**ՆԱԽԱԳԻԾ**

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ**

**ՈՐՈՇՈՒՄ**

**2019 թվականի \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N\_\_\_\_\_\_\_-Լ**

**«ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՆՈՎ ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ԾՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐԻ ԾՐԱԳԻՐԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ»**

Հիմք ընդունելով **Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2019 թվականի մայիսի 19-ի N 650 -Լ որոշման հավելվածի 26.1 կետը`** Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունն ո ր ո շ ու մ է.

 1. Հաստատել **Առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության բարելավման միջոցառումների ծրագիրը`** համաձայն հավելվածի:

 2. Սույն որոշումն ուժի մեջ է մտնում պաշտոնական հրապարակմանը հաջորդող օրվանից:

Հավելված

ՀՀ կառավարության 2019 թվականի

------ N - Լ որոշման

**1. Ներածություն**

1. Որոշման նախագծի մշակման համար հիմք է հանդիսացել վերջին տարիների ժողովրդագրական և վերարտադրողական առողջությանը վերաբերողպաշտոնական` ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի (այսուհետ ՎԿ) և այլընտրանքային հետազոտության տվյալների վերլուծությունը, համաձայն որի Հայաստանում առկա է ժողովրդագրական ցուցանիշների վատթարացում և ստեղծվել է անբարենպաստ ժողովրդագրական իրավիճակ, մասնավորապես առկա է ծնելիության ցածր, անգամ պարզ վերարտադրություն չապահովող մակարդակ, 0-14 տարեկան երեխաների թվի կրճատում, բնակչություն ծերացում :
2. Բնակչության վերարտադրողական առողջության իրավիճակը, ծնելիությունն ու բնական աճը, երկրի անվտանգության, սոցիալ-տնտեսական և ժողովրդագրական զարգացման կարևորագույն բաղադրիչներից մեկն է, որի բնութագրական ցուցանիշները թույլ են տալիս գնահատել նաև տվյալ երկրի հետագա զարգացման հեռանկարը:
3. Վերարտադրողական առողջության պահպանման ու բարելավման խնդիրները շարունակաբար կարևորվել են ազգային մակարդակում և որպես գերակայություն արտացոլված են Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրության մեջ: Մոր և մանկան առողջության պահպանումն ու առողջության բարելավումը ամրագրված է որպես գերակա ոլորտ:
4. **ՀՀ կառավարության 2019 թվականի մայիսի 19-ի N 650 -Լ որոշմամբ հաստատված** կառավարության 2019-2023 թվականների գործունեության ծրագրի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկում ևս (26-րդ կետի 26.1 ենթակետ) ներառված է «Մոր և մանկան, առողջության բարելավում, վերարտադրողա­կան ներուժի ավելացում, ծնելիության անկման տեմպերի նվազեցում» միջոցառումը:

 **5. Նախագծի հիմքում դրվել է** Միավորված ազգերի կազմակերպության, (այսուհետ ՄԱԿ) 2015 թվականին հռչակած «Փոխելով մեր աշխարհը. Օրակարգում Կայուն զարգացում մինչև 2030թ. գործողությունների պլանը» և կապված դրա հետ ՄԱԿ-ի անդամ երկրների, այդ թվում Հայաստանի կողմից ընդունած «Կայուն զարգացման 17 նպատակները», ինչպես նաև առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (այսուհետ ԱՀԿ) «Կանանց վերարտադրողական ու սեռական առողջության 2015-2030թթ.ռազմավարության», ինչպես նաև ԱՀԿ-ի «Կանանց, երեխաների ու դեռահասների 2016-2030թթ.համընդհանուր ռազմավարության դրույթները»:

6. Սույն որոշման մեջ արտացոլված են վերարտադրողական առողջության պահպանման ու բարելավման ԱՀԿ-ի և միջազգային այլ կառույցների կողմից սահմանած ներքոհիշյալ նպատակակետերը:

1. հնարավորություն տալ մարդկանց իրենց ամբողջ կյանքի ընթացքում հետամուտ լինել վերարտադրողական և սեռական առողջության ոլորտում իրենց ունեցած իրավունքներին, մինչև 2030 թվականը բոլորի, հատկապես խոցելի խմբերի համար հասանելի ու համընդհանուր մատչելի դարձնել որակյալ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը, ներառյալ սեռական և վերարտադրողական առողջության պահպանման ծառայությունները,
2. Հայաստանում Վերարտադրողական առողջության ծառայություններն իրականացնել միջազգայնորեն ճանաչված արժեքների ու հիմնարար սկզբունքների հիման վրա. այն է՝ բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման հասանելիություն, մատչելիություն, հավասարություն, արդարություն, բժշկական օգնության և սպասարկման որակի ապահովում, ապացուցահեն մոտեցումների և տեխնոլոգիաների կիրառում:
3. նվազեցնել մանկական և մայրական մահացության մակարդակները, ինչպես նաև անպտղության, սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների, վերարտադրողական օրգանների քաղցկեղի ցուցանիշների մակարդակը:

 7. Նպաստել առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության և բնական աճին:

8. Վերարտադրողական առողջության բարելավման նպատակով ՀՀ կառավարության 2007 թվականի հուլիսի 26-ի N 29 արձանագրային որոշմամբ հաստատեց և տարիների ընթացքում իրականացվեց «Վերարտադրողական առողջության բարելավման 2007-2015թթ. միջոցառումների ծրագիրն ու ժամանակացույցը»:

9. ՀՀ կառավարության 2016թվականի հունվարի 14-ի N 131-Ն որոշման հավելված 2-ի 43-րդ կետի շրջանակներում կատարվեց ««Վերարտադրողական առողջության բարելավման 2007-2015թթ. միջոցառումների ծրագիրն ու ժամանակացույցը» ծրագրի իրականացման գնահատումը՝ նպատակ ունենալով պարզաբանել իրավիճակի փոփոխությունը վերարտադրողական առողջության ոլորտում, վերհանել բացթողումներն ու խոչընդոտները, առանձնացնել գերակայությունները, առաջնահերթությունները:

10. Վերլուծության արդյունքները հիմք հանդիսացան «Վերարտադրողական առողջության բարելավման ռազմավարության 2016-2020 թվա­կան­ների գործողությունների ծրագրի և ժամանակացույցի» հաստատման համար, որը ներկայումս ավարտական փուլում է:

 2.**Վերարտադրողական առողջության բարելավման ռազմավարության շրջանակներում** **կատարված աշխատանքների մասին**

11. Չնայած հատկացված նվազ միջոցներին, ծննդօգնության հիմնարկները կատարում են առավելագույնս բարելավելու ծննդօգնության ցուցանիշները: Վերոնշյալ 2 ռազմավարությունների ու պետական նպատակային ծրագրերի իրականացման շրջանակներում արձանագրվել են հետևյալ արդյունքները.

1. Բարելավել է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության տեղեկատվական բազան, մշակվել և հաստատվել են հիվանդանոցային բժշկական կազմակերպությունների ու կանանց կոնսուլտացիաների համար մի շարք բժշկական փաստաթղթերի ձևեր:
2. Վերարտադրողական առողջության ոլորտում բարելավվել է օրենսդրական դաշտը. ընդունվել են մի շարք նորմատիվ իրավական ակտեր, ինչպես նաև ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամաններով հաստատվել են թվով ապացուցահեն 30 ուղեցույց և գործելակարգ,
3. «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքում կատարվել են մի շարք լրացումներ և փոփոխություններ, ուղղված վերարտադրողական առողջության ոլորտի կանոնակարգմանը:
4. Վերարտադրողական առողջության բարելավման ռազմավարությունների շրջանակներում շարունակվել է իրականացվել «Ծննդօգնության և երեխայի պետական հավաստագրի ծրագրերը», որոնց շնորհիվ հաջողվել է անկախ սոցիալական վիճակից և բնակության վայրից հղիների նախածննդյան հսկողությունն ու ծննդօգնությունը դարձնել մատչելի, անվճար և ապահովել կանանց նախածննդյան և ստացիոնար ծննդալուծման համատարած, շուրջ 100% ընդգրկվածություն:
5. Այդ փաստը մեջբերված է. ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամի «Աշխարհի բնակչությունը 2017թ.» հերթական տարեկան զեկույցում. «Հայաստանը 2008թ.-ից գրեթե կրկնակի ավելացրեց մայրական խնամքին ուղղվող հատկացումները և ներդրեց Ծննդօգնության պետական հավաստագրեր՝ հղիներին տրամադրելով անվճար ծառայություններ: Արդյունքում հղիների բոլոր եկամտային խմբերի համար մեծապես վերացավ անհավասարությունը:

Այս առումով Հայաստանը հայտնվեց աշխարհում առաջատար դիրքերում» **http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub**[***pdf/UNFPA\_PUB\_2017\_EN\_SWOP.pdf***](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2017_EN_SWOP.pdf)

