առաջնային այնպես էլ երկրորդային կանխարգելումը միջազգայնորեն ճանաչված է, որպես բնակչության շրջանում քաղցկեղի բեռի նվազեցման հիմնական ուղղությունը: Պոպուլյացիոն մոտեցումը, քաղաքականության և օրենսդրական միջամտությունների հետ միասին պետք է խրախուսի մարդկանց վարել առողջ ապրելակերպ, նվազեցնելով քաղցկեղի ապացուցված ռիսկի գործոնների ազդեցությունը, ինչպիսինն են ծխախոտի և ալկոհոլի օգտագործումը, ավելցուկային քաշը և գերությունը, ցածր ֆիզիկական ակտիվությունը, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթումը և այլն:
2. Ի հավելում վերոնշյալի, մեծ ուշադրություն պետք է դարձնել քաղցկեղի վաղ ախտորոշման ցուցանիշների բարելավման վրա, քանի որ ապացուցված է, որ վաղ ախտորոշումն ուղղակի պայմանավորում է ապրելիության հավանականությունը: Վաղ ախտորոշման դեպքում, որպես կանոն օգտագործվում են բուժման առավել ոչ ագրեսիվ միջոցներ: Վաղ ախտորոշման հաջողված գործիքներից են ապացուցողական հենք ունեցող սքրինինգային ծրագրերը, մասնավորապես արգանդի պարանոցի, հաստ աղու և կրծքագեղձի քաղցկեղների:
3. Արտերկրի առաջադեմ փորձը վկայում է նաև, որ բուժումը պետք է լինի մարդակենտրոն, ինչը հանդիսանում է բարձրորակ ծառայությունների նախապայման: Մասնավորապես՝ պացիենտները պետք է հնարավորինս տեղեկացված լինեն իրենց ախտորոշման, բուժման և հետագա վարման գործընթացի մասին՝ կայացնելով տեղեկացված որոշումներ: Բուժաշխատողների և պացիենտների միջև արդյունավետ հաղորդակցությունը կարևոր է գործընկերային հարաբերությունների ձևավորման համար, որն էլ իր հերթին ազդում է արդյունքի վրա: Պացիենտը պետք է գիտակցի և իմանա ինչ է տեղի ունենում և ինչու է տեղի ունենում:
4. Միջազգայնորեն ընդունված է, որ անվտանգ և որակյալ ծառայությունները պացիենտներին պետք է հասանելի լինեն դրա կարիքի առաջացման պահին: Տվյալ երկրում առկա առավելագույն ծառայությունները պետք է մատուցվեն պացիենտին: Վերջինները պետք է լինեն ինտեգրացված, ստանդարտացված և հիմնված ապացուցողական բժշկության սկզբունքների վրա:
5. Ծառայությունների անհավասար հասանելիությունը կախված սոցիալական կարգավիճակից մնում է լրջագույն խնդիր անգամ զարգացած երկրների համար: Ներկայում ընդունված է, որ քաղցկեղի ռիսկի գործոնները անհավասար են տարածված բնակչության տարիներ սոցիալական խմբերում, նման իրավիճակ է նաև սքրինինգային ծրագրերին մասնակցության, բժշկական օգնության և սպասարկման իրական հասանելիության ոլորտներում: Ուստի այդ անհավասարությունների վերացումը համարվում է զարգացած երկրների առաջնահերթ խնդիրներից մեկը:
6. Տարեց տարի ավելի ու ավելի շատ մարդ է վերապրում քաղցկեղը, ինչպես նաև ապրում այդ ախտորոշմամբ: Պացիենտների և վերապրածների ընթացիկ կարիքների նկատմամբ հարգանքը, ինչպես նաև խնամքի ծրագրերի անհատականացված մոտեցումների ներդրումը շատ երկրներում համարվում է մարդկանց ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական կարիքների ապահովման արդյունավետ գործիք: Կյանքի վերջում պատշաճ, արժանավայել խնամքի մատուցումը առողջապահության համակարգի կողմից համարվում է քաղցկեղի դեմ պայքարի ռազմավարության անբաժանելի մասը:

