**ՆԱԽԱԳԻԾ**

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ**

**Ո Ր Ո Շ ՈՒ Մ**

«-------» -------------------2019 թվականի N \_\_\_\_- Լ

# **ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀՆԳԱՄՅԱ (2020-2025 ԹՎԱԿԱՆՆԵՐ) ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ**

Ի կատարումն ՀՀ կառավարության 2019 թվականի մայիսի 16-ի «Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2019-2023 թվականների գործունեու­թյան միջոցառումների ծրագիրը հաստատելու մասին» N 650-Լ որոշման N 1 հավելվածի 24.2-րդ կետի պահանջի` Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը **որոշում է.**

Հաստատել ՝ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահական համակարգի հնգամյա (2020-2025 թվականներ) զարգացման ռազմավարությունը`համաձայն հավելվածի:

**Հավելված**

**ՀՀ Կառավարության 2019 թվականի**

**..................... ..... – ի N ..... - Լ որոշման**

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀՆԳԱՄՅԱ (2020-2025 ԹՎԱԿԱՆՆԵՐ) ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ**

## **ԲԱԺԻՆ 1. ԱՄՓՈՓ ՀԱՄԱՌՈՏԱԳԻՐ**

1. Առողջապահական համակարգի 2020-2025 թվականների զարգացման ռազմավարությունը (այսուհետ` Ռազմավարություն) ամփոփում է վերջին երկու տասնամյակների ընթացքում հանրապետությունում իրականացված վերափոխումները` կուտակված գիտելիքը և փորձը համադրելով արդի խնդիրների և մոտեցումների հետ, և, տարանջատելով առողջության և առողջապահական համակարգի հետ կապված հիմնախնդիրները, առաջարկում է մինչև 2025 թվականը նախատեսված առողջապահության համակարգի զարգացման ուղենիշները:
2. Սույն Ռազմավարությունը ներկայացնում է շրջանակային մի փաստաթուղթ, որը հանդիսանում է միասնական հարթակ՝ գնահատելու նախորդ տարիներին առողջապահության ոլորտում կատարված փոփոխությունները և սահմանելու ներկա և ակնկալվող մարտահրավերները դիմակայելու ոլորտի պատրաստվածության հետագա զարգացման ուղենիշները: Հիմնվելով հրատարակված ապացույցների վրա հիմնված առաջարկությունների, փորձնական տվյալների, ինչպես նաև համակարգում գործունեություն իրականացնող շահագրգիռ կողմերի լայնածավալ քննարկումների և առաջարկների վրա՝ փաստաթուղթը խթանում է հանրային առողջության առկա մեխանիզմների, գործընթացների, փոխհարաբերությունների վերանայումը՝ առողջության խթանման, հիվանդությունների կանխարգելման և բարեկեցության ինտեգրացված մոտեցումների սահմանման միջոցով:
3. Ռազմավարության մշակման համար հիմք են հանդիսացել Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (այսուհետ` ԱՀԿ) ուղեցույցները և առաջարկությունները, վերջին տարիների ընթացքում ԱՀԿ և այլ փորձագիտական առաքելությունների առաջարկները, Արևմտյան և Արևելյան Եվրոպայի երկրների, ինչպես նաև Անկախ Պետությունների Համագործակցության (այսուհետ` ԱՊՀ) երկրների փորձը:
4. Ռազմավարությունն իր գաղափարախոսությամբ, ինչպես նաև կառուցվածքով համահունչ է ԱՀԿ ուղեցույցներում և այլ փաստաթղթերում արտացոլված մոտեցումներին, ԱՀԿ, Համաշխարհային բանկի և այլ հեղինակավոր միջազգային կազմակերպությունների փորձագիտական առաքելությունների առաջարկներին և համապարփակ քաղաքականությանը, ինչպես նաև դրանից բխող ռազմավարական փաստաթղթերին, Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի ապահովման ընդհանուր սկզբունքներին և դրույթներին, ՄԱԿ-ի «Օրակարգ-2030» հռչակագրին և Կայուն զարգացման ազգային նպատակներին, որտեղ ամրագրված են բնակչության առողջության բարելավմանը, առողջապահական համակարգում անհավասարությունների կրճատմանը և կայուն ու «մարդակենտրոն» առողջապահական համակարգերի ձևավորմանն ուղղված մոտեցումները: Ըստ այդմ, Հայեցակարգի երկու հիմնական գլուխները նվիրված են առողջության և առողջապահական համակարգի հիմնախնդիրներին: Որդեգրելով սույն կառուցվածքը՝ Ռազմավարությունն առանձնացնում է երկու ընդհանուր խնդիրներ՝ բնակչության առողջության բարելավումը և առողջապահության ոլորտի կառավարման և առաջնորդության ուժեղացումը:
5. Ռազմավարության մեջ մատնանշվող գերակա խնդիրների որոշումը իրականացվել է՝ հիմք ընդունելով երկրի համաճարակաբանական իրավիճակը, սոցիալ-տնտեսական զարգացումը և առողջապահական համակարգից բնակչության ակնկալիքները, ինչպես նաև Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի ապահովման համար անհրաժեշտ նախապայմանների ստեղծման անհրաժեշտությունը:

## **ԲԱԺԻՆ 2. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ**

1. Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական զարգացման ապահովման ուղղությամբ պետական քաղաքականության գերակայություններից մեկը հանրային առողջության պահպանումը և ամրապնդումն է, հիվանդությունների կախարգելումը և առողջ ապրելակերպի խթանումը:
2. Առողջապահության ոլորտի զարգացումը քաղաքացու երջանկության ապահովման կարևորագույն գործոններից և Կառավարության առաջնահերթություններից է:
3. Առողջապահական համակարգն ավելին է, քան բժշկական օգնության և սպասարկման մատուցումը: Այն պետք է գործի որպես համապարփակ սոցիալական ուղղվածությամբ համակարգ, որի նպատակն է բնակչության առողջությանը պահպանումը և բժշկական օգնության մատչելիությունը, որակը և շարունակականության ապահովումը:
4. Առողջապահական համակարգի արդյունավետ գործունեությունը պայմանավորված է հետևյալ հիմնական գործառույթներով`

1) առողջապահական համակարգի կառավարում,

2) առողջապահական համակարգի ռեսուրսային ապահովում,

3) առողջապահական ծառայությունների տրամադրում,

4) առողջապահության համակարգի ֆինանսավորում:

1. Նշված գործառույթները փոխկապակցված են և բխում են մեկը մյուսից, ուստի առողջապահական համակարգի զարգացումը պահանջում է դրանցից յուրաքանչյուրի զարգացումն առանձին և ընդհանուր՝ ամբողջ համակարգի ներդաշնակ զարգացումն ապահովելու նպատակով:
2. Վերջին երկու տասնամյակների ընթացքում իրականացված առողջապահական համակարգի վերափոխման գործընթացն ամրապնդելու և համակարգելու նպատակով, այնուամենայնիվ, պահանջվում են լրացուցիչ ջանքեր` բարելավելու համակարգի կառավարման և կառուցակարգային կարողություններն ինչպես կենտրոնական, այնպես էլ մարզային մակարդակներում, հնարավորինս հստակեցնելու և ամրապնդելու առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման գործառույթները` միջոցների առավել արդյունավետ ու համաչափ բաշխումը երաշխավորելու նպատակով, ապահովելու համապատասխան հիմնական ներուժի և ռեսուրսների (այդ թվում՝ մարդկային) առկայությունն առողջապահության համակարգի բոլոր օղակներում, ավարտին հասցնելու առողջապահական ծառայությունների ու հաստատությունների վերակազմավորման ոլորտում նախաձեռնված գործընթացները` միաժամանակ ազատվելով ոչ անհրաժեշտ տարածքային, մահճակալային, կադրային և այլ հզորություններից:
3. Առողջապահական համակարգի շարունակական կատարելագործման անհրաժեշտությունը պայմանավորված է նաև ինչպես ողջ աշխարհում, այնպես էլ հանրապետությունում վերջին տարիներին ի հայտ եկած նոր առողջապահաան մարտահրավերներով:
4. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից, այդ թվում՝ միջազգային փորձագետների աջակցությամբ, մշակվել են բազմաթիվ նորմատիվային բնույթի փաստաթղթեր: Դրանց մի մասը տարբեր պատճառներով ամբողջությամբ հնարավոր չի եղել կյանքի կոչել կամ գտնվում է կատարման ընթացքում: Ոլորտի բարեփոխումների ընթացքում ծագել են նաև տարբեր խնդիրներ և խոչընդոտներ, որոնց մեծ մասը պայմանավորված է միասնական քաղաքականության բացակայությամբ:
5. «ՀՀ առողջապահական համակարգի հնգամյա զարգացման ռազմավարությունը հաստատելու մասին» Կառավարության որոշման նախագիծը ամփոփում է վերջին երկու տասնամյակների ընթացքում առողջապահության բնագավառում իրականացված վերափոխումները և կուտակված գիտելիքներն ու փորձը համադրելով արդի խնդիրների և մոտեցումների հետ, տարանջատելով առողջության և առողջապահական համակարգի հետ կապված հիմնախնդիրները, մշակել մինչև 2025 թվականը առողջապահության համակարգի զարգացման հետագա ուղենիշները` ուղղված Հայաստանի Հանրապետությունում բնակչության առողջության պահպանմանը, հիվանդացության, հաշմանդամության և վաղաժամ մահացության նվազեցմանը, կյանքի որակի բարելավմանը և կյանքի միջին տևողության երկարաձգմանը:

## **ԲԱԺԻՆ 3. ՆԱԽԱՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆ**

**Բնակչության առողջական վիճակի համառոտ նկարագիրը և հիմնական բժշկաժողովրդագրական ցուցանիշները.**

1. Հայաստանի Հանրապետության Ազգային վիճակագրական ծառայության (այսուհետ` ԱՎԾ) տվյալների համաձայն 2018 թվականի հունվարի 1-ի դրությամբ Հայաստանի մշտական բնակչության (de jure) թվաքանակը կազմել է 2 972.7 հազար: Բնակչության սեռատարիքային կազմը վերջին տասնամյակի ընթացքում դրսևորում է ծերացման միտում:
2. Հայաստանի Հանրապետությունում կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից (2017 թվականին՝ 75,4 տարի) չի զիջում հարևան պետությունների նույն ցուցանիշը: Այնուամենայնիվ, ԱՀԿ գնահատմամբ այս ցուցանիշն իրականում շուրջ 4-5 տարով զիջում է պաշտոնապես հրապարակվածին։
3. ՈՎՀ-ները շարունակում են «առաջնային» տեղեր զբաղեցնել բնակչության ընդհանուր մահացության կառուցվածքում` կազմելով բոլոր մահերի շուրջ 93%: Մասնավորապես, 2018 թվականին առաջին երեք տեղերը զբաղեցրել են արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները (55,6%), չարորակ նորագոյացությունները (20,6%) և շնչառական օրգանների հիվանդությունները (6,4%), որոնց հաջորդել են մարսողական օրգանների հիվանդությունները (6,0%), շաքարային դիաբետը (4,8%), վնասվածքները և թունավորումները (4,7%) և այլ հիվանդությունները (10,0%):
4. Վարակիչ և մակաբուծական հիվանդությունների մահացությունը ընդհանուր մահերի կառուցվածքում կազմում է 0,6%: Վարակիչ հիվանդությունների մահացության ընդհանուր կառուցվածքում շարունակում է զգալի տեղ գրավել տուբերկուլոզը (18,8%): Բայց ի համեմատ 2005 թվականի` 2018 թվականի դրությամբ տուբերկուլոզի մահացության դեպքերը նվազել են 5-6 անգամ:
5. 1990-2018 թվականների ընթացքում մանկական (մինչև մեկ տարեկան երեխաների) մահացությունը բացարձակ թվով նվազել է 5-6 անգամ (1990թ.` 1.465, 2018թ.` 261), իսկ տարեկան գործակիցը՝ 2-3 անգամ` հասնելով 1.000 կենդանածնի հաշվով 7,1-ի: Համաձայն ԱՀԿ-ի «Առողջություն բոլորին» շտեմարանի` այն թեև ավելի ցածր է, քան ԱՊՀ-ում (9,73` 2015թ.), Ղազախստանում (9,4` 2015թ.), Թուրքիայում (10,7` 2014թ.), Ուզբեկստանում (10,7` 2014թ.), Ղրղզստանում (18,0` 2015թ.), Թուրքմենստան (22,1` 2015թ.), սակայն զիջում է ԵՄ անդամ երկրների մակարդակին (3,6` 2015թ.):
6. Մինչև մեկ և մինչև 5 տարեկան երեխաների մահվան հիմնական պատճառներն են շուրջծննդյան շրջանում զարգացող առանձին վիճակները, ծայրահեղ ցածր կշռով և ներարգանդային ինֆեկցիայով ծնված նորածինները, բնածին արատները և ձևախախտումային խանգարումներից, շնչառական օրգանների հիվանդություններից, ինչպես նաև դժբախտ պատահարներից և վնասվածքներից առաջացած մահերը:
7. Մինչև 14 տարեկան երեխաների շրջանում հիվանդացության ընդհանուր կառուցվածքում առավել տարածված են շնչառական օրգանների հիվանդությունները, որոնց տեսակարար կշիռը 2018 թվականին կազմել է 48,0% (այսինքն` ամեն երկրորդը), իսկ վարակիչ և մակաբուծական հիվանդությունները` 9%:
8. Մայրական մահացության միջին եռամյա ցուցանիշը 2000-2018 թվականների ընթացքում կրճատվել է շուրջ 2 անգամ, իսկ 2016-2018 թվականների ընթացքում մայրական մահացության միջին ցուցանիշը կազմել է 20,0 (100.000 կենդանի ծնունդից):

## **ԲԱԺԻՆ 4. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ, ՆՊԱՏԱԿԸ ԵՎ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ**