1. 2019թ. ընթացքումիրականացվել է հանրապետության ծննդօգնություն իրականացնող բժշկական բոլոր կազմակերպությունների կադրային, սարքավորումային հագեցվածության և գործառույթների գնահատում` հատուկ մշակված և հաստատված գործիքով: Ուսումնասիրության արդյունքների հիման վրա ՀՀ ԱՆ առողջապահության նախարարի 22.01.2019 թվականի «22» հունվարի 2019թ. No 137–Ա հրամանով «Ըստ բուժօգնության կազմակերպման մակարդակների հանրապետության ծննդօգնության բժշկական կազմակերպությունների ցանկը հաստատելու մասին» առողջապահության նախարարի 17.06.2008 թվականի թիվ 861-Ա և առողջապահության նախարարի ծննդօգնության հաստատությունների մակարդակի շնորհման մասին մի շարք հրամաններն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» N 137–Ա հրամանով դասակարգվել են հանրապետությունում ծննդօգնություն իրականացնող բժշկական բոլոր հաստատությունները, համաձայն որի 3-րդ մակարդակ է շնորհվել Երևան քաղաքի 6, 2-րդ մակարդակի 16 բժշկական կազմակերպության, որից 10-ը մարզերում, 1-ին մակարդակի` 28 կազմակերպության, որից մեկը Երևան քաղաքում:
2. 1-ին Ա մակարդակի մինչև 100 ծնունդ, կադրային և սարքավորումային անբավարար հագեցվածություն ունեցող ծննդօգնության 9 բժշկական կազմակերպության կարգավիճակի փոփոխության վերաբերյալ կազմվել է «Հայաuտանի Հանրապետության մարզերի առողջապահության համակարգերի oպտիմալացման ծրագրերը հաuտատելու մաuին» Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2006 թվականի նոյեմբերի 2-ի N 1911-ն որոշման մեջ փոփոխություննր կատարելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշման նախագիծ:
3. Վերարտադրողական առողջության բարելավման ռազմավարության շրջանակներում վերջին տարիներին հաջողվել է նպատակային ծրագրերի իրականացման շնորհիվ կրճատել մայրական մահացության ինդեքսը: Եթե մայրական մահացության ցուցանիշը 1998-2000թ. եղել է 39,9, ապա 2016-2018թթ. 19.8, այսինքն նվազել է շուրջ 2 և ավելի անգամ:

Մայրական մահացության 2014-2018թթ. եղել է մինչև 20/100000 կենդանածնության հաշվարկով, որը ցածր է ԱՊՀ երկրների միջին ցուցանիշի համեմատությամբ

1. 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:
2. Երկրորդային անպտղության կանխարգելման, մայրական մահվան դեպքերի կրճատման նպատակով հանրապետության ամբողջ տարածքում ստեղծվել են ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ, իրականացվել է ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների վերաբերյալ բնակչության իրազեկման և բժշկական անձնակազմի գիտելիքների բարձրացման ուղղված աշխատանքներ, որի շնորհիվ 2,5անգամ նվազել է հղիության արհեստական ընդհատումների թիվը, ինչը նպաստեց երկրորդային անպտղության կրճատմանը, աբորտներից մայրական մահացության դեպքերի վերացման:
3. Աբորտների թվի նվազեցումը արձանագրվել է նաև այլընտրանքային հետազոտություններով: Համաձայն Հայաստանի ժողովրդագրական և առողջության 2015թ. հետազոտության տվյալների, հղիության արհեստական ընդհատումների գումարային գործակիցը (պտղաբեր տարիքի մեկ կնոջն ընկնող աբորտների միջին թիվը) կազմել է **0.6**, ինչը զգալի ցածր է ՀԺԱՀ 2005թ.` **1.8 (2,3 անգամ)** և 2000թ.` **2.6 (4.2 անգամ)** ցուցանիշներից:
4. 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:
5. Պաշտոնական տվյալների համաձայն մինչև 2012թ. Հայաստանը բնորոշվել է մանկական մահացության (այսուհետ 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:
6. 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՝ 4,3‰) շրջանում:
7. Վերջին տարիներին մանկական մահերի դեպքերի ընդհանուր թվում նորածնային մահերի մասնաբաժինը չի դրսևորել անկման էական միտում (2013թ.՝ 77%, 2015թ՝ 72%, 2018թ.՝ 76%): Մանկական մահացության կառուցվածքում նեոնատալ մահացության հիմնական պատճառները պերինատալ շրջանին բնորոշ հիվանդությունները և բնածին արատներն են, իսկ հետնորածնային մահացության դեպքերը առավելապես պայմանավորված են շնչառական վարակներով և փորլուծային հիվանդություններով:
8. 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):
9. 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):
10. Այսպիսով, թեև գլոբալ առումով վաղ տարիքի երեխաների մահացության կրճատման 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:
11. Սելեկտիվ աբորտների հիմնախնդրի հաղթահարման գործընթացում ևս արձանագրվել է որոշակի դրական միտում. եթե 2008-2012թթ. ծնունդներում աղջիկ-տղա հարաբերակցության միջին ցուցանիշը կազմել է 100:115, 2014թ.` 100:113,4: 2015թ.` 100:112,7; 2016թ.` 100:111,9, 2017թ. 100:109,9, ապա 2018թ. 100:110,9,: Յուրաքանչյուր միավորի կրճատումը ենթադրում է 300-400 ավելի ծնվող աղջիկներ:
12. Վերջին տարիներին մոր և մանկան առողջության բարելավմանն ուղղված ծրագրային միջացառումները նպաստել են նաև պերինատալ կորուստների նվազեցմանը, կենդանածինների թվի ավելացմանը, այսինքն` առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության բարձրացմանը:
13. Ըստ ՎԿ և ՀՀ ԱՆ տվյակների 2016-2018թթ. ընթացքում արձանագրվել է պերինատալ մահացության կրճատում` 122 դեպքով, ինքնաբեր վիժումների կրճատում 566, բժշկական ցուցումներով հղիության ընդհատումները` 181 դեպքով: Եթե դրան ավելացնենք նաև պտղի սեռով պայմանավորված աբորտների նվազեցմամբ պայմանավորված այդ տարիներին շուրջ 450 աղջկա ծնունդը, ուստի պերինատալ կորուստները վերջին 2 տարիներին նվազել են 1319 դեպքով:
14. Լուրջ առաջնթաց կա նաև մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման փոխանցման հարցում: Հաջողվել է վերացնել մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցումը, ինչը ԱՀԿ-ի վալիդացիայի գլոբալ խորհրդատվական կոմիտեի կողմից հաստատվել է 2016թ. և Հայաստանը ճանաչվել է որպես մորից երեխային ՄԻԱՎ-ի փոխանցումը վերաց­րած 4-րդ երկիրը աշխարհում: ՄԱԿ-ի Գլխավոր ասամբլեայի ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի խնդիր­ներին նվիրված բարձր մակարդակի հանդիպման ժամանակ` 2016թ. Հայաստանին ԱՀԿ-ի գլխավոր տնօրենի կողմից տրվել է հավաս­տա­գիր:
15. 2000թ.ներկայացուցչական հետազոտության արդյունքում արձանագրվել է անպտղության աննախադեպ բարձր մակարդակ 31,9%: Շնորհիվ իրականացված նպատակային ծրագրերի, հետազոտման և բուժման նորագույն մեթոդների ներդրման հաջողվել է տարածվածությունը կրճատել շուրջ 2.2անգամ, 2014թ. այն կազմել է 14.8%:
16. Միայն վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների (այսուհետ ՎՕՏ) կիրառմամբ 2012-2018թթ.ընթացքում ծնվել են 4321 երեխա, տարեկան միջինում 500 երեխա:
17. Մշակվել է և ՀՀ կառավարության 2019թ. օգոստոսի 8-ին թիվ 1048-Ն որոշմամբ հաստատվել է «Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2015 թվականի մայիսի 27-ի թիվ 568-Ն որոշման մեջ փոփոխություն կատարելու մասին» «Անվճար կամ արտոնյալպայմաններով անպտղության ախտորոշման ու բուժման, վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության և սպասարկման կարգն ու շահառուներին ներկայացվող պահանջները», որի շրջանակներում շուրջ 300ամուսնական զույգ կստանան ժամանակակից հետազոտում և բուժում, այդ թվում վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներ:
18. 2015-2019թթ. ընթացքում Ռուսաստանի Դաշնության առողջապահության նախարարության հետ համագործակցության շրջանակներում «Անհետաձգելի մանկաբարձական բուժօգնության ժամանակակից մոտեցումները» թեմայով իրականացվել է հիվանդանոցային ոլորտի 70 մասնագետի (մանկաբարձ-գինեկոլոգ, անեսթեզիոլոգ, նեոնատոլոգ) երկշաբաթյա գիտագործնական վերապատրաստում Մոսկվայի Ակադեմիկոս Կուլակովի անվան մանկաբարձության, գինեկոլոգիայի և պերինատալոգիայի ազգային բժշկական հետազոտական կենտրոնում:
19. Մշակվել և Առողջապահության նախարարի հունիսի 3-ի N1 450-Ա հրամանով հաստատվել է Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից վերանայված` «Մանկանը բարեկամ ծննդատներում բարեհաջող կրծքով կերակրման տասը քայլերը» և դրանց իրականացման չափանիշները, որոնք ուղարկվել են «Մանկանը բարեկամ» կոչում ունեցող բուժհաստատություններ` հրամանով սահմանված դրույթներով առաջնորդվելու առաջարկով:
20. Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության, և «Բարի մամա» բարեգործական ՀԿ-ի և առողջապահության նախարարության միջև կնքվել է փոխըմբռնման հուշագիր և իրականացվում են աշխատանքներ ուղղված առողջական խնդիրներ ունեցող երեխաների մուտքը մանկատուն կանխարգելելուն և նրանց` ընտանիքում ապրելու իրավունքի ապահովմանն աջակցելու վերաբերյալ:
21. Այսպիսով, Ծննդօգնության ցուցանիշների բարելավումը հիմնականում պայմանավորված է եղել ծննդօգնության և երեխայի պետական հավաստագրերի, պերինատալ բժշկական օգնության և սպասարկման բարելավմանն ուղղված արագ արձագանքման ծառայության, մարզային շուրջ 20 բժշկական կենտրոնների արդիականացման, ըստ մակարդակների ծննդօգնության բժշկական կազմակերպությունների դասակարգման ու արդիականացման, ուղեգրման մեխանիզմների հստակեցման, 15 տարեկան աղջիկների ու տղաների համալիր հետազոտման, ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերման և բուժման, մանկաբարձական ախտաբանությունների կանխարգելման և բուժման ժամանակակից մեթոդների ներդրման, հղիության արհեստական ընդհատումների անվտանգության բարձրացման և այլ միջոցառումներով:)

