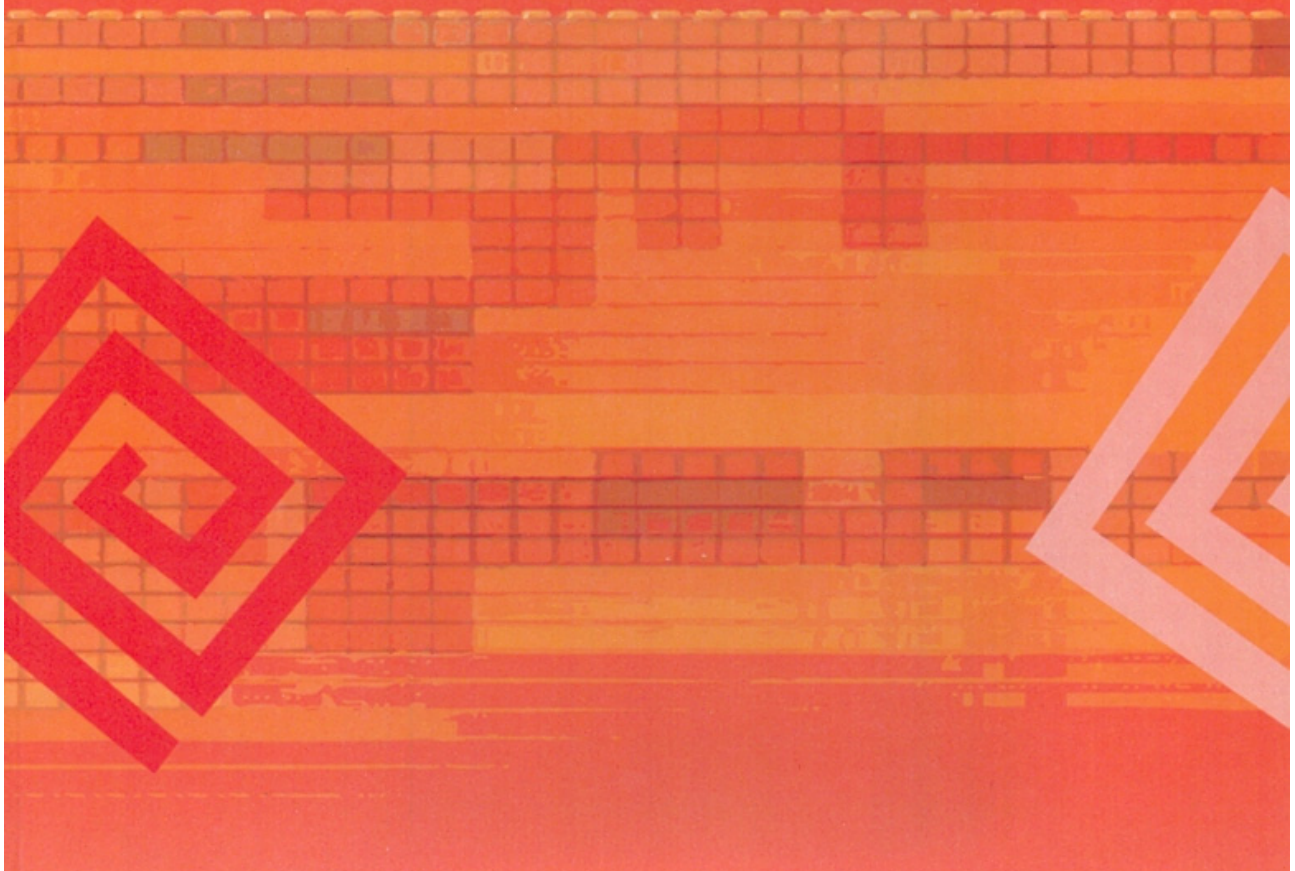


ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԱՌՈՂՋԱՊԱՅՈՒԹՅԱՆ
ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ
ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ



ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ
ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ
ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

ԵՐԵՎԱՆ 2008

Ձեկնո՞ւ՞նք ՆՅՈՒԹԵՐԸ ՆԱԽԱՊԱՏՐԱՍՏՎԵԼ ԵՆ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ԽՄԲԻ ԿՈՂՄԻՑ, ՂԵԿԱՎԱՐՎԵԼ ԵՎ ՀԱՍՏԱԿԱՐԳՎԵԼ ՀՀ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՀԱՍՏԱՇԽԱՐՀԱՅԻՆ ԲԱՆԿԻ ՍԻՋԵՎ ԿՆՔՎԱԾ «ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱԿԱՐԳԻ ԱՐԴԻԱԿԱՆԱՑՈՒՄ» ՎԱՐԿԱՅԻՆ ԾՐԱԳՐԻ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ

ՀՀ ԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ՝ ք.գ.դ. պրոֆեսոր՝ Հ. Քուշկյան

ԱԾԻԳ-ի ՏՆՕՐԵՆ՝ Ս. Խաչատրյան

ԱԾԻԳ-ի ԲԱՂԱԳՐԻՉԻ ՀԱՍՏԱԿԱՐԳՈՂ՝ ք.գ.թ. Գ. Դումանյան

ՄՇԱԿՈՂՆԵՐ՝

Կ.գ.դ. պրոֆեսոր Վ.Դավիդյանց

ք.գ.թ. դոցենտ Դ.Անդրեասյան

Ա.Բադալյան

Ս.Խանգելյան

Ջ.Կալիկյան

ԽՈՐՀՐԴԱՏՈՒ՝

Մոնիթորինգի և գնահատման մասնագետ Ս.Մանուկյան

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ.....	4
Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատում	4
Ջեկույցի նպատակը.....	6
Մեթոդաբանություն	7
ԳԼՈՒԽ 1. ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ՁԵՎԱՎՈՐՈՒՄ.....	8
Ռազմավարություններ ֆինանսավորման, ծառայությունների և իրականացնողների համար	8
Ռիսկի գործոններ, հիվանդություն և կյանքի սպասվելիք տևողություն	15
Եզրակացություն.....	17
ԳԼՈՒԽ 2. ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔԱՅԻՆ ԲԱՐԵՓՈԽՈՒՄՆԵՐ	19
Օպտիմալացման և ծառայությունների վերակազմակերպման ռազմավարություններ	19
Բուժծառայությունների մատչելիություն և սպառում.....	22
Արդյունքներ և ապրելունակություն.....	23
Եզրակացություն.....	25
ԳԼՈՒԽ 3. ԿԵՆՏՐՈՆԱՅՈՒՄ ՄՈՐ ԵՎ ՍԱՆԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎՐԱ.....	27
Ռազմավարական ներդրումներ, պրակտիկայի փոփոխություն և վերապատրաստում	27
Բուժծառայությունների մատչելիություն և սպառում.....	28
Բարելավված արդյունքներ և առողջ քաշեր.....	30
Եզրակացություն.....	33
ԳԼՈՒԽ 4. ԱՀԳԳ ՎԵՐԼՈՒԾԱԿԱՆ ԿԱՐՈՂՈՒԹՅԱՆ ԲԱՐԵԼԱՎՈՒՄ	34
ԱՏՎՀԿ-ում տեղեկատվության կառավարման համար առաջարկվող մոդել.....	34
Անցումը ժամանակակից մեթոդների.....	35
ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ.....	37
ՀԱՎԵԼՎԱԾ 1. ԱՀԳԳ և բարեփոխումների գնահատման համեմատություն.....	37
ՀԱՎԵԼՎԱԾ 2. ԱՀԳԳ տվյալների աղբյուրներ.....	38
ՀԱՎԵԼՎԱԾ 3. Առողջապահական համակարգի ընդհանուր նկարագիրը	39
ՀԱՎԵԼՎԱԾ 4. Ռիսկի գործոնների գնահատման ցուցանիշեր	40
ՀԱՎԵԼՎԱԾ 5. ԱՀԳԳ 2007 ընտրանքային հետազոտության նկարագրություն	41
ՀԱՎԵԼՎԱԾ 7. Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոն	42
ՀԱՎԵԼՎԱԾ 7. ԱՀԳԳ ինդիկատորների ցանկ.....	43

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատում

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատումը համաշխարհային շարունակաբար մասնակցել է գլոբալ առողջապահական համակարգերի արդյունավետության գնահատման աշխատանքներին: Մշակվել է ֆունկցիոնալ մոդել¹, որը հաշվի է առնում տարբեր երկրներում առողջապահական համակարգերի տարբեր կառուցվածքների գոյության փաստը: Այս մոդելը ներկայացված է Գծապատկեր 1-ում: Այն ներկայացնում է առողջապահական որևէ համակարգի չորս ընդհանուր գործառույթները՝ կառավարում, ֆինանսավորում, ռեսուրսների կազմավորում և առողջապահական ծառայությունների մատուցում բնակչությանը:

Հիմնվելով առողջապահական համակարգի չորս գործառույթների վրա՝ ԱՀԳ-ը մշակել է Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳ-Գ) հայեցակարգը, որը կիրառվել է 2000 թ. *Համաշխարհային Առողջապահական Ձեկույցում*² աշխարհի առողջապահական համակարգերը գնահատելու նպատակով: Երկրի տեսանկյունից՝ այս հայեցակարգն ապահովում է առողջապահական համակարգերը գնահատելու կոնցեպտուալ հիմք: Իդեալական տարբերակում՝ պետական կառավարման համակարգի համապատասխան օղակ սահմանված իրավական դաշտում շարունակաբար իրականացվում է առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատում՝ քաղաքականության վերաբերյալ որոշումները և առողջապահական համակարգի կառավարումը տեղեկացված դարձնելու նպատակով:

ԱՀԳ հայեցակարգի համաձայն, առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատումները ցույց են տալիս, թե ինչպես է իրականացվում առողջապահական համակարգի յուրաքանչյուր գործառույթը և ինչպես է որոշակի գործառույթի իրականացումն ազդում առնչվող այլ գործառույթների իրականացման կամ առողջապահական համակարգի հիմնական նպատակների

իրականացվածության աստիճանի վրա: Այս նպատակով սահմանված են ինդիկատորներ՝ յուրաքանչյուր գործառույթի իրականացմանը, յուրաքանչյուր նպատակի իրականացվածության աստիճանին և այդ ինդիկատորների միջև փոխադարձ կապերին հետևելու և դրանք մոնիթորինգի ենթարկելու համար:

Հայեցակարգը հասցեագրում է երկու կարևոր հարց՝ որո՞նք են առողջապահական համակարգը նկարագրող որոշիչ բնութագրերն ու ընդհանուր պայմանները, և ինչպե՞ս է հնարավոր առողջապահական համակարգի ցանկալի նպատակները փոխկապակցել առողջապահական համակարգի գործունեության փոփոխությունների հետ:

Հարկ է նշել, որ ԱՀԳ-Գ-ը տարբերվում է համակարգի բարեփոխումների գնահատումից: Առողջապահական համակարգի բարեփոխումների գնահատումը հասցեագրում է որոշակի բարեփոխումների իրականացման առնչվող կառուցվածքային փոփոխությունների արդյունքները², իսկ ԱՀԳ-Գ-ն հասցեագրում է առողջապահական համակարգի հիմնական նպատակների իրականացվածության աստիճանը՝ կոնկրետ բարեփոխումներից անկախ: Կրկնվող ԱՀԳ-Գ-ները կարող են օգտագործվել համակարգի ցանկացած բարեփոխումների առանցքային արդյունքները և ազդեցությունները գնահատելու, ինչպես նաև դրանց իրականացման կամ դադարեցման անհրաժեշտությունը որոշելու համար:

ԱՀԳ-Գ-ի և համակարգի բարեփոխումների գնահատման միջև առավել ակնհայտ տարբերությունները ներկայացված են հավելված 1-ում: Մույն փաստաթուղթն ամփոփում է Հայաստանում իրականացված ԱՀԳ-Գ-ից ընտրված կարևորագույն ինդիկատորները և ձեռք բերված փաստերը: Մուտքային կետեր են ընտրվել Հայաստանի առողջապահական համակարգի ընթացիկ բարեփոխումների

¹Murray CJL, Evans DB. *Health system performance assessment. Debates, methods and empiricism*. WHO, 2003.

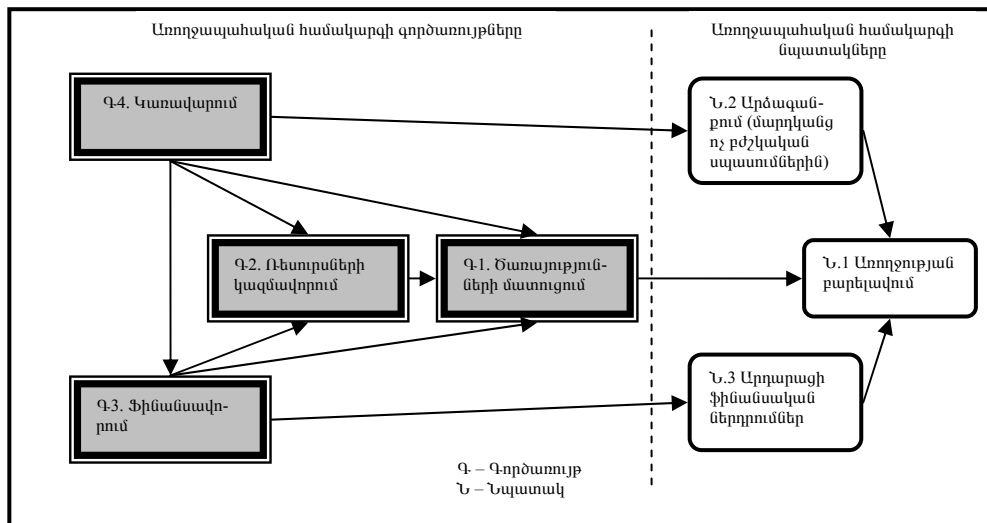
² Անփոփոխ թողնելով համակարգի հիմնական գործառույթները և նպատակները, քանի որ դրանց փոփոխությունը նշանակում է ոչ թե համակարգի բարեփոխում, այլ համակարգի փոխարինում այլ համակարգով:

առանցքային ոլորտները՝ առողջության առաջնային պահպանումը (ԱԱՊ), հիվանդանոցային բուժօգնությունը, մոր և մանկան առողջությունը: Այս ոլորտներից յուրաքանչյուրի շրջանակում ամփոփված են առողջապահական համակարգի համապատասխան ռազմավարությունները: Առողջապահական համակարգի չորս ընդհանուր գործառույթների և դրանց առնչվող համակարգային նպատակների համաձայն համապարփակ և համակարգային ինդիկատորների ընտրանքը ներառվել է ամբողջական ԱՀԳ-ում:

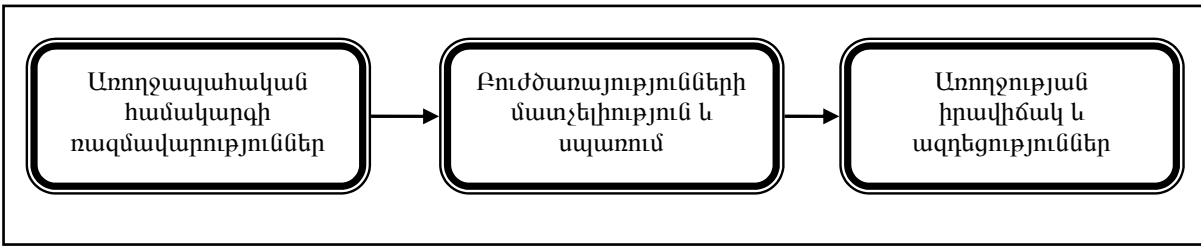
ԱՀԳ-ի սույն ռազմավարական ամփոփման մեջ օգտագործված գործառնական մոդելը ներկայացված է Գ-Ժապատկեր 2-ում: Ռազմավարություններն ընդգրկում են որոշումներն ու իրավական շրջանակը, որոնք կարգավորում են առողջապահական համակարգի ֆինանսավորումը, ռեսուրսների կազմավորումը, ծառայությունների մատուցումը և սահմանում առողջապահական համակարգի կառավարման հիմնական բնութագրերը: Այլ խոսքերով՝ տրամաբանության տեսանկյունից դիտարկելով, դրանք համակարգում կատարվող մուտքերն են, իսկ բուժառայությունների մատչելիությունը՝ արդյունքն է:

Հայեցակարգում ներկայացված առողջապահական համակարգի երեք հիմնական նպատակներից առավել կարևոր է բնակչության առողջության բարելավումը, որը հաճախ դժվար է փոխկապակցել կոնկրետ ռազմավարությունների հետ՝ առողջության վրա ազդեցություն ունեցող բարդ փոփոխականների և առնչվող բազմաթիվ ազդեցություններ գնահատելուց առաջ առկա ժամանակային հետաձգումների պատճառով: Այդուհանդերձ, առկա են բավարար փաստեր՝ նման կապերը կանխատեսելու համար, և ենթադրելու, որ մատչելիության և սպառման բարելավված ընթացքները խրախուսող ռազմավարությունները կհանգեցնեն առողջության վիճակի բարելավմանը: Հետևաբար, առողջապահական համակարգի որոշումներ կայացնողներն առավել հետաքրքրված են տեսնել, թե ինչպես են ռազմավարությունները հանգեցնում մատչելիության և սպառման փոփոխությունների, քանի որ այդ արդյունքները տեսանելի են խելամիտ ժամանակահատվածներում, և կարող են պարզորոշ կերպով փոխկապակցվել որոշումներին: Տվյալ մոդելը կիրառելի կազմակերպական շրջանակ է ապահովում ԱՀԳ-ի ամփոփման համար և այն օգտագործվել է սույն գեկույցում:

Գ-Ժապատկեր 1. Առողջապահական համակարգի ընդհանուր ֆունկցիոնալ մոդելը:



Գծապատկեր 2. Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման ռազմավարական գործառնական մոդել



Չեկույցի նպատակը

Սույն զեկույցը՝ Հայաստանում ԱՀԳ-Գ առաջին փորձի արդյունքների համառոտ ամփոփումն է: Այն պարզաբանող առանցքային օրինակներ է ներկայացնում, թե ինչպես ԱՀԳ-Գ ինդիկատորները կարող են նկարագրել հնարավոր կապերը համակարգի ռազմավարությունների և Հայաստանի առողջապահական համակարգի գործունեության միջև: Օրինակ, բնակչության կողմից բուժժառայությունների սպառումը կնպաստի բնակչության առողջության վիճակի բարելավմանը: Բարեփոխումների, միջամտությունների, արդյունքների և ազդեցությունների միջև կապերը որոշելու և դրանք գնահատելու մանրամասն աշխատանքը, սակայն, դուրս է սույն ամփոփ զեկույցի շրջանակից: Առավել համապարփակ վերլուծությամբ հետաքրքրված ընթերցողները կարող են ուսումնասիրել ԱՀԳ-Գ ամբողջական զեկույցը: Ամբողջական ԱՀԳ-Գ-ում նկարագրված ինդիկատորների լիարժեք ցանկը ներառված է հավելված 7-ում:

Առողջապահական համակարգի ռազմավարություններն այն լծակներն են, որոնք օգտագործվում են առողջապահական համակարգը բարեփոխելու համար: Դրանք ազդում են ծառայությունների մատուցման ընդհանուր մակարդակների վրա՝ հանգեցնելով բնակչության համար որոշակի ծառայությունների մատչելիության և դրանց սպառման եղանակների փոփոխությունների: Առողջապահական համակարգի ռազմավարությունները՝ քաղաքականություններն են, որոնք ձևավորում են այն եղանակը, որով գործում է առողջապահական համակարգը, և կարգերը, որոնք կարգավորում են ծառայություններ մատուցողների վարքագիծը: Այս վարքագիծը ռազմավարությունների արդյունքն է, որն իր

հերթին հանգեցնում է առողջապահական ազդեցությունների բարելավմանը:

Այս մոդելը Հայաստանում կիրառելու նպատակով՝ ռազմավարական ուսումնասիրությունը կկենտրոնանա առողջապահության բարեփոխումների առանցքային ոլորտների վրա: ԱՀԳ-Գ-ից ընտրվել են ինդիկատորներ, որոնց միջոցով փորձ է կատարվում արտացոլել առողջապահական համակարգի համապատասխան ռազմավարական նպատակների իրականացվածությունը: Կնույնականացվեն բուժժառայությունների մատչելիությանը և սպառմանն առնչվող փոփոխությունները, որոնք կցուցադրեն, թե առողջապահական բարեփոխումների արդյունքում ինչպես է գործում համակարգը:

Առաջին գլուխը նկարագրում է առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) ոլորտում: Այս ոլորտը սահմանված է Հայաստանի առողջապահության համակարգի գերակա ուղղություն, իսկ մեր ուշադրության կենտրոնում կլինեն ոչ տարափոխիկ հիվանդությունները: Երկրորդ գլուխը դիտարկում է հիվանդանոցային համակարգի գործունեության ասպեկտներ, ուր ծառայությունները օպտիմալացնելու և ռացիոնալ դարձնելու նպատակով կիրառվել են հիմնարար բարեփոխումներ: Երրորդ գլխում դիտարկվում է մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտը, իսկ չորրորդ գլխում առաջարկվում են Հայաստանում ԱՀԳ-Գ ստորաբաժանման զարգացման ուղղություններ: Քննարկվում են նաև ԱՀԳ-Գ իրականացման ընթացքում տեղեկատվության հավաքագրմանը, համակարգմանը և վերլուծությանն առնչվող առանցքային խնդիրները:

Հարկ է նշել, որ պետք է հավաքագրվեն որոշ ինդիկատորներ, որոնք կարևոր են ավելի համապարփակ ԱՀԳ-Գ համար, օրինակ՝

սրտանոթային հիվանդությունները, շաքարային դիաբետի տարածվածությունն ըստ տարիքի և սեռի, բժիշկների օրական աշխատանքային ծանրաբեռնվածությունը և այլն:

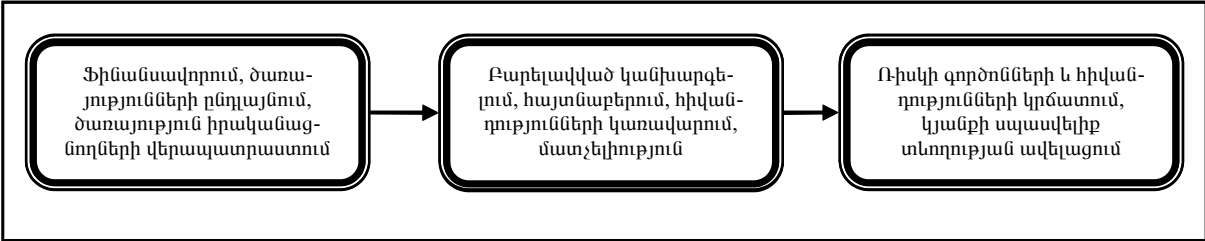
Չնայած տվյալների մատչելիության և առկա տվյալների որակի բացերին, ԱՀԳ-ը պետք է ապացուցած լինի փաստերի վրա հիմնված քաղաքականության և որոշումների կայացման աջակցման հարցում իր արժեքավոր գործիք լինելու հանգամանքը: Ի հավելումն, ԱՀԳ-ի ընթացքում առողջապահական համակարգի տվյալների համակարգային վերլուծությունն ուղղություն կտա տվյալների մատչելիության և որակի բարելավմանն ուղղված հետազոտություններին՝ ինչը քննարկված է չորրորդ գլխում:

Սույն ամփոփումն ընդգծում է քաղաքականությանն առնչվող որոշումների և ռազմավարական ներդրումների կարևորությունը՝ կապելով դրանք համակարգի գործունեությանը և բնակչության առողջության վրա ազդեցություններին:

Մեթոդաբանություն

ԱՀԳ-ը պարունակում է առողջապահության և առողջապահական համակարգի ոլորտներից վերցված 137 հիմնական ինդիկատորներ, որոնք հիմնված են Գ-ծապատկեր 1-ում նկարագրված ԱՀԳ-ի հայեցակարգի վրա, ինչպես նաև օժանդակ ինդիկատորներ, որոնք ձևավորում են ԱՀԳ-ի ավելի լայն վերլուծական համատեքստը: Սույն գեկույցն ամփոփում է առողջապահական քաղաքականության հիմնական ոլորտներին առնչվող ինդիկատորներն ու կարևոր տեղեկությունները:

ԳԼՈՒԽ 1. ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԶԵՎԱՎՈՐՈՒՄ



Հայաստանում ԱԱՊ ուժեղ համակարգի ձևավորումը պետական կարևոր գերակայություն է: Այժմ այս համակարգը գտնվում է անցումային փուլում, ուր ԱԱՊ-ը հիմնականում ապահովում է ամբուլատոր-պոլիկլինիկական պայմաններում, որը համարված է նեղ մասնագետների լայն շրջանակով և թերապևտներով: Այս հանգամանքը դժվարացնում է ԱԱՊ գործունեության տարանջատումն ամբուլատոր այլ ծառայություններից: Ուղղություն է վերցված դեպի ընտանեկան բժիշկների քանակի ավելացում և ԱԱՊ-ի վրա կենտրոնացում, ինչը զուգորդվում է հիվանդանոցային համակարգ՝ մասնագիտացված օգնության փոխանցմամբ:

ՀՀ կառավարության կողմից 1997 թվականին հաստատված և 2003 թվականին վերանայված ԱԱՊ ռազմավարությունը³ սահմանում է համակարգի մի շարք նպատակներ, այդ թվում՝

- հիվանդությունների կանխարգելում,
- առաջնային բուժօգնության մատչելիության բարձրացում,
- ԱԱՊ որակի և արդյունավետության բարելավում,
- շարունակական բուժօգնության ապահովում,
- բնակչության կարիքներին արձագանքող ԱԱՊ,
- հիվանդանոցային բուժօգնության անհրաժեշտության նվազեցում,
- ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության բարձրացում,