**ՉԱՐՈՐԱԿ ՆՈՐԱԳՈՅԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՈւՂՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԸ**

1. ՀՀ կառավարության կողմից չարորակ նորագոյացությունների դեմ պայքարի համապարփակ համակարգի ստեղծումը դիտարկեց որպես 2019 թվականի առաջնահերթ խնդիրներից մեկը, որից հետո մեկնարկեցին 2019-2023թթ. չարորակ նորագոյացությունների դեմ պայքարի ազգային նոր երկարաժամկետ ռազմավարության ծրագրի մշակման աշխատանքները: Նոր ռազմավարությունը ուղղված է Հայաստանում ուռուցքաբանության ծառայության կազմակերպման ավելի բարձր որակին, բնակչության բոլոր շերտերի համար հավասար հասանելիությանը, քաղցկեղով հիվանդների բազմագործառութային կառավարման խնդիրներին՝ ուշադրության կենտրոնում պահելով հիվանդության հավաստի ախտորոշումը և բուժման ճշգրիտ պլանավորումը, ինչպես նաև չարորակ նորագոյացությունների վաղ հայտնաբերման և կանխարգելման գործընթացի շարունակական ապահովմանը, կլինիկական ուղեցույցների և հիվանդի վարման գործելակարգերի մշակմանը և ներդրմանը, ուռուցքաբանության ծառայության վերահսկմանը, ուռուցքաբանության ոլորտի մասնագետների լայն շրջանակի ներգրավմանը և այլ:
2. Ծրագրի նպատակն է` նվազեցնել չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացության, հաշմանդամության և մահացության ցուցանիշները, բարձրացնելով ապրելիության ցուցանիշը՝ հիմնական շեշտը դնելով արդյունավետ կանխարգելման և վաղ ախտորոշման վրա: Այս ռազմավարության նպատակներից է նաև ստեղծել այնպիսի միջավայր, որը թույլ կտա պացիենտներին ակտիվ մասնակցել իրենց առողջության խնդիրներին և բուժման վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու գործընթացին:
3. Ռազմավարությունն ուղղված է արձանագրված խնդիրների լուծմանը և արդյունավետ, ապացուցված համալիր միջոցառումների մշակման ու ներդրման արդյունքում նպաստել չարորակ նորագոյացությունների կանխարգելման, վաղ ախտորոշման, կառավարման արդյունավետության բարելավմանը, ինչն իր հերթին կարող է դրական անդրադառնալ բնակչության մահացության ցուցանիշների վրա։
4. Վերոնշյալ նպատակին հասնելու հիմնական ուղղություններն են լինելու.
5. Չարորակ նորագոյացությունների կանխարգելմանն ուղղված նոր օրենսդրական նախաձեռնությունների ընդունում, մասնավորապես՝ ծխախոտի դեմ պայքարի, ալկոհոլի չարաշահման, առողջ սննդի ապահովման, առողջ ապրելակերպի խթանման ոլորտներում.
6. Չարորակ նորագոյացությունների կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և հիվանդացության նվազեցման համար ընթացիկ սքրինինգային ծրագրերի շարունակական իրականացում և նոր ծրագրերի մեկնարկ, ապահովելով ծառայությունների հասանելիություն հատկապես սոցիալապես անապահով բնակչության շրջանում.
7. Բնակչության շրջանում իրազեկվածության բարձրացում քաղցկեղի առաջացման նպաստող հիմնական ռիսկի գործոնների վերաբերյալ, այդ թվում ծխելու, գիրության, ալկոհոլի օգտագործման, սահմանափակ ֆիզիկական ակտիվության, ինչպես նաև ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների բացասական ազդեցության և ժառանգական գործոնների վերաբերյալ.
8. քաղցկեղի բեռի նվազեցման (կանխարգելման) նպատակով՝ պատվաստումների իրականացման գործընթացի խթանում.