**3. Հանրապետությունում վերարտադրողական առողջության բացահայտված հիմնախնդիրները**

12.Հիմք ընդունելով ներկայացված իրավիճակային, ինչպես նաև այլ ռազմավարական փաստաթղթերի վերլուծության տվյալները, հանրապետությունում վերարտադրո­ղական և սեռական առողջության ոլորտի ձեռքբերումներին զուգահեռ՝ իրավիճակը դեռևս ցածր է ժամանակակից հնարավորությունների և արդիական պահանջների տեսանկյունից առկա են հետևյալ հիմնախնդիրները

 13. Հայաստանը ժողովրդագրական առումով 90-ական թվականներին հետևյալ ցուցանիշներով գտնվում էր բարվոք վիճակում, քանի որ

1. ծնելիության գումարային գործակիցը՝ այսինքն երեխաների միջին թվաքանակը, որ կծնի մեկ կինն իր ծնունակ տարիքում, կազմում էր 2.62, այսինքն առկա էր ընդլայնված վերարտադրություն:
2. աշխատունակ տարիքի բնակչությունը կազմում էր 63%, 0-14 բնակչությունը՝ **30.6%,** 65+ բնակչությունը՝ **5.6%:**
3. նորածինների սեռերի հարաբերակցությունը՝ 105 տղա/100 աղջկա հաշվով նույնպես նորմալ էր:

 14. Վերջին 3 տասնամյակների ընթացքում արձանագրվեց ծնելիության և ժողովրդագրական ցուցանիշների վատթարացում, մասնավորապես համաձայն ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի, (այսուհետ ՎԿ) տվյալների,

1. կենդանածինների թիվը 1990թ. համեմատ կրճատվել է 2.2 անգամ (2018թ.` 36502 ծնունդ՝ 1990թ. 79882-ի դիմաց), իսկ բնական աճի ցուցանիշը` 4,7 անգամ (2018թ. այն կազմել է՝ 3.6‰՝ 1990թ. 16.9‰-ի դիմաց):
2. ծնելիության անկման հետևանքով 1990թ.համեմատությամբ 2018թ-ին

0-14տարեկան երեխաների թիվը կրճատվել է 1/3-ով, կազմելով 20,2**%,** իսկ անաշխատունակ բնակչության թիվը կրկնապատկվել և դարձել է 11.6%, որը վկայում է բնակչության ծերացման մասին:

1. ծնունդների դինամիկայի ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ ծնունդների նվազագույն թիվ արձանագրվել է 2000-2001 թվականներին` 31000-32000, ովքեր վերարտադրողական ակտիվ տարիք են մտնելու սկսած 2025 թ-ից:
2. ծնելիության անկման առկա միտումների պահպանման դեպքում, ըստ ՄԱԿ-ի կանխատեսումների 2024թ. կարձանագրվի ընդամենը 25.000 ծննդաբերություն (ներկայում շուրջ 37.000):

 15. Չնայած 1990թ-ի նկատմամբ արձանագրվել է կյանքի սպասվող տևողության ավելացում շուրջ 5 տարով, ավելի քան 2.5 անգամ կրճատվել է մայրական և մանկական (0-1 տարեկան) մահացությունը, սակայն դեռևս սպասվող կյանքի տևողությունը, մայրական և մանկական, բնակչության վաղաժամ մահացության ցուցանիշները զիջում են զարգացած երկրների համանուն ցուցանիշներին

 16. Առկա է ծնելիության ցածր, անգամ պարզ վերարտադրություն չապահովող մակարդակ՝ 1.57, մինչդեռ պարզ վերարտադրության համար պետք է գործակիցը լինի 2,1 և ավելի, որի արդյունքում ծնելիության ու բնական ցուցանիշների անկում և ժողովրդագրական իրավիճակի վատացում

1. Հանրապետությունում անպտուղ ամուսնության բարձր` 14.9% տարածվածություն (ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության սահմանման, անպտղության 15% մակարդակը համարվում է ճգնաժամային և անդրադառնում է ժողովրդագրության, ծնելիության վրա:)
2. Ներկայումս երկրում առկա է 71528 անպտուղ զույգ, որից 20781 տառապում են առաջնային անպտղությամբ և անզավակ են: Երկրորդային անպտղություն ունեն 50747 ամուսնական զույգ: Այս խումբ մարդկանց համար առկա են հետազոտման և բուժման սահմանափակ միջոցներ, մինչդեռ այն մեծ ռեզերվ է ծնելիության ավելացման համար;
3. ժամանակակից պահանջները չբավարարող հղիների նախածննդյան հսկողության, հետազոտման ու բուժման ամբավարար մակարդակ, որը հաճախ հանգեցնում է կանխարգելելի վերարտադրողական կորուստների;
4. Հղիների ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերման ու բուժման ոչ բավարար մակարդակ, որի արդյունքում արձանագրվում է հղիության անբարենպաստ ելքով պայմանավորված վերարտադրողական կորուստների բարձր մակարդակ (ինքնաբեր վիժում, մեռելածնություն, չզարգացող հղիություն, վաղաժամ ծննդաբերություն նորածնի` ցածր քաշով), որոնց թիվը վերջին տարիներին չնայած զգալի նվազմանը, այնուամենայնիվ տատանվում է 2500-3000 շրջանակներում:
5. Ժողովրդագրական տեսանկյունից վերարտադրողական կորուստները սկզբունքայնորեն տարբերվում են այլ տարիքային խմբերում մահացության դեպքերից, քանի որ յուրաքանչյուր չծնված երեխա և մահացած նորածին հանդիսանում է կենսաբանական պոտենցիալի անդառնալի կորուստ կյանքի մեկնարկին և մարդկային կապիտալի կորուստ, այն է վերարտադրողական, աշխատանքային, ինտելեկտուալ և պաշտպանական ուժերի կորուստ:
6. Պերինատալ մահացության ցուցանիշն անուղղակիորեն բնութագրում է տվյալ երկրի զարգացման մակարդակը, ինչպես նաև այդ ցուցանիշով գնահատվում է հղիների առողջական վիճակն ու ծննդօգնության համակարգի աշխատանքը:
7. Պտղի սեռով պայմանավորված աբորտների դեռևս բարձր մակարդակ:

2018թ. նորածինների աղջիկ-տղա հարաբերակցությունը կազմել է 100 աղջկա դիմաց 111 տղա, որը չնայած 2014թ.համեմատությամբ (100:114 հարաբերակցություն) նվազմանը, շարունակում է գերազանցել բնականոն 100:106 ցուցանիշը:

24. Մանկական մահացության (0-1տարեկան) դեռևս բարձր մակարդակ, չնայած զգալի կրճատմանը 2018թ.արձանագրվել է 7,1‰` (260 դեպք)` 2017թ. 8,2‰ (307դեպք) և մանկամահացության կառուցվածքում նորածնային մահացության բարձր տեսակարար կշիռ (70-76%):

25. Մանկական մահացության իջեցման տեմպերի դանդաղում, պերինատալ պատճառներից և նորածնային շրջանի մահերի բարձր տեսակարար կշռով,

 26. Անհաս, ցածր քաշով և ախտաբանություններով ծնված նորածինների ապրեցման, բուժման և խնամքի միջոցների անբավարարություն;

27. Զույգերի մինչամուսնական հետազոտման և նախաբեղմնավորման խնամքի ծառայությունների բացակայություն:

28.Վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների անհասանելիություն բնակչության համարյա բոլոր խմբերի համար:

29.Դեռահաս աղջիկների վերարտադրողական ախտաբանությունների բարձր մակարդակ և բուժման համար միջոցների բացակայություն, որոնք հետագայում կարող են հանգեցնել առաջնային անպտղության, հղիության կրելախախտի, վերարտադրողական կորուստների:

 30. Դեռահասների առողջության և հատկապես վերարտադրողական առողջության բարյացակամ ծառայությունների բացակայություն

 31. Վերարտադրողական առողջության ոլորտը դեռևս ամբողջովին չի ենթարկվել չափագրման, դեռևս բավարար չէ հաստատված ուղեցույցների ներդրումը գործնական աշխատանքում:

32. Ընտանիքի առողջապահական ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունները և մատչելիությունը սահմանափակ են, հատկապես բնակչության սոցիալապես անապահով, հատուկ կարիքներով և սահմանափակ հնարավորություններով խմբերի անձանց, դեռահասների համար:

33.Դեռևս բարձր է սեռավարակների մակարդակը, անհանգստացնող է ՄԻԱՎ վարակակիրների աճի տեմպերը: Հայաստանի Հանրապետությունում առ 2019 թ. հունվարի 1-ը ՄԻԱՎ վարակակիր մարդկանց թիվը 2000 է, որի 1/3 կազմում են կանայք, որոնք հիմնականում վարակվել են սեռական ճանապարհով, ՄԻԱՎ վարակակրություն ունեն շուրջ 3 տասնյակ երեխաներ: Մտահոգող է, որ վերջին 3 տարում ՄԻԱՎ-ի նոր վարակակիր անձանց թիվը եռապատկվել է:

 34. Մասնագետների պատրաստման և շարունակական հմտությունների ու գիտելիքների զարգացման, մարզերում երիտասարդ մասնագետների աշխատելու գրավիչ պայմանների ու խրախուսման միջոցների անբավարարություն

35.Վերոնշյալ հիմնախնդիրները մատնանշում են առողջապահական այն գործոնները, որոնց լուծման, բարելավմանն ուղղված միջոցառումների իրականացումը կարող է նպաստել վերարտադրողա­կան ներուժի ավելացմանը, ծնելիության անկման տեմպերի նվազեցմանն ու առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության ու բնական աճի ավելացմանը:

 **5**. **Որոշման նպատակն և միջոցառուները**

 36.Բնակչության վերարտադրողական առողջության բարելավումը, ծնելիությունն ու բնական աճի բարձրացումը առողջապահական գործոնով պայմանավորված հիմնախնդիրների լուծմանն ուղղված միջոցառումների իրականացման միջոցով

37.Ծնելիության ու բնական աճի բարձրացման, վերարտադրողական ներուժի պահպանման ու առողջության բարելավման հիմնախնդիրների լուծմանն ուղղված միջոցառումները իրականացվելու են Կառավարության 2019-2023 թվականների գործունեության ծրագրի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկով նախատեսված «Առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության բարելավման միջոցառումների ծրագրի» շրջանակներում, որոնք հիմնականում ամփոփված են հետևյալ ծրագրերում ու միջոցառումներում.

1. առողջ ապրելակերպի, սեռական անվտանգ վարքագծի հաստատման ուղղված ծրագրերի իրականացում
2. մոր և մանկան, վերարտադրողական առողջության բարելավում, նորածնային, մանկական, դեռահասների և մայրական հիվանդացության և մահացության նվազեցում,
3. մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում տրա­մադրվող բուժօգնության որակի, մատչելիության ու հասանելիության բարելավում` մատուցվող ծառայությունների փաթեթների ընդլայնման միջոցով,
4. դեռահասների առողջության, այդ թվում վերարտադրողական առողջության բարելավման ծրագրի իրականացում
5. զույգերի մինչամուսնական հետազոտման ու նախաբեղմնավորման հետազոտման և խնամքի ծառայությունների ներդրում
6. անպտղության հաղթահարման ծրագրի շարունակական իրականացում, ներառյալ վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառումը՝ հետագա զարգացումների ապահովմամբ,
7. ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների ընդլայնում, հղիության արհեստական ընդհատումների, այն թվում սելեկտիվ աբորտների կանխարգելման ծրագրային միջոցառումների իրականացում
8. հղիների նախածննդյան հսկողության որակի բարելավելում, պետական պատվերի շրջանակներում հղիների նախածննդյան հսկողության չափորոշիչների ու հետազոտությունների ցանկի վերանայում, պրենատալ ախտորոշման սկրինինգների ընդլայնում, այն թվում, վերարտադրողական կորուստների հաճախակի պատճառ հանդիսացող ներագանդային ինֆեկցիաների ու մակարդելիության գործոնների (բնածին և ձեռք բերովի թրոմբոֆիլիաների մարկերներ) ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերման և բուժման հնարավորությունների ընդլայնում,
9. անվտանգ ծննդօգնության ապահովում, անհետաձգելի և արտագնա մանկաբարձական ծառայությունների ուժեղացում, կեսարյան հատումների նվազեցում,
10. սելեկտիվ աբորտների դեմ պայքարի միջգերատեսչական ծրագրի մշակում, սեռով պայմանավորված պտղի կորուստների նվազեցման միջոցառումների իրականացում, օրենսդրության կիրառման ապահովում
11. ծննդօգնության ծառայությունների արդիականացում, պետական պատվերի շրջանակներում հատկացումների ծախսարդյունավետության բարձրացում, ծննդօգնության հիմնարկների թվի օպտիմալացման, կառուցվածքային ու կադրային բարեփոխումների և ռեսուրսների վերաբաշխման միջոցով ֆինանսական հոսքերի ավելացում ու ծառայության որակի բարձրացում, անվտանգ ծննդօգնության ապահովում, անհետաձգելի և արտագնա մանկաբարձական ծառայությունների բարելավում,
12. նեոնատալ բուժօգնության և խնամքի ծառայությունների հզորացում, անհաս, ցածր քաշով և հիվանդ նորածինների բուժման և խնամքի բարելավում, արդյունքում նորածնային/մանկական մահերի նվազեցում
13. ծԾննդօգնության ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և ստացիոնար ծառայության բուժանձնակազմի գիտելիքների ու կարողությունների գնահատման համակարգի մշակում
14. ծննդօգնության ստանդարտացում, շարունակաբար նոր ուղեցույցների, գործելակարգերի մշակում և ներդրում (յուրքանչյուր տարի առնվազն 20), ինչպես նաև ներդված ուղեցույցների ու գործելակարգերի կիրառման նկատմամբ մշտադիտարկման իրականացում:
15. ապահովել մատուցված բժշկական օգնության և սպասարկման իրական ծախսերի փոխհատուցումը և առողջապահական համակարգում ֆինանսական ռեսուրսների բաշխման և պլանավորման արդյունավետությունը

**6. Ակնկալվող արդյունքը**

38.Արդյունքում ակնկալվում է

1. Հղիության բարեհաջող ելքի, անվտանգ ծննդաբերության, առողջ մանկան ծննդի ապահովում
2. Վերարտադրողական կորուստների նվազեցում,
3. Առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության բարձրացում,
4. Հաջորդիվ նորածնային սկրինինգների իրականացում,
5. Անհաս և հիվանդ նորածինների ապրեցման, նեոնատալ բուժօգնության բարելավում երեխայի առողջ աճի ու զարգացման ապահովում մանկությունից մինչև դեռահասություն
6. Դեռահասության և վերարտադրողականության ընթացքում մինչև վերարտադրողական տարիքի վերջը:
7. Որոշումով հաստատված ենթածրագրերի իրականացման արդյունքում ծրագրի իրականացման հաջորդիվ տարիներից (2021թ.) սկսած 1200 և ավելի երեխաների ծնունդ;

7. **Առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության բարձրացման ծրագրերը**