- ԱԱՊ նպատակներն իրագործելու հարցում համայնքների մասնակցության բարձրացում:
- Այդ նպատակներին հասնելու համար սահմանված կոնկրետ ռազմավարություններն ընդգրկում են՝
- կանխարգելիչ միջոցառումների ուժեղացում՝ ռիսկի գործոնների կրճատման և վաղ ախտորոշման միջոցով,
 - համապարփակ առաջնային բուժօգնություն ապահովող ընտանեկան բժշկության ներդրում,
 - ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայության նյութատեխնիկական բազայի ամրապնդում,
 - ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայության բազմազանության ավելացում,
 - բուժանձնակազմի, հատկապես՝ գյուղական բուժաշխատողների հմտությունների ու գործունեության որակի բարելավում,
 - պոլիկլինիկական նեղ մասնագիտական ծառայությունների աստիճանական ինտեգրում հիվանդանոցային օղակին,
 - ԱԱՊ հիմնարկների ու մարդկային ռեսուրսների օպտիմալացում:

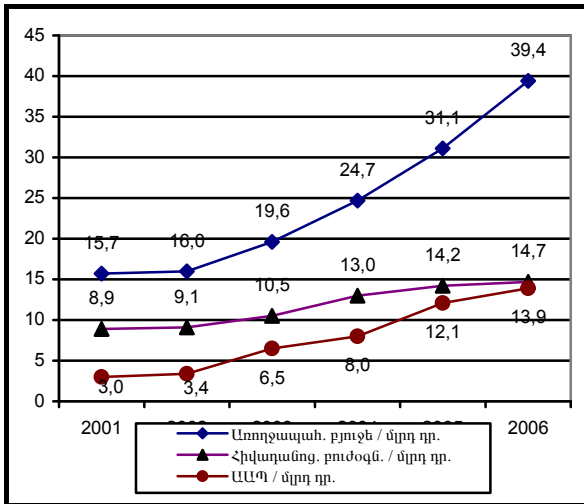
Ռազմավարություններ ֆինանսավորման, ծառայությունների և իրականացողների համար

Ֆինանսավորում

Հայաստանն ունի առողջապահության պետական ծախսերն ավելացնելու հավակնոտ ծրագիր: ՀՀ առողջապահության բյուջեի բացարձակ արժեքը 2002 թվականից արագ աճել է՝ տարեկան մոտ 5.9 միլիարդ դրամով: Արագ են աճում նաև ԱԱՊ հատկացումները: Նույն ժամանակահատվածում դրանք աճել են տարեկան 2.6 միլիարդ դրամով և աստիճանաբար հավասարվել պետական բյուջեից հիվանդանոցային օղակին հատկացվող միջոցներին (Գ-ժապատկեր 3):

³ ՀՀ բնակչության առողջության առաջնային պահպանման 2003-2008թթ. ռազմավարությունը և ՀՀ-ում առողջության առաջնային պահպանման կազմակերպման ու ֆինանսավորման նոր մեթոդների մշակման 2003-2005թթ. փորձարարական ծրագիրը հաստատելու մասին: ՀՀ Կառավարություն 13 նոյեմբեր, 2003, N1533-Ն:

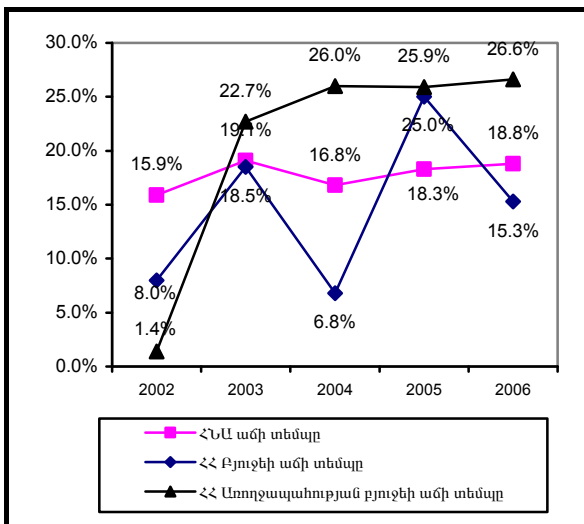
Գծապատկեր 3. Առողջապահական բյուջեն, ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակին բյուջետային հատկացումները



Աղբյուր՝ ՀՀ Առողջապահության նախարարություն

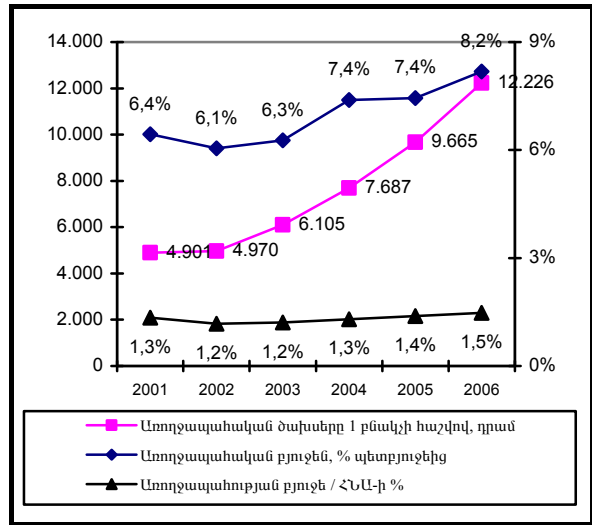
Սկսած 2002 թվականից, առողջապահական բյուջեի աճի տեմպերը զգալիորեն ավելի բարձր են եղել, քան պետական բյուջեի և ՀՆԱ աճի տեմպերը (Գծապատկեր 4): 2002-2006 թվականներին Առողջապահական բյուջեի տարեկան միջին աճի տեմպը կազմել է 25%, այն դեպքում, երբ պետական բյուջեի աճի միջին տեմպը եղել է՝ 16.5%, իսկ ՀՆԱ-ի աճի միջին տեմպը՝ 18.3%:

Գծապատկեր 4. ՀՆԱ-ի, պետական բյուջեի և առողջապահական բյուջեի աճի տեմպերը, 2002-2006թթ.



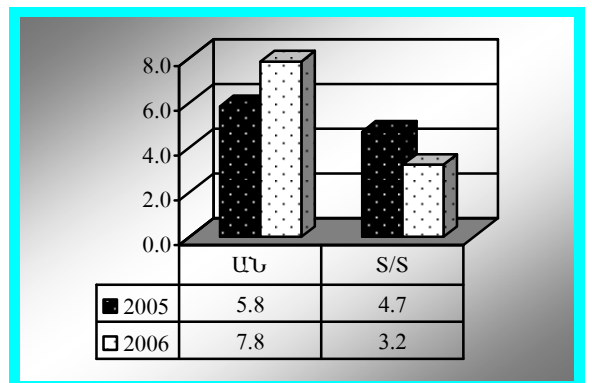
Աղբյուր՝ ՀՀ Առողջապահության նախարարություն

Գծապատկեր 5. Առողջապահական բյուջետային ծախսերը, % պետական բյուջեից, % ՀՆԱ-ից, 1 բնակչի հաշվով բյուջետային առողջապահական ծախսերը տարվա ընթացքում



Աղբյուր՝ ՀՀ Ազգային վիճակագրական ծառայություն (ԱՎՇ)

Գծապատկեր 6. Առողջապահության նախարարության և տնային տնտեսությունների կողմից բժշկական և ախտորոշիչ հիմնական ծառայությունների համար կատարված ծախսերը, 2005 և 2006թթ., մլրդ դրամ

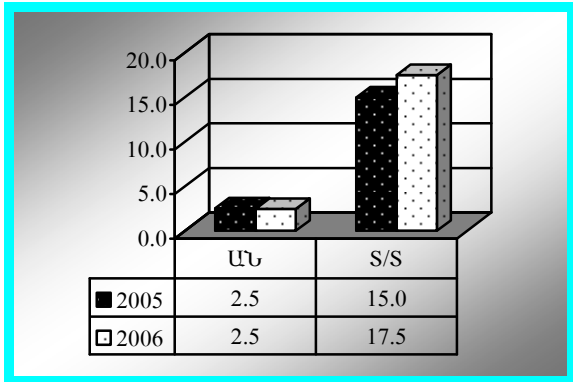


Աղբյուր՝ Առողջապահության ազգային հաշիվներ (ԱԱՀ)

2005 թվականի համեմատությամբ 2006 թվականին Առողջապահության նախարարության կողմից ԱԱՊ համար կատարված ծախսերն աճել են 34%-ով, իսկ տնային տնտեսությունների դեպքում՝ դրանք նվազել են 33%-ով:

2005 թվականին տնային տնտեսությունների կողմից կատարված ԱԱՊ ծախսերը կազմում էին Առողջապահության նախարարության համանման ծախսերի 82%-ը, իսկ 2006 թվականին այդ ցուցանիշը նվազել է մինչև 41%:

Գծապատկեր 7. 2005 և 2006 թվականներին ամբուլատոր օդակում, ԱՆ կողմից՝ դեղատոմսերով բաց թողնվող, և տնային տնտեսությունների կողմից՝ առանց դեղատոմսերի բաց թողնվող, դեղորայքի համար կատարած ծախսերը

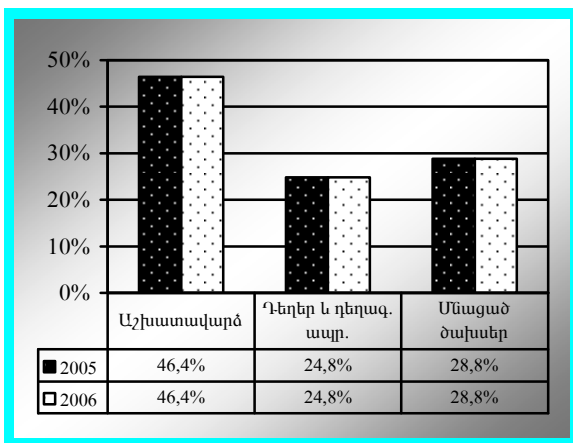


Աղբյուր՝ ԱԱՀ

2006 թվականին, երբ ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնությունն իր ամբողջ ծավալով ընդգրկվեց պետպատվերում, աճեց բնակչության հոսքը դեպի ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օդակ: Այդ աճն ուղեկցվել է ախտորոշման և բժշկական օգնության համար տնային տնտեսությունների վճարների նվազմամբ: Սակայն, հիվանդների հաճախումների աճին հաջորդիվ բնակչությունը սկսեց ավելի շատ ծախսել դեղերի ձեռքբերման համար, քանի որ անվճար դեղորայք ստանալու իրավունք ունեն բնակչության միայն որոշակի խավերը:

Ըստ ԱԱՀ 2005 և 2006 տվյալների՝ ԱԱՊ օդակում ծախսերի կառուցվածքը չի փոփոխվել (Գծապատկեր 8):

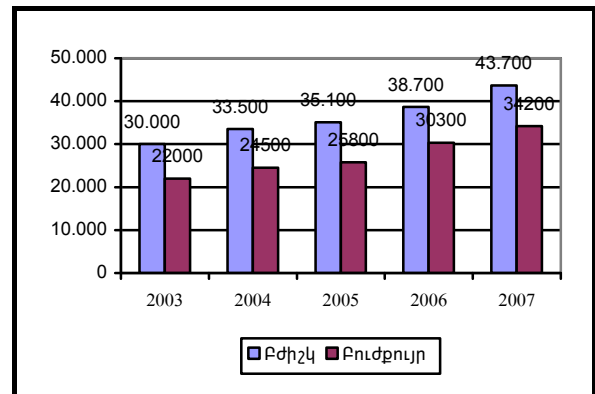
Գծապատկեր 8. Ծախսերի կառուցվածքը ԱԱՊ օդակում, 2005 և 2006 թթ.



Աղբյուր՝ ԱԱՀ

Բուժանձնակազմի համարժեք վճարումը շարունակում է մնալ համակարգի առավել կարևոր և խնդրահարույց հիմնահարցերից մեկը: Ըստ Առողջապահության նախարարության՝ 2003-2006 թվականներին բժշկի և բուժքրոջ միջին աշխատավարձերն աճել են (Գծապատկեր 9):

Գծապատկեր 9. Բժիշկների և բուժքույրերի միջին աշխատավարձերը 2003-2006 թվականներին



Աղբյուր՝ ՀՀ Առողջապահության նախարարություն

Ակնհայտ է, որ աշխատավարձային սպասումների և իրական աշխատավարձերի միջև տարբերությունները հանդիսանում են առողջապահական համակարգում մեծ ստվերին նպաստող և բուժօգնության մատչելիության վրա ազդող գործոններ:

Ծառայություններ և իրականացնողներ

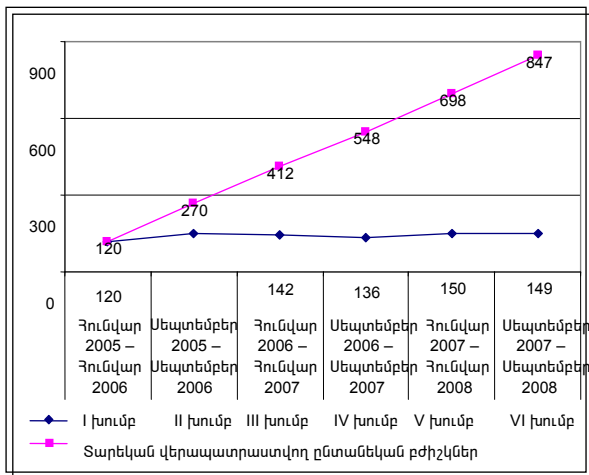
Հայաստանի Հանրապետության կողմից միջազգային կազմակերպություններից վերցված վարկային և դրամաշնորհային միջոցների զգալի մասը ներդրվում է առողջապահական համակարգում: ԱԱՊ հիմնարկները վերանորոգելու և կադրային համալրման ու վերապատրաստման խնդիրները հասցեագրելու նպատակով իրականացվել են վարկային ու դրամաշնորհային ծրագրեր: 1998-2006 թվականներին վերանորոգվել են գյուղական 36 և կառուցվել՝ 60 նոր ամբուլատորիաներ և առողջության կենտրոններ: Ընդհանուր թվով 226 բժշկական կենտրոններ և բուժկետեր ապահովվել են սարքավորումներով:

Ընտանեկան բժիշկների պատրաստումը ԱԱՊ բարեփոխումների առանցքային ուղղություններից մեկն է: Ակնկալվում է, որ բարեփոխումների արդյունքում ընտանեկան բժիշկների և ընտանեկան բժիշկների անկախ

խմբային պրակտիկայի համակարգը⁴ պետք է փոխարինի այժմ գործող պոլիկլինիկական համակարգին: Ընտանեկան բժշկները պետք է ստանձնեն այժմ գործող տեղամասային թերապևտների գործառույթները և սերտորեն համագործակցեն հիվանդանոցային օդակի նեղ մասնագետների հետ:

2007 թվականի հոկտեմբերի դրությամբ Առողջապահության ազգային ինստիտուտում և Պետական բժշկական համալսարանում վերապատրաստվել ու ընտանեկան բժշկի որակավորում է ստացել 769 բժիշկ, այդ թվում՝ Համաշխարհային Բանկի (ՀԲ) առողջապահական առաջին ծրագրի (1999-2003թթ.) շրջանակում՝ 221, իսկ ՀԲ Առողջապահական համակարգի արդիականացման առաջին ծրագրի շրջանակում՝ 548 բժիշկ:

Գծապատկեր 10. ՀԲ վարկային ծրագրով վերապատրաստված ընտանեկան բժշկների քանակը (Ընտանեկան բժշկների վերապատրաստում, ԱՀԱԾ 1)



Միաժամանակ, ընտանեկան բժշկության գծով այժմ վերապատրաստվում են 229 բժիշկ և նրանց վերապատրաստումը կավարտվի 2008 թվականի հունվար և սեպտեմբեր ամիսներին:

Բուժիմնարկների հաշվետվության պաշտոնական ձևերի տվյալներով՝ 2006 թվականին Առողջապահության նախարարության համակարգում աշխատում էին 388 ընտանեկան բժիշկներ, որոնցից 165-ը՝

ԱԱՊ համակարգում: Այս տարբերությունը բացատրվում է այն հանգամանքով, որ որպես ընտանեկան բժիշկներ վերապատրաստվող թերապևտները, վերադառնալով իրենց բուժիմնարկները, շարունակում են գրանցված մնալ իրենց հին հաստիքների վրա, քանի որ որոշ ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հաստատություններ դեռևս չունեն համապատասխան լիցենզավորում: Այս թիվն ավելի քան կրկնակի անգամ գերազանցում է 2003 թվականի տվյալները, իսկ 2001 թվականին Հայաստանը չունեի ընտանեկան բժշկության պրակտիկա իրականացնող բժիշկներ:

Ըստ ՀՀ բնակչության ԱԱՊ 2003-2008թթ. ռազմավարության, Հայաստանի Հանրապետությանն անհրաժեշտ է 1500-2000 ընտանեկան բժիշկ: Հայաստանի բնակչությունը 2006 թվականին կազմել է 3,219,200 մարդ, Թիրախային այս ցուցանիշը համապատասխանում է ընտանեկան բժիշկների աշխատանքային միջին ծանրաբեռնվածությանը, որը կազմում է 1600-ից մոտ 2100 բնակիչ:

Աղյուսակ 1. 2006 թվականին ԱԱՊ-ում գործող բժիշկների և բուժբույրերի բաշխումն ըստ մասնագետների

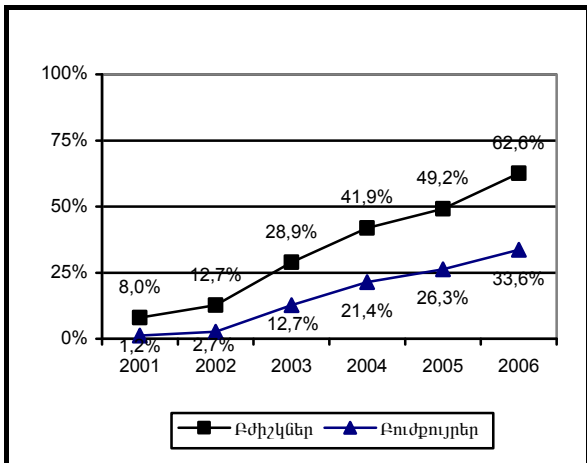
Բժիշկներ	4628
Նեղ մասնագետներ	2768
Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ	1860
Տեղամասային թերապևտ	915
Տեղամասային մանկաբույժ	780
Ընտանեկան բժիշկ	165
Բուժբույրեր	5958
Մանկաբարձ	544
Գինեկոլոգներն ընդգրկված են ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկների ընդհանուր թվում	

Աղբյուր՝ Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոն (ԱՏՎՀԿ)

Համաձայն ԱԱՊ լիցենզավորման ընթացակարգերի՝ բժիշկներն ու բուժբույրերը, ելնելով իրենց մասնագիտություններից, պետք է 3 կամ 5 տարին մեկ անցնեն որակավորման բարձրացում: Վերապատրաստումներն իրականացնում է ՀՀ Առողջապահության ազգային ինստիտուտը:

⁴ Ընտանեկան բժիշկների անհատական և անկախ խմբային պրակտիկայի իրականացման կարգը հաստատվել է ՀՀ Կառավարության 2007թ. ապրիլի 19-ի թիվ 497-Ն որոշմամբ:

Գծապատկեր 11. 2002-2006 թվականներին կատարելագործված բժշկների և բուժքույրերի ընդհանուր տոկոսը



Աղբյուր՝ ԱԱԳ

Վերապատրաստումը որոշիչ է բուժօգնության լավագույն պրակտիկան խրախուսելու համար: Գծապատկեր 11-ը ցույց է տալիս, որ 2001-2006 թվականներին վերապատրաստված բժիշկների և բուժքույրերի ընդհանուր տոկոսն աճում է, սակայն վերապատրաստման տեմպն անբավարար է բոլոր բժիշկների և բուժքույրերի կատարելագործումն ապահովելու համար:

Կանխարգելում, հայտնաբերում, կառավարում և մատչելիություն

Ռ-ազմավարությունների ազդեցությունը կոլիտարկվի ոչ տարափոխիկ հիվանդություններին առնչվող առողջապահական ծառայությունների մատուցման և սպառման տեսանկյունից: Նման հիվանդությունների կանխարգելումը, հայտնաբերումը և կառավարումը ԱԱԳ-ի կարևորագույն գործառնություններն են՝ թե բնակչության հիվանդության բեռի, թե, ընդհանուր առմամբ, առողջապահական համակարգի կենսակայունության տեսանկյունից:

Ոչ տարափոխիկ հիվանդությունների արդյունավետ կառավարումն ընդգրկում է հիվանդությունների բուժումը և հետագա վատթարացման ու քարոզությունների կանխարգելումը:⁵ Սա ընդգրկելու է այլ ոլորտներ և մասնագետներ, իսկ բուժօգնության մի մասը մատուցվելու է հիվանդանոցային օդակում: Ուղեգրումը և

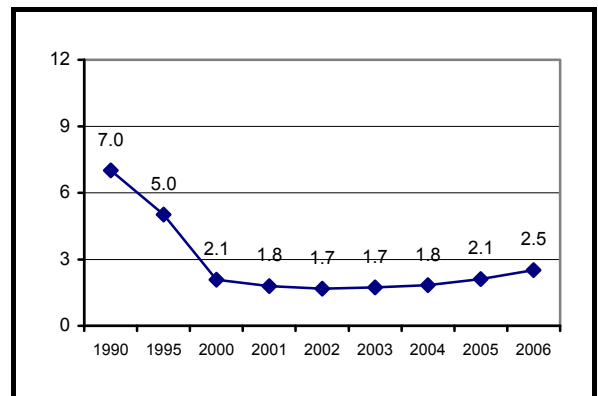
⁵ Флетчер Р., *Клиническая эпидемиология*. Медия сфера, Москва, 1998.

հիվանդության կառավարման գործառնությունների մեծ մասը կլինի ԱԱԳ օդակի պատասխանատվությունը: Հետևաբար, այս բաժինը դիտարկում է նաև ԱԱԳ ընտրված միջամտություններ (օրինակ՝ մամոգրաֆիկ սկրինինգ), որոնք Հայաստանում այժմ մատուցվում են հիվանդանոցների կողմից:

2003 թվականից աճել է մեկ անձի կողմից ամբուլատոր-պոլիկլինիկական տարեկան այցերի թիվը (Գծապատկեր 12): 1990-2006 թվականների միտումները բացահայտում են վերջին տարիներին տեղ գտած կայուն աճ, որը հաջորդում է 1990-2000 թվականների կտրուկ նվազմանը, երբ ժառանգած Խորհրդային մոդելի թերություններն ավելի սրվեցին Լեռնային Ղարաբաղի հակամարտությամբ և վառելիքի ու էլեկտրաէներգիայի անբավարարությամբ:

2006 թվականին ամբուլատոր պոլիկլինիկական օդակի ծառայությունների ամբողջ փաթեթն ընդգրկվեց պետական վերում: Արդյունքում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական այցերի քանակը մեկ տարվա ընթացքում աճեց 20%-ով՝ 2005 թվականի 6,773,000-ից հասնելով 8,109,200-ի՝ 2006 թվականին:

Գծապատկեր 12. Մեկ անձի տարեկան ամբուլատոր հաճախումների թիվը (առանց տնային հաճախումների), 1990-2006 թվականներ



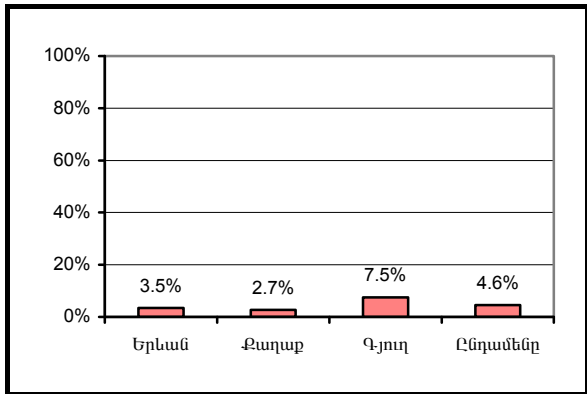
Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Համաձայն Առողջապահության նախարարության կանոնակարգերի՝ տեղամասային թերապևտն իր պարտադիր կանխարգելիչ այցերի ընթացքում (Գծապատկեր 13), պետք է իրականացնի հետևյալ քարոզչական և սկրինինգային գործողությունները.