1. Ռազմավարության **հիմնարար սկզբունքներն են**՝
2. *«մարդակենտրոն» առողջապահությունը*. առողջապահական քաղաքականության անմիջական շահառուն անհատն է, ուստի նախատեսված բոլոր միջոցառումները նախ և առաջ պետք է բարելավեն նրա առողջական վիճակը.
3. *մարդու իրավունքների գերակայությունը*. յուրաքանչյուր անձ ունի ֆիզիկական և հոգեկան առողջության առավելագույն հասանելի մակարդակին հասնելու իրավունքը.
4. *արդյունավետ քաղաքականությունը և համարժեք կառավարումը*. առողջապահության քաղաքականությունը և կառավարումը հիմնված են ապացուցված տվյալների, գիտելիքի և լավագույն փորձի վրա.
5. *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 առողջապահական համակարգի որակյալ և թափանցիկ գործունեությանը, ինչպես նաև սեփական առողջության պահպանման ու բարելավման նկատմամբ անհատի պատասխանատվության բարձրացմանը.
6. *սոցիալական համերաշխությունը.* երկրի բոլոր քաղաքացիներն ունեն առողջապահական համակարգի ծախսերին մասնակցելու պարտականություն` վճարելով հարկեր, տուրքեր և օրենքով նախատեսված այլ պարտադիր վճարներ.
7. *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:
8. Ռազմավարության **նպատակն** է սահմանել առաջիկա տարիների համար ոլորտի զարգացման ուղենիշները` ուղղված Հայաստանի Հանրապետությունում բնակչության առողջության պահպանմանը, հիվանդացության, հաշմանդամության և վաղաժամ մահացության նվազեցմանը, կյանքի որակի բարելավմանը և կյանքի միջին տևողության երկարաձգմանը:
9. Ռազմավարության **հիմնական խնդիրներն են**՝
10. նվազեցնել ոչ վարակիչ հիվանդությունների (այսուհետ` ՈՎՀ) հիվանդացությունը, վաղաժամ մահացությունը, առողջության վրա ռիսկի գործոնների բացասական ազդեցությունը և բարելավել հոգեկան առողջությունը,
11. նվազեցնել վարակիչ հիվանդություններից (այսուհետ՝ ՎՀ) հիվանդացությունը և մահացությունը,
12. բարելավել մոր և մանկան, վերարտադրողական առողջությունը և նվազեցնել նորածնային, մանկական, դեռահասների և մայրական հիվանդացությունը և մահացությունը,
13. առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության ցուցանիշների բարելավում` ուղղորդված առողջապահական ծրագրային միջոցառումների իրականացման միջոցով՝ ներառյալ պերինատալ կորուստների նվազեցման, անպտղության հաղթա­հարման և կանանց վերարտադրողական առողջության բարելավման ծրագրերը,
14. ապահովել մարդու կենսագործունեության համար առողջ և անվտանգ միջավայր,
15. ապահովել առողջապահական համակարգի արդյունավետ և համաչափ կառավարումը և ռեսուրսների համաչափ օգտագործումը,
16. ապահովել որակյալ և անվտանգ բժշկական օգնության տրամադրումը,
17. ապահովել մատուցված բժշկական օգնության և սպասարկման իրական ծախսերի փոխհատուցումը և առողջապահական համակարգում ֆինանսական ռեսուրսների բաշխման և պլանավորման արդյունավետությունը:

## **ԲԱԺԻՆ 5. ԱՌԱՋԱՐԿՎՈՂ ԼՈՒԾՈՒՄՆԵՐ**

## **ԳԼՈւԽ 1. ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐԸ**

## **ԳԼՈւԽ 1.1. ՈՉ ՎԱՐԱԿԻՉ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ**

##### **26. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները**

1. 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%` ԹՔՕՀ :
2. ՈՎՀ-ներից վաղաժամ մահացությունը (մինչև 65 տարեկան) ընդհանուր մահերի կառուցվածքում կազմում է 18.8%: Հարկ է նշել, որ այդ մահերի գերակշռող մասնաբաժինը (վաղաժամ մահերի կառուցվածքում 18%-ը) գրանցվում է 35-65 աշխատունակ տարիքային խմբում: ԱՇՀՀ վաղաժամ մահացությունը տղամարդկանց շրջանում 3 անգամ բարձր է:
3. 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 պարանոցի և կրծքագեղձի քաղցկեղներից:
4. Վերջին երեք տասնամյակներում մեծահասակ բնակչության շրջանում առավել տարածված 4 ՈՎՀ-ների տարածվածությունը աճել է 2 անգամ, իսկ մահացությունը` 1,5 անգամ:
5. Բոլոր հիվանդությունների պատճառով հաշմանդամությամբ ընթացող կյանքի կորցրած տարիների ցուցանիշի վերլուծությունը (ըստ 100 000 բնակչի) ըստ երկրների փաստում է, որ այն զգալիորոն ցածր է Իսրայելում (19,3), Ֆրանսիայում (25,4), Ֆինլանդիայում (29,0): Հայաստանում ցուցանիշը կազմել է 30,2, Տաջիկստանում` 31,5, Մոլդովայում և Վրաստանում` 39,0, Լիտվայում` 41,0, Գերմանիայում և Ռուսաստանի Դաշնությունում (ՌԴ)` 42,0:
6. ՈՎՀ պատճառով հաշմանդամությամբ ընթացող կյանքի կորցրած տարիների ցուցանիշի վերլուծությունն ըստ երկրների ցույց է տալիս, որ այն զգալիորեն ցածր է Իսրայելում` 16,2, Տաջիկստանում` 16,8, Ֆրանսիայում` 21,6, Ադրբեջանում` 23,1, Ֆինլանդիայում` 25,0, Հայաստանում` 25,4, ՌԴ-ում` 32,6:
7. ՈՎՀ-ներից 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 ծախսերը ավելի քան չորս անգամ գերազանցում են պետության կողմից նախատեսված ծախսերին՝ կազմելով 294,9 մլրդ դրամ: ՀՀ տնտեսության վնասն այս պահի դրությամբ տարեկան կազմում է 362,7 մլրդ դրամ, որը համարժեք է 2017թ-ին երկրի տարեկան համախառն ներքին արդյունքի 6,5%-ին:
8. ՈՎՀ-ների ամենամյա աճը ակնհայտորեն պայմանավորված է բնակչության շրջանում այդ հիվանդությունների զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոնների բարձր տարածվածությամբ:
9. 2016-2017թթ. ԱՀԿ աջակցությամբ 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:
10. Բնակչության 5,9%-ը չարաշահում է ալկոհոլի օգտագործումը (տղամարդկանց` 11,1%, կանանց` 0,1%): Այսպիսով, ծխախոտի և ալկոհոլային խմիչքների օգտագոծումը, որպես ՈՎՀ զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոն, հատկապես խնդրահարույց է տղամարդկանց շրջանում:
11. ՀՀ-ում 18-69 տարեկան բնակչության շրջանում զարկերակային գերճնշման տարածվածությունը կազմում է 37,8%:
12. 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 (48,0%) ավելցուկային քաշ կամ ճարպակալում:
13. 18-69 տարեկանների շրջանում յուրաքանչյուր երրորդի (36,0%) 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 տաս տարվա ընթացքում այդ հիվանդությամբ պայմանավորված մահվան հավանականությունը:
14. Բնակչության առողջության պահպանմանն ուղղված ծրագրերի շրջանակում Ծրագրերի իրականացման գրասենյակի կողմից 2015թ. սկզբից Հայաստանում իրականացվում է սքրինինգային հետազոտությունների ծրագիր, որի նպատակը բնակչության շրջանում առավել տարածված` զարկերակային գերճնշման, շաքարային դիաբետի և արգանդի պարանոցի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերումը, կանխարգելումը և վերահսկումն է։ Անվճար սքրինինգային հետազոտությունները մինչ օրս իրականացվում են Հայաստանի ամբողջ տարածքում` տեղամասային պոլիկլինիկաներում և գյուղական ամբուլատորիաներում: 35-ից 68 տարեկան բոլոր քաղաքացիները հնարավորություն ունեն անվճար հետազոտվել զարկերակային գերճնշման և շաքարային դիաբետի վաղ հայտնաբերման, իսկ 30-ից 60 տարեկան բոլոր կանայք` ՊԱՊ թեստի հետազոտության միջոցով արգանդի պարանոցի նախաքաղցկեղի վաղ հայտնաբերման և կանխարգելման նպատակով:
15. Որոշ ՈՎՀ-ների կանխարգելման նպատակով ներդրված պատվաստումների ծրագրերը (մարդու պապիլոմավիրուսի և հեպատիտ B դեմ) տալիս են իրենց ադյունքները: Ի համեմատ 1990 թվականի (793 դեպք)` հեպատիտ B-ից մահացությունը մինչև 2018 թվական (37 դեպք) նվազել է մոտ 21,4 անգամ, իսկ մահացության ցուցանիշը` 18,6 անգամ: Պատվաստումները, սակայն, ուղեկցվում են հակապատվաստումային բուռն ակտիվությամբ՝ ապատեղեկատվությամբ և փաստերի խեղաթյուրմամբ։

##### **27. Հիմնախնդիրների լուծման նպատակը**

 **Հիմնախնդրի լուծման նպատակն է** կայունացնել և տարեկան 1.5-2%-ով նվազեցնել ՈՎՀ-ների հետևանքով առաջացող վաղաժամ (մինչև 65 տարեկան) մահացությունը՝ ռիսկի գործոնների տարածվածության նվազեցման, հիվանդությունների կանխարգելման, բնակչության իրազեկման բարձրացման, ՈՎՀ վաղ հայտնաբերման և ժամանակին ու համապատասխան մատչելի բուժական օգնության կազմակերպմանն ուղղված նպատակային քաղաքականության իրականացման ճանապարհով:

##### **28. Նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղությունները**

1. ՈՎՀ ռիսկի գործոնների կառավարման խթանմանն ուղղված քաղաքականության իրականացում, այդ թվում.

ա. բնակչության շրջանում ծխախոտի օգտագործման բարձր տարածվածության նվազեցում` ԱՀԿ Ծխախոտի դեմ պայքարի մասին շրջանակային կոնվենցիայի դրույթներին համահունչ,

բ. բնակչության շրջանում առողջ սննդի օգտագործման խթանում` գիտելիքների և իրազեկման բարելավում,

գ. մշակել կերակրի աղի օգտագործումը նվազեցնելուն ուղղված քաղաքականության, կանոնակարգերի և միջոցառումների համապարփակ փաթեթ,

դ. սննդում աղի և ըմպելիքներում շաքարի առավելագույն քանակը սահմանող իրավական ակտերի և հարկային քաղաքականության մշակում ու վերահսկում,

 ե. հասարակության ֆիզիկական ակտիվության բարձրացում` շեշտադրելով սպորտի զարգացումը, բարելավելով ֆիզիկական գործունեությամբ զբաղվելու հնարավորությունները,

զ. զարկերակային գերճնշման, շաքարային դիաբետի և արգանդի պարանոցի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման, կանխարգելման և վերահսկման ծրագրի ակտիվացում և ավելի մեծ թվով բնակչության ընդգրկում,

է. ՈՎՀ դեմ կանխարգելիչ պատվաստումների ծրագրերի հզորացում և համապատասխան ծառայությունների ծածկույթի ընդլայնում,

1. փոխհամաձայնեցված շարունակական աշխատանքների իրականացում բժշկական օգնության և սպասարկման բոլոր մակարդակներում՝ կանխարգելման գործընթացում կարևորելով առաջնային օղակի դերը,
2. ժամանակակից գիտական մեթոդներով ՈՎՀ-ների վաղ հայտնաբերման, ախտորոշման և որակյալ բուժման հնարավորությունների ստեղծում,
3. ՈՎՀ դեմ պայքարի միջգերատեսչական հանձնաժողովի գործունեության ակտիվացում և համագործակցության խթանում,
4. մարդու պապիլոմավիրուսի և հեպատիտ B դեմ պատվաստումների ակտիվացում և պլանային պատվաստումներում ընդգրկվածության ցուցանիշների բարելավում,
5. բնակչության շրջանում ՈՎՀ-ների համաճարակաբանական հսկողության ապահովում՝ իրավիճակի, տարածվածության, ռիսկի գործոնների շարունակական վերահսկման, համապատասխան հետազոտությունների իրականացման, տվյալների վերլուծության, գնահատման, կանխատեսումներ կատարելու և համապատասխան որոշումների ընդունման միջոցով:

## **ԳԼՈւԽ 1.2. ՎԱՐԱԿԻՉ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ**

##### **29. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները**

1. Հայաստանում 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:
2. Հայաստանի տարածքի զգալի հատվածը բնական օջախ է մի շարք հատուկ վտանգավոր վարակիչ հիվանդությունների համար (ժանտախտի դեպքում` տարածքի 75%-ը, տուլարեմիայի` 90%-ը, 60%-ը էնզոոտիկ է լեպտոսպիրոզի նկատմամբ, կատաղության առումով ռիսկային է շուրջ 5 մարզ), և այս հիվանդությունների հարուցիչները պարբերաբար անջատվում են բնական պահոցների (կրծողների) արտաքին մակաբույծներից: Հանրապետության տարածքը անբարենպաստ է նաև խոլերա հիվանդության առումով:
3. Հանրապետությունում տարածված վարակիչ հիվանդություններ փոխանցող միջատները և տզերը կարող են առկա համաճարակային իրավիճակի բարդացման պատճառ դառնալ, հատկապես կլիմայի փոփոխությամբ, հատկապես ջերմաստիճանի աճով պայմանավորված, տարածել հին (մալարիա, լեյշմանիոզ, տուլարեմիա, մլակային տենդ, ժանտախտ, բծավոր տիֆ, հետադարձ տիֆ, Քյու տենդ, Լայմի բորրելիոզ) և, հանրապետության համար, նոր (Ղրիմ-Կոնգոյի հեմոռագիկ տենդ, Արևմտյան Նեղոսի տենդ, տզային էնցեֆալիտ, Դենգե, Չիկունգունիա, Զիկա) հիվանդություններ: 2011թ. Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից Հայաստանը վկայագրվել է որպես մալարիայից ազատ տարածք: Թեև արձանագրվել են մալարիայի բերովի դեպքեր, դրանք արագ ախտորոշվել, մեկուսացվել և բուժվել են, որի արդյունքում, թեև հանրապետությունում առկա են մալարիա փոխանցող մոծակները, մալարիայի տեղական դեպքեր չեն առաջացել:
4. Տուբերկուլոզը և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ը ՀՀ-ում սոցիալական նշանակության առավել տարածված վարակիչ հիվանդություններ են: ՀՀ կառավարության 2015 թվականի մարտի 24-ի նիստի թիվ 11 արձանագրային որոշմամբ ընդունվել է ՀՀ-ում տուբերկուլոզի կառավարման 2016-2020 թթ. ազգային ռազմավարությունը և միջոցառումների ծրագիրը, իսկ 2017 թվականի հունիսի 15-ի նիստի թիվ 25 արձանագրությամբ` ՀՀ-ում 2017-2021 թթ. ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման պետական նպատակային ծրագիրը և առաջնահերթ միջոցառումների ցանկը:
5. Տուբերկուլոզով հիվանդացությունը 100.000 բնակչի հաշվով հաստատուն նվազում է վերջին տասնամյակում` 2007 թվականի 47,6-ից մինչև 2018 թվականի 20,9, ընդ որում, նվազման տեմպը վերջին 5 տարիների ընթացքում ավելի բարձր է` տարեկան 5 տոկոսից ոչ պակաս: Տուբերկուլոզից մահացությունը 100.000 բնակչի հաշվով նույնպես նվազել է ավելի քան 3 անգամ` 2007 թվականի 5,4-ից մինչև 1,7 2018 թվականին:
6. 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, ինչը լուրջ մարտահրավերներ է առաջացնում բնակչության այս հատուկ խմբի համար վարակի կանխարգելման արդյունավետ ծառայությունների մշակման անհրաժեշտության իմաստով, քանի որ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ն առայժմ սահմանափակված է ՄԻԱՎ-ի նկատմամբ խոցելի խմբերի շրջանում։