**39.Դեռահասների վերարտադրողական առողջության բարելավման ծրագիր**

1. Հաշվի առնելով, որ վերարտադրողական տարիքում անպտղության, հղիության կրելախախտի, ինչպես նաև հղիության ախտաբանությունների բարձր հաճախականության ու վերարտադրողական կորուստների գերակշռող մասի պատճառները սկսվում են դեռահասային տարիքում, կարևորվել է դեռահասների առողջության պահպանումն ու բարելավումը` որպես կարևոր պոտենցիալ առողջ վերարտադրության և ծնելիության համար: Ըստ ԱՀԿ-ի դեռահասային տարիք է սահմանված 10-18 տարիքային խումբը:
2. ՀՀ բնակչության 15-18 տարեկան դեռահասային խումբը կազմում է 132 180 մարդ, որից տղաներ` 70.080, աղջիկներ` 62 100, յուրաքանչյուր տարիքային խմբում համապատասխանաբար` 17000 և 15 525 դեռահաս:
3. Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ 15 տարեկանում վերջնականապես կազմավորվում են վերարտադրողական ֆունկցիաները, Հայաստանում պետական պատվերի շրջանակներում իրականացվում է նախա- և զորակոչային տարիքի տղաների, ինչպես նաև 15 տարեկան աղջիկների, առողջական վիճակի համալիր գնահատում, այդ թվում վերարտադրողական օրգանների:
4. Ներկայումս տարեկան 15 տարեկան 14000 աղջկա հետազոտության համար ծախսվում է շուրջ 42 մլն դրամ (14000 աղջիկ X 3000 դրամ=42 մլն.դրամ), որոնցից միջինում 8-9 %-ի մոտ հայտնաբերվում է ախտաբանություն և դրանց բուժումն ու հետազոտումը ներառված չէր պետպատվերի մեջ:
5. Ի տարբերություն աղջիկների, կարևորելով ապագա զինվորների առողջության խիստ կարևորությունը, յուրաքանչյուր բյուջետային տարում, հայտնաբերված ախտաբանությունների դեպքում նախա-զորակոչային տարիքի պատանիները ենթարկվում են նպատակային հետազոտությունների ու բուժման, մասնավորապես 2018թ. ընթացքում ստացիոնար բուժում են ստացել պետական պատվերով 16-18 տարեկան 2941 տղա, իրականացվել է 47719 փորձաքննություն և 146931 հետազոտություն: Ծրագրի արժեքը կազմել է 750.962.200 դրամ:
6. Առաջարկվում է սկրինինգի արդյունքում վերարտադրողական օրգանների ախտաբանություններ հայտնաբերված շուրջ 1000 աղջկա մոտ կազմակերպել նպատակային այլ հետազոտություններ ու բուժում, ընդլայնել հետազոտությունների տեսակները, ծավալները և վերանայել գները
7. Մանկաբույժի համալիր զննմանն ու որովայնի խոռոչի ու սեռական օրգանների գերձայնային հետազոտություններին անհրաժեշտ է ավելացնել
8. 15 տարեկան բոլոր դեռահաս աղջիկների վահանաձև գեղձի գերձայնային հետազոտություն (14000 X 5000=70մլն.դրամ.)
9. Ըստ ցուցումների ՝դաշտանային ցիկլի խանգարման, մազակալման, ճարպակալման, ինչպես նաև պոլիկիստոզ ձվարանների կասկածի դեպքում սպեցիֆիկ հետևյալ հորմոնների որոշում
10. պրոլակտին, ֆուլիկուլոխթանող հորմոն (ՖԽՀ), լյուտեինիզացնող հորմոն (ԼՀ), դեհիդրոէպիանդրոստենդիոն (ԴՀԷԱ), Դեհիդրոէպիանդրոստենդիոն սուլֆատ (ԴՀԷԱ-Ս), տեստոստերոն, ըստ ցուցումների գլուկոզի մակարդակի և տոլերանտության թեստ, թիրոքսին (T3), թիրոնին (T4), թիրեոխթանող հորմոն, հակամարմիններ թիրոգլոբուլինի և թիրեոպերօքսիդազայի նկատմամբ:
11. Հետազոտման և բուժման համար անհրաժեշտ միջոցները մեկ դեպքի համար միջինում կազմում են 50.000 դրամ, (50000 X 1000=50մլն.դրամ.)
12. Ծրագրի բարեհաջող իրականացման համար բոլոր 30տարածաշրջաններում գործող մանկաբարձ-գինեկոլոգները կվերապատրաստվեն մանկական և դեռահասության տարիքի աղջիկների հետազոտություններ և բուժում իրականացնելու համար, որի համար կպահանջվի 9մլն.դրամ
13. **Ակնկալվող արդյունքը**. Դեռահասների առողջության բարելավման ուղղված ծրագրերի իրականացման արդյունքում ակնկալվում է նրանց վերարտադրողական ֆունկցիայի իրականացման փուլում առաջնային անպտղության և պերինատալ կորուստների նվազեցում առնվազն 5 տոկոսով, ինչը վերարտադրողական խանգարումներ ունեցած և բուժման ենթարկվածների շրջանում վերարտադրողական տարիքում կապահովի հղիություն և հղիության բարեհաջող ելք ու տարեկան առնվազն 150 ավելի ծնվող երեխա:
14. **Առաջարկվող ծրագրի բյուջեն կավելանա 129 մլն դրամով:**

**40.Դեռահասների վերարտադրողական առողջության բարելավման միջոցառումների ծրագիր**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Միջոցառման անվանումը** | **Շահառուների թիվը և գործողու****թյունները** | **Ֆինանսական****արժեքը** | **Ժամանա****կացույցը** | **Պատասխանա****տու****կատարողներ** |
|  1.Մանկական և դեռահասների գինեկոլոգիական ծառայության ցանցի ստեղծում  | Տարածաշրջանային առնվազն30 գործող մանկաբարձ-գինեկոլոգի վերապատրաստում մանկական և դեռահասության գինեկոլոգիայի գծով  | 30մասնագետ x 300000դրամ= 9մլն  | 2020թթ | ՀՀ առողջապա-հության նախարարությունՀՀ առողջապահության ազգային ինստիտուտ |
| 2.Դեռահասների հետազոտությունների ընդլայնում  | 15 տարեկան 14000 աղջիկՈրովայնի և փոքր կոնքի խոռոչների օրգանների ԳՁՀ ավելացնել նաև Վահանաձև գեղձի ԳՁՀ | 14000աղջիկ x 5000դրամ= 70մլն  | Յուրաքանչյուր տարի,սկսած 2020թ | ՀՀ ԱՆ կանանց կոնսուլտացիաներ |
| 3.Վերարտադրողական օրգանների ախտաբանություններ հայտնաբերվածաղջիկների նպատակային հետազոտու-թյուն և բուժում  | 1000 հիվանդ աղջկա նպատա-կային հետազոտում և բուժում | 1000աղջիկ x 50000դրամ = 50մլն | սկսած2020թ.-ից յուրաքան  չյուր տարի  | Բժշկական հաստատություններիկանանց կոնսուլտացիաներ |
| **Ծրագրի ընդհանուր արժեքը` 129 մլն.դրամ****Ակնկալվող արդյունքը** **Յորաքանչյուր տարի 14000 դեռահաս աղջկա առողջական այդ թվում վերարտադրողական վիճակի գնահատում****1000 աղջկա վերարտադրողական առողջության բարելավում** **Վերարտադրողական տարիքում նրանց շրջանում առնվազն 150 ավելի երեխայի ծնունդ:**  |

**41. ՀՂԻՆԵՐԻ ՆԱԽԱԾՆՆՅԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹԱՆ ԲԱՐԵԼԱՎՈՒՄ, ՍԿՐԻՆԻՆԳՆԵՐԻ ԸՆԴԼԱՅՆՈՒՄ**

1. Վերջին տարիներին ՀՀ ամբողջ տարածքում գործող կանանց կոնսուլտացիաներում տարեկան հաշվառման տակ են գտնվում և իրականացվում է հղիության նախածննդյան հսկողություն միջինում 42-45 000 հղիի մոտ, որից նախորդ տարվանից տեղափոխված հղիները կազմում են շուրջ 10.000-12.000, նույն տարում հաշվառման վերցված հղիներ 30.000-35.000:
2. Նրանց 35-40 տոկոսը պատկանում է բարձր ռիսկի խմբին, որը կազմում է շուրջ 15000-18000 հղի, որոնց համար պահանջվող անհրաժեշտ հետազոտությունների ու նեղ մասնագիտական խորհրդատվությունների համար լրացուցիչ ֆինանսավորում նախատեսված չէ:
3. Վերարտադրողական կորուստները (ինքնաբեր վիժումները, պտղի ներարգանդային մահերը, չզարգացող հղիությունները, վաղաժամ ծննդաբերություններ` անկենսունակ նորածնով, մեռելածնություններ, զարգացման արատներ ) կազմում են տարեկան շուրջ 3000-3500 դեպք:
4. Հղիների նախածննդյան հետազոտության և հսկողության, այսինքն ծառայության ընդհանուր արժեքը, որը ներառում է լաբորատոր և գործիքային հետազոտություններ մեկ հղիի համար կազմում է շուրջ 31645 դրամ, որից լաբորատոր–գործիքային հետազոտության համար տրամադրվում է ընդամենը 16500 դրամ, ինչը բավարար չէ կարևոր հետազությունների իրականացման համար և ցածր է Անկախ պետությունների համագործակցության (ԱՊՀ) երկրների համեմատությամբ մոտ 3 անգամ, բյուջեն կազմում է տարեկան 1.44 մլրդ. դրամ:
5. Առաջարկվում է ընդլայնել հղիության վարման ընթացքում իրականացվող հետազոտությունների տեսակները և ծավալները, ներառելով ինքնաբեր վիժումների, վաղաժամ ծննդաբերության, պտղի զարգացման արատների և մեռելածնության, ինչպես նաև հետծննդյան շրջանի բարդությունների, մայրական մահացության հաճախակի պատճառ հանդիսացող պերինատալ բնածին և ձեռք բերովի տրոմբոֆիլիաների ախտորոշումը նշանակալի ինֆեկցիաները,
6. Ելնելով էքստրագենիտալ և գեստացիոն բարդությունների բնույթից և ծանրության աստիճանից կատարել լրացուցիչ հետազոտություններ, մասնավորապես