- առողջ ապրելակերպի քարոզչություն,
- տեղեկատվություն ծխելու և վնասակար այլ սովորությունների մասին,

- ՊԱՊ քսուկի հետազոտության նշանակում՝ արգանդի վզիկի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման նպատակով,
- կրծքագեղձի ինքնազննման տեխնիկայի ուսուցանում,
- կրծքագեղձի գնում՝ քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման նպատակով և մամոգրաֆիայի նշանակում՝ ըստ բժշկական ցուցման,
- զարկերակային ճնշման չափում՝ հիպերտենզիայի վաղ հայտնաբերման նպատակով:

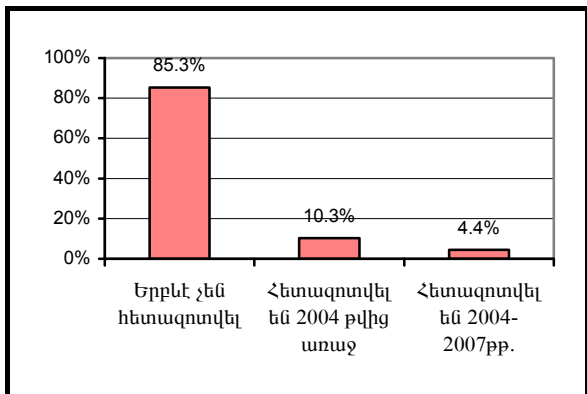
Գծագիր 13. Տեղամասային թերապևտների կանխարգելիչ այցեր



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ հետազոտություն, 2007

ԱՀԿ-ը խորհուրդ է տալիս, որ 30-60 տարեկան կանայք երեք տարվա ընթացքում անցնեն առնվազն մեկ մամոգրաֆիկ և մեկ ՊԱՊ բջջաբանական հետազոտություն, իսկ Հայաստանի ազգային ուղեցույցն արտացոլում է այս հանձնարարականը:

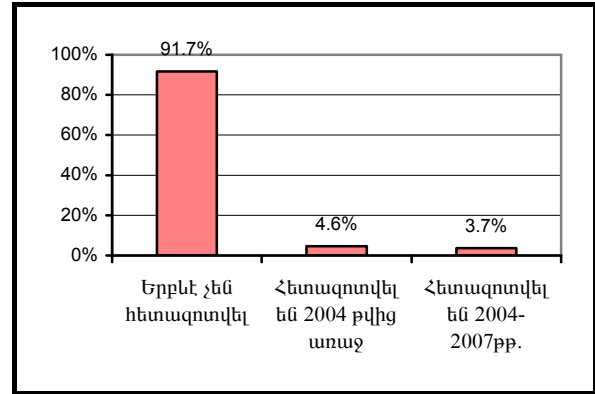
Գծագիր 14. ՊԱՊ բջջաբանական հետազոտություն անցած կանանց թիվը



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ հետազոտություն, 2007

Կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ ախտորոշման, բուժման և կանխարգելման նպատակով մամոգրաֆիկ հետազոտությունը կատարվում է բժշկական ցուցումով:

Գծագիր 15. Մամոգրաֆիկ հետազոտություն անցած կանանց թիվը



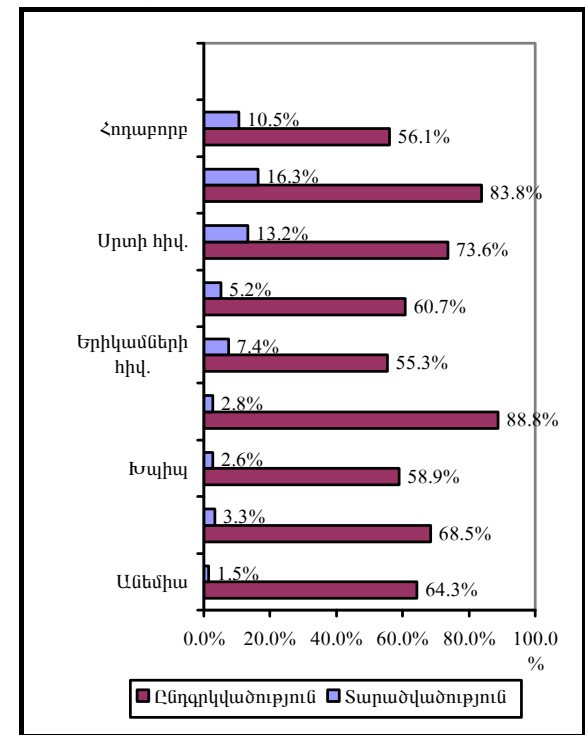
Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ հետազոտություն, 2007

Աղյուսակ 2. Մամոգրաֆիկ և ՊԱՊ քսուքի հետազոտություն անցած կանանց թիվն ըստ տարիքային խմբերի

Հետազոտություն	Տարիքային խումբ,	Հետազոտվածները, %
Մամոգրաֆիա	30-39	4.3
	40-49	5.6
	50-59	5.9
ՊԱՊ քսուք	30-39	6.9
	40-49	5.6
	50-59	4.2

Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ հետազոտություն, 2007

Գծագիր 16. Ոչ վարակիչ հիվանդությունների տարածվածության և բուժման գործընթացում ընդգրկվածության մոտարկող գնահատականներ



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ հետազոտություն, 2007

Հիվանդությունների տարածվածությունը որոշվել է հետազոտության մասնակիցներին հարց ուղղելով, թե արդյո՞ք նրանք ունեցել են բժշկի կողմից ախտորոշված որոշակի հիվանդություն և արդյո՞ք այդ հիվանդությունն իրենց անհանգստացրել է նախորդող մեկ տարվա ընթացքում:

Հիվանդությունների կառավարմանը հնարավոր է հետևել հսկիչ ինդիկատորների միջոցով, որոնք կապակցված են բարձրորակ, արդյունավետ բուժօգնության հետ: Աղյուսակ 3-ը և Աղյուսակ 4-ը ներկայացնում են հիպերտենզիայի և շաքարային դիաբետի կառավարումը վերահսկելու օրինակներ:

Աղյուսակ 3. Հիպերտենզիայով հիվանդների արդյունավետ վերահսկման ինդիկատորներ

Ինդիկատոր	%
Վերջին 1 տարվա ընթացքում կատարվել է արյան ճնշման չափում	89.1
Վերջին չափման ժամանակ ճնշումը բարձր է եղել 140/90-ից	85.6
Այդ հիվանդների ընդհանուր թվից, տրվել է բժշկական խորհուրդ, կամ նշանակվել է բուժում	93.3
Բժշկի խորհուրդների կատարման կամ բուժման արդյունքում, ճնշումը չի գերազանցել՝ 140/90-ը	45.6
Հարցման պահին ունեցել են բարձր ճնշման խնդիրներ	37.4
Հաշվարկները կատարված են բժշկի կողմից ախտորոշված հիպերտենզիա ունեցող հիվանդների քանակից, որոնց հիվանդությունն անհանգստացրել է վերջին 1 տարվա ընթացքում:	

Աղբյուր՝ ԱՀԳ-Գ հետազոտություն, 2007

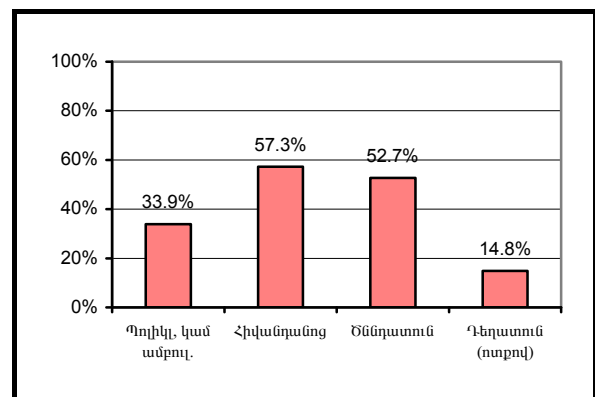
Աղյուսակ 4. Շաքարային դիաբետով հիվանդների արդյունավետ վերահսկման ինդիկատորներ

Ինդիկատոր	%
Վերջին 1 տարվա ընթացքում կատարվել է գլյուկոզայի մակարդակի չափում	91.5
Գլյուկոզայի մակարդակը վերջին չափման ժամանակ եղել է.	
նորմալ՝ 5.6-ից ցածր	4.3
նորմայից մի փոքր բարձր՝ 5.6-6.1	22.9
բարձր՝ 6.1-ից բարձր	72.9
Այդ հիվանդներին տրվել է խորհուրդ կամ նշանակվել է բուժում	100.0
Բժշկի խորհուրդների կատարման կամ բուժման արդյունքում գլյուկոզայի մակարդակը չի գերազանցել 5.6	41.2
Գլյուկոզայի մակարդակը հարցման պահին եղել է.	
նորմալ՝ 5.6-ից ցածր	13.3
նորմայից մի փոքր բարձր՝ 5.6-6.1	26.7
բարձր՝ 6.1-ից բարձր	60.1
Հաշվարկները կատարված են բժշկի կողմից ախտորոշված շաքարային դիաբետ ունեցող հիվանդների քանակից, որոնց՝ հիվանդությունն անհանգստացրել է վերջին 1 տարվա ընթացքում:	

Աղբյուր՝ ԱՀԳ-Գ հետազոտություն, 2007

ԱՀԳ-Գ-ը դժվարություններ ունեցավ հիվանդությունների կառավարման գնահատման հարցում՝ հիմնականում այն պատճառով, որ Հայաստանում բացակայում են հիվանդությունների վարման արձանագրությունները և բժշկա-տնտեսագիտական ստանդարտները: Դիտարկվել է ԱԱՊ օղակի գործունեությունը, սակայն միջոցառումներից շատերը հիմնվում են անհատների համար բուժօգնության մատչելիության վրա, սակայն հիվանդությունների տարածվածությունը հիմնվում է ախտորոշման վրա: Բարեփոխումների կարևոր կողմ է հանդիսացել մատչելիության հարցում արգելքների նվազեցումը: ԱՀԳ-Գ ընտրանքային հետազոտության (2007) ընթացքում ստացված տվյալները մատչելիության և սպառման վերաբերյալ տալիս են նմանօրինակ տեղեկատվություն:

Գծապատկեր 17. Բնակչության տոկոսը, որին բուժաստատություն տրանսպորտով հասնելու համար պահանջվում է 20 կամ ավելի րոպե



Աղբյուր՝ ԱՀԳ-Գ հետազոտություն, 2007

Հիվանդանոցների փակումը գյուղական վայրերում կարող է առաջացնել աշխարհագրական մատչելիության խնդիրներ:

Հետազոտության արդյունքների համաձայն Հայաստանի 20 և ավելի տարիք ունեցող բնակչության շրջանում բուժօգնության կարիքի առաջացման հավանականությունը 30.8% է: Դրանցից մասնագիտական բուժօգնության դիմաձևերի թիվը կազմում է 74.9%: Սա նշանակում է, որ բուժօգնության անհրաժեշտության դեպքում բուժօգնության չի դիմում բնակչության 25.1%-ը: Ընդհանուր առմամբ, բուժօգնության չդիմելու հիմնական պատճառ են մնում ֆինանսական խոչընդոտները (41.7%), իսկ երկրորդ պատճառը (36.2%)՝ ինքնաբուժումն է (մշակութային գործոն): Օրինակ՝ նշանակված դեղորայքի արժեքը չի վճարվում կամ միայն մասամբ է վճարվում պետական միջոցներից:

Ռիսկի գործոններ, հիվանդություն և կյանքի սպասվելիք տևողություն

Բնակչության առողջության վիճակը հանդիսանում է ռազմավարական գործառնական մոդելի վերջնական արդյունքը և նպատակը: Սա նկարագրվելու է ռիսկի գործոններն ու հիվանդության ցուցանիշները բնակչության միջոցով: Ռիսկի գործոնները բնակչության նախորդ բաժնում նկարագրված առողջապահական խորհրդատվության կիզակետն են: Դրանք նաև առաջնահերթ ներդրում ունեն սույն բաժնի վերջում նկարագրված վերջնական ազդեցություններում:

Ռիսկի գործոններ

Առողջության ռիսկի գործոնների տարածվածությունը փոխկապակցված է ոչ տարափոխիկ հիվանդությունների կանխարգելման հետ: Ընդհանրապես, ենթադրվում է, որ ռիսկի գործոնների տարածվածությունը հնարավոր է կրճատել հանրային ավելի մեծ իրազեկվածության միջոցով:

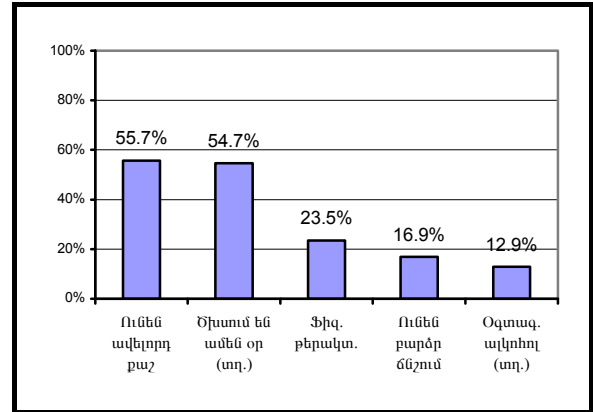
Ռիսկի գործոնների տարածվածությունը և բնակչության իրազեկվածությունը գնահատվել են վերլուծելով ԱՀԳ-Գ ընտրանքային հետազոտությունը⁶, որը, կիրառելով ԱՀԿ գնահատականներից վերցված շեմային արժեքները՝ հետազոտությանը նույնականացրել է ռիսկի հետևյալ գործոնների տարածվածությունը (Գ-ժապատկեր 18).

- զարկերակային բարձր ճնշում (սիստոլիկ/դիաստոլիկ > 140/90)
- ծխախոտի օգտագործում
- ակոհոլի օգտագործում (օրեկան 20 գրամ մաքուր սպիրտին համարժեք)
- ավելորդ քաշ (ՄՁԻ > 25.0)
- ֆիզիկական քերակտիվություն (>30 րոպե դանդաղ քայլից):

Հայաստանում ծխախոտի և ակոհոլի օգտագործմանն առնչվող ինդիկատորները հիմնականում արտացոլում են տղամարդկանց վարքը: Ամեն օր ծխում է կանանց միայն 1.6%-ը և օրեկան 20 գրամից ավելի մաքուր սպիրտի համարժեք ակոհոլ է օգտագործում կանանց 0.9%-ը: Սակայն հարկ է նշել, որ ծխախոտի օգտագործման տարածվածության հետազոտությունները

ցույց են տալիս, որ ամեն օր ծխող տղամարդկանց քանակը 2005 թվականի 57.4%-ից, նվազել է մինչև 54.7%: Հիպերտենզիայի տարածվածությունը նույնպես ավելի բարձր է տղամարդկանց միջավայրում:

Գ-ժապատկեր 18. Ռիսկի գործոնների տարածվածություն

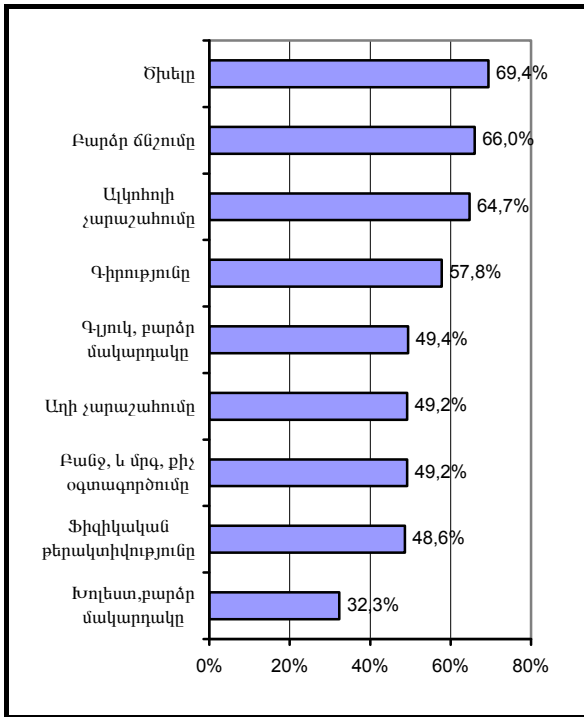


Աղբյուր՝ ԱՀԳ-Գ հետազոտություն, 2007

ԱՀԳ-Գ հետազոտության ընթացքում գնահատվեց ռիսկի գործոնների տարածվածությունը, ինչպես նաև բնակչության իրազեկվածությունը: Բնակչության իրազեկվածության տվյալները մինչև տվյալ ընտրանքային հետազոտություն չէին գնահատվել, հետևաբար՝ միտումները հնարավոր չէ դիտարկել: Գ-ժապատկեր 19-ը ներկայացնում է ռիսկի գործոնների բացասական ազդեցության վերաբերյալ հարցվածների իրազեկվածության տոկոսները: Այդուհանդերձ, չնայած իրազեկվածության նման աստիճանների, ռիսկային վարքի բարձր մակարդակները պահպանվում են (Հավելված 7):

⁶ Հարկ է հիշել, որ հետազոտության տվյալները, ընդհանուր առմամբ, վերաբերում են 20 կամ ավելի տարիք ունեցող բնակչությանը:

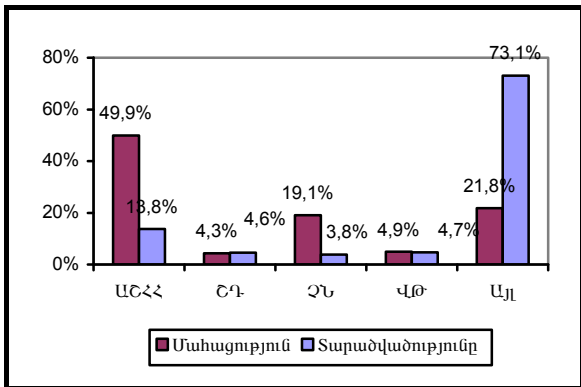
Գծապատկեր 19. Ռիսկի գործոնների վերաբերյալ իրազեկվածություն



Աղբյուր՝ ԱՀԳԳ հետազոտություն, 2007

Հիվանդությունների տարածվածություն

Գծապատկեր 20. Ոչ վարակիչ հիվանդությունների տարածվածությունը և մահացությունը, 2006 թվական



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

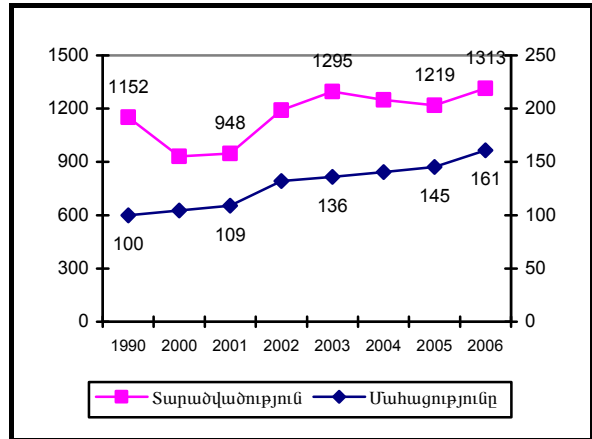
ԱՇՀՀ՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ

ՇԴ՝ շաքարային դիաբետ

ՉՆ՝ չարորակ նորագոյացություններ

ՎԹ՝ վնասվածքներ և թունավորումներ

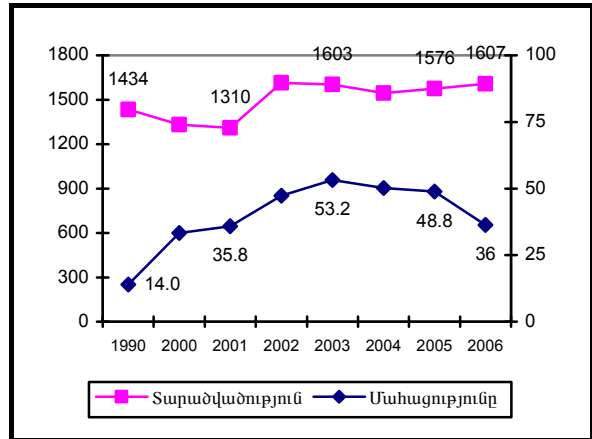
Գծապատկեր 213. Չարորակ նորագոյացությունների տարածվածությունը և մահացությունը 100,000 բնակչի հաշվով



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

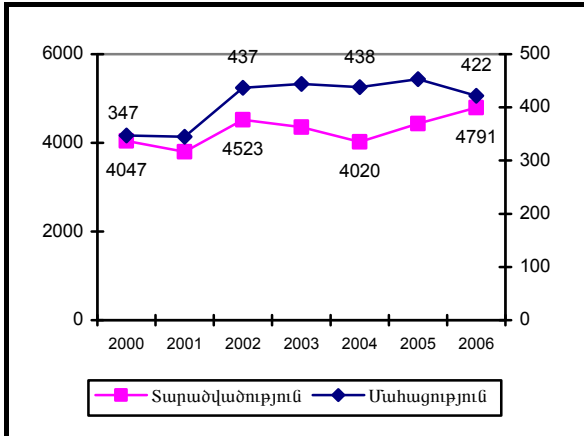
1990 թվականից չարորակ նորագոյացություններով հիվանդությունների տարածվածությունն աճել է 14%-ով, իսկ մահացության աճն ավելի բարձր է եղել՝ 61%: Շաքարային դիաբետով հիվանդության տարածվածությունն աճել է 12%-ով, իսկ մահացության աճը եղել է գրեթե երկու անգամ ավելի:

Գծապատկեր 42. Շաքարային դիաբետի տարածվածությունը և մահացությունը 100,000 բնակչի հաշվով



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Գծապատկեր 23. Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների տարածվածությունը և մահացությունը 100,000 բնակչի հաշվով



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

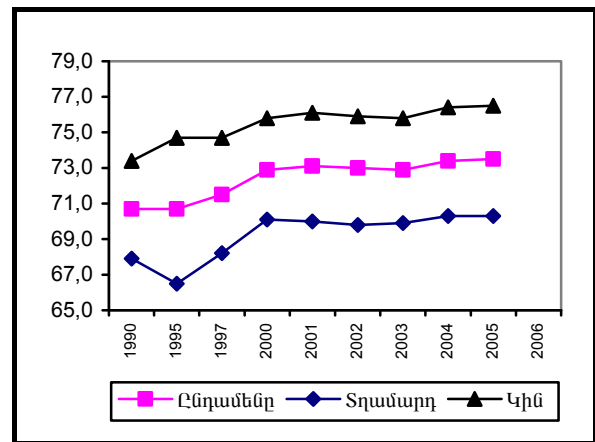
Ակնկալվում է, որ ռիսկի գործոնների նվազեցման միջոցով տարածվածության մակարդակի կառավարումն ի վերջո կհանգեցնի մահացության մակարդակի կրճատման: Սա կարող է փոխկապակցվել հապաղումների ազդեցության հետ, ինչպես նաև հուշել այդ ժամանակահատվածում բուժօգնության մատչելիության ու որակի հարցում համակարգի ցածր կատարողականի մասին:

Մրանից բխում է մեթոդաբանական կարևոր հետևություն՝ կանխարգելիչ այցերի իրականացման խիստ ցածր մակարդակների հետևանքով 2001-2005 թվերին դիտվող փոփոխությունների միտումներում հնարավոր չէ գնահատել բուժօգնության որակի ազդեցությունը մահացության ցուցանիշների վրա: Տարածվածության գնահատումները պահանջում են կապ առողջապահական համակարգի հետ և ակտիվ ախտորոշում: Չախտորոշված հիվանդությունների մեծ քանակը արհեստականորեն նվազեցնում է բուժօգնության որակի գնահատականները (բարձր մահացություն՝ հիվանդության ցածր տարածվածության պայմաններում): Իսկ հիվանդությունների հայտնաբերման ավելի բարձր մակարդակի դեպքում, կոփտվի բուժման որակի գնահատականների բարելավում, քանի որ մահացության հարաբերակցությունը տարածվածությանը նվազում է:

Հայաստանում կյանքի ընդհանուր սպասվելիք տևողությունը տրված է Գծապատկեր 24-ում: Տվյալները դժվար է համարժեք մեկնաբանել, քանի որ 1990-ից մինչև 2006 թվականն այդ ինդիկատորի

արժեքն աճել է: 1990-ականները տնտեսական անկման ժամանակահատված էին, երբ տրամաբանորեն պետք է որ վատթարանար նաև բնակչության առողջության վիճակը: Սա կարող է փոխկապակցված լինել հապաղման հետ, որն առնչվում է արդյունքների բազմաթիվ ինդիկատորներին: Տնտեսական անկումն ազդեցություն ունեցավ առողջապահական համակարգի արդյունքների վրա, սակայն դրա ազդեցությունները կարող են բաշխվել ավելի երկար ժամանակահատվածներով և որոշ չափով զգալի լինել սպազայում:

Գծապատկեր 24. Հայաստանում կյանքի սպասվող տևողությունը հաշվարկած ծննդյան պահից



Աղբյուր՝ ԱՎԾ

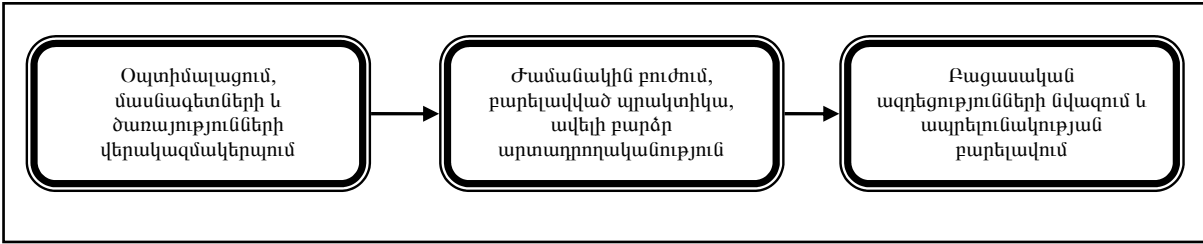
Եզրակացություն

Դժվար է տարանջատել ԱԱՊ վրա ազդեցությունները, քանի որ այդ ծառայություններից շատերը շարունակում են մատուցվել այն օղակներում, որոնք ներառում են մասնագիտացված ծառայություններ: ԱԱՀ տվյալները հուշում են, որ 2005 թվականին ընտանեկան բժշկության ծավալը և պետական ֆինանսավորումը մնում էին համեմատաբար ցածր: Ընդհանուր առմամբ, մենք տեսնում ենք ամբողջատոր ծառայությունների սպառման աճ և մատչելիության բարելավում, սակայն պահպանվում են ֆինանսական արգելքները:

Բժիշկների և բուժքույրերի վերապատրաստումն ընթանում է թիրախային ցուցանիշներից մոտ կիսով չափ ցածր մակարդակներով: Սա ունի առողջ սպրելակերպի վերաբերյալ խորհրդատվության և հիվանդությունների կառավարման պրակտիկական բարելավելու պոտենցիալ: Ռիսկային վարքի մակարդակները մնում են բարձր, իսկ դրանց կրճատումը կունենա մեծ ազդեցություն: Թեպետ հիվանդությունների կառավարման բարելավվում է արձանագրվում, պահանջվում

Է ավելի լավ տեղեկատվություն այն մոնիթորինգի ենթարկելու և դրան հետևելու համար, քանի որ հիվանդությունների կառավարումը վճռորոշ դեր ունի առողջապահական ազդեցությունները բարելավելու, հիվանդության բեռը նվազեցնելու և կենսակայունությունը խրախուսելու հարցում:

ԳԼՈՒԽ 2. ՀԻՎԱՆՊԱՆՈՑԱՅԻՆ ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔԱՅԻՆ ԲԱՐԵՓՈՒՈՒՄՆԵՐ



Հիվանդանոցային օղակի ռազմավարությունները հիմնականում կենտրոնանում են ծառայության հզորությունները պահանջների առավել սերտորեն փոխկապակցելու վրա: Ազդեցության ներկայացված ինդիկատորները կարող են ուղղակիորեն փոխկապակցվել հիվանդանոցային օղակի գործունեությանը:

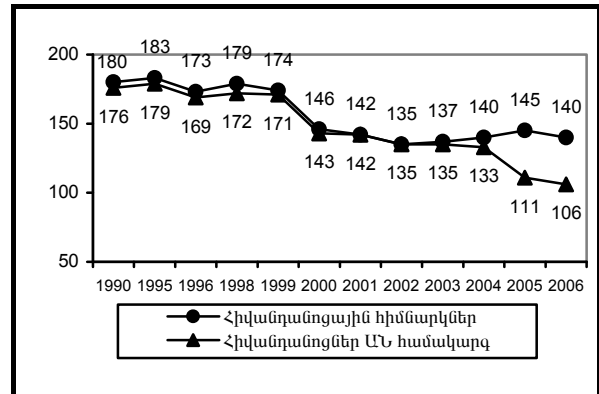
Հիվանդանոցային օղակի բարեփոխումները սահմանված են ՀՀ կառավարության 2001թ. փետրվարի 5-ի թիվ 80 որոշման մեջ: Հիմնական նպատակների թվում են՝

- հիվանդանոցային հզորությունների համապատասխանեցումը պահանջներին,
- հիվանդանոցների օպտիմալ քանակի ստեղծում՝ հիվանդանոցների միացման կամ միաձուլման միջոցով,
- հիվանդանոցների իրավաբանական կարգավիճակի հստակեցում՝ օգտագործելով լիցենզավորումը որպես համապատասխանության գործիք,
- մահճակալների թիվ/ բնակչություն ցուցանիշի շեմային արժեքների կիրառում,⁷
- նեղ մասնագիտական բուժիաստատությունների մի մասի տեղափոխում Երևանից՝ մարզեր,
- հիվանդանոցային ստացիոնար և ամբուլատոր խնամքի բաժանմունքների ստեղծում՝ նեղ մասնագետներով համալրված ամբուլատորիաներով, և ԱԱՊ օղակի բժիշկների միջոցով կարգավորվող ուղեգրմամբ:

Օպտիմալացման և ծառայությունների վերակազմակերպման ռազմավարություններ

Հիվանդանոցների քանակը Հայաստանում նվազել է մինչև 2002 թվականը, սակայն վերջին շրջանում, հիվանդանոցային համակարգում սեփականաշնորհման անցկացմանը զուգահեռ, սկսել է աճել: 2004-ին Հայաստանում եղել է 21 մասնավոր հիվանդանոց, իսկ 2006 թվականին՝ 25: Մահճակալների ընդհանուր հարաբերությունը ներկայացված է Գծապատկեր 25-ում, որտեղից երևում է մահճակալների ընդհանուր քանակում նախարարության մահճակալների մասնաբաժնի նվազումը:

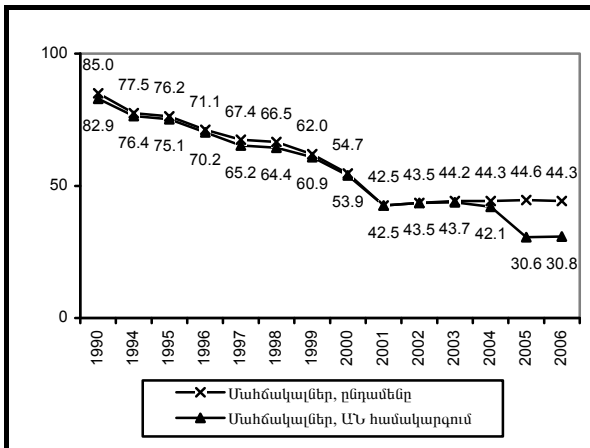
Գծապատկեր 25. Հիվանդանոցային հիմնարկների քանակը, 1990-2006



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

⁷ Թե բազմապրոֆիլ, թե մոնոպրոֆիլ հիվանդանոցների համար (օպտիմալ չափն առաջարկվում է 200-500 մահճակալ): Ենթադրվում է, որ 120 մահճակալ/10,000 բնակչին հարաբերակցության դեպքում մահճակալների տարեկան զբաղվածության ցուցանիշը կբարձրացնի մինչև 220-255 օրվա:

Գծապատկեր 26. Հիվանդանոցային մահճակալների քանակը 10,000 բնակչի հաշվով, 1990-2006



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Մահճակալային ֆոնդի օգտագործման ինտենսիվության կրճատումը հանգեցրել է, հավանաբար, մահճակալային ֆոնդի կրճատմանը, իսկ առավել կտրուկ կրճատումը տեղի է ունեցել 1999-2001 թվականներին (15.6%)՝ հիվանդանոցային համակարգի օպտիմալացման ծրագրի հաստատմանը հաջորդիվ:

Այն դեպքում, երբ 2006 թվին մասնավորեցված հիվանդանոցներում մահճակալների քանակը կազմել էր ընդհանուրի 26.5%-ը, այստեղ ընդունվել են հիվանդների 37.2%-ը: Մասնավորեցված հիվանդանոցներում, Առողջապահության նախարարության համակարգի հիվանդանոցների նկատմամբ, ավելի բարձր է հիվանդանոցային մահճակալի տարեկան զբաղվածության միջին օրերի թիվը, որը 2004-2006 թվականներին շարունակաբար աճել է, իսկ նախարարության համակարգի հիվանդանոցներում այդ ցուցանիշը մնացել է հարաբերականորեն անփոփոխ:

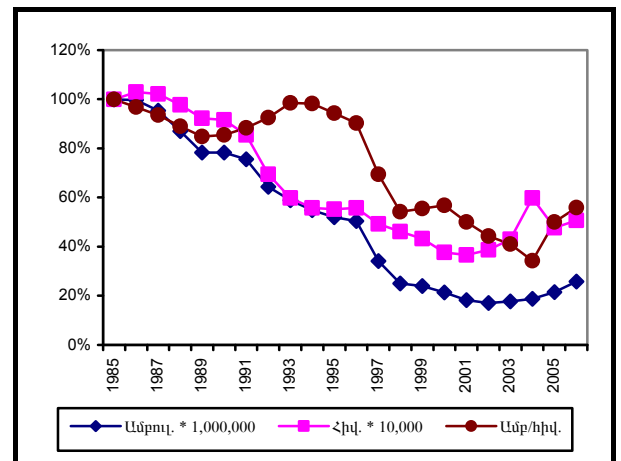
Մասնավորեցված հիվանդանոցներում, Առողջապահության նախարարության համակարգի նկատմամբ, ավելի կարճ է նաև մահճակալի վրա հիվանդի անցկացրած օրերի միջին քանակը, որը վերջին երեք տարիների ընթացքում նվազում է: Առողջապահության նախարարության համակարգում այդ ցուցանիշն ունի նվազման շատ թույլ արտահայտված միտում⁸: Հարկ է նշել, որ այս

⁸ Անշուշտ, այդ ցուցանիշը չի կարող փոքր լինել, տվյալ առողջապահական համակարգի համար տեսականորեն գոյություն ունեցող, նվազագույն արժեքից: Այդ արժեքը կարող է գնահատվել առողջապահական համակարգում առկա բուժման տեխնոլոգիաների առավել արդյունավետ

վերլուծություններում ճշտում չի կատարվում սպասարկվող բնակչության տարբեր խմբերով:

Ենթադրվում է, որ ամբուլատոր բուժօգնության առավել արդյունավետ օգտագործումը նպաստում է առավել ծախս-արդյունավետ համակարգի ձևավորմանը և հանգեցնում է հիվանդանոց ընդունվողների քանակի նվազմանը: Գծապատկեր 27-ը ներկայացնում է ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և հիվանդանոցային հաճախումները, ինչպես նաև նրանց հարաբերությունը: Հարաբերության նվազումը նշանակում է, որ բնակչությունը հարաբերականորեն ավելի քիչ է օգտվում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայություններից՝ հիվանդանոցային ծառայությունների համեմատ: Այսինքն՝ նվազում է առողջապահական համակարգի ծախս-արդյունավետությունը:

Գծապատկեր 27. Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և հիվանդանոցային հաճախումները և դրանց հարաբերությունը 1990-2006թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

1990-2001թթ. հիմնական միտումն էր և՛ ամբուլատոր, և՛ հիվանդանոցային բուժօգնությունների սպառման նվազումը: Այս երկու ինդիկատորների հարաբերությունը վեր է հանում երկու ժամանակահատված՝ 1990-1998թթ. և 1998-2001թթ.: Առաջին ժամանակահատվածի առաջին փուլում (1990-1995թթ.) ավելի արագ է նվազել համեմատաբար բանկ՝ հիվանդանոցային բուժօգնության սպառումը (40%-ով): Արդյունքում, աճել է առողջապահական համակարգի ծախս-արդյունավետությունը: Առաջին ժամանակահատվածի

օգտագործման պայմանով: Սակայն այդպիսի գնահատման համար անհրաժեշտ է հիվանդանոցային օդակի վերաբերյալ տվյալների հավաքագրման ավելի ճկուն համակարգ:

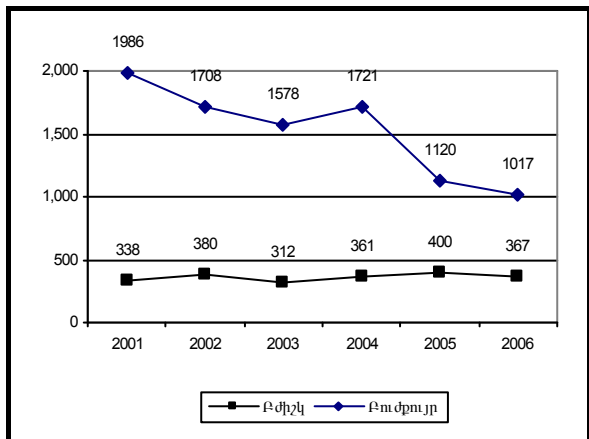
երկրորդ փուլում (1995-1998թթ.) ավելի արագ են կրճատվել ամբուլատոր հաճախումները (52%-ով): Գրա հետևանքով նույնպես կտրուկ նվազել է առողջապահական համակարգի ծախս-արդյունավետությունը (43%-ով):

1998-2001թթ. այս միտումը կրկնվել է ավելի փոքր մասշտաբով: Այժմ տեսնում ենք հարաբերության աճ, ինչը վկայում է արտադրողականության բարելավման մասին: 2005 թվականին, մեծացավ ամբուլատոր բուժօգնության պետպատվերի փաթեթի ծավալը, իսկ 2006-ին ամբուլատոր բուժօգնությունն ամբողջությամբ ընդգրկվեց պետպատվերում: Այս ռազմավարություններն անմիջապես արտահայտվեցին «ամբուլատոր հաճախումներ/հիվանդանոցային հաճախումներ» ինդիկատորի վրա: ԱՀԳ-Գ 2007 ընտրանքային հետազոտության տվյալներով ստացվել է լրացուցիչ տեղեկատվություն սպառման այս միտումների վերաբերյալ: Բուժօգնության դիմելու կարիքի գիտակցման դեպքում հիվանդանոց են դիմել հարցվածների 23.7%-ը, իսկ առաջնային բուժօգնության որևէ օղակ (բուժկետ, ամբուլատորիա, պոլիկլինիկա)՝ 69.0%-ը: Հիվանդանոց դիմածներից 89.8%-ը դիմել են պետական, 9.6%-ը՝ մասնավոր, իսկ 0.6%-ը՝ բարեգործական հիվանդանոցներ:

Հիվանդանոցների կադրային ռեսուրսներ

Պետական բարձրագույն և միջին մասնագիտական բժշկական հաստատություններում պատրաստվող բժիշկների և բուժքույրերի քանակը տրված է Գծապատկեր 28-ում: Գծապատկերից երևում է, որ, թեպետ ավարտած բժիշկների քանակը մնացել է կայուն, 2001 թվականից շարունակ նվազել է ավարտած բուժքույրերի քանակը:

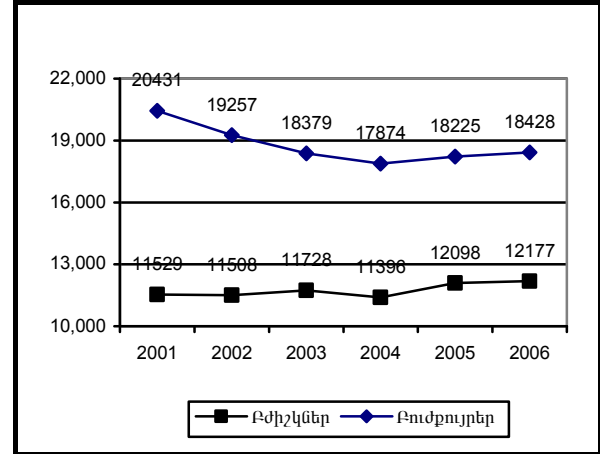
Գծապատկեր 28. Պետական բժշկական հաստատություններ ավարտածների քանակը, 2001-2006



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

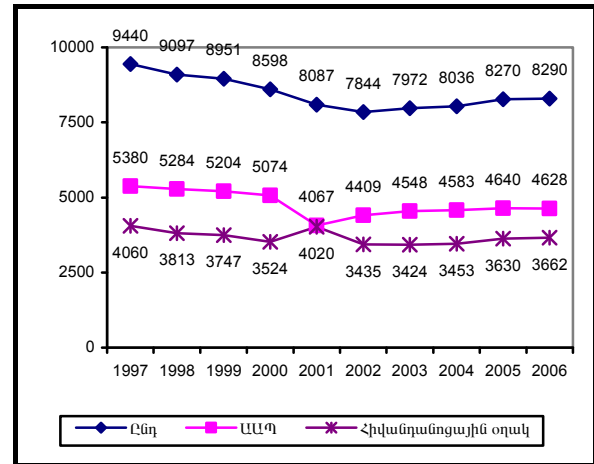
Գործող բժիշկների քանակը 2001-2006 թվականներին աճել է տարեկան միջինը 133-ով: Զգալի նվազումից հետո, վերջին երեք տարիներին դիտվում է նաև բուժքույրերի բացարձակ քանակի աճ՝ տարեկան միջինը 277-ով (Գծապատկեր 29):

Գծապատկեր 29. Հայաստանում բժիշկների և բուժքույրերի քանակը



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

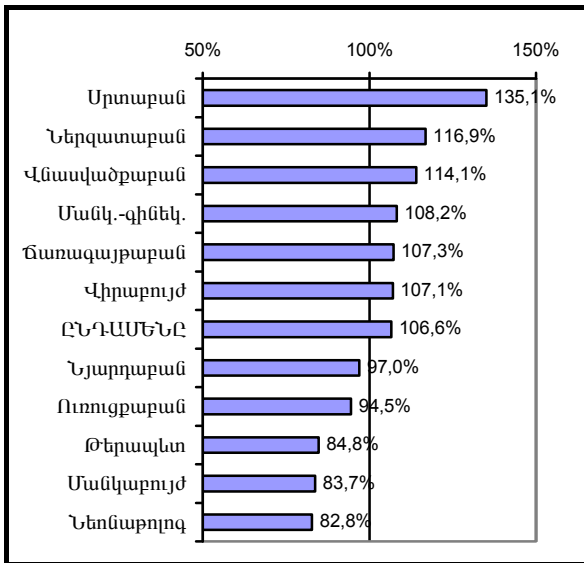
Գծապատկեր 30. Բժիշկների քանակը հիվանդանոցային և ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օղակներում, 1997-2006թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Հիվանդանոցային օղակի նեղ մասնագետների բաշխումը փոփոխվում է՝ ինչպես արտացոլված է Գծապատկեր 31-ում:

Գծապատկեր 31. Հիվանդանոցներում բժշկների քանակի փոփոխությունները 2006 թվին՝ 2001 թվականի նկատմամբ

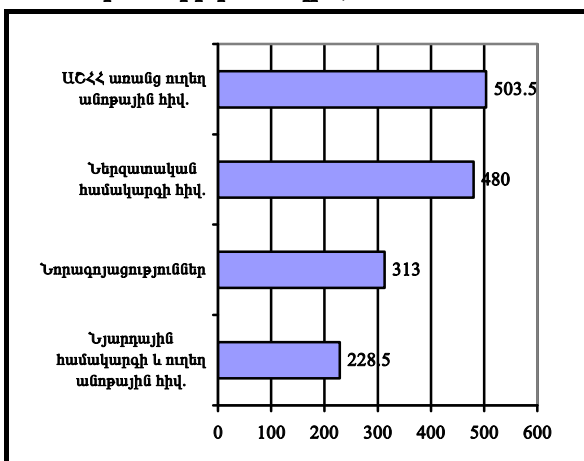


Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Բացարձակ արժեքով առավել էական է թերապևտների և մանկաբույժների կրճատումը, համապատասխանաբար՝ 231 և 205 բժիշկ, իսկ առավել նշանակալից է սրտաբանների և մանկաբարձ-գինեկոլոգների քանակի աճը, համապատասխանաբար՝ 98 և 66:

Առավել տարածված հիվանդությունների գծով բուժօգնության դիմած անձանց և դրանց բուժող նեղ մասնագետների քանակների հարաբերությունները տալիս են այդ նեղ մասնագետների աշխատանքային ծանրաբեռնվածության մոտավոր պատկերը:

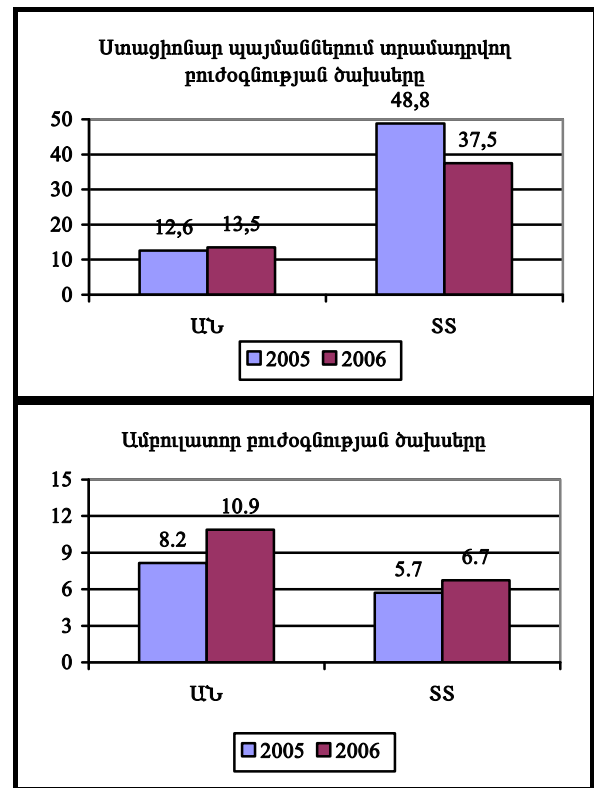
Գծապատկեր 32. Ընտրված ոչ տարափոխիկ հիվանդությունների գծով հիվանդների քանակի հարաբերությունը դրանք բուժող նեղ մասնագետների քանակին, 2006



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Բուժառայությունների մատչելիություն և սպառում

Գծապատկեր 33. Ստացիոնար պայմաններում իրականացվող և ամբուլատոր բուժօգնության ծախսերը՝ Առողջապահության նախարարություն և տնային տնտեսություններ, մլրդ. դրամ⁹



Կարելի է ենթադրել, որ տնային տնտեսությունների կողմից կատարվող ստացիոնար բուժօգնության ծախսերի կրճատման գործոններից մեկն է հանդիսացել ԱԱՊ մատչելիության աճը: Այնուամենայնիվ, հիվանդանոցային օղակում բնակչության կանխիկ վճարումները գրեթե երեք անգամ գերազանցում են Առողջապահության նախարարության կողմից կատարվող ծախսերը: Եթե հաշվի առնենք, որ 2005 թվականին կատարված հետազոտության¹⁰ համաձայն Առողջապահության նախարարության Պետական առողջապահական գործակալության (ՊԱԳ) կողմից հաշվարկված Հիմնական ծառայությունների փաթեթի գները միջին հաշվով կազմում են իրական ընդհանուր ծախսերի ոչ ավել, քան

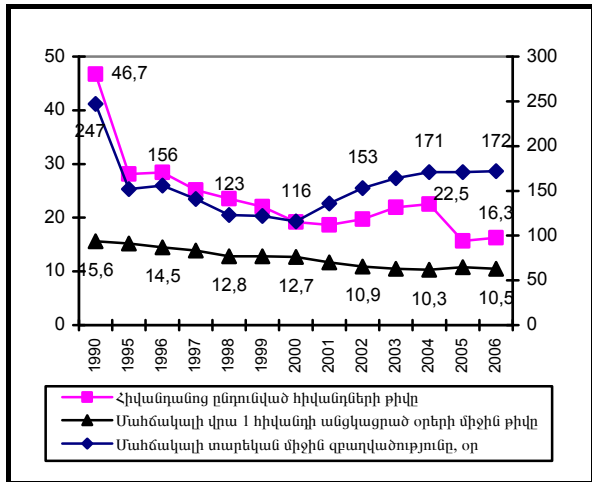
⁹Այս տվյալները ներառում են «Առաջնային բուժօգնության/բժշկական և ախտորոշիչ հիմնական ծառայություններ» ենթակատեգորիան, որը դիտարկված էր Գլուխ 1-ում:

¹⁰ «Հիմնական ծառայությունների փաթեթում ներառված ծառայությունների ինքնարժեքի ուսումնասիրություն», ՀՀ Առողջապահության նախարարություն, «Բիզնես Կոնսալտ» Հայաստան, Hera Բելգիա, 2006:

50%-ը, ապա հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիությունը սոցիալապես անապահով բնակչության խմբերի համար, մնում է խնդրահարույց: Մշակվել են խոցելի խմբերը վճարումներից ազատելու մեխանիզմներ, որոնք, սակայն, դեռևս լիարժեք չեն կիրառվում:¹¹

Ռեսուրսներ և ծախս-արդյունավետություն

Գծապատկեր 34. Հիվանդանոց ընդունվածների թիվը 100 բնակչի հաշվով, մահակալների թիվը՝ 1000 բնակչի հաշվով, և մահակալի վրա անցկացրած օրերի միջին քանակը, Առողջապահության նախարարության համակարգ, 1990-2006



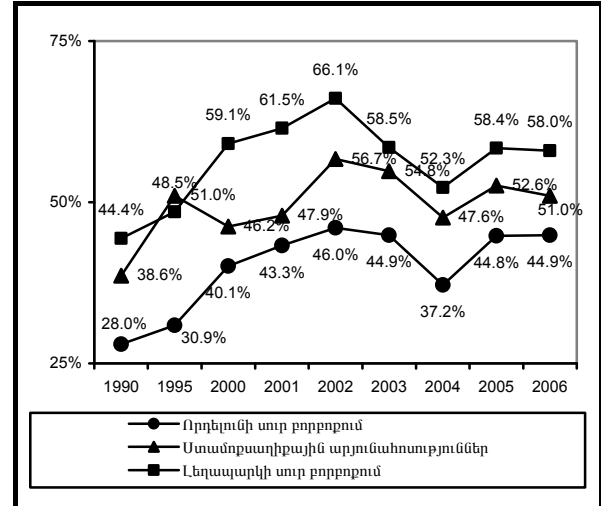
Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

2006 թվականին ԱՆ համակարգի հիվանդանոցներ ընդունված հիվանդների քանակը կազմել է 1990 թվականի ցուցանիշի մեկ երրորդից մի փոքր ավելին, իսկ հիվանդանոցներ ընդունվածների ընդհանուր քանակը կրճատվել է գրեթե 50%-ով: Նույն եղանակով, ամբուլատոր հաճախումների քանակը կրճատվել է 3 անգամ: Հիվանդների քանակի նվազելուն զուգահեռ նվազել է նաև մահակալների օգտագործման ինտենսիվությունը, ինչը նշանակում է, որ նվազել է նաև հիվանդանոցային համակարգի ծախս-արդյունավետությունը:

Հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիության ևս մեկ ինդիկատոր է վիրաբուժական անհետաձգելի օգնության ժամանակին մատուցումը (Գծապատկեր 35): Այս ինդիկատորը 2002-2004-ին ունեցել է

բարելավման միտում, սակայն 2005-ին այն ունեցել է հակադարձ միտում: Այնուամենայնիվ, ընդհանուր առմամբ, այդ ցուցանիշները նշանակալի չափով զիջում են 1990 թվականի ցուցանիշներին:

Գծապատկեր 55. Ախտորոշումից հետո 24 ժամից ավելի ուշ վիրաբուժական օգնություն ստացածների տոկոսը՝ բոլոր հիվանդանոց ընդունվածների նկատմամբ, 2006



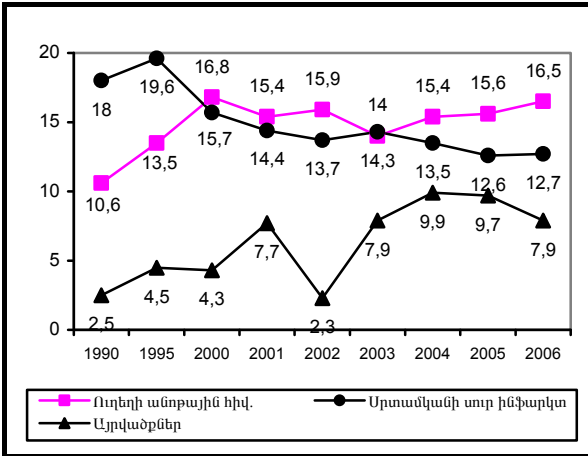
Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Արդյունքներ և ապրելունակություն

Հիվանդանոցային բուժօգնության անմիջական արդյունքները ներառում են ներհիվանդանոցային մահացությունը և բուժօգնության բարդությունները: 1990-2001 թվականներին հիվանդանոցային մահացությունն աճել է 1.1%-ից մինչև՝ 1.9%, այսինքն, 72%-ով: Որից հետո այն նվազել է և վերջին երեք տարիներին կայունացել մոտ 1.6% մակարդակի վրա (Գծապատկեր 36):

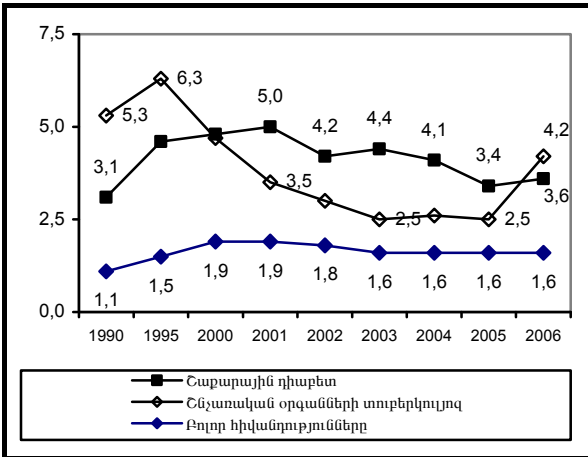
¹¹ Health Systems in Transition: Armenia. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2006.