##### **30. Հիմնախնդիրների լուծման նպատակը**

1) Կառավարելի վարակիչ հիվանդություններով հիվանդացության նվազեցումը, դրանց հետևան­քով մահվան դեպքերի կանխարգելումը և վարակիչ հիվանդությունների նկատմամբ բնակչության անընկալության ապահովումը:

2) Համաճարակների, բռնկումների, թունավորումների և հանրային առողջության անվտանգու­թյան սպառնացող այլ իրավիճակներին պատրաստ­վածության և արձագանքման ապահովումը:

3) ՀՀ-ում տուբերկուլոզի, մասնավորապես հիվանդության դեղակայուն ձևերի և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, կանխարգելում, հիվանդացության և մահացության մակարդակների նվազում:

4) Նպաստավոր միջավայրի ստեղծում` մինչ 2030 թվականը տուբերկուլոզի և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վերացման համար` ՄԱԿ-ի կայուն զարգացման նպատակներին և թիրախներին համահունչ:

##### **31. Նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղությունները**

1. Վարակիչ համաճարակաբանական հսկողության և ոչ վարակիչ հիվանդու­թյունների դեմ պայքարի և կանխարգելման համակարգերի կայունության ապահովումը և զարգացումը:
2. Ընդհանուր պատվաստումների գործընթացի և կառավարելի վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանական դիտարկում, կազմակերպում և համակարգում, պարտադիր պատվաստումների և սահմանափակող միջոցառումների օրենսդրական կարգավորում:
3. Նոր պատվաստումների ներդրում, հնգավալենտ բոլոր դեղաչափերի փոխարինում վեցավալենտով:
4. Համընդհանուր լաբորատոր ցանցի զարգացում, լաբորատոր գործունեության զարգացումը, նյութատեխնիկական բազայի արդիականացումը և ժամանակակից սարքավորումներով համալրում:
5. Հիվանդությունների հսկողության էլեկտրոնային համալիր համակարգի լիարժեք ներդրումը և աշխատանքի կայունության ապահովում:
6. Իմունականխարգելման, վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և դրանց դեմ պայքարի ուղղությամբ հասա­րակական համախմբման (սոցիալական մոբիլիզացման) ապահովումը:
7. Տուբերկուլոզի կառավարման և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ին արձագանքման ծրագրերի մշակում` 2021 թվականից հետո հետագա եռամյա կամ հնգամյա շրջանների համար՝ հետևյալ ռազմավարական ուղղություններով.

ա. բնակչության խոցելի խմբերի շրջանում տոբերկուլոզի և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելում, նոր դեպքերի ակտիվ հայտնաբերում, արագ ախտորոշման նորարական մեթոդների և բուժման արտահիվադանոցային մարդակենտրոն ծառայությունների համակարգերի ստեղծում ու ներդրում, կադրային ներուժի զարգացում, հանրային իրազեկման միջոցառումներ, խնդիրների լուծմանն ուղղված միջգերատեսչական, համայնքահեն, հասարարակական և միջազգային կազմակերպությունների հետ համագործակցություն՝ դրա իրականացման համար իրավական դաշտի ապահովում:

## **ԳԼՈւԽ 1.3. ՄՈՐ ԵՎ ՄԱՆԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ**

##### **32. Իրավիճակի վերլուծությունը**

Մոր և մանկան առողջության պահպանման խնդիրները շարունակաբար կարևորվել են ազգային մակարդակում և որպես գերակայություն արտացոլված են Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրության մեջ, ռազմավարական և ծրագրային մի շարք փաստաթղթերում: Կառավարության ներկայիս ծրագրում ևս մոր ու մանկան առողջության պահպանումը և վերարտադրողական առողջության բարելավումը ամրագրված է որպես գերակա ոլորտ:

**Ծնելիություն, մայրական և վերարտադրողական առողջությունը** Հայաստանում գնահատվում է ճգնաժամային: Ըստ ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի (այսուհետ՝ ՎԿ) հրապարակումների, ծնելիության գումարային գործակիցը 2018թ. կազմել է 1,57, ինչը չի ապահովում անգամ պարզ վերարտադրությունը: 1990թ. համեմատ ծնունդների թիվը նվազել է 2 և ավելի անգամ (2018թ.` 36.502 ծնունդ՝ 1990թ. 79.882-ի դիմաց), իսկ բնական աճի ցուցանիշը կրճատվել է շուրջ 4,5 անգամ (2018թ. այն կազմել է՝ 3,7‰՝ 1990թ. 16,9‰-ի դիմաց): Ըստ նույն աղբյուրի, 2016-2017թթ. կտրվածքով ծնվածների տարբերությունը կազմել է` -2.277, իսկ 2017-2018թթ. տարբերությունը՝ -1.330:

Ըստ ՀՀ ՎԿ պաշտոնական տվյալների, 2000թ. հաջորդող 10 տարիներին Հայաստանի **մայրական մահացության ցուցանիշը** (ՄՄՑ) նվազել է շուրջ 50%, սակայն հաջորդիվ արձանագրվել է միջին եռամյա ցուցանիշի որոշակի բացասական միտում՝ 2016-2018թթ` համար ՄՄՑ կազմել է շուրջ 20/100.000 (2013-2015թթ. միջինը՝ 19,0): Մայրական մահացության դեպքերի զգալի մասը պայմանավորված է էքստրագենիտալ ախտաբանություններով և միայն 1/3 դեպքերում մահվան դեպքերի պատճառները ուղղակի են՝ մանկաբարձական: Վերջինս վկայում է բնակչության ընդհանուր առողջության, այն թվում վերարտադրողական առողջությունը պայմանավորող հիմնական բաղադրիչների հետ կապված վատ իրավիճակի մասին: Ըստ ԱՀԿ հաշվարկային ցուցանիշի մայրական մահացությունը Հայաստանում կազմում է 25/100.000: Այն զգալի գերազանցում է Եվրոպական Միության երկրների համանուն ցուցանիշի միջին մակարդակը, սակայն ավելի բարվոք է ԱՊՀ երկրների միջին ցուցանիշի համեմատությամբ:

**Երեխաների և դեռահասների զարգացման և առողջության կարգավիճակը** զգալի չափով կանխորոշում է հասարակության ապագա բարեկեցությունը, և հետևաբար, երեխայի առողջության ոլորտում կատարվող ներդրումները դիտարկվում են որպես ապագային ուղղված ծախսարդյունավետ ներդրումներ:

ա. Պաշտոնական տվյալների համաձայն մինչև 2012թ. Հայաստանը բնորոշվել է մանկական մահացության (ՄՄ` 0-1 տ. երեխաների մահացություն) ցուցանիշի միջին մակարդակով (ըստ ԱՀԿ դասակարգման` 10‰-20‰), իսկ 2013թ.-ից հետո գրանցվել է ցուցանիշի 10‰ նիշից ցածր մակարդակ (2012թ.` 10,8‰, 2013թ.` 9,7‰, 2015թ.` 8,8‰, 2018թ.` 7,1‰), ինչը, ըստ նույն դասակարգման Հայաստանին դասում է ՄՄ ցածր (≤ 10,0‰) ցուցանիշ ունեցող երկրների շարքում:

բ. Մանկական (0-1 տ.) մահացության դեպքերի շուրջ 76% արձանագրվում է նորածնային (0-28 օր` ինտենսիվ ցուցանիշը 6,2‰), իսկ գրեթե կեսը (49%)՝ վաղ նորածնային (0-7 օր` ինտենսիվ ցուցանիշը՝ 4,0‰) շրջանում: Վերջին տարիներին մանկական մահերի դեպքերի ընդհանուր թվում նորածնային մահերի մասնաբաժինը չի դրսևորել անկման էական միտում (2013թ.՝ 77%, 2015թ՝ 72%, 2017թ.՝ 76%):

գ. Մանկական մահացության կառուցվածքում նեոնատալ մահացության հիմնական պատճառները շուրջծննդյան շրջանում զարգացող առանձին վիճակները (բնածին արատներ, ներարգանդային ինֆեկցիաներ, անհասություն, ցածր և ծայրահեղ ցածր կշռով նորածիններ), իսկ հետնորածնային մահացության դեպքերը առավելապես պայմանավորված են շնչառական վարակներով և փորլուծային հիվանդություններով:

գ. Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը նույնպես 2010 թվականից հետո դրսևորել է նվազման կայուն միտում (2010թ.՝ 13,4‰ 2018թ.՝ 8,7‰): Այս տարիքային խմբի մահացության պատճառների շարքում մեծ դեր ունեն դժբախտ պատահարները և վնասվածքները: Եթե 0-1 տ. խմբում դրանցով պայմանավորված մահացության մասնաբաժինը կազմում է ընդամենը 2,9%, ապա 1-5 տարիքային խմբում՝ 37,0% (մահացածների ընդհանուր թվում՝ գրեթե յուրաքանչյուր 3-րդ երեխան):

 դ. Դեռահասների մահացությունն ըստ մահվան հիմնական պատճառների էականորեն տարբերվում է վաղ տարիքի երեխաների մահացության պատճառական կառուցվածքից: Մասնավորապես՝ 15-19 տարիքային խմբում գերակշռում են ճանապարհա-տրանսպորտային պատահարները (8.9/100,000) և կանխամտածված ինքնավնասումները (1.8/100,000):

ե. Այսպիսով, թեև գլոբալ առումով վաղ տարիքի երեխաների մահացության կրճատման առումով միտումները հուսադրող են, սակայն իրավիճակը անհանգստացնող է մանկական և նորածնային մահացության կառուցվածքում պերինատալ պատճառներից ու բնածին արատներից մահվան դեպքերի դեռևս պահպանվող բարձր մակարդակի տեսանկյունից: Ասվածից ենթադրվում է, որ մանկական մահացության նվազեցման հետագա ռեզերվը նորածնային մահացության կրճատումն է, իսկ 1-5 տ. երեխաների դեպքում՝ խիստ կարևոր է երեխաների անվտանգության ապահովումը և դժբախտ պատահարների կանխարգելումը: Դեռահասների դեպքում մահացության նվազեցման հիմնական ուղին տրավմատիզմի կրճատումը և նրանց հոգեկան առողջության բարելավումն է:

Ըստ ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության տվյալների, առ 01.01.2018թ. գրանցված է մինչև 18 տարեկան **8.233 հաշմանդամ երեխա** (2015թ.` 8.003 երեխա): Հաշմանդամ երեխաների շուրջ 2/3 ունեն հիվանդություններ, որոնք սահմանափակում են նրանց ֆունկցիոնալ կարողությունները: Այդ երեխաների 77% ունի բժշկական, վերականգնողական կամ հոգեբանական օգնության կարիք:

Չնայած ձեռքբերումներին, ոլորտում առկա են բազում խնդիրներ, այն է.

- զարգացման խանգարումների, խրոնիկական հիվանդությունների և դրանցով պայմանավորված հաշմանդամության աճի միտում, հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման և համապարփակ ախտորոշման և վաղ միջամտության դեռևս ոչ բավարար մակարդակ,

- վերականգնողական անվճար բուժօգնության պահանջարկին 3-4 անգամ զիջող սահմանափակ հնարավորություններ` ըստ փորձագիտական գնահատականների, շարունակական վերականգնողական բուժօգնության կարիք ունի հաշվառված հաշմանդամ երեխաների 60 տոկոսը,

- զարգացման գնահատման և վերականգնողական մարզային և համայնքային ծառայությունների մատչելիության պակաս՝ ինչպես ծավալների, այնպես էլ տեղակայման առումով,

- մանկական պալիատիվ խնամքի կազմակերպման հնարավորությունների գրեթե բացակայություն,

- հաշմանդամ երեխաների իրավունքերի և սպասարկման վերաբերյալ իրազեկության, գիտելիքների և հմտությունների դեռևս ոչ բավարար մակարդակ` ինչպես ծնողների, այնպես էլ բուժաշխատողների շրջանում:

**Կանանց և երեխաների սնուցման վերաբերյալ** պաշտոնական տվյալները բավականին սուղ են և ոչ միշտ են արտացոլում առկա իրավիճակը, քանզի առավելապես հենվում են դիմելիության փաստի վրա: Երեխաների և կանանց սնուցման կարգավիճակի գնահատման այլընտրանքային աղբյուր է ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի հետազոտությունը (ԺԱՀՀ): Ըստ վերջին` 2015թ. ԺԱՀՀ տվյալների, բարելավվել են վաղ հասակի երեխաների սնուցման կարգավիճակը բնութագրող հիմնական ցուցանիշները. 2015 թվականին մինչև5տ. երեխաների թերաճությունը կազմել է 9% (2010թ.` 19%), բացառապես կրծքով սնուցման ցուցանիշը՝ 45% (2010թ.` 35%), վաղ տարիքի երեխաների և վերարտադրողական տարիքի կանանց մոտ գրեթե կրկնակի կրճատվել է անեմիան՝ համապատասխանաբար կազմելով 16% (2005թ.՝ 37%) և 13% (2010թ.՝ 25%):

Անհանգստացնող է մինչև 5 տարեկան երեխաների գերքաշության ցուցանիշի պահպանվող բարձր մակարդակը (2005թ.՝ 11%, 2010թ.՝ 15%, 2015-16թթ.՝ 14%) և 2005թ. համեմատ աճի միտումը:

##### **33. Մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտի հիմնախնդիրները**

Հիմք ընդունելով վերը ներկայացված իրավիճակային վերլուծությունը, ինչպես նաև այլ ռազմավարական փաստաթղթերում վեր հանված խնդիրները, մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում առկա հիմնախնդիրները հետևյալն են.