 ա. հակաթրոմբին III-ի, պրոտեին C, պրոտեին S անբավարարություն,

բ. հակաֆոսֆոլիպիդային հակամարմինների, գայլախտային

հակամակարդիչների, հակակարդիոլիպինային հակամարմինների որոշում,

գ.գլյուկոզայի նկատմամբ տոլերանտության թեստի որոշում

դ. արգանդային զարկերակի, պորտալարի զարկերակի և երակային ծորանի

դոպլեր հետազոտություն

ե. պտղի մոնիտորինգ, պտղի աճի գնահատում

 զ. մեզի բակտերիոոլոգիական քննություն՝թաքնված բակտերուրիան

 հայտնաբերելու համար

 է. խորիոնային գոնադոտրոպինի և PAPP-A-ի որոշում

 ը.Ստորին վերջույթների դուպլեքս հետազոտություն,

 թ. հեպատիտ Բ և Ց-ի որոշում

ժ.կարմրախտի հակամարմինների որոշում

 ի. նեղ մասնագետների /հեմատոլոգ, օկուլիստ, էնդոկրինոլոգ, սրտաբան, անոթաբան, վիրաբույժ և այլն /խորհրդատվություններ

 լ. անհրաժեշտ պերինատալ բուժման դեղամիջոցներով ապահովում

 6) Անամնեզում պտղի ներարգանդային ինֆեկցվածություն, չզարգացող հղիություն, հղիության կերլախախտ, հետծննդյան թարախասեպտիկ բարդություններ ունեցող հղիների մոտ սեռավարակների` խլամիդիա, միկոպլազմա, ցիտոմեգալովիրուս, գենիտալ հերպես, որոշում

7) Ներդնել վաղաժամ ծննդաբերությունների կանխման միջազգայն փորձը, մասնավորապես հղիության ընթացքում արգանդի պարանոցի երկարության գերձայնային չափման մեթոդի կիրառման միջոցով 357 հղիի սկրինինգի պայմաններում հնարավոր է կանխարգելել վաղաժամ ծննդաբերության մեկ դեպք մինչև 33 շաբաթական ժամկետ, նեոնատալ հիվանդացության ու մահացության մեկ դեպք, ինչպես նաև ավելի մեծ հավաստիության ախտորոշել բնածին արատները:

9)**Ակնկալվում է** ախտաբանական այն վիճակների վաղ հայտնաբերում և հղիության պատշաճ վարում, որոնց բուժման արդյունքում կնվազեն վերարտադրողական կորուստները, այդ թվում ինքնաբեր վիժումները, ներագանդային մահվան դեպքերը, մեռելածնությունը, մայրական և պերինատալ մահացությունը, պտղի բնածին զարգացման արատները և կապահովվի առնվազն 300 հղիության բարեհաջող ելքի ավելացում` երեխայի ծնունդով:

8)**Ծրագրի արժեքը կկազմի` 520 մլն.դրամ**

|  |
| --- |
| **42.Հղիների նախածննյան հսկողութան բարելավման, սկրինինգների ընդլայնման միջոցառումների ծրագիր** |
| **Միջոցառման անվանումը** | **Շահառուների թիվը** | **Ֆինանսական****արժեքը** | **Ժամանա****կացույցը** | **Պատասխանատու կատարող****ներ** |
| **Հղիների նախածննդյան հսկողություն հետազոտության**  | 44250 հղիի նախածննդյան հսկողության և հետազոտություններ ծավալը | 44 240 հղի x 31600 դրամ= 1.4 մլրդ դրամ  | Յուրաքանչյուր տարի | կանանց կոնսուլտացիաներ |
| **Առաջարկվում է 2020-2023թթ. համար** |
| 1)Պտղի զարգացման արատների,հատկապես Դաունի համախտանիշի վաղ հայտնաբերում և կենսաքիմիական սկրինինգի իրականացումա.մարդկային խորինային գոնադոտրոպինի որոշումԲ.PAPP-A որոշում | Հղիներ` 11-14 շաբաթական ժամկետում սոնոգրաֆիկական սկրինինգի շեղումներով, թվով 10 000 հղիՀղիներ` պտղի զարգացման արատների առումով ռիսկի խմբի (մեծահասակ հղիներ` 35տարեկան և և ավելի, ընտանիքում զարգացման բնածին արատ ունեցող հղիներ),թվով 5000 | 15000հղի x 4000դ =60մլն | սկսած2020թ.յուրաքանչյուրտարի | Բժշկականհաստատություններիկանանց կոնսուլտացիաներ |
| 2) Թաքնված բակտերուրիայի որոշում մեզի բակտերիոլոգիական քննություն | Առաջին եռամսյակում գտնվող 15000 հղիներ | 15000հղի x 2000դ =30մլն | սկսած2020թ.յուրաքանչյուրտարի | Բժշկականհաստատություններիկանանց կոնսուլտացիաներ |
| 3)Կոագուլոպաթիաների ախտորոշում (մակարդելիության խանգարման հայտնաբերում ` բնական հակամակարդիչների որոշման միջոցով Ա.անտիթրոմբին,Բ.Պրոտեին C, Գ.Պրոտեին S, | Երակների վարիկոզ լայնացում ունեցող կամ բարդացած անամնեզով հղիներ` 2 և ավելի ինքնաբեր վիժում, մահացած պտուղ, մեռելածնություն, չզարգացող հղիություն անամնեզում, թվով 15000 հղի | 15000 հղի x 6000դրամ = 90մլն | սկսած2020թ.յուրաքանչյուր տարի | Բժշկական հաստատություններիկանանց կոնսուլտացիաներ |
| 4)Բնածին և ձեռք բերովի թրոմբոֆիլիա ների սկրինինգի իրականացում թրոմբոֆիլիաների մարկերների որոշում Ա. F2 և F5Բ. Լեյդենի`(V գործոն) | Բարդացած անամնեզով հղիներ 2 և ավելի ինքնա բեր վիժում, մահացած պտուղ, մեռելածնություն, չզարգացող հղիություն, հետծննդյան արյունահոսություններ, պրեէկլամպսիաթվով 10000հղի | 10000 հղի x 6000դրամ= 60մլն | սկսած2020թ.Յուրաքանչյուրտարի | Բժշկականհաստատություններիկանանց կոնսուլտացիաներ |
| 5)Անտիֆոսֆոլիպիդային համախտանիշի (ԱՖՀ) ախտորոշում` մարկերներիմիջոցով ա.Հակաբետագլիկոպրոտեին բ.հակակարդոլիպինային հակամարմիններ | Բարդացած անամնեզով հղիներ` 2 և ավելի ինքնաբեր վիժում, մահացած պտուղ, մեռելածնություն, չզարգացող հղիություն, վաղածնություն, հետծննդյան արյունահոսություններ, պրեէկլամպսիա,Էկլամպսիա, թվով 5000հղի | 5000հղիx 6000դրամ= 30մլն | սկսած2020թ.յուրաքանչյուրտարի | Բժշկականհաստատություններիկանանց կոնսուլտացիաներ |
| 6)Պերինատալ նշանակալի ինֆեկցիաների `խլամիդիա, ուրեապլազմա,ցիտմեգալովիրուս, հերպես, կարմրախտ, որոշում  | առաջնահղիներ և բարդացած, մասնավորապես նորածնի ներարգանդային ինֆեկցիա ունեցող և հետծննդյան թարախասեպտիկ բարդություններ ունեցող հղիներ 15 000 հղի | 15000հղի x 8000դրամ=120մլն | սկսած2020թ.յուրաքանչյուրտարի | Բժշկական հաստատություններիկանանց կոնսուլտացիաներ |
| 7)Նեղ մասնագետների խորհրդատվություն և անհրաժեշտ հետազոտությունների իրականացում | Ա.Էքստրագենիտալ ախտաբանություններ ունեցող հղիների խորհրդատվությունների կազմակերպում, թվով 15000հղի Բ.նեղ մասնագետների կողմից նշանակված անհրաժեշտ գործիքային հետազոտությունների իրականացում, թվով 5000 հղի | Ա.15000հղի x 5000դրամ= 75մլնԲ.5000հղիx 10000դրամ= 50մլն | սկսած2020թ.յուրաքանչյուրտարի | Բժշկական հաստատություններիկանանց կոնսուլտացիաներ |
| 8)գլուկոզատոլերանտության թեստ | Գերքաշություն/ Ճարպակալում , անամնեզում խոշոր պտուղ, անհայտ ծագման մեռելածնություն ունեցող հղիներ,թվով 5000հղի | 5000հղիx 1000դրամ= 5մլն |  |  |
| **Ծրագրի արժեքը` 520մլն դրամ** **Ակնկալվող երեխաների թիվը` առնվազն 300 ավելի ծնվող երեխա**  |