Գծապատկեր 36. Հիվանդանոցային մահացությունը, % հիվանդանոց ընդունվածների քանակից, 1990-2006



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

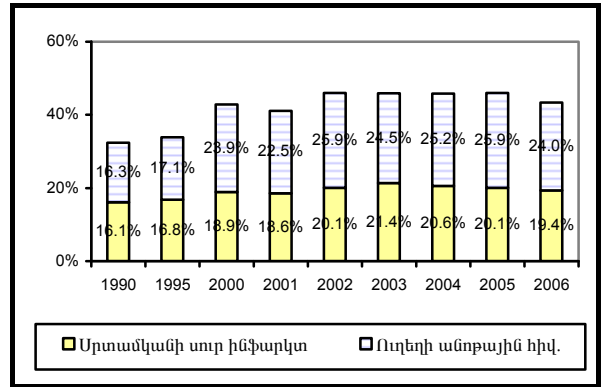
Գծապատկեր 37. Հիվանդանոցային մահացությունը, % հիվանդանոց ընդունվածների քանակից, 1990-2006



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

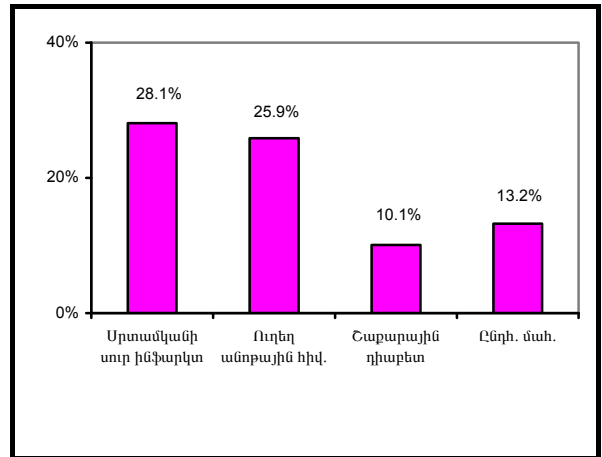
2006 թվականին սրտամկանի սուր ինֆարկտի հիվանդանոցային մահացությունը 1990 թվականի համեմատ ավելի ցածր էր 30%-ով, իսկ ուղեղանոթային հիվանդությունների հիվանդանոցային մահացությունը նույն շրջանում ավելի բարձր է՝ 56%-ով: Կլինիկական հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ժամանակին նշանակված և համապատասխան բուժումը կարող է 40%-ով նվազեցնել մահացությունը ուղեղանոթային հիվանդություններից:

Գծապատկեր 38. Հիվանդանոցներում սրտամկանի սուր ինֆարկտից և ուղեղանոթային հիվանդություններից մահացածների տոկոսը, 1990-2006



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Գծապատկեր 39. Հիվանդանոցային մահերի տոկոսը մահերի ընդհանուր թվից, 2006¹²

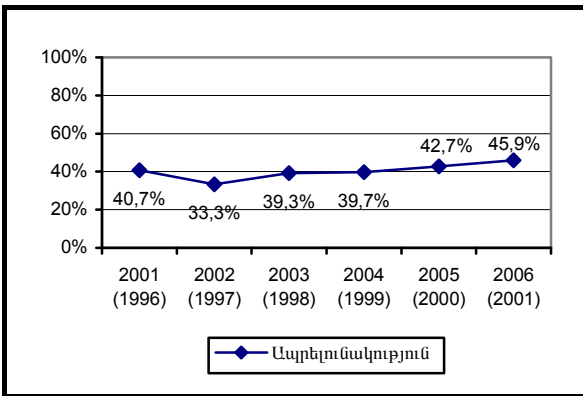


Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Հիվանդանոցային մահերի տոկոսը շատ բարձր է միջինից սրտամկանի սուր ինֆարկտի և ուղեղանոթային հիվանդությունների դեպքերում, երբ այդ հիվանդությունների հետևանքով առաջացած մահերից յուրաքանչյուր չորրորդը տեղի է ունենում հիվանդանոցում: Կլինիկական գործունեությունն առանձնահատուկ ազդեցություն ունի քաղցկեղով ապրելունակության որոշ ցուցանիշների վրա: Կրճապեղծի քաղցկեղի ախտորոշումից հետո հինգ տարի ապրելու հավանականությունը վերջին հինգ տարիների ընթացքում աճել է հինգ տոկոսով:

¹² Այս ցուցանիշի հաշվարկը կապված է դժվարությունների հետ, քանի որ հիվանդանոցային մահացության ցուցանիշները տրված չեն ըստ ՀՄԻ- 10-ի:

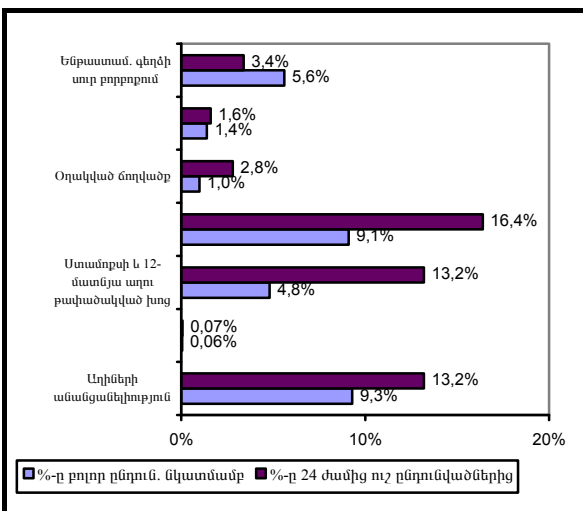
Գծապատկեր 40. Կրծքագեղձի քաղցկեղի ախտորոշումից հետո հինգ տարի ապրելու հավանականությունը, 2001-2006



Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն

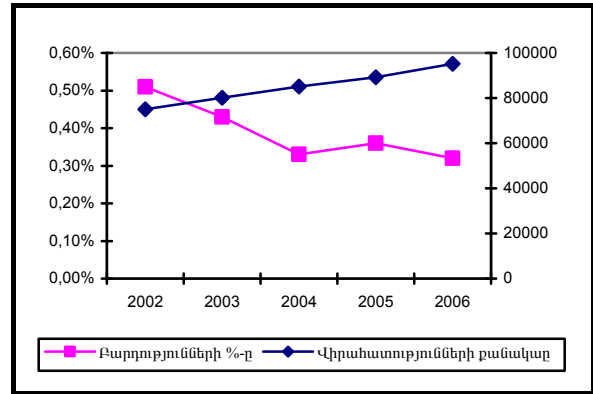
Սրտամկանի սուր ինֆարկտի և ուղեղանոթային հիվանդությունների հետևանքով առաջացած հիվանդանոցային մահերի բարձր տոկոսը անուղակիորեն վկայում են ԱԱՊ օղակի բուժառայությունների մատչելիության և դրանց որակի մասին, այլ ոչ միայն պայմանավորված են հիվանդանոցային գործունեերով: Նույն եղանակով, կրծքագեղձի քաղցկեղով ապրելունակությունն ավելի մեծ է վաղ հայտնաբերման և բուժման պայմաններում, որը նույնպես հիմնվում է ԱԱՊ միջամտությունների վրա: Այդուհանդերձ, մի շարք որակի ինդիկատորներ նույնականացնում են հիվանդների վրա բացասական ազդեցություններ, որոնք հնարավոր է հասցեագրել հիվանդանոցային օղակի գործունեությունը բարելավելու միջոցով:

Գծապատկեր 41. Հետվիրահատական մահացության տոկոսն ախտորոշումից 24 ժամ անց բոլոր ընդունվածների նկատմամբ, 2006



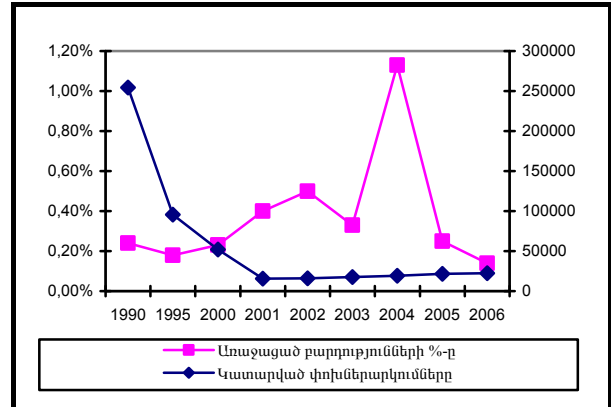
Աղբյուր՝ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն

Գծապատկեր 42. Ներհիվանդանոցային վարակների հետևանքով առաջացած հետվիրահատական բարդությունների տոկոսը, 2002-2006



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Գծապատկեր 43. Արյան փոխներարկումներից առաջացած բարդությունների տոկոսը



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Հարկ է նշել, որ Հայաստանում արյան փոխներարկումների քանակը 1990 թվականի նկատմամբ կտրուկ նվազել է՝ 254419-ից մինչև 15590 (2001թ.), և հետո շատ դանդաղ աճել է՝ մինչև 22254 (2006թ.), ինչը կարող է վկայել արյան փոխներարկում պահանջող բուժառայությունների մատչելիության կտրուկ նվազման մասին: 2004 թվին կատարված արյան փոխներարկումներից առաջացած բարդությունների էքսցեսը հետագա ուսումնասիրության կարիք ունի:

Եզրակացություն

Հիվանդանոցային մահճակալների քանակը նվազել է բնակչության կարիքներն առավել ճշգրիտ արտացոլելու համար, թեպետ մահճակալների քանակի հիմնական կրճատումները տեղի են ունեցել Երևանից դուրս: Ի հայտ է գալիս մասնավոր հիվանդանոցների մեծացող դերը: Համեմատությունը պետական և մասնավոր հիվանդանոցների միջև բարդու-

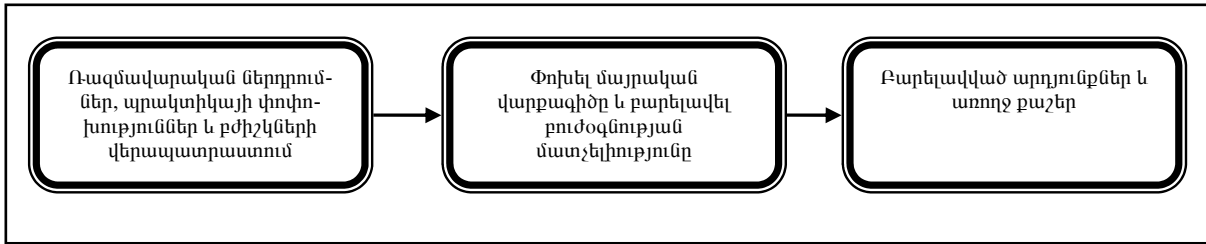
թյուններ է առաջացնում՝ ելնելով կոնկրետ դեպքերի հնարավոր տարբերություններից:

Ընդհանուր առմամբ, մահճակալի վրա անցկացրած օրերի քանակը և անհետաձգելի բուժօգնության մատչելիությունն արձանագրում են որոշակի բարելավումներ, սակայն այս օղակում մեծ են մնում մատչելիության ֆինանսական արգելքները: Հստակ չէ, թե դա ինչպես է ազդում բնակչության կամ

առողջապահական ընդհանուր արդյունքների վրա, սակայն, բուժօգնություն ստանալու դեպքում, հնարա-վոր է տեսնել արդյունքները հիվանդանոցային օղակում:

Ընդհանուր առմամբ, բուժման բարդությունները և բացասական այլ երևույթները կայուն են եղել կամ բարելավվել են: Թեպետ սա դրական է, այս ոլորտում դեռևս առկա են բարելավման զգալի հնարավորություններ:

ԳԼՈՒԽ 3. ԿԵՆՏՐՈՆԱՑՈՒՄ ՄՈՐ ԵՎ ՄԱՆԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎՐԱ



Ռ-ազմավարական տեսանկյունից մոր և մանկան առողջությունն առանձնահատուկ մարտահրավերներ է ներկայացնում: Դրական արդյունքներին նպաստում են առողջապահական ամբողջ համակարգի բաղադրիչները, ինչպես նաև ընդհանուր սոցիալ-տնտեսական պայմանները: Ռ-ազմավարությունների այստեղ ներկայացված բնութագիրը բավականին նեղ է և ուղղակիորեն փոխկապակցված է ծառայությունների մատչելիությանն ու վարքագծի առնչվող մոդելներին: Առողջապահության նախարարությունը սահմանել է մոր և մանկան առողջության բարելավումը որպես բնակչության առողջության պահպանման կարևորագույն նախադրյալ: Կառավարության կողմից 2003թ. հաստատվել է «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015թթ. ռազմավարություն»¹³, որը համապարփակ ծրագիր է, ուր հասցեագրվում են նաև դեռահասների և հաշմանդամ երեխաների կարիքները:

Մոր և մանկան առողջության ռազմավարական նպատակներն ունեն հինգ հիմնական բաղադրիչներ¹⁴.

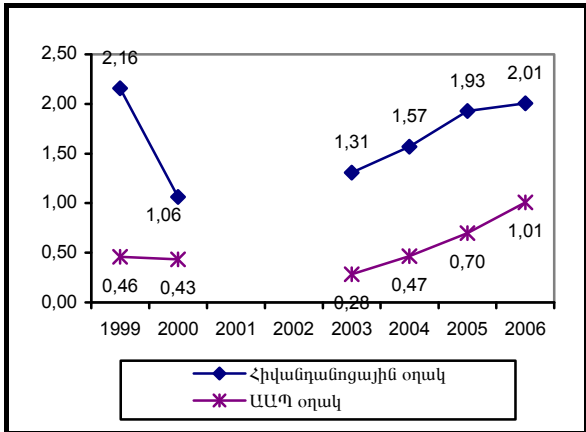
1. երեխաների առողջության պահպանում
 2. դեռահասների առողջության պահպանում
 3. մայրերի առողջության պահպանում
 4. վերարտադրողական առողջության պահպանում
 5. երեխաների սնուցման բարելավում:
- Սույն գլխում ամփոփ դիտարկված են բոլոր նպատակները, բացի դեռահասների առողջության պահպանման նպատակից:

¹³ ՀՀ Կառավարության որոշում, 8 օգոստոսի, 2003թ, N 1000-Ն
¹⁴ Ռ-ազմավարության նպատակների և մոնիթորինգի ինդիկատորների ցանկը՝ 2003-2015 թվականների համար, տրված է հավելվածում:

Ռ-ազմավարական ներդրումներ, պրակտիկայի փոփոխություն և վերապատրաստում

2003 թվականին մոր և մանկան առողջության պահպանման ռազմավարության ընդունումից հետո՝ ամբուլատոր մանկաբարձ-գինեկոլոգիական ծառայությունների ֆինանսավորումն աճել է տարեկան միջինը 54%-ով, իսկ նույն ծառայությունների ֆինանսավորումը հիվանդանոցային օղակում՝ 16%-ով, թեպետ 2005 թվականին հիվանդանոցային օղակում ծառայությունների պետական ֆինանսավորումը դեռևս չէր հասնում 1999 թվականի մակարդակներին:

Գծապատկեր 44. Հիվանդանոցային և ԱԱՊ օղակներում մանկաբարձ-գինեկոլոգիական գծով բժշկական օգնության ֆինանսավորում, 1999-2006թթ.¹⁵, միլիարդ դրամ



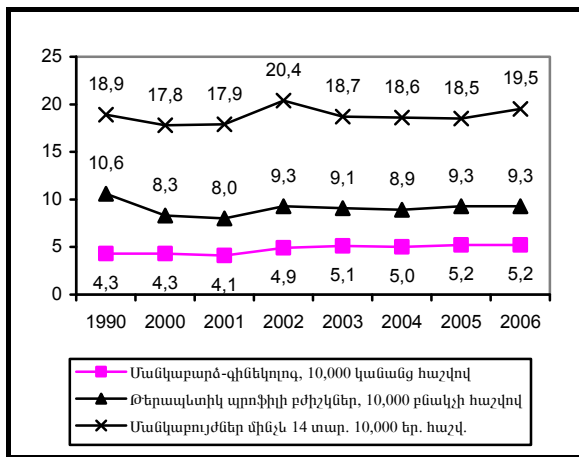
Աղբյուր՝ Առողջապահության նախարարություն

¹⁵ 2001 և 2002 թվականների առողջապահական բյուջեների կառուցվածքները փոփոխված էին և այդտեղ բացակայում էին դիտարկվող դասակարգերը: ԱՏՎՀԿ-ում շատ սահմանափակ են առողջապահության ֆինանսավորման հետ կապված տվյալները: Բացակայում են առողջապահության բյուջեները և առողջապահական պետական ծրագրերի վերաբերյալ ամենաընդհանուր ֆինանսական տվյալները, փոփոխվում են դասակարգերը, որի հետևանքով դժվարություններ են առաջանում պետական ֆինանսավորման միտումների և առանձին ծրագրերի ֆինանսավորումների վերաբերյալ տեղեկությունների հավաքագրման հարցերում:

Որոշ օրինակներ հուշում են մանկաբարձագինեկոլոգիական ծառայությունների դիմաց ստվերային վճարումների մեծ ծավալների մասին, ինչը կարող է վկայել պետական ֆինանսավորման ու ծառայությունների փաստացի արժեքի միջև պահպանվող տարբերությունների վերաբերյալ:¹⁶

Պլանավորվում է բարձրացնել ընտանեկան բժշկների դերը և նվազեցնել կախվածությանը նեղ մասնագետներից՝ ինչպես նկարագրված է Գլուխ 1-ում: 2006 թվականին Հայաստանում մանկաբույժների ընդհանուր քանակը կազմում էր 1049 բժիշկ, որից 780-ը աշխատում էին ԱԱՊ օղակում: Առկա էր նաև 863 մանկաբարձ գինեկոլոգ:

Գծապատկեր 45. Մանկաբույժներ, մանկաբարձ-գինեկոլոգներ և թերապևտներ, 1990-2006թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Մանկաբույժները բնակչությանը սպասարկող բժիշկների ամենամեծ խումբն են կազմում, սակայն ակնկալվում է նրանց քանակի կրճատում¹⁷: ԱԱՊ բարեփոխումների արդյունքում, մանկաբույժների կողմից ներկայումս իրականացվող մի շարք գործառնություններ փոխանցվելու են ընտանեկան բժիշկներին: Դրան համաձայն, 1999 թվականին փակվեց Երևանի պետական բժշկական համալսարանի մանկաբուժական ֆակուլտետը՝ 2004 թվականին տալով շրջանավարտների վերջին խումբը:

16 Health Systems in Transition, op. cit.

17 Վերջին տասնամյակում Հայաստանում հիմնադրվել են բժշկներ և բուժքույրեր պատրաստող մի շարք հաստատություններ: Ամերիաթեշտ է կատարել նաև այդ մասնագետների հաշվառումը՝ թե՛ ԱՀԳ-Գ, թե՛ կադրերի նազնավարական պլանավորման տեսակետերից:

Քուժառայությունների մատչելիություն և սպառում

Սահմանափակ տվյալները հուշում են մանկաբարձագինեկոլոգիական ծառայությունների և, մասնավորապես, ծննդաբերության դիմաց ստվերային վճարումների մեծ ծավալների մասին:¹⁸

Ըստ ձեռք բերված տվյալների՝ արքայաների և օգտագործվող ցավազրկող դեղամիջոցների անհատական վճարումները կազմում են 15,000-ից մինչև 35,000 դրամ: Արքայաներին առնչվող ծախսերը կազմում են 420 միլիոն դրամ: 2005 թվականին ընդհանուր պետական վերը մանկաբարձ-գինեկոլոգիական գծով կազմել է 1.01 միլիարդ դրամ (ներառյալ կեսարյան հատումների պետական վերը), ինչը շատ ավելի քիչ է, քան հաշվարկների համաձայն արքայաների և կեսարյան հատումների վրա առողջապահական համակարգում ծախսված 1.9 միլիարդ դրամը:

Ընտանիքի պլանավորում

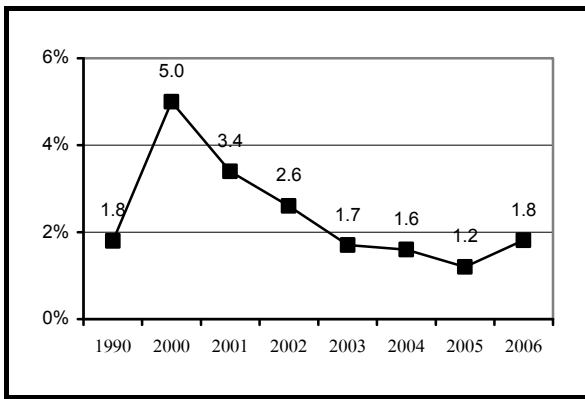
Աղյուսակ 5. Հակաբեղմնավորիչների օգտագործում, ամուսնացած կանայք, 2000 և 2005:

Մեթոդ	2000 (%)	2005 (%)
ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄ Է ՈՐԱՆ ԵՄԵԹՈՎ	60.5	53.1
Որև ժամանակակից մեթոդ	22.3	19.5
Կնոջ ամլացում	2.7	0.6
Հարեր	1.1	0.8
ՆԱՄ	9.4	9.4
Տղամարդու պահպանակ	6.9	8.1
Փրփուր/գել	0.2	0.2
ԼԱՄ	1.9	0.4
Որև ավանդական մեթոդ	38.2	33.6
Ռ-իթմիկ մեթոդ	4.8	3.8
Ընդհատված սեռ. հարաբ.	31.9	27.7
Ժողովրդական մեթոդներ	1.5	2.1
ԶԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄ	39.5	46.9
ԸՆԴԱՄԵՆԸ	100	100
ՆԱՄ – ներարգանդային միջոցներ		
ԼԱՄ – լակտացիոն ամենորեայի մեթոդ		

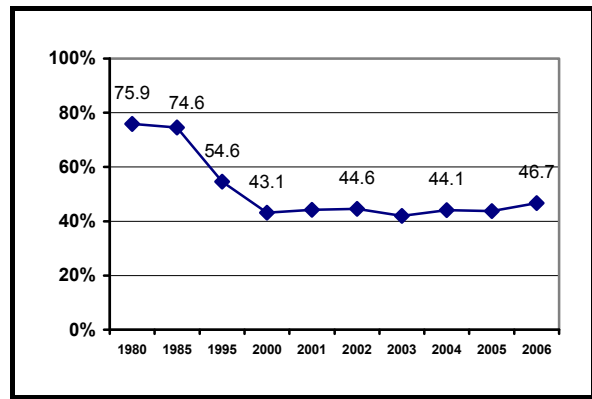
Աղբյուր՝ Հայաստանի ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն (ՀՇԱՀ)

Գծապատկեր 46. Առողջապահական համակարգում հակաբեղմնավորիչների կիրառությանը ընդգրկվածությունը, 1990-2006

18 Health Systems in Transition, op.cit.



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Աղյուսակի և գծապատկերի տվյալներից բխում է, որ առողջապահական համակարգի դերը ընտանիքի պլանավորման հարցերում սահմանափակ է: Այս դերը կարող է բարձրացվել, եթե աճի ԱԱՊ օղակի բժիշկների կողմից իրականացվող այցերի քանակը (Գծապատկեր 12)՝ ապահովելով ապրելակերպի և ընտանեկան պլանավորման մասին խորհրդատվություն: Լուրջ մտահոգության առարկա է այն, որ հակաբեղմնավորիչներ չօգտագործող կանանցից յուրաքանչյուր երրորդը, դրանք չի օգտագործում առաջնային կամ երկրորդային ամլության պատճառով:

Աղյուսակ 6. Ամուսնացած կանանց կողմից հակաբեղմնավորիչներ չօգտագործելու պատճառները, 2000 և 2005թթ.

ՊԱՏՃԱՌ	%
Պտղաբերության հետ կապված խնդիրներ	65.4
Սակավաթիվ սեռական հարաբ. կամ ամուսնու բացակայություն	10.3
Դաշտանադադար	17.9
Առաջնային/երկրորդային անպտղություն	35.7
Յանկանում են ունենալ շատ երեխաներ	1.5
Դեմ է օգտագործմանը	16.8
Գիտելիքի պակաս	0.8
Մեթոդի հետ կապված պատճառներ	13.9
Այլ պատճառ	1.9
Զգիտի	1.0
Ընդամենը	100

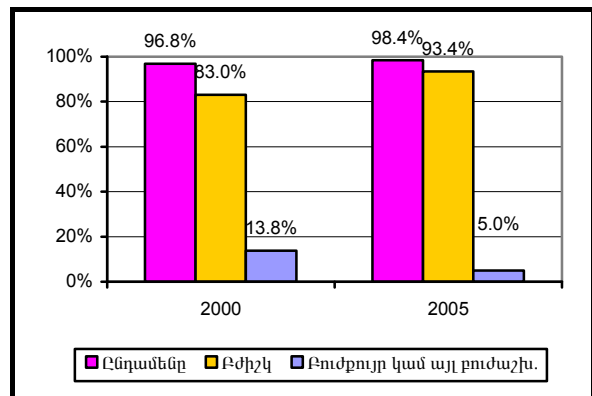
Աղբյուր՝ ՀԺԱՀ

Նախաձեռնողյան և հետձեռնողյան խնամք

Գծապատկեր 46-ը ցույց է տալիս վաղ նախաձեռնողյան խնամքի ցուցանիշի երկու կտրուկ անկում: Առաջինը՝ 1995 թվականին, երբ Հայաստանը սոցիալ-տնտեսական կռակի փուլում էր, իսկ երկրորդը՝ 2000 թվականին՝ 1995 թվականի համեմատ: Վերջին տարիներին ընդգրկվածությունը գրեթե չի փոփոխվել:

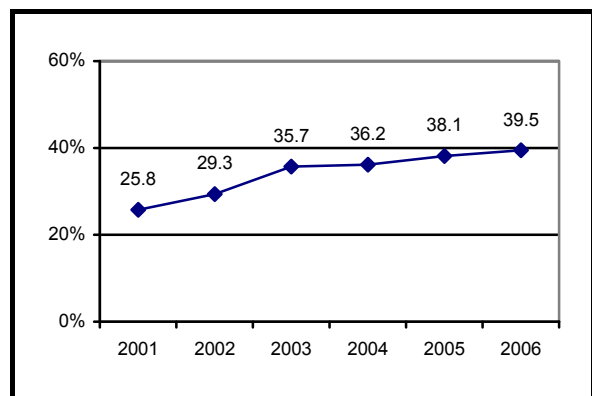
Գծապատկեր 67. Նախաձեռնողյան խնամքի վաղ ընդգրկում (մինչև 12 շաբաթական՝ 100 հղիի հաշվով), 1990-2006թթ.