1. Ծնելիության ցուցանիշների անկում և ժողովրդագրական իրավիճակի վատացում,
2. Մայրական մահացության դեռևս բարձր մակարդակ՝ աճի միտումով,
3. Մանկական մահացության իջեցման տեմպերի դանդաղում, պերինատալ պատճառներից և նորածնային շրջանի մահերի բարձր տեսակարար կշռով,
4. Կեսարյան հատումների գնալով աճող ցուցանիշ, մարզային անհետաձգելի մանկաբարձական ծառայության կարողությունների հզորացման անհրաժեշտություն,
5. Պտղի սեռի նախապատվությամբ պայմանավորված սելեկտիվ աբորտների շարունակական խնդիր,
6. Անպտղության ցուցանիշի տարածվածության բարձր մակարդակ (14,8%), վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների սահմանափակ մատչելիության պայմաններում,
7. Վաղ տարիքի երեխաների թերաճության և մանկական գիրության զուգակցված բարձր ցուցանիշներ, կանանց և երեխաների անեմիաների տարածվածության բարձր մակարդակ,
8. Պատվաստումներով ժամանակին և ամբողջական ընդգրկվածության ցուցանիշների իջեցմամբ պայմանավորված մարտահրավերներ, նոր պատվաստանյութերի ներդրման դժվարություններ,
9. Մանկական տրավմատիզմի և դժբախտ պատահարների գնալով աճող խնդիր, կանխարգելման միջոցառումների, այն թվում օրենսդրական կարգավորումնների իրականացման անհրաժեշտություն,
10. Դպրոցահասակ երեխաների և դեռահասների շրջանում առողջ ապրելակերպի՝ ցածր ֆիզիկական ակտիվության և անառողջ սննդային վարքագծի հիմնախնդիր,
11. Խրոնիկական հիվանդությունների, մանկական հաշմանդամության կանխարգելման ծրագրերի ուժեղացման անհրաժեշտություն:

Ինչ վերաբերում է **համակարգային խնդիրներին,** հարկ է նշել, որ.

1. Մարզային մակարդակում մարդկային ռեսուրսների հիմնախնդիրը երկարաժամկետ օրակարգային հարց է՝ ինչպես նրանց անհամաչափ բաշխման և այնպես էլ մասնագետներով անբավարար ապահովվածության տեսանկյունից
2. Մարզերում գրեթե բացակայում են (բացառությամբ Գյումրի քաղաքի) մանկական/նորածնային վերակենդանացման ծառայությունները:
3. Բուժաշխատողների մասնագիտական հմտությունների բարելավմանն ուղղված ապացուցողական հենքով մասնագիտական գործելակարգերի մշակման և ներդրման գործընթացը համակարգի շարունակական մարտահրավերներից է: Այս առումով մասնագիտական շարունակական զարգացման սահմանափակ հնարավորությունների խնդիրը օրակարգային է;
4. Երեխայի խնամքի, սնուցման և առողջության հարցերի շուրջ ծնողների գիտելիքների և իրազեկվածության ցածր մակարդակ և բարձրացման անհրաժեշտություն:

##### **34. Հիմնախնդիրների լուծման նպատակը**

Մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում ռազմավարության իրականացումը ուղղված է լինելու հետևյալ հիմնական նպատակների հաղթահարմանը.

ա. մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում տրա­մադրվող բուժօգնության որակի, մատչելիության ու հասանելիության բարելավում` մատուցվող ծառայությունների փաթեթների ընդլայնման միջոցով,

բ. առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության ցուցանիշների բարելավում` ուղղորդված առողջապահական ծրագրային միջոցառումների իրականացման միջոցով՝ ներառյալ պերինատալ կորուստների նվազեցման, անպտղության հաղթա­հարման և կանանց վերարտադրողական առողջության բարելավման ծրագրերը,

գ. կանանց և երեխաների սնուցման վիճակի բարելավում, ներառյալ դեռահասների առողջ սննդային վարքագծի ձևավորումը,

դ. երեխաների առողջ աճի և զարգացման ապահովումը, նրանց հիվանդացության և մահացության ցուցանիշների նվազեցումը, հաշմանդա­մության կանխարգելումը:

Վերջնական արդյունքում նպատակը մոր և մանկան առողջության բարելավման միջոցով, մասնավորապես մայրական և երեխաների մահացության կրճատման հասանելիության ապահովումն է:

##### **35. Նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղությունները**

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 ուժեղացում, կեսարյան հատումների նվազեցում,
3. Անպտղության հաղթահարման ծրագրի շարունակական իրականացում, ներառյալ վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառումը՝ հետագա զարգացումների ապահովմամբ,
4. Սելեկտիվ աբորտների դեմ պայքարի միջգերատեսչական ծրագրի մշակում, սեռով պայմանավորված պտղի կորուստների նվազեցման միջոցառումների իրականացում, օրենսդրության կիրառման ապահովում,
5. Նեոնատալ բուժօգնության և խնամքի ծառայությունների հզորացում,
6. Մանկական տրավմատիզմի կանխարգելման ծրագրով նախատեսված միջոցառումների իրականացում,
7. Երեխաների/դեռահասների հոգեկան առողջության բարելավում, մանկական հոգեբուժական ծառայութան ուժեղացում,
8. Երեխաների առողջ ապրելակերպին ուղղված համալիր միջոցառումների իրականացում՝ սկսված տարրական դպրոցից, դպրոցական առողջապահական համակարգի բարելավում,
9. Գերքաշության կրճատման և սնուցման խանգարումներով պայմանավորված բեռի նվազեցմանն ուղղված քաղաքականության մշակում և համապատասխան միջոցառումների իրականացում:

## **ԳԼՈւԽ 1.4. ՏԱՐԵՑՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ**

##### **36. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները**

1. Միջազգային դասակարգման համաձայն տարեցներ են համարվում 65 տարին լրացած անձինք: Հաշվի առնելով այն, որ Հայաստանի Հանրապետությունում կենսաթոշակի տարիքը սահմանված է 63 տարին, ըստ ԱՎԾ տվյալների, 63 տարեկան և բարձր տարիք ունեցող անձանց թիվը 2017 թվականի հուլիսի 1-ի դրությամբ կազմել է հանրապետության ընդհանուր բնակչության 13,2%-ը կամ 394,4 հազար մարդ:
2. 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 տևողությունը ունի համեմատաբար ավելի բարձր ցուցանիշ (հանրապետությունում 2017 թվականի տվյալներով կյանքի սպասվող միջին տևողությունը կազմում է 75,4 տարի, ըստ որում տղամարդկանց համար` 71,9, իսկ կանանց համար՝ 78,7 տարի):
3. Ըստ միջազգայնորեն ընդունված ժողովրդագրական նորմերի, եթե երկրի բնակչության 65 և բարձր տարիքի անձանց տեսակարար կշիռը մինչև 8% է, ապա այդ հասարակությունը գնահատվում է որպես երիտասարդ, 10%-ի դեպքում` ծերացող, իսկ 12% և ավելի բարձր ցուցանիշների դեպքում՝ ծերացած: Համաձայն վիճակագրական տվյալների, Հայաստանի Հանրապետությունը համարվում է ծերացող երկիր: Եթե մինչ կենսաթոշակային տարիքի բնակչության ծավալուն միգրացիոն ներհոսք կամ ծնելիության կտրուկ աճ տեղի չունենա, ապա Հայաստանը կդառնա ծերացած երկիր, որն առաջ կբերի սոցիալ-տնտեսական համալիր հիմնախնդիրներ, այդ թվում՝ նաև առողջապահական:
4. Տարեցների բուժումն ու խնամքը ամենամեծ ֆինանսական բեռն է առողջապահական բյուջեի համար: Որպես կանոն` տարեցները խրոնիկական հիվանդություններով պացիենտներ են, որոնք ենթակա են երկարաժամկետ և ընդհանուր ժամանակային կտրվածքով պակաս ծախսարդյունավետ բուժմանը: Ուստի, կարևոր է կանխարգելել ՈՎՀ-ների և տարեցների տրավմատիզմով առաջացող բարդությունները` մինչև իրենց ի հայտ գալը:
5. Որպես կանոն, մոտենալով 65 տարեկանին` քաղաքացիների մեծ մասի մոտ արդեն առկա է ախտորոշված ՈՎՀ կամ ի հայտ են եկել դրանց առաջին ախտանիշները: Այս իրավիճակը 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:

##### **37. Հիմնախնդիրների լուծման նպատակը**

**Հիմնախնդրի լուծմանն ուղղված նպատակն է** ապահովել տարեց մարդկանց բավարար առողջական վիճակը և կյանքի որակը` համապատասխան ծավալի, տեսակի և որակի առողջապահական ծառայությունների տրամադրման միջոցով:

##### **38. Նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղությունները**

**Նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղություններն են`**

1. բարելավել տարեցներին մատուցվող բժշկական ծառայությունների որակը` հետբուհական բժշկական կրթության և մասնագիտական վերապատրաստման կրթական ծրագրերում ընդգրկելով տարեցներին բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման (ծերաբանության և ծերաբուժության) վերաբերյալ դասընթացներ, ինչպես նաև ընդգրկելով նշված ծառայությունները առողջության առաջնային պահպանման (այսուհետ՝ ԱԱՊ) մակարդակում,
2. ինտեգրել տարեցներին տրամադրվող սոցիալական և առողջապահական ծառայությունների համակարգը, այդ թվում տարեցների խնամքի տներում բժշկական ծառայությունների մատուցման կանոնակարգում (պարտադիր տրամադրվող ծառայությունների ցանկի սահմանում, լիցենզավորում և այլն),
3. բարձրացնել տարեց բնակչության համար հոգեկան առողջության ծառայությունների հասանելիությունն ու մատչելիությունը:

## **ԳԼՈւԽ 1.5. ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆ**

##### **39. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները**

1. 2010 թվականին Հայաստանի Հանրապետությունը վավերացրել է Հաշմանդամների իրավունքների պաշտպանության կոնվենցիան, որի 19-րդ հոդվածը սահմանում է հաշմանդամների, այդ թվում՝ հոգեկան խարգարումներով տառապող անձանց հանրույթում ապրելու անքակտելի իրավունքը:
2. ԱՎԾ տվյալների համաձայն վերջին տարիների ընթացքում բավականին բարձրացել է կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հոգեկան խանգարումների թիվը: Այսպես, 2000 թվականի հետ համեմատած 2011 թվականին ախտորոշված հոգեկան խանգարումների թիվը եռապատկվել է` կազմելով 90,4՝ 100.000 բնակչի հաշվով: Մյուս կողմից, հանրապետության հոգեբուժական ծառայության կողմից ընդամենը հաշվառված են 44.397 հիվանդներ, որոնցից հաշմանդամության խումբ ունեն 15.962:
3. Հոգեկան առողջության խնդիրներով հիվանդների մեծ մասը դուրս է մնում հոգեբույժների և հոգեթերապևտների տեսադաշտից: Հետազոտությունները վկայում են, որ առողջապահության առաջնային օղակում, ընդհանուր տիպի հիվանդանոցներում, ինչպես նաև մասնագիտացված ախտորոշիչ կենտրոններում, այցելուների մի ստվար զանգված դրսևորում է տարատեսակ հոգեախտաբանական խանգարումներ, սակայն հիվանդների այս հսկա զանգվածը չի ստանում մասնագիտական բժշկահոգեբանական կանխարգելիչ, բուժական կամ վերականգնողական բնույթի որակյալ օգնություն:
4. Հոգեբուժական ծառայության համակարգը կենտրոնացնում է ուշադրությունը և ջանքերը դիսպանսերներում հաշվառված հոգեկան հիվանդ անձանց վրա և գործնականում անտեսում է ամբողջ բնակչության հոգեկան առողջության պահպանման խնդիրները: Ներկա համակարգը հիմնված է հիվանդանոցային բուժօգնության վրա, և համապատասխան գիտելիքներով զինված սոցիալական աշխատողների և հոգեկան առողջության պահպանման ոլորտի այլ մասնագետների բացակայությունը էլ ավելի է սահմանափակում ամբուլատոր և համայնքային մակարդակներում համապատասխան ծառայություններ տրամադրելու հնարավորությունները:
5. Երևանում, Գյումրիում և Վանաձորում ամբուլատոր հոգեբուժական ծառայությունը կենտրոնացված է դիսպանսերում և պացիենտները անգամ պլանային խորհրդատվության և դեղատոմս/դեղ ստանալու համար ստիպված են գնալ քաղաքի ծայրամասում գտնվող դիսպանսեր։
6. Հիվանդանոցային համակարգի մահճակալների զգալի մասը զբաղեցնում են պահպանողական բուժում ստացող և միայն խնամքի համար հաստատությունում գտնվող հոգեկան առողջության խնդիր ունեցող անձինք, ովքեր ակտիվ բուժման կարիք չունեն և կարող են ապրել համայնքում։
7. Հանրապետության հինգ մարզերում (Տավուշ, Արագածոտն, Կոտայք, Արմավիր, Վայոց Ձոր) չկան հոգեբուժական ստացիոնարներ և պացիենտները ստացիոնար հոգեբուժական օգնության համար դիմում են իրենց բնակավայրից բավական հեռու գտնվող հիվանդանոցներ։
8. Նույն վիճակն է միայն հոգեբուժական խնամքի կարիք ունեցող պացիենտների դեպքում, ովքեր ներկայումս կարող են բնակվել միայն Երևանում և Վարդենիսում գտնվող խնամքի հաստատություններում և հանրապետության հոգեբուժական օգնություն ցուցաբերող հոգեբուժական ստացիոնարներում։ Բացառությամբ Սպիտակի խնամքի տնից` չկան մեծահասակ բնակչության համար համայնքային խնամքի տներ։
9. Ամբողջ աշխարհում, այդ թվում նաև Հայաստանում, աճում է հոգեկան առողջության խնդիրներ ւոնեցող տարեցների թիվը, սակայն չկան մասնագիտացված ծառայություններ խնդրի լուծման համար։
10. Երեխաների, մասնավորապես, դեռահասների հոգեկան առողջության խնդիրներ, հիվանդանոցային մանկական հոգեբուժական ծառայության գրեթե բացակայություն, մասնագետների սուր դեֆիցիտ:
11. Հանրապետությունում շարունակում է բավական բարձր մնալ հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձանց նկատմամբ խարանի/ստիգմայի աստիճանը, ինչի արդյունքում շատ պացիենտներ ամաչում/խուսափում են դիմելու մասնագիտական օգնության՝ ավելի վատացնելով սեփական վիճակը և կորցնելով սկզբնական շրջանում օգնություն ստանալու և խնդիրը շատ արագ և արդյունավետ կարգավորելու հնարավորությունը։

##### **40. Հիմնախնդիրների լուծման նպատակը**

Հիմնախնդրի լուծմանն ուղղված նպատակն էբարելավել բնակչության հոգեկան առողջությունը և կանխարգելել հոգեկան առողջության խանգարումների առաջացումը:

##### **41. Նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղությունները**

Նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղություններնեն՝

1. իրականացնել միասնական քաղաքականություն հոգեկան առողջության խթանման համար,
2. աշխատել հասարակության տարբեր շերտերի, այդ թվում քաղաքականություն որոշողների և իրականացնողների, լրագրողների, պետական ծառայողների, բժիշկների և այլոց հետ՝ տրամադրելով հոգեկան առողջության խնդիրների վերաբերյալ անհրաժեշտ տեղեկատվություն և գիտելիք,
3. կրթական ծրագրերի միջոցով բարելավել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող մարդկանց հետ աշխատողների մասնագիտական որակը,
4. բարելավել հոգեկան առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունը,
5. տարանջատել հոգեբուժական և խնամքի ծառայությունները,
6. ինտեգրել հոգեբուժական ծառայությունների տրամադրումը ընդհանուր առողջապահական համակարգի մեջ,
7. ընդլայնել հոգեկան առողջության համայնքային ծառայությունների տրամադրման ցանցը:

## **ԳԼՈւԽ 1.6. ԱՊԱՀՈՎ ՇՐՋԱԿԱ ՄԻՋԱՎԱՅՐ**

##### **42. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները**

1. Հանրապետությունում սույն ոլորտը կանոնակարգվում է «Հայաստանի Հանրապետության բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման մասին» օրենքով, ինչպես նաև այլ իրավական ակտերով` սահմանելով պետության կողմից նախատեսվող այն երաշխիքները, որոնք պետք է բացառեն մարդու օրգանիզմի վրա շրջակա միջավայրի վնասակար ու վտանգավոր գործոնների ազդեցությունը և բարենպաստ պայմաններ ապահովեն նրա և ապագա սերունդների կենսունակության համար:
2. Հանրապետությունում չի իրականացվում մարդու առողջության վրա բնապահպանական գործոնների ազդեցության մշտադիտարկում:
3. 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 է ունենալ:
4. Վերջին տարիներին զգալի դրական տեղաշարժեր են արձանագրվել խմելու ջրի հասանելիության, ջրամատակարարման շարունակականության և անվտանգության աստիճանի ավելացման առումով: Սակայն ջրամատակարարման տևողությունը որոշ տարածքներում ներկայումս շարունակում է մնալ ցածր մակարդակի վրա և բնութագրվում է տարածքային զգալի անհամաչափություններով: Լուրջ հիմնախնդիր է գյուղական բնակավայրերում ջրամատակարարվող ջրի որակի և անվտանգության ապահովումը: Ջրամատակարարման համակարգի կառույցների մաշվածությունն ու ցանցերի սանիտարատեխնիկական վիճակը բացասաբար են անդրադառնում խմելու ջրի որակի վրա, և մանրէաբանական ցուցանիշներով այն չի համապատասխանում սահմանված սանիտարական կանոններին և նորմերին: Պարբերաբար գրանցվում են սուր վարակիչ աղիքային հիվանդությունների ջրային ծագում ունեցող բռնկումներ:
5. Մթնոլորտային օդի որակի հիմնական աղտոտող նյութերի (այդ թվում՝ տրանսպորտային արտանետումների) քանակը հանրապետության արդյունաբերական քաղաքներում մի քանի անգամ գերազանցում է սահմանային թույլատրելի խտությունը:
6. Տարիների հետազոտությունների ամփոփումը թույլ է տվել եզրակացնել, որ հանքալեռային արդյունաբերական շրջաններում առկա են էկոլոգիական և բնակչության առողջության համար լուրջ ռիսկեր, որոնք հատկապես կապված են օդ-ջուր-հող-գյուղմթերք համակարգող ծանր մետաղների, այդ թվում՝ տոքսիկության առաջին դասի տարրերի, սնման շղթայի տարբեր օղակների ներթափանցման հետ:
7. Բավարար ձևով չեն կանոնակարգվում հատուկ թունավոր քիմիական նյութերի և վտանգավոր թափոնների ներկրման, պահպանման, վաճառքի ու օգտագործման խնդիրները, իսկ պիտանիությունը կորցրած այդ նյութերի համար բացակայում են վարակազերծման կետերը և թաղման համար հատուկ աղբավայրը:
8. Չնայած վերջին տարիներին որոշակի առաջընթաց է գրանցվել կենցաղային թափոնների հավաքման, տեղափոխման, վերամշակման, վնասազերծման և ոչնչացման գործընթացներում, սակայն առկա են դեռևս չլուծված խնդիրներ, այդ թվում՝ բացակայում են նաև թափոնների վերամշակման ու վնասազերծման արդիական տեխնոլոգիաները և ձեռնարկությունները:
9. 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:
10. 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, որն իր հերթին նպաստում է հաշմանդամության զարգացմանը:
11. Ըստ առկա վիճակագրության` տարեցտարի աճում է ճանապարհատրանսպորտային պատահարների և դրանց հետևանքով վիրավորների թիվը:
12. Ոչ լիարժեք է այս ոլորտում միջգերատեսչական համագործակցությունը։

##### **43. Հիմնախնդիրների լուծման նպատակը**

Հիմնախնդրի լուծմանն ուղղված նպատակն է`աջակցել առողջ և անվտանգ ապրելուն ու նույնքան անվտանգ աշխատանքային պայմանների ապահովմանը և նվազեցնել վնասվածքներից՝ այդ թվում արտադրական, մասնագիտական հիվանդություններից և նրանց բարդություններից մահացությունը:

##### **44. Նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղությունները**

Նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղություններն են՝

1. ապահովել բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ծառայությունների շարունակականությունը,
2. բացահայտել շրջակա միջավայրի ռիսկի գործոնների ազդեցությունը առողջության վրա, ինչպես նաև իրականացնել անվտանգ միջավայրի վերաբերյալ ուսուցման և իրազեկման միջոցառումներ,
3. ապահովել շրջակա միջավայրի պահպանման գործում բազմակողմանի և համալիր միջգերատեսչական համագործակցությունը,
4. բարձրացնել մասնագիտական ​​հիվանդությունների վերաբերյալ բուժաշխատողների գիտելիքների մակարդակը,
5. 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,
6. գնահատել կլիմայի փոփոխությունից առողջության խոցելիությունը, նվազեցնել ազդեցությունը` մշակելով հարմարվողականության միջոցառումների ծրագրեր,
7. 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:

## **ԳԼՈւԽ 2. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐԸ**

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

46. Առողջապահության համակարգի բարեփոխման նպատակով նախորդ տարիներին իրականացված միջոցառումները հանգեցրել են ինչպես դրական արդյունքների, այնպես էլ որոշ բացասական դրսևորումների: Համակարգի կառավարման ապակենտրոնացման, ինչպես նաև առողջապահական հաստատությունների մասնավորեցման ուղղությամբ իրականացված միջոցառումների ակնկալվող արդյունքներն էին ազատական և մրցակցային սկզբունքների արմատավորումը, որի ուղղությամբ շոշափելի ձեռքբերումներ չարձանագրվեցին:

## **ԳԼՈւԽ 2.1. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄԸ**

47. Վերջին տարիների ընթացքում անհրաժեշտություն է առաջացել զուգակցել վարչական ապակենտրոնացման գործընթացը համակարգի կառավարման և բուժօգնության որակի վերահսկման մեխանիզմների հետ:

48. Անկախությունից ի վեր հանրային ծառայությունների ապակենտրոնացման և կառուցվածքային փոփոխություններից հետո, բացառությամբ պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային ծառայությունների և մի շարք երրորդային բուժօգնության հիվանդանոցների, ԱԱՊ ծառայությունների և հիվանդանոցների գործունեությունը և սեփականության իրավունքը փոխանցվել է տարածքային և տեղական ինքնակառավարման մարմիններին:

49. Խորը տարանջատում է առաջացել առողջապահության տարբեր մակարդակների միջև (հանրապետական, մարզային, գյուղական) մատուցվող առողջապահական ծառայությունների տեսակների և այդ ծառայությունների որակի առումով: Գնահատման, հստակեցման և վերանայման կարիք ունեն հանրապետության առողջապահական համակարգի կառուցվածքը, առողջապահական հաստատությունների քանակը, ենթակայությունն ու կարգավիճակը: Առողջապահական ծառայությունների կազմակերպման և իրականացման տիրույթում առկա է առաջարկի և պահանջարկի ձևավորման խորացած անհամաչափություն: Երկրում դեռևս չի գործում բուժօգնության ստանդարտների և որակի վերահսկման լիարժեք համակարգ:

50. Հայաստանի Հարապետությունում, ինչպես և աշխարհի շատ երկրներում, առողջապահական ոլորտը տարանջատված է ԱԱՊ կամ ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և հիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող համակարգերի: Հիվանդանոցային բժշկական օգնությունն իր հերթին կազմակերպվում է եռամակարդակ սկզբունքով` մարզային ընդհանուր պրոֆիլի հիվանդանոցներ, մասնագիտացված բժշկական հաստատություններ և (կամ) բաժանմունքներ, նեղ մասնագիտացված կենտրոններ կամ բաժանմունքներ:

51. Չնայած ֆունկցիոնալ այս տարանջատման, որևէ իրավական ակտով ամրագրված չէ բուժօգնության կազմակերման մակարդակների սահմանումները և ըստ մակարդակների բժշկական օգնության և սպասարման տեսակների դասակարգումը: Ավելին, որևէ ռազմավարական փաստաթղթում արտացոլված չէ առողջապահական համակարգի ընդհանուր կառուցվածքի տեսլականը, ըստ մակարդակների բժշկական ծառայություններ մատուցող ենթակառուցվածքների նկարագիրը, բժշկական կազմակերպությունների անվանացանկը, դրանց օրինակելի կառուցվածքները: Բացառությամբ բուժօգնության առանձին տեսակների (ծննդօգնության և վերակենդանացման ծառայություններ), չկա հստակություն ըստ բժշկական օգնության կազմակերպման մակարդակների նրանց հզորությունների, հագեցվածության և գործառույթների տարանջատման հարցերում:

52. Ելնելով ազգային, մարզային և համայնքային առողջապահական կարիքներից` առողջապահական ծրագրերի իրականացման նպատակով անհրաժեշտ է հաստատել առաջին, երկրորդ և երրորդ մակարդակներում տրամադրվող բժշկական ծառայությունների ծավալները և մատուցման կարգը, դրանց համապատասխան բժշկական հաստատությունների և բժշկական գործունեության ցանկը և դրանց ներկայացվող պահանջները:

53. Ներկայում համակարգում գործող բուժհաստատություններն իրենց թվաքանակով, հզորություններով, կադրային ներուժով էականորեն գերազանցում են բժշկական օգնության, այդ թվում` պետության կողմից երաշխավորված ծրագրերով ձևավորված պահանջարկը: Արդյունքում, այդ ծրագրերով պետական բյուջեից հատկացվող ֆինանսական միջոցները հաճախ ուղղվում են ոչ թե որակյալ բժշկական օգնության ապահովմանը, այլ՝ ամբողջ համակարգի պահպանմանը, այդ թվում` համապատասխան ծանրաբեռնվածությամբ չապահովված կադրերի, թեև ցածր ու անկանոն, վճարվող աշխատավարձերին: Ընդ որում, այդ միջոցները հիմնականում ուղղվում են բժշկական օգնություն իրականացնողների ընթացիկ ծախսերը մի կերպ ծածկելուն և, բնականաբար, չեն բավարարում նորմալ դեղորայքային և տեխնոլոգիական հագեցվածության կամ բժշկական անձնակազմի աշխատավարձի բավարար մակարդակի ապահովմանը:

54. Ներկայում բացակայում է մարզային հիվանդանոցների կառուցվածքային մոդելը նկարագրող որևէ փաստաթուղթ կամ ուղեցույց: Նշված մոդելը ներկայացնելու համար անհրաժեշտ է հաշվի առնել մի շարք գործոններ: Մարզերում բժշկական սպասարկման վրա ազդող գործոններից է զարգացած ճանապարհային ցանցի առկայությունը, բնակավայրերի և հատկապես գյուղական բնակավայրերի միջև եղած տարածությունը, տարածաշրջանային բժշկական կենտրոնների հեռավորությունը գյուղական համայնքներից և այլն: Հետևաբար յուրաքանչյուր մարզում առկա են ծառայությունների կազմակերպման իրենց առանձնահատկությունները: Սակայն, ելնելով բազմամյա ուսումնասիրությունների արդյունքներից, ինչպես նաև անցած տարիների ընթացքում իրականացված օպտիմալացման արդյունքների գնահատականից` անհրաժեշտ է ներկայացնել մարզային հիվանդանոցների կառուցվածքին վերաբերող առաջարկություններ:

55. Դեռևս բավարար չափով չի իրականացվում վճարովի սկզբունքով մատուցվող ծառայություններից, ապահովագրական դեպքերից ստացված միջոցների ներգրավումը:

56. Հանրապետությունում առկա են առողջապահական տվյալների հավաքման մի քանի համակարգեր, որոնք երբեմն կրկնում և խաչաձևում են ընթացիկ և հետազոտությունների միջոցով տվյալների հավաքագրումը, իսկ հաշվառման և հաշվետվական ձևերի անկատարության պատճառով տուժում է տվյալների որակը:

57. 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: ԱԱՀ զեկույցը գնահատում է տարբեր աղբյուրներից ձևավորվող առողջապահության ֆինանսավորման ծավալները, ոլորտին հատկացվող միջոցների ավելացման միտումները, առողջապահության ոլորտի հիմնական ծրագրերի և բժշկական օգնության մատուցման գործում կարևոր դերակատարների սահմանումը: ԱԱՀ-ի կանոնավոր կիրառումը հնարավորություն է տալիս բացահայտել առողջապահական ծախսերի միտումները, ինչը կարևորվում է առողջապահության համակարգի մշտադիտարկման (մոնիտորինգի) և գնահատման համար:

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

59. Միաժամանակ սկսվել են հեռաբժշկության միջոցով բժշկական ծառայությունների տրամադրման համակարգի պլանավորման աշխատանքները:

60. Որոշակի օրենդրական դաշտ է ձևավորվել արտակարգ իրավիճակների ժամանակ, այդ թվում նաև ՎՀ-ների բռնկումների, համաճարակների, համաճարակային անբարենպաստ իրավիճակների, մարդու և կենդանիների համար ընդհանուր հիվանդությունների էպիզոոտիաների ժամանակ` առողջապահական համակարգի պատրաստվածության և արագ արձագանքման վերաբերյալ` աղետների վերացումը կանխարգելելու նպատակով: Սակայն դեռևս մշակված չէ մի համապարփակ փաստաթուղթ, որն կկանոնակարգի առողջապահական ողջ համակարգի, այդ թվում բուժհաստատությունների կարողությունների ապահովում, դեղերի պահուստային միջոցների ձևավորում և համալրում, կադրային ապահովածություն, արտակարգ իրավիճակներին արձագանքման կարողությունները և մեխանիզմները:

61. Անհրաժեշտության կա նաև օրենսդրական հիմքեր ստեղծել հանրային առողջապահական ծառայությունների գործունեության արդիականացման նպատակով` մշակելով «Առողջապահական ծառայությունների մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի նախագիծ, «Հանրային առողջության ապահովման մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի նախագիծ:

62. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության ենթակայության տակ գտնվող գիտական ծրագրեր իրականացնող կազմակերպություններում իրականացված ուսումնասիրությունը ի հայտ է բերել մի շարք հիմնախնդիրներ, այդ թվում՝ պետական բյուջեից ցածր ֆինանսավորումը, որն ուղղվում է գիտաշխատողների աշխատավարձին, ինչը բավարար չէ իրական գիտական աշխատանք կատարելու համար. գիտական հետազոտությունների արդյունքները հազվադեպ են գործնական կիրառում ստանում:

##### **ԳԼՈւԽ 2.1.1. Էլեկտրոնային առողջապահություն**

##### **63. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները**

1. ՀՀ առողջապահական համակարգում գործարկվում է առողջապահական տեղեկատվական՝ ԱՐՄԵԴ առցանց համակարգը, որի ներդրումը իրականացվել է ՀՀ առողջապահական միասնական տեղեկատվական համակարգի ներդրման՝ կառավարության 2010թ. հայեցակարգի հիման վրա: ԱՐՄԵԴ համակարգը մշակվել է 2014-2015թթ և ներդրվել է 2017թ: Համակարգին միացած են 470 բժշկական հիմնարկներ, որոնք մատուցում են բժշկական ծառայություններ պետական պատվերի շրջանակներում:
2. Ներկայումս համակարգը հնարավորություն է ընձեռում հավաքել և մուտքագրել հիվանդանոցային, ԱԱՊ, ստոմատոլոգիական պացիենտներին և սոցիալական փաթեթի շահառուներին տրամադրած ծառայությունների դեպքերի վերաբերյալ տվյալներ, որոնք ունեն սահմանափակ կիրառում՝ Պետական առողջապահական գործակալության (ՊԱԳ) կողմից պետական պատվերի շրջանակներում բժշկական հաստատությունների տրամադրած կատարողականի վերաբերյալ հաշվետվությունների հիման վրա փոխհատուցման գործընթացները իրականացնելու համար:
3. Համակարգի սպասարկումը իրականացնում է «Էլեկտրոնային առողջապահության ազգային օպերատոր» ՓԲԸ-ն: Համակարգի սպասարկման և կառավարման դրույթները կարգավորվում են «Էլեկտրոնային առողջապահության ազգային օպերատոր» ՓԲԸ-ի և ՀՀ Կառավարության միջև 15 տարի ժամկետով կնքված կոնցեսիոն պայմանագրի հիման վրա:
4. ԱՐՄԵԴ համակարգի տվյալների կենտրոնը գտնվում է մասնավոր կազմակերպությունում, ինչպես նաև բացակայում է երկրորդ՝ պահուստային տվյալների պահպանման կենտրոնը: Անձնական տվյալներ պարունակող և պետական նշանակություն ունեցող համակարգերի անվտանգության պահանջներին ԱՐՄԵԴ համակարգի համապատասխանությունը դեռևս ենթակա է մանրամասն և համապարփակ ուսումնասիրության։

##### **64. Հիմնախնդիրների լուծման նպատակը**

Առողջապահական համակարգի 2020-2025 թվականների զարգացման հիմնական **նպատակներից է** ժամանակակից և արդյունավետ էլեկտրոնային տեղեկատվական համակարգի մշակումը և լիարժեք ներդրումը: Էլեկտրոնային համակարգի առկայությունը կապահովի համակարգի շահառուների արդյունավետ կառավարումը և որոշումներ կայացնելու համար անհրաժեշտ տեղեկատվության տրամադրումը, որն էլ իր հերթին կապահովի բնակչությանը մատուցվող բժշկական ծառայությունների որակի բարելավումն ու արդյունավետությունը, առողջապահական համակարգի գործունեության թափանցիկությունը և հանրության բավարարվածության բարձր մակարդակը:

##### **65. Նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղությունները**

Միասնական և արդյունավետ էլեկտրոնային տեղեկատվական համակարգի ներդրման համար անհրաժեշտ է իրականացնել արդյունավետ և գործնական աշխատանքներ՝ մասնավորապես.

1. մշակել և ապահովել միասնական էլեկտրոնային տեղեկատվական համակարգի լիարժեք ներդրման համար անհրաժեշտ բոլոր օրենսդրական ենթաօրենսդրական կարգավորման ենթակա գործընթացները,
2. ընդլայնել համակարգի կիրառության շրջանակները և ավելացնել շահառուների ցանկը՝ դրանց մեջ ներառելով ոչ միայն ֆինանսավորման պատասխանատու կառույցները (ՊԱԳ), այլև ոլորտի քաղաքականության մշակող, որակի վերահսկման և առողջապահական վիճակագրություն և հաշվետվողականություն իրականացնող կազմակերպությունները,
3. ընդլայնել էլեկտրոնային առողջապահական համակարգի և ՀՀ-ում գործող այլ կառավարման պետական համակարգերի ինտեգրումը, մասնավորապես՝ Պետական Եկամուտների Կոմիտեի (Հարկատու-3), Աշխատանքի և Սոցիալական Հարցերի Նախարարության (ԲՍՓՀ) և Արդարադատության նախարարության (ՔԿԱԳ) տեղեկատվական համակարգերի հետ,
4. իրապես ապահովել տվյալների մատչելիությունը պացիենտների համար՝ հատկապես հետազոտությունների արդյունքների մատչելիություն ու տեղափոխելիությունը։

##### **ԳԼՈւԽ 2.1.2. Բժշկական ծառայությունների որակ**

##### **66. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները**

1. Առողջապահական բարեփոխումների կարևորագույն բաղադրիչներից է առողջապահության ծառայությունների որակի բարելավումը և որակի բարելավման ապահովման համապատասխան մեխանիզմների ստեղծումը, ներդրումը և շարունակական կիրառումը:
2. ԱՀԿ-ի գնահատականներով առողջապահական ծառայությունների որակի հետ կապված խնդիրները հանգեցնում են 20-40% ներդրված միջոցների անտեղի վատնմանն անգամ բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում:
3. Որակի կառավարման համակարգում բժշկական օգնության և սպասարկման որակի բարելավման գործողությունները ներառում են պլանավորումը, պարբերական մշտադիտարկումը, հետագա փոփոխությունները և/կամ շտկող գործողությունները, որոնց իրականացման համար գործում են մի շարք իրավական ակտեր:
4. Մասնավորապես՝ հիվանդանոցային օղակում ստեղծվել են որակի վերահսկման մասնագիտական հանձնաժողովներ և ներդրվել են որակի գնահատման ցուցանիշներ, որոնք վերջին տարիների ընթացքում ենթարկվել են մի շարք փոփոխությունների, իսկ արտահիվանդանոցային օղակում երեք և ավելի առաջնային առողջության պահպանման (ԱԱՊ) բժիշկ ունեցող հաստատություններում ներդրվել է որակի ապահովման գործնական միջոցների համալիր փաթեթ՝ իր գործիքակազմով:
5. Այնուամենայնիվ, հստակ սահմանված չափորոշիչների, գործելակարգերի, ցուցանիշների, գնահատման ընթացակարգերի և գործիքների ոչ լիարժեք ներդրումը և կիրառման բացակայությունը, ինչպես նաև վերջիններիս ինստիտուցիոնալացումը բավարար չեն ներկայումս առողջապահական համակարգի առջև դրված խնդիրների լուծման համար:

##### **67. Հիմնախնդիրների լուծման նպատակը**

**Նպատակն է** բժշկական օգնության և սպասարկման որակի գնահատմամբ ու վերլուծությամբ ապահովել սահմանված որակի ցուցանիշներին և ստանդարտներին համապատասխանությունը:

##### **68. Նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղությունները**

Հիմք ընդունելով հռչակված սկզբունքները, առողջապահական հիմնական ցուցանիշների պատկերը և ընդհանուր սոցիալ-տնտեսական տվյալները` առողջապահության նախարարությունը 2020-2025 թթ․ ընթացքում պետք է ձեռնարկի գործողություններ/միջոցառումներ բժշկական օգնության և սպասարկման որակի կառավարման, վերահսկման և բարելավման ուղղություններով:

Բարձրորակ առողջապահական ծառայություններ մատուցելու նպատակով 2019-2020 թթ. նախատեսվում է բժշկական օգնության և սպասարկման որակի կառավարման, վերահսկման, բարելավման ռազմավարության մշակում և հաստատում, որի հիմնական նպատակները կարող են հանդիսանալ ստորև ներկայացվածները.

1. ՀՀ առողջապահության նախարարության կառուցվածքում ստեղծել/վերակազմակերպել միավոր, որի հիմնական խնդիրը պետք է լինի բուժծառայությունների որակի ապահովման և բարելավման քաղաքականության սահմանումը, կանոնակարգումը, պլանավորումը և ազգային մակարդակով մշտադիտարկումը:
2. Առողջապահական ծառայությունների որակի վերահսկման և աջակցման համակարգերի ստեղծումը/ներդրումը, ինչպես արտահիվանդանոցային, այնպես էլ հիվանդանոցային և լաբորատոր ծառայությունների շրջանակներում: Վերջինս կներառի որակի ցուցանիշների մշտադիտարկման համակարգ, դրա ինտեգրումը առողջապահության տեղեկատվական համակարգերում, ինչպես նաև ներքին աուդիտի և հավատարմագրման մեխանիզմներ:
3. Սահմանել և ներդնել չափելի որակի ցուցանիշներ, որոնք կարտացոլեն մատուցվող հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային ծառայությունների արդյունքը (հիվանդանոցային մահացություն, չնախատեսված կրկնակի հոսպիտալացումներ, կանխարգելիչ միջոցառումներ, խրոնիկական հիվանդությունների վերահսկում և վարում և այլն) և անվտանգությունը (բուժօգնության ընթացքում ձեռք բերված բարդություններ, ներհիվանդանոցային վարակներով պայմանավորված բարդություններ, վիրահատական և հետվիրահատական բարդություններ և այլն):
4. Կլինիկական ուղեցույցների և գործելակարգերի մշակման/տեղայնացման, պարբերական վերանայման, ներդրման և մշտադիտարկման գործընթացները պետք է զգալիորեն բարելավվեն:
5. Քանի որ բնակչությանը մատուցվող ծառայությունների որակը կախված է նաև առողջապահության ոլորտի մասնագետներից, անհրաժեշտ է ամրապնդել վերապատրաստման որակի կառավարումը՝ մշտադիտարկման, հավատարմագրման, վերապատրաստման որակի գնահատման ստանդարտների մշակման միջոցով: Զարգացնել կրթության նախարարության հետ սերտ համագործակցություն վերապատրաստումների որակի և կառավարման ուղղությամբ: Մարդկային ներուժի ռեգիստրի ներդրմամբ զարգացնել առողջապահական մարդկային ռեսուրսների տվյալների շտեմարանները:
6. Հիմք ընդունելով բնակչության առողջապահական կարիքները և մարզերի համաչափ զարգացման սկզբունքը՝ Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը կխթանի առողջապահական ենթակառուցվածքների հետագա արդիականացումը ինչպես պետական բյուջեի միջոցներով, այնպես էլ մասնավոր և այլ ներդրումների միջոցով: Վերջինս կապահովի հասանելի ծառայություններ հանրապետության ամբողջ տարածքում։
7. Ստեղծել օպտիմալ ուղեգրման ցանց, պարզեցնել ուղեգրման ընթացակարգերը և ամրապնդել տարբեր մակարդակների միջև կապը ինչպես հիվանդությունների կանխարգելման, բուժման, այնպես էլ խնամքի շարունակականության ապահովման նպատակով:
8. Աստիճանաբար անցնել ծառայությունների ռազմավարական գնումների սկզբունքին:

## **Գլուխ 2.2. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄ**

##### **69. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները**

1. Հայաստանում սկսած 1997 թվականից օրենքով[[1]](#footnote-1) ամրագրվել են առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուրների` միջազգային պրակտիկայում գործող բոլոր ձևերը՝ ՀՀ պետական բյուջեից կատարվող հատկացումները, ապահովագրական հատկացումները, մարդկանց անմիջական վճարումները, ՀՀ օրենսդրությամբ չարգելված այլ միջոցները:
2. Մասնավոր ծախսերի մասնաբաժինը Հայաստանի ընդհանուր առողջապահական ծախսերում կազմում է 85,5% և գերազանցում է միևնույն ցուցանիշը միջին համաշխարհային ցուցանիշից մոտ 4,5 անգամ: Միևնույն ժամանակ միջազգային համեմատականներով պետական ծախսերը պակաս են կատարվում ավելի քան 10 անգամ (2017 թվականի տվյալներով Հայաստանի ցուցանիշն է 61 ԱՄՆ դոլար, Համաշխարհային ցուցանիշը՝ 614 ԱՄՆ դոլար) և մեկ շնչին ընկնող առողջապահության պետական ծախսերի (Գնողունակության հավասարություն ԳՀ/PPP միջ. $) մակարդակով Հայաստանը զբաղեցնում է 136-րդ տեղը 191 երկրների մեջ[[2]](#footnote-2):
3. Առողջապահության ֆինանսավորման նպատակային հարկ գոյություն չունի և անցած տարիների ընթացքում պետական բյուջետային 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 է ֆինանսատնտեսական ճգնաժամի պատճառով բյուջետային ռեսուրսների կրճատումը և ընդհանուր բյուջետային շրջանակի զգալի նեղացումը (2017 թ.՝ պետական բյուջեի 5,8 տոկոս՝ 2008 թ. 7,7 տոկոսի փոխարեն, ՀՆԱ ում շուրջ 1,5 տոկոս)։
4. Ընդհանուր առմամբ, առողջապահական ծառայությունների՝ հատկապես հիվանդանոցային ծառայությունների ծածկույթը կրում է մասնակի բնույթ: Գործում են առանձին ծառայությունների փաթեթներ ավելի քան 25 բնակչության խմբերի համար: Ընդհանուր ծածկույթ է ապահովվում միայն առողջության առաջնային պահպանման, հեմոդիալիզի, անհետաձգելի և շտապ բուժ. օգնության, ինֆեկցիոն և տուբերկուլոզային, չարորակ նորագոյացությունների բուժման, հոգեբուժության հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային ծառայությունների համար: 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:
5. Բուժօգնության դիմաց փոխհատուցումը կատարվում է ԱՆ կողմից հաստատված գներով, ըստ ծառայությունների և դրանց համար հաշվարկված միջինացված գների, որոնք ձևավորվել են պատմականորեն: Իրականում ֆինանսավորման սահմանափակ լինելը հնարավորություն չի տվել ծառայությունների գները հաշվարկել իրական ծախսերը հաշվի առնելով: Կիրառվել և շարունակվում է կիրառել սահմանափակ բյուջեի սկզբունքը, որը գործող պայմանագրային, գնումների և հանրային ֆինանսների հարաբերությունների սահմանափակումների պայմաններում հնարավորություն չի տալիս իրականացնել բուժհիմնարկների արդյունավետ ֆինանսավորում՝ հիմնված գործունեության գնահատման քանակային և որակական ցուցանիշների հիման վրա:
6. Հայաստանի դեմոգրաֆիկ իրավիճակը նույնպես ահագնացնող է: Հայաստանը՝ սկսած 2021 թվականից տեղափոխվում է ծերացող պետությունների շարք և տարիքային կախվածությունը աճում է՝ երիտասարդների թվի նվազեցման և ծերերի թվաքանակի աճի պայմաններում, ինչը մեծացնում է առողջապահական ծառայությունների թվի աճով պայմանավորված ֆինանսական բեռը պետական բյուջեի վրա:

##### **70. Հիմնախնդիրների լուծման նպատակը**

1. Ելնելով առկա հիմնախնդիրներից կառավարությունը պետք է հանձնառություն վերցնի պետական առողջապահական ծախսերի շարունակական աճ ապահովելու տեսանկյունից՝ դրա մասնաբաժինը բյուջետային ծախսերում հասցնելով առնվազն 10%, իսկ ՀՆԱ-ում` 2,5%:
2. Սոցիալական համերաշխության սկզբունքի հիման վրա պետք է ներդրվի 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 կդարձնի առավել կառավարելի և կանխատեսելի:
3. Բնակչության բոլոր խմբերի համար պետք է գործի հիմնական ծառայությունների փաթեթ, որը կարտացոլի հիվանդացության, մահացության և հաշմանդամության պատճառ հանդիսացող հիվանդությունների բեռը:

##### **71. Նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղությունները**

**Նշված հիմնախնդիրները լուծելու և նպատակներին հասնելու համար առաջարկվում է**.

1. Իրականացնել առողջության համընդհանուր 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 առողջության հարկի միջոցով հավաքագրված գումարները:
2. Ծառայությունների փաթեթը ձևավորել ելնելով հիվանդությունների հիմնական բեռի և մահացության ցուցանիշներից, ինչպես նաև աղետալի ծախսեր պահանջող ծառայությունների տեսակներից:
3. Վճարովի ծառայությունների և ապահովագրական փաթեթում ընդգրկված ծառայությունների գների հաշվարկումն իրականացնել միասնական մեթոդաբանության հիման վրա, որը հաշվի կառնի առողջապահության տեխնոլոգիական զարգացումը և իրական ծախսերի փոփոխությունները:
4. Կիրառել ծառայությունների գնման և փախհատուցման արդյունավետ մեխանիզմներ, որոնք հիմնված են բժշկական կազմակերպությունների կողմից մատուցվող ծառայությունների քանակական և որակական ցուցանիշների և դրանց գնահատման արդյունքները:

## **Գլուխ 2.3. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱԿԱՐԳԸ**

##### **72. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները**

1. Հիվանդանոցային ծառայությունների մատուցումը անհամաչափ է` արտացոլված մարզային բժշկական հաստատությունների թերբեռնվածությամբ: Մահճակալային ֆոնդի զբաղվածության հայաստանյան միջին ցուցանիշը կազմում է 73%, ընդ որում Երևանում` 80%, մարզերում` ընդամենը 59%, իսկ Շիրակում, Արագածոտնում, Տավուշում և Վայոց ձորում այն ցածր է 51%-ից (ԱԱԻ, 2018):
2. Առավել մտահոգիչ պատկեր է ստացվում մահճակալային ֆոնդի սպառման ցածր ցուցանիշները մահճակալին հիվանդի անցկացման օրերի միջին թվերի հետ համեմատելիս: Այսպես, հայաստանյան ցուցանիշը կազմում է 13,3, Երևանինը՝ 8,3, իսկ մարզային միջինը՝ 5,8 (ԱԱԻ, 2018): Ինչը կարող է վկայել նրա մասին, որ մայրաքաղաքի մահճակալային ֆոնդն իրականում համեմատաբար թերբեռնված է, իսկ բարձր ցուցանիշը հետևանք է մահճակալին անցկացված օրերի չարդարացված երկար տևողության:
3. Ցածր է սեփական բնակավայրին մոտ բուժում ստացող մարզային բնակչության տեսակարար կշիռը: Մասնավորապես, ՀՀ մարզերում, որտեղ բնակվում է բնակչության շուրջ 2/3-ը, հոսպիտալացումները կազմում են ընդամենը ընդհանուրի 1/3-ը, իսկ գործունեության կառուցվածքը շեշտադրված է հիմնականում թերապևտիկ բնույթի ծառայության վրա (ԱԱԻ, 2018):
4. Հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացվող հաստատությունների թիվը հստակ կարգավորումների բացակայության ու համակարգի առևտրականացման պայմաններում 2017 թվականի դրությամբ կազմել է 125, մահճակալային ֆոնդը կազմել է 10.000 բնակչին շուրջ 41,9 մահճակալ: Թեև ՀՀ մահճակալային ֆոնդն նշանակալի չի տարբերվում այլ երկրների ցուցանիշներից, առկա է հիվանդանոցային ծառայություններ մատուցվող կազմակերպությունների էական ավելցուկ (որոնց ճնշող մեծամասնությունը գործնականում հավակնում է պետական պատվեր իրականացնելուն)` բնակչության թվի հետ համեմատած, ինչը լրացուցիչ բեռ է առողջապահական համակարգի համար՝ ավելացնելով ադմինիստրատիվ, ոչ բուժական ծախսերը:
5. Նման երևույթի հիմնական պատճառներից է առողջապահական համակարգի զարգացման միասնական ռազմավարության բացակայությունը, մասնատված ու տարբեր շահառուների կողմից չհամակարգված ծրագրերի իրականացումը, որը հանգեցրել է մի շարք ենթախնդիրների, այդ թվում մարդկային ներուժի անհամաչափ բաշխում, պացիենտի բուժման երթուղիների, ներառյալ առողջության առաջնային պահպանման օղակի կողմից համակարգման, հսկողության և աշխարհագրության բացակայություն, մարզային բուժհաստատությունների կողմից մատուցվող ծառայությունների ցածր պահանջարկ՝ հատկապես վիրաբուժական պրոֆիլի, և որպես հետևանք որակի ու անվտանգության խաթարում, բուժանձնակազմի հմտությունների անկում, բնակչության կողմից անվստահություն, մայրաքաղաքում բուժօգնություն ստանալու հետ կապված լրացուցիչ չհիմնավորված ծախսեր և այլն:
6. 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` 2018թ-ին կազմելով տարեկան մեկ բնակչի հաշվով շուրջ 4,2 հաճախում, ինչը շուրջ 2 անգամ ցածր է 1990թ., ինչպես նաև Եվրամիության 27 երկրների ներկայիս ցուցանիշից: Այդ ցուցանիշը էլ ավելի ցածր է մարզերում:
7. ՀՀ-ում ԱԱՊ օղակի նման պասիվ դերակատարումն ուղղակիորեն անդրադառնում է բնակչության առողջության վրա՝ ազդելով առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների ցուցանիշների բացասական դինամիկայի վրա, ինչպես նաև ընդհանուր առողջապահական համակարգի բեռի ավելացման վրա՝ առաջին հերթին հանգեցնելով շտապ օգնության ծառայության գերբեռնվածության:
8. Հայաստանում տարեկան շուրջ 20.000 քաղաքացի կարիք է ունենում պալիատիվ բժշկական օգնության: Մարդակենտրոն առողջապահական համակարգում պալիատիվ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը հասանելի և մատչելի է լինելու, ինչպես մեծահասակներին, այնպես էլ երեխաներին՝ համահունչ վերջինի զարգացման ռազմավարության ու ներդրման միջոցառումների ծրագրին հավանություն տալու մասին ՀՀ կառավարության 2017թ.-ի փետրվարի 2-ի թիվ 4 արձանագրային որոշման:

##### **73. Հիմնախնդիրների լուծման նպատակը**

Նպատակն է ներդնել հիվանդանոցային, ԱԱՊ, հանրային առողջապահական և սոցիալական ծառայությունների մատուցման ինտեգրված մոդել, որը կապահովի որակյալ, անվտանգ, կանխարգելիչ, համապարփակ և շարունակական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպումը՝ նպաստելով հիվանդությունների կանխարգելմանը, վաղ ախտորոշմանը, ինչպես նաև ժամանակին ու արդյունավետ բուժմանը, իսկ անհրաժեշտության դեպքում` արժանապատիվ խնամքի իրականացմանը:

##### **74. Նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղությունները**

1. **Հիվանդանոցային ծառայություններ.** Բնակչությանն որակյալ առողջապահական ծառայությունների **համընդհանուր ծածկույթ ապահովելու** նպատակով բժշկական օգնության **ժամկետային հասանելիության** սկզբունքից ելնելով առաջարկվում է Հայաստանում ներդնել բժշկական հիվանդանոցային ծառայությունների մատուցման նոր մոդել, հիմնված հաջորդականության, ԱԱՊ օղակի հետ ինտեգրացման, համակարգված աշխատանքի ու հետադարձ կապի երաշխավորման վրա: Այդ նպատակով նախատեսվում է.

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

բ. հիվանդանոցային հաստատությունների վարչական խոշորացում` պահպանելով ծառայությունների 100% **հասանելիությունը** նախօրոք հաստատված չափանիշներին համահունչ:

1. **Արտահիվանդանոցային և շտապ օգնության ծառայություններ:** ԱԱՊ օղակը դառնալու է **առողջապահական համակարգի անկյունաքարը**, որն իր գործունեությամբ նպաստելու է Հայաստանում կանխարգելման վրա հիմնված առողջապահության համակարգի ձևավորմանը: Շարունակվելու է ընտանեկան բժշկության համակարգի զարգացումը մուլտիդիսցիպլինար թիմերի ներդրման միջոցով` հիմնված ժամանակակից առաջադեմ փորձի վրա: Այդ նպատակով իրականացվելու է՝

ա. համայնքների խոշորացման ծրագրին համահունչ ԱԱՊ հաստատությունների կառուցվածքի մասթեր-պլանի մշակում, հիմնված մատուցելու կառավարման գործառույթների վարչական խոշորացման վրա` պահպանելով որակյալ և արդյունավետ ԱԱՊ ծառայությունների 100% **հասանելիությունը** բնակչության համար:

բ. խոշոր քաղաքային համայնքներում ինտեգրված ծառայություններ մատուցող ԱԱՊ հաստատությունների ստեղծում։

գ. ԱԱՊ ծառայությունների ֆինանսավորման մեխանիզմի փոփոխություն` հատուկ շեշտադրում դնելով գյուղական բնակավայրերի համար:

դ. որակապես ընդլայնվելու է ԱԱՊ օղակի դեղորայքային ապահովումը: Առողջության համապարփակ ապահովագրության ներդմանը զուգընթաց առաջիկա 5 տարիների ընթացքում անվճար դեղորայքը հասանելի է դառնալու խրոնիկական հիվանդություններ ունեցող բոլոր պացիենտներին:

ե. շտապ օգնության ծառայության գործունեության արդյունավետության բարձրացման նպատակով իրականացվելու է թվայնացում և կառավարման կենտրոնացում:

1. **Պալիատիվ բժշկական օգնություն և սպասարկում:** Այդ նպատակով՝

ա. պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման հասանելի ծառայության գործարկման ու բնականոն աշխատանքի ապահովման նպատակով մարդկային ներուժի պահանջարկի երկարաժամկետ պլանավորում,

բ. բարձրագույն և հետբուհական մասնագիտական կրթական հաստատություններում պալիատիվ օգնության մասնագետների պատրաստում,

գ. հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրող բժշկական հաստատություններում պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների ստեղծմանն աջակցություն:

## **Գլուխ 2.4. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏԻ ՄԱՐԴԿԱՅԻՆ ՆԵՐՈՒԺ ԵՎ ԿՐԹՈՒԹՅՈՒՆ**

##### **75. Իրավիճակի վերլուծությունը և բացահայտված հիմնախնդիրները**

1. Առողջապահության անվտանգ և որակյալ ծառայությունների մատուցումը պահանջում է համարժեք ռեսուրսներ, այդ թվում` պատշաճ պատրաստված մարդկային ներուժ, որը հանդիսանում է ոլորտի արժեք ստեղծող ուժը,
2. Առողջապահական համակարգի կադրային ներուժի միտումների դիտարկման համաձայն վերջին երեք տարիների ընթացքում դիտվում է բոլոր մասնագիտություններով շրջանավարտների թվի նվազման միտում (2015թ.-ին ԵՊԲՀ շրջանավարտների թիվը կազմել է՝ 469, 2016թ.-ին 912, ապա 2017թ.-ին` 655),
3. 2011թ.-ի տվյալների համեմատ 2017 թվականին բժիշկների թիվը կրճատվել է 526-ով, միջին բուժանձնակազմինը` 1.688-ով: Ընդհանուր առմամբ, 2012թ.-ից սկսած բուժքույրերի թիվը դրսևորում է նվազման միտում: 2011թ.-ից ի վեր գրանցվել է բոլոր մասնագիտություններով բժիշկների թվաքանակի նվազում,
4. Համաձայն 2017թ. տվյալների, ԱԱՊ օղակում բժիշկների թիվը կազմել է 5.149 (17,24/10.000 բնակչի հաշվով), միջին բուժանձնակազմի թիվը` 7:706 (25,86/10.000), իսկ հիվանդանոցային օղակում օգնություն իրականացնող բուժհաստատություններում բժիշկների թիվը կազմել է` 4.231 (14,17/10.000 բնակչի հաշվով), միջին բուժանձնակազմի թիվը` 8.346 (28,01/10.000): Երևանի և մարզերի բնակչության ապահովվածությունն բժիշկներով անհավասարաչափ է բաշխված,
5. Թափուր աշխատատեղերի շարժընթացը 2014-2016թթ.-ի ցույց տալիս, որ մասնագետների պահանջարկն աճել է 1,5 անգամ: Ըստ մասնագիտությունների առավել պահանջված են ընտանեկան բժիշկները, անեսթեզիոլոգները, թերապևտները, նյարդաբանները, էնդոկրինոլոգները և այլն:[[3]](#footnote-3)

**Բացահայտված հիմնախնդիրները՝**

1. 2019 թվականի մարտին Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության կողմից գնահատողական այցի շրջանակներում առողջապահական համակարգի մարդկային ներուժի ընթացիկ իրավիճակի իրականացված գնահատման արդյունքում մատնանշվեցին հետևյալ խնդիրները`

ա. բժշկական կրթության տրամադրումը (ներառյալ բժշկի որակավորման շնորհման համար պետական ​​քննությունները), իրականացվում են ՀՀ կրթության և գիտության նախարարության կողմից, առանց ՀՀ առողջապահության նախարարության անմիջական մասնակցության,

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

գ. շարունակական մասնագիտական զարգացման և բուժաշխատողների հավաստագրման համակարգերը դեռևս կայացած չեն,

դ. երկրում իրականացվող հետբուհական կրթական ծրագրերը չունեն որակի ապահովման և որակի վերահսկողության մեխանիզմներ,

ե. առողջապահական աշխատուժի պլանավորում, ըստ էության, չի իրականացվում, ինչի հետևանքով նաև չկա ԲՈւՀ-երում պլանավորված կրթության իրականացում,

զ. ներդրված չէ բուժաշխատողների անհատական լիցենզավորման համակարգը,

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

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

թ. առկա են նաև որոշակի խնդիրներ մարզային առողջապահական 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 ներքո:[[4]](#footnote-4)

##### **76. Հիմնախնդիրների լուծման նպատակը**

Գլխավոր նպատակն է առողջապահության ոլորտի մարդկային ներուժի պատրաստման, արդյունավետ պլանավորման և կառավարման միջոցով, բժշկական հաստատությունները ապահովել բարձրագույն և միջնակարգ կրթությամբ որակյալ մասնագետներով` առողջապահական համակարգի երկարաժամկետ կայունությունը և բժշկական օգնության և սպասարկման որակը ապահովելու նպատակով:

##### **77. Նպատակին հասնելու ռազմավարական ուղղությունները**

Դիտարկելով ներկայիս վիճակագրական պատկերը, նկատի ունենալով ԱՀԿ դիտորդական առաքելության դիտարկումները, անհրաժեշտ քանակությամբ որակյալ կադրերով բժշկական հաստատությունները ապահովելուն ուղղված առողջապահական համակարգի վերափոխման գործընթացի ապահովման համար աշխատանքները պետք է իրականացվեն հետևյալ ուղղություններով՝

 **Ռազմավարական ուղղություն 1.** Բժշկական կրթության որակի բարելավում, ներառյալ շարունակական մասնագիտական զարգացման համակարգի ներդնում, այդ թվում՝

1. նպատակային ընդունելության, ինչպես նաև հետբուհական ուսուցման ուղղությամբ համագործակցության իրականացում ՀՀ կրթության և գիտության նախարարության հետ` պետական պատվերի շրջանակներում ուսումը ըստ գնահատված կարիքների նպատակային կրթություն իրականացնելու համար համապատասխան համակարգի ներդնում,
2. բժշկական կրթության հետևյալ նոր ալգորիթմի ներդնում`

ա. առողջապահական համակարգում մասնագիտությունների նոր անվանացանկ (հիմնական և նեղ մասնագիտություններ),

բ. հետբուհական բժշկական կրթության ուսումնական ծրագրեր և ուսման տարիների սահմանում` կլինիկական ռեզիդենտուրայի և այլ ուսուցման ձևաչափերի ներդնում,

գ. մասնագիտական գործունեության հսկող-թույլատրող համակարգի, այն է անհատական լիցենզավորման համակարգի ներդնում, որը կհաստատի առողջապահության ոլորտի մասնագետների գիտելիքների և հմտությունների համապատասխանությունը մասնագիտական և կրթական չափորոշիչներին (որակավորում, հավաստագրում, շարունակական մասնագիտական զարգացման կրեդիտավորում շրջափուլում) և հնարավորություն կտա համակարգը ապահովել որակյալ կադրերով,

1. բուժքույրական կրթության համակարգի բարելավում, նկատի ունենալով ներկայիս իրավիճակը, միջազգային միտումները, աշխատաշուկայի հնարավորությունները և պահանջարկը` բարձրագույն կրթությամբ բուժքույրեր ունենալու մոդելի ներդրման նպատակահարմարությունը,

4) բուժախատողների շարունակական մասնագիտական զարգացման գործընթացի կատարելագործում և հավաստագրման համակարգի ներդնում:

 **Ռազմավարական ուղղություն 2**. Առողջապահական մարդկային ներուժի որակյալ համակարգի ձևավորում և կառավարում, այդ թվում՝

1. հանրապետության տարածքում 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 (ներառյալ նրանց կրթության աստիճանը և հմտությունների համախումբը (skill mix) ցուցակի ձևավորում՝ ըստ յուրաքանչյուր մարզի միջին և երկարաժամկետ առողջապահական կարիքների),
2. առողջապահական մարդկային ներուժի տեղեկատվական միասնական և համապարփակ տվյալների շտեմարանի ձևավորում,

3) մարզային բժշկական հաստատությունները կադրերով ապահովման մեխանիզմների ներդնում: Սահմանամերձ և հեռավոր բնակավայրերում աշխատող բուժաշխատողների սոցիալական աջակցության և խրախուսման փաթեթի ներդնում:

## **ԲԱԺԻՆ 6. ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆ**

78. Սույն հայեցակարգով նախատեսված միջոցառումները մեծ մասամբ վերաբերում են օրենսդրական դաշտի ձևավորմանը, ինչը լրացուցիչ ֆինանսական միջոցներ չի պահանջում,

79. Ծրագրի գործողությունների ֆինանսավորումը նախատեսվում է 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 օրենսդրությամբ չարգելվող այլ ֆինանսական աղբյուրներ:

## **ԲԱԺԻՆ 7. ԱՄՓՈՓ ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ**

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

81. Արդյունքում, Հայեցակարգում ներկայացված ռազմավարությունների և ծրագրերի իրականացման դեպքում 2020 թվականին նախատեսվում է հասնել հավելված 2-ում ներկայացված առողջության և առողջապահական համակարգի գործունեության ցուցանիշներին,

82. Ներկայացված ցուցանիշների դինամիկայի մասին տեղեկատվությունը նախատեսվում է հավաքագրել առողջապահության համակարգի գործունեության պարբերական գնահատումների միջոցով,

83. Այսպիսով, սույն Հայացակարգով նախանշված միջոցառումներն ըստ էության կարելի է դասակարգել 3 հիմնական խմբերում, որոնք են`

1. *առողջապահական բնագավառի ոլորտներ*, որոնց ուղղությամբ ներկայում իրականացվում են համապատասխան գործողություններ համաձայն գործող ռազմավարական փաստաթղթերի, սակայն, որոնց գործողությունը ավարտվում է և կարիք կա գնահատել և վերանայել վերջիններս և ապահովել տվյալ ոլորտի զարգացման շարունակականությունը,
2. *առողջապահական բնագավառի այն ռազմավարական փաստաթղթերը, որոնք առկա են, սակայն լուրջ վերանայման և միջազգային չափանիշներին համապատասխանեցման կարիք ունեն*` հանրապետությունում իրականացվող բարեփոխումների շրջանակներում,
3. *առողջապահական բնագավառի ոլորտներ, որոնց կանոնակարգման և զարգացման ուղղությամբ մինչ օրս որևէ իրավական փաստաթղթեր մշակված չեն եղել*:

84. Սահմանված միջոցառումների արդյունքում նկատի ունելով, որ առողջապահության համակարգը երկրի բնակչության բարեկեցության կայուն զարգացման անկյունաքարերից մեկն է, ակնկալվում է ներդնելով հայեցակարգով նախատեսված միջոցառումները պահպանել հանրային առողջությունը, ապահովել բժշկական օգնության մատչելիությունը, որակը և շարունակականությունը:

Հավելված 2

ՀՀ կառավարության 20 թվականի -ի

N արձանագրային որոշման

ՀԱՅԱUՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ 2020-2025 ԹՎԱԿԱՆՆԵՐԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳԻ ՄՈՆԻԹՈՐԻՆԳԻ ԵՎ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՄՇՏԱԴԻՏԱՐԿՄԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ռազմավարության արդյունքներ | Թիրախային ցուցանիշներ | Ելակետային ցուցանիշ | Ակնկալվող ցուցանիշ |
| Ցուցանիշ | Տարի | Ցուցանիշ | Տարի |
| **Առողջության ցուցանիշներ** |
| Կյանքի սպասվելիք միջին տևողությունը ծնվելիս բարձրացել է | Կյանքի սպասվելիք միջին տևեղությունը ծնվելիս (տարիներով) | 75,4 | 2017 | 78,0 | 2025 |
| այդ թվում՝ կանանց համար | 78,7 | 2017 | 80,0 | 2025 |
| այդ թվում՝ տղամարդկանց համար | 71,9 | 2017 | 73,0 | 2025 |
| ՈՎՀ առաջացող վաղաժամ (մինչև 65) մահացությունը նվազել է | Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից մահացություն (100.000 բնակչի հաշվով) | 101 | 2018 | 99-100 | 2025 |
| Բոլոր տեսակի նորագոյացություններից մահացություն (100.000 բնակչի հաշվով) | 75,6 | 2018 | 74,5 | 2025 |
| Շաքարային դիաբետից մահացություն (100.000 բնակչի հաշվով) | 6,1 | 2018 | 5,5 | 2025 |
| 16-ից բարձր ծխող տղամարդկանց մասնաբաժինը (%) | 51,5% | 2018 | 49,0% | 2025 |
| Վարակիչ հիվանդություններով մահացությունը նվազել է | Տուբերկուլոզի բոլոր ձևերից մահացությունը նվազել է մահացություն (100.000 բնակչի հաշվով) | 0,8 | 2018 | 0,6 | 2025 |
| Կյանքում առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով և տուբերկուլոզային հիմնարկներում գրանցված ակտիվ տուբերկուլոզով հիվանդների թիվը (100.000 բնակչի հաշվով) | 23,0 | 2018 | 20,0 | 2025 |
| ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կարգավիճակ (տեղյակ են կարգավիճակի մասին-ստանում են հակառետրովիրուսային բուժում-վիրուսի չհայտնաբերվող մակարդակ ունի բուժում ստացողների, %) | 67-67-85 | 2018 | 90-90-90 | 2025 |
| Կարմրուկի, դիֆտերիայի, պոլիոմիելիտի դեպքերի բացարձակ քանակ | 19 | 2018 | 0 | 2025 |
| Մոր, մանկան և երեխաների առողջական վիճակը բարելավվել է | Երեխաների ընդգրկվածությունը պատվաստումների ծրագրերում | > 90% | 2018 | > 90% | 2025 |
| Նորածնային մահացություն (1.000 կենդանածինների հաշվով) | 6,2‰ | 2017 | 5,29‰ | 2025 |
| 0-1 տարեկան մանկական մահացություն (1.000 կենդանածինների հաշվով) | 8.2‰ | 2017 | ≤ 7‰ | 2025 |
| Մինչև 5 տարեկան մանկական մահացություն (1.000 կենդանածինների հաշվով) | 9.6‰ | 2017 | ≤ 8.2‰ | 2025 |
| Մայրական մահացություն (եռամյա) (100.000 կենդանածինների հաշվով) | 20,0 | 2016-2018 | ≤ 16 | 2025 |
| Բացառապես կրծքով կերակրման ցուցանիշ (%) | 45% | 2015 | 50% | 2025 |
| 0-14 տարեկան երեխաների հիվանդացությունը վարակիչ և մակաբուծային հիվանդություններով (100.000 բնակչի հաշվով) | 5.877,6 | 2012 | 5.000,0  | 2025 |
| **Առողջապահական համակարգի գործունեության ցուցանիշներ** |
| Առողջապահության ոլորտի համար պետական և մասնավոր ֆինանասավորման համաչափ բաշխվածություն | Պետական ծախսերը ՀՆԱ-ի նկատմամբ (%) | 1,5 | 2017 | ≥2,5 | 2025 |
| Դեղորայքի ձեռքբերմանն ուղղված մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշիռը ընդհանուր մասնավոր ծախսերում (%) | 38,3%  | 2011 | ≤28% | 2025 |
| Պետական բյուջեի ծախսերի կառուցվածքում առողջապահության ոլորտին հատկացվող միջոցներ | 6,3 | 2011 | ≥10% | 2025 |
| Մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշիռը ԸԱԾ-ում(%) | 8,5 | 2017 | ≤55% | 2025 |
| Հիվանդների ամբուլատոր բուժման ծավալն աճել է | ԱԱՊ հաստատություններ հաճախումների միջին թիվը 1 բնակչի հաշվով | 4,2 | 2017 | 4,6 | 2025 |
| Մահճակալին հիվանդի անցկացրած օրերի միջին թիվ | 7,10 | 2017 | 6,87 | 2025 |
| Մահճակալային զբաղվածության ցուցանիշ | 125 | 2017 | 85-90% | 2025 |
| H Հիվանդանոցային դուրսգրման ցուցանիշ | 136,28 | 2018 | 149,88 | 2025 |
| Հոգեկան առողջապահական ծառայությունները մատչելի են և հասանելի | Հոգեբուժական օգնություն ցուցաբերող կազմակերպություններում խնամքի հիվանդների թիվ | 55 | 2018 | 0 | 2025 |
| Ամբուլատոր հոգեբուժական ծառայության ինտեգրվածությունը ԱԱՊ օղակին (%) | 0 | 2018 | 100 | 2025 |

1. 24.03.1996 թվականի ՀՕ-42 «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին ՀՀ օրենքի» 25-րդ հոդված [↑](#footnote-ref-1)
2. ԱՀԿ տվյալների շտեմարան, http://www.who.int/gho/health\_financing/en/ [↑](#footnote-ref-2)
3. Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ) 2018 թվականի իններորդ զեկույցը <http://nih.am/assets/pdf/atvk/226be970fc81ad43bdbd893aabe7651f.pdf> [↑](#footnote-ref-3)
4. ԱՀԿ գնահատողական Զեկույց, 2019 թվական [↑](#footnote-ref-4)