9. Բնակչության բոլոր շերտերի համար բժշկահիգիենիկ գիտելիքների ուսուցում և առողջ ապրելակերպի քարոզչություն, ինչպես նաև բնակչության տեղեկացվածության բարձրացում քաղցկեղի անհատական կանխարգելման գիտելիքների և չարորակ նորագոյացությունների ախտորոշման և բուժման արդի հաջողությունների վերաբերյալ` հիմնված ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման առաջադեմ միջազգային փորձի վրա.
10. Հիմնվելով ապացուցողական բժշկության սկզբունքների վրա չարորակ նորագոյացությունների բուժման ստանդարտացման նպատակով՝ քաղցկեղի կանխարգելման, ախտորոշման, բուժման և վարման ուղեցույցների ու գործելակարգերի շարունակական մշակում, տեղայնացում և ներդնում.
11. Չարորակ նորագոյացությունների կառավարման միասնական համակարգի ներդնում՝ հիմնված արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների միջև հստակ ուղեգրման մեխանիզմների ներդրման, ախտորոշման և բուժման բոլոր փուլերում պացիենտի նկատմամբ հսկողության, բուժման ավարտից հետո վերջինի վարման պարզ, հստակ և չափելի մոտեցումների վրա.
12. Հանրապետության ուռուցքաբանական ծառայության նյութատեխնիկական բազայի արդիականացման նպաստում: Մասնավորապես, աջակցություն քիմիաթերապիայի և ուռուցքաբանական վիրաբուժության ծառայությունների զարգացմանը ՀՀ Շիրակի և Սյունիքի մարզերում: Մայրաքաղաքում և Շիրակում ճառագայթային բուժման նոր ենթակառուցվածքների ստեղծմանը: Վերջինների կարողությունների հզորացման միջոցառումների պլանի մշակում և ներդնում.
13. Միջուկային բժշկության ոլորտի զարգացմանն աջակցություն՝ զարգացման երկարաժամկետ հայեցակարգի ձևավորման միջոցով
14. Մարդկային ներուժի պլանավորում և աջակցություն մասնագետների համար բժշկական բարձրագույն ուսումնական և միջին մասնագիտական ուսուցման կրթական ծրագրերի իրականացմանը.
15. Ախտորոշման և բուժման որակի գնահատման ու մշտադիտարկման համակարգի ստեղծում, մասնավորապես չարորակ նորագոյացությունների ազգային ռեգիստրի կարողությունների ընդլայնում և ինտեգրում միասնական էլեկտրոնային առողջության համակարգին.
16. Պացիենտների և վերապրածների կյանքի որակի բարելավմանն ուղղված, ծրագրերի մշակում և ներդրում, այդ թվում նաև պացիենտների հոգեբանական աջակցության գործընթացի ընդլայնում.
17. Համաճարակաբանական հսկողության համակարգի հզորացում՝ քաղցկեղի ռեգիստրի լիարժեք ծավալով գործարկման միջոցով, հաշվի առնելով բնակչության առողջության վիճակի, առողջության ռիսկերը և դետերմինանտները, ապրելիությունը, ելքերը և այլն:
18. Աջակցություն միջազգային համագործակցության ընդլայնմանը, արտերկրի առաջատար բժշկական կենտրոնների հետ կայուն կապերի ստեղծման և սերտացման միջոցով:
19. Չարորակ նորագոյացությունների դեմ պայքարի 2020-2029թթ. ծրագրի իրականացման նկատմամբ մշտադիտարկման աշխատանքները համակարգելու է Հայաստանի Հանրապետությունում չարորակ նորագոյացությունների բուժման արդյունավետության բարձրացման և կառավարման համակարգող խորհուրդը:
20. **Ռազմավարության նպատակներն են` Նպատակ 1` Քաղցկեղի բեռի նվազեցում:**
21. **Քաղցկեղի բեռի նվազեցման հիմնական ուղղությունները.** Չարորակ նորագոյացությունների դինամիկայի կանխատեսական վերլուծության արդյունքները վկայում են, որ հիվանդության նոր դեպքերի թվի ավելանալու մասին, որոնց դեմ պայքարելու նպատակով սույն ռազմավարությամբ առաջարկվում է առանձնացնել երեք հիմնական ուղղություններ, որոնք դրական կանդրադառնան հիվանդացության մակարդակի կայունացման վրա և հետագայում վաղ ախտորոշման վրա.

* Կանխարգելիչ ծրագրերի, այդ թվում նաև օրենսդրական փոփոխությունների և պատվաստումների իրականացում՝ նոր դեպքերի նվազեցման նպատակով.
* Քաղցկեղի վաղ ախտանիշների վերաբերյալ բնակչության իրազեկվածության բարձրացում, առողջ ապրելակերպ վարելու նկատմամբ մարդկանց դրական վերաբերմունքի խթանման ծրագրերի մշակում և իրականացում
* Վաղ փուլերում ախտորոշված քաղցկեղների տեսակարար կշռի ավելացում, այդ թվում նաև նոր սքրինինգային ծրագրերի ներդրման և ընթացիկ սքրինինգային ծրագրերի արդյունավետության և որակի բարելավման միջոցով:

1. Գնահատված է, որ քաղցկեղի հիվանդացության 30%-40%-ը պայմանավորված է կառավարվող ռիսկի գործոնների ազդեցությամբ: Աջակցելով հայաստանցիներին թողնել ծխախոտի օգտագործումը, ալկոհոլի չարաշահումը, նվազեցնել ավելցուկային քաշը, բարձրացնել ֆիզիկական ակտիվությունը, նվազեցնել ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների ազդեցության ենթարկվելը, ապագայում կունենա զգալի ազդեցություն հիվանդությունների նոր դեպքերի թվի կրճատման վրա:
2. Ընթացիկ և ապագա սքրինինգային ծրագրերի շահառուների մասնակցության խթանումը կնպաստի հիվանդության վաղ ախտորոշմանը և հետևաբար ապրելիության ցուցանիշների բարելավմանը:
3. Մարդկանց իրազեկվածության բարձրացումը հիվանդության վաղ ախտանիշների վերաբերյալ, պետության կողմից երաշխավորված ծառայությունների մասին տեղեկատվության լայն տարածումը՝ հատկապես բնակչության սոցիալական խմբերի շրջանում, ինչպես նաև բժշկական ծառայությունների դիմելու տարիներ շարունակ արմատացած կարծրատիպերի վերացումը ևս էական ազդեցություն կունենա ելքերի բարելավման վրա:
4. **Նպատակի հասնելու ապահովմանն ուղղված միջոցառումներն են.**
5. «Ծխախոտի օգտագործման և ծխախոտի ծխի ազդեցության հետևանքով առողջությանը հասցվող վնասի նվազեցման և կանխարգելման մասին» նոր օրենքի ընդունում.
6. Ծխախոտի արտադրանքի մասով «Ակցիզային հարկի մասին» օրենքի փոփոխություն ժամանակացույցի մշակում՝ շահագրգիռ գերատեսչությունների հետ համատեղ և հանրային քննարկում.
7. «Գովազդի մասին» օրենքի փոփոխություն՝ ալկոհոլային խմիչքների և ծխախոտի գովազի սահմանափակումների ընդլայնում.
8. **«Առողջ ապրելակերպի խթանման ռազմավարական ծրագրին և ծրագրի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկին հավանություն տալու մասին»** նոր ծրագրի մշակում և ընդունում (ընթացիկ ծրագրի միջոցառումներն ավարտվում են 2019-2020թթ-ին), որտեղ ամրագրված կլինեն պետական քաղաքականության և դրա իրականացման գործնական քայլերը Հայաստանի բնակչության շրջանում առողջ ապրելակերպի խթանման ուղղությամբ.
9. Ծխախոտի և ալկոհոլի չարաշահման վնասակարության վերաբերյալ բնակչության իրազեկվածության բարձրացման համալիր՝ 5 ամյա միջոցառումների ծրագրի մշակում, հաստատում և ներդրում.
10. Վիրուսային հեպատիտ Բ-ի պատվաստումների ծրագրի շարունակում.
11. Մարդու պապիլոմա վիրուսի դեմ պատվաստումների ծրագրի շարունակում.
12. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգային ծրագրի շարունակում: ՊԱՊ թեստի փոխարեն ՄՊՎ թեսթի անցնելու ծախսարդյունավետության հաշվարկի իրականացում:
13. Կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման նոր փորձարարական սքրինինգային ծրագրի իրականացում և արդյունքների գնահատում երեք մարզերում՝ Լոռի, Տավուշ և Սյունիք:
14. Հաստ աղու քաղցկեղի կանխարգելման ու վաղ հայտնաբերման նոր փորձարարական սքրինինգային ծրագրի մշակում, իրականացում և արդյունքների գնահատում՝ Երևանի մեկ վարչական շրջանի և մեկ մարզային տարածաշրջանի սահմաններում:
15. Բերանի խոռոչի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման նոր փորձարարական սքրինինգային ծրագրի մշակում, իրականացում և արդյունքների գնահատում՝ Երևանի մեկ վարչական շրջանի և մեկ մարզային տարածաշրջանի սահմաններում:
16. Չարորակ նորագոյացությունների վաղ հայտնաբերմանն ուղղված ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների գործունեության նոր կարգի մշակում ու ներդրում, ներառյալ քաղցկեղների վաղ հայտնաբերմանն ուղղված կատարողականի նոր ցուցանիշների, խրախուսական վարձատրության նոր խթանների սահմանումը:
17. **Նպատակ 2՝ Չարորակ նորագոյացություններով պացիենտների օպտիմալ բուժման տրամադրում:**
18. **Պացիենտների օպտիմալ բուժման տրամադրման հիմնական ուղղությունները.** Մարդակենտրոնհամակարգված բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպումը նախատեսում է ծառայությունների այնպիսի կառուցվածք, որոնք ներառում են կանխարգելումը, վաղ հայտնաբերումը, ապացուցողական հենք ունեցող որակյալ բժշկական օգնության տրամադրումը և շարունակական հսկողությունը: Իրական համակարգված ծառայության կարելի է հասնել միայն ԱԱՊ, երկրորդային և նեղ մասնագիտացված բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հաստատությունների միջև համագործակցության բարելավման միջոցով (ծառայությունների մատուցման հստակ երթուղիներ), ինչն առավել դյուրին կդարձնի պացիենտի տեղաշարժը համայնքային և հիվանդանոցային (և հակառակը) օղակների միջև:
19. Միջազգային փորձը վկայում է, որ անգամ սահմանափակ միջոցների առկայության պարագայում որակական բարելավման հասնելու կարևոր նախապայման է քաղցկեղի բուժման մուլտիդիսցիպլինար թիմերի վրա հիմնված ծառայությունների մատուցման մոդելի ներդրումը: Կարևոր է նաև պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման հասանելիության բարձրացումը պացիենտների համար:
20. Անվտանգությունը և ծառայությունների բարձր որակը հանդիսանում են քաղցկեղների արդյունավետ բուժման, ապրելիության բարելավման ևս մեկ կարևոր բաղադրիչը, սույն ռազմավարությունը նպաստելու է Հայաստանում ապացուցողական բժշկության սկզբունքների ներդրման ընդլայնմանն ուռուցքաբանության ոլորտում:
21. **Նպատակի հասնելու ապահովմանն ուղղված միջոցառումներն են.**
22. Ուռուցքաբանական բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների կազմակերպման նոր կարգի մշակում և ներդրում, որը կներառի ծառայությունների մատուցման երթուղիները, տարբեր մակարդակների ծառայություններ մատուցողների միջև համագործակցության ու ուղեգրման կարգը, մուլտիդիսցիպլինար թիմերի գործունեության հիմնական մոտեցումները, ինչպես նաև շարունակական հսկողության սկզբունքները:
23. ՀՀ-ում առավել տարածված քաղցկեղների տեսակների գույքագրում և վերջինների ախտորոշման և բուժման կլինիկական ուղեցույցների և պացիենտների վարման գործելակարգերի մշակման (թարգմանություն և տեղայնացում) 5-ամյա ժամանակացույցի կազմում և հաստատում առողջապահության նախարարի հրամանով՝ նախատեսելով տարեկան առնվազն 4 ուղեցույց և 8 գործելակարգ:
24. Ուռուցքաբան մասնագետների (քիմիաթերապևտների, վիրաբույժների, ճառագայթային բուժման մասնագետների, բժշկական ֆիզիկոսների) 10 ամյա պլանավորման և մասնագետներով համալրման միջոցառումների ժամանակացույցի մշակում և հաստատում առողջապահության նախարարի հրամանով:
25. Չարորակ նորագոյացություններ վաղ ախտորոշման, կառավարման և հիվանդանոցային օղակի հետ համագործակցության հիմնական սկզբունքների վերաբերյալ ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների վերապատրաստման 5-ամյա ժամանակացույցի մշակում և հաստատում առողջապահության նախարարի հրամանով: Վերապատրաստման աշխատանքների ֆինանսավորման աղբյուրները պետք է նախատեսվեն յուրաքանչյուր տարվա պետական բյուջեի առողջապահությանն առնչվող բաժնում՝ առողջապահության նախարարության կողմից:
26. Օտարերկրյա առաջատար ուռուցքաբանական կլինիկաներում պետական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բուժհաստատությունների ուռուցքաբանների վերապատրաստման 5-ամյա ժամանակացույցի մշակում և հաստատում առողջապահության նախարարի հրամանով՝ յուրաքանչյուր տարի նախատեսնելով առնվազն 5 ուռուցքաբանի (վիրաբույժ, քիմիաթերապևտ, արյունաբան, քաղցկեղի կլինիկական գենետիկայի ոլորտի մասնագետ) վերապատրաստում, առնվազն մեկ ամիս ժամկետով: Վերապատրաստման աշխատանքների ֆինանսավորման աղբյուրները պետք է նախատեսվեն յուրաքանչյուր տարվա պետական բյուջեի առողջապահությանն առնչվող բաժնում՝ առողջապահության նախարարության կողմից:
27. Ուռուցքաբանության ոլորտի որակի ցուցանիշների, դրանց գնահատման և մշտադիտարկման կարգի նշակում, ներդրում միասնական էլեկտրոնային առողջապահության համակարգ և հաստատում առողջապահության նախարարի հրամանով:
28. Չարորակ նորագոյացությունների հյուսվածաբանական ախտորոշման կարգի մշակում և հաստատում առողջապահության նախարարի հրամանով.
29. Չարորակ նորագոյացությունների գենետիկական ծառայությունների իրականացման մասնագիտական պահանջների մշակում և հաստատում առողջապահության նախարարի հրամանով.
30. Չարորակ նորագոյացությունների ձևաբանական (բջջաբանական, հյուսվածաբանական, իմունոհիստոքիմիական և մոլեկուլային) ախտորոշման կարգի մշակում և հաստատում առողջապահության նախարարի հրամանով
31. Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների հասանելիության ապահովման նպատակով՝ յուրաքանչյուր տարի նախատեսել պետական պատվերի տեղադրում 2-4 արտահիվանդանոցային և 1 հիվանդանոցային ձևով լիցենզավորված պալիատիվ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում՝ 10 ամյա կտրվածքով վերջինների թիվը հասցնելով համապատասխանաբար առնվազն 20-ի և 5-ի:
32. Հիմնված հիվանդացության և տարածվածության ցուցանիշների վրա ուռուցքաբանության ոլորտի ֆինանսավորման ավելացման 10-ամյա ծրագրի մշակում և ներկայացում Վարչապետի աշխատակազմ, ընդ որում ծրագիրը պետք է հիմք հանդիսանա Միջնաժամկետ ծախսային ծրագրով նախատեսվող բյուջետային հատկացումների համար:
33. **Նպատակ 3՝ պացիենտների և հաղթահարածների կյանքի որակի բարելավում:**
34. **Պացիենտների և հաղթահարածների կյանքի որակի բարելավման հիմնական ուղղությունները.** Տարեց տարի ավելանում են քաղցկեղը հաղթահարած և քաղցկեղով ապրող մարդկանց թիվը և անգամ առկա վիճակագրությունը վկայում է, որ այդ թիվը միայն ավելանալու է: Հետևաբար` մարդկանց մասնակցությունը որոշումների կայացմանը և վերադարձը բնականոն ակտիվ կյանքին պետք է հանդիսանա սույն ռազմավարության կարևոր նպատակներից մեկը:
35. **Նպատակի հասնելու ապահովմանն ուղղված միջոցառումներն են.**
36. Քաղցկեղի վերաբերյալ տեղեկատվական վերլուծական ինտերակտիվ հարթակի ստեղծում.
37. Հաղթահարածների մասնակցությամբ հանրային միջոցառումների իրականացման ամենամյա ժամանակացույցների մշակում և հաստատում առողջապահության նախադրի հրամանով.
38. ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում հաղթահարածների և քաղցկեղով ապրող մարդկանց հետ տարվող աշխատանքների հիմնարար սկզբունքների մշակում և ներդրում՝ առնվազն ուռուցքաբանության ոլորտում պետական պատվերի իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում.
39. Հասարակական կազմակերպությունների, այդ թվում նաև մասնագիտացված ասոցիացիաների որոշումների կայացման գործընթացում ներգրավվածության բարձրացում.
40. **Նպատակ 4`** **Հայաստանի Հանրապետության ուռուցքաբանական ծառայության նյութատեխնիկական բազայի արդիականացում:**
41. **Ուռուցքաբանական ծառայության նյութատեխնիկական բազայի արդիականացման հիմնական ուղղությունները.** Ապրելիությունը, բուժման արդյունավետությունը, որակը և անվտանգությունը մեծապես պայմանավորված է երկրում առկա ախտորոշիչ և բուժական ենթակառուցվածքների առկայությամբ, դրան արդիականությամբ և բնակչության համար ֆիզիկական հասանելիությամբ: Ռազմավարությունը միտված է նախադրյալներ ստեղծել առաջիկա 10 տարիների ընթացքում առկա ենթակառուցվածքների ամբողջովին նորացմանը, այդ թվում նաև ցածր հասանելիություն ունեցող ճառագայթային բուժման առնվազն 90% հասանելիության ապահովմանը.
42. **Նպատակի հասնելու ապահովմանն ուղղված միջոցառումներն են.**
43. Ուռուցքաբանական ծառայությունների (հատկապես ճառագայթային բուժման) պահանջարկի գնահատում և պետական պատվերի տեղադրման սկզբունքների՝ որակական ցուցանիշների, աշխարհագրական հասանելիության և ռացիոնալ կազմակերպման սկզբունքների վրա.
44. Պահանջարկի վրա հիմնված ուռուցքաբանական ծառայության նյութատեխնիկական հիմնական և վերջինի արդիականացման համար անհրաժեշտ ֆինանսական միջոցների գնահատում և ներկայացնում Վարչապետի աշխատակազմ:
45. Պետություն-մասնավոր հատված համագործակցության սկզբունքների հիման վրա մայրաքաղաքում ժամանակակից ուռուցքաբանական կենտրոնի կառուցման ներդրումային առաջարկի մշակում և տարածում համապատասխան հարթակներում.
46. Առաջիկա 10 տարիների ընթացքում, Երևանում ժամանակակից 2 ճառագայթային բուժման կենտրոնների կառուցում՝ յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կենտրոն, որոնք հագեցած կլինեն առնվազն 2 գծային արագացուցիչով, պլանավորման համակարգով, ախտորոշման լայն հնարավորություններով՝ ՀՀ պետական բյուջեի միջոցների հաշվին:
47. **Նպատակ 5` Համաճարակաբանական հսկողության համակարգի ներդնում:**
48. **Համաճարակաբանական հսկողության համակարգի ներդրման հիմնական ուղղություններն են.** Ուռուցքաբանության ոլորտում տիրող իրավիճակի, արձանագրված հաջողությունների և նոր ի հայտ եկած մարտահրավերների վերլուծության, գնահատման և մշտադիտարկման ճանաչված գործիքն է չարորակ նորագոյացությունների ազգային ռեգիստրի ստեղծումը և վարումը:
49. **Նպատակի հասնելու ապահովմանն ուղղված միջոցառումներն են.**

1) Չարորակ նորագոյացությունների ռեգիստրի ստեղծում Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնում.

2) Չարորակ նորագոյացությունների ռեգիստրի աշխատակիցներին վերապատրաստում, տվյալների շտեմարանի ինտեգրում միասնական էլեկտրոնային առողջապահության համակարգին.

**ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄ**

1. Ռազմավարության ծրագրի գործողությունների ֆինանսավորումը ակնկալվում է հետևյալ աղբյուրներից`

1) Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջե[[3]](#footnote-3).

2) Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ չարգելված այլ ֆինանսական աղբյուրներ`

ա. Միջազգային դոնոր կազմակերպությունների կողմից նպատակային ֆինանսավորում,

բ. Հայաստանի Հանրապետությունում գործող մասնավոր կազմակերպությունների միջոցների հաշվին ֆինանսավորում (պետություն-մասնավոր հատված համագործակցության շրջանակներում),

գ. Հասարակական կազմակերպությունների կողմից նպատակային ֆինանսավորում:

**ՄՇՏԱԴԻՏԱՐԿՈՒՄ ԵՎ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ**

1. Չարորակ նորագոյացությունների դեմ պայքարի ռազմավարության մշտադիտարկումը և գնահատումն իրականացվում են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության և շահագրգիռ գերատեսչությունների կողմից` յուրաքանչյուրն իր իրավասության շրջանակներում:
2. Չարորակ նորագոյացությունների դեմ պայքարի ռազմավարության մշտադիտարկումն իրականացվում է վարչական վիճակագրական հաշվետվություններով` սահմանված տեղեկատվական հոսքերով, ինչպես նաև հատուկ ուսումնասիրությունների և հետազոտությունների ժամանակ ստացած արդյունքներով: Մասնավորապես նախատեսվում է ցուցանիշների դինամիկայի մասին տեղեկատվությունը հավաքագրել «Հայաստանի առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման» տարեկան ազգային զեկույցի, ժողովրդագրական և առողջապահական հետազոտությունների և այլ գործիքների կիրառմամբ:
3. Մշտադիտարկման և արդյունքների վերաբերյալ կատարվում են տարեկան վերլուծություններ և մշակվում են առաջարկություններ` ապահովելով հետադարձ կապ հաշվետվություններ կայացնող կազմակերպությունների հետ:

**ԱԿՆԿԱԼՎՈՂ ԱՄՓՈՓ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ**

1. Ռազմավարության իրականացման արդյունքում ակնկալվում է բարելավել բնակչության առողջությունը և հասնել հետևյալ ցուցանիշներին`

* Հիվանդացության կայունացում և մահացության ցուցանիշների նվազեցում 2,5%-ով
* 5 և 10 տարվա ապրելիության ցուցանիշների բարելավում` 55% և 10%
* ՀՀ և ԵՄ երկրների միջև առկա ապրելիության տարբերության կրճատում՝ 20-%
* Քաղցկեղի կառավարման համապետական միասնական համակարգի ներդրում
* Ախտորոշիչ և բուժական ծառայությունների հավասար հասանելիության ապահովում բնակչության բոլոր խավերի համար
* Հիվանդների կյանքի որակի էական բարելավում և նրանց ներգրավվածություն որոշումների կայացման գործընթացում
* Հայաստանի ազգաբնակչության շրջանում քաղցկեղի, դրա ռիսկի գործոնների և ելքերի ընկալման փոփոխություն, առնվազն բնակչության 50%-ի շրջանում

1. 100.000 բնակչի հաշվով [↑](#footnote-ref-1)
2. Բացարձակ թվեր [↑](#footnote-ref-2)
3. Ռազմավարության իրագործման համար անհրաժեշտ ֆինանսական միջոցների հաշվարկը ներկայացված է Հավելված 1-ում [↑](#footnote-ref-3)