Գծապատկեր 48. Մասնագիտական ծննդօգնությամբ ընթացած ծննդաբերությունների տոկոսը, 2000 և 2005թթ.



Աղբյուր՝ ՀԺԱՀ

Գծապատկեր 49. 0-12 ամսական երեխաների կրծքով սնուցումը, 1990-2006թթ.



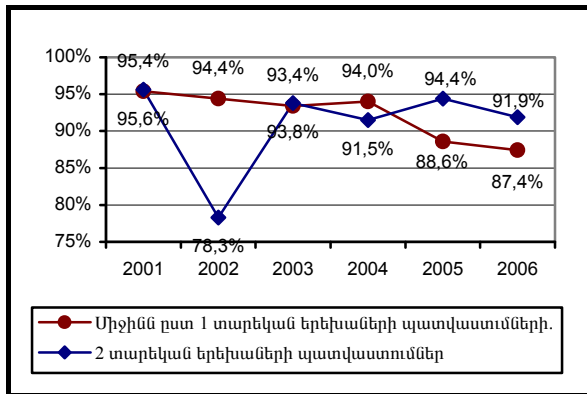
Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Պատվաստում

2001 թվականին, երեխաների ընդգրկվածությունը պատվաստումներով եղել է մոր և մանկան ռազմավարության 2015 թվականի նպատակային ցուցանիշից (95%) բարձր: Սակայն տարեց տարի այդ ցուցանիշը նվազում է (Գծապատկեր 49), իսկ առավել արագ

նվազում է մինչև 1 տարեկան երեխաների պատվաստումներով ընդգրկվածությունը¹⁹:

Գծապատկեր 50. 0-2 տարեկան երեխաների պատվաստում, 2001-2006



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Բարելավված արդյունքներ և առողջ քաշեր

Բուժօգնության այստեղ նկարագրված արդյունքները բաժանվում են երկու դասակարգի: Առաջինը՝ կներկայացվեն բացասական ազդեցությունների նկարագրությունները, որոնք վերագրելի են բուժ-հաստատությունների գործունեությանը: Դրան կհաջորդեն այն ինդիկատորները, որոնք, սովորաբար, կիրառվում են բնակչության առողջության ավելի ընդհանրական գնահատման համար: Այս ինդիկատորների վրա ազդում են ԱԱՊ գործունեությունը և սոցիալ-տնտեսական ավելի ընդհանուր գործոնները:

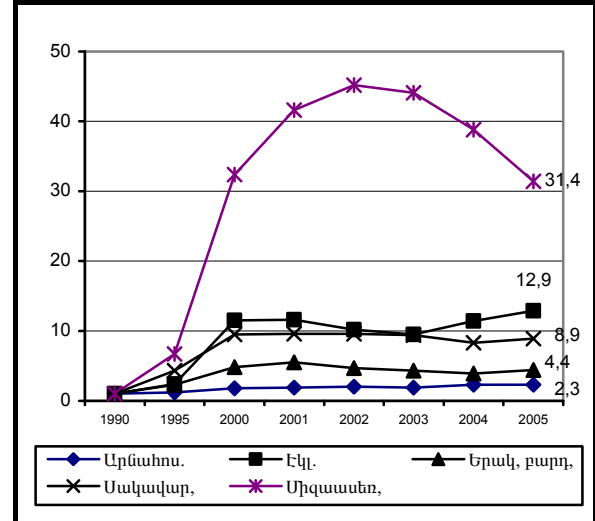
Բացասական ազդեցություններ

Այս բաժնում ներկայացված ինդիկատորները (բացառությամբ, թերևս, կեսարյան հատման) արտացոլում են բուժօգնության որակը ծննդ-օգնության հիմնարկներում, որտեղ տեղի է ունենում ծննդաբերությունների բացարձակ գերակշիռ մասը: Գծապատկեր 51-ում տրված են որոշակի ինդիկատորների ստանդարտացված միտումները, իսկ ինդիկատորների արժեքները՝ 1000 ծնունդների կտրվածքով, տրված են հավելված 8-ում:

Գծապատկեր 51. Ծննդաբերական և հետծննդյան շրջանի բարդությունները ծննդօգնության հիմնարկներում, 1990-2005թթ.

19 ԱՀԳ-Գ. 2007 ընտրանքային հետազոտությամբ այդ ցուցանիշը ստացվել է՝ 90.1 ° 3.84%: Գնահատականը բավական ճշգրիտ է, եթե հաշվի առնենք ընտրանքում մինչև 1 տարեկան երեխաներ ունեցող ընտանիքների բավական փոքր քանակը՝ 209:

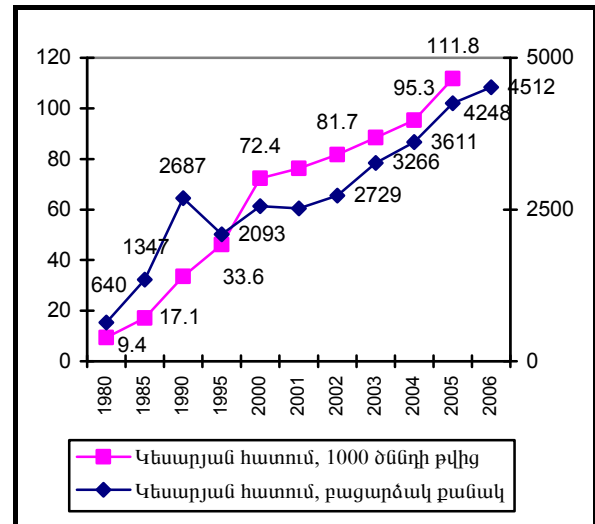
(1000 ծնունդ, 1990 թվականը շեմային տարեթիվ է՝ 1 արժեքով)



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Գծապատկերից բխում է, որ 2000-ականներին ծննդօգնության հիմնարկներում՝ 1990 թվականի նկատմամբ, խնամքը որակապես վատթարացել է (փոփոխությունները ոչ թե տոկոսային են, այլ՝ պատիկ): Ավելին, հարկ է նշել, որ 1980-2005թթ. մոտ 10 անգամ աճել են կեսարյան հատումներով ընթացած ծննդաբերությունները (Գծապատկեր 52): Այդ աճը տեղի է ունեցել նույն ժամանակահատվածում, երբ այլ վիրաբուժական միջամտությունների (վակուում էքստրակցիա, արտաարգանդային հղիություն, արցանադրում) քանակը մնացել է գրեթե անփոփոխ:

Գծապատկեր 52. Կեսարյան հատումներ, 1980-2006թթ.



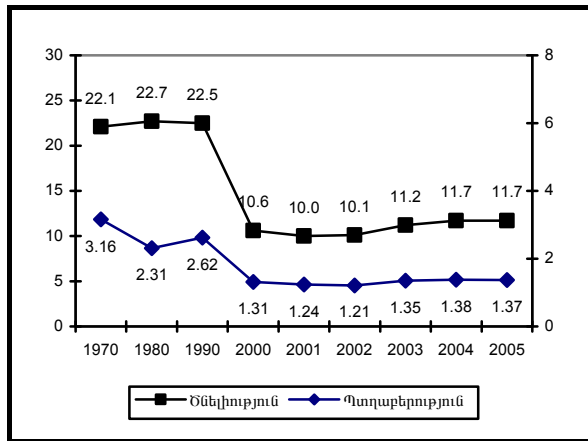
Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Կեսարյան հատումների նմանօրինակ կտրուկ աճի պատճառների վերծանումը կարևոր է մոր և մանկան առողջության խնդիրներից դուրս՝ թե՛ պետության, թե՛ բնակչության

սահմանափակ ֆինանսական միջոցների համատեքստում:

Ծնելիության գործակիցը և պտղաբերությունը 1970-1990թթ. ընթացքում ծնելիության ընդհանուր գործակիցը եղել է մոտ 22՝ 1000 բնակչի հաշվով, իսկ հաջորդիվ նվազել է մինչև մոտ 12 (Գծապատկեր 52): Ակնկալվածի համաձայն, ընկել է նաև պտղաբերության գործակիցը՝²⁰ 1990 թվականի 2.62-ից հասնելով 1.4-ի՝ 2006թվականին²¹:

Գծապատկեր 53. Ծնելիության և պտղաբերության ընդհանուր գործակիցներ (1000 բնակչի հաշվով), 2006



Աղբյուր՝ ԱՎԾ

Հայաստանում արքորսների մակարդակը գրեթե հավասար է ծնելիության մակարդակին: Գծապատկեր 53-ում արքորսների նվազած տոկոսային հարաբերությունը բացատրվում է հղիության ընդհատման այլընտրանքային միջոցի կիրառմամբ:²²

Ըստ Աղյուսակ 6-ում տվյալների, կանանց կողմից հակաբեղմնավորիչներ չօգտագործելու առավել տարածված պատճառը՝ անպտղությունն է, ինչպես նաև սեռական հարաբերությունների կամ ամուսնու բացակայությունը (ըստ ՀԺԱՀ 2005-ի՝ ամուսնացած կանանց 14%-ի ամուսինները բացակայում են):

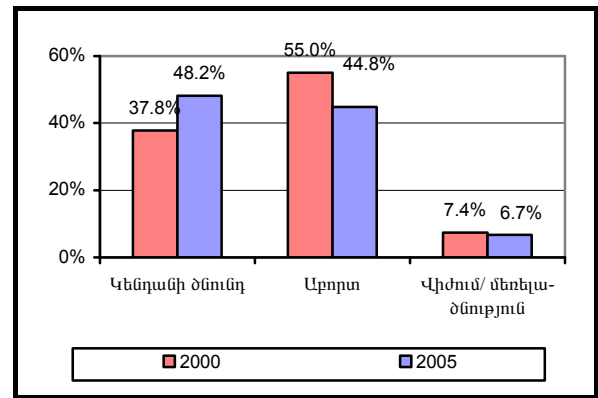
²⁰ Երեխաների միջին թիվը, որ կծնի մեկ կինը, իր ծնունակ տարիքում, իր ողջ կյանքի ընթացքում, ծնելիության տվյալ տարվա մակարդակի պահպանման դեպքում:

²¹ Համարվում է, որ հասարակությունը պահպանում է իր պարզ վերարտադրությունը պտղաբերության գործակցի 2.15-ից բարձր արժեքի դեպքում: Հայաստանում այդ գործակիցը ցածր է 2.15-ից սկսած 1996 թվականից:

²² Համաձայն ՀԺԱՀ 2005-ի, արքորսների տոկոսային հարաբերության նվազման գործոնների շարքում է մինչև 63 օրեկան հղիությունների դեպքում: Այս դեպքում բժշկական միջամտության կարիք չի առաջանում և դրանք կարող են չներկայացվել որպես թե արքորս:

Այսպիսով, ժողովրդագրական վիճակի բարելավումը պետք է լինի ուշադրություն պահանջող բնագավառ:

Գծապատկեր 54. Հղիության ելքերի միատունները, 2000 և 2005թթ.

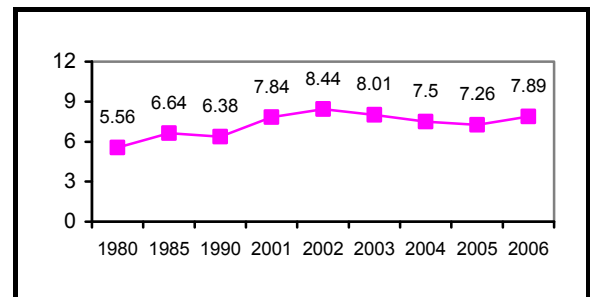


Աղբյուր՝ ՀԺԱՀ

Առողջ քաշեր

Ցածր քաշով ծնված երեխաների տոկոսը կենդանածինների ընդհանուր թվը տրված է Գծապատկեր 54-ում և վերջին շրջանում այն ունեցել է աճ: Ցածր քաշով ծնվելը հանդիսանում է երեխաների առողջական վիճակի ու հաջորդող թերսնուցման կարևոր կանխատեսիչ և փոխկապակցված է երեխաների մահացության ավելի բարձր ցուցանիշների հետ:

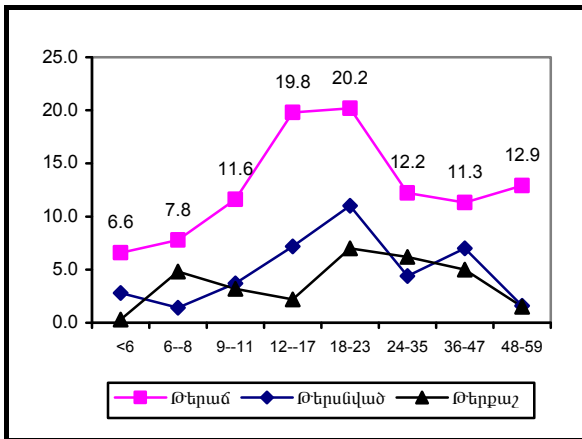
Գծապատկեր 55. Ցածր քաշով ծնված երեխաների տոկոսը կենդանածինների ընդհանուր թվից, 1980-2006թթ.



Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

ՀԺԱՀ տվյալներով 2005 թվականին սնուցման կարգավիճակը 2000 թվականից չի փոփոխվել՝ երկու ժամանակահատվածներում էլ մինչև 5 տարեկան երեխաների մոտ 2%-ը թերսնված է, 2.6%-ը՝ թերքաշ, իսկ 13%-ը՝ թերաճ:

Գծապատկեր 56. 0-5 տարեկան թերան, թերսնված և թերքաշ երեխաների տոկոսը, 2005թթ.

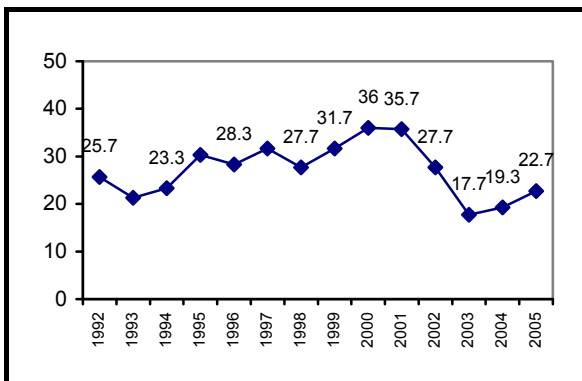


Աղբյուր՝ ՀՃԱՀ

Մայրական և մանկական մահացություն

2003 թվին մայրական մահացության ցուցանիշի եռամյա միջինը համապատասխանում էր մոր և մանկան առողջության պահպանման ռազմավարության նպատակային արժեքին (100000 ծնունդների հաշվով ցածր էր 20-ից), սակայն վերջին տարիներին այն աճել է և գերազանցել է ռազմավարության նպատակային շեմը :

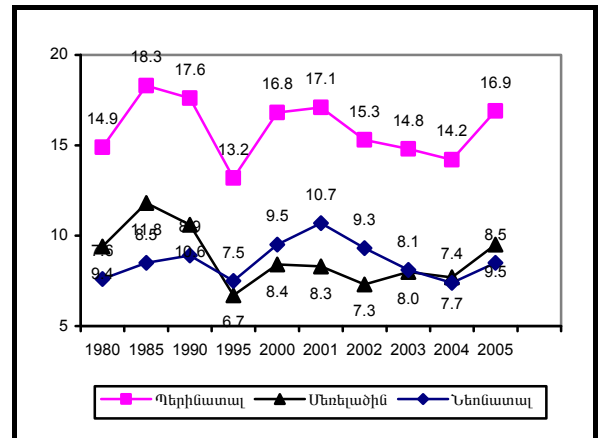
Գծապատկեր 57. Մայրական մահացությունը, 100,000 ծնունդների հաշվով, եռամյա միջիններ



Աղբյուր՝ ԱՎԾ

0-5 տարեկան հասակում երեխաների մահացության ցուցանիշները դիտարկվում են հետևյալ տարիքային խմբերով՝ երեխաների մահացություն (0-5 տարեկան), մանկական մահացություն (0-1 տարեկան), նորածնային մահացություն (0-28 օրեկան), որը բաժանվում է՝ վաղ նորածնային (0-7 օրեկան) և ուշ նորածնային (8-28 օրեկան), հետնորածնային (29 օրեկանից – 1 տարեկան): Գիտարկվում է նաև պերինատալ մահացությունը, որը բնութագրում է պտղի մահերը նախքան ծննդաբերությունը և վաղ նորածնային շրջանում:

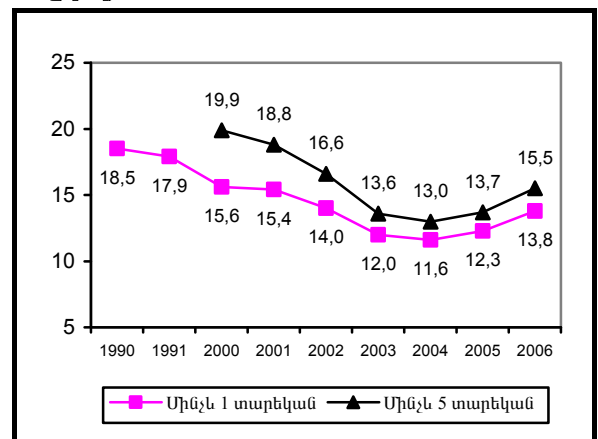
Գծապատկեր 58. Մեռելաճնություն, պերինատալ և նեոնատալ մահացություն, 1980-2006թթ. (կենդանի ծնունդ և մեռելաճնություն՝ 1 000 ծնունդի հաշվով)



Աղբյուր՝ ԱՎԾ

Վերջին 20 տարիների ընթացքում (մինչև 2004 թվականը) այդ ցուցանիշները նվազել են²³: 2005 թվականին ցուցանիշերի աճը մասամբ վերագրելի է ԱՀԿ դասակարգման նոր համակարգի անցմանը: Մինչև 1 և մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության միտումները 2004 թվականից նույնպես սկսել են աճել (Գծապատկեր 59): Գրաֆիկների տեսքը հուշում է, որ երկրորդ դասակարգի մահացության աճը պայմանավորված է առաջին դասակարգի մահացության աճով:

Գծապատկեր 59. Մինչև 5 տարեկան և մինչև 1 տարեկան երեխաների մահացությունը, 1990-2006թթ. (կենդանի ծնված 1000 երեխայի հաշվով)

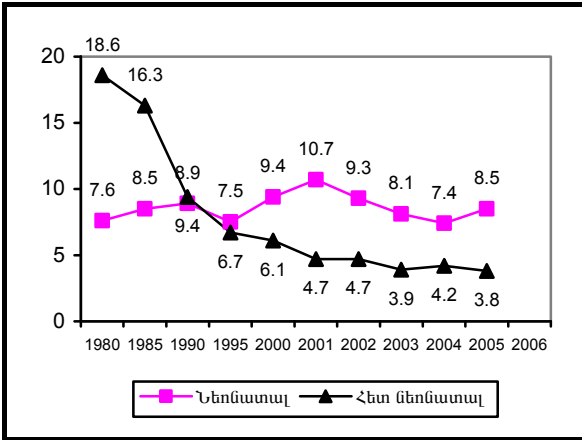


Աղբյուր՝ ԱՎԾ

²³ Մեր կարծիքով, 1995 թվականին ցուցանիշների կտրուկ անկումը կապված է այդ տարիներին վիճակագրության իրավիճակի հետ:

Մահացության միակ ցուցանիշը, որը շարունակաբար նվազել է՝ հետնեռնատալ մահացության ցուցանիշն է:

Գծապատկեր 60. Նեոնատալ և հետնեռնատալ մահացությունը, 1980-2006թթ. (կենդանի ծնված 1000 երեխայի հաշվով)



Աղբյուր՝ ԱՎԾ

Առաջին տարվա ընթացքում մահացության երկու երրորդը վերագրվում է պերինատալ շրջանի բարդություններին: Սա կարող է վկայել նախածննդյան շրջանի գործունեության խնդիրների կամ ԱԱՊ ոլորտի ընդհանուր վիճակի մասին:

Մոր և մանկան առողջության ոլորտի առկա միտումները հարցեր են բարձրացնում որակյալ բուժօգնության նախաձեռնությունների թիրախի վերաբերյալ, որը կարող է լինել ընդհանուր թերապևտ, մանկաբարձ-գինեկոլոգ կամ մանկաբույժ: Չարգացումը դեպի ընտանեկան բժիշկների դերի բարձրացումը պարունակում է բացասական միտումների պահպանման վտանգը:

Եզրակացություն

Մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում իրականացվել են որոշակի ռազմավարություններ, սակայն հաջողությունը կախյալ է ԱԱՊ և հիվանդանոցային ոլորտներում ընթացող բարեփոխումներից: Այս բաժնում նկարագրված ռազմավարությունները պետք է դիտարկվեն 1-ին և 2-րդ գլուխներում նկարագրված ռազմավարությունների շրջանակում:

Ռազմավարական ուղղությանն առնչվող գործունեությունը եղել է թույլ: Պտղաբերության գործակիցները ցածր են, հղիության ընդհատումները՝ բարձր, ինչպես նաև հիվանդանոցային մանկաբարձական

բուժօգնության համար առկա են ֆինանսական արգելքներ: Չնայած այս ամենին, առկա է բժիշկների ծննդօգնությամբ ընթացած ծննդաբերությունների աճ, իսկ երեխաների համար արդյունքները, ընդհանուր առմամբ, կայուն են կամ բարելավվում են:

Առավել մտահոգիչ են մայրական առողջության պահպանման բացասական ազդեցությունները, որոնք արտացոլում են մանկաբարձական հաստատությունների գործունեությունը: Այս միտումները պետք է խիստ վերահսկվեն, իսկ մայրական առողջության պահպանման և հիվանդանոցային համակարգի բարեփոխումների ռազմավարությունները պետք է լավ փոխկապակցվեն:

ԳԼՈՒԽ 4. ԱՀԳԳ ՎԵՐԼՈՒԾԱԿԱՆ ԿԱՐՈՂՈՒԹՅԱՆ ԲԱՐԵԼԱՎՈՒՄ

Հայաստանի Առողջապահական համակարգի ընդհանուր պատկերը ձևավորելու համար ԱՀԳԳ-ը հիմնվել է տվյալների վարչական աղբյուրների լայն շրջանակի վրա: Կարևոր լրացում է հանդիսացել ընտրանքային հետազոտությունը, որն ապահովել է բնակչությանը վերաբերող տեղեկատվության մեծ մասը:

Այս հանգամանքը, որոշ չափով, թաքնված է ռազմավարական ամփոփման մեջ: Մույն զեկույցն ընտրել է տեղեկատվություն, որի օգնությամբ ցույց է տալիս, թե ինչպես ԱՀԳԳ-ը կարող է կիրառվել բարեփոխումների օրակարգը և առնչվող ռազմավարությունները մոնիթորինգի ենթարկելու համար, սակայն օրինակներն ընտրվել են ելնելով այն հանգամանքից, որ այս տվյալները գոյություն ունեն, այլ ոչ թե այն պատճառով, որ դրանք հաջողությանը հետևելու լավագույն եղանակներն են: Հստակ է, որ կենսական կլինի հետևել նոր նախաձեռնություններին ու առաջատար պրակտիկային և գնահատել դրանք: Արդյունավետ քաղաքականության մշակման և առողջապահության համակարգի պլանավորման ու կառավարման համար անհրաժեշտ է տեղեկատվական ու վերլուծական բարելավված կարողություն:

Բուժօգնություն իրականացնողները նույնպես լրջորեն կօգտվեն տեղեկատվական կարողության բարելավումներից: Առաջադեմ տեխնոլոգիան կարող է նպաստել ԱԱՊ-ը թե կլինիկական պրակտիկայի և թե գործունեության գնահատման հարցերում: Նույն օրինակով, լավ տեղեկատվությունը կենսական է հիվանդանոցային օղակում բուժօգնության արդյունքները մոնիթորինգի ենթարկելու և բացասական ազդեցությունները նվազեցնելու համար: Կլինիկական օղակների միջև շղթայի ձևավորումն ավելի է նպաստում հիվանդների անվտանգ և արդյունավետ վերահսկմանը:

ԱՀԳԳ կարողության զարգացումը կնպաստի որոշումներ կայացնողներին անհրաժեշտ տեղեկատվության շարունակական պատրաստմանը: Կարևոր գործառույթ կլինի բացերի նույնականացումը և լուծումների առաջարկումը: Սա կպահանջի անհրաժեշտ ենթակառուցվածքների նույնականացում և իրավական ու քաղաքականության շրջանակների վերաբերյալ խորհրդատվություն:

ԱՀԳԳ զարգացմանն աջակցելու համար Հայաստանում արդեն իսկ առկա են կառուցվածքային, մեթոդաբանական և կադրային ռեսուրսների որոշակի հիմքեր: ԱՀԳԳ 2007-ում օգտագործված տեղեկությունների զգալի մասը տրամադրել է ՀՀ Առողջապահության նախարարության Առողջապահական ազգային ինստիտուտի Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոնը:

Կարևոր է, որ ԱՀԳԳ իրականացումն ունենա իր գործառույթների լիակատար և որակյալ իրականացմանը համապատասխան բյուջետային ապահովում:²⁴

ԱՏՎՀԿ-ում տեղեկատվության կառավարման համար առաջարկվող մոդել

1990-ականներին, Հայաստանում պետական կառավարման համակարգի կազմալուծումն ու նորովի կայացումը խաթարել էր տեղեկատվության, այդ թվում՝ առողջապահական համակարգի գործունեությունը գնահատելու համար պահանջվող տեղեկատվության կառավարումը:

Առողջապահական տեղեկատվության տարբեր հատվածներ հավաքագրվում և պահպանվում են տարբեր մարմիններում, կամ՝ նույնիսկ նույն մարմնի տարբեր բաժիններում: Այդ մարմինները անբավարար են տեղեկացված, թե որտեղ, ինչ ինֆորմացիա է հավաքագրվում և ինչ տեսքով է այն պահպանվում: Մովորաբար, տեղեկատվության կազմակերպման մեթոդները համադրելի չեն և անհնար են դարձնում դրանց համակցումը, մաթեմատիկական-վերլուծական մեթոդների կիրառումն ու համակարգչային վերլուծությունը: Այդ կերպ հավաքագրվող տեղեկատվությունը լրացնում է թղթային անկառավարելի արխիվները:

Համարժեք տեղեկատվական-վերլուծական տեխնոլոգիաներ ապահովելու համար երեք գերակայություններն են՝

1. առողջապահական տեղեկատվության միասնական հավաքագրում,

²⁴ ԱՀԳԳ 2007-ը իրականացվել է ՀՀ Առողջապահական համակարգի բարեփոխումների ծրագրի շրջանակներում, որը ֆինանսավորվում է ՀԲ վարկային միջոցներով:

2. առողջապահական համակարգի տեղեկատվության դեպոզիտար²⁵,
3. ԱՏՎՀԿ-ում տեղեկատվության հավաքագրման ու արխիվացման վերնայված հայեցակարգ:

Առողջապահական տեղեկատվության միասնական հավաքագրումը նշանակում է, որ՝

- բուժհաստատություններից հավաքագրված ամբողջ տեղեկատվությունը պետք է իրենից ներկայացնի տրամաբանորեն փոխկապակցված տվյալների բազաների համակարգ,
- տեղեկատվությունը չպետք է կրկնվի,
- պետք է մուտքագրվի միայն առաջնային տեղեկատվություն (ֆիզիկական, ֆինանսական կամ կադրային ռեսուրսների, հիվանդների, հիվանդությունների, այցերի կամ այլ տեղեկությունների վերաբերյալ),
- տեղեկատվությունը պետք է հավաքագրվի բոլոր բուժհաստատություններից, անկախ նրանց գերատեսչական պատկանելությունից կամ սեփականության ձևից,
- տվյալների բազան պետք է պարունակի անհրաժեշտ տեղեկություններ համապատասխանության և պրակտիկայի վերլուծությանն աջակցելու համար:

Հարկ է նշել, որ տվյալների այս բազայում կարելի է ինտեգրել նաև Առողջապահական ազգային հաշիվների տեղեկությունները և ՊԱԳ-ում հավաքագրվող պետական առողջապահական ծախսերի վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Այս տեղեկատվությունը (բժշկա-տնտեսագիտական ստանդարտներին զուգահեռ) անհրաժեշտ է համակարգի ծախսարդյունավետության, ֆինանսական կառավարման, արդյունավետության և որակի համարժեք գնահատման համար:

Անհրաժեշտ է դիտարկել առողջապահական տվյալների բազաների համակցման (կամ համալրման) հնարավորությունը պետական կառավարման այլ տվյալների բազաների հետ, այդ թվում՝ ծնունդների և մահերի գրանցումները, որոնք կարևոր են տեղեկատվության հուսալիության և մահացության գործոնները գնահատելու համար:

Անհրաժեշտ է համակարգել և ինտեգրել Առողջապահության նախարարության և

²⁵ Առողջապահական համակարգի տեղեկատվական բոլոր բազաների պահպանողը: Այդ մարմինը կարող է կատարել նաև տեղեկատվական բազաների մի մասի կամ ամբողջի կազմավորումը և վարումը:

Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության Տեղեկատվական-վերլուծական կենտրոնի աշխատանքները, քանի որ ԱՍՀՆ բազմաթիվ ծրագրերը, որոնք ուղղված են բնակչության հատուկ խմբերին, գործնականում առողջապահական ծրագրեր են:

Անցումը ժամանակակից մեթոդների

ԱՏՎՀԿ-ի տեղեկատվության կառավարման մեթոդները ժամանակավրեպ են: Բնակչության առողջության և բժշկական կազմակերպությունների վերաբերյալ հավաքագրվում է ոչ թե առաջնային, այլ ընդհանրացված տեղեկատվություն, որը ծայրահեղ սահմանափակում է այդ տեղեկատվության կիրառումը վերլուծական նպատակներով: Արդյունքում՝ ԱՀԳ-Գ համար անհրաժեշտ բազմաթիվ հարցումների պատասխանները տեսականորեն հնարավոր չէ ստանալ: Ավելին, հավաքագրված տեղեկատվության համակարգման համար կիրառվող տվյալների բազայի կառավարման համակարգը (MEDSTAT) հնացած է: Այն չի համակցվում ոչ՝ ժամանակակից տվյալների բազաների կառավարման համակարգերի, ոչ՝ ժամանակակից վիճակագրական կամ այլ վերլուծական համակարգչային փաթեթների հետ:²⁶ Այստեղ հավաքագրված տեղեկատվությունը հատվածական է: Վիճակագրական բաժնի աշխատակիցները չունեն վերլուծական հարցումները մշակելու համարժեք միջոցներ: Արդյունքում՝ մեկ վերլուծական հարցման սպասարկումը կարող է օրեր տևել:²⁷

Այժմ տեղեկատվության կառավարմանը տրվում է ոչ համարժեք կարևորություն, ինչը խոչընդոտում է որոշումների կայացմանը և արդյունավետ կառավարմանը: Այսպիսով, առողջապահության կառավարման համակարգի տեղեկատվական-վերլուծական երրորդ կարևոր խնդիրը՝ ԱՏՎՀԿ-ում

²⁶ Համակարգը գրված է 1992 թվին DOS օպերացիոն համակարգի համար: Համակարգը կատարում է միայն հիվանդանոցներից հավաքագրված տվյալների ընդհանրացում, չունի վիճակագրական ֆունկցիաներ, չունի տվյալների գրաֆիկական արտապատկերման որևէ գործիք (ինտերֆեյս): ԱՏՎՀԿ-ի մասնագետներն այժմ մշակել են տվյալների բազայի ստեղծման պրոտոկոլները:

²⁷ ԱՀԳ-Գ վերլուծական աշխատանքների ընթացքում կարող են առաջանալ օրեկան մինչև 100 փոխկապակցված տեղեկատվական-վերլուծական հարցումներ, որոնք հնարավոր չէ նախօրոք միասնաբար ձևակերպել:

տեղեկատվության հավաքագրման և արխիվավորման հայեցակարգը արմատապես վերափոխելն է: Անհրաժեշտ է բուժհաստատություններից հավաքագրվող տարեկան կամ ամսական ընդհանրացված տեղեկատվության հավաքագրումից անցնել առողջապահական առաջնային տեղեկատվության հավաքագրմանը տվյալների ռեյացիոն բազաների տեսքով:

Եթե առողջապահական տեղեկատվության հավաքագրումը կազմակերպվի տվյալների բազաների կառավարման ժամանակակից սկզբունքներով, ապա նախորդող տարվա վերաբերյալ ամբողջ տեղեկատվությունը վերլուծության համար պիտանի և հասանելի կարող է դառնալ նրան հաջորդող տարվա սկզբնական փուլերում: Այժմ դրա համար պահանջվում է վեց ամսից ավելի: Ավելին՝ այդօրինակ համակարգի ներդրումը հնարավոր կդարձնի Առողջապահության նախարարության և այլ որոշումներ կայացնողների հարցումների տեղեկատվական-վերլուծական օպերատիվ սպասարկումը: Սակայն, տեղեկատվության արդյունավետ կառավարումը կախյալ է նաև տեղեկատվության հավաքագրման և համակարգման տեխնոլոգիաների բարելավումից:

Հարկ է նշել, որ տեղեկատվական-վերլուծական խնդիրները շատ ավելի ընդարձակ են, քան պարզապես ԱՀԳ-ին աջակցումը: Տեղեկատվության հավաքագրման և համակարգման գործող մեթոդների արդիականացումը ոչ միայն կհզորացնի ԱՀԳ- վերլուծական կարողությունները, այլև կնպաստի առողջապահական համակարգի բազմաթիվ այլ խնդիրների լուծմանը:

Տվյալների համակարգը պահանջելու է համապատասխան ենթակառուցվածք՝ մեկ համակարգչային ցանցում շահագրգիռ մարմինները միավորելու, ինչպես նաև պետական այլ մարմիններից ստացվող տեղեկատվության ինտեգրումն ապահովելու համար: Յանցի մոտավոր չափ կարելի է համարել առանձին ֆինանսատնտեսական միավորներ հանդիսացող բուժհիմնարկների քանակը:²⁸

Փաստերը հուշում են նաև, որ բարելավված տեղեկատվական տեխնոլոգիան կբարձրացնի բուժօգնության որակը և կնպաստի

հետազոտական ու գիտական գործունեությանը, ինչը կհանգեցնի լավագույն փորձի նույնականացմանը և կօգնի հասնել համակարգի գործունեության նպատակներին:

Եզրակացություն

ԱՀԳ-ը կախյալ է առաջնային տեղեկատվության մատչելիությունից: Այնտեղ, ուր վարչական տվյալների հավաքագրումը հնարավոր չէ, հետազոտությունները պետք է դառնան գնահատման ու քաղաքականության մշակման համար հատուկ կարևորություն ունեցող տեղեկատվության ձեռքբերման սովորական գործիք: Քաղաքականության շրջանակում ԱՀԳ- կարողությունն արժեքավոր դարձնելու գործում կարևորագույն գործոն է մնում ռազմավարական տեսանկյունից սեփական տեղեկատվական կարիքները սահմանելու և քաղաքականության առաջարկներ մշակելու համար ԱՀԳ-տեղեկատվությունը կիրառելու Առողջապահության նախարարության ունակությունը:

²⁸ Առանց մասնավոր ստոմատոլոգիական կաբինետների, դրանց մոտավոր քանակն է՝ 140 հիվանդանոց, 64 անկախ պոլիկլինիկաներ և 232 ամբուլատորիաներ, որոնցից՝ 227-ը գյուղական:

ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 1. ԱՀԳ-Գ և բարեփոխումների գնահատման համեմատություն

Աղյուսակ 7. Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման և առողջապահական համակարգի բարեփոխումների գնահատման համեմատություն

Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատում	Բարեփոխումների մոնիթորինգ ու գնահատում
Ժամանակային շրջանակ	
Շարունակական գործընթաց	Ժամանակի մեջ սահմանափակ գործընթաց
Կիզակետ	
Առողջապահական համակարգի հիմնական նպատակները և գործառնությունները	Բարեփոխումների առանձնահատուկ նպատակներն ու գործողությունները
Նպատակ	
Գնահատել առողջապահության համակարգի հիմնական նպատակների իրականացվածությունը և կատարել համակարգում տեղի ունեցող փոփոխությունների մոնիթորինգ Համակարգի կառավարում	Բարեփոխումների իրականացման մոնիթորինգ և արդյունքների գնահատում Բարեփոխումների կառավարում, փորձի ու գիտելիքների կուտակում
Համեմատության եզր	
Ժամանակային տարբեր կետերում համակարգի իրավիճակների համեմատություն Միջպետական համեմատություններ	Համակարգի իրավիճակների համեմատություն բարեփոխումներից առաջ և հետո Բարեփոխումների պլանավորված և փաստացի ընթացքների և արդյունքների համեմատություն
Կիրառության ոլորտ	
Համակարգի քաղաքականության ձևավորում Համակարգի բարեփոխումների և դրանց գերակայությունների սահմանում:	Բարեփոխումների կառավարում Բարեփոխումների նպատակների իրականացվածության գնահատում Փորձի ձեռքբերում
Կիրառության մասշտաբ	
Համընդհանուր՝ ընդգրկվում է առողջապահական համակարգի բոլոր հիմնական նպատակները և գործառնությունները	Ընտրողական՝ սահմանվում է բարեփոխումների բովանդակությամբ
Հաշվետվողականություն	
Կառավարությունը՝ հանրության առջև	Կառավարությունը՝ հանրության առջև Կառավարությունը՝ դոնորների առջև Դոնորներն՝ իրենց կառավարման խորհուրդների առջև
Մեթոդաբանական տարբերություններ	
Առողջապահական համակարգի նորմատիվային գործառնություն	
Տվյալները պետք է ամբողջությամբ բաց լինեն հանրության համար Հաճախ գեկուցվում են միջազգային մակարդակով (ԱՀԿ, ՅՈՒՆԻՍԵՖ, ՀԲ)	Բարեփոխումները կարող են մասամբ բաց լինել հանրության համար
Ստանդարտացված մեթոդաբանություն	Աշխատանքին յուրահատուկ մեթոդաբանություն
Քանակական տվյալներ	Քանակական և որակական տվյալներ
Ինստիտուցիոնալ և տեղական կարողություններ	Կարող են իրականացվել արտաքին կարողությունների ներառմամբ

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 2. ԱՀԳԳ տվյալների աղբյուրներ

Հայաստանի Հանրապետության Առողջապահության նախարարություն

- Առողջապահության ազգային ինստիտուտի Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոն
- Պետական առողջապահական գործակալություն
- Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն
- Տուբերկուլյոզի դեմ պայքարի ազգային ծրագրի կենտրոնական գրասենյակ
- ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոն
- Արյան փոխներարկման հանրապետական կենտրոն
- Առողջապահական ծրագրերի իրականացման գրասենյակ
- Ազգային վիճակագրական ծառայություն
- ԱՀԳԳ ընտրանքային հետազոտություն
- Հայաստանի հանրային ծրագրերի ծախսերի տեսություն: Տեխնիկական աջակցություն Հայաստանի առաջնային առողջության պահպանման օղակի վերլուծությանը: Վերջնական զեկույց. Երևան, ՀԲ, 2006:

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 3. Առողջապահական համակարգի ընդհանուր նկարագիրը

Աղյուսակ 8. Հայաստանի բուժհաստատությունները

	Պոլիկլինիկաներ և ամբուլատորիաներ	Պլանային հոգրություն	Հիվանդանոցներ	Բնակչություն
Հայաստանի Հանրապետություն	460	39582	140	3222.9
Առողջապահության համակարգ	386	31868	106	
Երևան	97	16451	45	1104.9
Արագածոտն	26	1001	6	140.0
Արարատ	60	2920	9	275.1
Արմավիր	60	2224	6	280.2
Գեղարքունիկ	35	2483	9	239.6
Լոռի	46	3508	15	282.7
Կոտայք	43	4302	10	276.2
Շիրակ	36	2228	22	281.3
Սյունիք	25	1959	8	152.9
Վայոց Ձոր	9	996	4	55.8
Տավուշ	23	1510	6	134.2

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

Աղյուսակ 9. Հիվանդանոցային օդակի կադրային ռեսուրսները

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ընդամենը	13 912	12 237	11 923	11 381	11 432	11 621	11 345	12 052	12 130
Թերապևտ	2 119	1 674	1 633	1 523	1 417	1 351	1 311	1 320	1 292
Մանկաբույժ	1 859	1 647	1 345	1 254	1 195	1 149	1 103	1 105	1 049
Մանկաբարձ-գինեկոլոգ	767	791	732	804	815	851	834	863	870
Վիրաբույժ	481	419	474	478	500	544	507	499	512
Սրտաբան	328	310	271	279	310	336	344	356	377
Նյարդաբան	384	355	312	305	296	301	282	299	296
Ներզատաբան	131	133	157	160	171	163	174	181	187
Վնասվածքաբան	185	154	162	149	148	159	158	164	170
Նեոնաթոլոգ	150	163	177	198	188	176	169	157	164
Ուռուցքաբան	57	57	68	73	81	70	54	57	69
Ճառագայթաբան	76	48	55	55	121	62	60	54	59

Աղբյուր՝ ԱՏՎՀԿ

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 4. Ռիսկի գործոնների գնահատման ցուցանիշեր

Մարմնի զանգվածի ինդեքս

$$M\Omega I = p\omega z [կգ]/(h\alpha\alpha\alpha\alpha [սմ])^2$$

Սանդղակ`

թերի քաշ`	$18.5 < BMI$
նորմալ քաշ`	$18.5 \leq BMI \leq 25.0$
ավելորդ քաշ`	$25.0 < BMI \leq 30$
ճարպակալում`	$30.0 < BMI$

Ալկոհոլի օգտագործում

Ալկոհոլի օգտագործման ինդեքսը մշակվել է ԱՀԳ-Գ 2007 ընտրանքային հետազոտության տվյալների հիման վրա:

$$AU = F_B \times E_B + F_W \pm E_W + F_V \times E_V$$

որտեղ

AU - ալկոհոլի օգտագործման ինդեքս

F_B - զարեջրի օգտագործման հաճախականություն

E_B - զարեջրում սպիրտի պարունակություն

F_W - զինու օգտագործման հաճախականություն

E_W - զինու մեջ սպիրտի պարունակությունը

F_V - օղու օգտագործման հաճախականությունը

E_V - օղու մեջ սպիրտի պարունակությունը:

Ինդեքսն իրենից ներկայացնում է օրական մաքուր սպիրտի օգտագործումը գրամներով:

Ալկոհոլի օգտագործման ինդիկատորը` օրական 20 գրամից ավելի մաքուր սպիրտի օգտագործումն է:

Ֆիզիկական քերակտիվություն

Ֆիզիկական ակտիվության ինդեքսը մշակվել է ԱՀԳ-Գ 2007 ընտրանքային հետազոտության տվյալների հիման վրա` օգտագործելով հետևյալ բանաձևը.

$$PAI = 6 \times (D_h \times (H_h + M_h / 60)) + 3 \times (D_m \times (H_m + M_m / 60)) + (D_l \times (H_l + M_l / 60))$$

որտեղ.

PAI – Ֆիզիկական ակտիվության ինդեքս

D_h – ծանր ֆիզիկական աշխատանք կատարած օրերի քանակը 1 շաբաթում

H_h, M_h – ծանր ֆիզիկական աշխատանք կատարած ժամերի և րոպեների միջին քանակը 1 օրում

D_m – միջին ծանրության ֆիզիկական աշխատանք կատարած օրերի քանակը 1 շաբաթում

H_m, M_m – միջին ծանրության ֆիզիկական աշխատանք կատարած ժամերի և րոպեների միջին քանակը 1 օրում

D_l – թեթև ֆիզիկական աշխատանք կատարած օրերի քանակը 1 շաբաթում

H_l, M_l - թեթև ֆիզիկական աշխատանք կատարած ժամերի և րոպեների միջին քանակը 1 օրում

Միջին ծանրության ֆիզիկական աշխատանքի մեկ ժամը ենթադրաբար հավասար է երեք ժամ թեթև ֆիզիկական աշխատանքին:

Ծանր ֆիզիկական աշխատանքի մեկ ժամը ենթադրաբար հավասար է թեթև ֆիզիկական աշխատանքի վեց ժամին` հիմնվելով հետևյալ հայտնի նորմատիվների վրա.

Գրասենյակային աշխատանք կատարող մարդը մեկ ժամում ծախսում է 100 կկալ:

Գանդաղ վագող մարդը մեկ ժամում ծախսում է 360 կկալ:

Արագ հեծանիվ քշող մարդը մեկ ժամում ծախսում է 540 կկալ:

Այսպիսով`

Հաշվարկված ինդեքսի մեկ միավորը ներկայացնում է մեկ ժամ թեթև ֆիզիկական աշխատանքի կատարումը մեկ շաբաթում:

Թերակտիվության ինդիկատորը` շաբաթվա ընթացքում 30 րոպեից պակաս թեթև ֆիզիկական աշխատանքի կատարումն է:

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 5. ԱՀԳԳ 2007 ընտրանքային հետազոտության նկարագրություն

Հետազոտության ընդհանուր համակցությունը՝ հարցման պահին Հայաստանի 20 տարին լրացած բնակչությունը:

Կիրառվել է բազմաստիճան ստրատիֆիկացված կլաստերային ինքնակշռված ընտրանք: Ստրատիֆիկացումը կատարվել է:

Ընտրանքը ներկայացուցչական է ամբողջ հանրապետության, ինչպես նաև Երևան-քաղաք-գյուղ բաժանման համար:

Տնային տնտեսությունների քանակը՝ 1620, այդ թվում՝ Երևան 33.9%, քաղաքներ՝ 32.7%, գյուղեր՝ 33.4%:

Հարցվածների քանակը՝ 2827, այդ թվում՝ Երևան 34.0%, քաղաքներ՝ 31.8%, գյուղեր՝ 34.2%:

Առավելագույն ընտրանքային սխալը՝ $\alpha = 0.95$ հավաստիության մակարդակում, երկնշանակ բնութագրի տոկոսային գնահատականի համար.

տնային տնտեսությունների ամբողջ ընտրանքի դեպքում՝ ոչ ավելի քան՝ $\pm 2.43\%$,

հարցվածների ամբողջ ընտրանքի դեպքում՝ ոչ ավելի քան՝ $\pm 1.84\%$,

հարցվածների ընտրանքի համար Երևանում՝ ոչ ավելի քան՝ $\pm 3.16\%$,

հարցվածների ընտրանքի համար քաղաքներում՝ ոչ ավելի քան՝ $\pm 3.26\%$,

հարցվածների ընտրանքի համար գյուղերում՝ ոչ ավելի քան՝ $\pm 3.15\%$:

Յուրաքանչյուր տնային տնտեսությունից հարցվել է 1 կամ 2 անդամ: Հարցվող անդամների ընտրության համար կիրառվել են Քիշի մոդիֆիկացված աղյուսակները՝ ապահովելու համար տնային տնտեսության յուրաքանչյուր անդամի ընտրանքում ընդգրկվելու հավասար հավանականությունը:

Հարցման ընթացքում չափվել են հարցվողների քաշը, հասակը, արյան ճնշումը և անոթազարկը: Արյան ճնշումը չափվել է երկու անգամ՝ աջ և ձախ ձեռքերի համար:

Հարցաթերթը կազմված էր 16 բաժիններից՝

0. Տնային տնտեսությունների կառուցվածքը
1. Ընդհանուր տեղեկություններ հարցվողի վերաբերյալ, բրոնիկ հիվանդություններ
2. Զարկերակային ճնշում և խոլեստերին
3. Շնչառական հիվանդություններ և ասթմա
4. Ծխախոտի օգտագործում
5. Ալկոհոլի օգտագործում
6. Սննդամթերքի օգտագործում
7. Ֆիզիկական ակտիվություն և կենսաոճ
8. ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ և սեռական ճանապարհով տարածվող այլ հիվանդություններ
9. Տուբերկուլոզ
10. Կանխարգելիչ օգնություն և ատամնաբուժություն
11. Բուժօգնության մատչելիություն
12. Տնային տնտեսության բարեկեցությունը
13. Հիվանդանոցային համակարգի օպտիմալացում
14. Անտրոպոմետրիկ չափումներ
15. Սննդի օգտագործումը վերջին 24 ժամվա ընթացքում:

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 7. Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոն

Առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոնն Առողջապահության ազգային ինստիտուտի կառուցվածքային ստորաբաժանումն է, որը ստեղծվել է ՀՀ Կառավարության 2005 թվականի հոկտեմբերի 13-ի թիվ 1747-Ն որոշման և ՀՀ Առողջապահության նախարարի 2005 թվականի նոյեմբերի 21-ի թիվ 1095-Ն հրամանի համաձայն:

Կենտրոնի հիմնական գործառնություններն են՝

- առողջապահության տեղեկատվական համակարգի հզորացման Ազգային ծրագրի մշակում և իրականացում.
- մարզային տեղեկատվական համակարգի մոդելների և ենթակառուցվածքի մշակում.
- առողջապահության տեղեկատվության վիճակագրական համակարգի ներդաշնակեցում միջազգային չափանիշերին.
- առողջապահական հիմնարկներից պետական բժշկական վիճակագրության և բժշկասանիտարական տեղեկատվության հավաքագրում և վերլուծություն: Բժշկական փաստաթղթերի հավաքագրման և արձանագրման հսկողություն.
- առողջապահական կարևոր ինդիկատորների հավաքագրում, վերլուծություն և տեղեկատվության տրամադրում.
- բնակչության առողջության կարգավիճակի գնահատում և կանխատեսումներ.
- մասնակցություն մասնագետների հետբուհական կրթությանը.
- բնակչության առողջության կարգավիճակի և ծառայությունների գնահատում և մոնիթորինգ, և ռեսուրսների մոնիթորինգ, առողջապահության հարցերի հատուկ հետազոտում.
- մասնակցություն առողջապահական համակարգի բարեփոխումների գործընթացին, քաղաքականության ու ռազմավարությունների մշակմանը, կանխարգելիչ միջոցառումների կազմակերպմանը և հանրային առողջապահության ժամանակակից մոդելների մշակմանը.
- զեկույցների, հատուկ թողարկումների, տեղեկագիրների, մեթոդաբանական և այլ նյութերի հրատարակում.
- խորհրդատվության և մեթոդաբանական աջակցության տրամադրում բուժաստատություններին.
- առողջապահության տեղեկատվական համակարգի հզորացման, առողջության և հանրային առողջապահության խնդիրների վերաբերյալ կոնֆերանսների, սեմինարների և այլ հանդիպումների կազմակերպում
- համագործակցություն այլ կազմակերպությունների, հաստատությունների և կառույցների, միջազգային և հասարակական կազմակերպությունների և հիմնադրամների հետ
- աջակցություն գիտական հետազոտություններին և նոր մշակումներին
- մեթոդական և գործնական աջակցություն Լեռնային Ղարաբաղի Հանրապետության Առողջապահության տեղեկատվական-վիճակագրական կենտրոնին: Այլ գործունեություն՝ Կենտրոնի գործառնությունի և ՀՀ օրենսդրության շրջանակում:

Կենտրոնի բաժիններ՝

- Բժշկասանիտարական վիճակագրության բաժին
- Մոնիթորինգի համակարգերի բաժին
- Հատուկ հետաքննությունների և կիրառական հետազոտության բաժին
- Տեղեկատվական տեխնոլոգիաների բաժին
- Մարզային ծառայությունների բաժին
- Համակարգի վերլուծության և կանխատեսումների բաժին
- Տեղեկատվության և հրապարակումների բաժին
- Մասնագետների վերապատրաստման բաժին
- Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման բաժին