**43. ԵՐԻՏԱՍԱՐԴՆԵՐԻ ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՂԱԿԱՆ ՆԵՐՈՒԺԻ ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ ԾՐԱԳԻՐ**

1. Աշխարհի զարգացած շատ երկրներում ձևավորված է առողջապահական մշակույթ, զույգերի մինչամուսնական հետազոտման և նախաբեղմնավորման խնամքի ծառայությունների տրամադրման առումով:
2. Տարեկան Հայաստանի Հանրապետությունում գրանցվում է 14.000-15000 ամուսնություն: Այս ամուսնական զույգերը որպես կանոն ամուսնության առաջին իսկ տարում ունենում են հղիություն և երեխա, որը կազմում է ընդհանուր ծնունդների 20 տոկոսը:
3. **Առաջարկվում է** սահմանել առողջության նոր սերտիֆիկատ (հավաստագիր) ամուսնացող զույգերի համար, որը կարող է տրվել նրանց ամուսնանալու դիմում ներկայացնելիս Քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման (ՔԿԱԳ) գործակալությունում:
4. Այդ հավաստագրով նախատեսվում է իրականացնել առողջ վերարտադրության ապահովման, մինչ հղիութունն անհրաժեշտ խորհրդատվությունների ու հետազոտությունների փաթեթ 40.000դրամ արժողությամբ, որից կարող են օգտվել միջինում 14.000 զույգ, որի համար կպահանջվի տարեկան (14000 զույգ X 38721=542,1մլն.դրամ):
5. ՔԿԱԳ գործակալություններում ամուսնության վավերացման ժամանակ զույգերին և նրանց ուղեկցող երիտասարդ անձանց տրամադրել նախաբեղմնավորման խնամքի բուկլետներ, որով երիտասարդ զույգերը կիրազեկվեն անվտանգ սեռական վարքագծի ու առողջ ապրելակերպի, նախաբեղմնավորման փուլում հետազոտությունների անցկացման անհրաժեշտության, բեղմնավորման, հղիության նորմալ ընթացքի, պտղի զարգացման արատների կանխարգելման գործընթացում զույգերի պատասխանատու դերակատարության, ինչպես նաև այդ նպատակներով պետության կողմից երաշխավորվող ծառայությունների մասին:
6. Բուկլետների մշակման և տպագրման համար կպահանջվի տարեկան (20000բուկլետ X 20դրամ=400 000դրամ):
7. Ակնկալվում է վերարտադրողական ֆունկցիաների գնահատում, ախտաբանական շեղումների վաղ հայտնաբերում և բուժում, անպտղության նվազեցում, ինքնաբեր վիժումների, մեռելածնության, վաղաժամ ծննդաբերությունների քանակի նվազեցում մինչև 10 տոկոս, ավելի ծնվող առնվազն 250 երեխա:
8. Բանակ զորակոչված երիտասարդ տղաների շրջանում առողջ ապրելակերպի, սեռական անվտանգ վարքագծի, առողջության և հատկապես վերարտադրողական առողջության պահպանման, տղամարդկանց շրջանում ամլության կրճատման նպատակով կարևոր է իրազեկվածության բարձրացումը:
9. Այդ նպատակով նախատեսվում է բանակ զորակոչված, ժամկետային զինծառայողների համար մշակել առողջությունը և հատկապես վերարտադրողական առողջությունը պահպանելու համար տեղեկատվական գրպանի փոքրիկ գրքույկ, որը կպարունակի ապացույցների վրա հիմնված խորհուրդներ, ինչպես պահպանել և բարելավել առողջությունը բանակում և զորացրվելուց հետո, զերծ մնալ ծխելուց, ալկոհոլի օգտագործումից, պատահական, անպաշտպան սեռական կապերից, հիպոդինամիայից, «ֆաստ ֆուդից», գազավորված ըմպելիքներից և այլն:
10. Այդ գրքույկները կտրամադրվեն ամբուլատոր պոլիկլինիկական հաստատությունների կողմից այդ զորակոչիկներին զորակոչից առաջ, պատվաստումների դեպքում:
11. Ամեն տարի բանակ են զորակոչվում շուրջ 12 000 երիտասարդ զորակոչիկներ, որոնց և կտրամադրվեն այդ գրքույկները:
12. Բուկլետների մշակման և տպագրման համար կպահանջվի տարեկան (12000 գրքույկ X 50դրամ=600 000դրամ):
13. Ակնկալվող արդյունքը`բանակում ծառայող տղամարդկանց շրջանում վերարտադրողական առողջության բարելավում, ախտաբանությունների և ամլության մինչև 10 տոկոսով կրճատում, հետագայում առնվազն 1000-1500 ժամկետային զինծառայողի վաղաժամ մահացության կանխարգելում, առողջության և վերարտադրողական առողջ պոտենցիալի պահպանում:
14. Ակնկալվող արդյուքը. Հաշվի առնելով, որ ամլության տարածվածություն տղամարդկանց շրջանում կազմում է 11% (2015թ.), այսինքն 12000 զորակոչիկից վտանգավոր և անառողջ վարքագծի դեպքում շուրջ 1300 մոտ կարող է առաջանալ ամլություն: Իրազեկվածության բարձրացման և վտանգավոր գործոններից ու սովորույթներից հրաժարվելու շնորհիվ ու առողջ ապրելակերպի միջոցով 400-500 երիտասարդների մոտ կարող է կանխվել ամլությունն ու ախտաբանությունները, հիմք տալով առողջ երեխաների ծննդի
15. Ծրագրի ընդհանուր արժեքը 543.100,000 դրամ

|  |
| --- |
| 1. **Երիտասարդների վերարտադրողական ներուժի բարելավման միջոցառումների ծրագիր**

 |
| **Միջոցառման անվանումը** | **Շահառուների թիվը** | **Ֆինանսական արժեքը** | **Ժամանա****կացույցը** | **Պատասխանա****տու կատարողներ** |
| 1. Սահմանել առողջության նոր սերտիֆիկատ (հավաստագիր) ամուսնացող զույգերի համար, փաթեթ 387210դրամ արժողությամբ
 | ամուսնությունը ՔԿԱԳգրանցող 14000 ամուսնական զույգ | 14000 զույգ X 38721=542,1մլն. | սկսած 2020թ.և հաջորդիվ | ՔԿԱԳ գործակաԼություններ, բժշկական հաստատություններ |
| 2) Առողջ ապրելակերպի, անվտանգ սեռական վարքագծի, հետազոտություն ների անհրաժեշտության մասին բուկլետների մշակում և տպագրում  | ամուսնությունը ՔԿԱԳգրանցող 14000 ամուսնական զույգեր և նրանց ուղեկցող երիտասարդներ | 20000բուկլետ X 20դրամ= 400 000դրամ | 2020թ.սկսած և հաջորդիվ. | ՔԿԱԳ գործակաԼություններ, բժշկական հաստատություններ |
| 3)Բանակ զորակոչված երիտասարդ տղաների շրջանում առողջ ապրելակերպի, սեռական անվտանգ վարքագծի ուղղված աշխատանքներ | Բանակ զորակոչված 12000 զորակոչիկներ | 12000 զույգ x 50դրամ= 600 000դրամ | 2020թ.սկսած և հաջորդիվ | Ամբուլատոր պոլիկլինիկական բժշկական հաստատություններ |
| **Ծրագրի ընդհանուր արժեքը 543,100,000.դրամ**  |
| **Ակնկալվող արդյունքը` առնվազն 250 ավելի երեխայի ծնունդ ,ինչպես նաև** **400-500 երիտասարդ տղանարդկանց մոտ կարող է կանխվել ամլությունը, որի արդյունքում ամլության կրճատում մինչև 10% և** **առնվազն 200 և ավելի երեխայի ծնունդ** |

**46.** **ԱՆՊՏՈՒՂ ԱՄՈՒՍՆՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԵՎ ՀԱՂԹԱՀԱՐՄԱՆ ԾՐԱԳԻՐ**

1. Հայաստանի Հանրապետությունում անպտուղ ամուսնության հաճախականությունը, որը ստացվում է ներկայացուցչական հետազոտությունների արդյունքում, կազմում է 14.9% (2015թ.):
2. Համաձայն Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (այսուհետ ԱՀԿ)-ի տվյալների, եթե պոպուլյացիայում անպտուղ ամուսնության հաճախականությունը գերազանցում է 15 տոկոսը, այն բժշկասոցիալական հիմնախնդրից վերածվում է համազգային հիմնախնդրի և դառնում է ժողովրդագրության ու ծնելիության վրա բացասաբար ազդող գործոնի:
3. Վերջին 15 տարում Հայաստանի Հանրապետությունում շնորհիվ ձեռնարկված նպատակային միջոցառումների, մասնավորապես հղիության արհեստական ընդհատումների նվազեցման, աբորտների ընդհատման անվտանգության բարձրացման, սեռավարակների կանխարգելման, անպտղության հետազոտման և բուժման ժամանակակից մեթոդների կիրառման, հաջողվեց 2000թ. համեմատությամբ անպտղության (31,9%) ցուցանիշը կրճատել 2,2 անգամ:
4. Ներկայում յուրաքանչյուր 6-7-րդ ամուսնական զույգ Հայաստանում տառապում է անպտղությամբ և կարիք ունի նպատակային միջամտության:
5. 2019թ. պետական բյուջեով անպտուղ զույգերի բուժման և հաղթահարման ծրագրի շրջանակներում հատկացվել է 210մլն.դրամ:
6. Անպտղության հաղթահարման ծրագրի շրջանակներում, հանրապետության կտրվածքով, 20-40տ. կանանց տարիքային խմբում հետազոտման/բուժման և վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության և սպասարկման կարիք ունեցող պացիենտների կանխատեսվող թվերը հաշվարկվել են փորձագիտական գնահատմամբ, հիմք ընդունելով 2019թ. վիճակագրական բազային տվյալները, առանց սոցիալական կամ հատուկ խմբերի տարանջատման, որի տվյալները ներկայացված են աղյուսակում:

1. **Հանրապետությունում հետազոտման և բուժման կարիք ունեցող անպտուղ կանանց մոտավոր թվերը,**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ցուցանիշը |  Հաշվարկը | Բուժման տեսակը |
| Անպտղության տարածվածությունը\* |  **14,8 %**  |  |
| 20-40 տարեկան կանանց թիվը (2019թ. հունվարի 1-ի դրությամբ) | **483 300** |  |
| Անպտուղ կանանց կանխատեսվող թիվը  | **71 528** |  |
| Ժամանակակից հետազոտությունների և բուժման կարիք կունենան | **60%**  | **42.917 զույգ),** |
| Վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման կարիք կունենան, որից. | **40 %**  | **28.611 զույգ)** |
| Արհեստական սերմնավորում | **55%**  | **15.736 զույգ)** |
| Արտամարմնային բեղմնավորում (այսուհետ ԱԲ) | **45 %**  | **12.875 զույգ)** |

8)Ներկայացվում են հանրապետության կտրվածքով վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կարիք ունեցող կանանց կանխատեսվող թվերը ըստ առանձին մեթոդների, հիմք ընդունելով միջազգային գրականության տվյալները:

9) **Ըստ Վերարտադրողական բժշկության և սաղմնաբանության Եվրոպական ասոցիացիայի (EARM&E)** 2012թ. հաշվարկային տվյալների, անպտղության տարածվածության միջին պոպուլյացիոն 15% ցուցանիշի պայմաններում, արտամարմնային բեղմնավորման հաշվարկային թիվը բնակչության յուրաքանչյուր 1 միլիոնի համար կկազմի 3000, ***Հայաստանի դեպքում այն կկազմի շուրջ 9000 ԱԲ դեպք:***

10)***Ըստ միջազգային փորձագետական մեկ այլ գնահատականի,*** կախված անպտղության տարածվածության մակարդակից ԱԲ կիրառելիության տոկոսը անպտուղ կանանց թվում կարող է տատանվել 15-20% սահմաններում, ինչն ենթադրում է, որ ***Հայաստանի համար այն կկազմի` 6428 – 8583 դեպք:***

10) **Համաձայն ՀՀ կառավարության 2015թ. 568-Ն որոշման(2019թ. փոփոխություններով) ներկայումս իրականացվող ծրագրի շահառուներն են**

 Ա. Ամուսիններից մեկը հանդիսանում է «Զինվորական ծառայության և զինծառայողի կարգավիճակի մասին» ՀՀ օրենքի 72-րդ հոդվածի 1-ին և 2-րդ մասերով սահմանված զինծառայող և զինծառայողներին հավասարեցված անձինք.

Բ. զինվորական ծառայության ընթացքում կամ զինվորական ծառայության ավարտից հետո զինվորական ծառայության հետ կապված պատճառական կապով զոհված (մահացած) որդու ծնողներ.

Գ. ընտանեկան նպաստի համակարգում ընդգրկված 30.01 և ավելի բարձր անապահովության միավոր ունեցող նպաստառուներ.

Դ.հաշմանդամություն` զույգերից մեկի մոտ, եթե կնոջ մոտ չկա հղիությունը կրելու հակացուցում.

Ե. ՀՀ կառավարության 2014 թվականի դեկտեմբերի 18-ի Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2013 թվականի մարտի 21-ի N 271-Ն որոշման մեջ փոփոխություն կատարելու մասին» N 1444-Ն որոշման N 1 հավելվածով սահմանված սոցիալական աջակցություն ստացող սահմանամերձ համայնքներում բնակվող զույգերը:

11)Մինույն ժամանակ, ի թիվս այլ լրացուցիչ պահանջների (զույգը պիտի լինի ամուսնացած և ունենա ՀՀ քաղաքացիություն), այս խմբերի շահառուներից կինը պետք է պատկանի է **20-35** տարիքային խմբին, իսկ զինվորական ծառայության փոխկապակցված պատճառական կապով զոհվածի ծնողների դեպքում` կնոջ տարիքը մինչև **42** տարեկան):

 12)Տարիքային խմբի նկատմամբ այս լրացուցիչ պահանջը սահմանվել է, առավելագույն դրական արդյունք ստանալու ակնկալիքով, հաշվի առնելով նախորդ տարիների փորձը և ծրագրային ցածր արդյունավետությունը (23%), ինչը պայմանավորված էր շահառուների բարձր տարիքային գործոնով (68 տոկոսը` 35տ. և ավելի), և արտամարմնային բեղմնավորման 2-3 և ավելի անհաջող փորձով (շահառուների հիմնական մասի մոտ):

13)Ըստ միջազգային գրականության տվյալների վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների (այսուհետև ՎՕՏ), մասնավորապես արտամարմնային բեղմնավորման արդյունավետությունը կենդանի նորածնի ծնունդով չի գերազանցում 45-50%:

14) Հիմք ընդունելով Վերարտադրողական բժշկության և սաղմնաբանության Եվրոպական ասոցիացիայի հաշվարկային տվյալները, (անպտղության տարածվածության միջին պոպուլյացիոն 15% ցուցանիշի պայմաններում, բնակչության յուրաքանչյուր մեկ միլիոնի համար արտամարմնային բեղմնավորման դեպքերի մոտավոր թիվը` 3000):

15) Նախատեսվում է ՀՀ կառավարության 2015թ.թիվ 568-Ն որոշման մեջ կատարել լրացում, ընդլայնել շահառուների խմբերը, որպես շահառու ներգրավել անզավակ ամուսնական զույգերին, ընդգրկելով որոշ տարիքային խմբեր, մասնավորապես երբ կնոջ տարիքը 33-35տարեկան է, հաջորդ տարին 30- 32:

16)Առաջարկվում է բյուջեն հաջորդիվ տարիներին դարձնել 707.900.000 դրամ, որի շրջանակներում եռապատկվեն նաև շահառուների թիվը:

306 անպտուղ զույգերի պատճառագիտության հետազոտություն և բուժում

 (306 զույգ x 300 000դրամ= 91 800.000դրամ)

253 զույգի արհեստական սերմնավորում (253 զույգ x 200 000դրամ= 50,600,000դրամ )

 և մնացած 565.500.000 դրամը տրամադրել 435 շահառուի արհեստական բեղմնավորման համար (435 կին x 1.3մլն = 565,500,000մլն)

17) Ծրագրի արժեքը` կկազմի 707,900,000 դրամ

**18) Ակնկալվող արդյունքը` առնվազն 350 նորածնի ծնունդ:**

|  |
| --- |
| **Անպտղության բուժման և հաղթահարման միջոցառումների ծրագիր**  |
| 1.անպտուղ զույգերի պատճառա գիտության հետազոտություն և բուժում | 306 ամուսնական  զույգ | 306 զույգ x 300 000դրամ= 91 800.000դրամ  | Սկսած 2020թ. յուրաքանչյուր տարի | Ռեպրոդուկտուլոգիայի լիցենզիա ունեցող բժշկական կազմակերպություններ |
|  2.Անպտուղ զույգի արհեստական սերմնավորում | 253 ամուսնական  զույգ` պայմանավորված տղամարդու ամլությամբ  | 253 զույգ x 200 000դրամ= 50,600,000դրամ ) | Սկսած 2020թ. յուրաքանչյուր տարի | Ռեպրոդուկտուլոգիայի լիցենզիա ունեցող բժշկական կազմակերպություններ |
|  3.Արտամարմնային բեղմնավորում | Արտամարմնային բեղմնավորման կարիք ունեցող 300 զույգ  | 435 կին x 1.3մլն = 565,500,000մլն) | Սկսած 2020թ.յուրաքան չյուրտարի | Ռեպրոդուկտուլոգիայի լիցենզիա ունեցող բժշկական կազմակերպություններ |
| **Ծրագրի արժեքը` 707 900 000. դրամ,**  |
| **Ակնկալվող երեխաների թիվը առնվազն 350 երեխա** |