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 7. ԱՀԳԳ ինդիկատորների ցանկ

#	ԻՆԴԻԿԱՏՈՐ	Աղբյուր	1990	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԻՆԴԻԿԱՏՈՐՆԵՐ									
1	ՀՀ բնակչություն, հազար մարդ	ՀՀ ԱՎԾ	3 514.9	3 213.0	3 212.9	3 210.3	3 212.2	3 215.8	3 219.2
2	ՀՀ ՀՆԱ, մլրդ. դրամ	ՀՀ ՖԷՆ	տվյալներ չկան	1 175.5	1 362.5	1 623.3	1 896.4	2 244.0	2 665.0
3	ՀՀ պետական բյուջե, մլրդ. դրամ	ՀՀ ՖԷՆ	S/Q	244.4	263.9	312.7	334.0	417.5	481.2
ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄ									
4	Առողջապահության պետական բյուջե, մլրդ. դրամ	ՀՀ ՖԷՆ	S/Q	15.7	16.0	19.6	24.7	31.1	39.4
5	Հիվանդանոցային բուժօգնության բյուջետային ծախսերը, մլրդ. դրամ	ՀՀ ՖԷՆ	S/Q	8.9	9.1	10.5	13.0	14.2	14.7
6	ԱԱՊ բյուջետային ծախսերը, մլրդ. դրամ	ՀՀ ՖԷՆ	S/Q	3.0	3.4	6.5	8.0	12.1	13.9
7	Առողջապահության պետական ծախսերը մեկ շնչի հաշվով, դրամ	ՀՀ ՖԷՆ և ՀՀ ԱՎԾ	S/Q	4 901	4 970	6 105	7 687	9 665	12 226
8	Առողջապահության պետական ծախսերի տոկոսը ՀՆԱ նկատմամբ	ՀՀ ՖԷՆ	S/Q	1.34	1.17	1.21	1.30	1.39	1.48
9	Առողջապահության պետական ծախսերի տոկոսը պետական ընդհանուր ծախսերում	ՀՀ ՖԷՆ	S/Q	6.44	6.05	6.27	7.39	7.44	8.18
10	ԱԱՊ ծախսերի տոկոսն առողջապահության ընդհանուր ծախսերում	ՀՀ ՖԷՆ	S/Q	19.1	21.2	33.2	32.3	38.9	35.2
11	Հիվանդանոցային բուժօգնության ծախսերի տոկոսը առողջապահության ընդհանուր ծախսերում	ՀՀ ՖԷՆ	S/Q	56.5	57.1	53.4	52.5	45.8	37.3
ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐԻ ԿԱԶՄԱՎՈՐՈՒՄ									
12	Գործող բժիշկներ	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	S/Q	11 529	11 508	11 728	11 396	12 098	12 177
13	Գործող բուժքույրեր	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	S/Q	20 431	19 257	18 379	17 874	18 225	18 428
14	Գործող բուժքույր/բժիշկ հարաբերությունը	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	S/Q	1.77	1.67	1.57	1.57	1.51	1.51
15	Գործող նեղ մասնագետներ/գործող ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ հարաբերությունը	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	S/Q	4.63	4.94	5.09	5.1	4.91	5.01
16	Ամսական միջին աշխատավարձ, բժիշկներ	ՀՀ ԱՆ	S/Q	S/Q	S/Q	30 000	33 500	35 100	38 700
17	Ամսական միջին աշխատավարձ, բուժքույրեր	ՀՀ ԱՆ	S/Q	S/Q	S/Q	22 000	24 500	25 800	30 300

18	Թափուր աշխատատեղեր, բժիշկներ	ՀՀ ԱՆ	S/Q	S/Q	S/Q	361	420	496	512
19	Թափուր աշխատատեղեր, բուժքույրեր	ՀՀ ԱՆ	S/Q	S/Q	S/Q	S/Q	S/Q	S/Q	S/Q
20	Բուժքույրական/բժշկական պետական հաստատություններ ավարտածների հարաբերությունը	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	S/Q	5.83	4.48	5.04	4.74	2.76	2.75
21	Վերջին 5 տարում կատարելագործված բժիշկների տոկոսը բոլոր բժիշկների քանակից	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	S/Q	8.0	4.7	16.5	12.1	9.7	13.7
22	Վերջին 5 տարում կատարելագործված բուժքույրերի տոկոսը բոլոր բուժքույրերի քանակից	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	S/Q	1.2	1.4	9.9	8.3	5.3	7.6
ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՍՏՏՈՒՑՈՒՄ									
Մատչելիություն									
23	Բուժօգնության կարիքի գիտակցման դեպքում բուժօգնության չդիմած բնակչության տոկոսը	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	24.7
24	Ֆինանսական մատչելիություն (տոկոս՝ բուժօգնության չդիմած հիվանդներից)	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	41.7
25	Ինքնաբուժություն (տոկոս՝ բուժօգնության չդիմած հիվանդներից)	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	36.2
26	Բնակչության տոկոսը, որոնց համար անմատչելի է բժշկի կողմից նշանակված դեղորայքը	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	7.5
27	Բնակչության տոկոսը, որին պահանջվում է 20 և ավելի րոպե մեքենայով մոտակա պոլիկլինիկա կամ ամբուլատորիա հասնելու համար	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	33.9
28	Բնակչության տոկոսը, որին պահանջվում է 20 և ավելի րոպե մեքենայով ընդհանուր պրոֆիլի հիվանդանոց հասնելու համար	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	57.3
29	Բնակչության տոկոսը, որին պահանջվում է 20 և ավելի րոպե մեքենայով մասնագիտական ծննդօգնություն ստանալու համար	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	52.7
30	Բնակչության տոկոսը, որին պահանջվում է 20 և ավելի րոպե ոտքով դեղատուն հասնելու համար	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	14.8
31	Շտապօգնության կանչից մինչև ժամանում միջին տևողությունը, րոպե	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	16.9
32	Առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժիշկների/թերապևտների, մանկաբույժների, ԸԲ/ մոտ մեկ աշխատանքային օրվա ընթացքում ամբուլատոր այցերի միջին թիվը	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	7	1.8	1.7	1.7	1.8	2.1	2.5
33	Առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժիշկների/թերապևտների, մանկաբույժների, ԸԲ/ մոտ գրանցված ընդհանուր բնակչության տոկոսը	ՀՀ ԱՆ ՊԱԳ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
34	Առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	S/Q	2 500	2 006	2 045	2 030	1 885	1 886

մատուցող բժիշկների/թերապևտների, մանկաբույժներ, ԸԲ/ մոտ գրանցված ընդհանուր բնակչության տոկոսը									
Ծախս-արդյունավետություն									
35	Կոմունալ և պահպանման ծախսերի տոկոսն առողջապահական ընդհանուր ծախսերում	S/Q	S/Q	S/Q	S/Q	S/Q	S/Q	S/Q	S/Q
36	Ղեկորայքի համար կատարված ծախսերի տոկոսն առողջապահական ընդհանուր ծախսերում	ԱԱՀ	S/Q	S/Q	S/Q	S/Q	S/Q	16.8	S/Q
37	Բուժաշխատողների աշխատավարձի և դրամական փոխհատուցման համար կատարված ծախսերի տոկոսն առողջապահական ընդհանուր ծախսերում	ԱԱՀ	S/Q	S/Q	S/Q	S/Q	S/Q	33.0	S/Q
38	Հիվանդի բուժման ուղղակի ծախսերի (ղեկորայք, բժշկական պարագաներ, սնունդ) տոկոսը հիվանդանոցային օդակի պետական ծախսերում	ԱԱՀ	S/Q	S/Q	S/Q	S/Q	S/Q	20.6	S/Q
39	Բնակչության տոկոսը, որը բուժօգնության համար առաջինը դիմում է ԱԱՊ հաստատություններ	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	83.5
40	Ստացիոնարում մնալու միջին տևողությունը, օր	ԱՀԳ-Գ 2007	15.6	11.7	10.9	10.5	10.3	10.8	10.5
41	Մահճակալի միջին տարեկան զբաղվածությունը, օր	ԱՀԳ-Գ 2007	247	136	153	164	171	171	172
42	Հոսպիտալացման գործակից՝ 1000 բնակչի հաշվով	ԱՀԳ-Գ 2007	S/Q	4.9	6.1	6.9	7.3	7.9	8.4
Ընդգրկվածություն									
43	Առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժիշկների /թերապևտների, ԸԲ/ տնային կանխարգելիչ այցերի գործակիցը, տոկոս	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	4.6
44	Մամոգրաֆիկ սկրինինգի գործակից (վերջին երեք տարում մամոգրաֆիկ հետազոտություն անցած 30-60 տարեկան կանանց տոկոսը)	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	5.4
45	Արգանդի վզիկի սկրինինգի գործակից (վերջին երեք տարում արգանդի վզիկի ՊԱՊ բջջաբանական հետազոտություն անցած 30-60 տարեկան կանանց տոկոսը)	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	5.4
46	Առողջության համար ծխելու վնասակարության մասին իրազեկված բնակչության տոկոսը	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	69.4
47	Առողջության համար ակտիվ օգտագործման վնասակարության մասին իրազեկված բնակչության տոկոսը	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	64.7
48	Առողջության համար թերակտիվության վնասակարության մասին իրազեկված բնակչության տոկոսը	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	48.6
49	Առողջության համար արյան բարձր ճնշման վնասակարության մասին իրազեկված բնակչության տոկոսը	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	66.0

50	Առողջության համար խոլեստերինի բարձր մակարդակի վնասակարության մասին իրազեկված բնակչության տոկոսը	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	-	32.3
51	Առողջության համար ավելորդ քաշի և ճարպակալման վնասակարության մասին իրազեկված բնակչության տոկոսը	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	-	57.8
52	ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ի և սեռական ճանապարհով փոխանցվող այլ վարակների վերաբերյալ տեղեկացված և դիրքորոշում ունեցող բնակչության տոկոսը	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	-	85.0
53	Անձանց տոկոսը, ովքեր գիտեն ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ից խուսափելու հնարավորության մասին	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	-	71.4
54	Տուբերկուլյոզի մասին գիտելիք և դրա վերաբերյալ կարծիքներ ունեցող բնակչության տոկոսը	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	-	90.6
55	Անձանց տոկոսը, ովքեր կարծում են, որ տուբերկուլյոզը բուժելի հիվանդություն է	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	-	59.0
56	Հակաբեղմնավորման ժամանակակից մեթոդներից (Ներարգանդային պարույրներ) օգտվող 15-49 տարեկան կանանց տոկոսը	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	16.9	11.3	12.5	11.6	9.6	8.3	8.7	
57	Հորմոնալ հակաբեղմնավորիչներ օգտագործող 15-49 տարեկան կանանց տոկոսը	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	0.9	22.3	13.2	5.3	6.5	4.1	9.4	
58	Հակաբեղմնավորման ժամանակակից մեթոդներից օգտվող 15-49 տարեկան կանանց տոկոսը	ՀԺԱՀ 2005	-	-	-	-	-	19.5	-	
59	Մասնագիտական ծննդօգնությամբ ընթացած ծննդաբերությունների տոկոսը	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	-	98.5	98.8	99.3	99.5	99.6	99.8	
60	0-12 ամսական երեխաների կրծքով սնուցման տոկոսը	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	-	25.8	29.3	35.7	36.2	38.1	39.5	
61	Պատվաստումների ծրագրերում 0-1 տարեկան երեխաների ընդգրկվածության տոկոսը	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	-	95.4	94.4	93.4	94.0	88.6	87.4	
62	Պատվաստումների ծրագրերում 2 տարեկան երեխաների ընդգրկվածության տոկոսը	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	-	95.6	78.3	93.8	91.5	94.4	91.9	
63	Փորլուծության համար բուժօգնություն ստացած երեխաների տոկոսը	ՀԺԱՀ 2005	-	-	-	-	-	16.7	-	
64	Հղիների վաղ ընդգրկվածության տոկոսը մասնագիտական նախաձեռնող խնամքի համակարգում (մինչև 12 շաբաթական՝ 100 հղիի հաշվով)	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	54.6	44.2	44.6	42.0	44.1	43.7	46.7	
65	Շաքարային դիաբետով երեխաների (0-14) ընդգրկվածությունը դիսպանսերային հսկողության գործընթացում (բացարձակ արժեք)	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	150	137	155	152	161	174	209	
66	Սակավարյունությունով երեխաների ընդգրկվածությունը դիսպանսերային հսկողության գործընթացում (բացարձակ արժեք)	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	2 808	2 649	2 359	2 406	2 605	2 638	2 982	

67	Թորքաբորբով երեխաների ընդգրկվածությունը դիսպանսերային հսկողության գործընթացում (բացարձակ արժեք)	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	4 171	1 302	1 039	1 372	990	1 105	1 234	
68	Սրտանոթային հիվանդություններով երեխաների ընդգրկվածությունը դիսպանսերային հսկողության գործընթացում (բացարձակ արժեք)	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	2 607	1 423	1 250	1 248	1 086	963	1 091	
69	Գեղձանմանների սուր բորբոքումով երեխաների ընդգրկվածությունը դիսպանսերային հսկողության գործընթացում (բացարձակ արժեք)	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	24 558	5 945	5 397	4 971	4 068	4 047	4 640	
70	Ասթմայով երեխաների ընդգրկվածությունը դիսպանսերային հսկողության գործընթացում (բացարձակ արժեք)	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	559	309	299	289	310	390	401	
71	Ընդհանուր բնակչության ընդգրկվածության տոկոսը ստամոքսաղտակաժան ծառայության գործընթացում	ԱՀԳԳ 2007	-	-	-	-	-	-	62.7	
Որակ										
72	Շաքարային դիաբետով հիվանդների արյան մեջ գլյուկոզայի պարունակության հսկողություն, տոկոս	ԱՀԳԳ 2007	-	-	-	-	-	-	41.2	
73	Հիպերտենզիայով հիվանդների արյան ճնշման արդյունավետ հսկողություն, տոկոս	ԱՀԳԳ 2007	-	-	-	-	-	-	45.6	
74	Հիվանդանոցային մահացության տոկոսը հիվանդանոց ընդունվածների քանակից	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	1.1	1.9	1.8	1.6	1.6	1.6	1.6	
75	Հիվանդանոցային մահացություն ուղեղանոթային հիվանդություններից, տոկոս	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	10.6	15.4	15.9	14	15.4	15.6	16.5	
76	Հիվանդանոցային մահացություն սրտամկանի սուր ինֆարկտից, տոկոս	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	18.0	14.4	13.7	14.3	13.5	12.6	12.7	
77	Հիվանդանոցային մահացություն այրվածքներից, տոկոս	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	2.5	7.7	2.3	7.9	9.9	9.7	7.9	
78	Ներհիվանդանոցային վարակների հետևանքով առաջացած հետվիրահատական բարդությունների տոկոսը վիրահատությունների ընդհանուր թվում	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	-	-	0.51	0.43	0.33	0.36	0.32	
79	Արյան փոխներարկման հետևանքով առաջացած բարդությունների տոկոսն արյան փոխներարկումների ընդհանուր թվում	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	0.24	0.40	0.50	0.33	1.13	0.25	0.14	
80	Կրծքագեղձի քաղցկեղի ախտորոշումից հետո հինգ տարի ապրելունակության գործակից, տոկոս	ՀՀ ԱՆ ՈՒԲԱԿ	-	40.7	33.3	39.3	39.7	42.7	45.9	
81	Նախաէկլամպսիայի և էկլամպսիայի հետևանքով առաջացած ծննդաբերական և հետծննդյան շրջանի բարդություններ, 1000 ծնունդի հաշվով	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	1.1	12.8	11.2	10.5	12.5	14.2	10.5	
82	Միզանեռական համակարգի հիվանդությունների հետևանքով առաջացած ծննդաբերական և հետծննդյան շրջանի	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	3.1	128.9	140.1	136.7	120.3	97.3	84.5	

	բարդություններ, 1 000 ծնունդի հաշվով բարդություններ									
83	Երակային խանգարումների հետևանքով առաջացած ծննդաբերական և հետծննդյան շրջանի բարդություններ, 1000 ծնունդի հաշվով	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	8.3	45.9	38.6	35.5	32.4	36.2	32.0	
84	Սակավարունության հետևանքով առաջացած ծննդաբերական և հետծննդյան շրջանի բարդություններ, 1 000 ծնունդի հաշվով	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	13.8	132.7	132.4	129.6	113.9	123.1	122.0	
85	Անոմալիաների հետևանքով առաջացած ծննդաբերական և հետծննդյան շրջանի բարդություններ, 1 000 ծնունդի հաշվով	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	77.1	63.1	62.9	68.7	62.5	77.4	63.5	
86	Առաջադիր ընկերքի արնահոսության և ընկերքի վաղ անջատման հետևանքով առաջացած ծննդաբերական և հետծննդյան շրջանի բարդություններ, 1000 ծնունդի հաշվով	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	7.6	14.1	15.0	14.7	17.8	17.5	18.0	
87	Կեսարյան հատումների քանակը՝ 1000 ծնունդի հաշվով	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	33.6	76.3	81.7	88.5	95.3	111.8	118.6	
ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԻՐԱՎԻՃԱԿ										
88	Կյանքի սպասվելիք տևողությունը ծնվելիս, ընդհանուր բնակչություն (տարի)	ՀՀ ԱՎԾ	70.7	73.1	73.0	72.9	73.4	73.5	73.3	
89	Կյանքի սպասվելիք տևողությունը ծնվելիս, տղամարդիկ (տարի)	ՀՀ ԱՎԾ	67.9	70.0	69.8	69.9	70.3	70.3	70.0	
90	Կյանքի սպասվելիք տևողությունը ծնվելիս, կանայք (տարի)	ՀՀ ԱՎԾ	73.4	76.1	75.9	75.8	76.4	76.5	76.4	
91	Մանկական մահացություն 1000 կենդանի ծնունդների հաշվով	ՀՀ ԱՎԾ	18.5	15.4	14	12	11.6	12.3	13.8	
92	Նորածնային (նեոնատալ) մահացություն 1000 կենդանի ծնունդների հաշվով	ՀՀ ԱՎԾ	8.9	10.7	9.3	8.1	7.4	8.5	10.7	
93	Հետնորածնային (հետնեոնատալ) մահացություն 1000 կենդանի ծնունդների հաշվով	ՀՀ ԱՎԾ	9.4	4.7	4.7	3.9	4.2	3.8	3.1	
94	Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացություն 1000 կենդանի ծնունդների հաշվով	ՀՀ ԱՎԾ	S/Q	18.8	16.6	13.6	13	13.7	15.5	
95	Մայրական մահացություն, ԱՎԾ 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով	ՀՀ ԱՎԾ	40.1	21.8	9.3	22.4	26.7	18.7	26.6	
96	Մայրական մահացություն, ԱՏՎՀԿ 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	S/Q	21.3	18.0	19.2	37.2	26.7	34.5	
97	Ծննդյան ցածր քաշ (2500 գրամից պակաս կենդանածիններ, տոկոսը)	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	6.38	7.84	8.44	8.01	7.5	7.26	7.89	
98	0-5 տարեկան թերսնված (թերի քաշով կամ թերաճ) երեխաների տոկոսը	ՀԺԱՀ 2005	-	-	-	-	-	2.0	-	

99	Մահացություն արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից*	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	305.9	407.8	436.8	443.8	437.9	453.1	421.8
100	Մահացություն սրտի իշեմիկ հիվանդություններից*	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	201.1	219.9	264.2	266.9	265.4	278.0	264.7
101	Մահացություն սրտամկանի սուր ինֆարկտից*	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	54.1	69.9	81.9	80.8	68.1	72.8	76.8
102	Մահացություն ուղեղանոթային հիվանդություններից*	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	83.6	100.9	136.1	130.3	121.7	122.1	103.1
103	Մահացություն թոքերի քաղցկեղից, տղամարդիկ*	ՀՀ ԱՆ ՈՒԲԱԿ	-	47.1	50.3	51.3	53.8	54.6	61.6
104	Մահացություն կրծքագեղձի քաղցկեղից, կանայք*	ՀՀ ԱՆ ՈՒԲԱԿ	-	22.8	28.3	29.4	38.6	29.4	30.8
105	Մահացություն արգանդի վզիկի և արգանդի մարմնի քաղցկեղից*	ՀՀ ԱՆ ՈՒԲԱԿ	-	13.9	13.1	12.1	14.7	12.3	17.2
106	Մահացություն արգանդի վզիկի քաղցկեղից*	ՀՀ ԱՆ ՈՒԲԱԿ	-	9.3	7.7	8.4	8.4	7.6	9.9
107	Մահացություն արգանդի մարմնի քաղցկեղից*	ՀՀ ԱՆ ՈՒԲԱԿ	-	4.6	5.4	3.7	6.2	4.7	7.2
108	Մահացություն 1 և 2 տիպի շաքարային դիաբետից*	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	14.0	35.8	47.3	53.2	50.2	48.8	36.3
109	Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների տարածվածություն*	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	8 709.1	3 794.6	4 522.8	4 356.7	4 020.4	4 429.9	4 790.7
110	Արյան ճնշման բարձրացմամբ բնութագրվող հիվանդությունների տարածվածություն*	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	3 533.3	1 061.1	1 254.3	1 273.0	1 548.7	1 892.2	2 068.6
111	Սրտի իշեմիկ հիվանդությունների տարածվածություն*	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	3 005.7	1 580.7	1 936.9	1 871.8	1 414.5	1 484.4	1 569.1
112	Սրտամկանի սուր ինֆարկտի տարածվածություն*	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	71.0	55.3	77.9	83.5	87.2	85.8	81.8
113	Ուղեղանոթային հիվանդությունների տարածվածություն*	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	682.5	426.4	552.0	533.9	402.8	453.6	483.5
114	Կրծքագեղձի քաղցկեղի տարածվածություն, կանայք*	ՀՀ ԱՆ ՈՒԲԱԿ	36.3	42.8	49.6	49.0	52.6	55.7	59.6

115	Արգանդի վզիկի և արգանդի մարմնի քաղցկեղի տարածվածություն*	ՀՀ ԱՆ ՌԻԱԿ	14.3	17.9	20.8	21.4	22.6	22.2	24.7
116	1 և 2 տիպի շաքարային դիաբետի տարածվածություն*	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	1 434.1	1 309.6	1 614.1	1 603.4	1 543.5	1 575.8	1 607.3
117	1 տիպի շաքարային դիաբետի տարածվածություն*	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	-	209.5	277.7	245.7	227.7	222.9	245.3
118	2 տիպի շաքարային դիաբետի տարածվածություն*	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	-	897.8	987.5	994.6	981.1	1 026.5	1 047.6
119	Օբստրուկտիվային քրոնիկական թոքային հիվանդության տարածվածություն*	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	-	12.7	28.2	30.7	29.5	34.8	38.1
120	Ասթմայի տարածվածություն*	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	-	154.5	173.0	176.0	168.2	180.9	180.1
121	Մահացություն տուբերկուլյոզից*	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	2.6	3.8	5.2	4.8	4.6	4.9	5.4
122	Հիվանդացություն տուբերկուլյոզով*	ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ	-	35.4	43.4	44.7	48.5	62.4	50.2
123	Խորխի դրական քսուկով թոքերի տուբերկուլյոզի նոր դեպքերի թվի հարաբերությունը թոքերի տուբերկուլյոզի նոր դեպքերի (հիվանդացություն) ընդհանուր թվին, որոնք նույն ժամանակահատվածում արձանագրվել են DOTS-ի շրջանակում (հաշվարկվում է 2004 թվականից)	ՀՀ ԱՆ ՏԳՊԱԿ					42.5	38.2	45.5
124	ՄԻԱՎ վարակի տարածվածությունը (Արձանագրված ՄԻԱՎ վարակի դեպքերի թվի հարաբերությունը բնակչության ընդհանուր թվին *)	ՀՀ ԱՆ ՁԻԱՀ-ի ՀԿ	-	5.3	6.6	7.5	9.0	11.3	13.3
125	Մեփական առողջությունը վատ կամ գերազանց գնահատած անձանց տոկոսը	ԱՀԳԳ 2007	-	-	-	-	-	-	76.5
126	Ամեն օր ծխախոտ օգտագործողների տարածվածությունը, տոկոս	ԱՀԳԳ 2007	-	-	-	-	-	-	22.5
127	Ամեն օր ծխախոտ օգտագործողների տարածվածությունը տղամարդկանց շրջանում, տոկոս	ԱՀԳԳ 2007	-	-	-	-	-	-	54.6
128	Ամեն օր ծխախոտ օգտագործողների տարածվածությունը կանանց շրջանում, տոկոս	ԱՀԳԳ 2007	-	-	-	-	-	-	1.6

129	Ալկոհոլ օգտագործողների տարածվածությունը, տոկոս	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	5.7
130	Ալկոհոլ օգտագործողների տարածվածությունը տղամարդկանց շրջանում, տոկոս	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	12.9
131	Ալկոհոլ օգտագործողների տարածվածությունը կանանց շրջանում, տոկոս	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	0.9
132	Թմրամիջոցներ օգտագործողների տարածվածությունը (հաշիշ, մարիխուանա, էքստազի), տոկոս	ԹԱԾՕ 2006	-	-	-	-	-	5.4	-
133	Հանգստացուցիչ կամ ցավազրկող դեղամիջոցներ օգտագործողների տարածվածությունը, տոկոս	ԹԱԾՕ 2006	-	-	-	-	-	9.7	-
134	Արյան բարձր ճնշման տարածվածությունը (>140-90), տոկոս	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	16.9
135	Ավելորդ քաշի (նախաճարպակալում և ճարպակալում) տարածվածությունը, տոկոս	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	55.7
136	Ֆիզիկական թերակտիվության տարածվածությունը, տոկոս	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	23.5
137	Վերջին մեկ տարվա ընթացքում ատամնաբուժական օգնության կարիք ունեցած բնակչության տոկոսը (20 տարեկան և բարձր)	ԱՀԳ-Գ 2007	-	-	-	-	-	-	41.9

* S/U - տվյալները առկա չեն

* Մահացության և տարածվածության ցուցանիշները հաշվարկված են 100 000 բնակչության հաշվով

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆ



Ջեկույցի մշակման աշխատանքները համակարգվել են Հայաստանի Հանրապետության Առողջապահության նախարարության կողմից՝ Համաշխարհային բանկի, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության, Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների միջազգային զարգացման գործակալության Երևանյան գրասենյակների և հրավիրված փորձագետների անմիջական մասնակցությամբ: