



AMERICAN UNIVERSITY OF ARMENIA  
ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԱՄԵՐԻԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ԵՎ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆ

## ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ ՀԱՆՐԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ

Պատրաստված է

ՀՀ Առողջապահության նախարարության համար

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության  
հայաստանյան գրասենյակի աջակցությամբ

Հեղինակներ՝

Յարութին Կ. Արմենեան, MD, DrPH

Բայրոն Քրեյփ, MSPH, PhD

Ռուզաննա Գրիգորյան, MD, MPH

Հռիփսիմե Մարտիրոսյան, MD, MPH

Վարդուհի Պետրոսյան, MS, PhD

Նունե Տռուզյան, DVM, MPH

Երևան, հոկտեմբեր 2009

# ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ԵՐԱՆՏԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ԽՈՍՔ.....	ix
ՀԱՄԱՌՈՑ ՇԱՐԱԴՐԱՆՔ .....	x
ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ.....	1
Հետազոտության պատմությունը .....	1
Հանրային առողջապահության պատմությունը Հայաստանում .....	1
Հետազոտության խնդիրները.....	3
Հանրային առողջապահության սահմանումը և գործառույթները.....	3
1. Բնակչության առողջության և բարեկեցության (կյանքի որակի) համաճարակաբանական հսկողություն և վերլուծություն.....	5
2. Առողջապահական խնդիրների և վտանգների հայտնաբերումը բնակչության շրջանում.....	5
3. Արտակարգ իրավիճակներին պատրաստվածություն և հակազդեցության նախագծում.....	6
4. Առողջության պաշտպանությանն ուղղված միջոցառումներ (շրջակա միջավայր, մասնագիտական հիվանդություններ, սննդի անվտանգություն և այլն).....	6
5. Հիվանդությունների կանխարգելում .....	6
6. Առողջ ապրելակերպի խթանում/քարոզչություն.....	7
7. Անհատական և համայնքային բուժօգնությունների որակի և արդյունավետության գնահատում.....	8
8. Հանրային առողջապահության և անհատական բուժօգնության բարձրակարգ աշխատուժի ապահովում.....	8
9. Առաջնորդություն, կառավարում և հանրային առողջապահության քաղաքականությունների նախաձեռնում, մշակում և նախագծում.....	9
10. Առողջապահական գիտական հետազոտություններ .....	9
Հայաստանի առողջապահական համակարգը.....	10
Կազմակերպչական կառուցվածքը.....	10
Ֆինանսավորում.....	10

<i>Մարդկային ռեսուրսներ.....</i>	10
<i>Առողջապահության բարեփոխումներ .....</i>	11
Հանրային առողջապահության ծառայությունները Հայաստանում .....	11
<i>Բնակչության առողջության և բարեկեցության համաճարակաբանական հսկողություն և վերլուծություն.....</i>	11
<i>Առողջապահական խնդիրների և վտանգների հայտնաբերումը բնակչության շրջանում .....</i>	13
<i>Արտակարգ իրավիճակներին պատրաստվածություն և հակազդեցության նախագծում</i> 16	
<i>Առողջության պաշտպանությանն ուղղված միջոցառումներ (շրջակա միջավայր, մասնագիտական հիվանդություններ, սննդի անվտանգություն և այլն).....</i>	19
<i>Հիվանդությունների կանխարգելում և առողջ ապրելակերպի խթանում/քարոզչություն.</i> 22	
<i>Անհատական և համայնքային բուժօժանայությունների որակի և արդյունավետության գնահատում.....</i>	24
<i>Հանրային առողջապահության և անհատական բուժօգնության բարձրակարգ աշխատուժի ապահովում.....</i>	25
<i>Առաջնորդություն, կառավարում և նախաձեռնում, հանրային առողջապահության քաղաքականությունների մշակում և նախագծում.....</i>	27
<i>Առողջապահական գիտական հետազոտություններ .....</i>	33
ՄԵԹՈԴՆԵՐ.....	36
Փաստաթղթերի վերլուծություն .....	36
Որակական վերլուծություն .....	36
Հետազոտության ձևը.....	36
Հետազոտության մասնակիցները .....	37
<i>Մասնակիցների ընտրությունը .....</i>	37
<i>Խորացված հարցազրույցներ.....</i>	38
<i>Խմբային քննարկումներ .....</i>	39
Հետազոտության հարցաշարերը (ուղեցույցները) .....	39

<i>Խորացված հարցազրույցներ</i> .....	39
<i>Խմբային քննարկումներ</i> .....	40
Տվյալների հավաքագրումը և վերլուծությունը.....	40
Հետազոտության մասնակիցների դասակարգումը.....	42
Էթիկական նկատառումներ.....	43
Հետազոտության թույլ և ուժեղ կողմերը.....	44
ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ ԵՎ ՔՆՆԱՐԿՈՒՄՆԵՐ.....	46
Արդյունքների ամփոփում.....	46
<b>ՀԱՆՐԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՄՈՂԵՆՆԵՐ ԵՎ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՈՒՈՐՏԻ ՋԱՐԳԱՑՄԱՆ ՀԱՄԱՐ</b> .....	<b>52</b>
<i>Բնակչության առողջության և բարեկեցության համաձարակաբանական հսկողություն և վերլուծություն</i> .....	<i>58</i>
<i>Առողջապահական խնդիրների և վտանգների հայտնաբերումը բնակչության շրջանում</i> .....	<i>59</i>
<i>Արտակարգ իրավիճակներին պատրաստվածություն և հակազդեցության նախագծում</i> 61	
<i>Առողջության պաշտպանությունը</i> .....	<i>61</i>
<i>Հիվանդությունների կանխարգելում</i> .....	<i>62</i>
<i>Առողջ ապրելակերպի խթանում/քարոզչություն</i> .....	<i>63</i>
<i>Անհատական և համայնքային բուժօժանայությունների որակի և արդյունավետության գնահատում</i> .....	<i>63</i>
<i>Հանրային առողջապահության և անհատական բուժօգնության բարձրակարգ աշխատուժի ապահովում</i> .....	<i>63</i>
<i>Առաջնորդում, կառավարում և նախաձեռնում, հանրային առողջապահության քաղաքականության մշակում և նախագծում</i> .....	<i>64</i>
<b>ՕԳՏԱԳՈՐԾԿԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ</b> .....	<b>69</b>
<b>ՀԱՎԵԼՎԱԾ 1 – ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԸ</b> .....	<b>76</b>
<i>Կազմակերպչական կառուցվածքը</i> .....	<i>76</i>

<i>Ֆինանսավորում.....</i>	77
<i>Կանոնակարգում, պլանավորում, կառավարում և որակի ապահովում.....</i>	77
<i>Ֆիզիկական և մարդկային ռեսուրսներ.....</i>	78
<i>Բժշկական ծառայությունների տրամադրում.....</i>	79
<i>Առողջապահության բարեփոխումներ.....</i>	79
ՀԱՎԵԼՎԱԾ 2 – ՈՐԱԿԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՄԵԹՈՂԸ .....	81
ՀԱՎԵԼՎԱԾ 3 – ՈՐԱԿԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՑԱՇԱՐԵՐԸ .....	83
ՀԱՎԵԼՎԱԾ 4 – ՇԱՀԱԳՐԳԻՌ ԿՈՂՄԵՐԻ ՈՐԱԿԱԿԱՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅԱՆ ՄԱՆՐԱՄԱՍՆ ԵՎ ՀԱՄԱՊԱՐՓԱԿ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ .....	92
0. Հանրային առողջապահության ընկալումը .....	92
0.Ա. Հանրային առողջապահության ծառայությունների և ցանցի ընկալումը .....	92
0.Բ. Տեսչական ծառայությունների ընկալումը .....	95
1. Բնակչության առողջության և բարեկեցության համաճարակաբանական հսկողություն և վերլուծություն.....	97
1.Ա. Համաճարակաբանական հսկողության համակարգերի և ռեգիստրների գործունեությունը.....	97
1.Ա.1. Վարակիչ և ոչ վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանական հսկողության համակարգեր.....	100
1.Ա.2. Ճանապարհատրանսպորտային պատահարների համաճարակաբանական հսկողության համակարգերը.....	100
1.Ա.3. Հոգեկան հիվանդությունների և վիճակների համաճարակաբանական հսկողության համակարգը .....	101
1.Ա.4. Շրջակա միջավայրի ռիսկի գործոնների համաճարակաբանական հսկողության համակարգ .....	101
2. Առողջապահական խնդիրների և վտանգների հայտնաբերումը բնակչության շրջանում .....	102
2.Ա. Վարակիչ և ոչ վարակիչ հիվանդությունների և վիճակների վերահսկողությունը .....	102
2.Բ. Շրջակա միջավայրի վնասակար գործոնների վերահսկողությունը.....	104

2.Բ.1. Ռիսկի գործոնների և շրջակա միջավայրի վնասակար գործոնների առողջության վրա ունեցած ազդեցությունների գնահատումը .....	104
2.Բ.2. Օդի և ջրի որակի վերահսկողությունը .....	105
2.Բ.3. Աղբի և թափոնների վերահսկողությունը .....	108
2.Գ. Սննդի անվատանգության վերահսկողությունը .....	109
2.Գ.1. Սննդի տեսչական պարտավորությունների վերաբերյալ բանավեճ .....	109
2.Գ.2. Սննդի որակը.....	111
2.Դ. Մասնագիտական առողջություն .....	114
2.Ե. Առողջապահական վտանգների հայտնաբերման համար անհրաժեշտ լաբորատոր ներուժը .....	115
2.Ե.1. Լաբորատոր սարքավորումներ և պարագաներ .....	116
2.Ե.2. Լաբորատոր ուղեցույցներ և տեղեկատվական համակարգեր.....	117
2.Ե.3. Պետական լաբորատորիաների ֆիզիկական պայմանները .....	118
2.Ե.4. Լաբորատոր ծառայությունների որակի վերահսկողությունը .....	119
2.Ե.5. Լաբորատորիաների միջև հաղորդակցությունը և համագործակցությունը ...	121
3. Առողջության պաշտպանություն .....	122
3.Ա. Օրենքներ և ենթաօրենսդրական ակտեր .....	122
3.Բ. Խոցելի խմբերի պաշտպանությունը .....	124
4. Արտակարգ իրավիճակներին պատրաստվածություն .....	126
4.Ա. Արտակարգ իրավիճակներին արձագանքման նախագծերը և ներուժը.....	126
4.Բ. Արտակարգ իրավիճակների տեղեկատվական համակարգերը.....	127
4.Գ. Արտակարգ իրավիճակների արձագանքման լաբորատոր ներուժը.....	129
4.Դ. Արտակարգ իրավիճակներին արձագանքման համար անհրաժեշտ մարդկային ռեսուրսները և վերապատրաստումները.....	129
4.Ե. Արտակարգ իրավիճակների կառավարման ոլորտի համագործակցությունը և ապագա բարելավումները .....	130

5.	Հիվանդությունների կանխարգելում և առողջ ապրելակերպի խթանում/քարոզչություն	
	131	
	5.Ա. Հիվանդությունների կանխարգելում .....	131
	5.Բ. Առողջ ապրելակերպի խթանում/քարոզչություն .....	136
6.	Անհատական և համայնքային բուժառայությունների որակի և արդյունավետության գնահատում .....	140
7.	Հանրային առողջապահության և անհատական բուժօգնության բարձրակարգ աշխատուժի ապահովում.....	141
	7.Ա. Հանրային առողջապահությունը բժշկական կրթական հաստատությունների ուսումնական ծրագրերում .....	141
	7.Բ. Կրթական ծրագրերի որակի վերահսկողությունը.....	144
	7.Գ. Հանրային առողջապահության մասնագետների աշխատանքի տեղավորման գործընթացը .....	146
	7.Դ. Հանրային առողջապահության մարդկային ռեսուրսները.....	149
	7.Ե. Հանրային առողջապահության մասնագետների շարունակական կրթությունը ` վերապատրաստումներ.....	155
8.	Առաջնորդություն, կառավարում և հանրային առողջապահության քաղաքականությունների նախաձեռնում, մշակում և նախագծում .....	157
	8.Ա. Ուղղակիությունների նախագծում .....	157
	8.Բ. Որոշումների կայացման համար անհրաժեշտ տեղեկատվական համակարգը .	158
	8.Գ. Միջազգային կազմակերպությունների դերը հանրային առողջապահության մեջ .....	159
	8.Դ. Տեսչական ծառայություններ .....	160
	8.Ե. Հանրային առողջապահության ծրագրերի և ռազմավարությունների մոնիտորինգը և գնահատումը.....	162
	8.Զ. Համագործակցություն.....	163
9.	Առողջապահական գիտական հետազոտություններ .....	165
10.	Հանրային առողջապահության ծառայությունների մատուցումը և ենթակառուցվածքները փոխելու վերաբերյալ մասնակիցների առաջարկությունները .....	167

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 5 – ՀԱՆՐԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՍՏԱՆԴԱՐՏՆԵՐԸ .....	171
ՀԱՎԵԼՎԱԾ 6 – ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՓՈՐՁԸ .....	177



## **ԵՐԱՆՏԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ԽՈՍՔ**

Մենք ցանկանում ենք հայտնել մեր երախտագիտությունը Հայաստանի կառավարությանը, տարբեր գործակալությունների, կրթական հիմնարկների և միջազգային կազմակերպությունների, նրանց կողմից հրատարակված համապարփակ և ծավալուն զեկույցների, հետազոտությունների, ռազմավարական և գործողությունների ծրագրերի, ռազմավարական, իրավաբանական և այլ փաստաթղթերի, առաջարկ-նախագծերի և որոշումների համար, որոնք օգտագործվել են այս հետազոտության իրավիճակային վերլուծության նպատակով:

Խորին շնորհակալություն ենք հայտնում այս հետազոտության մասնակիցներին, ովքեր խորացված հարցազրույցների և խմբային քննարկումների ընթացքում տրամադրել են հետազոտության համար արժեքավոր տեղեկություններ:

Մասնակիցներն եղել են ընդհանուր բնակչությունից, յոթ նախարարություններից և նրանց գործակալություններից, տարբեր պետական գործակալություններից և բաժիններից, բազմաթիվ կրթական և ծառայողական հիմնարկներից, միջազգային և հասարակական կազմակերպություններից:

Մեր երախտագիտությունն ենք հայտնում Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությանը՝ հետազոտության ուղղորդման և շարունակական աջակցության համար:

Շնորհակալ ենք բոլոր նրանց, ովքեր ուսումնասիրել են այս զեկույցը և տրամադրել իրենց դիտարկումները: Հատուկ շնորհակալություն ենք հայտնում Առողջապահության նախարարության փորձագետների խմբին՝ զեկույցի վերաբերյալ քննարկումների և համատեղ աշխատանքի համար:

## ՀԱՄԱՌՈՑ ՇԱՐԱԴՐԱՆՔ

Ջեկույցը նկարագրում և վերլուծում է ներկա հանրային առողջապահական ծառայությունները Հայաստանում գոյություն ունեցող պաշտոնական փաստաթղթերի ուսումնասիրման միջոցով, գնահատում է այդ ծառայությունների ֆունկցիոնալությունը շահագրգիռ կողմերի որակական հետազոտության միջոցով, ամփոփում է միջազգային հանրային առողջապահական ստանդարտները և մոդելները և այս բոլոր տվյալների հիման վրա առաջարկում հանրային առողջապահական մոդել Հայաստանի համար: Ընդհանուր առմամբ հետազոտության շահագրգիռ կողմերի վերլուծությանը մասնակցել են 179 հոգի յոթ նախարարություններից, տարբեր կառավարական գործակալություններից և բաժիններից, կրթական և ծառայողական հիմնարկներից, միջազգային և հասարակական կազմակերպություններից (ՀԿ):

Ներկա հանրային առողջապահական ծառայությունների ձեռքբերումները մանրամասն ներկայացված են զեկույցի համառոտ արդյունքների մեջ: Վերջին տասնամյակների ընթացքում հանրային առողջապահության տարբեր ոլորտներում նկատվել է զգալի առաջընթաց:

Ջեկույցի արդյունքները լուսաբանում են այն ոլորտները, որտեղ հետագա բարելավման կարիք կա: Որոշ հանրային առողջապահական ծառայությունների տարանջատումը, էպիզոդիկ և կրկնվող բնույթը, ինչպես նաև մարդկային ռեսուրսների անբավարար պատրաստվածության մակարդակը հանրային առողջապահության ներկա և ապագա մարտահրավերներին դիմակայելու համար նշվել են որպես գլխավոր խոչընդոտներ՝ Հայաստանում հանրային առողջապահական ծառայությունների բարելավման համար: Սա դրսևորվում է նաև հանրային առողջապահական ծառայությունների տարանջատմամբ, ինչպես նաև դրանց կրկնությամբ նախարարությունների, հիմնարկների և կազմակերպությունների մակարդակով՝ առանց համակարգող մարմնի:

Հայաստանում մի շարք նախարարություններ և պետական գործակալություններ հանրային առողջապահության ոլորտում ունեն էական դեր. Առողջապահության նախարարությունը տրամադրում է հանրային առողջապահական ծառայությունների որոշ մասը միայն: Ավելին, միջազգային կազմակերպությունները և տեղական հասարակական կազմակերպությունները ևս տրամադրում են որոշ հանրային առողջապահական ծառայություններ: Ներկայումս Հայաստանում չկա միջգերատեսչական մարմին, որը պատասխանատու կլինի բոլոր հանրային առողջապահական ծառայությունների միավորման, համակարգման, համագործակցության, վերահսկողության, ջատագովման (advocacy) և որակի ապահովման համար:

Հանրային առողջապահությունը ազգային անվտանգության կարևոր մասերից է: Այս իրավիճակային և շահագրգիռ կողմերի վերլուծության արդյունքները, ինչպես նաև միջազգային փորձի ուսումնասիրությունը վկայում են, որ հանրային առողջապահական ծառայությունները հզորացնելու համար անհրաժեշտություն կա հիմնելու միջգերատեսչական փորձագիտական հանձնաժողով , որը լիազորված կլինի կոորդինացման, ջատագովման և խորհրդատվական գործառույթներով: Այն կկոորդինացնի տարբեր կառույցների (անկախ գերատեսչական պատկանելությունից և կազմակերպատիրավական ձևից) կողմից իրականացվող հանրային առողջապահական առնչվող գործունեությունը, ծրագրերը և ծառայությունները, կօժանդակի և կխթանի տարբեր նախարարությունների, գերատեսչությունների, գիտական կառույցների, միջազգային և հասարակական կազմակերպությունների համագործակցությունը:

Այս զեկույցին հաջորդող քայլը պետք է լինի հանրային առողջապահության ռազմավարության ձևավորումը և մանրամասն գործողությունների ցանկի մշակումը հանրային առողջապահական համակարգի հետագա բարելավման համար, որը հիմնված կլինի գործողությունների հետևյալ հիմնական սկզբունքների վրա` 1) ապացույցների վրա հիմնված համակարգային փոփոխություններ և 2) աջակցող

վերահսկողություն. կրթումը, վերապատրաստումը, խորհրդատվությունը պետք է գերակշռեն տեսչական ֆունկցիային:

## **ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ**

### **Հետազոտության պատմությունը**

Ըստ Հայաստանի Հանրապետության (ՀՀ) կառավարության և Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) Եվրոպական տարածքային գրասենյակի միջև կնքված 2008-2009 թթ. երկկողմանի համագործակցության համաձայնագրի՝ ԱՀԿ-ն օժանդակում է Հայաստանի կառավարությանը հանրային առողջապահության ծառայությունների համակարգի բնութագրման, վերլուծության և գնահատման գործում, ինչպես նաև անհատական և հանրային առողջապահական (ՀԱ) ծառայությունների ուղղորդման, արդիականացման և կատարելագործման գործում: Այդ նպատակով ԱՀԿ հայաստանյան գրասենյակը պայմանագիր է կնքել Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնի հետ (ՀԱՀ ԱԾՀԿ), որպեսզի վերջինս իրականացնի հանրային առողջապահական ծառայությունների վերլուծություն Հայաստանում:

### **Հանրային առողջապահության պատմությունը Հայաստանում**

Չնայած որ հանրային առողջապահությունը նոր հասկացություն է և իրավաբանորեն այս տերմինը դեռևս սահմանված չէ Հայաստանի Հանրապետությունում, հանրային առողջապահության որոշ նախնական տարրեր արդեն գոյություն ունեին Հայաստանում առնվազն 1800 տարի առաջ<sup>1</sup>: Առաջին ժանտախտային կայանը հիմնադրվել է Հայաստանում 260-270 թթ.: Փոքր Հայքում 4րդ դարում արդեն կային հիվանդանոցները («բազիլիկա»), որոնք ունեին վարակիչ հիվանդությունների բաժանմունքներ: 12-րդ դարից Մխիթար Հերացուց մեզ է մնացել «Ջերմաց մխիթարություն» ձեռագիրը, որն անդրադառնում է վարակիչ հիվանդությունների ախտաճանաչմանը: Բազմաշնորհի հայ կաթողիկոս Թութունջին 17-րդ դարում գրել է թութունի վնասակար ազդեցությունների մասին իր բանաստեղծություններից մեկում:

1922 թ. Հայաստանում հիմնադրվեցին առաջին հիգիենիկ և հակահամաճարակային կազմակերպությունները: 1923 թ. հիմնադրվեց տրոպիկական ինստիտուտը, որի

նպատակն էր պայքարել մալարիայի, պրոտոզոային ինֆեկցիաների, հելմինթոզների և այլ վարակիչ հիվանդությունների դեմ: 1971 թ. այն վերանվանվեց Համաճարակաբանության, վիրուսաբանության և բժշկական մակաբուծաբանության գիտահետազոտական ինստիտուտ: Երևանում 1927 թ. բացվեց առաջին սանիտարահիգիենիկ լաբորատորիան: Երևանի պետական բժշկական համալսարանում բացվեց առաջին սանիտարահիգիենիկ ֆակուլտետը 1932 թ., դրան հետևեց համաճարակաբանության և մակաբուծության ամբիոնների հիմնադրումը 1935 թ<sup>1</sup>:

Խորհրդային Միության ժամանակաշրջանում առողջապահության համակարգը Հայաստանում խիստ կենտրոնացված էր: Այդ տարիներին հիմնական բժշկական ծառայությունները անվճար էին ամբողջ բնակչության համար: Հանրային առողջապահությունը շեշտադրում էր վարակիչ հիվանդությունների վերահսկողությունը, իմունիզացիան, կարանտինը, սանիտարահիգիենիկ, կանխարգելիչ և հակահամաճարակային միջոցառումները: Այն զբաղվում էր սննդի անվտանգությամբ, աշխատանքային պայմանների և աշխատողների, երեխաների և դեռահասների առողջության հարցերով<sup>2</sup>:

1991 թ. անկախացումից հետո Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգը զգալիորեն փոխվեց: Տնտեսական ճգնաժամը, որը հետևեց 1988 թ. կործանարար երկրաշարժին, և Խորհրդային Միության փլուզումը հանգեցրեցին առողջապահության համակարգի գործունեության խաթարմանը, ինչի արդյունքում տուժեցին նաև հանրային առողջապահության ծառայությունները: Բուժօժանայությունները դարձան ոչ մատչելի բնակչության համար: Այս ժամանակահատվածում վատթարացան բնակչության առողջական վիճակի ցուցանիշները: Չնայած խորը տնտեսական ճգնաժամին՝ 1992 թ. մշակվեց և ընդունվեց «ՀՀ բնակչության սանիտարա-համաճարակային անվտանգության ապահովման մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքը: Համակարգը

թևակոխեց ազգային բարեփոխումների շրջան, որը սկսվեց 90-ականների վերջից և շարունակվում է առ այսօր<sup>3</sup>:

### **Հետազոտության խնդիրները**

Այս հետազոտության խնդիրներն են՝ 1) նկարագրել հանրային առողջապահական ծառայությունների զարգացման պատմությունը, առկա ենթակառուցվածքները և նրանց գործառույթները Հայաստանում, 2) ուսումնասիրել և ամփոփել հանրային առողջապահության միջազգային ստանդարտները (չափանիշները), համակարգերը և փորձը, որը կիրառելի է Հայաստանի համար, 3) ամբողջականորեն վերլուծել Հայաստանում հանրային առողջապահական ծառայությունների կառուցվածքը և ֆունկցիոնալությունը, 4) Հայաստանում հանրային առողջապահական ծառայությունների բարելավման համար առաջարկել փոփոխություններ և հանրային առողջապահական համակարգի հնարավոր մոդելներ:

### **Հանրային առողջապահության սահմանումը և գործառույթները**

ՀԱ-ն զբաղվում է առողջության պահպանմամբ, հիվանդությունների կանխարգելմամբ և առողջության քարոզչությամբ՝ հանրության համախմբված ջանքերի շնորհիվ<sup>4</sup>: ՀԱ ծառայությունները մատուցվում են ողջ հանրությանը և նրա առանձին խմբերին՝ զանգվածային կամ անհատական սկզբունքով:

ՀԱ ծառայությունները ներառում են վարակիչ և ոչ վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանական հսկողություն, շրջակա միջավայրի պահպանություն, մասնագիտական հիվանդությունների վերահսկողություն, սննդի անվտանգություն, արտակարգ իրավիճակներին պատրաստվածություն, իմունոկանխարգելման և սկրինինգի (դիտագնման) ծրագրեր, առողջ ապրելակերպի քարոզչություն և բնակչության ուսուցում, գիտական հետազոտություններ, հանրային առողջապահության ծառայությունների ղեկավարում, վնասվածքների վերահսկողություն, հոգեկան առողջության ապահովում, արդյունավետ ծրագրերի և ռազմավարությունների մշակում, իրականացում, գնահատում և այլն:

Հանրային առողջապահության ծրագրերը առնչվում են երեք հիմնական քաղաքիչների հետ՝ մարդկային ու ֆինանսական ռեսուրսներ և տեղեկատվություն: Հանրային առողջապահության ոլորտում ծավալվող գործունեության ընթացքի և ուժի բնութագրիչներն են<sup>5</sup>

- Հանրային առողջապահությունը *միջգերատեսչական է և բազմաբնույթ*:  
Հանրային առողջապահության խնդիրների լուծումը մեծամասամբ պահանջում է գիտության տարբեր ճյուղերի կիրառում:
- Հանրային առողջապահությունը *փոփոխության ուժ է*, իսկ հանրային առողջապահության մասնագետը այդ *փոփոխություններն իրականացնողն է*:
- *Դրական արդյունքները ուշ են դրսևորվում*: Երբեմն հանրային առողջապահության ծրագրերի արդյունքները հնարավոր չի լինում գնահատել տասնամյակների ընթացքում: Կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունքները բնակչության շրջանում հնարավոր է մատնանշել ավելի ուշ՝ երկարաժամկետ ուսումնասիրությունների արդյունքում:
- Հանրային առողջապահությունն ունի *սոցիալական ուղղվածություն*:  
Հանրային առողջապահության մասնագետների օրակարգում տեղ են գտնում այնպիսի խնդիրներ, որոնք ունեն սոցիալական և քաղաքական արմատներ:
- Միջամտությունները հիմնված են *գիտական հետազոտությունների արդյունքների վրա*: Տեղեկատվությունը հանրային առողջապահության հետազոտություններից, այդ թվում՝ լաբորատոր հետազոտություններից, օգտագործվում է ծրագրերի և քաղաքականությունների մշակման նպատակով:
- Ծրագրերը հիմնականում իրականացվում են *կազմակերպությունների շրջանակներում*: Դրանք կատարվում են թիմային աշխատանքների միջոցով կազմակերպության ներսում, որը ապահովում է իրավական դաշտը, անհրաժեշտ ռեսուրսները և ծրագրերի շարունակականությունը:
- Կարևորվում են մասնագետների *անձնական հատկանիշները*. հանրային առողջապահության մասնագետների մեծ մասից պահանջվում է լինել թիմի մի մաս և պատրաստ լինելու աշխատել առանց մեծ ճանաչում վայելելու՝



կառուցելու համար հանրային առողջապահության ապագան և ապահովելու համար հանրության բարեկեցությունը:

Որակական հետազոտության և փաստաթղթերի վերլուծության արդյունքները այս զեկույցում ներկայացված են ԱՀԿ Եվրոպական գրասենյակի հանրային առողջապահության գործառնությունների հիման վրա: Այդ գործառնությունների սահմանումներնը ներկայացված են 5-9 էջերում<sup>6</sup>:

### ***1. Բնակչության առողջության և բարեկեցության (կյանքի որակի)***

#### ***համաճարակաբանական հսկողություն և վերլուծություն***

Այս գործառնությամբ ներառում է հանրային առողջապահական կարևորություն ունեցող հիվանդությունների համաճարակաբանական հսկողության համակարգերի ստեղծումը և գործադրումը, ինչպես նաև հիվանդացության և բնակչության առողջության այլ ցուցանիշների գնահատման համար տվյալների շարունակական հավաքագրումը: Այն ներառում է բնակչության խմբերի առողջության ախտորոշում, բնակչության որոշակի խմբերի առողջական վիճակի փոփոխությունների, բացթողումների և անհավասարությունների վերլուծություն, կարիքների հայտնաբերում և տվյալների վրա հիմնված միջոցառումների նախագծում:

### ***2. Առողջապահական խնդիրների և վտանգների հայտնաբերումը բնակչության շրջանում***

Այս գործառնությամբ ներառում է աշխատավայրերում և շրջակա միջավայրում առողջության համար ռիսկ հանդիսացող կենսաբանական, քիմիական և ֆիզիկական գործոնների մոնիտորինգ, հայտնաբերում և կանխատեսումներ, ինչպես նաև այս ռիսկերի մասին հանրության նախազգուշացում և դրանց նվազեցման նպատակով նախագծվող ծրագրեր և միջոցառումներ:

**3. Արտակարգ իրավիճակներին պատրաստվածություն և հակազդեցության նախագծում**

Այս գործառույթը ներառում է արտակարգ իրավիճակներին պատրաստվածություն, այդ թվում՝ անհրաժեշտ քայլերի նախագծում, արտակարգ իրավիճակների ժամանակ տվյալների հավաքագրման և վերահսկման համակարգերի ստեղծում և հիվանդությունների կանխարգելում: Նաև ներառում է այնպիսի մեխանիզմների մշակում, որոնք արտակարգ իրավիճակներում տարբեր գերատեսչությունների միջև արդյունավետ համագործակցություն կստեղծեն:

**4. Առողջության պաշտպանությանն ուղղված միջոցառումներ (շրջակա միջավայր, մասնագիտական հիվանդություններ, սննդի անվտանգություն և այլն)**

Այս գործառույթը ներառում է ռիսկի գործոնների գնահատման անհրաժեշտ ներուժ՝ մարդկային և տեխնիկական, և շրջակա միջավայրի, մասնագիտական առողջության և սննդի անվտանգության ապահովմանն ուղղված գործողություններ: Հանրային առողջապահական գերատեսչություններն են ապահովում այս գործողությունների կիրառումը և վերահսկումը: Այս գործառույթը վերաբերում է հանրային առողջության պահպանումն ու դիտազննումը կանոնակարգող և կիրառող մեխանիզմների մշակման համար անհրաժեշտ կազմակերպչական ներուժին, ինչպես նաև հանրային առողջապահությունը և առողջ ապրելակերպը խթանող նոր օրենքների և ենթաօրենսդրական ակտերի մշակման համար անհրաժեշտ ներուժին:

**5. Հիվանդությունների կանխարգելում**

Հիվանդությունների կանխարգելումը վերաբերում է և՛ վարակիչ, և՛ ոչ վարակիչ հիվանդություններին: Այս գործառույթը ներառում է առաջնային կանխարգելում, որին կարելի է հասնել երեխաների, մեծահասակների և ծերերի իմունիզացիայի միջոցով կամ վարակիչ հիվանդությունների հետ շփում ունեցած անձանց համար կատարվող կանխարգելիչ միջոցառումների միջոցով: Այս գործառույթը նաև հանրությանն ապահովում է վարքագծային կամ հիվանդությունների ռիսկի գործոնների վերաբերյալ տեղեկատվությամբ, անհատական կամ համայնքային մակարդակում

խորհրդատվությամբ ու ռիսկերի նվազեցման միջոցառումներով: Նաև ներառում է համակարգեր և ընթացակարգեր առաջնային և մասնագիտացված բուժօգնությունը հիվանդությունների կանխարգելման ծրագրերում ներդնելու համար, մեծահասակների և մանկական պատվաստանյութերի արտադրման, պահպանման և գնման համար անհրաժեշտ ներուժ, սննդային հավելումների արտադրություն և գնում:

Երկրորդային կանխարգելումը ներառում է հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման համար ապացույցների վրա հիմնված բուժզննման ծրագրեր, մոր և մանկան առողջության ծրագրեր, այդ թվում՝ բնածին արատների բուժզննում և կանխարգելում, հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման բուժզննման թեստերի արտադրություն և գնում, ինչպես նաև առկա կամ հնարավոր կարիքների համար անհրաժեշտ ներուժի ստեղծում:

#### ***6. Առողջ ապրելակերպի խթանում/քարոզչություն***

Առողջ ապրելակերպի խթանումը/քարոզչությունը այն գործընթացն է, որն օգնում է կամ հնարավորություն է տալիս մարդկանց մեծացնելու իրենց առողջության և այն պայմանավորող գործոնների նկատմամբ վերահսկողությունը և դրանով իսկ նպաստում է առողջության պահպանմանը և լավացմանը: Այն խթանում է վարակիչ և ոչ վարակիչ հիվանդությունների և այլ առողջական վտանգների վերահսկումը: Առողջ ապրելակերպի խթանումը/քարոզչությունը ներառում է՝ 1) ապրելակերպի, շրջակա միջավայրի պայմանների և վարքագծերի փոփոխությունների խրախուսում, որը կձևավորի առողջության նկատմամբ նոր վերաբերմունքի ձևավորում՝ անհատական և համայնքային մակարդակով, 2) առողջ ապրելակերպը, առողջ պայմանները, առողջ վարքագծերը և առողջ շրջակա միջավայրը խրախուսող կրթական և սոցիալական հաղորդակցության միջոցառումներ, 3) առողջապահական ծառայությունների վերաուղղորդում՝ առողջ ապրելակերպը խթանող առողջապահական մոդելի ձևավորման նպատակով, 4) առավել արդյունավետ քարոզչության համար միջգերատեսչական համագործակցության հզորացում, 5)

հանրային առողջապահության քաղաքականությունների ունեցած ազդեցությունների գնահատում հանրային առողջության վրա և 6) ռիսկի վերաբերյալ հաղորդակցության միջոցառումներ: Այս նպատակներին կարելի է հասնել կազմակերպելով առողջ ապրելակերպը խրախուսող միջոցառումներ համայնքային մակարդակով կամ առանձին խոցելի խմբերի համար:

***7. Անհատական և համայնքային բուժառայությունների որակի և արդյունավետության գնահատում***

Այս գործառույթը ներառում է հիվանդությունների կանխարգելմանը և առողջության խթանմանն ուղղված անհատական և համայնքային բուժառայությունների որակի ապահովման ստանդարտների մշակում և ըստ այդ ստանդարտների ծառայությունների գնահատումը: Գնահատումները նպատակ ունեն հայտնաբերելու կառավարման, իրականացման, ռեսուրսների տրամադրման և ծառայությունների մատուցման թերացումները: Գնահատումների արդյունքները օժանդակում են քաղաքականությունների մշակման գործընթացին, ինչպես նաև ղեկավարման, կազմակերպման և ռեսուրսների ապահովման գործընթացին՝ բարելավելով ծառայությունների մատուցումը:

***8. Հանրային առողջապահության և անհատական բուժօգնության բարձրակարգ աշխատուժի ապահովում***

Հանրային առողջապահական ծառայությունների և ծրագրերի ներդրման և մատուցման հիմնական անհրաժեշտ նախապայմանն է որակյալ աշխատուժի ապահովումը, որը հանրային առողջապահության մեջ համարվում է կարևորագույն ռեսուրս: Հանրային առողջապահության աշխատուժի ապահովումը ներառում է մասնագետների կրթումը, վերապատրաստումը և գնահատումը, որպեսզի արդյունքում այդ մասնագետները կարողանան լուծել հանրային առողջապահության խնդիրները և գնահատել հանրային առողջապահության ծրագրերն ու ծառայությունները: Հանրային առողջապահության մասնագետների լիցենզավորման գործընթացները ապահովում են այս մասնագետների որակը:

**9. Առաջնորդություն, կառավարում և հանրային առողջապահության  
քաղաքականությունների նախաձեռնում, մշակում և նախագծում**

Քաղաքականությունների մշակումը նպաստում է հանրային առողջապահության խնդիրների վերաբերյալ ճիշտ որոշումների կայացմանը: Այն ռազմավարական նախագծման գործընթաց է, որը ներառում է բոլոր ներքին և արտաքին շահագրգիռ կողմերը, չափելի նպատակները և միջազգային, ազգային, տարածքային և տեղական հանրային առողջապահության միջոցառումները:

**10. Առողջապահական գիտական հետազոտություններ**

Գիտական հետազոտությունները պետք է օժանդակեն քաղաքականությունների մշակման և հանրային առողջապահության ծառայությունների տրամադրման գործընթացին: Գիտական հետազոտության արդյունքները նպաստում են ապացույցների վրա հիմնված որոշումների կայացմանը բոլոր մակարդակներով, ինչպես նաև հանրային առողջապահության մեջ հետազոտությունների նոր մեթոդների մշակմանը, նոր տեխնոլոգիաների և լուծումների ներդրմանը և որոշումների կայացման համար համապատասխան հաստատությունների և կենտրոնների ստեղծմանը, որտեղ հնարավոր կլինի համագործակցել տարբեր հետազոտությունների շրջանակներում:

## **ԻՐԱՎԻՃԱԿԱՅԻՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ**

### **Հայաստանի առողջապահական համակարգը**

#### ***Կազմակերպչական կառուցվածքը***

Հայաստանի առողջապահության համակարգը ունի երեք կազմակերպչական կառուցվածքային մակարդակներ՝ պետական/կենտրոնական, մարզային/տեղական և համայնքային (ՀՀ Առողջապահության համակարգին վերաբերվող մանրամասների համար տես Հավելված 1)<sup>7</sup>: Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգի կանոնակարգումը և պլանավորումը կատարվում է պետական մակարդակով: Հանրապետությունում չկա միացյալ համակարգված որակի ապահովման մեխանիզմ: Բուժսպասարկումը իրականացնում են պետական կամ մասնավոր հաստատությունները<sup>7</sup>:

#### ***Ֆինանսավորում***

Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման աղբյուրներն են պետական բյուջեն, կանխիկ վճարները և միջազգային ֆինանսական միջոցները, ինչպիսիք են մարդասիրական օգնությունները և ծրագրային դրամաշնորհները<sup>7</sup>: Ներկայումս պետական բյուջեն ֆինանսական միջոցներ է տրամադրում առողջապահության ընդհանուր ծախսերի մեկ հինգերորդի չափով:

#### ***Մարդկային ռեսուրսներ***

Երևանի պետական բժշկական համալսարանը (ԵՊԲՀ) և չորս այլ մասնավոր կրթական հաստատություններ Հայաստանում իրականացնում են բարձրագույն բժշկական կրթություն: Առողջապահության ազգային ինստիտուտը և ԵՊԲՀ-ն ապահովում են հետդիպլոմային կրթություն նեղ մասնագետների և ընտանեկան բժիշկների համար<sup>7</sup>:

### *Առողջապահության բարեփոխումներ*

1997 թ. սկսած՝ առողջապահության բարեփոխումները Հայաստանում ներառում են՝

1) ապակենտրոնացում, այդ թվում՝ որոշ գործառույթների փոխանցում համակարգի կառավարման ավելի ստորին օղակներին և մասնավորեցում, 2) առողջապահության ֆինանսավորման նոր մեխանիզմների ներդրում և 3) առողջապահության համակարգի օպտիմալացում և արդյունավետության բարելավում:

Ապակենտրոնացման ընթացքում տեղի է ունեցել բուժսպասարկման իրականացման պարտականությունների փոխանցում պետական/կենտրոնական իշխանություններից մարզային/ինքնակառավարման իշխանություններին, ֆինանսավորման պարտավորությունների փոխանցում պետական/կենտրոնական իշխանություններից բուժհաստատություններին, ինչպես նաև բուժհաստատությունների, այդ թվում՝ ատամնաբուժարանների և դեղատների մասնավորեցում: Առողջապահության բարեփոխումները ներառում են Հիմնական ծառայությունների փաթեթի ձևավորումը, Առողջապահության ազգային հաշիվների ներդրումը և բուժհաստատությունների և բուժաշխատողների վճարման մեխանիզմների որոշ փոփոխություններ<sup>7</sup>:

Բարեփոխումներ են կատարվել նաև առաջնային բուժօգնության ու մոր և մանկան բուժօժանությունների սպասարկման ոլորտում<sup>79</sup>:

### **Հանրային առողջապահության ծառայությունները Հայաստանում**

#### ***Բնակչության առողջության և բարեկեցության համաճարակաբանական հսկողություն և վերլուծություն***

Առողջապահության նախարարության Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչությունը, համաձայն իր կանոնադրության, իրականացնում է համաճարակաբանական հսկողության գործառույթ, իսկ այդ հսկողության արդյունքում հավաքագրված տեղեկատվությունը վեր է լուծվում և իջեցվում մարզային կառույցներին<sup>45</sup>: Վարակիչ հիվանդությունների մասին տեղեկատվությունը ներկայացվում է ԱՊՀ երկրներ և Իրան: Ամփոփ տվյալները վարչական հաշվետվության հիման վրա ներկայացվում են Ազգային վիճակագրական ծառայություն (ԱՎԾ)<sup>45</sup>: Վերջինս պաշտոնապես հրապարակում է

այդ տվյալները: ԱՎԾ-ի առողջապահական վիճակագրություններ պարունակող հրատարկությունները ներառում են «Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրքը» (հրատարակվում է տարին մեկ), «Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը» (հրատարակվում է տարին մեկ), «Առողջությունը և առողջապահությունը Հայաստանում, Տարեկան վիճակագրական զեկույցը», «Ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտությունը» (հրականացվել է 2000 և 2005 թթ.) և «Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը» ամենամսյա զեկույցը<sup>12</sup>:

Առողջապահության նախարարության Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչությունը ամփոփ տվյալները ներկայացնում է նաև Առողջապահության ազգային ինստիտուտի Առողջապահական տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոն (ԱԱԻ ԱՏՎՀԿ), որը հիմնադրվել է 1996 թ. կառավարության որոշմամբ և 2005 թ. վերահիմնադրվել է կառավարության No 1747ա որոշմամբ և Առողջապահության նախարարի No 1095ա հրամանով<sup>8,9</sup>: ԱՏՎՀԿ-ի պաշտոնական ինտերնետային կայքը նշում է հետևյալ գործառույթները՝ պետական բժշկական վիճակագրության և բժշկասանիտարական տվյալների հավաքագրում բուժհաստատություններից և վերլուծություն, բժշկական ցուցնիշների հավաքագրում և վերլուծություն, բնակչության առողջական վիճակի գնահատում և կանխատեսում, ռեսուրսների և ծառայությունների մոնիտորինգ (դիտագնում) և հրատարակում: Կենտրոնը կազմված է ութ բաժիններից: Առողջապահության համակարգի տեղեկատվական-վերլուծական ցանցը ներառում է բոլոր բուժհաստատությունները: ԱՏՎՀԿ-ի գլխավոր կենտրոնը տեղակայված է Ազգային առողջապահության ինստիտուտում և կապված է մարզերում տեղակայված 10 Առողջապահական տեղեկատվական վերլուծական տարածքային կենտրոնների հետ<sup>8,10</sup>.



*Առողջապահական խնդիրների և վտանգների հայտնաբերումը բնակչության շրջանում*

2001 թ. Առողջապահության նախարարությունը ԱՀԿ-ի Եվրոպական գրասենյակի աջակցությամբ մշակել է վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանական հսկողության ազգային ստանդարտները, որոնք ներդրվել են ՊՀՀՏ-ի կողմից: Այս համակարգը հզորացնելու համար տարբեր միջազգային կազմակերպություններ տրամադրել են սարքավորումներ<sup>7</sup>: Պետական, հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչության մարզային և ենթամարզային ստորաբաժանումները, աշխատելով տարածքային կառավարման մարմինների հետ, համայնքներում իրականացնում է առողջապահական միջոցառումներ և ծրագրեր<sup>45</sup>:

*Տուբերկուլյոզի ազգային ծրագիրը Հայաստանում* տուբերկուլյոզի (ՏԲ) վերահսկման համար ապահովում է պետական ենթակառուցվածքներ ՏԲ-ի ծառայությունների ապակենտրոնացման միջոցով: Ծրագրի շրջանակներում պոլիկլինիկաներում բացվել են ՏԲ-ի կաբինետներ՝ այս ծառայությունները առաջնային բուժօգնության օղակին ինտեգրելու նպատակով: ՏԲ-ի դեմ պայքարի վերջին հաջողությունները արձանագրվել են այն դեպքերում, երբ ազգային փորձը համալրվել է միջազգայինով՝ միջազգային կազմակերպությունների հետ համագործակցելու արդյունքում<sup>13</sup>: Ինչևիցե, ՏԲ-ի դեմ պայքարի համակարգում դեռևս կան բացթողումներ, որոնք պետք է լուծել մոտ ապագայում<sup>13</sup>:

Առողջապահության նախարարության *ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոնը* հիմնադրվել է 1989 թ. նոյեմբերին<sup>14</sup>: Մարդու իմունային անբավարարության վիրուսից առաջացած հիվանդության կանխարգելման մասին 1997 թ-ի փետրվարի 3-ի օրենքը սահմանում է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման, ախտորոշման և վերահսկման ընթացակարգերը<sup>15</sup>: Լրացուցիչ իրավական փոփոխությունները տեղ են գտել 2002 և 2007 թթ.: ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոնի հիմնական գործողությունները ներառում են տեղեկատվության/կրթության տրամադրում, անձնակազմի վերապատրաստում, գիտական հետազոտությունների անցկացում, խորհրդատվության տրամադրում,

լաբորատոր ախտորոշում և բուժօգնության տրամադրում: Հանրապետության բոլոր բժիշկները պետք է տեղեկացնեն այս կենտրոնին ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի բոլոր նոր դեպքերի մասին<sup>7</sup>:

Հայաստանն առաջինն էր նախկին խորհրդային երկրների մեջ, որը վավերացրեց Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության *ծխախոտի դեմ պայքարի* շրջանակային կոնվենցիան: Կոնվենցիային հաջորդեց *ծխախոտի դեմ պայքարի* ազգային օրենքի ընդունումը, *ծխախոտի դեմ պայքարի* պետական ծրագրի հաստատումը, ինչպես նաև պետական բյուջեից միջոցների տրամադրումը *ծխախոտի դեմ պայքարի* ազգային ծրագրի իրականացման համար<sup>16</sup>: Սրանք նշանակալից ձեռքբերումներ են, այնուամենայնիվ դեռևս շատ անելիքներ կան Հայաստանում *ծխախոտի դեմ պայքարի* արդյունավետությունը բարձրացնելու համար<sup>16</sup>:

2002 թ. օգոստոսի 26-ի Հայաստանի կառավարության No 1237-Ն որոշմամբ հիմնադրվել է Բնապահպանության նախարարությունը<sup>17</sup>: Հանրային առողջապահության հիմնական գործառույթները ներառում են շրջակա միջավայրի անվտանգության, շրջակա միջավայրի մոնիտորինգի և շրջակա միջավայրի վնասակար գործոնների վերահսկողության և գնահատման իրականացում<sup>18</sup>: Նախարարությունը այս գործառույթները իրականացնում է նախարարության գործակալությունների և տեսչությունների միջոցով՝ միաժամանակ համագործակցելով պետական և ոչ պետական հասարակական կազմակերպությունների հետ: Նախարարության հիմնական հանրային առողջապահության պարտականությունները ներառում են օդի, հողի և մակերեսային ջրերի որակի վերահսկողությունը, շրջակա միջավայրի վիճակի պետական մոնիտորինգի իրականացումը, շրջակա միջավայրի վրա ազդեցության պետական փորձաքննության իրականացումը, ջրի ազգային ծրագրի համաձայն՝ ջրային ռեսուրսների սահմանային թույլատրելի կոնցենտրացիայի ու էկոլոգիական նվազագույն ելքերի սահմանումը և կեղտաջրերի թույլատրելի սահմանային արտահոսքի որակական եւ քանակական չափանիշների հաստատումը, մթնոլորտ

վնասակար նյութերի արտանետումների պետական հաշվառումը և նորմավորումը, վտանգավոր արդյունաբերական օբյեկտների անվտանգության վկայագրերի նախագծերի փորձաքննության իրականացումը և այլն<sup>19</sup>:

Սկսած 2006 թ.՝ գյուղատնտեսության նախարարությունը հանդիսանում է սննդի անվտանգության ապահովման հիմնական պետական մարմինը: Սննդի անվտանգության ապահովման որոշ պարտականություններ շարունակում են մնալ Առողջապահության նախարարության պարտավորությունների շրջանակում: Դրանք են սննդի արտադրման, պահեստավորման, տեղափոխման և վաճառքի ընթացքում սննդի անվտանգության ապահովումը, ենթաօրենսդրական ակտերի մշակումը, սնուցման հետ կապված և սննդային ծագման հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված քայլերի իրականացումը<sup>20</sup>:

Գյուղատնտեսության նախարարության հանրային առողջապահության գործառույթները ներառում են ազրովերամշակում և սննդամթերքի անվտանգության ապահովում և անասնաբուժություն: Նախարարությունը այս գործառույթները իրականացնում է Ազրովերամշակման և սննդամթերքի անվտանգության վարչության, Լիցենզավորման վարչության և Սննդամթերքի անվտանգության և անասնաբուժական պետական տեսչության միջոցով<sup>21</sup>:

Ազրովերամշակման և սննդամթերքի անվտանգության վարչության հանրային առողջապահության գործառույթն է քաղաքականությունների մշակման և վերամշակման համար նախատեսված գյուղատնտեսական հումքի գնման գործընթացներին մասնակցությունը<sup>22</sup>:

Լիցենզավորման վարչության հիմնական գործառույթը ներառում է ընտանի կենդանիների բուծում, անասնաբուժական դեղորայքի արտադրություն և բույսերի պաշտպանության համար նախատեսված քիմիական և կենսաբանական նյութերի լիցենզավորում<sup>23</sup>:

2006 թ. դեկտեմբերի 28-ի ՀՀ կառավարության No 1898 հրամանագրով հիմնադրվել է Գյուղատնտեսության նախարարության Սննդամթերքի անվտանգության և անասնաբուժական պետական տեսչությունը, որը կազմված է հետևյալ վարչական միավորումներից և մարզային կառույցներից՝ զոոնոզ հիվանդությունների տեսչության և վերլուծության վարչություն, սննդի անվտանգության վարչություն, հում սննդամթերքի, անասնաբուժական դեղորայքի և անասնակերի տեսչության վարչություն, իրավաբանական ծառայությունների վարչություն, սահմանային անասնաբուժական տեսչական կետերի կառավարման վարչություն, սննդի անվտանգության ութ սահմանային անասնաբուժական տեսչական կետերի և անասնաբուժական պետական տեսչություն և սննդամթերքի անվտանգության և անասնաբուժական պետական տեսչության 11 մարզային տեսչական վարչություններ<sup>21</sup>.

Տեսչական ծառայությունների հիմնական պատասխանատվությունն է վարակիչ անթրոպոզոոնոզ հիվանդությունների տարածման կանխարգելումը: Այն կարգավորում է տնային, ընտանի, էկզոտիկ և վայրի կենդանիների, սննդամթերքի և կենդանական ծագման հումքի, անասնակերի և սննդային հավելումների և անասնաբուժական դեղորայքի ներկրումը, արտահանումը, տարանցիկությունը, արտադրությունը, պահեստավորումը, վերամշակումը, տեղափոխումը և վաճառքը<sup>21</sup>:

### ***Արտակարգ իրավիճակներին պատրաստվածություն և հակազդեցության նախագծում***

2005 թ. հուլիսի 8-ի օրենքը հիմնադրում է Արտակարգ իրավիճակների նախարարության Հայաստանի փրկարար ծառայությունը որպես աղետները և հանրության պաշտպանությունը համակարգող կառույց<sup>24</sup>: Հայաստանի փրկարար ծառայության հիմնական անելիքները ներառում են արտակարգ իրավիճակներում (այդ թվում՝ պատերազմ) հանրային առողջության պահպանումը և կյանքերի փրկումը, փրկարար ծառայությունների կազմակերպումը և իրականացումը,

վտանգավոր շինությունների ապամոնտաժումը, պայքարը հրդեհի դեմ, արտակարգ իրավիճակների կանխարգելումը, ֆինանսական միջոցների, սննդամթերքի և դեղորայքի ձեռք բերումը, կուտակումը և օգտագործումը, արտակարգ իրավիճակների դեպքում բնակչության պաշտպանության նպատակով տեղեկատվական/կրթական արշավների կազմակերպումը<sup>25</sup>:

Առողջապահության նախարարության Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչությունը, իր կանոնադրությանը համաձայն, իրականացնում է համաճարակների, քիմիական և ճառագայթային գործոններով պայմանավորված արտակարգ իրավիճակների կանխարգելում, վերահսկում և մասնակցում է դրանց վարման գործընթացին՝ իր իրավասությունների շրջանակներում<sup>45</sup>: Կենսաբանական, քիմիական և ճառագայթային վտանգների հետևանքով առաջացած արտակարգ իրավիճակների դիմակայման կարողությունների գնահատականը և դրանց ձևավորման միջոցառումները ներկայացվել են Միջազգային առողջապահական (բժշկասանիտարական) կանոնների ներդրման ռազմավարական փաստաթղթում, մասնավորապես՝ կենսաբանական և քիմիական վտանգների ժամանակ հանրային առողջապահության ոլորտում արտակարգ իրավիճակների ծրագրի մշակում, արտակարգ իրավիճակների ոլորտում կադրերի վերապատրաստման ծրագրի մշակում և սահամանային անցակետերի արտակարգ իրավիճակի կանխարգելման, արձագանքման, կենսաբանական, քիմիական վտանգների դիմակայման կարողությունների ձևավորման ծրագրի մշակում<sup>80</sup>:

Հատուկ վտանգավոր վարակներով պայմանավորված արտակարգ իրավիճակներին պատրաստվածությանն ուղղված և դրանց ժամանակ իրականացվող գործընթացում ներգրավված է նաև Առողջապահության նախարարության *Հատուկ վտանգավոր վարակների կանխարգելման կենտրոնը* (ՀՎԿԿ, նախկինում՝ Հակաժանտախտային կայան) պետական ոչ առևտրային կազմակերպություն է, որը ունի Կենտրոն Երևանում և երեք մասնաճյուղեր Գյումրի,

Կապան և Մարտունի քաղաքներում: ՀՎԿԿ-ն պատասխանատու է հատուկ վտանգավոր վարակների՝ ժանտախտի, խոլերայի և տուլարեմիայի, կանխարգելման հակահամաճարակային միջոցառումների իրականացման համար: Նշված միջոցառումները իրականացնում են Կենտրոնի և մասնաճյուղերի ստացիոնար լաբորատորիաները, սեզոնային համաճարակաբանական ջոկատները և ինքնուրույն կենդանաբանական խմբերը:

Կենտրոնը իրականացնում է հետևյալ գործողությունները՝

- Հանրապետության տարածքում էպիզոոտոլոգիական հետազոտություններ
- ՊՀՀՏ առաջարկությամբ՝ համաճարակաբանական ուսումնասիրություն էնզոոտիկ տարածաշրջաններում բնակվող բնակչության նկատմամբ
- Կանխարգելիչ միջոցառումների անցկացում ժանտախտի էնզոոտիկ տարածաշրջաններում:

2001 թ. Կենտրոնի կազմում հիմնադրվել է պրիոնային հիվանդությունների ախտորոշման լաբորատորիան<sup>26</sup>:

2006 թ. հունվարի 19-ի No 480-Ն որոշումը հաստատում է բարձր ախտածին թռչնագրիպի համաճարակի հակազդեցության ազգային ծրագիրը<sup>27</sup>: Ծրագիրը լրացվել է «Հայաստանի Հանրապետության Առողջապահության նախարարության, Հայաստանի Հանրապետության Գյուղատնտեսության նախարարության և Հայաստանի Հանրապետության Բնապահպանության նախարարության միջև կենդանիների և մարդու համար ընդհանուր հիվանդությունների մասին տեղեկատվության փոխանակման կարգը» նոր հավելվածով, որը առավել կարևորվում է տվյալների ինտեգրացված վարման և ինտեգրացված համաճարակաբանական հսկողության համակարգի ձևավորման տեսակետից<sup>79</sup>:

2007 թ. Համաշխարհային բանկը Հայաստանի Հանրապետությանը շնորհեց գրանտ թռչնագրիպի պատրաստվածության նախագծի շրջանակներում՝ միավորելու մարդկանց և կենդանիների համար նախատեսված միջոցառումները անասնաբուժական և հանրային առողջապահության ծառայությունները բարելավելու միջոցով<sup>28</sup>: Թռչնագրիպի դեմ պայքարում կառավարությանը աջակցել

են նաև ԱՄՆՄԶԳ-ն, բիլատերալ դոնորները, մուլտիլատերալ գործակալությունները և ՄԱԿ-ի գրասենյակները, ինչպիսիք են ԱՀԿ-ն և Սննդի գյուղատնտեսական կազմակերպությունը (ՍԳԿ)<sup>28</sup>: Գործողությունները ներառում են պետական պատրաստվածություն և տարբեր օղակներում պետական այրերի վերապատրաստման համար ռազմավարության մշակում, հաղորդակցության միջոցների բարելավում և դերերի համակարգում, երկրների միջև թռչնագրիպի համաճարակի հակազդեցության միջոցառումների և պատասխանատվությունների համակարգում, ուսումնական վարժանքների կազմակերպում, վարակների վերահսկման արձանագրությունների մշակում, լրագրողների վերապատրաստում թռչնագրիպի մասին ճիշտ լուսաբանումներ անելու նպատակով, հանրապետությունում ախտորոշիչ և վարակի արձագանքման հնարավորությունների ապահովում, հանրային առողջապահության մասնագետների, անասնաբույժներին, համաճարակաբանների և լաբորատոր մասնագետների վերապատրաստում հսկողության մեթոդաբանության, վիրուսի հայտնաբերման, ախտորոշման տեխնիկայի և նմուշների տեղափոխման ընթացակարգերի թեմաներով<sup>29</sup>:

***Առողջության պաշտպանությանն ուղղված միջոցառումներ (շրջակա միջավայր, մասնագիտական հիվանդություններ, սննդի անվտանգություն և այլն)***

Առողջության պաշտպանությունը Հայաստանի Հանրապետությունում ամրագրված է տարբեր օրենքներով, հրամանագրերով և որոշումներով: Հանրային առողջությանը վերաբերվող երեք գլխավոր իրավական փաստաթղթերն են Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին 1996 թ. մարտի 4-ի օրենքը, 1992 թ. նոյեմբերի 16-ի օրենքը Հայաստանի Հանրապետության բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման մասին և Հանրային առողջապահության անվտանգության մասին օրենքի նախագիծը:

Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին օրենքը կանոնակարգում է և ապահովում է առողջության անվտանգությունը

առողջապահական ծառայությունների կազմակերպման և ֆինանսական կառույցների միջոցով<sup>30</sup>:

Հայաստանի Հանրապետության բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման մասին օրենքը կանոնակարգում է իրավական, տնտեսական և կազմակերպչական կառույցները բնակչության անվտանգության համար, ինչպես նաև նախագծում է պետական երաշխիքներ շրջակա միջավայրի վնասակար և վտանգավոր գործոնների ազդեցությունը առողջության վրա վերացնելու համար և անհատների ու նրանց սերունդների համար անվտանգ շրջակա միջավայր ապահովելու համար<sup>31</sup>:

Հանրային առողջության անվտանգության մասին օրենքի նախագիծը կանոնակարգում է «հանրային առողջապահությանը առնչվող սոցիալական հարաբերությունները և սահմանում է հանրային առողջապահության կառավարության նախագծի սկզբունքները, մարդու իրավունքները հանրային առողջապահության ոլորտում, ինչպես նաև հանրային առողջության անվտանգության կազմակերպչական, տնտեսական, իրավական և ֆինանսական հիմքները: Օրենքը երաշխիքների պայման է դնում պետության առաջ կանխելու շրջակա միջավայրի վնասակար և վտանգավոր գործոնների բացասական ազդեցությունը առողջության վրա և ցանկալի պայմաններ ապահովելու անհատների և նրանց սերունդների համար»<sup>32</sup>: Ինչևհետե, օրենքի այս նախագիծը դեռևս վավերացված չէ կառավարության կողմից և ըստ ԱՀԿ-ի 2008 թ. հունիսի 28-ի առաջարկությունների՝ այն կարիք ունի հետագա բարելավման<sup>33</sup>:

*ԳՈՍՏը* (Գոստոստանդարտ) Ստանդարտիզացիայի, մետրոլոգիայի և սերտիֆիկացիայի եվրագիական խորհրդի կողմից հաստատված տեխնիկական ստանդարտների շարք է: Վերջիններս սկզբնապես մշակվել են Խորհրդային միությունում ազգային ստանդարտներ հաստատելու նպատակով: Հայաստանը որդեգրել է ԳՈՍՏ ստանդարտները ի լրացում իր սեփական պետական



ստանդարտների<sup>34</sup>: Առաջին Ստանդարտների բյուրոն Հայաստանում հիմնադրվել է 1931 թ.՝ որպես նախկին Գոստոստանդարտ համակարգի մասնաճյուղ: Այն իրականացնում է ստանդարտիզացիայի միջոցառումներ, չափող սարքերի ճշտում և կիրառական մետրոլոգիա: Արմստանդարտ ինստիտուտը հիմնադրվել է 1998 թ., 2004-ին այն վերանվանվել է Ստանդարտների ազգային ինստիտուտ: Ստանդարտների ազգային ինստիտուտը (ՍԱԻ) փակ բաժնետիրական ընկերություն է, որը գործում է Էկոնոմիկայի նախարարության վերահսկողության տակ: Ստանդարտիզացիայի և գնահատման միջոցառումները իրականացվում են Ազգային ժողովի կողմից 1999 թ. հաստատված «ստանդարտիզացիայի» մասին օրենքով, որի մեջ ուղղումներ են մտցվեց 2004 թ., և «համաձայնության գնահատման» մասին 2004 թ. Ազգային ժողովի իրավական ակտով: Ըստ «Ստանդարտիզացիայի» մասին օրենքի ազգային ստանդարտների մեծ մասը կամավոր են, որոշները՝ պարտադիր: ՍԱԻ-ն սկսած 1996 թ. ԻՍՕ-ի (Ստանդարտացման միջազգային կազմակերպության) անդամ է<sup>35</sup>:

ԱՆ-ի Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչությունը, ըստ մասնագիտական հիվանդությունների, թունավորումների և վթարների բուժզննման և գրանցման կանոնների, մասնագիտական հիվանդությունների ցանկի հաստատման մասին կառավարության 2006 թ. մայիսի 23-ի 458-Ն որոշման, լիազորված է մասնագիտական հիվանդությունների վերահսկման և աշխատանքային անվտանգության պարտավորություններով խրախուսելու համար անվտանգ աշխատանքային միջավայր: Այս պարտավորությունները իրականացվում են ըստ հատուկ սահմանված ենթաիրավական ակտերի և իրավախախտումների մասին իրավական ակտերի<sup>14</sup>:

Միջազգային առողջապահական (բժշկասանիտարական) կանոնների ներդրման ուղղությամբ ՀՀ-ում ընդունվել են մի շարք իրավական ակտեր, որոնք սահմանում են այդ կանոնների ներդրման ծրագիր-ժամանակացույցը, համակարգող մարմինը՝ ի դեմս ԱՆ-ի, ներդրման ռազմավարությունը և միջոցառումների ծրագիրը,

օտարերկրյա պետություններին աջակցելու համար ազգային փորձագիտական խմբի ձևավորումը<sup>81</sup>: Միջազգային առողջապահական (բժշկասանիտարական) կանոնների ներդրման ռազմավարությունը ներառում է վարակիչ հիվանդությունների հսկողության հիմնական կարողություններ և իրավիճակային վերլուծություն, քիմիական և ճառագայթային վտանգների հսկողության կարողություններ և իրավիճակային վերլուծություն, լաբորատոր հիմնական կարողություններ, նշանակված օդանավակայաններում, պետական սահմանի ցամաքային անցումային կետերում կենսաբանական, քիմիական և ճառագայթային վտանգների դիմակայման հիմնական կարողություններ և իրավիճակային վերլուծություն, կենսաբանական, քիմիական և ճառագայթային վտանգների հետևանքով առաջացած արտակարգ իրավիճակների դիմակայման կարողություններ<sup>80</sup>:

### *Հիվանդությունների կանխարգելում և առողջ ապրելակերպի*

#### *խթանում/քարոզչություն*

Հանրային առողջապահության կանխարգելիչ ծառայությունները հիմնականում իրականացվում են առողջության պահպանման առաջնային բուժօղակում: ԱՆ-ի Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչությունը, իր կանոնադրության և Հայաստանի Հանրապետության բնակչության սանիտարա-համաճարակային անվտանգության ապահովման մասին օրենքի համաձայն, իրականացնում է առողջ ապրելակերպի քարոզչության միջոցառումներ և ինունիզացիայի ծրագիր<sup>7</sup>: Առողջ ապրելակերպի քարոզչությունը և հիվանդությունների կանխարգելումը իրականացվում է նաև Առողջության առաջնային պահպանման զարգացման ծրագրի կողմից: Այս ոլորտին աջակցում են նաև դոնորները, մուլտիլատերալ գործակալությունները և ՀԿ-ները: Առողջության առաջնային պահպանման զարգացման ծրագիրը նախկին ամբուլատոր-պոլիկլինիկական համակարգից առողջապահության համակարգը տեղափոխում է ընտանեկան բժշկության համակարգ՝ բարելավելու համար ծառայությունների հասանելիությունը, որակը և տևականությունը, հատկապես՝ խոցելի խմբերի համար<sup>36</sup>: Բուժաշխատողները (ընտանեկան բժիշկները և ընտանեկան բուժքույրերը) ստանում են կրթություն,

անցնում են օրդինատուրա, այնուհետև լրացուցիչ վերապատրաստումներ են ստանում բազային բժշկական քոլեջում, ԵՊԲՀ-ում, ԱԱԻ-ում առողջ ապրելակերպի քարոզչության և հիվանդությունների կանխարգելման վերաբերյալ<sup>37</sup>:

Առողջապահության նախարարությունը պատասխանատու է ինունհզացիայի ծրագրի համար, որը, ըստ պատվաստումների ազգային օրացույցի, կատարվում է բուժքույրերի կողմից<sup>7</sup>: Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2005 թվականի նոյեմբերի 9-ի N 2119-Ն որոշմամբ սահմանվել է Հայաստանի Հանրապետությունում ինունականխարգելման ազգային ծրագիրը, ինունականխարգելման միջոցառումների ցանկը, ինունականխարգելման աշխատանքները համակարգող հանրապետական հանձնաժողովի կազմը և պատվաստումների ազգային օրացույցը<sup>81</sup>: Առողջապահության նախարարությունում գործում են «Ինունականխարգելման հարցերով խորհրդատվական հանձնաժողովը», ««Պոլիոմիելիտից ազատ» կարգավիճակի պահպանման ազգային սերտիֆիկացիոն հանձնաժողովը»<sup>79</sup>: Ըստ ԱՆ-ի 2008 թ. սեպտեմբերի 8-ի No 1275-Ա որոշման՝ պոլիոմիելիտի դեմ ազգային օրերի ներդրման ուղեցույցը նախատեսում է սեպտեմբերի 22-26 և հոկտեմբերի 27-31 որպես պատվաստումների ազգային օրեր<sup>38</sup>:

Հայաստանի հանրապետության ոստիկանությունը նույնպես ունի պարտավորություններ հանրային առողջապահության ոլորտում: Ըստ 2001 թ. ապրիլի 16-ի ոստիկանության մասին օրենքի անհատների առողջության և կյանքի պահպանությունը ոստիկանության գործառույթների առաջին կարևոր խնդիրն է և վթարների կանխարգելումը և առողջ ապրելակերպի քարոզչությունը մտնում է ոստիկանության ամենամյա գործողությունների մեջ: Այս գործողությունները իրականացվում են քարոզարշավների և ԱՆ-ի հետ համատեղ մանկապարտեզներում, դպրոցներում և ամառային ճամբարներում իրականացվող ծրագրերի միջոցով<sup>39</sup>: Աշխատանքներ են տարվում նաև «Հայաստանի Հանրապետությունում ճանապարհային երթևեկության անվտանգության ազգային ռազմավարություն»

հաստատելու ուղղությամբ, որը կոչված է ոլորտում միջգերատեսչական համագործակցության զարգացմանը և համալիր միջոցառումների իրականացմանը:

Ըստ 2008 թ. հուլիսի 31-ի 637-Ա/Ք որոշման Կրթության և գիտության նախարարությունը հաստատել է *առողջ ապրելակերպի* կրթական ծրագիրը, որը դասավանդվելու է դպրոցի 8-րդ և 9-րդ դասարանների աշակերտներին<sup>40</sup>, տարեկան 14-ական ժամով: Այս դասընթացը վերաբերվում է առողջության պահպանությանը, հիվանդությունների կանխարգելմանը (ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ը, սեռավարակները և այլն), այնպիսի վարքագծերի հետևանքներին, ինչպիսիք են ծխելը, ալկոհոլի և այլ թմրանյութերի օգտագործումը և շրջակա միջավայրի պահպանությունը<sup>41</sup>:

### ***Անհատական և համայնքային բուժօժանայությունների որակի և արդյունավետության գնահատում***

Ըստ բնակչության առողջության պահպանման և բուժօժանայությունների սպասարկման մասին 1996 թ. մարտի 4-ի օրենքի, որը վերաբերվում է առողջության պահպանման և բուժօժանայություններ ապահովող մասնագետների իրավունքներին և պարտավորություններին և լիցենզավորման մասին օրենքի<sup>42</sup>, ինչպես նաև կառավարության 2002 թ. հունիսի 29-ի No 867, 2002 թ. դեկտեմբերի 5-ի No 1936-Ն և 2002 թ. հոկտեմբերի 17-ի No 1662-Ն որոշումների՝ առողջապահության ծառայությունները Հայաստանում կարող են մատուցվել միայն լիցենզավորված մասնագետների կողմից, որոնք ստացել են համապատասխան կրթություն և որակավորում և ամեն 5 տարին մեկ անցնում են պարտադիր բժշկական վերապատրաստումներ ԱԱԻ-ում կամ ԵՊԲՀ-ում<sup>30</sup>:

Առաջնային օղակի համար սահմանված են բուժօգնության որակի չափանիշներ, ինչպես նաև որակի վերահսկման եռամսկարդակ համակարգ<sup>81</sup>:

ԱՄՆՄՁԳ Առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումների (ԱԱՊԲ) ծրագիրը, որն իրականացվում է Էներջինգ մարքեթ գրուփի կողմից, ՆՕՎԱ ծրագրը

և Հայաստանի առողջապահության համակարգի արդիականացման ծրագրը աշխատում են ԱՆ-ի հետ սերտ համագործակցելով՝ ապահովելու ծրագրերի տևականությունը և իրականացնելու ծրագրերի մոնիտորինգ և գնահատում: Բժշկական ոլորտի կատարողականը գնահատելու նպատակով, յուրաքանչյուր ծրագրի համար մշակվել են մոնիտորինգի հարցաշարեր, որոնք ընդգրկում են տնային տնտեսությունների, առաջնային բուժաշխատողի և այցելուի գոհունակության հարցումները, մարզային բուժհաստատությունների տվյալները, ընտանեկան բժիշկների և բուժքույրերի գիտելիքների գնահումները և այլն<sup>36</sup>: ԱԱՊԲ-ն և ՆՕՎԱ ծրագիրը նախագծվել են հզորացնելու անհատական և համայնքային բուժօժանայությունների արդյունավետությունը և որակը, բուժաշխատողների կատարողականի բարելավման, հիմնական կլինիկան նյութերի և պարագաների բաշխման, բուժհաստատությունների վերանորոգման միջոցով և գյուղական համայնքների համախմբան և կրթության տրամադրման միջոցով:

***Հանրային առողջապահության և անհատական բուժօգնության բարձրակարգ աշխատուժի ապահովում***

Պետության կողմից միակ հավատագրված բարձրագույն կրթական հաստատությունը, որն ապահովում է նախադիպլոմային, հետդիպլոմային և շարունակական բժշկական կրթություն Երևանի պետական բժշկական համալսարանն է<sup>40,43</sup>: Հավատագրված ոչ պետական համալսարանները, որոնք իրականացնում են բժշկական կրթություն, ներառում են Երևանի ավանդական բժշկության համալսարանը (հավատագրված են ընդհանուր բժշկության և ատամնաբուժության ֆակուլտետները), Երևանի հայբուսակ համալսարանը (հավատագրված են ատամնաբուժության, ընդհանուր բժշկության և դեղագործության ֆակուլտետները), Սուրբ Թերեզայի անվան Երևանի բժշկական համալսարանը (հավատագրված են սոցիալական գիտությունների կառավարման և ատամնաբուժության ֆակուլտետները) և Ամիրդովլաթ Ամասիացի բժշկական ինստիտուտը (հավատագրված է դեղագործության ֆակուլտետը): Բոլոր այս բժշկական հաստատությունները Կրթության և գիտության նախարարության

իրավասության տակ են: Բոլոր հաստատությունները, որոնք ունեն ընդհանուր բժշկության ֆակուլտետ, ուսումնական ծրագրում ներառում են Սոց-բժշկության, Համաճարակաբանության և Հիգիենայի կուրսեր<sup>40</sup>:

Բուժքույրերը և մանկաբարձուհիները միջին մասնագիտական կրթություն են ստանում Երևանի պետական բազային բժշկական քոլեջում, Երևանի էրեբունի բժշկական քոլեջում և մարզերի ինը պետական քոլեջներում: Այս հաստատությունները ԱՆ-ի իրավասության տակ են: Ավելին, ութ հավատագրված ոչ պետական հաստատություններ տրամադրում են միջին մասնագիտական բժշկական կրթություն (բուժքույրություն, դեղագործություն, մանկաբարձություն և ատամնատեխնիկություն)<sup>40</sup>:

ԱԱԻ-ի Հանրային առողջապահության ֆակուլտետը տրամադրում է համաճարակաբանության և հիգիենայի հետդիպլոմային կրթություն<sup>8,40</sup>: Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների դպրոցը տրամադրում է Հանրային առողջապահության մագիստրոսի ծրագիր (ՀԱՀ-ը հաստատված է Ջոնս Հոփկինսի հանրային առողջապահության Բյուրբերգի դպրոցի կողմից): Հանրային առողջապահության մագիստրոսի (ՀԱՄ) ծրագիրը առողջապահության մասնագետներին ապահովում է հանրային առողջապահության խնդիրների հայտնաբերման, ուսումնասիրման, վերլուծության և արձագանքման վերաբերյալ գիտելիքներով: ՀԱՄ ծրագրի հիմնական նպատակն է տարբեր առարկաների միջոցով պատրաստել հանրային առողջապահության մասնագետներ, ովքեր ի վիճակի կլինեն հայտնաբերել, քննադատորեն գնահատել և լուծել հանրային առողջապահության խնդիրները: Այսպիսով, ինտենսիվ, մոդուլներից բաղկացած ուսումնական ծրագիրը հիմնված է հանրային առողջապահության հիմնական գիտությունների վրա (ծրագրերի նախագծում և գնահատում, համաճարակային հետազոտություն, առողջությունը պայմանավորող բարդ գործոնների ուսումնասիրություն, մասնագետների և այլ խմբերի արդյունավետ

հաղորդակցության իրականացում, առաջնորդություն) և նպատակ ունի զարգացնել մասնագետների ղեկավարման և վերլուծական ունակությունները<sup>44</sup>:

***Առաջնորդություն, կառավարում և նախաձեռնում, հանրային առողջապահության քաղաքականությունների մշակում և նախագծում***

Հայաստանի Հանրապետության Առողջապահության նախարարությունը (ԱՆ) գործադիր իշխանության հանրապետական մարմին է, որը մշակում և իրականացնում է առողջապահության բնագավառում Հայաստանի Հանրապետության կառավարության քաղաքականությունը: ԱՆ-ն մշակում և իրականացնում է քաղաքականություններ և ծրագրեր օպտիմիզացնելու առողջապահական ծառայությունների իրականացումը, առողջության պաշտպանությունը և առողջապահության բարելավումը բնակչության բոլոր խմբերի համար<sup>14</sup>: ԱՆ-ի գործառույթները ներառում են՝ 1) որակի չափորոշիչների և չափանիշների մշակում և ներդրում, 2) որակի ապահովում և լիցենզավորում, 3) առողջապահության բարեփոխումների մշակում և իրականացում՝ գիտական նվաճումների ներդրման, նոր տեխնոլոգիաների և սարքավորումների ներդրման նպատակով, 4) բնակչության կրթում և տեղեկատվության ապահովում, 5) մոր և մանկան առողջապահության մշակում և ներդրում, 6) արտակարգ իրավիճակների դեպքում առողջապահական միջամտությունների իրականացում, 7) բուժանձնակազմի նեղ մասնագիտական և շարունակական կրթական ծրագրերի մշակում և ներդրում, 8) համաճարակաբանական հսկողություն և 9) Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչության միջոցով իրականացվող սանիտարական և համաճարակաբանական վերահսկողություն<sup>14</sup>:

2002 թ. սկսած Առողջապահության նախարարության *Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչությունը* (ՊՀՀՏ) պատասխանատու է սանիտարահիգիենիկ ծառայությունների համար, որոնք կանոնակարգվում են 1992 թ. օրենքով<sup>7</sup>: Տեսչության Կենտրոնական ապարատը ներառում է Վարակիչ և ոչ վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանության բաժին, Մանուկների և

դեռահասաների հիգիենայի բաժին, Շրջակա միջավայրի և կոմունալ հիգիենայի բաժին, Սնուցման և սննդամթերքի անվտանգության բաժին, Աշխատանքի հիգիենայի և ճառագայթային անվտանգության բաժին, Իրավական ապահովման և փաստաթղթերի հոսքերի կառավարման բաժին և Տեղեկատվության և վիճակագրության բաժին<sup>45</sup>: Տարածքային մարմինները ներառում են 10 ՊՀՀՏ մարզային կենտրոններ, Երևանի 7 տարածքային կենտրոններ, 7 սանիտարական կարանտինային կետեր, Օդային և գծային հաղորդակցության կենտրոն և Հայկական ատոմային էլեկտրակայանի կենտրոն<sup>45</sup>: ՊՀՀՏ-ի ենթակայության տակ են գտնվում նաև 10 մարզային և Երևանի 6 քաղաքային Պետական ոչ առևտրային կազմակերպություն փորձագիտական կենտրոններ<sup>82</sup>:  
Ըստ կառավարության No 1316-Ն որոշման՝ ՊՀՀՏ-ն լիազորված է հետևյալ գործառնություններով<sup>45</sup>.

- Հանրապետության տարածքում հիգիենիկ և հակահամաճարակային հսկողության իրականացում,
- օդի, ջրի, հողի, սննդամթերքի և այլ արտադրանքների նմուշառում հիգիենիկ և լաբորատոր փորձաքննության նպատակով,
- հիգիենիկ փորձաքննության կատարում և կազմակերպություններին, հիմնարկներին և քաղաքացիներին փորձագիտական եզրակացությունների տրամադրում
- բժշկական և հիգիենիկ գիտելիքների տարածում և առողջ ապրելակերպի ձևավորմանն ուղղված քարոզչության իրականացում բնակչության և նրա առանձին խմբերի համար
- բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման նպատակով առաջարկությունների և պահանջների ներկայացում
- շրջակա միջավայրի վնասակար գործոններից բնակչության պաշտպանություն
- Վարչական իրավախախտումների մասին Հայաստանի Հանրապետության օրենսգրքի համաձայն վարչական վարույթի իրականացում:



Փորձագիտական կենտրոնների նպատակն է բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովում, փորձագիտական հետազոտություններ, ուսումնասիրություններ, լաբորատոր հետազոտություններ, գործիքային չափումներ, շրջակա միջավայրի օբյեկտների մանրէաբանական, մակաբուծական, ռադիացիոն ու քիմիական ախտոտվածության որոշում և կանխարգելման համալիր միջոցառումների իրականացում<sup>82</sup>:

Հայաստանի Հանրապետության Գյուղատնտեսության նախարարությունը գյուղատնտեսության ոլորտում գործառնություններ իրականացնող պետական կառավարման մարմին է, որը իրականացնում է գյուղատնտեսության և անտառային տնտեսության բնագավառներում կառավարության քաղաքականությունը: Հանրային առողջապահության գործառնությունները ներառում են ազրովերամշակում և սննդամթերքի անվտանգություն, անասնաբուժության բնագավառում հիվանդությունների կանխարգելում, բուժում և վերահսկողություն<sup>21</sup>:

Գյուղատնտեսության նախարարության *Սննդամթերքի անվտանգության և անասնաբուժական պետական տեսչությունը* իրականացնում է մարդկանց և կենդանիների համար ընդհանուր վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելում և հսկողություն, կարգավորում է կենդանիների, միջատների, կենդանական ծագման սննդամթերքի և պարենամթերքի, անասնակերի և նրա հավելումների, անասնաբուժական դեղորայքի ներկրում, արտահանումը և տարանցում, իրականացնում է սննդամթերքի, անասնակերի և նրա հավելումների, անասնաբուժական դեղորայքի սանիտարական տեսչական հսկողություն արտադրությունից մինչև վաճառք: Տեսչության լիազորությունները իրականացվում է՝ ըստ սննդամթերքի անվտանգության և անասնաբուժության մասին օրենքների<sup>21,46,47</sup>: ԱՄՆԾԳ-ն, Համաշխարհային բանկը, ՍԳԿ-ն և Եվրոպական հանձնաժողովի ԱՊՀ երկրներին տեխնիկական աջակցության (TACIS) ծրագիրը աջակցություն են տրամադրում Սննդամթերքի անվտանգության և անասնաբուժական պետական տեսչությանը<sup>21</sup>:

Բնապահպանության նախարարությունը գործադիր իշխանության հանրապետական մարմին է, որը մշակում և իրականացնում է շրջակա միջավայրի պահպանության և բնական ռեսուրսների բնական օգտագործման բնագավառներում պետական քաղաքականությունը: Նախարարության Շրջակա միջավայրի պահպանության վարչությունը շրջակա միջավայրի և բնական ռեսուրսների ախտոտման մոնիտորինգի և ջրի, օդի ու հողի վերաբերյալ վիճակագրության զեկուցման միջոցով իրականացնում է հանրային առողջապահության գործառույթ<sup>18,19</sup>: Նախարարության բնապահպանական պետական տեսչությունը իրականացնում է վերահսկողական գործառույթներ և կիրառում պատասխանատվության միջոցներ շրջակա միջավայրի պահպանության, բնական ռեսուրսների օգտագործման և վերարտադրության ոլորտում<sup>19</sup>:

Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարությունը գործադիր իշխանության հանրապետական մարմին է, որը մշակում և իրականացնում է աշխատանքի և սոցիալական պաշտպանության բնագավառներում ՀՀ կառավարության քաղաքականությունը<sup>48</sup>: Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության հանրային առողջապահության գործառույթները հետևյալն են`

- արտադրությունում աշխատողի կյանքին և առողջությանը պատճառված վնասի հատուցման նպատակով առաջարկությունների մշակում, դրանց ներդրման կազմակերպում և կատարման մոնիտորինգ
- բժշկասոցիալական փորձաքննության կազմակերպում
- հաշմանդամների սոցիալ-բժշկական, մասնագիտական և սոցիալ-հոգեբանական վերականգնողական ծրագրերի մշակում և իրականացում
- հաշմանդամներին պրոթեզաօրթոպեդիկ և այլ պարագաների ապահովման գործընթացի կազմակերպում
- հաստատություններում և տնային պայմաններում միայնակ տարեց և հաշմանդամ քաղաքացիների խնամքի կազմակերպում

- հաշմանդամների և տարեցների սոցիալական պաշտպանության բնագավառի օրենսդրության կատարելագործման նպատակով առաջարկությունների մշակում, ներդրում և մոնիտորինգ
- մասնագիտացած հաստատություններում առանց ծնողների երեխաների խնամքի և կրթության կազմակերպում

Արտակարգ իրավիճակների նախարարությունը գործադիր իշխանության հանրապետական մարմին է, որը արտակարգ իրավիճակներում քաղաքացիական և բնակչության պաշտպանության բնագավառում մշակում, իրականացնում և համակարգում է պետության որդեգրած քաղաքականությունը<sup>25,49</sup>: Հանրային առողջապահության գործառույթներն են մահվան, վնասվածքների և հիվանդությունների կանխում և կանխարգելում, վնասվածքների և հիվանդությունների նվազեցում արտակարգ իրավիճակների ժամանակ: Արտակարգ իրավիճակների ընթացքում հանրային առողջապահության ծառայությունների տրամադրման առումով կարևորվում են նախարարության Հայաստանի փրկարար ծառայությունը և Սեյսմիկ պաշտպանության ազգային ծառայությունը: Հայաստանի փրկարար ծառայության մասին օրենքը կարգավորում է արտակարգ իրավիճակներում իրականացվելիք գործողությունները և քաղաքացիական պաշտպանությունը<sup>24</sup>:

Կրթության և գիտության նախարարությունը (ԿԳՆ) գործադիր իշխանության հանրապետական մարմին է, որը կրթության և գիտության բնագավառում մշակում և իրականացնում է պետության քաղաքականությունը<sup>40</sup>: Բոլոր միջին մասնագիտական և բարձրագույն համալսարանները, այդ թվում՝ բժշկական կրթական հաստատությունները, գտնվում են Կրթության և գիտության նախարարության իրավասության տակ (մանրամասների համար տես *Հանրային և անհատական առողջապահության գիտակ մասնագետների ապահովումը* բաժինը): 2007 թ. հոկտեմբերի 1-ի նախագահի ՆՀ 174-Ն հրամանագրով հիմնադրվել է ԿԳՆ գիտության

պետական կոմիտեն գիտության ոլորտում մշակելու և իրականացնելու պետության որդեգրած քաղաքականությունը<sup>50</sup>:

Արդարադատության նախարարությունը գործադիր իշխանության հանրապետական մարմին է, որը արդարադատության ոլորտում մշակում և իրականացնում է պետության քաղաքականությունը: Հանրային առողջապահության գործառույթն է կալանավորների, դատապարտյալների և բանտերի աշխատակազմի առողջության և անվտանգության ապահովումը: Վերոհիշյալ գործառույթը իրականացնում է նախարարության Քրեակատարողական վարչությունը<sup>51</sup>:

Տրանսպորտի և կապի նախարարությունը գործադիր իշխանության հանրապետական մարմին է, որը մշակում և իրականացնում է տրանսպորտի, կապի և տեղեկատվության ոլորտում պետության քաղաքականությունը: Նախարարության հանրային առողջապահության գործառույթներն են ճանապարհատրանսպորտային և երկաթուղային վթարների համաճարակաբանական հսկողությունը և արտակարգ իրավիճակների ժամանակ կապի և տեղեկատվության համակարգումը<sup>52</sup>:

Ջրային տնտեսության պետական կոմիտեն ՀՀ տարածքային կառավարման նախարարության կառավարման ոլորտում գործող պետական մարմին է, որը մշակում և իրականացնում է պետական սեփականություն հանդիսացող ջրային համակարգերի կառավարման և օգտագործման բնագավառում ՀՀ կառավարության քաղաքականությունը<sup>83</sup>:

Հանրային ծառայությունները կարգավորող հանձնաժողովը տրամադրում է խմելու ջրի մատակարարման, ջրահեռացման և կեղտաջրերի մաքրման ծառայությունների մատուցման թույլտվություններ, ոռոգման ջրի մատակարարման ծառայության մատուցման թույլտվություններ<sup>84</sup>:

Հանրային առողջապահության գործառույթներ իրականացնում են նաև կառավարությանն առընթեր որոշ մարմիններ: Միջուկային անվտանգության կարգավորման պետական կոմիտեն իրականացնում է ատոմային էներգիայի օգտագործման բնագավառի պետական կարգավորումը՝ բնակչության և անձնակազմի անվտանգության ապահովման, շրջակա միջավայրի պաշտպանության և ՀՀ անվտանգության պաշտպանության նպատակներով<sup>83</sup>:

### ***Առողջապահական գիտական հետազոտություններ***

Առողջապահական հետազոտությունները հանրապետությունում կատարվում են հինգ կրթական և հետազոտական հաստատություններում, որոնք են.

Երևանի պետական բժշկական համալսարանի (ԵՊԲՀ) Գիտահետազոտական մասնագիտացված բաժնի Գիտահետազոտական կենտրոնի լաբորատորիան հիմնադրվել է 1964 թ.: Կենտրոնը 1992-ին վերանվանվել է Գիտահետազոտական կենտրոն, որը ներկայումս համարվում է անկախ ենթակառուց: Ըստ ԵՊԲՀ-ի պաշտոնական կայքի՝ Գիտահետազոտական կենտրոնի հիմնական խնդիրն է կատարել անկախ և համապարփակ հետազոտություններ համալսարանի ամբիոնների հետ համատեղ (ամբիոնների գերակա հետազոտության ուղղություններով), այդ թվում՝ ամբիոններին գիտական, խորհրդատվական և գործնական օգնության տրամադրում (ասպիրանտների հետազոտական աշխատանքների մի մասը իրականացվում է այս կենտրոնում)<sup>43</sup>:

Առողջապահության ազգային ինստիտուտը 1963 թ. հիմնադրված ինքնուրույն կազմակերպություն է: Այս կազմակերպությանը աջակցում և ֆինանսավորում է ԱՆ-ն: Նպատակն է բարելավել հանրության առողջությունը՝ իրականացնելով բարձր մակարդակի հետդիպլոմային կրթություն, վերապատրաստումներ և առողջապահական գիտական հետազոտություններ: Ինստիտուտը առաջարկում է միանյա վերապատրաստման ծրագիր՝ խրախուսելու համար երիտասարդ

բուժմասնագետների կողմից հետագա աշխատանքի ընթացքում գիտական հետազոտությունների իրականացումը<sup>8</sup>:

Երևանի պետական համալսարանի (ԵՊՀ) կենսաբանության բաժինը հիմնադրվել է 1933 թ.: Ներկայումս այն բաղկացած է ութ ամբիոններից և գիտահետազոտական խմբերից, որոնք իրականացնում են գիտական հետազոտություններ: Դրանք են Ընդհանուր կենսաբանության, Ազոտ պարունակող միացությունների կենսաքիմիայի, Սնկերի կենսաբանության և կենսատեխնոլոգիայի ֆակուլտետները և ԵՊՀ-ի ֆիզիկայի ֆակուլտետի հետ համատեղ` Կառուցվածքային կենսաֆիզիկայի լաբորատորիաները: Ընդհանուր կենսաբանության և Սնկերի կենսաբանության և կենսատեխնոլոգիայի ֆակուլտետների լաբորատորիաները աշխատում են նաև սննդի անվտանգության ոլորտում<sup>53</sup>:

Հայաստանի պետական ագրարային համալսարանի Անասնաբուժական բժշկագիտության և անասնաբուծության ֆակուլտետը իր կրթական ծրագրերի շրջանակներում իրականացնում է հետազոտություններ, իսկ գործնական աշխատանքները կատարվում են հետևյալ ոլորտներում` 1) մսի և մսամթերքի սանիտարական փորձաքննություն և մակաբուծային հիվանդություններով կենդանիների սպանդ, 2) ընտանի կենդանիների բնական դիմադրողականության վրա շրջակա միջավայրի գործոնների ազդեցություն և 3) խոշոր եղջերավոր անասունների բուժման և վերամշակման ձեռնարկությունների ընդհանուր պայմանների բարելավում<sup>54</sup>:

Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի (ՀԱՀ) Առողջապահական գիտությունների դպրոցը իրականացնում է հանրային առողջապահության հետազոտություններ: Առողջապահական գիտությունների դպրոցը հիմնադրվել է 1995 թ.: Այն կազմված է Հանրային առողջապահության մագիստրոսի ծրագրից և Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնից (ԱԾՀԿ): ՀԱՀ-ը Միացյալ Նահանգների հավատագրված համալսարան է: Առողջապահական

գիտությունների դպրոցը հաստատված է Ջոնս Հոփկինսի հանրային առողջապահության Բյուրեքերգի դպրոցի կողմից: Ուսումնական ծրագիրը, որը հարմարեցված է տեղական պահանջներին, հիմնված է ամերիկյան կրթական մոդելի վրա: ԱԾՀԿ-ն ([www.auachsr.com](http://www.auachsr.com)) կայացած և տարածաշրջանում հեղինակություն վայելող հաստատություն է, որը իրականացնում է հետազոտություններ առողջապահական ծառայությունների վերաբերյալ: ԱԾՀԿ-ն քանակական և որակական հետազոտությունների, առողջապահական համակարգերի գնահատման, ծրագրերի մոնիտորինգի և գնահատման, նախագծման, ներդրման և ղեկավարման ոլորտներում ունի ծավալուն փորձառություն և հնարավորություններ<sup>55</sup>:

## **ՄԵԹՈԴՆԵՐ**

### **Փաստաթղթերի վերլուծություն**

Փաստաթղթերի վերլուծության հիմնական նպատական է նկարագրել և վերլուծել պաշտոնապես արձանագրված հանրային առողջապահության ծառայությունները: Իրավիճակային վերլուծությունը կատարվել է գոյություն ունեցող պաշտոնական փաստաթղթերի, հետազոտությունների, հրապարակումների և էլեկտրոնային կայքերի հիման վրա՝ Հայաստանում հանրային առողջապահության համակարգի լիարժեք պատկերը ստանալու համար\*: Այս վերլուծությունը ներկայացնում է հանրային առողջապահության համակարգի և ծառայությունների ամփոփումը՝ ըստ հանրային առողջապահության ԱՀԿ Եվրոպական գործառույթների:

### **Որակական վերլուծություն**

Շահագրգիռ կողմերի որակական վերլուծության հիմնական նպատակներն են վերլուծել 1) հանրային առողջապահության ոլորտում տարբեր շահագրգիռ կողմերի ներուժը և 2) Հայաստանում հանրային առողջապահության ծառայությունների ապագա վերակառուցման և արդիականացման համար անհրաժեշտ պոտենցյալ ներուժը: Իրավական փաստաթղթերի վերլուծությունը չի եղել այս հետազոտության հիմնական նպատակների շարքում:

### **Հետազոտության ձևը**

ՀԱՀ ԱԾՀԿ-ն մշակել և իրականացրել է որակական հետազոտություն (խմբային քննարկումներ և խորացված հարցազրույցներ) գնահատելու համար հանրային առողջապահական ծառայությունների կառուցվածքը և ֆունկցիոնալությունը Հայաստանում՝ ոչ միայն ըստ փաստաթղթերի, այլ նաև իրական կյանքում; ինչպես նաև հասկանալու համար հիմնական շահագրգիռ կողմերի դերը,

---

\* Հարկ է նշել, որ Միջազգային առողջապահական (բժշկասանիտարական) կանոնների ներդրման ռազմավարությունը հավանության է արժանացել ՀՀ կառավարության կողմից այս ուսումնասիրության ավարտից հետո (հոկտեմբերի 28, 2009 թ.), այդ իսկ պատճառով ուսումնասիրությունը համապարփակ կերպով չի անդրադարձել այս ռազմավարական փաստաթղթին:



պարտավորությունները և իրավունքները (որակական հետազոտության մեթոդոլոգիայի մանրամասների համար տես Հավելված 2)<sup>56-59</sup>:

Այս հետազոտությունը փորձել է անդրադառնալ հանրային առողջապահության ամբողջական պատկերին՝ ընդգրկելով բազում շահագրգիռ խմբերի ներկայացուցիչներ տարբեր նախարարություններից, գործակալություններից և կազմակերպություններից, որոնք պատասխանատու են որոշակի հանրային առողջապահական ծառայությունների իրագործման համար:

Համապարփակ և ճշգրիտ վերլուծության մեթոդներ են կիրառվել հասկանալու հանրային առողջապահության ծառայությունների իրագործման գործառույթները տարբեր ոլորտներում և մակարդակներում: Հետազոտության արդյունքները ներկայացված են ըստ ԱՀԿ Եվրոպական գրասենյակի առաջարկած հիմնական հանրային առողջապահության գործառույթների: Ավելացվել են նաև մի քանի լրացուցիչ բաժիններ:

## **Հետազոտության մասնակիցները**

### ***Մասնակիցների ընտրությունը***

ՀԱՀ ԱԾՀԿ-ն ընտրել է հետազոտության գլխավոր մասնակիցներին նրանց փորձի և մասնագիտական կարողությունների հիման վրա, ովքեր կարող էին տրամադրել այս հետազոտության համար կարևոր տեղեկատվություն: Բոլոր ծառայությունների վերաբերյալ համապարփակ վերլուծություն ապահովելու համար հետազոտության մեջ ընդգրկվել են հանրային առողջապահության տարբեր ոլորտների մասնագետներ և բնակչությունը: Այս նպատակով հետազոտությանը մասնակցել են մասնագետներ յոթ նախարարություններից և նրանց գործակալություններից ու բաժիններից, տարբեր կրթական և ծառայողական հաստատություններից, միջազգային կազմակերպություններից և ՀԿ-ներից (մանրամասները հաջորդ բաժնում):

Այս մասնագետներից բացի հետազոտությանը մասնակցել են նաև հանրային առողջապահական ծառայությունների սպառողները և շահառուները: Հանրային առողջապահության մագիստրոսի կրթություն ունեցող մասնագետները նույնպես մասնակցել են այս հետազոտությանը: Ընդհանուր առմամբ մասնակիցների թիվը եղել է 179:

### ***խորացված հարցազրույցներ***

47 հոգի մասնակցել է խորացված հարցազրույցներին 2009 թ. հունվար- մայիս ամիսներին: Մասնակիցները եղել են Ազգային ժողովից, Առողջապահության, Բնապահպանության, Գյուղատնտեսության, Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի, Արտակարգ իրավիճակների, Կրթության և գիտության, Արդարադատության նախարարություններից, ինչպես նաև Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչությունից (կենտրոնական գրասենյակից և Երևանի ու մարզերի տարածային կենտրոններից), Սննդամթերքի անվտանգության և անասնաբուժական պետական տեսչությունից, Շրջակա միջավայրի վրա ներգործության մոնիտորինգի կենտրոնից, Երևանի պետական բժշկական համալսարանից, Առողջության ազգային ինստիտուտից, Հայաստանի պետական ագրարային համալսարանից, Բազային բուժքույրական քոլեջից, Երևանի և մարզերի Առողջապահության և սոցիալական ապահովության վարչություններից, Ազգային վիճակագրական ծառայությունից, Հատուկ վտանգավոր վարակների կանխարգելման կենտրոնից, Ոստիկանությունից, լաբորատորիաներից և հոգեբուժական ծառայություններից: Ավելին, այն հաստատությունները (դեղատներ, ատամնաբուժարան, սննդի արտադրության ձեռնարկություն, դպրոց և մանակապարտեզ), որտեղ տեսչական ստուգումներ են կատարվում Առողջապահության նախարարության (ԱՆ) և/կամ Գյուղատնտեսության նախարարության (ԳՆ) կողմից, նույնպես ընդգրկվել են հետազոտության մեջ: Հետազոտությանը մասնակցելու 50 հրավիրվածներից մերժել են միայն երեքը:

### ***Խմբային քննարկումներ***

ՀԱՀ ԱԾՀԿ-ն հանրային առողջապահության տարբեր ոլորտներից և բնակչությունից հրավիրել է ներկայացուցիչներ խմբային քննարկումներին մասնակցելու համար 2009 թ. հունվար-հունիս ամիսներին: Խմբային քննարկումների մասնակիցների ընդհանուր թիվը եղել է 132, մեկ քննարկման մասնակիցների միջին թիվը՝ 7:

Խմբային քննարկումների մասնակիցները եղել են ԱՆ-ի Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչությունից (կենտրոնական գրասենյակից և Երևանի ու մարզերի տարածային կենտրոններից), ԳՆ-ի Ագրովերամշակման և սննդամթերքի անվտանգության վարչությունից (Երևանի տարածքային կենտրոնից), վեց մարզերի Առողջապահության և սոցիալական ապահովության վարչություններից, նաև առաջնային բուժօղակի բժիշկներ (ընտանեկան բժիշկներ և մանկաբույժներ), մասնագետներ միջազգային կազմակերպություններից (ԱՀԿ, ԱԱՊԲ ծրագրից, Զինիշյան հիշատակի հիմնադրամից, Հայսատանի մանուկներ հիմնադրամից, ԱՄՆՄՁԳ-ից, ՄԱԿ-ի բնակչության հիմնադրամից, ՆՕԿԱ ծրագրից, ԱՄԿՈՐ-ից և Կարմիր խաչի միջազգային կոմիտեից (ԿԽՄԿ)) և տեղական ՀԿ-ներից, մասնագետներ բուն հանրային առողջապահական կրթությամբ, լաբորատորիաների աշխատակիցներ Երևանից և մարզերից, Երևանի պետական բժշկական համալսարանի դասախոսներ հանրային առողջապահության, համաճարակաբանության, հիգիենայի և սոց-բժշկության ամբիոններից և Երևանի, Եղեգնաձորի, Մաստարա և Չկալովկա գյուղերի բնակչությունը:

### **Հետազոտության հարցաշարերը (ուղեցույցները)**

#### ***Խորացված հարցազրույցներ***

Խորացված հարցազրույցների ուղեցույցները մշակվել են որակական հետազոտության ստանդարտացված մեթոդների և ԱՀԿ Եվրոպական գրասենյակի առաջարկած հանրային առողջապահության ծառայությունների ինքնագնահատման հարցաշարի հիման վրա: Հարցաշարերը մշակվել են այնպես, որ հավաքագրվող տեղեկատվության արժեքը հասցվի առավելագույնի: Այս նպատակով յուրաքանչյուր

հարցվողի համար նախատեսված հարցաշարի որոշ հարցեր հատուկ մշակվել են՝ ելնելով մասնակցի հանրային առողջապահության մեջ ունեցած դերից/պարտավորություններից և փորձառությունից<sup>59</sup>: Ավելին, յուրաքանչյուր հարցաշար շարունակաբար կատարելագործվել է՝ նախորդ քննարկումների և հարցազրույցների արդյունքում ստացված տեղեկատվության հիման վրա:

### ***Խմբային քննարկումներ***

ՀԱՀ ԱԾՀԿ-ի հետազոտման խումբը մշակվել է այս հարցաշարերը որակական հետազոտության ստանդարտացված մեթոդների և ԱՀԿ-ի Եվրոպական գրասենյակի առաջարկած հանրային առողջապահության ծառայությունների ինքնագնահատման հարցաշարի հիման վրա: Հարցաշարերը մշակվել են այնպես, որպեսզի հավաքագրվող տեղեկատվության արժեքը հասցվի առավելագույնի: Այս նպատակով յուրաքանչյուր հարցվողի համար նախատեսված հարցաշարի որոշ հարցեր հատուկ մշակվել են՝ ելնելով խմբի կառուցվածքից<sup>60</sup>: Այս քննարկումների հարցաշարերը նույնպես շարունակաբար կատարելագործվել են՝ նախորդ քննարկումների և հարցազրույցների արդյունքում ստացված տեղեկատվության հիման վրա: Մասնակիցների ժողովրդագրական տվյալների համար մշակվել են հատուկ հարցաշարեր, որոնք լրացվել են մասնակիցների կողմից:

Բոլոր ուղեցույցները նախապես մշակվել են անգլերենով, իսկ հետո հետազոտական խմբի կողմից թարգմանվել են հայերեն: Խմբային քննարկման և խորացված հարցազրույցի ուղեցույցների մեկական օրինակ կցված է Հավելված 3-ում:

### **Տվյալների հավաքագրումը և վերլուծությունը**

Տվյալների հավաքարումն իրականացվել է 2009թ. հունվար-հունիս ամիսներին: Ընդհանուր առմամբ հետազոտությանը մասնակցել են 179 հոգի, որից 47-ը՝ խորացված հարցազրույցներին, իսկ 132-ը՝ խմբային քննարկումներին: Խորացված հարցազրույցների միջին տևողությունը կազմել է 42 րոպե, իսկ խմբային քննարկումների տևողությունը՝ 87 րոպե: Բոլոր հարցազրույցները և քննարկումները

կատարել է ՀԱՀ ԱԾՀԿ-ի որակական հետազոտության մասնագիտացված խումբը:  
Յուրաքանչյուր խմբային քննարկում ունեցել է փորձառու վարող և գրանցող:  
Խորացված հարցազրույցները ունեցել են վարող և գրանցող կամ միայն վարող:  
Տվյալների հավաքագրման վարողի և գրանցողի դերը փոփոխվել է հետազոտական  
խմբի անդամների միջև: Բոլոր հարցազրույցները և քննարկումները անց են կացվել  
հայերեն, այնուհետև արձանագրվել են անգլերենով:

Տվյալների հավաքագրումից հետո ՀԱՀ ԱԾՀԿ խումբը վերլուծել է բոլոր խորացված  
հարցազրույցների և խմբային քննարկումների արձանագրությունները նախապես  
մշակված կողավորման համակարգով<sup>61</sup>: Կողավորման համակարգը ներառում է  
ԱՀԿ Եվրոպական գրասենյակի առաջարկած հանրային առողջապահության  
գործառնությունները և Հայաստանի համար հատուկ ավելացված մի քանի բաժիններ:  
Կողավորման համակարգի բաժիններն են՝ 0) հանրային առողջապահության  
ծառայությունների ընկալումը, 1) բնակչության առողջության և բարեկեցության  
համաճարակաբանական հսկողություն և վերլուծություն, 2) առողջապահական  
խնդիրների և վտանգների հայտնաբերումը բնակչության շրջանում, 3) առողջության  
պաշտպանությանն ուղղված միջոցառումներ, 4) արտակարգ իրավիճակներին  
պատրաստվածություն և հակազդեցության նախագծում, 5) հիվանդությունների  
կանխարգելում և առողջ ապրելակերպի խթանում/քարոզչություն, 6) անհատական և  
համայնքային բուժօժանայությունների որակի և արդյունավետության գնահատում, 7)  
հանրային առողջապահության և անհատական բուժօգնության բարձրակարգ  
աշխատուժի ապահովում, 8) առաջնորդություն, կառավարում և հանրային  
առողջապահության քաղաքականությունների նախաձեռնում, մշակում և  
նախագծում, 9) առողջապահական գիտական հետազոտություններ , 10) այլ հարցեր  
և 11) հանրային առողջապահության ծառայությունների կառուցվածքն ու  
տրամադրումը և ապագա բարելավումների համար մասնակիցների  
առաջարկությունները:

## **Հետազոտության մասնակիցների դասակարգումը**

Այս հետազոտության վերլուծությունը հիմնված է խորացված հարցազրույցների և խմբային քննարկումների արդյունքում ստացված մասնագիտական դատողությունների և բնակչության տեսակետների վրա: Աղյուսակներում ներկայացված ուղղակի մեջբերումները ընտրվել են խորացված հարցազրույցներից և խմբային քննարկումներից: Հետազոտության մասնակիցները դասակարգվել են ըստ 10 խմբերի՝ 1) բնակչություն, 2) սպառողներ, 3) տեղական ՀԿ, 4) միջազգային կազմակերպություն, 5) առաջնային բուժօղակ, 6) լաբորատորիա, 7) հոգեբուժական ծառայություն, 8) մասնագիտացված կրթություն, 9) պետական որոշումներ կայացնող և 10) պետական որոշումներ իրականացնող:

Դասակարգումն արվել է հետևյալ կերպ: *Բնակչությունը* ներառում է քաղաքում կամ գյուղում բնակվող մարդկանց: Հանրային առողջապահության փորձ ունեցող մարդիկ, բժիշկները և բուժքույրերը այս խմբի մեջ չեն ընդգրկվել: *Տնտեսվարողը* այն մարդն է, որը աշխատում է տեսչական ծառայությունների կողմից ստուգվող հաստատություններում՝ ատամնաբուժարան, մանկապարտեզ, դպրոց, դեղատուն և սննդի արտադրության ձեռնարկություն: *Տեղական ՀԿ-ն* ներառում է այն տեղական ՀԿ-ների մասնակիցների, որոնք տրամադրում են հարնային առողջապահական ծառայություններ: *Միջազգային կազմակերպությունը* ներառում է մասնակիցների, որոնք աշխատում են հանրային առողջապահական ծառայություններ տրամադրող կազմակերպություններում (ՄԱԿ-ի կազմակերպություններ, միջազգային գործակալություններ և միջազգային ՀԿ-ներ): *Առաջնային բուժօղակը* ներառում է պոլիկլինիկաների առաջնային բուժօղակի բժիշկների, *լաբորատորիան*՝ Երևանի և մարզերի լաբորատորիաների մասնագետների: *Հոգեբուժական ծառայությունը* ներկայացնում է հոգեբուժական ծառայության վարչական կամ կլինիկական մասնագետներ: *Մասնագիտացված կրթությունը* ներկայացնում է բժշկական, բուժքույրական և անասնաբուժական մասնագիտացված կրթական հաստատությունների դասախոսներ կամ վարչական աշխատողներ: *Պետական որոշումներ կայացնողը* այն մասնագետներն են, որոնք ընդգրկված են

քաղաքականություն և ռազմավարությունների մշակման և բարձր մակարդակի ղեկավարման մեջ: Սա ներառում է յոթ նախարարությունները և Ազգային ժողովը: *Պետական որոշումներ իրականացնողը* այն մասնագետներն են, որոնք ընդգրկված են հանրային առողջապահության քաղաքականությունների և ծառայությունների ուղղակի ղեկավարման և իրագործման մեջ: Սա ներառում է մոնիտորինգ, տեսչություն, համաճարակաբանական հսկողություն, քաղաքային և գյուղական վայրերում կառավարության քաղաքականությունները ներդնող գործակալություններ և հաստատություններ:

Մասնակցի համարը (օրինակ՝ Բնակչություն 1.Ա.1.), որը ներկայացված է աղյուսակում, հնարավորություն է տալիս հայտնաբերել այն մասնակցին, որը մեկ աղյուսակի համար տրամադրել է ավելի քան մեկ ուղղակի մեջբերում: Այն մասնակիցը, որը ուղղակի մեջբերում է տրամադրել տարբեր աղյուսակների համար ամեն մի աղյուսակի ներսում ունի տարբեր համարներ: Յուրաքանչյուր մասնակցի համարից հետո նշված է, թե որ մեթոդով է տվյալ տեղեկատվությունը հավաքվել (խորացված հարցազրույց կամ խմբային քննարկում):

### **Էթիկական նկատառումներ**

Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Գիտահետազոտական էթիկային հանձնաժողովը հավանություն է տվել այս հետազոտությանը՝ էթիկայի տեղական և միջազգային չափանիշներին համապատասխանելու համար: Բոլոր մասնակիցները տեղեկացվել են իրենց իրավունքների մասին (նրանց մասնակցությունը կամավոր էր, նրանք կարող էին ընդհատել հարցազրույցը ցանկացած պահի կամ չպատասխանել ցանկացած հարցի, նրանց անոնիմությունը և գաղտնիությունը լրիվ ապահովված էր): Իրենց իրավունքներին տեղեկանալուց հետո բոլոր նրանք, ովքեր որոշել են մասնակցել, տվել են բանավոր համաձայնություն: Մասնակիցներից թույլտվություն է վերցվել հարցազրույցների կամ քննարկումների ձայնագրման համար: Երբ մասնակիցներից որևէ մեկը դեմ է եղել ձայնագրությանը, միայն գրավոր նշումներ են արվել: Արձանագրությունը և զեկույցը չեն պարունակում մասնակիցների կամ

գործատուների անուններ կամ որևէ այլ մանրամասնություններ, որոնցով հնարավոր է պարզել մասնակիցների ինքնությունը<sup>57</sup>:

### **Հետազոտության թույլ և ուժեղ կողմերը**

**Ուժեղ կողմերը.** Հետազոտության նպատակներին հասնելու համար կիրառվել են համապարփակ և ճշգրիտ հետազոտության մեթոդներ (որակական հետազոտության մեթոդների մանրամասների համար տես Հավելված 2-ը): Չնայած հետազոտության համար ընտրված մեթոդները և տվյալների հավաքագրման աղբյուրները եղել են բազմազան՝ ստացված տվյալները իրար հետ բացահայտ համընկել են: Մեթոդների բազմազանությունը ներառում է երկու մոտեցումների համակարգված կիրառում՝ խմբային քննարկումներ և խորացված հարցազրույցներ, որոնք կատարվել են մասնագիտացված փորձառու հարցազրուցավարների կողմից՝ դերերի հերթափոխությամբ<sup>57</sup>:

Ավելին, յուրաքանչյուր մասնակցի/մասնակիցների համար նախատեսված ուղեցույցների որոշ հարցեր հատուկ մշակվել են՝ ելնելով մասնակցի/մասնակիցների հանրային առողջապահության մեջ ունեցած դերից/պարտավորություններից և փորձառությունից: Իսկ հետագայում ուղեցույցները շարունակաբար կատարելագործվել են՝ նախորդ քննարկումների և հարցազրույցների արդյունքում ստացված տեղեկատվության հիման վրա:

Հետազոտության մասնակիցները շատ տարբեր են եղել հանրային առողջապահության մեջ ունեցած իրենց դերով և դիրքով: Մասնակիցները եղել են Երևանից ու մարզերից և ներկայացրել են տարբեր հանրային առողջապահական ծառայություններ: Մասնակիցները եղել են տարբեր նախարարություններից և Ազգային ժողովից, վարչական ծառայություններից, ՊՀՀՏ-ից, տարբեր կրթական հաստատություններից, առաջնային բուժօղակից, միջազգային կազմերապություններից և ՀԿ-ներից, լաբորատորիաներից, և բնակչությունից: Հետազոտությանը մասնակցել են նաև հանրային առողջապահության



ծառայությունների շահառուներ: Այսպիսով, այս հետազոտությունը ընդգրկել է հանրային առողջապահության տարբեր մակարդակներ, ոլորտներ և շահագրգիռ կողմեր:

Այս զեկույցը ներկայացնում է հիմնականում այն արդյունքները, որոնք շարունակաբար համընկել են ըստ մասնակիցների և մեթոդների (triangulation)՝ տրամադրելով փաստարկված և օգտակար տեղեկատվություն՝ հանրային առողջապահության ներկայիս ներուժը գնահատելու և ապագա բարեփոխումներ առաջարկելու համար<sup>61</sup>: Միայն բացառիկ դեպքերում, երբ կարծիքները չեն համընկել, բայց լուսաբանել են այլ հետաքրքիր տեսակետներ, արդյունքները ներկայացվել են զեկույցում:

**Թույլ կողմեր.** Հետազոտության թույլ կողմն այն է, որ որոշ հանրային առողջապահության ոլորտներից հետազոտությանը մասնակցել են մեկ կամ երկու ներկայացուցիչ: Հանրային առողջապահության որոշ կառույցներից մասնակիցներ չեն ընդգրկվել: Ռազմական ոլորտի հանրային առողջապահության ծառայությունները չեն գնահատվել:

## ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ ԵՎ ՔՆՆԱՐԿՈՒՄՆԵՐ

Հետազոտության շահագրգիռ կողմերի որակական վերլուծության մանրամասն և համապարփակ արդյունքները և ամփոփումները ներկայացված են Հավելված 4-ում՝ ըստ ԱՀԿ եվրոպական գրասենյակի սահմանած հանրային առողջապահության հիմնական գործառույթների:

### Արդյունքների ամփոփում

Որակական հետազոտությունը և գոյություն ունեցող փաստաթղթերի ուսումնասիրությունը հայտնաբերել է հանրային առողջապահության ծառայությունների հետևյալ ձեռքբերումները Հայաստանում՝

- Վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարը և համաճարակաբանական հսկողությունը ավելի ուժեղ է ոչ վարակիչ հիվանդությունների հետ համեմատած
- Ոչ վարակիչ հիվանդությունների հայեցակարգի ընդունումը և դրանից բխող համաճարակաբանական հսկողության համակարգի ներդրման նախագծումը
- Հիվանդությունների հայտնաբերման և համաճարակաբանական հսկողության լաբորատոր նոր մեթոդների ներդրումը և գործադրումը (PCR լաբորատորիաների ցանց)
- Իմունիզացիայի ծրագիրը
- «Առողջ ապրելակերպ» դասընթացի ներդրումը դպրոցներում
- Արտակարգ իրավիճակներին արձագանքման մեխանիզմների առկայությունը
- Ժամանակակից սարքավորումներով իրականացվող օդի մոնիտորինգը
- Պարբերական տեսչական ստուգումները, որոնք բերում են որոշ բարելավումների
- Որոշ մասնագիտական խմբերի համար իրականացվող պարբերական բժշկական ստուգումները

- Ծխախոտի դեմ պայքարի շահագրգիռ կողմերի դաշինքի ակտիվ գործունեությունը ջատագովության (advocacy) և ծրագրերի իրագործման մեջ
- Կառավարություն / քաղաքացիական հասարակություն համագործակցությունը ծխախոտի դեմ պայքարում
- Հանրային առողջապահության մասնագետների պատրաստման որոշ ծրագրեր
- ՀՀ կառավարության և միջազգային կազմակերպությունների ակտիվ համագործակցությունը հանրային առողջապահության ոլորտում
- ՀՀ կառավարության և ԲԱՍ-ի համագործակցությամբ իրականացվող բազմադեղորայքակայուն ՏԲ-ի դեմ պայքարը
- Միջազգային առողջապահության կանոնների ներդրմանն ուղղված քայլերը և այդ կանոնների պահպանման համար համակարգի հզորացումը

Նույն վերլուծությունը նաև հայտնաբերել է հանրային առողջապահության ծառայությունների թերությունները Հայաստանում: Հանրային առողջապահության ծառայությունների տարանջատումը, էպիգոդիկ և կրկնվող բնույթը, ինչպես նաև մարդկային ռեսուրսների անբավարար պատրաստվածության մակարդակը նշվել են որպես գլխավոր խոչընդոտները հանրային առողջապահության ներկա և ապագա մարտահրավերներին դիմակայելու և Հայաստանում հանրային առողջապահության ծառայությունները բարելավելու համար:

Այս վերլուծությունը հայտնաբերել է, որ, չնայած ինտեգրացված համաճարակաբանական հսկողության համակարգի ձևավորմանն ուղղված մի շարք քայլերի, ապացուցողական հանրային առողջապահությունը, բազմաթիվ համաճարակաբանական հսկողության համակարգերը (շրջակա միջավայրի, հիվանդությունների, վնասվածքների, առողջապահության ծառայությունների և շատ այլ) և հարցումների արդյունքները հաճախ չեն ինտեգրացվում մեկ կենտրոնական համակարգի մեջ, իսկ տեղեկատվությունը միշտ չէ, որ հավաքվում և ներկայացվում

էամենաօգտակար ձևով: Համաճարակաբանական հսկողության համակարգերը հավասարապես զարգացած չեն, օրինակ՝ ոչ վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանական հսկողության համակարգը զգալիորեն գիջում է վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանական հսկողության համակարգին: Հավաքագրված տվյալները միշտ չէ, որ ներկայացվում են բոլոր շահագրգիռ կողմերին՝ ապահովելու տվյալների արդյունավետ օգտագործումը և տեղեկատվության վրա հիմնված որոշումների կայացման գործընթացի բարելավումը: Այս տվյալների վերլուծությունը սովորաբար միայն նկարագրողական է, որը թույլ չի տալիս առավելագույնս արժեքավոր ձևով օգտագործել տեղեկատվությունը քաղաքականություն մշակողների, պետական այրերի և ղեկավարների որոշումների կայացման համար: Ժամանակակից համաճարակաբանության և վիճակագրության վերլուծական մեթոդները բացակայում են կամ շատ քիչ են օգտագործվում:

Մասնակիցները հայտնել են, որ գիտական հետազոտությունների և տարբեր տվյալների համակարգերի միջև տարանջատումը հնարավորություն չի տալիս ցուցադրելու ռիսկի գործոնների և առողջության վրա դրանց ազդեցության միջև կապը, օրինակ՝ շրջակա միջավայրի աղտոտվածության և որոշ հիվանդությունների միջև կապը այն բնակչության խմբերի մոտ, ովքեր ենթարկվել են այդ աղտոտվածությանը: Մասնակիցները մտահոգություն են հայտնել սննդի և ջրի անվտանգության և որակի ապահովման ոչ լիարժեք համակարգերի վերաբերյալ: Չնայած նոր լաբորատորիաների ներդրման և արդիականացման ուղղությամբ վերջին ձեռքբերումներին՝ հանրային առողջապահության ծառայությունների հետ կապ ունեցող լաբորատորիաների խնդիրներն ընդգրկում են ֆիզիկական ոչ համապատասխան պայմանները, հին սարքավորումները և պարագաները, համընդհանուր ուղեցույցների և ստանդարտների պակասը, վերապատրաստումների կարիքը և լաբորատորիաների միջև անբավարար համագործակցությունը:

Ըստ հետազոտության մասնակիցների մեծամասնության՝ հանրային առողջապահության օրենքները տարանջատված են, հին և ոչ համապատասխան: Աշխատանքներ են տարվում օրենքի նոր նախագծի վրա, որը դեռևս վավերացված չէ:

Հանրային առողջապահության վտանգները ավելի արտահայտված են այնպիսի խոցելի խմբերի համար, ինչպիսիք են հաշմանդամները, ծերերը, երեխաները և մարդիկ, ովքեր ունեն ՏԲ և/կամ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ: Մասնակիցները նշել են, որ անհրաժեշտ է հատուկ ուշադրություն դարձնել այս խոցելի և հաճախ խարանի (ստիգմա) ենթարկվող խմբերին:

Չնայած 1988-ի երկրաշարժից հետո արտակարգ իրավիճակներին պատրաստվածության մեջ առաջընթաց քայլեր են արվել, ըստ մասնակիցների, այս ոլորտը հետագա զարգացման կարիք ունի. բնակչությունը լրիվ տեղեկացված չէ, թե ինչպես պետք է արձագանքել արտակարգ իրավիճակներին, նաև արհրաժեշտություն կա ոլորտը զարգացնել մարզերում:

Չնայած կանխարգելիչ բուժօժանությունների տրամադրման ոլորտում առաջընթաց կա, այդ ծառայությունները սահմանափակ են և խրախուսման մեխանիզմները բավարար չեն: Մասնակիցները նշել են, որ բնակչությունը քիչ է օգտվում այս ծառայություններից, իսկ որոշում կայացնողները / պետական այրերը ավելի լավ են հասկանում բուժական, քան՝ կանխարգելիչ ծառայությունները: Իմունիզացիայի ծրագիրը համարվում է հաջողված. այս ոլորտում անհրաժեշտ է մեծացնել ծածկույթը: Նախաժննդյան խմաքը դեռևս հղի կանանց վաղ ներգրավման խնդիր ունի:

Առողջ ապրելակերպի կրթական և քարոզչական ծրագրերը հիմնականում կատարվում են միջազգային ծրագրերի կողմից. դրանք հաճախ էպիզոդիկ են և կարճատև: Մասնակիցները նշել են, որ պետությունը չունի բավարար ֆինանսական

միջոցներ երկարաժամկետ և համահունչ ծրագրեր իրագործելու համար՝ առողջ ապրելակերպի խթանման ուղղությամբ: Լուծումներից մեկը այս պարտավորությունները ընտնեական բժիշկներին հանձնելն էր, սակայն ժամանակի և խթանման մեխանիզմների սղության պատճառով այս միջոցառումները լիարժեք չեն արվում:

Հանրային առողջապահության ծառայությունների և միջոցառումների որակի ապահովման և վերահսկման ծրագրերը (այդ թվում՝ մոնիտորինգը և գնահատումը) սահմանափակ են:

Մանակիցները նշել են, որ չկա հանրային առողջապահության ոլորտում մարդկային ռեսուրսների պլանավորման ազգային ռազմավարություն: Հայտնի չէ՝ հանրային առողջապահության մասնագետների թիվը և մասնագիտացումը արդյոք բավարար է ոլորտի խնդիրները լուծելու համար: Երկրում կա հանրային առողջապահության ժամանակակից կրթության և վերապատրաստման ծրագրերի պակաս, իսկ հանրային առողջապահության լավագույն մասնագետները չեն ներգրավվում և պահվում պետական սեկտորում՝ հիմնականում ցածր աշխատավարձերի և խրախուսման անբավարար մեխանիզմների պատճառով: Ցածր աշխատավարձերը նաև պատճառ են դառնում ոչ պաշտոնական վճարումների այնպիսի ոլորտներում, ինչպիսիք են տեսչական ծառայությունները՝ չնայած ՀՀ կառավարության մի շարք քայլերի (ստուգումների կանոնակարգ, հաշվետվությունների սահմանում, ստուգումների թվի սահմանափակում): Մանակիցները հայտնել են, որ հանրային առողջապահության խնդիրները լուծելու համար պահանջվում են ավելի մեծ թվով բարձորակ մասնագետներ:

Հանրային առողջապահության գիտական հետազոտություններին բաժին ընկնող պետական միջոցները սահմանափակ են: Ըստ մասնակիցների՝ որոշումները չեն կայացվում հետազոտությունների արդյունքների հիման վրա, այսինքն ապացույցների վրա հիմնված չեն. ինչպես նաև, որոշում կայացնող պաշտոնյաների

տեղեկատվությունը օգտագործելու ներուժը և հնարավորությունները սահմանափակ են: Երբեմն եղած տեղեկատվությունը անհրաժեշտ ձևով կամ արժեքով չի ներկայացվում որոշումների կայացման համար:

Չկա հանրային առողջապահության համապարփակ ազգային ռազմավարություն, որը կներառեր տարբեր նախարարությունների, գործակալությունների և այլ կազմակերպությունների կողմից իրագործվող բոլոր հանրային առողջապահական ծառայությունները և գործառույթները: Ըստ մասնակիցների՝ քաղաքացիական հասարակությունը լիարժեք ձևավորված չէ և նրանց առողջապահական ծրագրերը լիովին ինտեգրված չեն ազգային մակարդակով տարվող աշխատանքներին: Միջազգային կազմակերպությունները հանրային առողջապահության բնագավառում տրամադրում են էական տեխնիկական և ֆինանսական օժանդակություն. ինչևիցե, ըստ մասնակիցների՝ այս ծրագրերի գերակա խնդիրները միշտ չէ, որ համապատասխանում են կառավարության առաջնահերթություններին և բնակչության հրատապ կարիքներին: Միջազգային կազմակերպությունների կողմից իրականացվող ծրագրերը հաճախ շարունակական չեն լինում, քանի որ ֆինանսական միջոցների սպառումից հետո այս ծրագրերը դադարում են գործել:

Չնայած որ կառավարության և միջազգային կազմակերպությունների միջև համագործակցությունը համեմատաբար ուժեղ է, մասնակիցները նշում են, որ նախարարությունների և պետական գործակալությունների միջև, ինչպես նաև հասարակական կազմակերպությունների հետ համագործակցությունը թույլ է:

## ՀԱՆՐԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱԿԱՎՈՒԹՅԱՆ ՄՈՂԵԼՆԵՐ ԵՎ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՈՒՈՐՏԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՀԱՄԱՐ

Հայաստանում հանրային առողջապահության ծառայությունների զարգացման / ուժեղացման նպատակով արված առաջարկությունները և միջազգային մոդելներից վերցված առանձնհատկությունները ուղղակիորեն բխում են տարբեր երկրների հանրային առողջապահության հաջող փորձի ուսումնասիրությունից (տես Հավելված 5-ը և 6-ը՝ միջազգային փորձին մանրամասն ծանոթանալու համար) և Հայաստանի հանրային առողջապահության իրավիճակային վերլուծության արդյունքներից: Իրավիճակային վերլուծությունը ներառում է հանրային առողջապահության ծառայությունների կառուցվածքի և ֆունկցիոնալության գնահատումը (թղթի վրա և իրական կյանքում)՝ պաշտոնական փաստաթղթերի ծավալուն վերլուծության և շահագրգիռ կողմերի որակական հետազոտության միջոցով:

Ընդհանրապես, հանրային առողջապահությունը մեկ նախարարության, գործակալության կամ կազմակերպության պարտավորություն չէ. հանրային առողջապահությունը կառավարության պատասխանատվությունն է՝ մի քանի նախարարությունների և գործակալությունների մակարդակներով: Հանրային առողջապահության մոդելներում առանձնացված է կառավարման չորս մակարդակ՝ միջազգային, ազգային, տարածքային և տեղական: Միջազգային համագործակցությունը կարևորվում է նրանով, որ հիվանդությունները և դրանց պատճառները չունեն պետական սահմաններ: Ազգային ռազմավարությունները մշակվում են պետական մակարդակում և ռեսուրսների/միջոցների հատկացումներ և բաշխում է կատարվում: Հանրային առողջապահության տարածքային մակարդակը ավելի արդյունավետ ձևով է արձագանքում այդ տարածքին հատուկ խնդիրներին և մարտահրավերներին: Տեղական մակարդակը ամենամոտն է գտնվում բնակչությանը և այսպիսով ռազմավարությունների ներդրման համար ունի առավելություն<sup>62</sup>:



Տարբեր երկրներ տարբեր մոտեցումներ ունեն հանրային առողջապահության կազմակերպմանը: Որոշ արդյունաբերական զարգացած (բարձր եկամուտ ունեցող) երկրներ ավելի շատ առաջընթաց ունեն այս ոլորտում, հիվանդությունների կախարգելման և առողջ ապրելակերպի խթանման, կրթման և քարոզչության մեջ, քան զարգացող (ցածր և միջին եկամուտ ունեցող) երկրները: Կա հանրային առողջապահության մոդելների երկու տեսակ՝ կենտրոնացված և ապակենտրոնացված: Կենտրոնացված մոդելում հանրային առողջապահության համակարգի իշխանությունը գտնվում է ազգային պետական մակարդակում: Շահագրգիռ կողմերի հետ համագործակցելով՝ ազգային մակարդակը մշակում և հաստատում է օրենսդրություն, որը կարգավորում է հանրային առողջապահության ծառայությունների մատուցումը տարածքային և տեղական մակարդակներում: Կենտրոնացված համակարգը ունի աջակցող գործակալություններ, որոնք ներգրավված են հետազոտությունների, հանրային առողջապահության փորձագիտության, համաձարակաբանական հսկողության և առողջության խրախուսման/քարոզչության մեջ: Ապակենտրոնացված համակարգում տարածքային և տեղական մակարդակները ավելի ինքնուրույն են, իսկ ազգային մակարդակը ունի աջակցող դեր: Միացյալ Թագավորությունը, Ավստրալիան և էստոնիան պատկանում են այն երկրների շարքին, որոնք ունեն կենտրոնացված համակարգ: Կանադան, Շվեդիան և Դանիան ունեն ապակենտրոնացված համակարգ, որտեղ տարածքային և տեղական իշխանությունները ավելի ինքնուրույն են և լիազորված են մեծ թվով հանրային առողջապահության գործառույթներով<sup>62</sup> (տես Հավելված 5-ը և 6-ը):

Միացյալ Թագավորության հանրային առողջապահության կենտրոնացված համակարգում առողջապահության և անհատական սոցիալական բոլոր ծառայությունները, ինչպես նաև հանրային առողջապահության բազմաբնույթ ծառայությունները համակարգող և կառավարող մարմինը Առողջապահության դեպարտամենտն է: Ավելին, հանրային առողջապահության պարտավորությունները սերտորեն համակարգվում են Շոտլանդիայի, Վելսի և Հյուսիսային Իռլանդիայի

պետական քարտուղարությունների հետ: Ավստրալիայի կենտրոնացված հանրային առողջապահության պետական մարմինը Հանրային առողջապահության ազգային ընկերությունն է, որում ընդգրկված են ներկայացուցիչներ կառավարությունից, յուրաքանչյուր նահանգից ու տարածքներից, ինչպես նաև Ավստրալիայի առողջապահության և բարեկեցության ինստիտուտի տնօրենը, Ազգային առողջապահական և բժշկական հետազոտությունների խորհրդի Առողջապահական խորհրդատվական հանձնաժողովի նախագահը: Այս կառավարական մարմինը միավորում է ազգային և տարածքային պետական և հասարակական կազմակերպությունները մեկ կենտրոնացված հանրային առողջապահության համակարգի մեջ: Էստոնիան՝ մեկ այլ հանրային առողջապահության կենտրոնացված համակարգի օրինակ, հանրային առողջապահության ամբողջ իշխանությունը կենտրոնացրել է մեկ նախարարության՝ Սոցիալական հարցերի նախարարության մեջ, որը համարժեք է շատ երկրների երեք նախարարություններին: Սոցիալական հարցերի նախարարությունը լիազորված է առողջապահության, սոցիալական և աշխատանքի հարցերի գործառնություններով: Հանրային առողջապահության որոշ պարտավորություններով լիազորված են նաև 5-6 այլ կառավարական մարմիններ:

Այն երկրները, որոնք ունեն հանրային առողջապահության ապակենտրոնացված համակարգ, Կանադան, Շվեդիան, Դանիան, նույնպես ունեն հանրային առողջապահության որոշ ծառայություններ համար պատասխանատու կենտրոնական ազգային կառավարող մարմին, սակայն աջակցում և համագործակցում են հանրային առողջապահության տարածքային ինքնակառավարման մարմինների հետ: Բոլոր այս մոդելները ունեն քաղաքացիական հասարակության և ոչ կառավարական կազմակերպությունների հետ սերտ համագործակցության և ինտեգրման մեխանիզմներ՝ հանրային առողջապահական ծառայություններ մատուցելու գործում:

Հանրային առողջապահության բոլոր հաջողված կենտրոնացված և ապակենտրոնացված համակարգերը ունեն հանրային առողջապահության համակարգող կառավարման մարմին ազգային մակարդակում, որը լիազորված է համակարգելու միջոցառումները և խրախուսելու համագործակցություն հանրային առողջապահության ծառայություններ տրամադրող բոլոր ներգրավված նախարարությունների ինչպես նաև այլ շահագրգիռ կողմերի միջև: Հաշվի առնելով ՀՀ փոքր աշխարհագրական տարածքը և բնակչության թիվը, տեղական մակարդակներում դեռևս զարգացող քաղաքացիական հասարակությունը՝ Հայաստանի համար նպատակահարմար է ունենալ կառավարությանը առընթեր հանրային առողջապահության համակարգող և վերահսկող կենտրոնացված մարմին: Քանի որ հանրային առողջապահության ծառայությունները մատուցվում են ամբողջ բնակչությանը և ներառում են մեծ թվով ծառայություններ Առողջապահության նախարարությունից ներս և դուրս, հանրային առողջապահության կենտրոնացված մոդելը լավագույնս կապահովի ծառայությունների համակարգումը և հավասարությունը բնակչության տարբեր խմբերի միջև: Այսպիսի համակարգը լավագույնս կարծագանքի հետազոտության արդյունքում հայտնաբերված հանրային առողջապահության մարտահրավերներին, որոնք են՝ տարրանջատված, էպիզոդիկ և կրկնվող ծառայությունները և անհրաժեշտ ներուժի պակասը ներկա և ապագա հանրային առողջապահական խնդիրները լուծելու համար:

Հանրային առողջապահական կենտրոնացված համակարգերի տարբեր օրինակներ ունեն տարբեր մոտեցումներ՝ համակարգելու և միավորելու կառավարության տարբեր մարմինների կողմից իրականացվող բոլոր հանրային առողջապահության ծառայությունները և ոչ պետական կազմակերպությունների կողմից իրագործվող ծրագրերը: Հայաստանի դեպքում մեծ թվով նախարարություններ և պետական գործակալություններ հանրային առողջապահության ոլորտում էական դեր ունեն: Առողջապահության նախարարությունը տրամադրում է հանրային առողջապահության ծառայությունների մի մասը միայն: Ավելին, հանրային առողջապահության որոշ միջամտություններ իրականացնում են միջազգային և հասարակական

կազմակերպությունները: Ներկայումս չկա որևէ վերահսկող կենտրոնացված պետական կառույց, որ պատասխանատու կլինի բոլոր հանրային առողջապահության կառույցների միավորման, համակարգման, համագործակցության, վերահսկողության, ջատագովության (advocacy) և որակի ապահովման համար: Միջազգային փորձը ցույց է տալիս, որ բոլոր հաջողված կենտրոնացված հանրային առողջապահության պետական մարմինները իրականացնում են այս հիմնական պարտավորությունները:

Կենտրոնացվա ծ բոլոր համակարգերը, որոնք ներկայացվեցին որպես միջազգային օրինակներ, պատասխանատու են հանարային առողջապահության ծառայությունների և մարդկային ռեսուրսների պետական ռազմավարություններ մշակելու համար, ծրագրերի և ծառայությունների վերահսկողության և որակի ապահովման համար, հանրային առողջապահության հետ առնչվող տեղեկատվական համակարգերի միավորման և հզորացման համար, միջգերատեսչական համագործակցության համար:

Այս հետազոտության արդյունքում հայտնաբերված խնդիրները լուծելու համար անհրաժեշտ է մշակել համապարփակ երկարաժամկետ հանրային առողջապահության ազգային ռազմավարություն, որը կընդգրկի տարբեր նախարարությունների, գործակալությունների և կազմակերպությունների կողմից իրականացվող հանրային առողջապահության բոլոր ծառայությունները: Այս ռազմավարությունը պետք է անդրադարձնա հետազոտության արդյունքների վրա հիմնված առաջարկություններին, որոնք դասակարգված են ըստ ԱՀԿ-ի Եվրոպական հանարային առողջապահության գործառույթների և ներկայացված են այս բաժնի վերջում:

Հանրային առողջապահության ռազմավարությունների մշակումը, առաջնահերթությունների, հասանելի նպատակների և խնդիրների առաջադրումը հզորացնում և բարելավում է հանրային առողջապահության քաղաքականության

արդյունավետ ներդրումը: Հանրային առողջապահության միջոցառումները պետք է ուղղակիորեն կապված լինեն հստակ սահմանված հասանելի թիրախների և առողջության այն գործոնների հետ, որոնք պետք է փոփոխվեն այդ միջոցառման արդյունքում: Միջոցառումների անհրաժեշտ մոնիտորինգը և գնահատումը հնարավորություն է տալիս շտկել և կատարելագործել միջամտությունները՝ մեծացնելու բնակչության առողջության և բարեկեցության վրա ծրագրերի ազդեցությունը<sup>62,63</sup>:

Մի քանի նախարարությունների, միջազգային կազմակերպությունների և այլ շահագրգիռ կողմերի միջև միջգերատեսչական համագործակցությունը հնարավորություն կտա համակարգված ձևով պաշտպանել հանրության առողջությունը, քանի որ այն կապված է շրջակա միջավայրի, գյուղատնտեսության, կրթության, տնտեսության, օրենսդրության և այլ գերատեսչությունների հետ: Այսպիսով, տարբեր ոլորտների և մակարդակների միջև արդյունավետ համագործակցությունը և հաղորդակցությունը կհանգեցնի հանրային առողջապահության այնպիսի էական ձեռքբերումների, որոնց Առողջապահության նախարարությունը միայնակ հասնել չի կարող<sup>62</sup>:

Հանրային առողջապահության համապարփակ և երկարաժամկետ ռազմավարությունը (որը կվերաբերի տարբեր նախարարությունների, գործակալությունների և կազմակերպությունների կողմից իրականացվող բոլոր հանրային առողջապահության ծառայություններին) պետք է անդրադառնա այս հետազոտության արդյունքների վրա հիմնված առաջարկություններին:

Այս հետազոտության գլխավոր առաջարկությունն է հիմնադրել միջգերատեսչական փորձագիտական հանձնաժողով, որը կունենա ջատագովության և առաջնորդության գործառույթներ՝ համակարգելու մի քանի նախարարությունների, պետական գործակալությունների և հասարակական կազմակերպությունների կողմից իրականացվող հանրային առողջապահության լայնածավալ ծրագրերը և

ծառայությունները: Այս հանձնաժողովը կիրականացնի որակի հսկողություն և հնարավորություն կտա խուսափելու տարբեր կազմակերպությունների կողմից իրականացվող հանրային առողջապահական ծառայությունների և ծրագրերի կրկնություններից, ինչպես նաև բարձրացնել սահմանափակ ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետությունը, այդ թվում՝ ծախս արդյունավետությունը:

Փոփոխությունները պետք է արվեն ըստ հետևյալ հիմնարար սկզբունքների՝ 1) ապացույցների վրա հիմնված փոփոխություններ, 2) աջակցող վերահսկողություն. կրթումը, վերապատրաստումը և խորհրդատվությունը պետք է գերակշռեն տեսչական ստուգումներին:

Առաջարկությունները դասակարգված են ըստ ԱՀԿ Եվրոպական հանրային առողջապահության գործառույթների և վերաբերում են հանրային առողջապահական գործառույթներ ունեցող բոլոր գերատեսչություններին: Ստորև նշված առաջարկություններից որոշները նաև ձևակերպված են Հայաստանում Միջազգային առողջապահական (բժշկասանիտարական) կանոնների ներդրման ռազմավարության և այլ իրավական ակտերի մեջ: Հետևաբար ներկայացվող առաջարկները հավաստի են, հրատապ և օրակարգային:

***Բնակչության առողջության և բարեկեցության համաճարակաբանական հսկողություն և վերլուծություն***

- Հաստատել ինտեգրված համաճարակաբանական հսկողության համակարգ: Տվյալները պետք է դասակարգվեն արդյունավետ ձևով՝ հնարավոր դարձնելով դրանց օգտագործումը տարբեր նպատակներով, այդ թվում՝ առողջապահության որոշումների կայացման համար
- Բարելավել համագործակցությունը, հաղորդակցությունը և տվյալների շրջանառությունը տարբեր համաճարակաբանակ հսկողության համակարգերի միջև (օր.՝ շրջակա միջավայրի մոնիտորինգի և առողջության վրա ազդեցությունների համաճարակաբանական հսկողության)

- Հզորացնել ոչ վարակիչ հիվանդությունների և վնասվածքների համաճարակաբանական հսկողությունը և վերահսկողությունը, որը զիջում է վարակիչ հիվանդությունների համար գոյություն ունեցող համակարգին՝ նվազեցնելու ոչ վարակիչ հիվանդություններից հիվանդացությունը և մահացությունը:

***Առողջապահական խնդիրների և վտանգների հայտնաբերումը բնակչության շրջանում***

- Իրականացնել ոչ միայն նկարագրողական, այլև վերլուծական գնահատումներ (ներառելով համաճարակները և աղետները), ինչպես նաև ռիսկի գործոնների և դրանց աշխարհագրական տարածվածության գնահատումներ, որոնք հնարավորություն կտան հայտնաբերելու բնակչության խոցելի խմբերին, այդ համայնքներում շրջակա միջավայրի աղտոտվածության կապը հիվանդությունների ու մահվան հետ: Նմանատիպ վերլուծությունները շատ ավելի օգտակար կլինեն առողջապահության ոլորտում ճիշտ որոշումներ կայացնելու համար:
- Բնակչության և բուժաշխատողների շրջանում նվազեցնել խարանը և վախը որոշ հիվանդությունների նկատմամբ (մասնավորապես՝ ՏԲ և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ)՝ առողջապահական ծառայությունների ուշ օգտագործումը, սոցիալական բացասական հետևանքները և հիվանդությունների տարածումը նվազագույնին հասցնելու նպատակով:
- Ավելացնել փոշու մանր հատիկների մոնիտորինգ իրականացնող սարքավորումները
- Պարտադրել օդի զտիչների տեղադրումը շրջակա միջավայրի աղտոտման պատճառ հանդիսացող գործարաններին
- Բարելավել խմելու ջրի որակը հատկապես գյուղական վայրերում՝ փոխելով հին խողովակաշարերը և կոյուղու ու խմելու ջրի միջև անհրաժեշտ մեկուսացում ապահովելով

- Բարելավել բժշկական, արդյունաբերական և քաղաքային աղբի թափոնների վերահսկողությունը՝ 1) բաց աղբանոցները տեղադրելով բնակելի վայրերից հեռու և կառուցելով ժամանակակից աղբանոցներ, որոնք թույլ չեն տալիս կեղտաջրերի հոսք հողի խորքային շերտեր; 2) ներդնել և զարգացնել աղբի վերամշակումը հանրապետությունում
- Առողջապահության և Գյուղատնտեսության նախարարությունների սննդի անվտանգության մասնագետների և ներուժի գնահատման համար իրականացնել համապարփակ քանակական հետազոտություն, որի ադրյունքում հնարավոր կլինի բաժանել սննդի անվտանգության և տեսչական ծառայությունների պարտավորությունները երկու նախարարությունների միջև
- Բարելավել կենդանիների սպանդի վերահսկողությունը՝ կառուցելով սպանդանոցներ, որտեղ հնարավոր կլինի իրականացնել առավել արդյունավետ որակի հսկողություն
- Ուժեղացնել սննդի արտադրության, տեղափոխման, պահեստավորման և փակ և բաց վաճառակետերում վաճառքի նկատմամբ որակի վերահսկողությունը
- ԶԼՄ-ների միջոցով բարձրացնել բնակչության տեղեկացվածությունը սննդամթերքի սպառման ժամկետների կարևորության վերաբերյալ
- Մշակել մեխանիզմներ պարտադիր մասնագիտական բժշկական զննումների հաշվետվողականությունը կատարելագործելու և թափանցիկությունը ապահովելու համար
- Շարունակականորեն կատարելագործել աշխատողների առողջության պահանջները և բարելավել դրանց կիրարկումը
- Հատկապես պետական մարզային լաբորատորիաները զինել ժամանակակից սարքավորումներով և անհրաժեշտ պարագաներով
- Մշակել ժամանակակից ուղեցույցներ և ստանդարտներ լաբորատոր հետազոտության այն թեստերի համար, որոնց համար դրանք դեռևս մշակված չեն



- Բարձրացնել լաբորատորիաների իրազեկումը գոյություն ունեցող նորմատիվ ակտերի վերաբերյալ
- Բարելավել լաբորատոր ծառայությունների հաշվետվության համակարգը
- Տրամադրել ֆինանսական միջոցներ այն պետական լաբորատորիաների հիգիենիկ և ֆիզիակական պայմանները բարելավու համար, որոնք չեն համապատասխանում ստանդարտներին
- Լաբորատոր մասնագետներին վերապատրաստել լաբորատոր հետազոտությունների տվյալների ճշգրիտ մեկնաբանության նպատակով
- Որակի շարունակական հսկողությունը ապահովելու համար հիմնադրել ռեֆերենսային լաբորատորիա այն ոլորտների համար, որտեղ դրանք բացակայում են
- Հիմնել մեխանիզմներ լաբորատորիաների միջև տեղեկատվության և մտքերի փոխանակման համար (հանդիպումներ, քննարկումներ, տեղեկատվության էլեկտրոնային կայքեր և հաղորդակցության այլ ձևեր)

***Արտակարգ իրավիճակներին պատրաստվածություն և հակազդեցության նախագծում***

- Բարձրացնել արտակարգ իրավիճակների վերաբերյալ պատրաստվածությունը և տեղեկատվության տարածումը բնակչության շրջանում, հատկապես մարզերում՝ կազմակերպելով համայնքային դասընթացներ և վարժանքներ

***Առողջության պաշտպանությունը***

- Միավորել և արդիականացնել հանրային առողջապահության մասին օրենքը՝ նրա մշակման գործընթացի մեջ ներգրավելով բոլոր շահագրգիռ կողմերին
- Հանրային առողջապահության օրենքները հավասարապես ներդնել և կիրարկել հասարակության բոլոր անդամների համար՝ հատկապես տեսչական ծառայությունների դեպքում

- Ավելացնել ֆինանսավորումը հաշմանդամների, ծերերի և երեխաների համար նախատեսված հանրային առողջապահության ծրագրերի համար
- Մշակել և ներդնել հանրային առողջապահական ծրագրեր՝ նվազեցնելու համար խարանը՝ բացասական վերաբերմունքը, հաշմանդամների, հոգեկան և որոշ ինֆեկցիոն հիվանդություններով (ՏԲ, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ) տառապող մարդկանց նկատմամբ
- Հզորացնել ՏԲ-ի դեմ պայքարի ուղղակիորեն հսկվող կարճաժամկետ բուժումը: Բարելավել ՏԲ-ի և բազմադեղորայքակայուն ՏԲ-ի ծառայությունների միջև համագործակցությունը
- Բնակչության համար հասանելի դարձնել հոգեբանական և հոգեբուժական ծառայությունները՝ հատկապես բարձր ռիսկի խմբերի համար, ինչպիսիք են բանտարկյալները, ՏԲ-ով և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով մարդիկ, հաշմանդամները

#### ***Հիվանդությունների կանխարգելում***

- Առաջնային բուժօգակի մասնագետների համար մշակել և ներդնել խրախուսման մեխանիզմներ կանխարգելիչ միջոցառումների իրականացման համար
- Պետական այրերին տրամադրել տեղեկատվություն կանխարգելիչ ծառայությունների կարևորության և ծախս-արդյունավետության վերաբերյալ
- Տրամադրել ֆինանսական միջոցներ և բժշկական սարքավորումներ ծախս-արդյունավետ բուժզննման (սկրինինգ) ծրագրերի համար՝ քաղաքացիական և բանտային համակարգում բուժվող հիվանդությունները վաղ փուլերում հայտնաբերելու համար
- Երեխաների իմունիզացիայի ծրագրի ծածկույթը մեծացնելու համար տեղեկացնել ընտանիքներին և ծրագրի մեջ ընդգրկել մեկուսացած, հեռավոր վայրերը
- Մայրության դպրոցների հզորացման միջոցով բարձրացնել հղի կանանց տեղեկացվածությունը նախածննդյան խնամքի մեջ վաղ ընդգրկվելու կարևորության մասին

- Բարձրացնել բնակչության տեղեկացվածությունը ծխելու և երկրորդային ծխի վնասների մասին, ինչպես նաև հզորացնել ծխելու դադարեցմանն օժանդակող ծրագրերը/միջոցառումները

***Առողջ ապրելակերպի խթանում/քարոզչություն***

- Ուժեղացնել պետության կողմից ֆինանսավորվող առողջ ապրելակերպի խթանումը և քարոզչությունը՝ հիմնելով երկարաժամկետ (ոչ էպիզոդիկ) համակարգված ամբողջական միջոցառումներ ու ծրագրեր և ավելի հստակ սահմանել բուժաշխատողների դերերն ու պարտավորությունները՝ առանձնացնելով տարբեր առողջապահական թեմաներ տարբեր թիրախային խմբերի համար
- Տարբեր կազմակերպությունների կողմից ՁԼՄ-ներով առողջապահական տեղեկատվությունը տարածելու մեջ ներգրավել Առողջապահության նախարարությանը, որը կվերահսկի տրամադրվող տեղեկատվության որակը

***Անհատական և համայնքային բուժօժանդակությունների որակի և արդյունավետության գնահատում***

- Ներդնել առողջապահական ծառայությունների որակի շարունակական ապահովման ծրագրեր՝ օգտագործելով արդյունքի վերաբերյալ չափորոշիչներ, որոնք կգնահատեն առողջապահական ծառայությունների ազդեցությունը բնակչության առողջության վրա

***Հանրային առողջապահության և անհատական բուժօգնության բարձրակարգ աշխատուժի ապահովում***

- Մշակել և ներդնել հանրային առողջապահության մարդկային ռեսուրսների ազգային ռազմավարություն
- Բարձրագույն կրթական հաստատություններում մշակել և զարգացնել հանրային առողջապահության ծրագրեր և դասընթացներ լուծելու համար հանրային առողջապահության արդի խնդիրները: Այդ ծրագրերը և

դասընթացները կառուցել, օգտագործելով ժամանակակից մեթոդոլոգիաներ, և դրանք համապատասխանեցնել հանրապետության պահանջներին

- Բարելավել պետական ուսումնական հաստատությունների կրթական ծրագրերը՝ իրականացնելով որակի շարունակական վերահսկողություն
- Կրթական հաստատություններում հիմնել հանրային առողջապահության շրջանավարտների տվյալների բազա, որպեսզի հնրավոր լինի շարունակաբար տվյալներ ստանալ հանրային առողջապահության մասնագետների մասին: Օգտագործելով տվյալների բազան և հասկանալով աշխատանքային շուկայի պահանջները՝ ուսումնական ծրագրում կատարել համապատասխան փոփոխություններ
- Բարձրորակ մասնագետներին գրավելու և պահելու համար պետական համակարգում բարելավել աշխատանքային պայմանները և բարձրացնել աշխատավարձերը
- Կազմակերպել առաջնային բուժօղակի մասնագետների և լաբորատոր աշխատողների աշխատանքային գրաֆիկն այնպես, որ ժամանակը օգտագործվի ավելի արդյունավետ և նրանք կարողանան մատուցել ավելի մեծ թվով հանրային առողջապահական ծառայություններ
- Հանրային առողջապահության մասնագետների համար կազմակերպել նոր մեթոդոլոգիաների վերաբերյալ դասընթացներ
- Հզորացնել սննդի լաբորատոր մասնագետների համար անցկացվող վերապատրաստումների ծրագրերը, որպեսզի նրանք կարողանան լուծել աշխատանքի ընթացքում իրենց առջև ծառայած խնդիրները ժամանակի պահանջներին համապատասխան

***Առաջնորդում, կառավարում և նախաձեռնում, հանրային առողջապահության քաղաքականության մշակում և նախագծում***

- Մշակել մեկ համապարփակ ազգային հանրային առողջապահության ռազմավարություն, որը կներառի տարբեր նախարարությունների, գործակալությունների և կազմակերպությունների կողմից տրամադրվող բոլոր

ծառայությունները, կհամակարգի և կմիավորի բոլոր հանրային առողջապահության ծրագրերը

- Ջարգացնել և ուժեղացնել հանրային առողջապահության ոլորտում համակարգող/կառավարող մարմնի հիմնադրման գաղափարը: Այդ մարմինը կհամակարգի և կառաջնորդի հանրային առողջապահության ծառայությունները և կգբաղվի այս ծառայությունների շահերի պաշտպանությամբ/ջատագովությամբ
- Ջարգացնել և ուժեղացնել անրային առողջապահության ծառայությունների հզորացմանն ուղղված ջատագովությունը/շահերի պաշտպանությունը
- Հիմնել ծխախոտի դեմ պայքարի համակարգման ազգային հստակ մեխանիզմ,
- Հանրային առողջապահական կատարված ծրագրերի (այդ թվում՝ միջազգային կազմակերպությունների կողմից ֆինանսավորվող) վերաբերյալ տեղեկությունները պահպանելու համար ստեղծել տվյալների բազա, որը հասանելի կլինի բոլոր շահագրգիռ կողմերի համար
- Բարձրացնել որոշումների համար օգտագործվող տվյալների արժեքը՝ կիրառելով ոչ միայն նկարագրողական, այլև վերլուծական համաճարակաբանությունը և վիճակագրությունը: Այս նպատակին կարելի է հասնել օգտագործելով պատրաստված մասնագետների կամ արդեն աշխատող մասնագետների համար վերլուծական համաճարակաբանության և վիճակագրության վերաբերյալ վերապատրաստումներ կազմակերպելու միջոցով
- Հզորացնել պետական աշխատողների և որոշում կայացնողների տեղեկատվության հիման վրա որոշումներ կայացնելու ներուժը հանրային առողջապահության քաղաքականությունների, կանոնակարգումների և ղեկավարման ասպարեզում
- Հանրային առողջապահության ծրագրերում պարտադիր ունենալ մոնիտորինգի և գնահատման բաղադրիչ՝ ապահովելու համար ծրագրերի ծախս-արդյունավետությունը և հաջողությունը

- Միջազգային ծրագրերը Հայաստանի պահանջներին համապատասխանեցնելու նպատակով մշակել համակարգված մեխանիզմներ կառավարության և միջազգային կազմակերպությունների միջև բանակցություններ անցկացնելու համար և այդ բանակցությունների արդյունքում առաջնահերթությունների որոշման համար
- Միջազգայնորեն ֆինանսավորվող արժեքավոր հանրային առողջապահական ծրագրերի շարունականությունը ապահովելու համար մշակել մեխանիզմներ, որոնց միջոցով միջազգային կազմակերպությունները կփոխանցեն ծրագրերը կառավարությանը
- Վերանայել ՊՀՀՏ-ի երեք օր այցից առաջ տնտեսվարողին նախազգուշացնելու պահանջը, քանի որ այն կարող է բերել էպիզոդիկ և ոչ թե կայուն բարելավումների
- Տեսչական ծառայությունների համար մշակել ոչ պաշտոնական վճարումների նվազեցման մեխանիզմներ: Սրան կարելի է հասնել՝ բարձրացնելով աշխատավարձերը, ներդնելով խրախուսման մեխանիզմներ և փոխելով ոչ պաշտոնական վճարումների վերաբերյալ գոյություն ունեցող տնտեսվարողի սովորույթը
- Ապահովել տեսչական ծառայությունների և այդ ծառայությունների կողմից ստուգվող կազմակերպությունների միջև քննարկումներ՝ տեսչության պատժիչ վերահսկողական գործառույթները վերափոխելու աջակցող վերահսկողության՝ օգտագործելով միջազգային փորձը
- Կրկնվող հանրային առողջապահության պարտավորություններից և դերերից խուսափելու համար նախարարությունների և գործակալությունների միջև բարելավել համագործակցությունը սահմանափակ ռեսուրսների պայմաններում
- Հզորացնել քաղաքացիական հասարակությունը և կապը պետության հետ՝ ներգրավելով տեղական ՀԿ-ները հանրային առողջապահության ծրագրերի և քաղաքականությունների մեջ ու վերապատրաստելով ՀԿ-ների ներկայացուցիչներին

### ***Առողջապահական գիտական հետազոտություններ***

- Ավելացնել հանրային առողջապահական գիտական հետազոտությունների պետական ֆինանսավորումը
- Իրականացնել շրջակա միջավայրի գործոնների և առողջապահական ռիսկերի վերաբերյալ հետազոտություններ, որոնց արդյունքները կօգտագործվեն հանրային առողջապահության միջոցառումների և քաղաքականությունների մշակման համար
- Պետական կրթական և գիտահետազոտական հաստատություններում պատրաստել անհրաժեշտ ներուժ, որը ի վիճակի կլինի ժամանակակից մեթոդների հիման վրա իրականացնել ճշգրիտ գիտական հետազոտություններ

### **Եզրակացություն**

Հանրային առողջության պահպանությունը ազգային անվտանգության խնդիր է և շատ ավելի լայն է, քան զուտ Առողջապահության նախարարության համակարգման ոլորտը, իրավասությունների ու լիազորությունների շրջանակը: Այդ իսկ պատճառով անհրաժեշտ է հիմնել միջգերատեսչական փորձագիտական հանձնաժողով, նեգրավելով կառավարության և մասնավոր կազմակերպություններից ներկայացուցիչներ, առաջնորդելու և կոորդինացնելու բազմաթիվ նախարարությունների, գործակալությունների, գիտական հաստատությունների և հասարակական կազմակերպությունների կողմից իրականացվող հանրային առողջապահության ծառայությունները:

Հաջորդ քայլը պետք է լինի հանրային առողջապահության ռազմավարության հստակ ձևավորումը և միջոցառումների նախագծի ստեղծումը՝ յուրաքանչյուր առաջարկության վերաբերյալ առանձին ծրագրի մշակելով, որը կունենա չափելի նպատակներ, խնդիրներ և բյուջե: Այս ռազմավարական քայլերը պետք է հանգեցնեն հանրային առողջապահության համակարգի փոփոխությունների և բարելավումների՝

հիմքում ունենալով երկու հիմնարար սկզբունք. 1) ապացույցների վրա հիմնված փոփոխություններ և 2) աջակցող վերահսկողություն:



## ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Ղեղծունյան Կ, Համբարձունյան Ա: *Համաճարակաբանություն*: Երևան, Հայաստան, 1999:
2. Tragakes E, Lessof S. *Health Care Systems in Transition: Russian Federation: (Առողջապահության համակարգերն անցումային շրջանում, Ռուսաստանի Ղաշնություն)*: European Observatory on Health Systems and Policies; 2003. 1020-9077 Vol.5 No.3.
3. Balabanova D, McKey M, Pomerleau J, Rose R, Haerpfer C. Health Service Utilization in the Former Soviet Union: evidence from Eight Countries. (Առողջապահական ծառայությունների օգտագործումը նախկին Սովետական Միության երկրներում. ութ երկրների տվյալները): *Health Services Research*. December 2004;39(6):1927-1949.
4. WHO. Public health services. What are public health services? Why public health services are important. (Հանրային առողջապահության ծառայություններ: Ի՞նչ է հանրային առողջապահության ծառայությունը: Ինչու՞ են այդ ծառայությունները կարևոր): Available at: <http://www.euro.who.int/publichealth>. Accessed September 2, 2009.
5. Armenian H. *The Search for Invariables in Public Health. (Հանրային առողջապահության բնութագրիչների ուսումնասիրությունը)*: Delta Omega Honor Society: Alpha; 1986.
6. WHO. Epispmed. (Էպիսպմեդ): Contract Research Organization. Available at: [www.epispmed.com/](http://www.epispmed.com/). Accessed July 14, 2009.
7. Hakobyan T, Nazaretyan M, Makarova T, Aristakesyan M, Margaryants H, Nolte E. *Health Systems in Transition: Armenia Health system review. (Առողջապահության համակարգերն անցումային շրջանում. Հայաստան: Առողջապահության համակարգերի ակնարկ)*: Padstow: European Observatory on Health Systems and Policies 2006. 1817-6119 Vol.8 No.6.
8. Առողջապահության ազգային ինստիտուտ: Առողջապահության նախարարություն: Available at: <http://www.niharm.am/>. Accessed August 5, 2009.
9. Davidyants V, Andreasyan D, Badalyan A, Khangeldyan S, Kalikyan Z. *Health System Performance in Armenia: Strategic Review Summary*. Yerevan: (Առողջապահական համակարգի կատարողականը Հայաստանում. Ռազմավարական հետազոտություն): MOH WHO WB; 2008.
10. ԱՆ: Առողջապահական տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոն: Առողջապահության ազգային ինստիտուտ; 1996.
11. ԱՎԾ: Ազգային վիճակագրական ծառայություն: Հայաստանի Հանրապետություն: Available at: [www.armstat.am/en/](http://www.armstat.am/en/). Accessed July 15, 2009.
12. ԱՎԾ: *Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք, 2008*: Հայաստանի Հանրապետության Ազգային վիճակագրական ծառայություն; 2008.

13. Հայաստանում տուբերկուլյոզի վերահսկման ծրագիր կալանավայրերում: Հանձնման-ստանձման գործընթացի վերանայման զեկույց: ՄԿԽԿ, ՀՀ Առողջապահության նախարարության ՏԲ-ի դեմ պայքարի ազգային ծրագիր, ՀՀ Արդարադատության նախարարություն; դեկտեմբեր 2008:
14. ՀՀ Առողջապահության նախարարություն: Available at: <http://www.moh.am>. Accessed July 15, 2009.
15. ՀՀ: Մարդու իմունային անբավարարության վիրուսից առաջացած հիվանդության կանխարգելման մասին 1997 թ. փետրվարի 3-ի օրենք: Սահմանադրություն: ՀՀ Ազգային ժողով: Available at: <http://www.moh.am/>. Accessed July 15, 2009.
16. Մովսիսյան Ն, Պետրոսյան Վ: Հայաստանում 2005-2007 թթ. հակաժխախտտային քաղաքականության վերլուծություն: Երևան. Հայաստանի ամերիկյան համալսարան, Առողջապահական ծառայությունների զարգացման և հետազոտման կենտրոն, 2008:
17. ՀՀ: Կառավարության Բնապահպանության նախարարության աշխատակազմի մասին 2002 թ. օգոստոսի 26-ի No 1237-Ն որոշում: Քաղաքականություններ և ենթաօրենսդրական ակտեր: Available at: <http://www.mnp.am/> Accessed January 25, 2009.
18. ՀՀ: ՀՀ շրջակա միջավայրի վրա ներգործության գնահատման մասին 1995 թ. նոյեմբերի 20-ի օրենք: Սահմանադրություն: ՀՀ Ազգային ժողով: Available at: <http://www.parliament.am/>. Accessed January 19, 2009.
19. ՀՀ Բնապահպանության նախարարություն: Available at: <http://www.mnp.am>. Accessed July 17, 2009.
20. Jansen JT, Wijnhoven TMA. *Food Safety Systems and Food and Nutrition Policies in Armenia. Current Status & Recommendations: (Հայաստանում սննդի անվտանգության համակարգերը և սննդի ու սնուցման քաղաքականությունները: Ներկա կարգավիճակը և առաջարկությունները)*: WHO Regional Office for Europe-Mission Armenia; November 28 2007. HO-193-N.
21. ԳՆ: ՀՀ Գյուղատնտեսության նախարարության կառուցվածքը և գործառույթները: Available at: <http://www.minagro.am/>. Accessed July 16, 2009.
22. ԳՆ: Սննդամթերքի անվտանգության և անասնաբուժական պետական տեսչություն: Available at: <http://www.minagro.am>. Accessed January 21, 2009.
23. ԳՆ: Լիցենզավորման բաժին: Available at: <http://www.minagro.am>. Accessed January 21, 2009.
24. ՀՀ: Հայաստանի փրկարար ծառայության մասին ՀՀ 2005 թ. հուլիսի 8-ի օրենք: Սահմանադրություն: ՀՀ Ազգային ժողով: Available at: <http://www.ema.am/>. Accessed January 12, 2009.
25. ՀՀ Արտակարգ իրավիճակների նախարարություն: Available at: <http://www.gov.am>. Accessed February 5, 2009.
26. Մանրիկյան Մ: Հատուկ վտանգավոր վարակների կանխարգելման կենտրոն, Առողջապահության նախարարություն; 2009:

27. ՀՀ: Բարձր ախտածին թռչնագրիպի համաճարակի հակազդեցության մասին ազգային ծրագիրը հաստատելու մասին ՀՀ կառավարության 2006 թ. հունվարի 19-ի No 480-Ն որոշում: Քաղաքականություններ և ենթաօրենսդրական ակտեր: Available at: <http://moh.am/>. Accessed February 3, 2009.
28. Sargsyan V, Hay P, Chopra G. Armenia Receives Grant to Strengthen its Avian Influenza Preparations. World Bank. (Հայաստանը ստանում է գրանտ թռչնագրիպի պատրաստվածությունը հզորացնելու համար: Համաշխարհային բանկ): Available at: <http://go.worldbank.org/7CU6CIRXJ0>. Accessed July 25, 2009.
29. USAID. Europe and Eurasia. Avian Influenza. (Եվրոպա և Եվրասիա: Թռչնագրիպ): Available at: <http://www.usaid.gov/>. Accessed July 25, 2009.
30. ՀՀ: Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին 1996 թ. մարտի 4-ի օրենք: Սահմանադրություն: ՀՀ Ազգային ժողով: Available at: <http://www.parliament.am/>. Accessed January 18, 2009.
31. ՀՀ: ՀՀ բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման մասին 1992 թ. նոյեմբերի 16-ի օրենք: Սահմանադրություն: ՀՀ Ազգային ժողով: Available at: <http://www.moh.am/>. Accessed January 16, 2009.
32. Առողջապահության նախարարություն: Հանրային առողջապահության օրենքի նախագիծ: Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչություն:
33. WHO. Comments on the draft Public Health Safety Law of Armenia: (Հայաստանի հանրային առողջապահության օրենքի նախագծի վերաբերյալ դիտողություններ): WHO Regional Office for Europe; 2008.
34. GOST. History. (Պատմություն): Available at: <http://www.absoluteastronomy.com/topics/GOST>. Accessed August 5, 2009.
35. Ստանդարտների ազգային ինստիտուտ: Հայաստանի Հանրապետության Էկոնոմիկայի նախարարություն: Available at: <http://www.sarm.am/>. Accessed August 5, 2009.
36. AHPIU. *Armenia Health System Modernization Project*. (Հայաստանի առողջապահական համակարգի արդիականացման ծրագիր): Ministry of Health. Armenia Health Project Implementation Unit; November 2006.
37. MOH. Family medicine development. (Ընտանեկան բժշկության զարգացում): Armenia Health Project Implementation Unit. Available at: <http://healthpiu.am/>. Accessed February 16, 2009.
38. ՀՀ: Առողջապահության նախարարության 2008 թ. սեպտեմբերի 8-ի No 1275-Ա որոշում: Քաղաքականություններ և ենթաօրենսդրական ակտեր: Available at: [www.law.am](http://www.law.am). Accessed January 19, 2009.
39. ՀՀ: ՀՀ ոստիկանության մասին 2001 թ. ապրիլի 16-ի օրենք: Սահմանադրություն: ՀՀ Ազգային ժողով: Available at: <http://www.police.am>. Accessed August 7, 2009.
40. ՀՀ Կրթության և գիտության նախարարություն: Available at: <http://www.edu.am/>. Accessed July 16, 2009.

41. Ալեքսանյան Լ, Թորոսյան Ն, Մուրադյան Ա: *Առողջ ապրելակերպ, ուսուցչի ձեռնարկ, դասընթաց 8-9-րդ դասարանների համար*: ԿԳՆ, ՀՀ; 2009:
42. ՀՀ: ՀՀ լիցենզավորման մասին 2001 թ. մայիսի 30-ի օրենք: Սահմանադրություն: ՀՀ Ազգային ժողով: Available at: <http://www.parliament.am/>. Accessed July 17, 2009.
43. Երևանի պետական բժշկական համալսարան: Գիտահետազոտական կենտրոն: Available at: <http://www.ysmu.am/>. Accessed August 5, 2009.
44. American University of Armenia. College of Health Sciences. (Առողջապահական գիտությունների դպրոց): Available at: <http://www.aua.am/>. Accessed August 12, 2009.
45. ՀՀ: Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչության և Առողջապահության նախարարության նրա բաժինների կանոնադրությունը, կառուցվածքը և կառուցվածքային փոփոխությունները հաստատող 2002 թ. օգոստոսի 15-ի կառավարության No 1316-Ն որոշում: Քաղաքականություններ և ենթաօրենսդրական ակտեր: Available at: <http://www.moh.am/>. Accessed July 15, 2009.
46. ՀՀ: ՀՀ անասնաբուժության մասին 2005 թ. հոկտեմբերի 24-ի օրենք: Սահմանադրություն: ՀՀ Ազգային ժողով: Available at: <http://parliament.am>. Accessed January 20, 2009.
47. ՀՀ: ՀՀ սննդամթերքի անվտանգության մասին 2006 թ. նոյեմբերի 27-ի օրենք: Սահմանադրություն: ՀՀ Ազգային ժողով: Available at: <http://www.parliament.am>. Accessed February 2, 2009
48. Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարություն: Սոցիալական ապահովության համակարգ: Available at: <http://www.mss.am>. Accessed February 8, 2009.
49. ՀՀ: Արտակարգ իրավիճակներում բնակչության պաշտպանության մասին 1998թ. դեկտեմբերի 2-ի ՀՀ օրենք: Սահմանադրություն: ՀՀ Ազգային ժողով: Available at: <http://www.ema.am/>. Accessed February 5, 2009.
50. ՀՀ: Կառավարության 2007 թ. հոտեմբերի 1-ի No ՆՀ 174-Ն հրամանագիր: Քաղաքականություններ և ենթաօրենսդրական ակտեր: Available at: <http://www.edu.am/>. Accessed January 7, 2009.
51. ՀՀ Արդարադատության նախարարություն: Available at: <http://www.moj.am>. Accessed January 19 2009.
52. ՀՀ Տրանսպորտի և կապի նախարարություն: Available at: <http://www.mtc.am/>. Accessed January 21, 2009.
53. Երևանի պետական համալսարան: Կենսաբանության ֆակուլտետ: Available at: <http://www.ysu.am/>. Accessed August 5, 2009.
54. Հայաստանի պետական ագրարային համալսարան: Անասնաբուժության և անասնաբուժության ֆակուլտետ: Available at: <http://www.armagrar-uni.am/>. Accessed August 5, 2009.
55. American University of Armenia. Center for Health Services Research and Development. (Առողջապահական ծառայությունների զարգացման և հետազոտման կենտրոն): Available at: [www.auachsr.com](http://www.auachsr.com). Accessed July 24, 2009.

56. Hsieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. (Որակական բովանդակային վերլուծության երեք մոտեցումները): *Qualitative Health Research*. 2005;15.
57. Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. (Որակական հետազոտության հիմունքներ. հիմնավորված տեսություն, ընթացակարգեր և գործելակարգեր): Newbury Park: SAGE Publications; 1990.
58. Marshall C, Rossman G. *Designing Qualitative Research*. (Որակական հետազոտության ձևը): Newbury Park: SAGE Publications; 1989.
59. Patton MQ. *Qualitative Evaluation and research Methods*. (Որակական գնահատում և հետազոտության մեթոդներ): 2nd ed. Newbury Park: SAGE Publications; 1990.
60. Morgan DL, ed. *Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art*. (Հաջողված խմբային քննարկումներ. դարձնելով արվեստ): Newbury Park: SAGE Publications; 1993.
61. Miles MB, Huberman AM. *An Expanded Sourcebook: Qualitative Data Analysis*. (Ընդլայնված աղբյուր. Որակական տվյալների վերլուծություն): 2nd ed. London: SAGE Publications; 1994.
62. Allin S, Mossialos E, McKee M, Holland W. *Making Decisions on Public Health: a review of eight countries*. (Հանրային առողջապահության որոշումների կայացումը. 8 երկրների ուսումնասիրություն): Brussels: World Health Organization; 2004.
63. Wismar M, McKee M, Ernst K, Srivastova D, Busse R, eds. *Health Targets in Europe. Learning from experience*. (Առողջապահության թիրախները Եվրոպայում: Սովորենք փորձից): European Union: World Health Organization; 2008. European Observatory on Health System and Policies.
64. US. National Public Health Performance Standards Program (NPHPSP). (Ազգային հանրային առողջապահության կատարողականի ստանդարտների ծրագիր (ԱՀԱԿՍԾ)): Centers for Disease Control and Prevention. Available at: <http://cdc.gov/od/ocphp/nphpsp>. Accessed July 15, 2009.
65. US. Iowa Public Health Standards. Redesigning Public Health in Iowa. (Այովայի հանրային առողջապահության ստանդարտները: Այովայում հանրային առողջապահության վերակառուցումը): Iowa Department of Public Health. Available at: [http://www.idph.state.ia.us/rphi/common/pdf/final\\_version.pdf](http://www.idph.state.ia.us/rphi/common/pdf/final_version.pdf). Accessed July 16, 2009.
66. Canada. Ontario Public Health Standards 2008. (Օնտարիոյի հանրային առողջապահության ստանդարտները, 2008 թ.): Ministry of health and long-term care. Available at: <http://www.health.gov.on.ca/>. Accessed July 16, 2009.
67. UK. Standards for better health. (Ավելի առողջ լինելու ստանդարտները): Department of Health. Available at: [www.northeastsexpct.nhs.uk/](http://www.northeastsexpct.nhs.uk/). Accessed July 16, 2009.

68. Jordan A, McCall J, Moore W, Reid H, Stewart D. *Health System in Transition: the Northern Ireland report 2006*. (Առողջապահական համակարգերն անցումային շրջանում. Հյուսիսային Իռլանդիայի զեկույց, 2006 թ.):
69. UK. *The DH Guide, A guide to what we do and how we do it?* (Առողջապահության դեպարտամենտի ուղեցույց, ինչպե՞ս ենք անում և ի՞նչ ենք անում): 2005. DH\_083463.
70. UK. Informing Healthier Choices. Information and intelligence for healthy populations. (Տեղեկացնենք ավելի առողջ լինելու ընտրության մասին: Տեղեկատվություն և կրթություն առողջ բնակչության համար): Available at: <http://www.dh.gov.uk/>. Accessed June 14, 2009.
71. Marchildon GP. *Canada: Health Systems in Transition*. (Կանադա. Առողջապահության համակարգերն անցումային շրջանում): Vol 7 No.3: European Observatory on Health Systems and Policies; 2005.
72. The Future of Public Health in Canada. Developing a Public Health System for the 21st Century. (Հանրային առողջապահության ապագան Կանադայում: 21-րդ դարի հանրային առողջապահության համակարգի մշակումը): Available at: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/>. Accessed July 3, 2009.
73. Koppel A, Kahur K, Habicht T, Saar P, Habicht J, Ginneken Ev. *Estonia: Health Systems in Transition*. (Էստոնիա. Առողջապահության համակարգերն անցումային շրջանում): Vol 10 No.1: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
74. Koppel A, Leventhal A, Sedgley M. *Public Health in Estonia 2008. An analysis of public health operations, services and activities.*: (Հանրային առողջապահությունը Էստոնիայիում, 2008 թ.: Հանրային առողջապահության գործառույթների, ծառայությունների և միջամտությունների վերլուծություն): World Health Organization Regional Office for Europe; 2008.
75. Calltorp J. Public health and priority setting in Sweden. *Public health policies in the European Union*. (Հանրային առողջապահության քաղաքականությունները Եվրոպական Միությունում): Aldershot, Ashgate; 1999.
76. Orstendal C. Sweden. *Health targets in Europe: polity, process and promise*. (Առողջապահության թիրախները Եվրոպայում. պետական կառուցվածքը, գործընթացները և խոստումները): London: BMJ Books; 2002.
77. Mosbech J. Public health policy and priority setting in Denmark. *Public health policies in the European Union*. (Հանրային առողջապահության քաղաքականությունները Եվրոպական Միությունում): Aldershot: Ashgate; 1999.
78. National public health partnership: achievements 2001–2002. (Հանրային առողջապահության ազգային գործընկերություն. 2001-2002 թթ. ձեռքբերումներ): Melbourne, National Public Health Partnership. Available at: <http://www.nphp.gov.au/>. Accessed February 11, 2009.

79. ՀՀ Առողջապահության նախարարություն. Available at: <http://www.moh.am>  
Accessed September 10, 2009.
80. ՀՀ կառավարության 2009 թ. հոկտեմբերի 22-ի նիստի արձանագրությունից N44 քաղվածք. *Միջազգային առողջապահական (բժշկասանիտարական) կանոնների ներդրման ռազմավարությունը և Միջազգային առողջապահական (բժշկասանիտարական) կանոնների ներդրման ծրագիրը:*
81. Իրավական փաստաթղթերի համացանց: Available at: <http://www.laws.am>  
Accessed September 10, 2009.
82. ՀՀ Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչության իրավական նորմատիվ ակտերի ժողովածու II.
83. ՀՀ կառավարության պաշտոնական կայք: Available at: <http://www.gov.am>  
Accessed September 10, 2009.
84. ՀՀ Հանրային ծառայությունները կարգավորող հանձնաժողով պաշտոնական կայք: Available at: <http://www.psrc.am/am/?nid=237>  
Accessed September 10, 2009.

## ՀԱՎԵԼՎԱԾ 1 – ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԸ

### *Կազմակերպչական կառուցվածքը*

Հայաստանի առողջապահության համակարգը ունի երեք կազմակերպչական կառուցվածքային մակարդակներ՝ պետական/կենտրոնական, մարզային/տեղական և համայնքային<sup>7</sup>: Պետական/կենտրոնական մակարդակը ներառում է Ազգային ժողովը, Առողջապահության նախարարությունը, Ֆինանսների նախարարությունը, Կրթության և գիտության նախարարությունը, Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարությունը և այլ նախարարություններ, որոնք պատասխանատու են ազգային քաղաքականությունների մշակման համար: 11 մարզային/տեղական իշխանությունները (10-ը՝ մարզերում և 1-ը՝ Երևանում) պատասխանատու են մարզային/քաղաքային հիվանդանոցների և առողջության առաջնային պահպանման բուժօգնությունների (պոլիկլինիկաներ, առողջության կենտրոններ և այլն) աշխատանքի պլանավորման և վերահսկողության համար: Համայնքները պատասխանատու են առողջության կենտրոնների, գյուղական ամբուլատորիաների և բուժակ-մանկաբարձական կետերի համար:

Առողջապահական ծառայություններ տրամադրող հաստատությունները պատկանում են մասնավոր կամ պետական սեկտորին: Պետական սեկտորի մեջ մտնում են կառավարական և ոչ կառավարական հաստատություններ, ինչպիսիք են օրինակ՝ հիվանդանոցներ կամ հիվանդանոցային ցանցեր կից պոլիկլինիկաներով կամ առանց դրանց, քաղաքային ամբուլատոր կլինիկաներ (ինքնուրույն պոլիկլինիկաներ), մարզային/գյուղական բուժօգնություններ (ստացիոնար, ամբուլատոր), Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային հիմնարկություններ, կադրերի նախապատրաստման հիմնարկություններ (համալսարաններ, ուսումնարաններ, տեխնիկական/դեղագործական հիմնարկություններ): Մասնավոր սեկտորը բաղկացած է հիվանդանոցներից, ամբուլատոր կլինիկաներից կամ կենտրոններից, ատամնաբուժական կլինիկաներից, դեղատներից, այլընտրանքային և ոչ ավանդական բժշկության կենտրոններից և կադրերի նախապատրաստման հիմնարկներից<sup>7</sup>:



### ***Ֆինանսավորում***

Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման աղբյուրներն են պետական բյուջեն, կանխիկ վճարները և միջազգային ֆինանսական միջոցները, ինչպիսիք են մարդասիրական օգնությունները և ծրագրային դրամաշնորհները: Ներկայումս պետական բյուջեն ֆինանսական միջոցներ է տրամադրում առողջապահության ընդհանուր ծախսերի մեկ հինգերորդի չափով: Կանխիկ վճարումները բաղկացած են պաշտոնական համավճարներից, պաշտոնական վճարումներից և ոչ պաշտոնական վճարումներից:

Պետական առողջապահական գործակալությունը հիմնվել է 1988 թ.՝ որպես անկախ կիսակառավարական երրորդ մարմին, որը հանդիսանում է պետական միջոցներով ֆինանսավորվող բժշկական ծառայությունների գնորդ: Այն պատասխանատու է առողջապահական ֆինանսական միջոցների հավաքման և բաշխման համար: 2002 թ-ից այն գտնվում է Առողջապահության նախարարության ենթակայության տակ: 1998 թ. Հայաստանի կառավարությունը ներդրեց Հիմնական ծառայությունների փաթեթը, որը ներառում է բնակաչության և նրա առանձին խմբերի համար պետության կողմից երաշխավորվող ծառայությունների ցուցակը<sup>7</sup>:

### ***Կանոնակարգում, պլանավորում, կառավարում և որակի ապահովում***

Հայաստանի առողջապահության համակարգը կանոնակարգումը և պլանավորումը կատարվում է ազգային/կենտրոնական մակարդակով: Առողջապահության նախարարությունը իրականացնում է դեղերի, բժշկական կրթության և վերապատրաստումների, Հիմնական ծառայությունների փաթեթի, բուժաշխատողների վարձատրման և բարձր տեխնոլոգիաների կանոնակարգումը և արտոնագրման (լիցենզավորման) գործառույթը: Մարզային/տեղական մակարդակը նվազագույն չափով է ընդգրկված կանոնակարգման և պլանավորման մեջ: Բուժհաստատությունների կառավարումը ունի հիերարխիկ կառուցվածք, որտեղ

զլխավոր դերը պատկանում է բուժփիմնարկի տնօրենին: Հանրապետությունում չկա միացյալ համակարգված որակի ապահովման մեխանիզմ<sup>7</sup>:

### ***Ֆիզիկական և մարդկային ռեսուրսներ***

Տարածաշրջանի այլ երկրների նման Հայաստանը Խորհրդային Միությունից ժառանգել է թանկարժեք առողջապահական համակարգ, որը նախապատվություն է տալիս մասնագիտացված բուժօգնությանը: Չնայած որ առողջապահական բարեփոխումների արդյունքում հիվանդանոցների և մահճակալների թիվը նվազել է, առողջապահության համակարգի ծավալը դեռևս չափից ավելի մեծ է:

Ըստ Առողջապահության նախարարության դասակարգման՝ բուժաշխատողները բաժանվում են հետևյալ խմբերի՝ բարձրագույն կրթությամբ բուժանձնակազմ (բժիշկներ, ատամնաբույժներ, դեղագետներ, կենսաբաններ, քիմիկոսներ, կլինիկական հոգեբաններ և այլք), միջին բուժանձնակազմ (բուժքույրեր, մանկաբարձուհիներ, ֆիզիոթերապևտներ, մասնագիտական հիվանդություններով զբաղվող մասնագետներ, տեխնիկական գծով մասնագետներ և այլք) և օժանդակող բուժանձնակազմ (տեխնիկական և հատուկ ծառայությունների անձնակազմ, մայրապետներ և այլք): 2004 թ. բժիշկների և բուժքույրերի թիվը ըստ 1000 բնակչի կազմել է համապատասխանաբար 3.3 և 4.0: Բժիշկների 44%-ը աշխատում է հիվանդանոցներում, իսկ գյուղական վայրերի առողջության առաջնային բուժօգնություններում կա մարդկային ռեսուրսների պակաս<sup>7</sup>:

Երևանի պետական բժշկական համալսարանը (ԵՊԲՀ) և չորս մասնավոր կրթական հաստատություններ Հայաստանում իրականացնում են բարձրագույն բժշկական կրթություն: Առողջապահության ազգային ինստիտուտը և ԵՊԲՀ-ն ապահովում են հետդիպլոմային կրթություն նեղ մասնագետների և ընտանեկան բժիշկների համար<sup>7</sup>:

### ***Բժշկական ծառայությունների տրամադրում***

Առողջության առաջնային պահպանման բուժհաստատությունները ներառում են քաղաքային պոլիկլինիկաներ, առողջության կենտրոններ, գյուղական ամբուլատորիաներ և բուժակ-մանկաբարձական կետեր (ԲՄԿ): 2002 թ. առողջության առաջնային պահպանման բուժհաստատությունները ներառել են 400 ամբուլատորիաներ և պոլիկլինիկաներ և ավելի քան 600 ԲՄԿ-ներ: Ըստ Հայաստանի կառավարության նորմերի՝ յուրաքանչյուր առողջության առաջնային պահպանման մասնագետ պետք է սպասարկի 1200-2000 մեծահասակի, իսկ յուրաքանչյուր մանկաբույժ՝ 700-800 երեխայի: Երկրորդային/հիվանդանոցային բուժօգնությունները ներառում են քաղաքային և մարզային բազմապրոֆիլային հիմնարկներ, ամբուլատոր բուժհաստատությունների հետ միավորված բազմապրոֆիլային հիվանդանոցներ, առողջության կենտրոններ, որոնք ունեն ստացիոնար օգնության մահճակալներ, ծննդատներ կանանց կոնսուլտացիաներով կամ առանց դրանց և դիսպանսերներ: Երրորդային բուժհաստատությունները, որոնք տրամադրում են նեղ մասնագիտացված բուժօգնություն, կենտրոնացված են Երևանում<sup>7</sup>:

### ***Առողջապահության բարեփոխումներ***

1997 թ. սկսած՝ առողջապահության բարեփոխումները Հայաստանում ներառում են՝ 1) ապակենտրոնացում, այդ թվում՝ որոշ գործառնությունների փոխանցում համակարգի կառավարման ավելի ստորին օղակներին և մասնավորեցում, 2) առողջապահության ֆինանսավորման նոր մեխանիզմների ներդրում և 3) առողջապահության համակարգի օպտիմալացում և արդյունավետության բարելավում:

Ապակենտրոնացման ընթացքում տեղի է ունեցել բուժսպասարկման իրականացման պարտականությունների փոխանցում ազգային/կենտրոնական իշխանություններից մարզային/ինքնակառավարման իշխանություններին, ֆինանսավորման պարտավորությունների փոխանցում ազգային/կենտրոնական իշխանություններից բուժհաստատություններին, ինչպես նաև բուժհաստատությունների, այդ թվում՝ ատամնաբուժարանների և դեղատների մասնավորեցում: Առողջապահության

բարեփոխումները ներառում են Հիմնական ծառայությունների փաթեթի ձևավորումը, Առողջապահության ազգային հաշիվների ներդրումը և բուժհասաստությունների և բուժաշխատողների վճարման մեխանիզմների որոշ փոփոխություններ<sup>7</sup>:

## ՀԱՎԵԼՎԱԾ 2 – ՈՐԱԿԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՄԵԹՈՂԸ

Որակական հետազոտության մեթոդը սոցիալական գիտություններում օգտագործվող հետազոտման կարևորագույն միջոցներից է<sup>58</sup>: Որակական հետազոտությունը/մեթոդը իրենից ներկայացնում է ցանկացած հետազոտություն, որի արդյունքները հիմնված չեն վիճակագրական մեթոդների կամ հաշվարկների վրա<sup>57</sup>:

Կան կոնկրետ իրավիճակներ, որոնց դեպքում անհրաժեշտ է օգտագործել որակական հետազոտման մեթոդներ<sup>57</sup>: Այն երևույթները, որոնք դեռևս լավ հետազոտված չեն կամ ընդհանրապես հետազոտված չեն, պահանջում են որակական հետազոտման մեթոդներ: Որակական հետազոտությունը արդարացված մոտեցում է այնպիսի փորձառությունների, վարքագծերի կամ երևույթների ուսումնասիրության համար և նրանց վերաբերող այնպիսի մանրամասների նկարագրման համար, որոնք դժվար է ուսումնասիրել քանակական հետազոտման միջոցով<sup>57</sup>: Իրավիճակները, որոնք պահանջում են որակական հետազոտման մեթոդներ, հետևյալն են՝

- Հետազոտություններ, որոնք չեն կարող իրականացվել փորձերի միջոցով
- Հետազոտություններ, որոնք խորը ուսումնասիրում են բարդ իրավիճակներ և գործընթացներ
- Հետազոտություններ, որոնց փոփոխականները դեռևս հայտնի չեն
- Հետազոտություններ, որոնք ուսումնասիրում են որտեղ և ինչու որոշ քաղաքականություններ կամ միջոցառումներ ձախողվում են
- Լավ չուսումնասիրված հասարակության խմբերի կամ նոր համակարգերի վերաբերյալ հետազոտություններ
- Կազմակերպության ներսում ոչ պաշտոնական կամ ոչ լրիվ ձևավորված կապերի և գործընթացների վերաբերյալ հետազոտություններ
- Կազմակերպության իրական, և ոչ թե գրված, նպատակների վերաբերյալ հետազոտություններ<sup>58</sup>:

Որակական հետազոտության տվյալները կարելի է հավաքել տարբեր մեթոդներով (խորացված հարցազրույցներ, խմբային քննարկումներ, դիտարկումներ և այլն): Այնուհետև իրականացվում է հավաքագրված տվյալների վերլուծություն կամ դրանց մեկնաբանում, որը իրենից ներկայացնում է կոդավորման միջոցով տվյալների կոնցեպտուալացում: Գրավոր կամ բանավոր զեկույցը հետազոտության վերջնական արդյունքն է, իսկ դրա ֆորմատը կախված է այն լսարանից, ում պետք է զեկույցը ներկայացվի<sup>57</sup>:

Որակական հետազոտության մեթոդի առավելությունն այն է, որ այն հնարավորություն է տալիս ավելի խորը և մանրամասնորեն հասկանալ ուսումնասիրման նյութը<sup>59</sup>: Որակական մեթոդի հավաստիությունը կախված է նրանից, թե որքան ճշգրիտ է հետազոտությունը ներկայացնում մասնակիցների պատկերացումները տվյալ սոցիալական երևույթի մասին, և որքանով են ստացված արդյունքները հավաստի մասնակիցների համար<sup>56</sup>: Հետազոտության մեջ նույն հարցի շուրջ տարբեր մեթոդների համադրումը կոչվում է տրիանգուլյացիա (triangulation)<sup>59</sup>: Կա տրիանգուլյացիայի չորս տեսակ՝ տվյալների տրիանգուլյացիա, հետազոտողի տրիանգուլյացիա, տեսության տրիանգուլյացիա և մեթոդաբանական տրիանգուլյացիա: *Տվյալների տրիանգուլյացիան* տվյալների տարբեր աղբյուրների օգտագործումն է: *Հետազոտողի տրիանգուլյացիան* հետազոտման կատարման համար տարբեր հետազոտողների օգտագործումն է: *Տեսության տրիանգուլյացիան* տարբեր մոտեցումների օգտագործումն է նույն տվյալների վերլուծության համար: *Մեթոդաբանական տրիանգուլյացիան* նույն հարցի հետազոտման համար տարբեր մեթոդների օգտագործումն է: Որակական հետազոտության մեջ կարելի է հասնել տրիանգուլյացիայի տարբեր տվյալների աղբյուրների, հետազոտողների, տարբեր մեթոդների և մոտեցումների միջոցով<sup>59</sup>:

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 3 – ՈՐԱԿԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՑԱՇԱՐԵՐԸ  
Հարցաշարերի օրինակներ

Խմբային քննարկման ուղեցույց  
Ընդհանուր ազգաբնակչություն

Վայրը \_\_\_\_\_  
Ամսաթիվը \_\_\_\_\_  
Ժամը \_\_\_\_\_  
Վարող \_\_\_\_\_  
Գրանցող \_\_\_\_\_

**Ծանոթություն**

Ընդունելություն

Ողջունե՛ք խմբային քննարկման մասնակիցներին և շնորհակալություն հայտնե՛ք քննարկմանը ներկայանալու համար:

Ծանոթություն վարողի և գրանցողի հետ

Ներկայացե՛ք:

Գաղտնիությունը

Այս քննարկման գաղտնիությունը ապահովված է: Մենք ոչ ոքի չենք հայտնի խմբային քննարկմանը Ձեր մասնակցության մասին: Ձեր անունը կամ պաշտոնը չի նշվի զեկույցներում կամ ներկայացումներում: Ձեր տրամադրած ինֆորմացիան միայն կօգտագործվի հետազոտության համար: Մենք նշումներ կանենք քննարկման ընթացքում: Ձեր թույլտվությամբ նաև կձայնագրենք քննարկումը, որպեսզի ոչինչ բաց չթողնենք: Կարո՞ղ ենք սկսել ձայնագրությունը:

Ծրագրի ներկայացում և մասնակցություն

Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնը Առողջապահության նախարարության հետ համատեղ և Առողջապահական համաշխարհային կազմակերպության աջակցությամբ անց է կացնում մի հետազոտություն, որի նպատակն է գնահատել հանրային առողջապահական ծառայությունները Հայաստանում և դրանով աջակցել ՀՀ կառավարությանը այդ ծառայությունները հզորացնելու և ժամանակակից պահանջներին համապատասխանեցնելու գործում:

Հանրային առողջապահության սահմանումը և գործողությունների շրջանակը կարող է տարբեր ձևով ընկալվել և կիրառվել տարբեր համակարգերի և հաստատությունների կողմից. ուստի կցանկանայինք Ձեզ ներկայացնել հանրային առողջապահության սահմանման այն տարբերակը, որը կիրառվում է այս ծրագրի շրջանակներում:

*Հանրային առողջապահությունը (ՀԱ) զբաղվում է առողջության պահպանմամբ, հիվանդությունների կանխարգելմամբ և առողջության քարոզչությամբ՝ հանրության համախմբված ջանքերի շնորհիվ: ՀԱ ծառայությունները մատուցվում են ողջ հանրությանը և նրա առանձին խմբերին՝ զանգվածային կամ անհատական սկզբունքով: ՀԱ հիմնական ծառայությունները ներառում են վարակիչ և ոչ վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանական հսկողություն, շրջակա միջավայրի պահպանություն, աշխատանքային առողջության պահպանություն, սննդի անվտանգություն, արտակարգ իրավիճակներին պատրաստվածություն, պատվաստման և սկրինինգի ծրագրեր, վնասվածքներ, հոգեկան առողջություն, առողջ ապրելակերպի քարոզչություն և բնակչության կրթում, գիտական հետազոտություններ, արդյունավետ ծրագրերի և ռազմավարությունների մշակում, իրականացում և գնահատում և այլն: Կցանկանայինք նաև շեշտել տարբերությունը բժշկության և ՀԱ-ի միջև. ՀԱ-ն ուղղված է առողջության պահպանմանը և հիվանդությունների կանխարգելմանը, մինչդեռ բժշկությունը զբաղվում է առողջության վերականգնմամբ՝ բուժական և վերականգնողական ծառայությունների միջոցով:*

Այս գրույցի նպատակը ՀՀ ՀԱ համակարգի հիմնական ձեռքբերումներն ու թերացումները հայտնաբերելն է: Հարցերը չունեն սխալ կամ ճիշտ պատասխաններ: Ձեր անկեղծ մասնակցությունը հետաքրքիր և գործնական առաջարկներով թույլ կտա ավելի լավ պատկերացնել ՀՀ ՀԱ ներկայիս համակարգը և հանդես գալ վերջինիս բարելավման առաջարկություններով:



### Ներածական հարց

1. Ձեր կարծիքը ի՞նչ է հանրային առողջապահությունը և ի՞նչ ծառայություններ է այն ընդգրկում:

### Հիմնական հարցեր

2. Որտեղի՞ց եք ստանում տեղեկատվություն առողջ ապրելակերպի վերաբերյալ և ի՞նչ թեմաներով: Իսկ ի՞նչ այլ թեմաներով կուզե՞նայիք ստանալ տեղեկատվություն:
3. Ո՞ր դեպքերում եք դիմում բուժաշխատողի մինչև հիվանդության նշանների ի հայտ գալը (կանխարգելիչ ծառայություններ, խորհրդատվություն, սկրինինգ, ինունիզացիա): Ինչու՞: Որքանո՞վ եք բավարարված այդ ծառայություններից: Ի՞նչ կարելի է ձեռնարկել ծառայությունների բարելավման համար:
4. Ի՞նչ քարոզարշավներ են իրականացվում առողջության պահպանման վերաբերյալ Ձեր համայնքում և որքա՞ն հաճախ: Ու՞մ կողմից (պետություն, տեղական իշխանություններ, ՀԿ-ներ, միջազգային կազմակերպություններ, կրթական հաստատություններ) են կազմակերպվել:
5. Ո՞ր տարիքից պետք է սկսել կրթել հանրությանը տարբեր առողջապահական թեմաներով (նախադպրոցական, դպրոցական, ԲՈՒՀ-ական տարիքից կամ ավելի բարձր): Ի՞նչ թեմաներ պետք է ընդգրկվեն այդ ծրագրում, և ովքե՞ր պետք է դրանք ներկայացնեն/դասավանդեն: Ի՞նչ կաող եք ասել վերջերս ընդունված դպրոցական կրթական ծրագրի մասին, որի անվանումն է «Առողջ ապրելակերպ»:
6. Որքանո՞վ եք բավարարված խանութներում վաճառվող սննդի որակից: Մթերք գնելիս դուք հետևում եք ժամկետին, որակին, բաղադրիչների պարունակությանը և մթերքի վկայագրմանը: Որքա՞ն հաճախ եք հանդիպում ժամկետանց մթերքների: Ինչպիսի՞ ժամկետանց մթերքի եք հանդիպել վերջին անգամ: Ի՞նչ կառաջարկեք այս հարցի կարգավորման համար:
7. Որքանո՞վ եք բավարարված խմելու ջրի որակով: Որքա՞ն սովորական են դարձել ջրից որակի խախտման հետևանքով վարակների բռնկումները Ձեր համայնքում: Ինչպե՞ս կգնահատեք Ձեր տանը մատուցվող ջրի քանակը. այն

բավարար է արդյո՞ք տնային կարիքները հոգալու համար (ուտելիքի պատրաստման, հիգիենիկ նորմերի ապահովման և այլնի համար):

8. Որքանո՞վ եք բավարարված օդի որակով: Ի՞նչ եք կարծում Հայաստանում որքանո՞վ է վերահսկվում օդի որակը և ի՞նչ է արվում օդի որակի բարելավման համար: Ի՞նչ կառաջարկեք ձեռնարկել այս ուղղությամբ:
9. Որքանո՞վ եք գոհ Հայաստանում թափոնների (հատկապես կենցաղային աղբի) վերացման գործընթացից: Ի՞նչ թերություններ կան այս ոլորտում: Ձեր կարծիքով ինչպե՞ս կարելի է բարելավել գործընթացը:
10. Ձեր աշխատավայրում աշխատողների համար ի՞նչ բժշկական միջոցառումներ են անցկացվում: Կան որևէ ծրագրեր, եթե այո, խնդրում ենք նկարագրել (սկրինինգներ, բուժումներ և այլն):
11. Արտակարգ իրավիճակների պատրաստվածության ի՞նչ վարժանքների եք երբևէ մասնակցել: Ու՞մ կողմից են դրանք կազմակերպվել (պետություն, տեղական իշխանություններ, ՀԿ-ներ, միջազգային կազմակերպություններ, կրթական հաստատություններ): Ի՞նչ հաճախականությամբ են իրականացվում նման վարժանքները, ի՞նչ թեմաներ են դրանք ներառում:
12. Ի՞նչ կառաջարկեք Հայաստանում հանրային առողջապահության ծառայությունների բարելավման համար: Ուրիշ ի՞նչ կցանկանայիք ավելացնել:

*Շնորհակալություն մասնակցության համար: Ձեր պատասխաններն իսկապես շատ հետաքրքիր էին և օգտակար:*

Խորացված հարցազրույցի ուղեցույց

Երևանի պետական բժշկական համալսարան (ԵՊԲՀ)

Հետոդիպլոմային շարունակական կրթության բաժին

Վայրը \_\_\_\_\_

Անսաթիվը \_\_\_\_\_

Ժամը \_\_\_\_\_

Հարցազրուցավար \_\_\_\_\_

**Ծանոթություն**

Ընդունելություն

Ողջունե՛ք մասնակցին և շնորհակալություն հայտնե՛ք քննարկմանը ներկայանալու համար:

Ծանոթություն հարցազրուցավարի հետ

Ներկայացե՛ք:

Գաղտնիությունը

Այս հարցազրույցի գաղտնիությունը ապահովված է: Մենք ոչ ոքի չենք հայտնի Ձեր մասնակցության մասին: Ձեր անունը կամ պաշտոնը չի նշվի զեկույցներում կամ ներկայացումներում: Ձեր տրամադրած ինֆորմացիան միայն կօգտագործվի հետազոտության համար: Մենք զրույցի ընթացքում նշումներ կանենք: Ձեր թույլտվությամբ նաև կձայնագրենք քննարկումը, որպեսզի ոչինչ բաց չթողնենք: Կարո՞ղ ենք սկսել ձայնագրությունը:

Ծրագրի ներկայացում և մասնակցություն

Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնը Առողջապահության նախարարության հետ համատեղ և Առողջապահական համաշխարհային կազմակերպության աջակցությամբ անց է կացնում մի հետազոտություն, որի նպատակն է գնահատել հանրային առողջապահական ծառայությունները Հայաստանում և դրանով աջակցել ՀՀ կառավարությանը այդ ծառայությունները հզորացնելու և ժամանակակից պահանջներին համապատասխանեցնելու գործում:

Հանրային առողջապահության սահմանումը և գործողությունների շրջանակը կարող է տարբեր ձևով ընկալվել և կիրառվել տարբեր համակարգերի և հաստատությունների կողմից. ուստի կցանկանայինք Ձեզ ներկայացնել հանրային առողջապահության սահմանման այն տարբերակը, որը կիրառվում է այս ծրագրի շրջանակներում:

*Հանրային առողջապահությունը (ՀԱ) զբաղվում է առողջության պահպանմամբ, հիվանդությունների կանխարգելմամբ և առողջության քարոզչությամբ՝ հանրության համախմբված ջանքերի շնորհիվ: ՀԱ ծառայությունները մատուցվում են ողջ հանրությանը և նրա առանձին խմբերին՝ զանգվածային կամ անհատական սկզբունքով: ՀԱ հիմնական ծառայությունները ներառում են վարակիչ և ոչ վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանական հսկողություն, շրջակա միջավայրի պահպանություն, աշխատանքային առողջության պահպանություն, սննդի անվտանգություն, արտակարգ իրավիճակներին պատրաստվածություն, պատվաստման և սկրինինգի ծրագրեր, վնասվածքներ, հոգեկան առողջություն, առողջ ապրելակերպի քարոզչություն և բնակչության կրթում, գիտական հետազոտություններ, արդյունավետ ծրագրերի և ռազմավարությունների մշակում, իրականացում և գնահատում և այլն: Կցանկանայինք նաև շեշտել տարբերությունը բժշկության և ՀԱ-ի միջև. ՀԱ-ն ուղղված է առողջության պահպանմանը և հիվանդությունների կանխարգելմանը, մինչդեռ բժշկությունը զբաղվում է առողջության վերականգնմամբ՝ բուժական և վերականգնողական ծառայությունների միջոցով:*

Այս գրույցի նպատակը ՀՀ ՀԱ համակարգի հիմնական ձեռքբերումներն ու թերացումները հայտնաբերելն է: Հարցերը չունեն սխալ կամ ճիշտ պատասխաններ: Ձեր անկեղծ մասնակցությունը հետաքրքիր և գործնական առաջարկներով թույլ կտա ավելի լավ պատկերացնել ՀՀ ՀԱ ներկայիս համակարգը և հանդես գալ վերջինիս բարելավման առաջարկություններով:

Ներածական հարց

1. Դուք ընդգրկված եք այս հետազոտության մեջ որպես փորձագետ: Դեմ չե՞ք պատասխանել Հայաստանում հանրային առողջապահության ծառայություններին վերաբերող մի քանի հարցերի:

Հիմնական հարցեր

2. Ձեր կարծիքով ի՞նչ է հանրային առողջապահությունը և ի՞նչ ծառայություններ է այն ընդգրկում:
3. Որքանո՞վ են հանրային առողջապահության ծրագրերը ընդգրկված Դեղագիտության, Ընդհանուր բժշկության և Ստոմատոլագիա ֆակուլտետների կրթական ծրագրերում: Ինչքանո՞վ է հանրային առողջապահությունը տեղ գտել տարբեր ուսումնական ծրագրերի մեջ համաճարակաբանության, հասարակական գիտությունների և այլ կուրսերի տեսքով: Ինչպե՞ս կգնահատեիք այս ֆակուլտետներում հանրային առողջապահության կրթական ծրագրերի կառուցվածքը և բովանդակությունը: Հանրային առողջապահության ի՞նչ բաժիններ են ընդգրկված կրթական ծրագրերում: Ի՞նչ կառաջարկեիք հանրային առողջապահության կրթական ծրագրի որակը վերը նշված ֆակուլտետներում բարելավելու համար:
4. Ինչպե՞ս կգնահատեիք դասախոսական անձնակազմի պատրաստվածությունը հանրային առողջապահության կուրսերի՝ հիգիենայի, համաճարակաբանության, ինֆեկցիոն հիվանդությունների, սոց-բժշկության (սոց-մեդ) դասավանդման գործում: Որքա՞ն հաճախ են նրանք վերապատրաստվում և ի՞նչ թեմաներով: Բժշկական համալսարանի ներսում գոյություն ունի որևէ՞ մեխանիզմ կրթական ծրագրերի և դասախոսական անձնակազմի որակը գնահատելու համար: Եթե այո, ինչպիսի՞: Որքա՞ն հաճախ եք անցկացնում որակի գնահատում:
5. Դուք կատարո՞ւմ եք գիտական աշխատանքներ հանրային առողջապահության ոլորտում: Ի՞նչ աշխատանքներ եք մինչև հիմա արել: Ինչպիսի՞ն է ուսանողների մասնակցությունը այդ գործընթացում: Այդ աշխատանքները տպագրվում են տեղական կամ միջազգային պարբերականներում: Որտե՞ղ, որքա՞ն հաճախ, ե՞րբ է եղել վերջին տպագրությունը: Ինչպե՞ս են խրախուսվում գիտական աշխատանքները ԵՊԲՀ-ում:
6. Ընդհանուր առմամբ ինչպե՞ս կգնահատեիք հանրային առողջապահության գիտական ոլորտը Հայաստանում: Ո՞ր կազմակերպություններն են ընդգրկված այդ հետազոտություններում: Ի՞նչ այլ կազմակերպություններ,

Ձեր կարծիքով, պիտի ունենան իրենց մասնակցությունը այդ գործում: Ի՞նչ ձեռքբերումներ և թերացումներ կան այս ոլորտում: Ի՞նչ կառաջարկեիք ոլորտի բարելավման համար, և ո՞րը կարող է լինել ԵՊԲՀ-ի դերը այդ գործում:

7. Մինչդիպլոմային և հետդիպլոմային/մասնագիտական/շարունակական կրթության գնահատման և հավատարմության ի՞նչ ընդունված գործընթացներ կան ԵՊԲՀ-ում բազիսային և հետդիպլոմային կրթական ծրագրերի համար: Այդ գործընթացը կարգավորող իրավական դաշտ կա՞ Հայաստանում: Ինչպե՞ս, որքա՞ն հաճախ և ու՞մ կողմից է իրականացվում այդ գործընթացը: Ի՞նչ խնդիրներ կան այս ոլորտում, ի՞նչ առաջարկներ ունեք:
8. Դուք համագործակցում եք այլ բժշկական կրթական հաստատությունների հետ (տեղական՝ Հայբուսակ, Ավանդական բժշկության համալսարան և այլն, միջազգային) հանրային առողջապահության ոլորտում: Ո՞ր հաստատությունների հետ եք հիմնականում համագործակցում: Փոխանակման ծրագրեր ունե՞ք ուսանողների կամ դասախոսական անձնակազմի համար: Եթե այո, ինչպիսի՞: Ի՞նչ ձեռքբերումների եք հասել համագործակցության արդյունքում, իսկ ի՞նչ խնդիրների եք հանդիպել:
9. Ո՞րն է ԵՊԲՀ-ի դերը ազգաբնակչության շրջանում առողջ ապրելակերպի քարոզչության և տեղեկատվական միջոցառումների կազմակերպման գործում, մասնավորապես հետևյալ ոլորտներում՝
  - Առողջ սնունդ,
  - Ֆիզիկական ակտիվություն
  - Ճարպակալման կանխարգելում
  - Պայքար ծխելու դեմ
  - Պայքար ոգելից խմիչքների օգտագործման դեմ
  - Թմրամոլության կանխարգելում և վերահսկում
  - Վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված առողջ վարքագիծ
  - Սեռական առողջություն
  - Աշխատավայրում առողջության համար վտանգ հանդիսացող գործոններ
  - Վնասվածքների կանխարգելում
  - Մասնագիտական առողջություն
  - Շրջակա միջավայրի պահպանություն
  - Հոգեկան առողջություն
  - Բերանի խոռոչի և ատամների հիգիենա և տեղեկատվություն

Ինչպե՞ս կգնահատեիք այդ գործողությունների արդյունավետությունը, ի՞նչն է լավ աշխատում, ի՞նչը՝ ոչ: Որքա՞ն հաճախ է անցկացվում

շարունակական վերահսկում և գնահատում, ինչպե՞ս են օգտագործվում ստացված արդյունքները: Ի՞նչ դժվարությունների եք հանդիպում: Ի՞նչ հետագա պլաններ ունեք առողջությունը խթանող միջոցառումների հետ կապված, որո՞նք են նախընտրելի թեմաները, ինչու՞:

10. Վերջում ի՞նչ կառաջարկեիք Հայաստանում հանրային առողջապահության ծառայությունները բարելավելու համար: Կա՞մ ինչ-որ թեմա, որ մենք չքննարկեցինք, բայց Դուք կցանկանայիք լրացուցիչ քննարկել:

*Շնորհակալություն, որ մասնակցեցիք մեր հետազոտությանը: Ձեր պատասխանները շատ հետաքրքիր էին և օգտակար:*

**ՀԱՎԵԼՎԱԾ 4 – ՇԱՀԱԳՐԳԻՌ ԿՈՂՄԵՐԻ ՈՐԱԿԱԿԱՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅԱՆ ՄԱՆՐԱՄԱՍՆ ԵՎ ՀԱՄԱՊԱՐՓԱԿ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ**

Խմբային քննարկումների մասնակիցների 3/4-ը եղել են կանայք և 1/4-ը՝ տղամարդիկ: Մասնագետների միջին տարիքը եղել է 44 (խմբերի միջին տարիքը եղել է 32-53): Միջին աշխատանքային փորձը եղել է 16 տարի: Բնակչության միջին տարիքը եղել է 41 (խմբերի միջին տարիքը եղել է 29-50):

**0. Հանրային առողջապահության ընկալումը**

**0.Ա. Հանրային առողջապահության ծառայությունների և ցանցի ընկալումը**

*Եթե մենք խոսում ենք հանրային առողջապահության դինամիկայի մասին Հայաստանում, ապա որպես բժիշկ և հանրային առողջապահության մասնագետ, ես կարող եմ ասել, որ իմ աշխատանքային փորձի ընթացքում, որը 12 տարի է, ակնհայտ աճ կա ... Ինչպես իմ գործընկերը նշեց, ընտանեկան բժիշկների և բուժքույրերի վերապատրաստումների արդյունքում որոշակի փոփոխություններ կան առաջնային բուժօղակում, ինչպես նաև Առողջապահության նախարարության աշխատողների մոտ: Անցյալում, երբ մենք դեռ ուսանող էինք, Առողջապահության նախարարության աշխատողները խնդիրներին նայում էին բժիշկների տեսակետից, հիմա ավել բաց են հանրային առողջապահության հարցերի հանդեպ: Միզուցե վերջին 10 տարիների ընթացքում կատարված միջազգային ծրագրերն են պատճառը, այնուամենայնիվ, դրական տեղաշարժեր կան:*

Միջազգային կազմակերպություն 0.Ա.1.  
Խմբային քննարկում

*Հիմա մարդիկ հասկանում են, որ հանրային առողջապահությունը միայն Առողջապահության նախարարության գործը չէ, այլ նախարարություններ էլ պետք է մասնակցեն, օրինակ՝ Կրթության և գիտության նախարարությունը, Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարությունը, և այլն, նույնիսկ Արդարադատության նախարարությունը:*

Միջազգային կազմակերպություն 0.Ա.2.  
Խմբային քննարկում

*Հանրային առողջապահությունը դեռ չի զարգացել, չնայած դրա մասին շատ են խոսում վերջին տարիներին: Հանրային առողջապահության ծառայություններից մենք իրականացնում ենք իմունիզացիա և ինֆեկցիոն կոնտրոլ: Առողջ ապերալակերայի քարոզչությունը նոր է զարգանում: Սննդի և մասնագիտական հիվանդությունների վերահսկողությունը նորմալ չի արվում:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 0.Ա.1.  
Խմբային քննարկում



Առողջապահության նախարարության աշխատողները պետք է հասկանան, թե ինչ է հանրային առողջապահությունը: Այս գաղափարը լավ չեն հասկանում  
Առողջապահության նախարարությունում: Նրանք մտածում են, որ իրենց ֆունկցիաները սահմանափակվում են բժշկական օգնություն տրամադրելով և բուժելով:

Միջազգային կազմակերպություն 0.Ա.3.  
Խմբային քննարկում

Նախ և առաջ մենք պետք է հիմնենք հանրային առողջապահության ոլորտը և հետո նոր քննարկենք թերությունները և զարգացնենք այն:

Պետական որոշումներ իրականացնող 0.Ա.2.  
Խմբային քննարկում

[բնապահականական ծառայությունների մասնագետին ուղղված հարց. «Ի՞նչ եք կարծում, որն է Ձեր դերը հանրային առողջապահության մեջ»:]

Չեմ հասկանում, թե ինչու եք ինձ հարցնում հանրային առողջապահության մասին: Հանրային առողջապահությունը բժիշկների գործն է:

Պետական որոշումներ կայացնող 0.Ա.1.  
Խորացված հարցազրույց

Հանրային առողջապահությունը նոր տերմին է Հայաստանում: ... Մենք պետք է հասկանանք, որ հանրային առողջապահությունը ավելին է, քան Առողջապահության նախարարության գործառույթներն ու ծառայությունները: Այն ընդգրկում է այլ գերատեսչություններ և նույնիսկ անհատներ:

Պետական որոշումներ կայացնող 0.Ա.2.  
Խորացված հարցազրույց

Հանրային առողջապահությունը հասկանում են միայն որպես սան-էպիդ ծառայություններ, և միակ հանրային առողջապահական կառույցը, որ ունենք դա Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչությունն է: Կարծում եմ սա ճիշտ չի: Փաստորեն հանրային առողջապահության ընկալումների, սահմանումների և գործառույթների խնդիր կա: Հանրային առողջապահության ինստիտուտը չի կարող սահմանափակվել տեսչությամբ: Այն պետք է ավելի լայն լինի: Կարծում եմ մենք հանրային առողջապահության ընկալման հետ կապված խնդիր ունենք բոլոր մակարդակներում՝ բարձրից մինչև ամենացածր մակարդակը:

Պետական որոշումներ կայացնող 0.Ա.3.  
Խորացված հարցազրույց

Անցյալում մենք ունեինք սանիտարահիգիենիկ և համաճարակային ծառայություններ: Հիմա մենք ունենք հանրային առողջապահություն, որը իր մեջ ամփոփում է ամեն ինչ: Շատ մարդիկ չեն հասկանում, որ հիմա հանրային առողջապահությունը այն չէ, ինչ որ հանրային առողջապահություն ասելով հասկանում էին առաջ:

Պետական որոշումներ կայացնող 0.Ա.4.

*Հանրային առողջապահության ծառայությունների մասնատունը արդեն խոսում է հանրային առողջապահության ծառայությունների ցանցի բացակայության մասին: Ես չեմ տեսնում Հայաստանում հանրային առողջապահական ծառայությունների գոյություն ունեցող ցանց: Գոյություն ունեն տարբեր հանձնաժողովներ, օրինակ՝ շրջակա միջավայրի պահպանության հանձնաժողով, իմունոկանխարգելման: Ինչևիցե, ամեն մի գերատեսչություն լուծում է միայն իր խնդիրները: Ես չեմ տեսնում հանրային առողջապահության բաղադրիչը մեր համակարգում ... Շատ գերատեսչություններ տեսնում են իրենց դերը միայն տվյալների հավաքման և գրանցման մեջ, նրանք չեն գիտակցում իրենց հանրային առողջապահական գործառույթները:*

Պետական որոշումներ կայացնող Օ.Ա.5.  
Խորացված հարցազրույց

Ըստ մի քանի մասնակիցների՝ հանրային առողջապահության որոշ բարելավումների արդյունքում հանրային առողջապահության գաղափարը վերջին տասնամյակի ընթացքում ներդրվել է հանրապետությունում: Մասնակիցները նշվել են, որ հանրային առողջապահության գաղափարի ներդրմանը զգալիորեն նպաստել են միջազգային կազմակերպությունների կողմից իրականացվող ծրագրերը: Առողջության առաջնային պահպանման բուժաշխատողների՝ բժիշկների և բուժքույրերի, ինչպես նաև Առողջապահության նախարարության աշխատակազմի համար կազմակերպված վերապատրաստումները համարվում են հանրային առողջապահության գլխավոր ձեռքբերումներ: Որոշ մասնակիցներ նշել են, որ հիմա ավելի մեծ թվով մարդիկ են հասկանում, որ հանրային առողջապահությունը միայն Առողջապահության նախարարության պարտավորությունը չէ, և որ այլ նախարարություններ նույնպես իրականացնում են հանրային առողջապահության գործառույթներ:

Մասնակիցների մեծամասնությունը կարծում է, որ հանրային առողջապահությունը նոր գաղափար է և բնակչության կողմից դեռևս լավ չի հասկացվում: Հաճախ այն ընկալվում է խիստ սահմանափակ ձևով, անգամ տարբեր նախարարությունների և հաստատությունների շահագրգիռ կողմերն ու մասնագետները այն լիարժեք չեն հասկանում: Այս գաղափարը նոր է նաև բուժաշխատողների համար և

Առողջապահության նախարարության մասնագետների համար: Որոշ մասնակիցների կարծիքով Առողջապահության նախարարության մասնագետները և բուժաշխատողները իրենց դերը տեսնում են բուժական ծառայություններ տրամադրելու մեջ և շատ քիչ են ընդգրկված կանխարգելիչ ծառայությունների մեջ: Ըստ մասնակիցների՝ ներկայումս Հայաստանում իրականացվող հանրային առողջապահական ծառայություններն են իմունոկանխարգելումը և վարակիչ հիվանդությունների վերահսկողությունը: Մասնակիցների մեծամասնության կարծիքով Հայաստանում տարածված կարծիք կա, որը հանրային առողջապահությունը միայն տեսչական (սանէպիդ) ծառայություններն են: Հանրային առողջապահության այլ ծառայությունները Հայաստանում դեռևս ամբողջությամբ չեն հասկացվում մասնագետների և հանրության կողմից:

Որոշ մասնակիցների կարծիքով այլ նախարարությունների (սա չի վերաբերում Առողջապահության նախարարությանը) հանրային առողջապահական դերը կայանում է միայն տվյալների հավաքագրման և նկարագրողական վիճակագրության մեջ, որը հետագայում չի վերածվում հանրային առողջապահական ռազմավարությունների և միջամտությունների: Այդ նախարարությունների աշխատակիցները չեն ընկալում հանրային առողջապահության մեջ ունեցած իրենց դերակատարությունը: Նրանք կարծում են որ հանրային առողջապահությունը միայն Առողջապահության նախարարության պարտականությունն է:

Բոլոր մասնակիցների կարծիքով հանրային առողջապահության համակարգ և ծառայությունների համացանց Հայաստանում գոյություն չունի: Հանրային առողջապահության ծառայությունները տարանջատված են, էպիզոդիկ, և համակարգված պաշտոնական կապերը դեռևս զարգացած չեն:

### **Օ.Բ. Տեսչական ծառայությունների ընկալումը**

**Իրագործողների տեսանկյունը**

*Գիտե՞ք մեր աշխատանքը [տեսչական ծառայությունները] բոլորվին չի հարգվում:*

*Մարդիկ շատ վատ վերաբերմունք ունեն մեր հանդեպ: Նրանք կարծում են, եթե մենք այցելում ենք իրենց հիմնարկը, մենք պիտի տուգանենք և ստիպենք փոփոխություններ անել, որը փող է և լրացուցիչ ծախսեր: Բայց իրականում մենք փորձում ենք օգնել նրանց լավացնել աշխատանքային պայմանները և բնակչության համար անվտանգ միջավայր ստեղծել:*

Պետական որոշումներ իրականացնող Օ.Բ.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Խնդիրը նրանում է, որ հիմնարկների տերերը վախենում են մեզանից մեր տեսչական ֆունկցիաների պատճառով: Ես կարծում եմ, որ տեսչության նկատմամբ ընկալումը պետք է փոխվի՝ տեսչությունը փոխարինելով համագործակցությամբ: ... այն [համագործակցությունը] ընդունված է Եվրոպական երկրներում, և նրանք հաջողություններ ունեն այս առումով:*

Պետական որոշումներ իրականացնող Օ.Բ.2.  
Խորացված հարցազրույց

*Որպես համաձայնակաբաններ և բժիշկներ մենք չենք ուզում լինել ինսպեկտորներ, ինչպես ոստիկաններ:*

Պետական որոշումներ իրականացնող Օ.Բ.3.  
Խորացված հարցազրույց

---

### **Սպառողների տեսանկյունը**

*... [տեսչություն] ֆունկցիան միայն պատժելն է, նրանք մեզ որևէ օգնություն չեն առաջարկում: Դա իրենց շահերից է բխում ինչ-որ խնդիր գտնելը և դրա համար փող վերցնելը:*

Տնտեսվարող Օ.Բ.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Նրանք [տեսչության մասնագետները] շահագրգռված չեն իրավիճակը լավացնելու մեջ: Նրանք ուզում են ինչ-որ անհամապատասխանություններ գտնել և մեզ շանտաժ անել: Նրանք մեզ համարում են փողի աղբյուր ու թքած ունեն մեր բարելավումների վրա:*

Տնտեսվարող Օ.Բ.2.  
Խորացված հարցազրույց

*Ես մի առաջարկ ունեմ՝ ... տեսչությունը պետք է ոչ միայն ստուգի թե դու ունես այս կամ այն բանը, այլև պետք է օգնի և աջակցի հաստատությանը պայմանները բարելավելու համար:*

Լաբորատորիա Օ.Բ.1.  
Խորացված հարցազրույց

Չնայած տեսչական ծառայությունների կողմից իրականացվող հաստատությունների պարբերական ստուգումները հանգեցնում են որոշ բարելավումների, բնակչության և տնտեսվարողների շրջանում տեսչական ծառայությունների նկատմամբ ձևավորվել է բացասական վերաբերմունք: Տնտեսվարողները կարծում են, որ տեսչության մասնագետները ավելի շահագրգռված են տուգանել, քան թե բարելավել ստուգվող հաստատությունների պայմանները: Անհամապատասխանություններ գտնելը և դրանց համար տուգանելը բխում է տեսչության աշխատողների շահերից: Տնտեսվարողները և տեսչական ծառայությունների որոշ մասնագետներ առաջարկել են տեսչությանը լիազորել աջակցող գործառույթներով:

## 1. Բնակչության առողջության և բարեկեցության համաճարակաբանական հսկողություն և վերլուծություն

### 1.Ա. Համաճարակաբանական հսկողության համակարգերի և ռեգիստրների գործունեությունը

*Կարծում են ավելի լավ կարող էր լինել [համաճարակաբանական հսկողության համակարգը], բայց համաճարակաբանական հսկողության համակարգերի այժմյան վիճակը վատ չի: Վերջին տաս տարիների ընթացքում աճ կա: Միգուցե պետք է լավացնել իրականացվող հարցումների որակը:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 1.Ա.1. Խորացված հարցազրույց

*Ցավոք, հիվանդացության տվյալները դասակարգված չեն ըստ սեռի, մարզի և միայն որոշ հիվանդությունների համար է այն բաժանված տարիքային խմբերի: Մենք առաջարկել ենք տվյալները բաժանել ըստ մարզերի և սեռի: Նույնիսկ սեռի հետ կապված հարցերով կար միջգերատեսչական հանձնաժողով, որտեղ Առողջապահության նախարարության մասնագետները խոստացան տվյալները բաժանել ըստ սեռի և մարզերի: Բայց ոչ մի բան դեռ չի փոխվել:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 1.Ա.2. Խորացված հարցազրույց

*Հարցաշարերի կամ հիվանդի մասին տեղեկատվության հավաքագրման վերաբերյալ պետք է ասեն, որ շատ հաճախ հավաքվում է լրիվ անպետք տեղեկատվություն, որը կոչվում է «GIGO» (garbage in and garbage out): Դրա փոխարեն մենք ուշադրություն չենք դարձնում այնպիսի բաների վրա, որոնք կարևոր են վերլուծության համար, օրինակ՝ տվյալների բաժանումը ըստ սեռի կամ տարիքի:*

Միջազգային կազմակերպություն 1.Ա.1. Խմբային քննարկում

Մենք տվյալները չենք դասակարգում ըստ սոցիալ-տնտեսական գործոնների կամ այլ գործոնների: Մենք նույնիսկ այդպիսի հաշվետվական ձևեր չունենք:

Առաջնային բուժօղակ 1.Ա.1.  
Խմբային քննարկում

Ես ուզում եմ խոսել հանրային առողջապահության տեղեկատվական բազաների մասին: Հանրային առողջապահության տվյալները հասանելի չեն: Պետք է կենտրոնացնել այդ տվյալները՝ հասանելիությունը հեշտացնելու համար:

Միջազգային կազմակերպություն 1.Ա.2.  
Խմբային քննարկում

Եթե որևէ մեկը, նույնիսկ ոլորտի մասնագետ, փորձի ինչ-որ տեղեկություն ստանալ հանրային առողջապահական կառույցների աշխատանքների վերաբերյալ, դա չափազանց դժվար կլինի, որովհետև չկան համակարգի ընդհանուր պատկեր և ինֆորմացիայի հավաքագրման ընդհանուր մեխանիզմներ: Ծրագրերն ու դրանց տվյալների հավաքագրումը իրականացվում է առանձին ուղղահայաց հոսքագծերով, և նույն ոլորտում այդ հոսքերը կրկնակի են, նույնիսկ՝ եռակի, որովհետև չկա ինֆորմացիայի համակարգում: Որոշ տեղեկություններ մատչելի չեն և նույնիսկ փակ... Ընդհանրացնելով ասեմ, որ համաճարակաբանական հսկողության ոլորտը հում է և կարելի է ասել չկա... Ոչ ինֆեկցիոն հիվանդությունների վերաբերյալ դրությունն ավելի վատ է, այս ոլորտը սաղմնային վիճակում է:

Միջազգային կազմակերպություն 1.Ա.3.  
Խմբային քննարկում

Ես անգամ հանդգնեցի չեմ, որ Առողջապահության նախարարությունը օգտագործում է մեր տվյալները:

Պետական որոշումներ իրականացնող 1.Ա.3.  
Խորացված հարցազրույց

Առողջապահության ազգային ինստիտուտի և Տեսչության միջև [Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչություն] բոլորովին համագործակցություն չկա:

Պետական որոշումներ իրականացնող 1.Ա.4.  
Խորացված հարցազրույց

Ոչ ոք չի հասկանում, թե ինչու են տվյալները հավաքվում: Դա արվում է աննպատակ, ուղղակի անելու համար: Ոչ ոք չի մտածում տվյալները վերլուծելու մասին: Մենք ունենք նկարագրողական համաճարակաբանություն, ոչ թե վերլուծական:

Միջազգային կազմակերպություն 1.Ա.3.  
Խմբային քննարկում

Մենք պետք է բարելավենք համաճարակաբանական հսկողության համակարգը (տվյալների հավաքումը և վերլուծությունը): Մենք պետք է հասկանանք, թե ինչ

*խնդիրներ ունենք և ծրագրեր մշակենք այդ խնդիրները լուծելու համար:*

Պետական որոշումներ կայացնող 1.Ա.1.  
Խորացված հարցագրույց

Հայաստանում կան համաճարակաբանական հսկողության գործող համակարգեր: Ինչևիցե, մասնակիցների մեծ մասը նշել է, որ հավաքագրված տվյալները չեն բաժանվում խմբերի հավաքագրված տվյալների նշանակությունը մեծացնելու նպատակով: Անհրաժեշտություն կա տվյալները դասակարգել ըստ սեռի, տարիքի, սոցիալ-տնտեսական վիճակի և մարզերի: Ավելին, մասնակիցները նշել են, որ որոշ դեպքերում հավաքագրված տվյալները օգտակար չեն: Չնայած տվյալների հավաքագրումը կրում է պարբերական բնույթ, հաճախ դա արվում է աննպատակ:

Տեղեկատվական հոսքերը չեն կենտրոնացվում մեկ ընդհանրական համակարգի մեջ, որի միջոցով հնարավոր կլիներ բարձրացնել տվյալների հասանելիությունը դրանք կիրառողների և վերլուծողների համար: Տարբեր հիվանդությունների խմբերի և ծրագրերի համար գոյություն ունեցող զուգահեռ փակ համաճարակաբանական հսկողության համակարգերի առկայությունը, որոնք երբեմն կրկնում են աշխատանքը, բարդացնում է տվյալների հասանելիությունը և տվյալների կիրառումը:

Մասնակիցների մեծ մասը կարծում է, որ տարբեր համաճարակաբանական հսկողության համակարգերի և շահագրգիռ կողմերի միջև համագործակցության պակաս կա:

Մասնակիցները նշել են նաև, որ տվյալների վերուծությունը կրում է նկարագրողական բնույթ, և երբեք վերլուծական գնահատումներ չեն արվում: Վերլուծական գնահատումները կբարձրացնեին տեղեկատվության արժեքը և կիրառումը որոշում կայացնողների համար: Վերլուծական գնահատումները ներառում են առողջության ռիսկի գործոնների գնահատումներ, բնակաչության տարբեր ռիսկի խմբերի և աշխարհագրական խմբերի առողջապահական գնահատումներ:

**1.Ա.1. Վարակիչ և ոչ վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանական  
հսկողության համակարգեր**

*Համաճարակաբանական հսկողության համակարգերի վերաբերյալ պետք է ասել, որ մեր սանէպիդ ծառայությունները լավ են աշխատում վարակիչ հիվանդությունների առումով, բայց ոչ վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանական հսկողությունը շատ վատ է արվում:*

Պետական որոշումներ կայացնող 1.Ա.1.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Ոչ վարակիչ հիվանդություններն էլ ավելի վատ վիճակում են, դրանք [այդ թվում՝ դրանց համաճարակաբանական հսկողությունը] դեռ սաղմնային վիճակում են:*

Միջազգային կազմակերպություն 1.Ա.1.1.  
Խմբային քննարկում

Չնայած վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանական հսկողությունը ունի որոշ թերացումներ, ինչպիսիք են որոշ տվյալների պիտանելիությունը, տվյալների մասնատումը, տարանջատումը և այլ խնդիրներ, մասնակիցների մեծամասնությունը կարծում է, որ ոչ վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանական հսկողությունը շատ ավելի վատ վիճակում է:

**1.Ա.2. Ճանապարհատրանսպորտային պատահարների համաճարակաբանական  
հսկողության համակարգերը**

*Ճանապարհատրանսպորտային պատահարները և դրանց պատճառները գրանցվում և վերլուծվում են: Եթե մենք տեսնում ենք, որ պատահարները ավելացել են արագության գերազանցման պատճառով, մենք օգտագործում ենք տարբեր մոտեցումներ այս խնդիրը լուծելու համար: Օրինակ՝ տեղադրում ենք «պառկած ոստիկաններ» կամ իջեցնում ենք թույլատրելի արագության սահմանները նշանների միջոցով ... կամ շատացնում ենք օրենքը խախտող վարորդների պատժիչ միջոցառումները:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 1.Ա.2.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Մեր [ոստիկանությունը] համագործակցությունը Առողջապահության նախարարության հետ սահմանափակվում է նրանով, որ նրանք մեզ տեղեկացնում են վարորդը խմած է եղել, թե՛ ոչ:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 1.Ա.2.1.  
Խորացված հարցազրույց



Ըստ ոստիկանների՝ ճանապարհատրանսպորտային պատահարների բոլոր դեպքերը արձանագրվում են նորմատիվ ակտերով յուրաքանչյուր երեք ամիսը մեկ և Ազգային վիճակագրական ծառայությանը հաշվետվություններ են ներկայացվում: Ճանապարհային երթևեկության նշանների անհամապատասխանությունների մասին հաշվետվություն է ներկայացվում Երևանի քաղաքապետարանին հետագա քայլերի իրականացման համար: Ավելին, ոստիկանությունը գրանցում և վերլուծում է նաև այլ տիպի տվյալներ, օրինակ՝ պատահարի մեջ հայտնված մեքենայի տեսակը կամ պատահարի պատճառները:

Ինչպես մնացած դեպքերում, այնպես էլ ճանապարհատրանսպորտային պատահարների համաճարակաբանական հսկողության համակարգի և այլ համաճարակաբանական հսկողության համակարգերի միջև գոյություն ունեցող համագործակցությունը, որը կարող էր նպաստել քաղաքականությունների և միջոցառումների բարելավման գործընթացին, շատ թույլ է:

### **1.Ա.3. Հոգեկան հիվանդությունների և վիճակների համաճարակաբանական հսկողության համակարգը**

Հարց. «Ինչպե՞ս կգնահատեիք հոգեկան հիվանդությունների համաճարակաբանական հսկողության համակարգը»:  
*Լավ կգնահատեի, եթե լիներ այդպիսի համաճարակաբանական հսկողության համակարգ: Ցավոք սրտի, մենք չունենք ռեսուրսներ դրա համար:*  
Հոգեբուժական ծառայություն 1.Ա.3.1.  
Խորացված հարցազրույց

Ինչպես հանրային առողջապահության շատ ծառայություններ, հոգեբանական և հոգեբուժական ծառայությունները նույնպես չունեն համաճարակաբանական հսկողության համակարգ:

### **1.Ա.4. Շրջակա միջավայրի ռիսկի գործոնների համաճարակաբանական հսկողության համակարգ**

*Օդի մոնիտորինգի նոր սարքավորումները օգնում են ստանալ ավելի ճշգրիտ և վստահելի արդյունքներ:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 1.Ա.4.1.  
Խորացված հարցագրույց

*Ես չեմ հասկանում, թե ինչու եք մեզ հարցնում հանրային առողջապահության մասին:  
Հանրային առողջապահությունը բժիշկների գործն է: Նրանք պետք է զբաղվեն իրենց  
գործով, մենք էլ՝ մեր: Եթե նրանք ուզում են օգտագործել մեր տվյալները, կարող են  
օգտագործել մեր զեկույցները, որոնք բաց են բոլորի համար:*

Պետական որոշումներ կայացնող 1.Ա.4.1.  
Խորացված հարցագրույց

*Առողջության վրա ազդեցությունների գնահատումը կամ մոնիտորինգը մեր գործը չէ  
[Բնապահպանության նախարարություն], Առողջապահության նախարարությունը  
պետք է զբաղվի դրանով:*

Պետական որոշումներ կայացնող 1.Ա.4.2.  
Խորացված հարցագրույց

Բնապահպանության և առողջապահության համաձայնակաբանական հսկողության համակարգերի միջև համագործակցության բացակայությունը նվազեցնում է հիվանդացության և մահացության վերահսկողության հնարավորությունները: Չնայած որ շրջակա միջավայրի գործոնները կարող են հանգեցնել լուրջ հիվանդությունների և մահվան, առանց միացյալ համաձայնակաբանական հսկողության համակարգի առողջության և նրա վրա ազդող գործոնների միջև կապը հնարավոր չի հայտնաբերել և անհրաժեշտ միջամտություններ իրականացնել:

## **2. Առողջապահական խնդիրների և վտանգների հայտնաբերումը բնակչության շրջանում**

### **2.Ա. Վարակիչ և ոչ վարակիչ հիվանդությունների և վիճակների վերահսկողությունը**

*... հանրային առողջապահության համակարգի ժամանակակից պատկերացումը [Հայաստանում] ունի իր թերացումները, օրինակ՝ հիմնական շեշտը դրված է ինֆեկցիոն հիվանդությունների վրա: Տեսչության գործառույթները և ծառայությունները նույնպես սահմանափակվում են ինֆեկցիոն հիվանդություններով, որոշ քայլեր են արվում նաև ծխախոտի դեմ պայքարի ուղղությամբ:*

Պետական որոշումներ կայացնող 2.Ա.1.  
Խորացված հարցագրույց

*Խնդրի մի մասն այն է, որ անկախության ընթացքում մենք կորցրեցինք շատ գործառույթներ և պարտականություններ: Մինչ այդ կային բաժիններ, որոնք պատասխանատու էին ոչ ինֆեկցիոն հիվանդությունների հսկողության համար: Ամեն ինչ վերացավ այն ահավոր տարիների ընթացքում: Հիմա ժամանակն է համակարգը վերականգնելու, և մենք փորձում ենք վերադառնալ գոնե նախնական մակարդակին:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 2.Ա.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Ոչ վարակիչ հիվանդությունների հետ կապված իրավիճակը էլ ավելի վատ է: Այն լրիվ սաղմնային վիճակում է:*

Միջազգային կազմակերպություն 2.Ա.1.  
Խմբային քննարկում

*Վարակիչ հիվանդությունների վերահսկողության առումով Սովետական Միությունը շատ ուժեղ էր, և մենք էլ այդ համակարգի մի մասն էինք: ... Ուրիշ հարց է, որ ոչ վարակիչ հիվանդությունների առումով մենք շատ հետ ենք ուրիշներից:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 2.Ա.2.  
Խորացված հարցազրույց

*Մեր կառավարությունը պետք է պայքարի ոչ միայն վարակիչ հիվանդությունների հետ: ... օրինակ՝ ճանապարհատրանսպորտային պատահարները. Դուք երբևէ՞ լսել եք, որ այդ պատահարների համար ինչ-որ բան արվի: ... սա մեծ բացթողում է համակարգում:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 2.Ա.3.  
Խորացված հարցազրույց

*Ոչ ոք չի մտածում տվյալների վերլուծության մասին: Այն ինչ մենք անում ենք միայն նկարագրողական և ոչ թե վերլուծական համաձայնակաբանություն է:*

Միջազգային կազմակերպություն 2.Ա.2.  
Խմբային քննարկում

Հայաստանում հիվանդությունների վերահսկողությունը միշտ կենտրոնացած է եղել վարակիչ հիվանդությունների վրա: Մասնակիցների մեծամասնությունը համաձայնվել է, որ ընդհանուր առմամբ վարակիչ հիվանդությունների վերահսկողությունը հանրապետությունում ավելի ուժեղ է, քան ոչ վարակիչ հիվանդությունների վերահսկողությունը: Այլ վիճակների վերահսկողությանը, օրինակ՝ վնասվածքներին, նույնպես քիչ են անդրադառնում:

Համաճարակների, բռնկումների և աղետների ռիսկի գործոնների ու պատճառների հայտնաբերումը և ուսումնասիրությունը պահանջում է վերլուծական համաճարակաբանության մեթոդներ: Արդյունավետ ծրագրեր և միջոցառումներ մշակելու համար, հատկապես սահմանափակ ռեսուրսների պայմաններում, անհրաժեշտ է վերլուծել այդ տվյալները, սակայն նկարագրողական համաճարակաբանությունն այստեղ բավարար չէ: Անհրաժեշտ է օգտվել վերլուծական համաճարակաբանությունից: Իսկ վերջինիս կիրառման համար, ըստ մասնակիցների, ներուժի պակաս կա:

## **2.Բ. Շրջակա միջավայրի վնասակար գործոնների վերահսկողությունը**

### **2.Բ.1. Ռիսկի գործոնների և շրջակա միջավայրի վնասակար գործոնների առողջության վրա ունեցած ազդեցությունների գնահատումը**

*Մեր մարզում կա մոլիբդենի գործարան: Բնակչությունը միշտ բողոքում է այս գործարանից, և երբ մենք փորձում ենք իշխանություններին հասցնել նրանց բողոքը, չգիտենք ինչպես դա անել: Ոչ մի գնահատում չկա, որը ցույց տա, որ այդ տարածքի հիվանդությունները կապված են գործարանի հետ: Ոչ մի հետազոտություն: Ավելին, ոչ մի ստանդարտ չկա, որի հետ կարելի է համեմատություն անել:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 2.Բ.1.1.  
Խմբային քննարկում

*Առողջապահության նախարարությունը շրջակա միջավայրի աղտոտիչների հետ կապված հիվանդությունների մոտնիտորինգ չի անում: Նրանք ոչ մի ապացույց չունեն, որ այս կամ այն հիվանդությունը կապված է շրջակա միջավայրի աղտոտման հետ:*

Պետական որոշումներ կայացնող 2.Բ.1.2.  
Խորացված հարցազրույց

Զնայած ջրի և օդի շատ աղտոտիչների նկատմամբ ակտիվ մոնիտորինգ է կատարվում, շատ քիչ թվով վերլուծական հետազոտություններ են արվում շրջակա միջավայրի աղտոտման և հիվանդությունների ու մահվան միջև կապը գնահատելու համար: Նաև բացակայում են առողջության վրա աղտոտիչների տարբեր կոնցենտրացիաների ունեցած ազդեցությունները գնահատող հետազոտություններ:

Այսպիսի հետազոտությունների պակասը հնրավորություն չի տալիս հանրային առողջությունը պահպանելու նպատակով իրականացնել ապացույցների վրա հիմնված միջամտություններ և ծրագրեր: Գերատեսչությունների միջև, ինչպիսիք են Առողջապահության նախարարությունը և Բնապահպանության նախարարությունը (որը իրականացնում է շրջակա միջավայրի գործոնների մոնիտորինգ), համագործակցության պակասը խոչընդոտում է հանրության առողջության պահպանմանը:

## 2.Բ.2. Օդի և ջրի որակի վերահսկողությունը

*Հանրային առողջապահությունը ունի մեծ դեր բնապահպանության մեջ, ջրային ռեսուրսների, գետերի, թափոնների և աղբի վերահսկողության մեջ:*

Պետական որոշումներ կայացնող 2.Բ.2.1.  
Խմբային քննարկում

*Մեր կառավարությունը արգելել է էթիլացված բենզինի ներմուծումը մեր երկիր, քանի որ այն այրվելիս արտադրում է մեծ քանակությամբ CO: ... Արդյունքում խիստ իջել է Հայաստանի բնաչության արյան մեջ կապարի մակարդակը: ... [հիմա] ցեմենտի արտադրությունն արվում է փակ միջավայրում, որը Սովետական միության ժամանակ արվում էր բաց միջավայրում, որը պատճառ էր դառնում օդի մեջ փոշու ամպերի առաջացման:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 2.Բ.2.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Հիմա որակի մոնիտորինգը շատ լավ է արվում, որովհետև մոնիտորինգի համար մենք հիմա ունենք նոր սարքավորումներ: Մեր օդի որակը բավարար է, երբեմն նույնիսկ բավարարից ավել:*

Պետական որոշումներ կայացնող 2.Բ.2.2.  
Խորացված հարցազրույց

*Գործարանները փակվել են, և քիչ թե շատ օդը հիմա մաքուր է: ... Օդը Մասիվում և Կոմիտասում ավելի մաքուր է, քան Կենտրոնում: Կենտրոնը փոսի մեջ է, և կեղտոտ օդը կուտակվում է հենց Կենտրոնում: ... Եթե Կենտրոնին վերևից նայեք, կտեսնեք քաղաքի վրա կախված սև փոշու ամպը:*

Բնակչություն 2.Բ.2.1.  
Խմբային քննարկում

*Բայց մենք չենք տեսել, որ պետությունը ինչ-որ բան անի օդի մաքրության համար: ... Պետք է հսկողություն լինի: ... օրինակ՝ գործարանները կարող են օգտագործել*

օդի գտիչներ:

Բնակչություն 2.Բ.2.2.  
Խմբային քննարկում

Շրջակա միջավայրի հետ կապված առողջության հարցերը իսկապես մեծ խնդիր են մեզ համար: Մենք այս ոլորտում օրենքներ չունենք: Մեր ՀԿ-ն պայքարում է Թեղուտի հանքի և Սևանա լճի պաշտպանության հարցերի լուծման համար, որը առողջության վրա ունի անուղղակի ազդեցություն:

Պետական որոշումներ իրականացնող 2.Բ.2.2.  
Խմբային քննարկում

Երբեմն խմելու ջրից կանալիզացիայի համ ենք առնում: ... Շատ անգամներ տարբեր պատճառներով ջուրը կտրում են: Մենք շուտ-շուտ խմելու ջուր չենք ունենում ու ստիպված Սևանա լճի ջուրն ենք օգտագործում: Եռացնում ենք ու խմում, ուրիշ ի՞նչ անենք:

Բնակչություն 2.Բ.2.3.  
Խմբային քննարկում

... Ես մի անգամ Թալինում գնացել էի մի աղբյուրի մոտ, որից մատակարարվում էր գյուղը: ... Մարդիկ քեֆ էին անում աղբյուրի մոտ, ու մի մարդ ոտքերը մտցրել էր աղբյուրի մեջ: Այս նույն ջուրը հետո խողովակներով իջնում էր գյուղ:

Պետական որոշումներ իրականացնող 2.Բ.2.3.  
Խորացված հարցազրույց

[Զրային] Ինֆեկցիաներ շատ են լինում. անցած ամառ, օրինակ՝ շատ երեխաներ կողքի գյուղից ընկան հիվանդանոց [ջրի միջոցով տարածվող վարակի պատճառով]:

Բնակչություն 2.Բ.2.4.  
Խմբային քննարկում

Ես առաջարկել եմ մարդկանց տեղյակ պահել [օդի] մոնիտորինգի արդյունքներին եղանակի տեսության ժամանակ, սկզբից կարող ենք հայտնել ամսվա տվյալները, շաբաթվա, հետո՝ օրվա տվյալները: Օրինակ՝ Մեծ Բրիտանիայում ամեն րոպե մարդիկ կարող են տեղեկանալ օդի որակի մասին ինտերնետով, և նրանք, ում վրա ազդում են օդի աղտոտիչները, օրինակ՝ ասթմատիկները, կարող են իրենց օրը կազմակերպել՝ հաշվի առնելով, թե տանից դուրս գալը երբ է անվտանգ:

Պետական որոշումներ իրականացնող 2.Բ.2.1.  
Խորացված հարցազրույց

Մասնակիցների կողմից նշված օդի որակի ձեռքբերումները ներառում են՝ ներմուծվող բենզինի վրա սահմանափակումները, փոշու մանր մասնիկների վերահսկողությունը ցեմենտի արտադրության ժամանակ և մոնիտորինգի համար

կիրառվող նոր սարքավորումները: Այնուամենայնիվ, փորձագետները համարում են, որ Երևանի օդի որակի հիմնական երկու խնդիրներն են մերձգետնյա օզոնի և փոշու մասնիկների բարձր կոնցենտրացիաները: Փոշու մոնիտորինգի իրականացման հիմնական խնդիրը այս նպատակին ծառայող սարքավորումների պակասն է: Ալավերդի քաղաքի համար փորձագետների կողմից որպես խնդիր նշվել է պղնձամուլիբդենային ձուլարանի պատճառով առաջացող SO<sub>2</sub>-ի և NO-ի բարձր կոնցենտրացիաները:

Չնայած բնապահպանության մասնագետները նշել են, որ Երևանի օդը բացի փոշուց և օզոնից ուրիշ խնդիրներ չունի, հետազոտության մեջ ընդգրկված Երևանի շատ բնակիչներ դժգոհել են Երևանի օդի որակից, հատկապես՝ Կենտրոն համայնքի օդի որակից: Համարյա բոլոր մասնակիցները՝ թե՛ փորձագետները, թե՛ բնակչությունը, առաջարկել են գործարաններում տեղադրել օդի զտիչներ, չնայած դա թանկարժեք միջամտություն է:

Չնայած խմելու ջրի քանակը հանրապետությունում մասնագետների կողմից գնահատվել է բավարար, մասնակիցները հայտնել են, որ խմելու ջրի մատակարարումը պարբերաբար դադարեցվում է: Խմելու ջրի որակով մտահոգված են և՛ պետական պաշտոնյաները, և՛ ՀԿ-ների բնապահպանական մասնագետները, և՛ բնակչությունը: Գործարանները և հանքերը նշվել են որպես ջրի աղտոտման և մաքուր ջրային ռեսուրսների կորստի հիմնական պատճառ: Սևանա լիճը և Թեղուտի հանքը նշվել են որպես օրինակներ:

Մասնակից-մասնագետները և բնակչությունը մտահոգություն են հայտնել ջրամատակարարման խողովակների անմխիթար պայմանների վերաբերյալ, որը հանգեցնում է խմելու ջրի ցածր որակի: Նշվել են ջրի աղտոտման երկու հիմնական պատճառներ. գյուղական վայրերում դա հողի, ավազի և միկրոբների թափանցումն է խողովակների մեջ, իսկ քաղաքային վայրերում, որտեղ կա ջրամատակարարման խողովակաշարին զուգահեռ անցնող կոյուղու համակարգ, երկու համակարգերի

միջև ճեղքերի առկայությունը պատճառ է դառնում ավելի լուրջ աղտոտումների և համաճարակների:

### 2.Բ.3. Աղբի և թափոնների վերահսկողությունը

*Մենք իրավական դաշտ ենք մշակում [աղբի և թափոնների վերահսկողության վերաբերյալ], որը ներառում է օրենքներ, ենթաիրավական ակտեր և հրամաններ, ... որոնք անուղղակիորեն պահպանում են հանրային առողջությունը: Մենք ունենք տվյալներ աղբի և թափոնների արտադրության, վերացման և օգտագործման վերաբերյալ: Թափոններ արտադրող բոլոր գործարանները հաշվետու են Բնապահպանության նախարարությանը:*

Պետական որոշումներ կայացնող 2.Բ.3.1.  
Խորացված հարցագրույց

*Բժշկական աղբը թաղվում է Նուբարաշենում [աղբանոց] առանց որևէ վերահսկողության:*

Պետական որոշումներ կայացնող 2.Բ.3.2.  
Խորացված հարցագրույց

*Կան պոլիկլինիկաներ, որոնք ժամկետն անց բիո-նմուշների (ՏԲ և այլն) վերացման համար հատուկ տեղեր չունեն, այդ իսկ պատճառով նրանք այդ նմուշները թաղում են հողի մեջ, սա աղբից ազատվելու ճիշտ ձև չէ:*

Լաբորատորիա 2.Բ.3.1.  
Խմբային քննարկում

*Երկրաշարժի հումանիտար օգնությունից մնացած շատ ռեակտիվ քիմիական նյութեր ունենք, ու չգիտենք ոնց դրանցից ազատվենք: Ես չեմ ուզում աղտոտել շրջակա միջավայրը: Այս պրոբլեմը պետք է լուծվի:*

Լաբորատորիա 2.Բ.3.2.  
Խմբային քննարկում

*Ամբողջ տարածքի աղբը լցնում են մեր գյուղի մոտ: Քամոտ օրերին ամբողջ տարածքով օդի մեջ կարելի է տեսնել աղբը և թռչող տոպրակները: Այս աղբանոցից ահավոր հոտ է գալիս, և բոլորս, նաև երեխաները, շնչում ենք այդ կեղտոտ օդը: Հաճախ էլ աղբը վառում են, որը էլ ավելի վատ է:*

Բնակչություն 2.Բ.3.1.  
Խմբային քննարկում

*Իմ տան մոտով առու է անցնում: Բոլորը աղբը լցնում են այդ առվի մեջ, և հենց հիմա այնտեղ 3 հատ սատկած շուն կա, իմ տան մոտ: Ես երեք փոքր երեխա ունեմ...*

Բնակչություն 2.Բ.3.2.  
Խմբային քննարկում



*Նրանք [քաղաքապետարանը] տանում են աղբը աղբանոց, որը քաղաքին մոտ է: Հետո վառում են այնտեղ: Երբեմն քամին աղբը հետ է բերում քաղաք... զոնե պետք է աղբը հողով ծածկել:*

Բնակչություն 2.Բ.3.3.  
Խմբային քննարկում

*Այսօր մի շատ սիրուն թռչուն տեսա երկնքում: Հետո հասկացա, որ դա ցելոֆանի տոպրակ է: Պետք է աղբի վերամշակման գործարան ունենալ: Ամեն օր տեսնում են, թե ոնց են աղբը վառում աղբանոցում:*

Բնակչություն 2.Բ.3.4.  
Խմբային քննարկում

Համարյա հետազոտության բոլոր մասնակիցները նշել են, որ բժշկական, արտադրական և կենցաղային աղբի վերահսկողությունը բավարար մակարդակի վրա չի արվում, ինչը հանգեցնում է շրջակա միջավայրի աղտոտման հետ կապված լուրջ առողջական խնդիրների: Բնակչությունը համարում է, որ աղբահեռացման վերահսկողության պակասից և բնակավայրերին մոտ աղբանոցների (բաց հորեր) տեղակայումից բացի, աղբի այրումը այդ աղբանոցներում նույնպես աղտոտում է շրջակա միջավայրը և առաջացնում դրա հետ կապված առողջական լուրջ խնդիրներ: Մասնակիցները նշվել են, որ աղբի վերահսկողության այս բացթողումները պատճառ են հանդիսանում մակերեսային ջրերի և շրջակա միջավայրի աղտոտման: Մի քանի մասնակիցներ նշել են, որ այս խնդիրը լուծելու համար կարելի է օգտագործել Ճապոնիայի օրինակը, որտեղ ծածկում են աղբանոցները հողով և հետո դրա վրա կառուցում են այգիներ: Այնուհետև ծածկված աղբանոցում իրականացնում են մեթանի արտադրություն և մատակարարում շրջակա բնակչությանը աղբանոցի հաշվին ստացված գազով:

## **2.Գ. Սննդի անվատանգության վերահսկողությունը**

### **2.Գ.1. Սննդի տեսչական պարտավորությունների վերաբերյալ բանավեճ**

*... անցյալ տարի մենք [Սննդամթերքի անվտանգության և անասնաբուժական պետական տեսչությունը] վերացրել ենք 400 տոննա սննդամթերք, որում հայտնաբերվել են միկրոբներ, սնկեր, քիմիակատներ և այլն: ... 2007 թ. մենք իրականացրել ենք 1500 տեսչական այց, 2008 թ.՝ 1600 այց և 2009 թ. նախատեսվում է 2000 այց: Մենք այցելում են խանութները, ռեստորանները, սրճարանները,*

մանկապարտեզները, դպրոցները և սննդի հետ կապված այլ հաստատություններ:

Պետական որոշումներ իրականացնող 2.Գ.1.1.  
Խորացված հարցազրույց

Ես լսել եմ սննդի վերահսկողությունը հիմա տրված է Գյուղատնտեսության նախարարությանը: Ես այս որոշումից հետո չեմ տեսել, որ ինչ-որ մասնագետ Գյուղատնտեսության նախարարությունից այցելի մեզ [մանկապարտեզում սննդի տեսչության նպատակով]:

Տնտեսվարող 2.Գ.1.1.  
Խորացված հարցազրույց

Եթե սննդի վերահսկողությունը իրականացնող անձը բժիշկ չէ, այլ տեխնիկ կամ ինժեներ, նա ճիշտ չի կարող հասկանալ տվյալ պայմաններում տվյալ սնդամթերքի մեջ միկրոբների աճի հետ կապված ռիսկերը:

Պետական որոշումներ իրականացնող 2.Գ.1.2.  
Խմբային քննարկում

[Սննդի վերահսկողության համար] նմուշառումը նորմալ չի արվում, որովհետև տեսչության մարդիկ, որոնք պատասխանատու են դրա համար, ցանկություն չունեն դա անելու և չգիտեն, թե ինչպես պետք է ճիշտ ընտրվի նմուշը: Սա լուրջ խնդիր է: Գյուղատնտեսական և անասնաբուժական ծառայության տեսուչները հետաքրքրված չեն ճիշտ նմուշներ վերցնելու մեջ, իսկ նրանք այն մարդիկ են, ովքեր որոշում են՝ որտեղից և ինչպես վերցնել նմուշը:

Լաբորատորիա 2.Գ.1.1.  
Խմբային քննարկում

Կարևոր չի, թե ով է ստուգում սնունդը: Պարտադիր չի, որ տեսուչը լինի բժիշկ, քանի որ տեսուչը նմուշը վերցնում է ըստ ընդունված ուղեցույցի: Սա այնպիսի աշխատանք է, որը ամեն մի տեխնիկ կարող է անել: Տեսուչի աշխատանքը նմուշ վերցնելն է, ուրիշ ոչինչ:

Պետական որոշումներ իրականացնող 2.Գ.1.3.  
Խմբային քննարկում

Մենք ոչ մի խնդիր չունենք մասնագետների հետ [սննդի տեսուչներ]: Մենք ունենք շատ մասնագետներ սանդեպիդ ծառայություններից կամ բժիշկներ, ովքեր աշխատում են մեր հիմնարկներում: Բայց սանդեպիդ մասնագետները կամ բժիշկները չեն կարող իմանալ, թե ինչ հիվանդություններ գոյություն ունեն բույսերի կամ կենդանիների համար, այսինքն նրանք այնքան ուժեղ չեն սննդի անվտանգության անալիզների մեջ, որքան՝ անասնաբույժները:

Պետական որոշումներ իրականացնող 2.Գ.1.4.  
Խմբային քննարկում

Բժիշկները բավարար հնարավորություններ չունեն մսի կամ կաթի ստուգումները անելու համար: Նրանք դա չեն սովորում բժշկական համալսարանում: Այս առումով

*ճիշտ էր սննդամթերքի տեսչության ֆունկցիան Պյուղատնտեսության նախարարությանը տալը: Մյուս կողմից Պյուղատնտեսության նախարարությունը նաև վերահսկում է այլ մթերքներ, օրինակ՝ թեյը, սուրճը, ջուրը և վերամշակված սննդամթերքները: Անասնաբույժը չի կարող իրականացնել այս սննդատեսակների հսկողությունը, և կարծում եմ, որ այս սննդատեսակների հսկողությունը պետք է անի Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչությունը:*

Մասնագիտացված կրթություն 2.Գ.1.1.  
Խորացված հարցազրույց

2006 թ. սկսած՝ սննդի անվտանգության ապահովման պարտավորությունները Առողջապահության նախարարությունից փոխանցվել են Պյուղատնտեսության նախարարությանը: Այս առումով երկու նախարարությունների միջև գոյություն ունի բանավեճ: Յուրաքանչյուր կողմի անձնակազմը կարծում է, որ ինքը ավելի շատ ներուժ ունի սննդի անվտանգության տեսչությունը իրականացնելու համար: Հանրային առողջության պահպանման նպատակով ամենաարդյունավետ (այդ թվում՝ ծախս արդյունավետ) ձևով պարտավորությունները բաժանելու համար անհրաժեշտ է ապագայում անցկացնել անկախ քանակական հետազոտություն:

## 2.Գ.2. Սննդի որակը

### Տեսչության բացթողումները

*Մեզ նման երկրներում սննդի հետ կապված հարցեր են բարձրացվում, եթե ինչ-որ բռնկում է տեղի ունենում: Սննդի որակի հետ կապված խիստ հսկողություն չկա:*

Մասնագիտացված կրթություն 2.Գ.2.1.  
Խմբային քննարկում

*Երշիկները պատրաստում են ամեն տեսակ մսից: Արտադրողները առնում են ձիու, էշի և սատկած կենդանիների միս գյուղացուց՝ լրիվ տեղյակ լինելով, թե ինչ են գնում: Նրանք [գյուղացիները] չեն կարող սատկած կենդանիների միսը թափել: Նրանք հանձնում են դա փողի համար....*

Բնակչություն 2.Գ.2.1.  
Խմբային քննարկում

*... մենք չենք կարող մեղադրել խեղճ գյուղացուն, որովհետև սա [անորակ մսի վաճառքը] միակ ձևն է փող աշխատելու համար:*

Բնակչություն 2.Գ.2.2.  
Խմբային քննարկում

Ստուգման արդյունքների պաշտոնական զեկույցները ցույց են տալիս, որ ամեն ինչ ապահով է և որ սննդի որակը բարձր է, որը շատ հեռու է իրականությունից: Մենք շատ հաճախ ենք հայտնաբերում սննդի որակի խախտումները, կարագին տոննաներով ճարպ են ավելացնում և վաճառում: Սա չի նշանակում, որ նրանք չեն կարող ճիշտ թեստ անել, այլ նշանակում է, որ այստեղ կան բիզնես շահեր:

Լաբորատորիա 2.Գ.2.1.  
Խմբային քննարկում

Մի՞ գնեք որևէ բան բաց շուկաներից առանց փաթեթավորման: Հատկապես՝ միս, կաթ և կենդանակ ծագման որևէ բան: Ես խիստ կասկածում եմ բաց շուկաների մսի որակի վրա:

Պետական որոշումներ կայացնող 2.Գ.2.1.  
Խորացված հարցազրույց

[Տեղում] արտադրված կամ ներմուծված սննդամթերքի որակի տեսչությունը պետք է հավասարապես արվի բոլորի համար, առանց հաշվի առնելու, թե ով է տերը և ինչ իշխանություն ունի:

Տնտեսվարող 2.Գ.2.1.  
Խորացված հարցազրույց

... մենք չեն վստահում սննդի որակին: Կառավարությունը պետք է հսկի սննդի որակը:

Բնակչություն 2.Գ.2.3.  
Խմբային քննարկում

---

### Պիտանելիության ժամկետը

Պիտանելիության ժամկետի հետ կապված խնդիր կա: Ես հաճախ եմ հանդիպում ժամկետն անց սնունդ: Վաճառողները իրենց արդարացնում են՝ ասելով, որ երբ որ նոր ապրանք են ստանում, մոռանում են վերադարձնել հին ապրանքը: Մենք հաճախ առնում ենք փչացած կաթ: Այս աննորմալ վիճակը շատ տարածված է:

Բնակչություն 2.Գ.2.4.  
Խմբային քննարկում

Խանութը կարող է փոխել ապրանքի պիտանելիության ժամկետը: Նրանք հին պիտակի վրա նոր պիտակ են կայցնում:

Բնակչություն 2.Գ.2.5.  
Խմբային քննարկում

... Երբեմն, վաճառողները բացում են փաթեթները և վաճառում են սնունդը կիլոգրամներով, որ մադիկ չկարողանանալ տեսնել ժամկետը:

Բնակչություն 2.Գ.2.6.  
Խմբային քննարկում

*Մարդկանց 90%-ը չի նայում ժամկետին ապրանքը առնելուց առաջ: ... դա մեր պարտականությունը չէ, տեսչությունը պետք է դրանով զբաղվի:*

Բնակչություն 2.Գ.2.2.  
Խմբային քննարկում

Հետազոտության մեջ ընդգրկած բնակչությունը հայտնել է, որ չի վստահում խանութներում վաճառվող սննդամթերքների որակին: Շատերը հայտնել են, որ սննդի որակի հետ կապված կեղծիքներ են արվում (փոխվում են պիտակները, ապրանքը վաճառվում է առանց փաթեթի, սննդամթերքի մեջ ավելացվում են այլ բաղադրիչներ), որոնց պատճառով էլ մադիկ չեն վստահում սննդի որակին:

Ոլորտի բոլոր մասնագետները նշել են, որ ընտանի կենդանիների սպանող իրականացվում է բակերում առանց անհրաժեշտ պայմանների ապահովման: Մյուս խնդիրը, որի մասին նշել է գյուղական և քաղաքային բնակչության մեծ մասը, երշիկի արտադրության ձեռնարկություններին վաճառված մսի որակն է: Նրանք հավատում են, որ այս միսը չի հսկվում անասնաբույժների կողմից: Ավելին, հետազոտության մասնակիցները կարծում են, որ սննդամթերքի անվտանգության ապահովման օրենսդրությունը հավասարապես չի գործում մեծ և մանր բիզնեսների համար:

Հետազոտության մասնակիցների մեծամասնությունը, այդ թվում՝ մասնագետները և բնակչությունը, մտահոգված են բաց շուկաներում վաճառվող սննդի որակով, հատկապես՝ մսի որակով: Շատ ռեստորաններ սննդամթերքը գնում են բաց շուկաներից: Մասնակիցները նշել են, որ նման վայրերում տեսչական ծառայության խնդիրն այն է, որ միսն այստեղ վաճառում են առավոտ շուտ մինչև տեսչական ստուգումների իրականացումը:

Ըստ մասնակիցների մեծամասնության՝ շատ հաճախ, հատկապես ամռանը, խանութներում վաճառվող կաթնամթերքները փչացած են և/կամ ժամկետն անց:

Բոլոր խմբերի մասնակիցները երկու առաջարկություն են արել: Առաջին հերթին սննդամթերքի որակի և խանութների նկատմամբ իրականացնել խիստ վերահսկողություն: Երկրորդ՝ բարձրացնել բնակչության տեղեկացվածությունը սննդամթերքների պիտանելիության ժամկետների ստուգման կարևորության վերաբերյալ:

## 2.7. Մասնագիտական առողջություն

*Հիմա շատ ռեստորաններ կան, որոնք ունեն աշխատանքային լավ պայմաններ: ... Պետք է որոշ ժամանակ և ռեսուրսներ, որպեսզի գործատուների շրջանում ձևավորվի աշխատողների համար լավ պայմաններ ապահովելու մշակույթ:*

Պետական որոշումներ կայացնող 2.7.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Ուսուցիչները և սննդի ոլորտի մասնագետները ամեն տարի բուժզննություն են անցնում:*

Բնակչություն 2.7.1.  
Խմբային քննարկում

*Ես չեմ կարող ստուգել արդյոք իմ աշխատողը իրականում անցել է բժշկական զննություն, թե՛ ոչ: Դա հիմնված է փոխադարձ վստահության վրա: ... Աշխատողը կարող է խնդրել բժշկին լավություն անել իրեն և փողի դիմաց բժշկական ստուգում չանցնել: Ես ինչպես կարող եմ դա վերահսկել:*

Տնտեսվարող 2.7.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Մեր ոլորտում [մասնագիտական առողջություն] մենք ունենք շատ մարդիկ, ովքեր աշխատում են բարձր ռիսկի պայմաններում: Սովետի ժամանակ մենք հետևում էինք խիստ կանոնների և խոցելի խմբերի առողջությունը մոնիտորինգի էինք ենթարկում: Հիմա ամեն ինչ փոխվել է, երբ մենք քննարկում ենք նրանց հետ իրենց առողջությունը պաշտպանելու համար աշխատանքի պայմանները լավացնելու հարցը, նրանք գերադասում են աշխատել վատ պայմաններում ավելի մեծ գումարի համար:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 2.7.1.  
Խմբային քննարկում

*Սովետի ժամանակ մենք ունեինք մասնագիտական հիվանդությունների վերահսկողություն և աշխատողները անցնում էին սիստեմատիկ բժշկական ստուգումներ: Հիմա ամեն ինչ փոխվել է, և ստուգումները այլևս անվճար չեն: Ինչ-որ մեկը կարող է շարունակել աշխատել այնպիսի հիվանդությամբ, որով արգելված է աշխատել այդ ոլորտում, և բոլորը թքած ունեն: Ես առաջարկում եմ ներդնել*

պարտադիր բուժզննում:

Տեղական ՀԿ 2.Դ.1.  
Խմբային քննարկում

*Ես տեսել եմ, թե ինչպես է աշխատում համակարգը Եվրոպական երկրներում, և նրանք մեծ ձեռքբերումներ ունեն: ... Տեսչությունը և վերահսկողությունը, որը առաջ ունեն բացասական պատժողական ուղղվածություն, հիմա ավելի շատ աջակցող ֆունկցիա ունի:*

Պետական որոշումներ կայացնող 2.Դ.1.  
Խորացված հարցազրույց

Շատ մասնակիցների կարծիքով, պարբերական մասնագիտական ստուգումներ իրականացվում են սննդի և կրթության ոլորտի մասնագետների և բուժաշխատողների համար: Ինչևիցե, հետազոտության մասնակիցների կարծիքով այս ստուգումները կախված են աշխատողի ազնվությունից. որոշ աշխատողներ կատարում են ոչ պաշտոնական վճարումներ, որպեսզի առանց բուժզննություն անցնելու ստանան բուժզննությունը հաստատող վկայական:

Մասնագիտական առողջության մասնագետները հայտնել են, որ նրանք ունեն խնդիրներ մասնագիտական առողջության պահպանման ստանդարտների հետ: Ներկայումս աշխատողները ավելի շատ մտածում են աշխատանք ունենալու մասին, քան՝ աշխատանքային պայմանների: Մասնակիցները առաջարկել են ստանդարտները դարձնել իրատեսական և համապատասխանեցնել կարիքներին: Նաև առաջարկել են ընդլայնել պարտադիր բուժզննումը: Ըստ մասնակիցների՝ տեսչական ծառայությունները ավելի մեծ հաջողությունների կարող են հասնել, եթե տեսչության աշխատակիցների և այդ ծառայությունները սպառողների միջև հաստատվի աջակցող վերահսկողության վրա հիմնված փոխհարաբերություններ:

## **2.Ե. Առողջապահական վտանգների հայտնաբերման համար անհրաժեշտ լաբորատոր ներուժը**

Այս վերլուծության մեջ ընդգրկվել են պետական և մասնավոր, կլինիկական և սննդի լաբորատորիաներ, ինչպես նաև սանէպիդեմիոլոգիական և շրջակա միջավայրի վերահսկողության լաբորատորիաներ:

## 2.Ե.1. Լաբորատոր սարքավորումներ և պարագաներ

*Մենք ունենք լավ մասնագետներ, ովքեր չեն կարող անհրաժեշտ գործը անել սարքավորումների և պարագաների պակասի պատճառով:*

Պետական որոշումներ կայացնող 2.Ե.1.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Պետական լաբորատորիաները անգամ պրոբիրկաներ չունեն: Բժիշկները աշխատում են պիպետկաներով և մոնոսկուլյար միկրոսկոպներով, արդյունքում անալիզների որակը չի ապահովվում:*

Լաբորատորիա 2.Ե.1.1.  
Խմբային քննարկում

*Մենք ունենք շոգեբաղնիք և ռեզուզ սարքավորում, որը մնացել է 1971 թ.: Մենք շատ զգուշորեն ենք այն օգտագործում: Կարիք կա նորացնել սարքերը: Մենք օգնության կարիք ունեն:*

Լաբորատորիա 2.Ե.1.2.  
Խմբային քննարկում

*...խնդիրը նրանում է, որ մենք չունենք անհրաժեշտ սարքեր անասնաբուժական լաբորատորիաներում: Մեր բժիշկները աշխատում են միայն միկրոսկոպներով, իսկ ուրիշ երկրներում օգտագործում են նոր տեխնոլոգիաներ:*

Մասնագիտացված կրթություն 2.Ե.1.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Շրջանների լաբորատորիաների մեծ մասը շատ ծանր վիճակում են, չես համեմատի Երևանի [լաբորատորիաների] հետ... Սալլիի հեմոմետրը [հեմոգլոբինը չափելու համար] ամենահաճախ օգտագործվող գործիքն է ... Ես նրանց ասում եմ բռավո, որովհետև իրենց ունեցած սահամանափակ գործիքներով ահռելի աշխատանք են անում: Համարյա ճշգրիտ թեստեր են անում վատ սարքերով: Ու դա էդպես է ոչ միայն հեռու վայրերի համար, այլև Գյումրիի նման քաղաքի համար, որտեղ մարդիկ չեն կարող նույն որակը ապահովել, ինչ որ Երևանում:*

Լաբորատորիա 2.Ե.1.3.  
Խմբային քննարկում

*Չնայած մեր սարքերը նախատեսված են հորմոնների մակարդակը չափելու համար, բայց մենք չունենք ռեագենտներ այդ թեստերը անելու համար: Լավ կլիներ մարզերին տրամադրելին հորմոնների թեստերով, քանի որ հիմա մարդիկ գալիս են Երևան այդ ծառայությունների համար և վճարում են:*

Լաբորատորիա 2.Ե.1.4.  
Խմբային քննարկում

*... մեզ համար օդի որակը չափող սարքերի օպտիմալ թիվը արժեզան 23-28 է, հիմա*



*մենք ունենք 7 հատ:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 2.Ե.1.1.  
Խորացված հարցազրույց

Ընդհանրապես ամենամեծ խնդիրը, որ ունեն լաբորատորիաները ռեսուրսների պակասն է, հին սարքավորումները և պարագաների պակասը: Մասնակիցները նշել են, որ մասնավոր լաբորատորիաները ավելի ապահովված են սարքավորումներով և պարագաներով, քան թե պետական լաբորատորիաները: Ավելին, մարզային լաբորատորիաները ցածր որակի են: Լաբորատոր մասնագետները նշել են, որ նոր սարքավորումները և պարագաները կլրացնեն լաբորատոր մասնագետների պակասը և կապահովեն լաբորատոր ծառայությունների բարձր որակը:

## **2.Ե.2. Լաբորատոր ուղեցույցներ և տեղեկատվական համակարգեր**

*Մենք ունենք Սովետի հին ուղեցույցներ. որոշ լաբորատորիաներ օգտագործում են դրանք: Իսկ որոշ լաբորատորիաներ օգտագործում են 1996-1998 թթ. հաստատված ստանդարտները: Միացյալ սնանդարտներ հաստատելու մեխանիզմ չկա:*

Լաբորատորիա 2.Ե.2.1.  
Խմբային քննարկում

*Որոշ լաբորատորիաներ օգտագործում են European Good Lab Practice [Եվրոպական լաբորատորիաների գործունեության ուղեցույցները], բայց յուրաքանչյուր լաբորատորիա ինքն է որոշում օգտագործի դա, թե՛ ոչ: Դա կառավարության կողմից չի պարտադրվում:*

Լաբորատորիա 2.Ե.2.2.  
Խմբային քննարկում

*Մինչև հիմա մենք չունենք սննդի մեր սեփական ստանդարտները [վնասակար և հանքային նյութերի կոնցենտրացիաների վերաբերյալ] Հայաստանում: Երբ մենք ստուգում ենք բանջարեղենները, մենք օգտագործում ենք այդ պահին ձեռքի տակ ունեցած ցանկացած Առավելագույն թույլատրելի կոնցենտրացիա, քանի որ չունենք [Հայաստանի ազգային] ստանդարտներ բանջարեղենների մեջ ծանր մետաղների համար: ... Մենք պետք է մշակենք մեր սեփական Առավելագույն թույլատրելի կոնցենտրացիաները տարբեր հանքային նյութերի համար, որոնք հիմա գոյություն չունեն: Կառավարությունը պետք է լուծի այս հարցը:*

Լաբորատորիա 2.Ե.2.3.  
Խմբային քննարկում

*Երբեմն աշխատանքի հաշվետվությունն ավելի երկար է տևում, քան աշխատանքը: Պոլիկլինիկայի լաբորատորիայում տվյալները գրանցվում են մատյանների և*

*հատուկ ձևերի մեջ: Ամեն ամսվա վերջում տվյալները միավորվում են տարբեր աղբյուրներից, տարբեր նպատակներով, բնակչության տարբեր խմբերի համար: Սա շատ մեծ ծավալի աշխատանք է: Հետո այս տվյալները գնում են հաշվապահություն, հետո՝ քաղաքապետարան հաջորդ ամսվա բյուջեն հաշվելու համար: Շատ բարձր է սխալների հավանականությունը: Շատ դժվար է առանձնացնել ինչ-որ ինֆորմացիա տվյալների այդ ահավոր մեծ կույտից:*

Լաբորատորիա 2.Ե.2.4.  
Խմբային քննարկում

*Մենք ամեն ինչ ձեռքով ենք անում, և դա շատ դժվար է: ... Կարծում եմ՝ պետք է աշխատել համակարգչով:*

Լաբորատորիա 2.Ե.2.5.  
Խմբային քննարկում

Ինչպես նշել են մասնակիցներից շատերը, լաբորատոր թեստերի իրականացման ուղեցույցների և ստանդարտների պակաս կա: Կլինիկական և սննդի լաբորատորիաների մասնագետները շեշտել են Առավելագույն թույլատրելի կոնցենտրացիաների ստանդարտների կարևորությունը ավելի արդյունավետ ձևով հանրության առողջությունը պահպանելու համար:

Երևանի և տարբեր մարզերի մասնագետները շեշտել են ծարաբեռնված հաշվետվության համակարգը բարելավելու կարևորությունը: Նաև առաջարկել են էլեկտրոնիզացնել տվյալների հավաքագրման, տվյալների կառավարման և հաշվետվության թղթային ներկա համակարգերը՝ աշխատուժը փոքրացնելու և սխալները նվազեցնելու նպատակով:

### **2.Ե.3. Պետական լաբորատորիաների ֆիզիկական պայմանները**

*...պետական լաբորատորիաների հիգիենիկ պայմանները խայտառակ վատ են...*

Լաբորատորիա 2.Ե.3.1.  
Խմբային քննարկում

*Մենք չենք կարող հետևել հիգիենիկ ստանդարտներին, քանի որ չունենք անհրաժեշտ ֆիզիկական պայմաններ և ֆինանսական միջոցներ:*

Լաբորատորիա 2.Ե.3.2.  
Խմբային քննարկում

Լաբորատոր մասնագետների կողմից նշված ամենալուրջ խնդիրներից մեկը պետական լաբորատորիաների ոչ պատշաճ հիգիենիկ ու ֆիզիակական պայմաններն են: Այս խնդիրը հատկապես լուրջ է մարզային պետական լաբորատորիաների համար: Մասնակիցները նշել են, որ ֆինանսական միջոցների սղության պատճառով պայանների բարելավման նախագծեր չկան:

#### 2.Ե.4. Լաբորատոր ծառայությունների որակի վերահսկողությունը

*Սննդի պետական լաբորատորիաները հնրավորություն չունեն որակյալ անալիզներ անել, որոնցով սննդամթերքը կհամապատասխանի ստանդարտներին և հնարավոր կլինի արտահանել: ... Նոր սարքավորումներ ունենալը բավական չէ: ... Մասնագետները պետք է կարողանան մեկնաբանել լաբորատոր թեստերի արդյունքները, որը աշխատանքի ամենադժվար մասն է, և ցավոք նրանք չգիտեն ինչպես դա անել:*

Լաբորատորիա 2.Ե.4.1.  
Խմբային քննարկում

*Մի քանի ամիսը մեկ սանդեպիդը ստուգում է մեր լաբորատորիայի ստերիլիզացիան, մաքրությունը և պարագաները:*

Լաբորատորիա 2.Ե.4.2.  
Խմբային քննարկում

*Նրանք [սանդեպիդը] որակի հսկողությունը շատ լավ և ճիշտ են անում:*

Լաբորատորիա 2.Ե.4.3.  
Խմբային քննարկում

*Միակ խնդիրն այն է, որ երբ ինչ-որ խնդիր են հայտնաբերում ... տուգանում են պոլիկլինիկան: Քանի որ պոլիկլինիկան միջոցներ չունի պայանները լավացնելու համար, ոչինչ չի արվում: Մյուս անգամ նրանք [սանդեպիդը] այցելում են ու նորից տուգանում: ... Հաստատությունը նախընտրում է մուծել տուգանքը, քանի որ այն ավելի էժան է, քան բարելավել պայանները:*

Լաբորատորիա 2.Ե.4.4.  
Խմբային քննարկում

*Երբ [սանդեպիդ ծառայության մասնագետները] առաջին անգամ եկան ու մեզ տուգանեցին, մեր լաբորատորիան խնդրեց, որ մեզ տան ուղեցույցներն ու ստանդարտները, որպեսզի իմանանք թե ինչ է թույլատրված և խուսափենք հաջորդ տուգանքից: Ասեցին, որ ինքներս գտնենք: Փորձեցի ինտերնետով գտնել, բայց ոչինչ չգտա: Մենք չգիտենք՝ որոնք են սանդեպիդի պահանջները լաբորատորիաներից:*

Լաբորատորիա 2.Ե.4.5.  
Խմբային քննարկում

*Ես առաջարկում եմ հիմնել ռեֆերենս լաբորատորիա, որը կվերահսկի որակը: Մենք ուզում ենք հնարավորություն ունենալ գնահատելու մեր աշխատանքի որակը:*

Լաբորատորիա 2.Ե.4.6.  
Խմբային քննարկում

*Լաբորատորիաների որակի վերահսկողության միջոցառումները պետք է արվեն գոնե տարին մեկ անգամ, որպեսզի մենք իմանանք, որ համապատասխանում ենք ստանդարտներին: Որակի ապահովման գործով պետք է զբաղվի դրսի ինչ-որ հիմնարկ: ՏԲ-ի ազգային ծրագիրը ամեն երեք ամիսը մեկ ստուգում է ՏԲ-ի թեստերի որակը՝ գնահատելով մեր աշխատանքը:*

Լաբորատորիա 2.Ե.4.7.  
Խմբային քննարկում

Որոշ մասնակիցներ կարծում են, որ ներկայումս Հայաստանում լաբորատոր թեստերը այն մակարդակի վրա չեն, որ բավարարեն անհրաժեշտ որակի ստանդարտները: Պատճառներն են թեստերի անբավարարությունը կամ մասնագիտական ներուժի պակասը:

Որոշ լաբորատոր մասնագետներ հայտնել են, որ լաբորատորիաների տեսչական ստուգումները կանոնավոր և համապատասխան ձևով կատարվում են:

Այնուամենայնիվ, լաբորատոր մասնագետների մեծ մասը կարծում է, որ տեսչական ստուգումների հիմնական նպատակը լաբորատորիան տուգանելն ու վճարումներ հավաքելն է, քան թե լաբորատորիայի պայմանների բարելավմանը աջակցելը:

Ավելին՝ մասնակիցները հայտնել են, որ տեսչական ուղեցույցները հիմնականում լաբորատորիաներին հասանելի չեն: Լաբորատոր մասնագետների մեծ մասը նշել է, որ լաբորատորիաները պետք է ավելի սերտ համագործակցեն, իսկ տեսչական ծառայությունները պետք է ունենան աջակցող վերահսկողության դեր:

Շատ լաբորատոր թեստերի որակի շարունակական վերահսկողությունը ապահովելու համար չկա ազգային ռեֆերենսային լաբորատորիա: Մասնակիցները առաջարկել են հիմնել ազգային ռեֆերենսային լաբորատորիա, այն ծառայությունների համար, որոնք դեռևս չունեն նման լաբորատորիաներ:

## 2.Ե.5. Լաբորատորիաների միջև հաղորդակցությունը և համագործակցությունը

*Այստեղ [Խմբային քննարկմանը] ես առաջին անգամ տեսնում եմ իմ գործընկերներին: Մենք ուրիշ լաբորատորիաների մասնագետներին չենք ճանաչում, նույնիսկ՝ մեր մարզում: Մենք պետք է հանդիպումներ ունենանք, քննարկենք ու կիսենք մեր [ընդհանուր] խնդիրները:*

Լաբորատորիա 2.Ե.5.1.  
Խմբային քննարկում

*Վերջերս հանդիպում էր ... նոր ռեակտիվ էին ներկայացնում և ես միակ ներկայացուցիչն էի մարզերից: Ինձ շատ հաճելի էր այսպիսի հանդիպմանը մասնակցելը և շփվել այլ բիոբիմիկ-լաբորանտների հետ:*

Լաբորատորիա 2.Ե.5.2.  
Խմբային քննարկում

*... համագործակցությունը շատ հետաքրքիր է, վերապատրաստումների ժամանակ մասնագետները հանդիպում են, փոխանակվում են մտքերով և նոր բաներ են սովորում:*

Լաբորատորիա 2.Ե.5.3.  
Խմբային քննարկում

*Մենք համագործակցում ենք շվեդական և գերմանական լաբորատորիաների հետ, բայց մեր լաբորատորիաների հետ չենք շփվում:*

Լաբորատորիա 2.Ե.5.4.  
Խմբային քննարկում

Չնայած մասնակիցները նշել են, որ լաբորատորիաների ու բուժհաստատության ներսում առաջնային օղակի այլ բուժօժանայությունների միջև ակտիվ համագործակցություն կա, տարբեր լաբորատորիաների միջև հաղորդակցության և մտքերի փոխանակության պակասը համարվում է խնդիր: Այս խնդիրը ավելի սուր է գյուղական վայրերի համար, որտեղ հանդիպումներ, կրթական ծրագրեր և մասնագիտական քննարկումներ ավելի քիչ են կազմակերպվում: Մասնավոր լաբորատորիաների մասնագետները, ովքեր ունեն տեղական և միջազգային գործընկերներ, տարբեր դաշինքների անդամներ են, համագործակցության և հաղորդակցության առումով ավելի բարվոք վիճակում են գտնվում:

### 3. Առողջության պաշտպանություն

#### 3.Ա. Օրենքներ և ենթաօրենսդրական ակտեր

*...Առողջապահական օրենսդրությունը ... այս ասպարեզը մեծ բարելավումների կարիք ունի:*

Միջազգային կազմակերպություն 3.Ա.1.  
Խմբային քննարկում

*Մենք օրենքներ և քաղաքականություններ ունենք, որոնք մնացել են սովետական համակարգից: Համարյա ոչինչ չի փոխվել:*

Միջազգային կազմակերպություն 3.Ա.2.  
Խմբային քննարկում

*Մեր օրենքների հիմնական խնդիրն այն է, որ դրանք գրված են ոչ թե բոլորի համար, այլ կոնկրետ մարդկանց շահերի համար:*

Միջազգային կազմակերպություն 3.Ա.3.  
Խմբային քննարկում

*Չեմ կարող ասել, թե մեր օրենքի մեջ կոնկրետ ինչն է աշխատում, ինչը ոչ, բայց լավ գրված օրենքներն էլ իրականում չեն աշխատում:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 3.Ա.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Անցյալում [հանրային առողջապահության] օրենքը հաստատվել է, հետո կառավարության կողմից մշակվել են ենթաօրենսդրական ակտեր, սանիտարական նորմեր և հրամաններ: Հիմա [հանրային առողջապահության] օրենքի նախագիծը նաև ներառում է բոլոր պարտավորությունները և իրավունքները, վերահսկողությունը նույնպես կարգավորվելու է այս օրենքով: Այս օրենքը ավելի մեծ դաշտ է կարգավորում, ինչպես նաև ներառում է նոր ուղղություններ: Միջազգային առողջապահական կանոնները, որոնք ընդունվել են Հայաստանի կողմից, նույնպես կազմում են այս օրենքի նախագծի մաս:*

Պետական որոշումներ կայացնող 3.Ա.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Մենք չեն կարող ասել, որ օրենքի նախագիծը կարգավորում է ամբողջ հանրային առողջապահությունն այսօր, բայց այն ներկա օրենքի համեմատ շատ ավելի լավն է: Այնպես որ ավելի լավ կլինի, նախագիծը ընդունել և հետո նրա մեջ կամաց-կամաց ուղղումներ մտցնել: Օրինակ՝ ներկա օրենքը չի կարգավորում իմունիզացիան, իսկ այս նախագիծը իմունիզացիայի հետ կապված բոլոր հարցերը կարգավորում է: Եթե, հաստատելով օրենքի նախագիծը, մենք կարողանանք թեկուզ լավացնել իմունիզացիայի ծածկույթը, դա կլինի մեջ ձեռքբերում:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 3.Ա.2.  
Խորացված հարցազրույց

*Տեսչությունը մշակել է հանրային առողջապահության մասին նոր օրենք, որը պետք է հաստատվի նախարարության կողմից: Ըստ փորձագետների` այս օրենքը չի համապատասխանում երկրի ներկայիս պահանջներին, այնպես որ պետք է այն բարելավել: Այն պետք է ավելի ընդհանրական լինի: Նախքան օրենքը հաստատելը մենք պետք է մշակենք հանրային առողջապահության ռազմավարություն և հետո հարմարեցնենք օրենքը այդ ռազմավարությանը:*

Պետական որոշումներ կայացնող 3.Ա.2.  
Խորացված հարցազրույց

*Մենք ունենք երկու տարբեր օրենքներ` հանրային առողջապահության և բուժօգնության մասին: Կարծում եմ, այս երկու օրենքները պետք է միացվեն: Միայն տեսչությունն է մասնակցում հանրային առողջապահության մասին օրենքի մշակմանը: Կարծում եմ ավելի շատ մարդիկ պետք է ընդգրկվեն այս գործընթացի մեջ: Հանրային առողջապահությունը պետք է լինի ավելին, քան սանէպիդ ծառայությունները:*

Պետական որոշումներ կայացնող 3.Ա.3.  
Խորացված հարցազրույց

*Տեսչությունը օրենք է մշակել, որը նրանք կոչում են հանրային առողջապահության օրենք, բայց դա միայն նրանց տեսչության մասին է, ինչպես ստուգել խանութները և այլն: Անձամբ ես դեմ եմ այդ օրենքին, որովհետև հանրային առողջապահությունը ավելին է, քան տեսչությունը:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 3.Ա.3.  
Խորացված հարցազրույց

Բոլոր մասնակիցները կարծում են, որ ներկայիս հանրային առողջապահության օրենսդրությունը էական բարելավումների կարիք ունի: Նրանք նշել են, որ այդ օրենքները տարանջատված են և հին: Եթե անգամ ճիշտ մշակված օրենքներ կան, նրանց ներդրումը և կիռարկումը Հայաստանի համար համարվում է լուրջ խնդիր:

Հանրային առողջապահության իրավական դաշտը բարելավելու համար ՊՀՀՏ-ի կողմից 2005 թ. մշակվել է օրենքի նախագիծ, որը կարգավորում է ավելի մեծ թվով հանրային առողջապահական գործառույթներ: Օրենքի նախագիծը ժամանակի ընթացքում վերանայվել և փոփոխվել է: Որոշ մասնակիցներ կարծում են, որ նախագիծը պետք է հաստատվի Ազգային ժողովի կողմից, իսկ հետագայում կարելի է օրենքի մեջ ուղղումներ մտցնել: Այլ մասնակիցներ կարծում են, որ այն պետք է

բարելավել և նոր միայն ներկայացնել Ազգային ժողով, քանի որ ներկա տարբերակը վերաբերում է միայն ՊՀՀՏ-ի գործառնություններին և բավականաչափ ընդհանրական չէ:

Որոշ մասնակիցներ նշել են, որ տնտեսվարողներին տեսչական այցից երեք օր առաջ տեղյակ պահելը տնտեսվարողին հնարավորություն է տալիս կոծկել անհամապատասխանությունները: Մասնակիցները կարծում են, որ սա բացասական կերպով է անդրադառնում տեսչական ծառայությունների որակի վրա:

### 3.Բ. Խոցելի խմբերի պաշտպանությունը

*Մենք չունենք որևէ առողջապահական ծրագիր որբանոցների երեխաների համար: ... Միգուցե որբանոցները իրենք ինչ-որ կազմակերպությունների կողմից իրականացվող ծրագրեր ունեն, չգիտեմ...*

Պետական որոշումներ կայացնող 3.Բ.1. Խորացված հարցազրույց

*Մենք ... խնդիր ունենք հաշմանդամ մարդկանց ստիմզայի հետ կապված: ... 2007 թ. հաշմանդամ մարդկանց համար ճանապարհների ինֆրաստրուկտուրան բարելավելու նպատակով Քաղաքաշինության նախարարությունը հաստատեց շինարարական ստանդարտներ: Շատ հաճախ հաշմանդամ մարդիկ ուշադրությունից դուրս են մնում և խտրականության են ենթարկվում: Հաճախ մարդիկ մտածում են, որ կարիք չկա ճանապարհների հետ կապված հատուկ փոփոխություններ անել, քանի որ այդ մարդիկ տանից դուրս չեն գալիս: ... Եթե այս խնդիրը քննարկվի, մարդկանց տեղեկացվածությունն ու վերաբերմունքը այս հարցի վերաբերյալ կփոխվի:*

Պետական որոշումներ կայացնող 3.Բ.2. Խորացված հարցազրույց

*Սարքերի [ծայն հանող ապարատ, աչքի պրոթեզներ, լսողական ապարատներ և այլն] ձեռք բերելու հետ կապված խնդիր չկա: Խնդիրը միայն գումարն է, որը պետք է դրանք գնելու համար:*

Պետական որոշումներ կայացնող 3.Բ.2. Խորացված հարցազրույց

*Միակ խնդիրը ֆինանսական միջոցներն են: Պետական ֆինանսները միայն բավարարում են դեղորայքի համար: Պետք է գտնել ռեսուրսներ միայնակ ծերերի համար:*

Պետական որոշումներ կայացնող 3.Բ.3. Խորացված հարցազրույց



*Կարծում եմ, որ հոգեբանական ծառայություններ պետք է լինեն բժշկության տարբեր ոլորտներում, նույնիսկ՝ վիրահատական բաժանմունքներում:*

Հոգեբուժական ծառայություն 3.Բ.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Պետությունը երաշխավորում է բոլոր հոգեբուժական ծառայությունները, և մենք ապահովված ենք շատ լավ դեղերով: ... Հիմա մենք շատ լավ դեղեր ունենք հոգեկան հիվանդություններով մարդկանց համար:*

Հոգեբուժական ծառայություն 3.Բ.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Հայաստանում հոգեկան առողջության ինստիտուտ չկա: Որպես հայեր մենք դա փոխարինում ենք բամբասանքով:*

Բնակչություն 3.Բ.1.  
Խմբային քննարկում

*...ստիզման մեծ խնդիր է: Հայաստանում մարդիկ չեն դիմում հոգեբույժի, քանի որ հոգեկան հիվանդությունների նկատմամբ ստիզմա կա: ... Մինչև բժշկի դիմելը, հայերը գնում են բախտ նայողի մոտ, մոմ թափողի մոտ, վախ չափողի մոտ: Հետո երբ վիճակը սրվում է, նոր գնում են բժշկի:*

Հոգեբուժական ծառայություն 3.Բ.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Եթե դիմենք հոգեբանի, մարդիկ կասեն, որ մենք գիժ ենք:*

Բնակչություն 3.Բ.2.  
Խմբային քննարկում

Հաշմանդամ մարդկանց համար կա պետության կողմից ֆինանսավորվող վերականգնողական ծրագիր, որը նրանց ապահովում է անվճար ապարատներով և սարքերով: Ինչևիցե, մասնակիցները նշել են, որ ֆինանսական միջոցները չեն բավարարում բոլոր հաշմանդամ մարդկանց և ծերերի կարիքները հոգալու համար: Այս խոցելի խմբերին ակտիվ կյանք վերադարձնելու համար հանրապետության ռեսուրսները չեն բավարարում: Որոշ մասնակիցներ նաև նշել են, որ որբանոցներում բնակվող երեխաների համար չկա որևէ առողջապահական ծրագիր:

Հոգեբուժական ծառայությունները ընդգրկված են Հիմնական ծառայությունների փաթեթի մեջ, այդ թվում՝ թանկարժեք դեղորայքը, որը վերականգնում է հոգեկան հիվանդություններով տառապող մարդկանց սոցիալական ակտիվությունը:

Այնուամենայնիվ, մասնակիցները հայտնել են, որ հոգեբանական ծառայությունները մատչելի չեն բնակչության և խոցելի խմբերի կարիքները բավարարելու համար:

Մասնակիցների մեծ մասի կարծիքով հոգեկան հիվանդություններով, որոշ վարակիչ հիվանդություններով (օրինակ՝ տուբերկուլյոզ) տառապող մարդկանց և հաշմանդամների հանդեպ գոյություն ունի խարան/խտրականություն, որի պատճառով մարդիկ ուշ են օգտվում բուժօժանայություններից: Դա վերաբերվում է նաև այն մարդկանց, ովքեր օգտվում են հոգեբանի ծառայություններից:

Մասնակիցները նշել են, որ որոշ դեպքերում մարդիկ հոգեկան խնդիրների բուժման համար նախընտրում են օգտվել ավանդական մեթոդներից:

#### 4. Արտակարգ իրավիճակներին պատրաստվածություն

##### 4.Ա. Արտակարգ իրավիճակներին արձագանքման նախագծերը և ներուժը

*Բոլոր արտակարգ իրավիճակների համար մենք ունենք գործողության պլան: Մենք ունենք գործողության պլան երկրաշարժերի, ջրհեղեղների, խիստ թունավոր նյութերով թունավորումների, ատոմակայանի վթարի և այլ իրավիճակների համար: ... Ամեն մի պլանը նախատեսում է գործողություններ բոլոր շահագրգիռ կողմերի համար, այդ թվում՝ կառավարության:*

Պետական որոշումներ կայացնող 4.Ա.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Տվյալները հավաքելու երկու համակարգ կա: Մի համակարգը հավաքում է տվյալները ամեն օր: Այս տվյալները օգտագործվում են հաջորդ տարվա պլանավորման համար: Մյուս համակարգը հավաքում է տվյալները, եթե ինչ-որ խնդիր է առաջանում. այս դեպքում մենք հավաքում ենք տվյալները հաջորդ արտակարգ իրավիճակին պատրաստվելու համար, հետո վերլուծում ենք տվյալները արտակարգ իրավիճակի պլան մշակելու համար:*

Պետական որոշումներ կայացնող 4.Ա.1.  
Խորացված հարցազրույց

*1988 թ. երկրաշարժի ժամանակ գործողությունների պլան չկար, և մենք տարբեր երկրներից ստացանք շատ մեծ քանակի օգնություն: Ինչևիցե, այս երկրներից ստացված ծածկոցների թիվը կարող էր գերազանցել պահանջը երկու-երեք անգամ, իսկ վրանները բավարար չէին: Հիմա, ելնելով նախորդ փորձից, մենք արտակարգ իրավիճակի համար հաշվարկել ենք բոլոր անհրաժեշտ ռեսուրսների թիվը:*

Պետական որոշումներ կայացնող 4.Ա.1.  
Խորացված հարցազրույց

Ըստ արտակարգ իրավիճակների փորձագետի՝ տարբեր արտակարգ իրավիճակների համար գոյություն ունեն գործողությունների նախագծեր, որոնք ներառում են արտակարգ իրավիճակի նկարագրությունը, փրկակար գործողությունները, արտակարգ իրավիճակների համաճարակաբանական հսկողության և վերականգնման համակարգերը: Համաճարակաբանական հսկողության համակարգերը ներառում են առողջության, եղանակի, շենքերի, աշխարհագրական տեղակայման և այլ անհրաժեշտ տեղեկատվության հսկողությունը: Հնարավոր արտակարգ իրավիճակներին արձագանքելու նպատակով գործարաններից հավաքագրվում են թունավոր նյութերի արտազատման վերաբերյալ տվյալներ:

Ըստ փորձագետի՝ Արտակարգ իրավիճակների նախարարությունը արձագանքման նախագծերի համար նաև հաշվարկում է անհրաժեշտ ռեսուրսների ծավալը, որը ամեն տարի կրկին վերահաշվարկվում է: Սա հնարավորություն կտա խուսափել 1988 թ. երկրաշարժի ընթացքում թույլ տված սխալներից:

#### 4.Բ. Արտակարգ իրավիճակների տեղեկատվական համակարգերը

*Մենք ունենք արտակարգ իրավիճակների դեպքում տեղեկատվություն տարածելու համակարգ: Մենք ունենք հեռուստատեսային հաղորդում և հատուկ թերթ, որը տեղեկացնում է հանրությանը, թե ինչ պետք է անել արտակարգ իրավիճակների դեպքում: Բայց կուզեինք հանրությանը տեղեկացնելու մեթոդները բարելավել: Մենք հիմա աշխատում ենք այդ ուղղությամբ:*

Պետական որոշումներ կայացնող 4.Բ.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Մենք որոշ ծրագրեր ենք արել Հայկական կարմիր խաչի հետ երկրաշարժերի, հրդեհների պարտաստվածության վերաբերյալ և այլն: Բայց սա դպրոցական ծրագրի մաս չէր կամ պաշտոնական կրթական ծրագիր: Ղա շատ փոքր ազդեցություն ունեցավ դպրոցներում: Աշակերտները և ուսուցիչները տեղյակ չեն, թե ինչ պետք է անել արտակարգ իրավիճակի դեպքում:*

Պետական որոշումներ կայացնող 4.Բ.2.  
Խորացված հարցազրույց

*... որոշ դասեր [արտակարգ իրավիճակների պատրաստվածության վերաբերյալ]*

*դասավանդվում են դարձնում ռազմագիտության ժամին: Մի քանի անգամ նման դասեր արվել են: Բացի արտակարգ իրավիճակների պատրաստվածությունից աշակերտները նաև անցնում են առաջին բուժօգնության դասեր:*

Բնակչություն 4.Բ.1.  
Խմբային քննարկում

*Ոչ ես, ոչ էլ երեխաներս չենք մասնակցել [արտակարգ իրավիճակների պատրաստվածության վերաբերյալ] դասերի:*

Բնակչություն 4.Բ.2.  
Խմբային քննարկում

*... բոլոր մադրիկ պետք է անցնեն արտակարգ իրավիճակների պատրաստվածության կրթական դասընթացներ: Բայց դա անհնար է միանգամից կազմակերպել հանրապետության բոլոր ծայրերում: ... Մենք դա կազմակերպում ենք բարձր ռիսկի խմբերի համար, օրինակ՝ ատոմակայանի կամ թունավոր նյութեր արտադրող գործարանների շրջակայքում ապրող մարդկանց համար:*

Պետական որոշումներ կայացնող 4.Բ.1.  
Խորացված հարցազրույց

*1-10 գնահատման համակարգով ես մեր արտակարգ իրավիճակների պատրաստվածությունը կգնահատեի 2:*

Առաջնային բուժօղակ 4.Բ.1.  
Խմբային քննարկում

*Եթե անգամ մենք [առաջնային բուժօգնության բժիշկները] ասենք, որ պատրաստված ենք [արտակարգ իրավիճակների համար], դրանք դատարկ խոսքեր են: ... Իրական արտակարգ իրավիճակում բոլորը իրար երեսի կնայեն, ու ոչ ոք չի իմանա ինչ անել:*

Առաջնային բուժօղակ 4.Բ.2.  
Խմբային քննարկում

Հայաստանի բնակչության համար գործող արտակարգ իրավիճակների տեղեկատվական համակարգը ներառում է հեռուստատեսություն և լրագիր մամուլ: Ինչևիցե, քայլեր են ձեռնարկվում ավելի արդյունավետ ձևով բնակչությանը տեղեկատվություն հասցնելու համար, հատկապես՝ մարզերում:

Հետազոտությանը մասնակցած բնակիչների մեծ մասը նշել է, որ արտակարգ իրավիճակներին բավարար չափով պատրաստված չէ, և դրանց վերաբերյալ կրթական ծրագրերի մեջ ընդգրկված չէ: Մասնակիցները նշել են, որ անց են

կացվում որոշ կրթական ծրագրեր, սակայն հիմնականում բարձր ռիսկի խմբերի համար և որոշ դպրոցների աշակերտների համար (սակայն դպրոցական ծրագրի մաս չեն կազմում): Առաջնային բուժօղակի բժիշկների մեծ մասը հայտնել է, որ այդ օղակի բժիշկները պատրաստված չեն արտակարգ իրավիճակներին:

#### **4.Գ. Արտակարգ իրավիճակների արձագանքման լաբորատոր ներուժը**

*Արտակարգ իրավիճակների համար մեր երկրում շատ լաբորատորիաներ կան: ... Լաբորատորիաներից մեկը պատասխանատու է քիմիական նյութերի, շրջակա միջավայրում ռադիոակտիվ նյութերի գնահատման համար ... այս լաբորատորիան համագործակցում է այլ լաբորատորիաների հետ, նաև սանէպիդ լաբորատորիաների հետ, Գյուղատնտեսության նախարարության լաբորատորիաների, պետական ստանդարտների և այլ մասնավոր լաբորատորիաների հետ: Մենք սիստեմատիկ պրոտոկոլ ունենք ... գնահատելու համար մեր խնդիրները և մշակելու համար այդ խնդիրներին արձագանքելու ծրագրեր:*

Պետական որոշումներ կայացնող 4.Գ.1. Խորացված հարցազրույց

Ըստ արտակարգ իրավիճակների փորձագետի՝ Արտակարգ իրավիճակների նախարարությունը ունի նախագիծ, որը նախատեսված է լաբորատորիաների միջև արտակարգ իրավիճակներում անհրաժեշտ համագործակցություն հաստատելու համար: Այսպիսի կենտրոնական համագործակցության լաբորատորիաներից մեկը պատասխանատու է շրջակա միջավայրում ռադիոակտիվ նյութերի գնահատման համար, լաբորատորիաների տվյալների հավաքագրման գործընթացը համակարգելու համար, ինչպես նաև խնդիրների գնահատման և անհրաժեշտ պատասխան քայլեր մշակելու համար:

#### **4.Դ. Արտակարգ իրավիճակներին արձագանքման համար անհրաժեշտ մարդկային ռեսուրսները և վերապատրաստումները**

*Ես չեմ հավատում, որ մենք [արտակարգ իրավիճակների կառավարման] մասնագետների պակաս ունենք: Մենք ունենք Արտակարգ իրավիճակների կառավարման ակադեմիա, որտեղ ... կարելի է ստանալ բարձր գիտական աստիճաններ: ... Մենք ունենք ոլորտի երիտասարդ և տարիքով մասնագետներ: ... Արտակարգ իրավիճակների վերապատրաստումները և վարժանքները կանոնավոր*

*կերպով արվում են [մասնագետների համար]: ... Մեր նոր մասնագետները [արտակարգ իրավիճակների կառավարման] ստանում են երեք ամսվա վերապատրաստում, երբ նշանակվում են պաշտոնի, հետագայում աշխատելու ընթացքում նորից անցնում են դասընթացներ: ... Մենք միշտ փորձում ենք լավացնել:*

Պետական որոշումներ կայացնող 4.Դ.1.  
Խորացված հարցազրույց

Արտակարգ իրավիճակների վերահսկողության ասպարեզում աշխատում են տարբեր կոչումների և մասնագիտությունների տեր մարդիկ: Արտակարգ իրավիճակների վերահսկողության վերաբերյալ կրթություն կարելի է ստանալ ակադեմիայում: Հետագայում աշխատանքի ընդունվելուց առաջ մասնագետները անցնում են եռամսյա վերապատրաստման դասընթացեր, այնուհետև՝ շարունակական վերապատրաստումներ, որոնք ներառում են վարժանքներ և միջազգային կազմակերպությունների հետ համագործակցության արդյունքում կազմակերպված կրթական ծրագրեր:

#### **4.Ե. Արտակարգ իրավիճակների կառավարման ոլորտի համագործակցությունը և ապագա բարելավումները**

*Մենք միայն նախարարությունների հետ չի որ համագործակցում ենք, այլ նաև ամեն նախարարության հատուկ քաղաքացիական պաշտպանության բաժնի հետ: Մենք համագործակցում ենք բոլոր գերատեսչությունների, մարզպետարանների և տեղական գերատեսչությունների հետ: ... Մենք համագործակցում ենք նաև շատ միջազգային կազմակերպությունների հետ, որոնք կապ ունեն արտակարգ իրավիճակների հետ: Նաև ՀԿ-ների հետ: Համագործակցության մեջ խնդիրներ չունենք: Համակարգը շատ մեծ է և ունի շատ ոլորտներ և գործառույթներ: Աստիճանական բարելավման համար ժամանակ և ռեսուրսներ են պետք:*

Պետական որոշումներ կայացնող 4.Ե.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Մեր երկրում անհրաժեշտ է զարգացնել «արտակարգ իրավիճակների բժշկությունը», որն ընդունված է այլ երկրներում: ... «արտակարգ իրավիճակների բժշկությունը» դա այն է, երբ մասնագետները նախօրոք նշանակված են, սարքավորումները և ռեսուրսները արդեն պատրաստ են, և անհրաժեշտության դեպքում թիմը անմիջապես կարող է արձագանքել:*

Պետական որոշումներ կայացնող 4.Ե.1.  
Խորացված հարցազրույց

Արտակարգ իրավիճակների նախարարությունը արտակարգ իրավիճակներին արձագանքման նպատակով համագործակցում է տարբեր պետական և միջազգային կազմակերպությունների հետ, տեղական ՀԿ-ների հետ, ինչպես նաև համակարգում է տարվող աշխատանքները: Ոլորտի բարելավման նպատակով Արտակարգ իրավիճակների փորձագետը առաջարկել է Հայաստանում հիմնել *արտակարգ իրավիճակների բժշկությունը*, որը նվազեցնում է արձագանքման համար պահանջվող ժամանակը և բարձրացնում է պատասխան միջոցառումների արդյունավետությունը: *Արտակարգ իրավիճակների բժշկությունը* նախօրոք կազմակերպում է արձագանքման թիմերը, ռեսուրսները և հստակ սահմանում է թիմի անդամների պարտավորությունները:

**5. Հիվանդությունների կանխարգելում և առողջ ապրելակերպի խթանում/քարոզչություն**

**5.Ա. Հիվանդությունների կանխարգելում**

<p><b>Կանխարգելիչ ծառայությունների տրամադրումը</b></p> <p><i>Հիմա շատ ռեսուրսներ են տրվում և աշխատանքներ են տարվում առաջնային բուժօգնության ծառայությունները բարելավելու համար, օրինակ՝ ընտանեկան բժիշկների և բուժքույրերի վերապատրաստումները: Չնայած որ սովետական շրջանում սկրինինգները շատ լավ էին կազմակերպվում, պոլիկլինիկայի բժիշկները այնքան ուշադրություն չէին դարձնում առողջ ապրելակերպին, որքան՝ հիմա: Հիմա բժիշկները ավելի շատ կրթություն են ստացել, թե ինչպես աշխատել բնակչության հետ: Միգուցե դա դեռ բավական չէ, բայց առաջընթաց կա:</i></p> <p style="text-align: right;">Պետական որոշումներ իրականացնող 5.Ա.1. Խմբային քննարկում</p> <p>[Առողջապահության] <i>նախարարությունը ունի երկու ֆունկցիա՝ բուժօգնություն և հանրային առողջապահություն: Բուժօգնության սպասարկման բաժինը երբեք հանրային առողջապահությամբ չի զբաղվի, քանի որ նրանք մասնագիտացած են [անհատի] բուժման մեջ և հետաքրքրված չեն կանխարգելմամբ:</i></p> <p style="text-align: right;">Պետական որոշումներ իրականացնող 5.Ա.2. Խմբային քննարկում</p> <p><i>Մեր բժիշկները պետք է նաև քարոզեն առողջ ապրելակերպ և կանխեն հիվանդությունները, ոչ թե միայն բուժեն...</i></p> <p style="text-align: right;">Միջազգային կազմակերպություն 5.Ա.1. Խմբային քննարկում</p>
--

*Բայց մեր փորձից ելնելով՝ մեր բուժաշխատողները դեռ պատրաստ չեն բնակչությանը տրամադրեն տեղեկատվություն [հիվանդությունների կանխարգելման վերաբերյալ], քանի որ դեռ չեն հասկանում, որ կանխարգելումը ավելի արդյունավետ է, քան՝ բուժումը:*

Միջազգային կազմակերպություն 5.Ա.2.  
Խմբային քննարկում

---

### **Կանխարգելիչ ծառայությունների օգտագործումը**

*Հիվանդները բժշկի են գնում, երբ դանակը հասնում է ոսկորին: ... Մեր ազգի մեջ սովորություն չկա բժշկի դիմել կանխարգելիչ ստուգումների համար և ... հետո հայերը նաև գիտեն, որ դա փող արժի:*

Բնակչություն 5.Ա.1.  
Խմբային քննարկում

*[Կանխարգելման համար] մենք միայն պատվաստում ենք մեր երեխաներին: Մեծահասակները համարյա անհնար է, որ դիմեն բժշկի կանխարգելման համար, քանի որ միայն այցը արժի 5000 դրամ: Ո՞վ կարող է այդքան փող վճարել ամեն անգամ:*

Բնակչություն 5.Ա.2.  
Խմբային քննարկում

---

### **Նախաձննդյան խնամք**

*Մենք հղիների վաղ ընդգրկման խնդիր ունենք: Մերտիֆիկատի ծրագրի ներդրումից հետո ընդհանուր ընդգրկվածությունը մեծացել է, բայց վաղ ընդգրկումը շատ չի փոխվել: ... Խնդիրներից մեկը հանրության ցածր տեղեկացվածությունն է: ... Մենք փորձել ենք դա բարձրացնել՝ հղիներին տեղեկացնելով հնարավոր ծառայությունների մասին: ... Հնարավոր է նաև դա անել [բարձրացնել վաղ ներգրավումը]՝ հզորացնելով մայրության դպրոցները*

Պետական որոշումներ կայացնող 5.Ա.1.  
Խորացված քննարկում

---

### **Կանխարգելիչ ծառայությունների համեմատական առավելությունները**

*[Կանխարգելելով հիվանդությունները] կարելի է ավելի էժան կերպով հասնել լավ արդյունքի, թույլ չտալ, որ հիվանդություն առաջանա. եթե հիվանդությունը առաջանա բուժումը ավելի թանկ կնստի: Մեր պաշտոնյաներից շատերը սա չեն հասկանում, և երբեմն շատ դժվար է նրանց բացատրել կանխարգելման կարևորությունը:*

Մասնագիտացված կրթություն 5.Ա.1.  
Խմբային քննարկում



*Ես ուզում եմ մեջբերել Առողջապահության նախարարության մասնագետների խոսքերը, երբ մենք նրանց հետ խոսում էինք հանրային առողջապահության և կանխարգելման մասին. «Արժի արդյո՞ք թողնել, որ 280000 հիվանդներ մահանան հիվանդանոցներում, ու դրա փոխարեն զբաղվել այն մարդկանց հիվանդությունները կանխելով, որոնք կարող է ապագայում հիվանդանան»:*

Միջազգային կազմակերպություն 5.Ա.3.  
Խմբային քննարկում

*... մեր առաջին քայլը պետք է լինի [առողջության վերաբերյալ] կրթությունը վաղ տարիքից: ... Առողջությունը շատ արժեքավոր բան է և շատ դժվար է այն վերականգնել բուժման միջոցով: Ավելի հեշտ է կանխել հիվանդությունը և պահպանել առողջությունը:*

Պետական որոշումներ կայացնող 5.Ա.2.  
Խորացված քննարկում

---

### **Բուժզննում (սկրինինգ)**

*Մասսայական սկրինինգներ չկան մեր երկրում, քանի որ ֆինանսներ չունենք:*

Միջազգային կազմակերպություն 5.Ա.4.  
Խմբային քննարկում

*Եթե սկրինինգները անվճար լինեին, շատ մարդիկ կդիմեին: [Մեր օրինակում] շատ մարդիկ դիմեցին սկրինինգի և հիվանդությունները հայտնաբերվեցին, բայց սկրինինգի ծրագիրը բավարար չէ, քանի որ դրանից հետո մարդիկ պետք է գնան Երևան և բուժվեն, որը փողի պատճառով համարյա երբեք չի արվում: Մարդիկ անգամ տրանսպորտի փող չունեն:*

Բնակչություն 5.Ա.3.  
Խմբային քննարկում

*Մեր համակարգի խնդիրը վաղ ախտորոշումն ու կանխարգելումն է: Անհրաժեշտ է ներդնել ծրագիր վաղ մանկական տարիքի խանգարումները հայտնաբերելու համար: Այս ծրագիրը թղթի վրա է, բայց դեռ չի հաստատվել: ... Դժվար է պաշտոնյաներին համոզել առողջական խնդիրների հայտնաբերման համար փող տրամադրել:*

Պետական որոշումներ կայացնող 5.Ա.3.  
Խորացված քննարկում

*... եթե մենք սկրինինգի ծրագիր անենք ու դիագնոզ դնենք, բայց բուժման համար օգնություն չտրամադրենք, սա ոչ արդյունավետ է, ոչ էլ՝ բարոյական: Սկրինինգից հետո պետությունը պետք է հետագա լուծումներ առաջարկի:*

Միջազգային կազմակերպություն 5.Ա.5.  
Խմբային քննարկում

**Իմոկանխարգելում**

*Իմունիզացիայի ծրագիրը առաջընթաց ունի, բայց ծածկույթի հետ կապված խնդիր կա: Երբեմն ծնողները չեն հասկանում, թե որքան կարևոր է իմունիզացիան:*

Պետական որոշումներ կայացնող 5.Ա.4.  
Խորացված քննարկում

*Մենք բանտարկյալների համար իմունիզացիա չունենք, վերջին 7 տարիների ընթացքում կարող են ասել, որ այդպիսի ծրագիր չի եղել: Բայց երկու տարի առաջ դիֆթերիայի դեմ պատվաստում արեցինք, երբ երկրում մասիվ պատվաստում էր արվում: Ի՞նչ հիվանդությունների դեմ պատվաստենք բանտարկյալներին: Միզուցե հեպատիտ B-ի, հաստատ չգիտեն: Համենայն դեպս հիմա չենք անում:*

Պետական որոշումներ կայացնող 5.Ա.5.  
Խորացված քննարկում

Ըստ մասնակիցների, չնայած որ առողջապահության համակարգում կանխարգելման առումով որոշ առաջընթաց կա, համակարգը հիմնականում ապահովում է անհատական բժշկական ծառայություններ: Մասնագետները չեն գիտակցում կանխարգելման ծառայությունների առավելությունները: Բժիշկների շրջանում խրախուսման մեխանիզմների բացակայությունը հանգեցնում է ներկա իրավիճակին:

Մասնակիցները նշել են, որ բժշկական ծառայություններից օգտվողները նույնպես չեն գիտակցում կանխարգելիչ բժշկության կարևորությունը և չեն ընկալում այսպիսի ծառայությունների վրա միջոցներ ծախսելու առավելությունները: Դրա փոխարեն ռեսուրսները ծախսվում են արդեն առաջացած ծանր վիճակների և հիվանդությունների բուժման նպատակով: Կանխարգելիչ ծառայություններից չօգտվելու պատճառներից մեկը կանխիկ վճարումներն են:

Բոլոր մասնակիցները նշել են, որ արդյունավետ կանխարգելիչ ծառայությունների միջոցով կանխարգելելով հիվանդությունները կամ նվազեցնելով հիվանդությունների ծանրությունը, կարելի է նվազեցնել առողջապահական ծախսերը և հիվանդությունների արդյունքում առողջապահության համակարգի վրա ընկած բեռը՝

հիվանդացությունը և մահացությունը: Այնուամենայնիվ, ըստ մասնակիցների, շատ դժվար կլինի պետական պաշտոնյաներին համոզել միջոցներ հատկացնել կանխարգելիչ ծառայությունների համար, երբ դրա հաջողությունը չափվում է հիվանդության բացակայությամբ, այնինչ բուժական ծառայությունները հասկանալի ավելի հեշտ է, քանի որ դրա արդյունքը ավելի տեսանելի է:

Մասնակիցները հայտնել են, որ բուժզննման ծրագրերը սահմանափակ են ֆինանսական ռեսուրսների սղության պատճառով, չնայած որ ցանկություն կար մեծացնելու այդ ծրագրերի ծավալը բնակչության և բարձր ռիսկի խմբերի համար: Մասնակիցները նաև շեշտել են բուժզննման միջոցով վաղ փուլում հայտնաբերված հիվանդությունների և վիճակների արդյունավետ բուժման մատչելիության կարևորությունը:

Մասնակիցները նշել են, որ չնայած իմունիզացիայի ծրագիրը բավականին հաջողված է, ծրագրի ծածկույթը կարելի է ընդլայնել: Մասնակիցներից մեկը ցածր ծածկույթը բացատրել է ծնողների անբավարար տեղեկացվածությամբ, պատվաստանյութերի նկատմամբ գոյություն ունեցող վստահության պակասով և իմունիզացիայի վերաբերյալ շրջանառվող թյուր կարծիքներով:

Բանտարկյալները կանոնավոր կերպով պատվաստումներ չեն ստանում: Սակայն բանտային համակարգ մտնելուց առաջ նրանք անցնում են վարակիչ հիվանդությունների բուժզննում: Որոշ քրեակատարողական հիմնարկներում բուժզննման հիմնական խնդիրը ֆյուրոգրաֆիայի ապարատի պակասն է: Ինչպես բնակչության համար, այնպես էլ բանտարկյալների համար խարանը մի շարք հիվանդությունների նկատմամբ, ինչպիսիք են ՏԲ-ն և ՁԻԱՀ-ը, խնդիր է:

Ըստ փորձագետներից մեկի՝ նախածննդյան խնամքի խնդիրը հղիների վաղ ընդգրկումն է: Այս խնդիրը պայմանավորող գործոններից մեկը հղիների ցածր տեղեկացվածությունն է նախածննդյան խնամքի մեջ վաղ ընդգրկման կարևորության

մասին: Այս խնդրի լուծման եղանակներից մեկը մայրության դպրոցների հզորացումն է, որը կարող էր բարձրացնել հղիների տեղեկացվածությունը:

## 5.Բ. Առողջ ապրելակերպի խթանում/քարոզչություն

### Առողջ ապրելակերպի քարոզչության հովանավորները

*Առողջ ապրելակերպի քարոզչության ծրագրերը հիմնականում արվում են միջազգային կազմակերպությունների կողմից: Պետությանը սա բավարարում է և, հետևաբար, պետությունը հետաքրքրված չէ առողջ ապրելակերպի քարոզչության ազգային ծրագիր մշակելու մեջ:*

Միջազգային կազմակերպություն 5.Բ.1.  
Խմբային քննարկում

*[Առողջ ապրելակերպի խթանման/քարոզչության] գործողությունները շատ կտրտված, հեղհեղուկ և նորից լիովին դոնորներից կախված են: Օրենքով առողջության քարոզչության գործառույթները դրված են առաջնային բուժօգնության բժշկի վրա, բայց նա չի անում, որովհետև դրա համար ոչ խրախուսական մեխանիզմներ կան, ոչ էլ՝ այլ շահագրգռող միջոցառումներ:*

Միջազգային կազմակերպություն 5.Բ.2.  
Խմբային քննարկում

*Առողջ ապրելակերպի քարոզչությունը արվում է միջազգային կազմակերպությունների կողմից, բայց դրանք սպորադիկ են և արվում են որոշ ծրագրերի և թեմաների շրջանակներում, օրինակ՝ իմունիզացիայի ծրագրի կամ թռչնի գրիպի: Սրանք մշտական ծրագրեր չեն, այլ՝ կարճատև, իսկ առողջ ապրելակերպի քարոզչությունը պետք է շարունակական լինի:*

Միջազգային կազմակերպություն 5.Բ.3.  
Խմբային քննարկում

*Առողջ ապրելակերպի քարոզչությունը [Առողջապահության նախարարության կողմից] այսօր վատ է արվում:*

Միջազգային կազմակերպություն 5.Բ.4.  
Խմբային քննարկում

---

### Տարածվող տեղեկատվության հավաստիությունը

*Հիմա ոչ ոք պատասխանատու չէ առողջ ապրելակերպի ծրագրերի հսկողության համար: Ով ուզի կարող է սովորեցնել բնակչությանը առանց անհրաժեշտ գիտելիքների, օրինակ՝ լրագրողները կարող են սխալ ինֆորմացիա տարածել լրատվությամբ և խուճապ առաջացնել: Այս իրավիճակը պետք է վերահսկվի:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 5.Բ.1.  
Խորացված հարցազրույց

*ՀԿ-ները, որոնք ընդգրկված են առողջ ապրելակերպի քարոզչության մեջ ... հաճախ տարածում են սխալ տեղեկություններ: Ես տեսել եմ առողջ ապրելակերպի վերաբերյալ մի բուկլետ, որը հաստատվել էր Առողջապահության նախարարության կողմից և տպվել էր բնակչության համար: Այն ուներ ակնհայտ սխալներ: Բուկլետում գրված էր, որ հեպատիտը տարածվում է օդակաթիլային ուղով: Ես շոկի մեջ էի, քանի որ սա կառավարության կողմից հաստատված բուկլետ էր:*

Միջազգային կազմակերպություն 5.Բ.5.  
Խմբային քննարկում

*Պետք է համագործակցել մասնագետների հետ կրթական նյութերի ինֆորմացիայի որակը վերահսկելու համար:*

Միջազգային կազմակերպություն 5.Բ.6.  
Խմբային քննարկում

**Առողջապահական տեղեկատվությունը տարածող շահագրգիռ կողմերը**

*Մենք [առաջնային բուժօգնության մասնագետները պոլիկլինիկաներից] ժամանակ չունենք մեր հիվանդների հետ խոսելու համար: Մենք շատ ուրիշ անելիքներ ունենք: Չնայած որ պրոտոկոլով դա մեր պարտավորությունն է, մենք բավարար ժամանակ չունենք, որ ամեն ինչ անենք: Կարծում եմ ավելի ճիշտ կլինի ծնողներին խթանելով հավաքել և քննարկումներ կազմակերպել: Ոչ բոլորը, բայց որոշ պոլիկլինիկաներ դա անում են: Նաև որոշ թեմաներ, օրինակ՝ սեռական առողջությունը, զգայուն թեմաներ են:*

Առաջնային բուժօղակ 5.Բ.1.  
Խմբային քննարկում

*Ընտանեկան բժիշկները լավ ռեսուրս են առողջ ապրելակերպ իրականացնելու համար:*

Միջազգային կազմակերպություն 5.Բ.4.  
Խմբային քննարկում

*Առողջ ապրելակերպի քարոզչության համար մենք պետք է աշխատենք զանգվածային լրատվամիջոցների հետ, որոնք պարտավորություն ունեն հեռուստատեսության և թերթերի միջոցով տեղեկատվությունը հասցնել հանրությանը, և երբմեն դա իրոք արվում է: Մենք չունենք այս գործընթացը կանոնակարգող մեխանիզմներ կամ գործակալություն:*

Միջազգային կազմակերպություն 5.Բ.7.  
Խմբային քննարկում

... [Առողջ ապրելակերպի խթանման] գործողությունների կեսը կարող են անել

*առաջնային օղակի բժիշկները: Մնացած մասը պետք է արվի զանգվածային լրատվամիջոցների միջոցով, որովհետև մարդիկ բժշկին հաճախ չեն տեսնում, իսկ տեղեկատվությունը կայուն ձևով պետք է մատուցվի: Ավելի արդյունավետ է նույն տեղեկատվությունը տարբեր աղբյուրներից ստանալ:*

Միջազգային կազմակերպություն 5.Բ.3.  
Խմբային քննարկում

*Ես կարծում եմ, որ դպրոցը առողջ ապրելակերպի համար ավելի մեծ դեր ունի երեխայի վրա, քան ծնողը: Ծնողի խորհուրդը առողջ ապրելակերպի վերաբերյալ երեխան չի ընդունում:*

Բնակչություն 5.Բ.1.  
Խմբային քննարկում

---

### **Հոգեկան և հոգեբանական խնդիրները քրեակատարողական համակարգում**

*Հոգեկան խնդիրները քրեակատարողական համակարգի սթրեսային պայմաններում շատ լուրջ խնդիր են: Առաջարկություն կար ներդնել հոգեկան առողջության ծրագրեր քրեակատարողական համակարգում, բայց դրա համար չգտնվեցին ֆինանսական միջոցներ: Այս ծրագրի ներդնան համար պետք են միջազգային դոնորներ:*

Պետական որոշումներ կայացնող 5.Բ.1.  
Խորացված հարցազրույց

Մասնակիցների մեծ մասը նշել է, որ առողջ ապրելակերպի քարոզչությունը հիմնականում իրականացվում է միջազգային կազմակերպությունների կողմից, սակայն դրանք էպիզոդիկ են և կարճատև: Սահմանափակ ֆինանսների, մարդկային ռեսուրսների, ինչպես նաև վատ սահմանված դերերի և պարտավորությունների պատճառով, պետական հովանու տակ եղած առողջ ապրելակերպի խթանման ծրագրերը սահմանափակ են: Որոշ մասնակիցներ մտավախություն են հայտնել տարածվող տեղեկատվության հավաստիության և այդ տեղեկատվության որակի ապահովման վերահսկողության հետ կապված:

Մասնակիցները համաձայնվել են, որ առողջության առաջնային պահպանման բուժաշխատողների գործառույթների մեջ մտնում է առողջ ապրելակերպի խթանումը, ինչևիցե, մասնակիցները նաև նշել են, որ բուժաշխատողների

ծանրաբեռնվածությունը, ժամանակի և ռեսուրսների սահմանափ լինելը այս մասնագետներին հնարավորություն չի տալիս անհրաժեշտ ձևով այս ծառայությունը մատուցել, չնայած որ բժշկական խորհրդատվություն որոշ չափով արվում է և միաժամանակ բաժանվում են որոշ կրթական նյութեր: Ըստ որոշ մասնակիցների՝ խրախուսման մեխանիզմների պակասը նույնպես լուրջ խնդիր է այս բուժաշխատողների կողմից առողջ ապրելակերպի միջոցառումներ կազմակերպելու հարցում:

Մասնակիցները հայտնել են, որ տեղեկատվություն հաղորդելու գլխավոր միջոցը զանգվածային լրատվամիջոցներն են, բայց հաղորդագրությունների որակը և հավաստիությունը պահանջում է Առողջապահության նախարարության ակտիվ ներգրավվումը և գործընթացի վերահսկողության ապահովումը:

*Առողջ ապրելակերպ* դասընթացի շրջանակներում աշակերտները ստանում են առողջության վերաբերյալ տեղեկատվություն: Մասնակիցների մեծամասնությունը ողջունել է այս նախաձեռնությունը: Ինչևհետե, մասնակիցները նշել են, որ կան առողջության վերաբերյալ բազմաթիվ հարցեր և թեմաներ, օրինակ՝ ծերացումը, սեռական առողջությունը և սնուցումը, որոնց մասին մարդիկ կցանկանային լրացուցիչ տեղեկատվություն ստանալ:

Մասնակիցներից մեկը նշել է, որ անհրաժեշտ է հոգեկան առողջության խթանման վերաբերյալ տեղեկատվության տրամադրել հատկապես սթրեսային պայամաններում գտնվող բնակչության ռիսկի խմբերին, օրինակ՝ բանտարկյալներին և կալանավորներին: Ֆինանսական ռեսուրսների անբավարարության պատճառով ներկայումս քրեակատարողական հիմնարկներում նման քայլեր չեն արվում, ինչպես նաև չեն իրականացվում ՏԲ-ի և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելմանն ուղղված առողջ ապրելակերպի ծրագրեր:

Ոստիկանությունը տրամադրում է անվտանգ երթևեկության վերաբերյալ քարոզչություն զանգվածային լրատվամիջոցներով և մանկական ծրագրերի միջոցով: Ինչևիցե, այս ծրագրերի շրջանակներում անհրաժեշտ է համագործակցել Առողջապահության և Կրթության և գիտության նախարարությունների հետ, որը ներկայումս բավարար մակարդակի վրա չէ:

## 6. Անհատական և համայնքային բուժժառայությունների որակի և արդյունավետության գնահատում

*Եթե նայենք որակի ապահովման մեխանիզմներին, ապա կտեսնենք, որ դրանք հիմնականում հիմնված են ներդրումների ցուցանիշների վրա: Ցավոք սրտի, արդյունքի ցուցանիշների վրա հիմնված որակի ապահովումը զարգացած չէ մեր երկրում: Մենք պետք է կարևորենք ընթացքի և արդյունքի ցուցանիշների վրա հիմնված որակի ապահովումը: Օրինակ՝ եթե մենք մեծ գումար ենք տրամադրում լրիվ նոր շենք կառուցելու համար, բայց չունենք արդյունք, ես կասեի որ սա ֆինանսների անհմատ վատնում է: Չնայած որ մենք ունենք արդյունքի մասին ցուցանիշներ և կանոնավոր գնահատումներ ենք անում այս ցուցանիշների հիման վրա, ցավոք սրտի, այս գործընթացը կենտրոնացած է տվյալների հավաքագրման վրա:*

Պետական որոշումներ կայացնող 6.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Անհրաժեշտ է ներդնել որակի ապահովման տարրական սկզբունքներ...*

Միջազգային կազմակերպություն 6.1.  
Խմբային քննարկում

*Առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումների ծրագիրը ունի որակի ապահովման մեխանիզմ և այն աշխատում է: Բայց հենց որ ծրագիրը ավարտվի, որակի ապահովման մասն էլ կավարտվի:*

Պետական որոշումներ կայացնող 6.2.  
Խորացված հարցազրույց

Մասնակիցներից մեկը նշել է, որ Հայաստանում առողջապահական ծառայությունների որակի ապահովումը հիմնված չէ արդյունքի ցուցանիշների վրա, այնինչ հանրային առողջության վրա առողջապահական ծառայությունների ունեցած ազդեցությունները հասկանալու համար անհրաժեշտ է չափել արդյունքի ցուցանիշները: Նաև նշվել է, որ որակի ապահովման գաղափարը և դրա չափման



եղանակները զարգացած չեն Հայաստանի առողջապահական համակարգում:  
Որակի ապահովման որոշ ծրագրեր, որոնք ֆինանսավորվում են միջազգային կազմակերպությունների կողմից, դադարեցնում են իրենց գործունեությունը միջազգային ֆինանսավորման ավարտից հետո:

**7. Հանրային առողջապահության և անհատական բուժօգնության բարձրակարգ աշխատուժի ապահովում**

**7.Ա. Հանրային առողջապահությունը բժշկական կրթական հաստատությունների ուսումնական ծրագրերում**

*Մենք [կրթական հաստատությունները] մեր ԲՈՒՀ-ական ծրագրերում առանձին հանրային առողջապահության ծրագիր չունենք, բայց ունենք որոշ առարկաներ, որոնք մտնում են Ընդհանուր բժշկության և Անասնաբուժության ծրագրերի մեջ:*  
Պետական որոշումներ կայացնող 7.Ա.1. Խորացված հարցազրույց

*Հանրային առողջապահությունը [Երևանի պետական բժշկական համալսարանում] մտնում է բոլոր ֆակուլտետների ուսումնական ծրագրի մեջ: ... Մեր հանրային առողջապահության ծրագիրը տարբերվում է Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Հանրային առողջապահության մագիստրոսի ծրագրից: Մենք ունենք հանրային առողջապահության կառավարման հատուկ ամբիոն (Սոց-մեդ): Ունենք նաև Վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանության և Մանուկների ու մեծահասակների հիգիենայի ամբիոններ... մեր բոլոր ուսանողները այս երեք ամբիոններում անցնում են ցիկլային դասեր:*  
Մասնագիտացված կրթություն 7.Ա.1. Խորացված հարցազրույց

*ԵՊԲՀ-ն ունի որոշ առարկաներ՝ հիգիենա, սոց.հիգիենա և համաճարակաբանություն, բայց դրանք ՀԱ առարկաներ չեն:*  
Միջազգային կազմակերպություն 7.Ա.1. Խմբային քննարկում

*Երևանի պետական բժշկական համալսարանը պատրաստում է բժիշկներ, ովքեր չեն ... հասկանում, ... թե ինչ է հանրային առողջապահությունը:*  
Պետական որոշումներ կայացնող 7.Ա.2. Խորացված հարցազրույց

*Հանրային առողջապահության բաժինը Առողջապահության ազգային ինստիտուտում հիմնադրվել է 2007 թ. հունիսին և այն ունի 15 ամբիոններ: ... Կարող եմ ասել, որ հանրային առողջապահությունը ամբողջությամբ մտնում է մեր կրթական*

ծրագրի մեջ...

Մասնագիտացված կրթություն 7.Ա.2.  
Խորացված հարցազրույց

*Հանրային առողջապահության բարձրագույն կրթություն կարելի է ստանալ միայն Առողջապահության ազգային ինստիտուտում և Հայաստանի ամերիկյան համալսարանում, բայց նույնիսկ այդ երկու հաստատությունները համեմատելի չեն: Առողջապահության ազգային ինստիտուտի կրթական ծրագիրը չի համապատասխանում միջազգային չափորոշիչներին: Նրանք դասավանդում են նկարագրողական համաճարակաբանություն, որը հիմնականում կլինիկական ուղղվածություն ունի...*

Միջազգային կազմակերպություն 7.Ա.1.  
Խմբային քննարկում

*Մենք չունենք հանրային առողջապահության դպրոց, բացի Հայաստանի ամերիկյան համալսարանից: Հայաստանում ոչ մի ինստիտուտ չի տրամադրում Հանրային առողջապահության մագիստրոսի ծրագիր, բացի` Հայաստանի ամերիկյան համալսարանից:*

Պետական որոշումներ կայացնող 7.Ա.1.  
Խորացված հարցազրույց

*... Ոչ մի համեմատություն չես կարող անել Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Հանրային առողջապահության մագիստրոսի ծրագրի հետ, ոչ որակի առումով, ոչ էլ` առարկաների քանակի ու բազմազանության:*

Միջազգային կազմակերպություն 7.Ա.1.  
Խմբային քննարկում

*... Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի [Հանրային առողջապահության մագիստրոսի ծրագրի] առարկաները հիմնված են միջազգային ստանդարտների և ծրագրերի վրա և այնքան էլ օգտակար չեն մեր իրականության համար: Միզուցե պետք է դրանք հարմարեցնել Հայաստանի կարիքներին:*

Միջազգային կազմակերպություն 7.Ա.2.  
Խմբային քննարկում

*[Լաբորատոր թեստերի արդյունքները մեկնաբանելու մեջ Լաբորատոր մասնագետների դժվարանալու] պատճառը ոչ լիարժեք կրթությունն է: Մենք նաև չունենք բավարար պատրաստված մասնագետներ սննդի որակը ստուգելու համար:*

Լաբորատորիա 7.Ա.1.  
Խմբային քննարկում

Հանրային առողջապահության որոշ էլեմենտներ ներգրավված են բժշկական, անասնաբուժական և բուժքույրական կրթական ծրագրերում<sup>†</sup>: Երևանի պետական բժշկական համալսարանի հանրային առողջապահության առարկաներն են՝ հանրային կառավարում (սոց-բժշկություն), համաճարակաբանություն (վարակիչ հիվանդությունների նկարագրողական համաճարակաբանություն) և ընդհանուր հիգիենա: Սոց-բժշկության ցիկլային պարապմունքների ընթացքում բոլոր երեք ֆակուլտետների (ընդհանուր բժշկություն, դեղագիտություն և ատամնաբուժություն) ուսանողները ուսումնասիրում են առողջապահության համակարգի կառուցվածքը, ստանում են նվազագույն գիտելիքներ բժշկական վիճակագրության և ոչ վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանության վերաբերյալ: Ընդհանուր հիգիենային ցիկլային պարապմունքների ընթացքում բոլոր ուսանողները ծանոթանում են շրջակա միջավայրի և մանուկների, դեռահասների և մեծահասակների հիգիենային առնչվող առողջական հարցերին: Ըստ որոշ մասնակիցների՝ այդ ցիկլային դասաժամերը չեն անդրադառնում հանրային առողջապահության ժամանակակից խնդիրներին և հիմնված չեն հանրային առողջապահության ժամանակակից մեթոդների վրա: Երևանի պետական բժշկական համալսարանը նախատեսում է ներդնել Հանրային առողջապահության մագիստրոսի ծրագիր:

Առողջապահության ազգային ինստիտուտը առաջարկում է հանրային առողջապահության հետդիպլոմային ծրագիր: Առողջապահության ազգային ինստիտուտում կա առանձին հանրային առողջապահության բաժին, որը կազմված է հետևյալ 15 ամբիոններից՝ սոց-հիգիենա, հանրային առողջապահության կառավարում և ղեկավարում, հանրային առողջապահության տնտեսագիտություն և ֆինանսավորում, համաճարակաբանություն, ընդհանուր հիգիենա, միկրոբիոլոգիա, արտակարգ իրավիճակների բժշկություն, դեղագործություն և կլինիկական դեղագործություն և ընտանեկան ատամնաբուժություն: Չնայած որոշ մասնակիցներ

---

<sup>†</sup> Պարզաբանում՝ Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Հանրային առողջապահության մագիստրոսի ծրագրի ներկայացուցիչները չեն մասնակցել որպես հարցվողներ շահագրգիռ կողմերի ուսումնասիրության ժամանակ, քանի որ իրենք այս ուսումնասիրության համահեղինակներն են: Սա արվել է, հնարավոր շահերի բախումից խուսափելու համար:

նշել են, որ հանրային առողջապահության բաժինը անդրադառնում է բոլոր հանրային առողջապահական հարցերին, մյուսները նշել են, որ ուսումնական ծրագիրը չի համապատասխանում արդի հանրային առողջապահության միջազգային ստանդարտներին:

Հայաստանի ամերիկյան համալսարանը առաջարկում է Հանրային առողջապահության մագիստրոսի ծրագիր: Չնայած որ Հանրային առողջապահության մագիստրոսի ծրագիրը ժամանակակից մեթոդների վրա հիմնված լավ կազմակերպված բարձորակ ծրագիր է, որոշ մասնակիցներ կարծում են, որ ծրագրի որոշ առարկաներ չեն համապատասխանում երկրի պահանջներին:

Հանրապետությունում անասնաբուժական կրթություն կարելի է ստանալ Հայաստանի պետական ագրարային համալսարանում: Այս համալսարանի կրթական ծրագիրը անդրադառնում է հանրային առողջապահության հետևյալ ոլորտներին՝ սննդի անվտանգություն, հիմնականում կենդանական ծագման սննդի վերահսկողություն (միս և մսամթերք, կաթ և կաթնամթերք, ձուկ, ձու, մեղր և սունկ), զոոնոզ և անթրոպոզոոնոզ վարակիչ հիվանդությունների բռնկումների վերահսկողություն: Ըստ սննդի լաբորատորիաների մի քանի մասնագետների՝ որոշ լաբորատոր մասնագետներ դժվարանում են լաբորատոր արդյունքները մեկնաբանել: Այս խնդիրը պայմանավորված է կրթության ընթացքում այս հարցերին բավարար չափով չանդրադառնալու հանգամանքով:

Պետական բուժքույրական ծրագիրը մեծ ուշադրություն է դարձնում առաջնային կանխարգելման և առողջության առաջնային պահպանման հարցերին:

Բուժքույրական ուսումնական ծրագիրը ներառում է հանրային առողջապահությանը առնչվող Ընդհանուր հիգիենայի և էկոլոգիայի սկզբունքներ առարկան:

## 7.Բ. Կրթական ծրագրերի որակի վերահսկողությունը

*Մենք [Բազային բժշկական քոլեջը] ունենք մեթոդոլոգիական բաժին, որը վերահսկում է կրթական պրոցեսի որակը. դասալսումներ են անում, կազմակերպում*

*են դասավանդման մեթոդների մասին դասեր և քննարկումների աշխատողների համար: Նաև հարցաշարերի միջոցով ուսանողներն են գնահատում կուրսերն ու լեկցիաները: Մենք ամեն տարի ընդհանուր գնահատում ենք անում և հետո, արդյունքներից ելնելով, անհրաժեշտ փոփոխություններ ենք անում:*

Մասնագիտացված կրթություն 7.Բ.1.  
Խորացված հարցագրույց

*Մենք [Առողջապահության ազգային ինստիտուտը] կազմակերպում ենք դասալսումներ և քննարկումներ: Բայց չենք կարող ասել, որ սա որակի հսկողություն է: ... Ղասախոսությունների մեջ կառուցվածքային փոփոխություններ արվում են ամեն 3-4 տարին մեկ՝ ինստիտուցիոնալ գնահատման արդյունքների հիման վրա, որը բաղկացած է դասախոսությունների դասալսումներից, ամբիոնի վարիչների հետ դասախոսությունների որակի մասին քննարկումներից և այլ միջոցներից:*

Մասնագիտացված կրթություն 7.Բ.2.  
Խորացված հարցագրույց

*Մենք [Երևանի պետական բժշկական համալսարանը] մշակել ենք ցուցանիշներ դասախոսությունների որակը գնահատելու համար: Կուրսերը գնահատում են նաև ուսանողները: Այս որակի գնահատման ցուցանիշները օգտագործվում են ամբողջ համալսարանում, և բաժանվում են չորս խմբի՝ կրթական-մեթոդալոգիական, գիտական, կլինիկական և հանրային:*

Մասնագիտացված կրթություն 7.Բ.3.  
Խորացված հարցագրույց

*Մենք [Կրթության և գիտության նախարարությունը] ունենք հատուկ պահանջներ համալսարանների ակրեդիտացիայի համար: Նրանք պետք է համապատասխանեն բոլոր պետական պահանջներին, որոնք շատ խիստ են: Ամեն 2-3 տարին մեկ կրթական հաստատությունները թարմացնում են իրենց լիցենզիաները, որը տրամադրում է Կրթության և գիտության նախարարության Լիցենզավորման բաժինը, իսկ ամեն հինգ տարին մեկ նրանք անցնում են հավատարմագրման գործընթաց:*

Պետական որոշումներ կայացնող 7.Բ.1.  
Խորացված հարցագրույց

Երևանի պետական բժշկական համալսարանում, Առողջապահության ազգային ինստիտուտում և Բազային քույրական քոլեջում կան կուրսերի և դասախոսությունների որակի վերահսկման մեխանիզմներ: Նաև գոյություն ունի պետական հավատարմագրման գործընթաց՝ կրթական հաստատությունների որակը ապահովելու համար:

**7.Գ. Հանրային առողջապահության մասնագետների աշխատանքի տեղավորման գործընթացը**

**Աշխատանքի տեղավորման մեխանիզմների բացակայությունը**

*Երկրում կա մի ընդհանուր խնդիր: Ղա այն է, որ մասնագետները ավարտելուց հետո պետք է իրենք գտնեն իրենց համար աշխատանք: Պետությունը այս հարցում չի օգնում:*

Մասնագիտացված կրթություն 7.Գ.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Մենք [Առողջապահության ազգային ինստիտուտը] մեր շրջանավարտների վերաբերյալ տվյալների բազա չունենք: Մենք գիտենք միայն նրանց մասին, ովքեր աշխատում են մեր բաժնում կամ մեզ մոտ ասպիրանտուրա են անում կամ աշխատում են այնպիսի կազմակերպությունների հետ, որոնք մեզ հետ համագործակցում են: Մենք նրանց գործի չենք տեղավորում, դա շրջանավարտի գործն է, որի համար բաժինը պատասխանատու չէ:*

Մասնագիտացված կրթություն 7.Գ.2.  
Խորացված հարցազրույց

*Մենք [Երևանի պետական բժշկական համալսարանը] չունենք մեր շրջանավարտների հետագա կարիերայի և նրանց հաջողությունների մասին սիստեմատիկ տեղեկություններ: Բայց պլանավորում ենք ապագայում ստեղծել այսպիսի համակարգ: Մեր բաժինը նպատակ ունի կազմակերպել շրջանավարտների ասոցիացիա և կարիերայի կենտրոն:*

Մասնագիտացված կրթություն 7.Գ.3.  
Խորացված հարցազրույց

**Պետական ոլորտի ցածր փոխհատուցումները (աշխատավարձեր)**

*Կան [հանրային առողջապահության] թափուր պետական պաշտոններ, բայց նրանք, ովքեր փորձ ունեն և լավ կրթություն, ուզում են երկրից գնալ: ... Մենք կորցնում ենք լավագույն մասնագետներին, ովքեր ավարտել են Երևանի պետական բժշկական համալսարանը, Առողջապահության ազգային ինստիտուտը և Հայաստանի ամերիկյան համալսարանը: ... այստեղ աշխատավարձերը շատ ցածր են, և մեր լավ կրթություն ստացած մասնագետների հետաքրքրությունները և հնարավորությունները չեն համապատասխանում [երկրի] հնարավորություններին:*

Միջազգային կազմակերպություն 7.Գ.1.  
Խորացված հարցազրույց

*... հանրային առողջապահության մասնագետների գործի տեղավորումը շատ վատ է արվում: Հայաստանի հանրային առողջապահության պետական սեկտորի ցածր*

աշխատավարձերի պատճառով և նրա պատճառով, որ մասնագետները չափից ավելի որակավորված են, Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի շրջանավարտները, ովքեր փայլուն կարող էին աշխատել Հայաստանի պետական համակարգում, աշխատում են տարբեր միջազգային կազմակերպություններում այստեղ կամ դրսում՝ որպես կոորդինատորներ և ղեկավարներ: Միջազգային կազմակերպությունների աշխատանքային պահանջները բավարարում են Ամերիկյան համալսարանի Հանրային առողջապահության մագիստրոսի ծրագրի շրջանավարտների գիտելիքների և ունակությունների մակարդակին:

Մասնագիտացված կրթություն 7.Գ.1.  
Խորացված հարցազրույց

Հայաստանի ամերիկյան համալսարանը ... ավարտում են շատ բարձրորակ հանրային առողջապահության մասնագետներ: Խնդիրը նրանց հետագա տեղաբաշխումն է: Նրանք աշխատում են Առողջապահության նախարարությունից դուրս, ոչ թե ներս: Պատճառներից մեկը պետական ցածր աշխատավարձերն են: Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Հանրային առողջապահության մագիստրոսի մասնագետները շատ մրցունակ են, հետևաբար լավ վարձատրվող աշխատանքներ են գտնում միջազգային կազմակերպություններում և ՀԿ-ներում: Նրանց ազգային առողջապահական համակարգի մեջ ընդգրկելու ազգային ռազմավարություն չկա:

Պետական որոշումներ կայացնող 7.Գ.1.  
Խորացված հարցազրույց

Մենք լուրջ խնդիր ունենք մասնագետների քանակի հետ կապված [Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչությունում]: Մենք որոշ մասնագետների պակաս ունենք: Հիմնական խնդիրը ցածր աշխատավարձն է և մեծ աշխատանքային ծանրաբեռնվածությունը: Երիտասարդ մասնագետները չեն ուզում այստեղ աշխատել: Դեպքեր են եղել, երբ նրանք եկել են այստեղ, մի որոշ ժամանակ աշխատել են, հետո գտել են ավելի լավ վարձատրվող աշխատանք:

Պետական որոշումներ իրականացնող 7.Գ.1.  
Խորացված հարցազրույց

Մենք բավարար [սննդի տեսչության] մասնագետներ չունենք: Պատճառը փողն է: Մենք սահմանափակ բյուջե ունենք....

Պետական որոշումներ կայացնող 7.Գ.2.  
Խորացված հարցազրույց

Հանրային առողջապահության մասնագետների ընդգրկվածությունը հանրային առողջապահության պետական համակարգում

Մեր ոլորտում մենք բոլորս իրար շատ լավ ենք ճանաչում, և եթե պետք է, աշխատողներ ենք ընդունում մեր ընկերներից կամ ծանոթներից: ... Հայաստանը ծանոթությունների երկիր է: «Ծանոթությունը» մեր երկրում մեր աստվածն է: Մեր

*ոլորտում մենք ժամանակ և ռեսուրսներ չունենք անծանոթ մարդկանց ընտրելու համար [այս պաշտոններում]:*

Տեղական ՀԿ 7.Գ.1.  
Խմբային քննարկում

*Մարդիկ ոչ թե աստիճանաբար աճում են և իրենց կարիերայում հասնում են ինչ-որ մակարդակի, այլ միանգամից ծանոթով պաշտոնի են անցնում:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 7.Գ.2.  
Խորացված հարցազրույց

*... Քաղաքացիական ծառայողների ընտրության մեջ մեծ դեր ունի հայկական ծանոթությունը: Սա դրական է այն մասնագետների համար, ովքեր արդեն լավ և կայացած մասնագետ են և առանց մրցակցության կարող են ընդունվել աշխատանքի, սա դրական է [անհատական] մասնագիտական աճի համար:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 7.Գ.3.  
Խորացված հարցազրույց

*Մարզպետները տալիս են [առողջապահության ղեկավարների] պաշտոնները իրենց ընկերներին՝ առանց հաշվի առնելու աշխատանքի պահանջները և ուղեցույցները: ... դրա համար մեծ թվով բարձրորակ առողջապահության ղեկավարներ, ովքեր ավարտում են Առողջապահության ազգային ինստիտուտը մնում են անգործ, իսկ ովքեր աշխատում են, որակավորված չեն:*

Միջազգային կազմակերպություն 7.Գ.2.  
Խմբային քննարկում

Ըստ մասնակիցների՝ հանրային առողջապահության հետ առնչվող կրթական հաստատությունները չունեն աշխատանքի տեղավորման պաշտոնական կենտրոն, չնայած որ երբեմն, հիմնականում ոչ պաշտոնական կերպով, տվյալներ են տրամադրում հնարավոր աշխատատեղերի մասին: Մասնակիցները նշել են, որ այս հաստատությունները չունեն իրենց շրջանավարտների հետագա աշխատանքային գործունեության վերաբերյալ տվյալների բազա: Նրանք տեղեկանում են շրջանավարտների աշխատանքային կարգավիճակի մասին անձնական հարաբերությունների կամ կապերի միջոցով: Որոշ մասնակիցներ նշել են, որ նախատեսում են իրենց համալսարանում հիմնել շրջանավարտների ռեգիստր և տեղեկատվական կենտրոն:



Ըստ մասնակիցների՝ պետական կրթական հաստատությունները և Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Հանրային առողջապահության մագիստրոսի ծրագիրն ավարտող լավագույն շրջանավարտները աշխատում են Հայաստանում միջազգային կազմակերպություններում կամ դուրս են գալիս երկրից ավելի բարձր աշխատավարձ և հնարավորություններ առաջարկող պաշտոններում աշխատելու համար: Որոշները մեկնում են Հայաստանից դոկտորական աստիճան ստանալու համար: Ըստ մասնակիցների՝ հանրային առողջապահության ամենաորակյալ մասնագետները չեն դիմում պետական աշխատանքների կամ չեն մնում այդ պաշտոններում ցածր աշխատավարձերի և անբավարար աշխատանքային պայմանների պատճառով:

Մասնակիցները նշել են, որ պետական աշխատանքները շատ հաճախ տրվում են ոչ թե ելնելով մասնագիտական արժանիքներից, այլ՝ անձնական կապերի շնորհիվ:

### 7.Դ. Հանրային առողջապահության մարդկային ռեսուրսները

#### Մարդկային ռեսուրսների պլանավորումը

*Կարծում են, որ մարդկային ռեսուրսների պլանավորում չկա: Ես ուրախ եմ, որ Առողջապահության նախարարությունը հիմա դա համարում է առաջնահերթություն, և շուտով արդյունքները կտեսնենք:*

Պետական որոշումներ կայացնող 7.Դ.1. Խորացված հարցազրույց

*Պետք է գնահատել աշխատանքի շուկան, որը երբեք չենք արել, դա շատ կարևոր է: Մենք չգիտենք, թե որևէ ոլորտում կամ մասնագիտությամբ քանի մասնագետի կարիք ունենք:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 7.Դ.1. Խորացված հարցազրույց

*Հանրային առողջապահության մասնագետներին պետական համակարգի մեջ գրավելու ազգային ռազմավարություն չկա: Դա չի համապատասխանում երկրի ներկա պահանջներին:*

Պետական որոշումներ կայացնող 7.Դ.2. Խորացված հարցազրույց

*Նրանք [պետական պաշտոնյաները] պետք է գնահատեն երկրի աշխատանքային*

*պահանջները: Պետք է ունենալ հստակ աշխատանքի նկարագրություններ՝ ով, որտեղ և ինչ պետք է անի:*

Միջազգային կազմակերպություն 7.Դ.1.  
Խմբային քննարկում

---

### **Մասնագետների պահանջը**

*... Մեր երկրում կա հանրային առողջապահության մասնագետների կարիք:*

Մասնագիտացված կրթություն 7.Դ.1.  
Խմբային քննարկում

*Հիմա մենք չունենք բավարար թվով հանրային առողջապահության լավ մասնագետներ, որոնք կարող են ճիշտ ձևով լուծել [հանրային առողջապահության] խնդիրները: Կլինիցիստներ շատ ունենք, բայց նրանք լավ չեն հասկանում հանրային առողջապահությունը:*

Միջազգային կազմակերպություն 7.Դ.2.  
Խմբային քննարկում

*Հանրային առողջապահությունը զարգացած չէ երկրում, և գյուղական վայրերում ընդհանրապես չկան հանրային առողջապահության ծրագրեր: Հանրային առողջապահության մասնագետների համար բավարար պաշտոններ չկա, բայց հանրային առողջապահության ոլորտում անելիքներ շատ կան:*

Միջազգային կազմակերպություն 7.Դ.3.  
Խմբային քննարկում

---

### **Մասնագետների նեգրավվումը և ոլորտում նրանց հետագա պահպանումը**

*Շրջանավարտները չեն հետաքրքրվում հիգիենայով և հանրային առողջապահությամբ: Ընտրում են այնպիսի մասնագիտություններ, որտեղ փող կա: Կլինիկայում եկամուտը ավելի շատ է: Մենք ուսանողներին հանրային առողջապահության բաժիններ դիմելու համար [հետդիպլոմային ուսուցման նպատակով] խրախուսելու եղանակներ չունենք:*

Մասնագիտացված կրթություն 7.Դ.2.  
Խմբային քննարկում

*Ամեն տարի մեկ կամ երկու շրջանավարտ ունենալը բավական չէ: Ամեն տարի մենք [Երևանի պետական բժշկական համալսարանը] հիգիենայի և սանիտարական ամբիոններում ունենում ենք հինգ շրջանավարտ: Հիմա բոլոր երեք ամբիոնները միասին ունեն 4 օրդինատոր, և նրանցից երկուսը չեն աշխատում հանրային առողջապահության ոլորտում: Ի՞նչ ենք անելու 10 տարի հետո: ...*

*Առողջապահության ազգային ինստիտուտը նույնպես պատրաստում է հանրային առողջապահության մասնագետներ, բայց դա բավական չէ: Մենք մասնագետների մեծ պահանջ ունենք:*

Մասնագիտացված կրթություն 7.Դ.3.  
Խմբային քննարկում

*Երևանի պետական բժշկական համալսարանը այլևս չունի սանիտարական ֆակուլտետ: Ո՞վ է մեզ փոխարինելու: Առողջապահության նախարարությունը ասում է, որ կրթությունը մեր գործը չէ: Նրանք պլանավորում են Ընդհանուր բժշկության ֆակուլտետի վերջին տարվա ուսանողներին հնարավորություն տալ ընտրել իրենց նեղ մասնագիտացումը: Բայց ո՞վ կըտրի էպիդեմիոլոգիան կամ կդառնա սանիտարական բժիշկ: Ոչ ոք: Այսպես մենք ստիպված երևանի պետական համալսարանի շրջանավարտներին կընդունենք: ... Անհայտ որակի ինստիտուտներն ավարտած «նոր բժիշկները» կզան մեզ հետ աշխատելու:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 7.Դ.2.  
Խորացված հարցազրույց

*Միգրացիոն մենք ունենք որոշ կրթական հաստատություններ, որոնք տալիս են սննդի մասնագետներ, բայց փաստորեն մենք այս ոլորտում բարձրորակ մասնագետներ չունենք: ... մենք այս ոլորտում բարձրորակ մասնագետների կարիք ունենք:*

Միջազգային կազմակերպություն 7.Դ.4.  
Խմբային քննարկում

*Բժշկական համալսարանն ավարտելուց հետո, մարդիկ չեն ուզում մանկաբուժության օրդինատուրա գնալ: Պետության կողմից ֆինանսավորվում է միայն ընտանեկան բժշկության օրդինատուրան: Պետք է մշակել պետական քաղաքականություն օրդինատորներին մանկաբուժության ոլորտ բերելու համար: Ծննդատների 30%-ում նեոնատոլոգների միջին տարիքը 60 և ավել է:*

Պետական որոշումներ կայացնող 7.Դ.3.  
Խորացված հարցազրույց

*...մենք [վիճակագրության բաժին] նոր և բարձրորակ անձնակազմի կարիք ունենք ... ես կուզենայի ունենալ ավելի երիտասարդ, էնտուզիաստիկ մասնագետներ, անգլերենի լավ իմացությամբ: Իմ բաժնում մասնագետների միջին տարիքը 50 տարեկան է, և ոչ ոք չկա, որ նրանց փոխարինի թոշակի անցնելուց հետո: Լավ կլիներ լինելին մարդիկ, ովքեր մեզ կփոխարինեն թոշակի անցնելուց հետո:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 7.Դ.3.  
Խորացված հարցազրույց

*Մենք ունենք բուժաշխատողների պակաս [բանտերում], մասնավորապես՝ մարզերում: Բանտերի համար չկա մարդկային ռեսուրսների պլանավորման ազգային ռազմավարություն: Մարդիկ չեն ուզում գալ և աշխատել այստեղ, քանի որ աշխատավարձը ցածր է:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 7.Դ.4.  
Խորացված հարցազրույց

-----  
Հանրային առողջապահության մեջ ընտանեկան բժիշկների գործունեությունը

*Ընտանեկան բժիշկների պարտավորությունների մեջ մտնում է համայնքի, դպրոցների, կազմակերպությունների հետ աշխատելը և այլն: Բայց այս բոլոր գործառույթները հնարավոր չէ անել:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 7.7.5.  
Խմբային քննարկում

*[Բաղաքային վայրերում ընտանեկան բժշկության ձախողման] պատճառն այն է, որ մարդիկ ավելի սովոր են գնալ նեղ մասնագետի մոտ, քան թե թերապևտի կամ ընտանեկան բժշկի, քանի որ քաղաքներում ավելի շատ ընտրություն կա հիվանդների համար և ծառայություններն ավելի զարգացած են:*

Պետական որոշումներ կայացնող 7.7.4.  
Խորացված հարցազրույց

*Առաջնային օղակի բուժաշխատողները ունեն շատ պարտավորություններ, բայց քիչ ժամանակ: Ինչպե՞ս կարող են նրանք որակ ապահովել: Մասնագետները բավարար ժամանակ չունենք: Դրա համար էլ շատ կոպիտ են պահում իրենց բնակչության հետ: ... Մենք պետք է ինչ-որ ժամանակի կառավարման մոդել ներդնենք:*

Առաջնային բուժօղակ 7.7.1.  
Խմբային քննարկում

*Եթե մենք հարցնենք ընտանեկան բժիշկներին, նրանք կասեն, որ շատ զբաղված են: Եթե լսենք [առողջապահության համակարգի] ֆինանսավորման մասնագետներին, նրանք կպնդեն, որ նրանք այդքան էլ զբաղված չեն: Իրականում ընտանեկան բժիշկները վճարվում են ըստ սպասարկով բնակչության թվաքանակի: Անկախ նրանից, թե հիվանդը դիմում է ծառայանք, թե ոչ, ընտանեկան բժիշկը ստանում է ֆիքսված աշխատավարձ: Նրանց աշխատանքը խրախուսելու մոտիվացիա չկա:*

Միջազգային կազմակերպություն 7.7.1.  
Խմբային քննարկում

*Կարևոր է խրախուսել ընտանեկան բժիշկներին օգտագործել իրենց գիտելիքները պրակտիկայում: Անհրաժեշտ է ստեղծել այնպիսի խրախուսման մեխանիզմներ, որոնք կստիպեն ընտանեկան բժիշկներին կանխարգելել հիվանդությունները:*

Միջազգային կազմակերպություն 7.7.5.  
Խմբային քննարկում

---

### **Լաբորատոր մասնագետների աշխատանքային ծանրաբեռնվածությունը**

*Չեմ կարծում, որ աշխատողների թիվը բավականաչափ մեծ է: Մեր սպասարկվող բնակչությունը շատ մեծ է, իսկ աշխատողները՝ քիչ: Չնայած մեր աշխատանքային ժամը վերջանում է 15:00-ին, և բոլոր աշխատողները գնում են հիվանդանոցից, լաբորատոր աշխատողները մնում են մինչև 17:00-ը կամ 18:00-ը: Օր է եղել, որ ես գնացել եմ 19:00-ին: ... կարծում եմ մեզ պետք են ավելի շատ աշխատողներ:*

Լաբորատորիա 7.7.1.

Խմբային քննարկում

*Որպեսզի մենք վերջացնենք մեր բոլոր գործերը, մենք պետք է ավելի երկար մնանք լաբորատորիայում: Հետո ... Պետական առողջապահական գործակալությունը ասում է, որ անհնար էր այսքան անալիզները անել մեկ ամսում, ու մեզ չի վճարում: ... մենք անվճար ենք աշխատում [այս լրացուցիչ ժամերի համար]:*

Լաբորատորիա 7.Դ.2.

Խմբային քննարկում

*Հիվանդների հոսքը աճել է: Դրա համար աշխատողները ավելի երկար են մնում, որ բոլոր անալիզները հասցնեն անել: Ամսվա վերջում Պետական առողջապահական գործակալությունը ասում է, օրինակ՝ չի մուծելու 3 մլն դրամ [այս աշխատանքի համար], քանի որ մենք այլանը գերակատարել ենք: ... ժողովների ժամանակ փոխանակ մեզ գովելու նրա համար, որ մենք լրացուցիչ գործ ենք արել, մեզանից պահանջում են, որ ավելի քիչ անալիզներ անենք: Բայց մենք չենք կարող ինչ-որ մեկին մերժել, եթե նա ուղեգիր ունի:*

Լաբորատորիա 7.Դ.3.

Խմբային քննարկում

*Մենք փաստաթղթի տեսքով աշխատանքային գրաֆիկ չունենք: Որոշ լաբորատոր թեստերի համար արյան անալիզ վերցնելու ժամանակը շատ կարևոր է, ... մեզ պետք է գրաֆիկ, ֆիքսված թվով թեստեր ֆիքսված ժամերին անելու համար:*

Լաբորատորիա 7.Դ.4.

Խմբային քննարկում

## Բուժքույրերի դերը

*... եթե նայենք միջազգային փորձին, կտեսնենք, որ բուժքույրերը ստանում են ավելի ծավալուն կրթություն և ունեն շատ պարտավորություններ: Այստեղ մեր բուժքույրերը միայն սրսկումներ են անում և սանիտարական ստուգումներ:*

Հոգեբուժական ծառայություն 7.Դ.1.

Խորացված հարցազրույց

Մասնակիցները նշել են, որ ներկայումս հանրային առողջապահության աշխատուժի նախագծման ազգային ռազմավարություն չկա: Չեն իրականացվում հանրային առողջապահության մասնագետների ներկա և ապագա պահանջների մոնիտորինգ և կանխատեսումներ: Մասնակիցները առաջարկել են, որ մարդկային ռեսուրսների ազգային նախագիծը կամ ռազմավարությունը պետք է մշակել՝ հաշվի առնելով հանրային առողջապահության ապագայում փոփոխվող պահանջները:

Մասնակիցները նշել են, որ հանրային առողջապահության դեռևս չլուծված խնդիրներին անդրադառնալու համար լրացուցիչ մասնագետների կարիք կա: Չնայած այս հանգամանքին՝ հանրային առողջապահության թափուր պաշտոնների պակաս կա քաղաքացիական և քրեակատարողական համակարգում:

Մասնակիցները նշել են, որ որակյալ մասնագետների ցածր վճարումների և խրախուսման մեխանիզմների պակասի պատճառով, շատ քչերն են մուտք գործում հանրային առողջապահության պետական ոլորտ կամ մնում այդ ոլորտում: Այդ իսկ պատճառով տարիքով մասնագետներին երիտասարդ մասնագետներով փոխարինելու խնդիր է առաջանում: Մասնակիցները նաև նշել են, որ Երևանի պետական բժշկական համալսարանի սանիտարական ֆակուլտետի փակման պատճառով ՊՀՀՏ դիմող որակյալ մասնագետների խիստ պակաս է առաջացել:

Ընտանեկան բժիշկների պատասխանատվությունները ներառում են հիվանդությունների կանխարգելում և առողջ ապրելակերպի խթանում համայնքներում: Այնուամենայնիվ, ընտանեկան բժշկության մոդելը ավելի լավ է աշխատում գյուղական, քան թե՝ քաղաքային վայրերում, քանի որ քաղաքներում կան ավելի մեծ թվով մասնագետներ և հետևաբար՝ ավելի մեծ ընտրություն: Ավելին՝ որոշ մասնակիցներ նշել են, որ և՛ քաղաքային, և՛ գյուղական վայրերում բուժաշխատողները շատ պարտավորություններ ունեն և քիչ ժամանակ այս պարտավորությունները իրականացնելու համար: Շատ թղթային աշխատանքի պատճառով ժամանակ չի մնում այլ պարտավորություններով զբաղվելու համար: Հանրային առողջապահության միջոցառումներ իրականացնելու համար գոյություն չունեն բժիշկներին խրախուսելու մեխանիզմներ: Առաջարկվել է մշակել հիվանդությունների կանխարգելումը և առողջ ապրելակերպի քարոզչությունը խրախուսող մեխանիզմներ առողջության առաջնային պահպանման մասնագետների համար:

Լաբորատոր մասնագետների մեծ մասը հայտնել է, որ առողջության առաջնային պահպանման օղակի լաբորատորիաների մասնագետները գերօանրաբեռնված են: Արդյունքում՝ լաբորատոր մասնագետները աշխատում են ավել ժամեր և դրա դիմաց չեն վարձատրվում, այլ ենթարկվում են քննադատության: Լաբորատոր մասնագետները նաև նշել են, որ չունեն լաբորատոր թեստավորման համար հստակ ժամեր նախատեսող ժամանակացույց:

Հանրային առողջապահության աճող պահանջները բավարարելու համար մասնակիցներից մեկը, ելնելով միջազգային փորձից, առաջարկել է ավելացնել բուժքույրերի պարտավորությունները:

### **7.Ե. Հանրային առողջապահության մասնագետների շարունակական կրթությունը՝ վերապատրաստումներ**

*... մենք փորձում ենք ներգրավել մասնագետներին կրթական ծրագրերի մեջ, բայց շատ ավելի օգտակար կլիներ, եթե մեր երկրում լինեին վերապատրաստումների և սեմինարների սիստեմատիկ մեխանիզմներ:*

Մասնագիտացված կրթություն 7.Ե.1  
Խորացված հարցազրույց

*Մենք վերապատրաստումների մեծ կարիք ունենք: Մենք հիմնականում կարիք ունենք վերապատրաստվելու հանրային առողջապահության եվրոպական դպրոցներում: Շատ լավ կլիներ, եթե մեր մասնագետներից մի քանիսը ֆինանսավորում ստանային դրսում վերապատրաստվելու համար: Հետո նրանք կարող էին գալ և տեղում փոխանցել ստացած նոր գիտելիքներն իրենց գործընկերներին: Տեսչության մասնագետները ստանում են պետականորեն ֆինանսավորվող երկուշաբաթանոց վերապատրաստում տեղում: Սակայն այդ վերապատրաստումները բավարար չեն: Մարզերի մասնագետների վերապատրաստումը ևս խնդիր է, քանի որ նրանց Երևանում մնալը չի ֆինանսավորվում, իսկ իրենց հաշվին նրանք չեն կարող մնալ:*

Պետական որոշումներ կայացնող 7.Ե.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչության մասնագետներին պետք է վերապատրաստել: Մենք ավարտելուց հետո ոչ մի վերապատրաստում չենք անցել: Միակ վերապատրաստումը ստացել են մեր էպիդեմիոլոգները ինունիզացիայի վերաբերյալ:*

Պետական որոշումներ կայացնող 7.Ե.2.  
Խորացված հարցազրույց

*Մենք պետք է վճարենք մեր վերապատրաստումների համար ... ոչ բոլոր բժիշկները կարող են դա իրենց թույլ տալ: Որոշ դեպքերում բժիշկները պարտավորված են վճարել վերապատրաստման համար:*

Առաջնային բուժօղակ 7.Ե.1.  
Խմբային քննարկում

*Ընտանեկան բժիշկները շատ լավ վերապատրաստվել են պետական կրթական ծրագրի և միջազգային կազմակերպությունների կողմից: Բայց նրանք դա պրակտիկայում շատ քիչ են օգտագործում:*

Միջազգային կազմակերպություն 7.Ե.1.  
Խմբային քննարկում

*Վերապատրաստումները շատ թանկ են, հատկապես` պետական լաբորատորիաների աշխատողների համար: ... մեզ համար շատ դժվար է այս վերապատրաստումների համար վճարել: Կառավարությունը որոշ վերապատրաստումներ անում է, բայց` շատ քիչ, և ոչ բոլորն են մասնակցում:*

Լաբորատորիա 7.Ե.1.  
Խմբային քննարկում

*... մենք չենք կարող մեր մասնագետներին ապահովել շարունակական վերապատրաստումներով [բանտային համակարգի առաջնային բուժօղակի մասնագետներ]: Այս վերապատրաստումների կարիքը մենք շատ ենք զգում:*

Պետական որոշումներ կայացնող 7.Ե.3.  
Խորացված հարցազրույց

*Իմ բաժանմունքի [վիճակագրության ոլորտ] աշխատողները երբեք վերապատրաստում չեն անցել [ԲՈՒՀ-ը ավարտելուց հետո]: Ես և ծրագրի կոորդինատորը մի անգամ մասնակցել ենք երկու շաբաթանոց վերապատրաստումների, որը ավելի շատ մեր հարցազրուցավարներին էր պետք:*

Պետական որոշումներ կայացնող 7.Ե.5.  
Խորացված հարցազրույց

*Տարբեր ծրագրեր չեն փոխանակում վերապատրաստումների իրենց նյութերը [նույն թեմայի վերաբերյալ]: Վերապատրաստումները և օգտագործված նյութերը գրանցող որևէ համակարգ չկա:*

Միջազգային կազմակերպություն 7.Ե.2.  
Խմբային քննարկում

Հանրային առողջապահության հետ առնչվող կրթական հաստատությունների մասնակիցները հայտնել են, որ իրենց ոլորտներում կարիք կա իրականացնել



ժամանակակից մեթոդների վրա հիմնված շարունակական վերապատրաստումներ: Սակայն ոլորտի մասնագետները այս վերապատրաստումներին չեն կարողանում մասնակցել ֆինանսական միջոցների սղության պատճառով:

Վերապատրաստումների համար նախատեսված նյութերի որակը չի վերահսկվում, և տեղեկատվությունը ինչ-որ տեղ չի գրանցվում: Մասնակիցները նաև հայտնել են, որ վերապատրաստման արդյունքում ձեռք բերված գիտելիքները գործնական աշխատանքներում միշտ չէ, որ օգտագործվում են:

## 8. Առաջնորդություն, կառավարում և հանրային առողջապահության քաղաքականությունների նախաձեռնում, մշակում և նախագծում

### 8.Ա. Ռազմավարությունների նախագծում

*Հանրային առողջապահության ծառայությունները էպիզոդիկ են: Օրինակ՝ մենք իրականացնում ենք կանխարգելիչ ծրագրեր, ինչպիսին է իմունիզացիայի ծրագիրը, որը հանրային առողջապահության մի մասն է, բայց այն հանրային առողջապահության ռազմավարության մի մասը չէ: Մեր ծրագրերը իրականացվում են կամ պետության, կամ միջազգային կազմակերպությունների կամ ՀԿ-ների կողմից, բայց նրանք հանրային առողջապահության [համակարգված] փաթեթի մաս չեն կազմում:*

Պետական որոշումներ կայացնող 8.Ա.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Առողջապահության նախարարության տարբեր բաժիններ ինչ-որ ձևով ներգրավված են հանրային առողջապահության ծառայությունների մեջ, բայց դրանք համակարգված չեն, և կառավարական ռազմավարություն չկա, որը այդ բոլոր ծրագրերը կվերահսկի երկրում:*

Միջազգային կազմակերպություն 8.Ա.1.  
Խմբային քննարկում

*... որոշ հանրային առողջապահության ծառայություններ արվում են Տեսչության, առաջնային բուժօղակի բժիշկների և ընտանեկան բժիշկների կողմից: .... Այս ծառայությունները լրիվ իրարից անջատված են, որը որակի վերահսկման համար շատ մեծ խնդիր է:*

Միջազգային կազմակերպություն 8.Ա.2.  
Խմբային քննարկում

*... մեր երկիրը չունի հանրային առողջապահության ամբողջական ռազմավարություն, քանի որ այն մշակվում է անհատների կողմից, որոնց հեռանալուց հետո ամբողջ ռազմավարությունը փոխվում է:*

Հանրային առողջապահության ծրագրերը իրականացվում են պետության, միջազգային և հասարակական կազմակերպությունների կողմից: Բոլոր մասնակիցները նշել են, որ հանրային առողջապահության ծրագրերը էպիզոդիկ են, տարանջատված և չհամակարգված: Հանրային առողջապահության բոլոր ծառայությունները համակարգող մեկ համապարփակ ազգային ռազմավարություն չկա: Հանրային առողջապահության ռազմավարություն մշակելու ջանքերը ապարդյուն են անցնում, երբ որ որոշում կայացնողները փոխարինվում են նորերով կամ հեռանում են:

### 8.Բ. Որոշումների կայացման համար անհրաժեշտ տեղեկատվական համակարգը

*Հանրային առողջապահության մեկ այլ լուրջ խնդիրն այն է, որ ինֆորմացիայի փոխանակման խնդիր կա: Մենք չունենք տվյալների որևէ բազա, որտեղ պահվում են անցյալ ծրագրերի մասին տեղեկություններ: Վիճակագրություն նույնպես հնարավոր չէ գտնել ...*

Միջազգային կազմակերպություն 8.Բ.1.  
Խմբային քննարկում

*Հանրային առողջապահության խնդիրներին լուծումներ չեն տրվում [այդ խնդիրները հայտնաբերելուց հետո]: Օրինակ՝ եթե մենք հայտնաբերեցինք, որ օդի աղտոտվածությունը ծանր երթևեկության և շինարարության պատճառով Երևանում շատ բարձր է, ի՞նչ ենք անելու հետո: Ի՞նչ քայլեր պետք է անել օդի աղտոտվածությունը նվազեցնելու համար:*

Պետական որոշումներ կայացնող 8.Բ.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Առաջին բանը, որ մենք պետք է անենք որպես հանրային առողջապահության փորձագետներ, մենք պետք է սովորեցնենք որոշում կայացնողներին՝ ինչպես օգտագործել տվյալները: Նրանք չգիտեն, թե ինչպես օգտագործել տեղեկատվությունը որոշումների կայացման համար:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 8.Բ.1.  
Խորացված հարցազրույց

Հետազոտության մասնակիցները նշել են, որ հանրային առողջապահության տեղեկատվությունը չի փոխանակվում շահագրգիռ կողմերի միջև: Նախորդ ծրագրերի

վերաբերյալ կենտրոնական տվյալների բազա գոյություն չունի: Նույնիսկ երբ տեղեկատվությունը հասնում է որոշումներ կայացնողներին, վերջիններս այն չեն օգտագործում ծրագրերի մշակման և ներդրման համար: Մասնակիցներից մեկը առաջարկել է վերապատրաստել որոշում կայացնողներին առկա տեղեկատվությունը իրենց աշխատանքներում օգտագործելու նպատակով:

#### 8.4. Միջազգային կազմակերպությունների դերը հանրային առողջապահության մեջ

*Առողջապահության նախարարությունում չկա որևէ բաժին, որը կհամակարգի միջազգային կազմակերպությունների ծրագրերը: Շատ դժվար է նրանց գործառույթները համակարգել, քանի որ ամեն մի կազմակերպություն ունի իր մանդատը:*

Պետական որոշումներ կայացնող 8.4.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Կարևոր է, որ ամեն մի ռազմավարական ծրագիր կամ շահերի պաշտպանության ծրագիր հաշվի առնի բնակչության պահանջները: ... շատ խնդիրներ կան, որոնք լուծված չեն:*

Միջազգային կազմակերպություն 8.4.1.  
Խմբային քննարկում

*... [միջազգային] ծրագրերը գալիս են մեր երկիր անկախ նրանից՝ մենք դրա կարիքն ունենք, թե՛ ոչ...*

Պետական որոշումներ իրականացնող 8.4.1.  
Խմբային քննարկում

*Օրինակ՝ եթե երկիրը առաջնահերթ է համարում որևէ խնդիր [Հայաստանի համար], բայց այն եվրոպական առաջնահերթություն չի, մենք չենք ունենա դրա համար բավարար ֆինանսավորում և մարդկային ռեսուրսներ այս առաջնահերթության համար:*

Միջազգային կազմակերպություն 8.4.2.  
Խմբային քննարկում

*Հանրային առողջապահության մեջ աշխատող շատ կազմակերպություններ անում են նույն աշխատանքը և մենք շատ դուպլիկացիաներ ունենք: Այս խնդիրը լուծելու համար Առողջապահության նախարարությունը պետք է կանոնակարգի և համակարգի կազմակերպությունների աշխատանքը և ապահովի ծրագրերի թափանցիկությունը:*

Միջազգային կազմակերպություն 8.4.3.  
Խմբային քննարկում

*Մենք բոլոր ծրագրերի համար միասնական տվյալների բազա չունենք: Այդ իսկ պատճառով լինում է ջանքերի դուպլիկացիա, նույնիսկ՝ տրիպլիկացիա:*

Միջազգային կազմակերպություն 8.Գ.4.  
Խմբային քննարկում

*... Ի՞նչ է լինելու, երբ միջազգային կազմակերպությունները գնան մեր երկրից:*

Տեղական ՀԿ 8.Գ.1.  
Խմբային քննարկում

Միջազգային կազմակերպությունները Հայաստանի հանրային առողջապահության ծրագրերին տրամադրում են ռեսուրսներ և տեխնիկական օժանդակություն: Սակայն այս ծրագրերի առաջնահերթությունները միշտ չէ, որ համընկնում են բնակչության պահանջների և ազգային առաջնահերթությունների հետ: Հանրապետությունում չկան համակարգված մեխանիզմներ, որոնց միջոցով կարելի է բանակցություններ անցկացնել միջազգային ծրագրերի և կառավարության միջև՝ առաջնահերթությունների մշակման նպատակով:

Տարբեր կազմակերպությունների և գործակալությունների կողմից իրականացվող հանրային առողջապահության միջամտությունները հաճախ կրկնվում են: Ըստ մասնակիցների՝ Առողջապահության նախարարությունը կրկնություններից խուսափելու համար պետք է լինի հանրային առողջապահության ծառայությունները և միջամտությունները համակարգողի դերում՝ դրանով իսկ բարձրացնելով հանրային առողջապահության ռեսուրսների ծախս-արյունավետ օգտագործումը:

Մասնակիցները նաև մտահոգություն են հայտնել միջազգային աջակցությամբ իրականացվող ծրագրերի տևականության վերաբերյալ: Միջազգային ֆինանսավորումը դադարեցնելուց հետո այս ծրագրերի կամ նրանց ազդեցության ապահովման շարունակականությունը հանդիսանում է լուրջ խնդիր:

## 8.Դ. Տեսչական ծառայություններ

*Մենք պարտավոր ենք տեղեկացնել հաստատությանը առաջիկա այցի մասին այցից երեք օր առաջ: ... հաստատությունը պատրաստվում է մեր այցին՝ լավացնելով սանիտարական և հիգիենիկ պայմանները ...*

Պետական որոշումներ իրականացնող 8.Դ.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Մեր ֆունկցիան հիմա ավելի շատ նման է պատժի, քան վերահսկողության, որովհետև մենք չենք կարող անսպասելի մտնել որևէ հաստատություն կամ բիզնեսի կետ և գնահատել սանիտարական վիճակը: Մենք նրանց պետք է տեղյակ պահենք այցից երեք օր առաջ: Մեր արածը նման է ձեռառնոցու:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 8.Դ.2.  
Խորացված հարցազրույց

*Մենք ներքին պայմանավորվածություն ունենք տեսչության հետ, որով վճարում ենք տարին 40000 դրամ, դա մինիմալ օֆիցյալ տուգանքն է...*

Տնտեսվարող 8.Դ.1.  
Խորացված հարցազրույց

*... կան դեղատներ, որոնք ամեն ամիս տեսչությանը մուծում են 5000 դրամ տուգանքներից խուսափելու համար: ... կան դեղատներ, որոնք մի մասը մուծում են տեսչության մասնագետին, մյուս մասը օֆիցյալ մուծում են բանկ:*

Տնտեսվարող 8.Դ.2.  
Խորացված հարցազրույց

*Առաջ ես ամեն տարի մուծում էի 40000 – 50000 դրամ տուգանք: Հիմա ես մուծում եմ 60000 դրամ: Քանի որ այս գումարը մուծում եմ, նրանք էլ ինձ հաճախ չեն անհանգստացնում: Դա նաև ինձ է ձեռնտու. մուծում եմ փողը և դրանցից ազատվում եմ, թե չէ իրենք միշտ էլ պատճառ կգտնեն տուգանք գրելու համար:*

Տնտեսվարող 8.Դ.3.  
Խորացված հարցազրույց

*... Ես գիտեմ, որ նրանք [տեսչական ծառայությունները] ինչ-որ թվով տուգանքներ գրելու համար պլան ունեն ...*

Տնտեսվարող 8.Դ.1.  
Խորացված հարցազրույց

*... [տեսչության] լաբորատոր ծառայությունները բաժանել են տեսչական ծառայություններից: ... Սովորաբար նրանք [լաբորատոր և տեսչական ծառայությունները] առանձին այցելում են նույն հաստատությունը և իրենց հերթին տուգանում են: ... այս բաժանման պատճառով մարդիկ ավելի շատ են ծախսի տակ ընկնում:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 8.Դ.3.  
Խորացված հարցազրույց

*Կարծում եմ՝ կարևոր է տեսչական ստուգումներ ունենալը, բայց դա պետք է կանխարգելման դեր ունենա, որ օգտակար լինի, ոչ թե տուգանքներ հավաքելով պատժի:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 8.Դ.4.

Տեսչական ծառայությունները պարտավոր են տեղեկացնել տնտեսվարողներին առաջիկա այցի մասին այցից երեք օր առաջ: Մասնակիցները հայտնել են, որ այս նախազգուշացումը ստուգվող հաստատություններին հնարավորություն է տալիս ժամանակավոր բարելավումներ իրականացնել: Մասնակիցները նաև հայտնել են, որ տեսչական ծառայությունները իրականացնում են ավելի շատ պատժիչ, քան՝ վերահսկողական գործառույթ:

Ըստ մասնակիցների՝ տնտեսվարողների և տեսչության մասնագետների միջև գոյություն ունեն բազմաթիվ ոչ պաշտոնական պայմանավորվածություններ: Որոշ դեպքերում փորձագիտական կենտրոնների և տեսչական ծառայությունների անկախ այցերը կրկնակի ոչ պաշտոնական վճարումների պատճառ են դառնում:

**8.Ե. Հանրային առողջապահության ծրագրերի և ռազմավարությունների մոնիտորինգը և գնահատումը**

*Շատ կարևոր է հանրային առողջապահության ծրագրերի մոնիտորինգ և գնահատում անել, որպեսզի կարողանանք իմանալ այդ ծրագրերի իրական ձեռքբերումներն ու արդյունքները: Նաև կարևոր է անցկացնել ծրագրերի ծախսարդյունավետության գնահատում և հասկանալ, թե ցանկալի նպատակներին հասնելու համար որքան ռացիոնալ են ծախսվում ֆինանսները:*

Միջազգային կազմակերպություն 8.Ե.1.  
Խմբային քննարկում

*Շատ օգտակար կլինի, եթե պետական բյուջեի մի մասը հատկացվի Առողջապահության նախարարության կողմից իրականացվող ծրագրերի գնահատման համար: ... Առողջապահության նախարարությունը շատ ծրագրեր է անում, բայց արդյունքները շատ հազվադեպ են գնահատվում:*

Տեղական ՀԿ 8.Ե.1.  
Խմբային քննարկում

*Շատ կարևոր է, որ մեր բոլոր ծրագրերը մոնիտորինգ և գնահատում անցնեն, սովորաբար այս կոնպոնենտը չի արվում: Մենք պետք է ունենանք հանրային առողջապահության կենտրոն ...՝ ազգային մակարդակով տվյալները հավաքելու և վերլուծելու համար: Կենտրոնը որոշումների կայացման համար կարող է հրավիրել առողջապահության խորհրդատուների:*

Պետական որոշումներ կայացնող 8.Ե.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Շատ պետական պաշտոնյաներ ունեն իրենց սեփական ՀԿ-ները, և պետական գրանտները տալիս են իրենց սեփական ՀԿ-ներին: Մենք բոլորս էլ պրիյունները լավ գիտենք:*

Տեղական ՀԿ 8.Ե.2.  
Խմբային քննարկում

Շատ մասնակիցներ կարծում են, որ կարևոր է իրականացնել հանրային առողջապահության ծրագրերի մոնիտորինգ և գնահատում՝ ծրագրերի հաջողությունը ապահովելու և արդյունավետությունը բարձրացնելու համար: Սակայն, ցավոք սրտի, ըստ մասնակիցների՝ հանրային առողջապահության այս բաղադրիչը բացակայում է. արդյունքում պետական գրանտները իրենց նպատակին չեն ծառայում: Մասնակիցները առաջարկել են հիմնել կենտրոն, որը ծրագրերի արդյունավետությունը (այդ թվում՝ ծախս-արդյունավատությունը) և վերջնական արդյունքների վերահսկողությունը ապահովելու նպատակով կգբաղվի տվյալների հավաքագրման և վերլուծության գործընթացով:

## 8.Զ. Համագործակցություն

*...Միջգերատեսչական համագործակցության մասին պետք է նշել, որ, անշու'շտ, այն շատ թույլ է: ... Յուրաքանչյուր նախարարություն զբաղվում է միայն իրեն առնչվող խնդիրներով. խնդիրների լուծումը, ծրագրերի արդյունքները, ձեռքբերումներն ու զեկույցները այլ շահագրգիռ կողմերի հետ չեն համաձայնեցվում:*

Միջազգային կազմակերպություն 8.Զ.1.  
Խմբային քննարկում

*Ես կարծում եմ, որ [տեղական] ՀԿ-ները շատ կարևոր դեր ունեն հանրային առողջապահության մեջ: Ցավոք, նրանք բավարար չափով ներգրավված չեն համակարգի մեջ: Նրանց ներգրավումը կախված է միջազգային ֆինանսներից: ՀԿ-ները ակտիվ չեն, քանի որ պետությունը նրանց չի խրախուսում: Մենք պետք է ավելի շատ ֆինանսներ տրամադրենք նրանց հանրային առողջապահության ոլորտում ներգրավելու համար:*

Պետական որոշումներ կայացնող 8.Զ.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Նրանց [տեղական ՀԿ-ների] հիմնական դոնորները միջազգային կազմակերպություններն են: Մեր կառավարությունը չի տեսնում ՀԿ-ներին որպես գործընկեր, այլ*

համարում են «գրանտակեր կազմակերպություններ», որոնք չեն կարող օգտակար գործ անել: Այսինքն պետություն-ՀԿ դիալոգը մնում է թղթի վրա և իրականում չի զարգանում:

Տեղական ՀԿ 8.Ձ.1.  
Խմբային քննարկում

Մենք խնդիր չունենք միջազգային կազմակերպությունների հետ: Նրանց աշխատանքը բարձր որակի է: Մենք նրանց հետ համագործակցում ենք և ոչ մի խնդիր չունենք: Մենք համագործակցում ենք որոշ [տեղական] ՀԿ-ների հետ, բայց նրանք ավելի շատ խանգարում են, քան թե՝ օգնում:

Պետական որոշումներ իրականացնող 8.Ձ.1.  
Խորացված հարցազրույց

Մենք շատ լավ համագործակցում ենք միջազգային կազմակերպությունների հետ: ... Մենք միայն օգուտ ենք ստանում նրանց հետ համագործակցությունից. դա մեզ մասնագիտական աճի հնարավորություն է տալիս, քանի որ մենք բավարար ռեսուրսներ չունենք դրսում վերապատրաստվելու համար, մենք սովորում ենք այն միջազգային կազմակերպություններից, որոնք աշխատում են մեր երկրում:

Պետական որոշումներ իրականացնող 8.Ձ.2.  
Խորացված հարցազրույց

Շատ դժվար է պետական դոնորների հետ աշխատել, նրանք ավելի շատ հսկողի դերում են, իսկ միջազգային դոնորները շատ են օգնում և աջակցում:

Տեղական ՀԿ 8.Ձ.2.  
Խմբային քննարկում

Ըստ որոշ պետական պաշտոնյաների՝ կառավարության ներսում նախարարությունների և գործակալությունների միջև համագործակցության հետ կապված խնդիր չկա: Սակայն մասնակիցների մեծամասնությունը նշել է, որ այս համագործակցությունը զարգացած չէ:

Կառավարության և ՀԿ-ների ներկայացուցիչները նշել են, որ պետություն-ՀԿ կապը շատ թույլ է զարգացած: Տեղական ՀԿ-ները բավարար չափով ընդգրկված չեն հանրային առողջապահության ծրագրերի և քաղաքականությունների մեջ: Նրանց ներգրավումը կախված է միջազգային ֆինանսավորումից: Այս նպատակի համար տրամադրվող պետական ֆինանսները շատ սահմանափակ են:



Ե՛վ կառավարությունը, և՛ ՀԿ-ները շատ արժեքավոր և կարևոր են համարում միջազգային կազմակերպությունների հետ համագործակցությունը: Միջազգային կազմակերպությունները հանրապետության հանրային առողջապահության ծառայություններին տրամադրում են ֆինանսական և տեխնիկական աջակցություն:

## 9. Առողջապահական գիտական հետազոտություններ

*Ընդհանրապես գիտական հետազոտությունները մեծ խնդիր են Հայաստանում, այս ասպարեզում մենք լուրջ բացթողումներ ունենք: Հիմնական խնդիրը ֆինանսական միջոցներն ու մարդկային ռեսուրսներն են:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 9.1. Խորացված հարցազրույց

*Մասնագետները հետազոտություններ կատարելու համար չունեն տարրական գիտելիքներ և հմտություններ, ծանոթ չեն էպիդեմիոլոգիական անալիզի հետ: Նույնիսկ մեր ինստիտուտների դիպլոմայինների և դիսերտացիաների որակը շատ ցածր է և չի համապատասխանում ընդունված ստանդարտներին:*

Միջազգային կազմակերպություն 9.1. Խմբային քննարկում

*Մենք ունենք մասնագետների պակաս, ովքեր ծանոթ են հանրային առողջապահության հետազոտությունների մեթոդներին: Մեր մասնագետներից շատերը չեն պատկերացնում գիտական հետազոտությունները: ... Եթե ավելի շատ բժիշկներ և մասնագետներ ծանոթանան հետազոտությունների մեթոդներին, նրանք դա ավելի շատ կօգտագործեն իրենց պրակտիկայում:*

Մասնագիտացված կրթություն 9.1. Խորացված հարցազրույց

*Հանրային առողջապահության հետազոտությունների հետ կապված շատ խնդիրներ կան: Ֆինանսավորումը շատ սահմանափակ է: ... հիմա գիտական հետազոտություններին տրամադրվող պետական բյուջեն կազմում է 5-6 մլն դրամ:*

Մասնագիտացված կրթություն 9.2. Խորացված հարցազրույց

*Մեր ֆինանսները հետազոտությունների համար բավարար չեն: Մենք ինտուզիազմի վրա աշխատող մարդիկ են: Ամեն տարի մենք ունենք մեկ կամ երկու ասպիրանտ, ովքեր ստիպված են ծախսել իրենց սեփական փողը հետազոտություն անելու համար: Հիմա մենք չունենք լաբորատոր սարքավորումներ ճիշտ գիտական հետազոտություններ անելու համար:*

Մասնագիտացված կրթություն 9.3. Խորացված հարցազրույց

*Համալսարանը [Երևանի պետական բժշկական համալսարանը] անում է հանրային առողջապահության գիտական հետազոտություններ: Մենք ունենք տարբեր ամբիոններ, ովքեր իրենց ոլորտում անում են հետազոտություններ՝ էկոլոգիա, հիգիենա, առողջապահության կառավարում և դեկավարում:*

Մասնագիտացված կրթություն 9.4.  
Խորացված հարցազրույց

*Դիսերտացիաները [համալսարաններում] շատ տարածված են ... բայց դրանց ստատիստիկ անալիզը շատ վատ է արվում:*

Միջազգային կազմակերպություն 9.2.  
Խմբային քննարկում

*Ոչ բոլոր կազմակերպություններն ունեն բավարար ֆինանսներ գիտական հետազոտություններ անելու համար: Նրանց պարտավորությունները հիմնականում հանրային առողջապահության ինչ-որ ծրագիր անելն է: Եթե անգամ որոշ կազմակերպություններ և բժիշկներ անում են հետազոտություններ, նրանց արդյունքները օգտակար չեն:*

Միջազգային կազմակերպություն 9.3.  
Խմբային քննարկում

*[Բժիշկները] հիմա շատ հետազոտություններ են անում հանրային առողջապահության թեմաներով ... և նրանցից շատերը շատ հետաքրքիր են, բայց հարցաշարերի որակը և անալիզը իդեալականից շատ հեռու են:*

Միջազգային կազմակերպություն 9.4.  
Խմբային քննարկում

*[Երևանի պետական] համալսարանի էկոլոգիայի բաժինը, նաև քիմիայի և ֆիզիկայի բաժինները, տեղյակ չեն էկոլոգիայի ժամանակակից գիտական հետազոտություններից: Նրանք միայն տպագրվում են տեղական ամսագրերում, որոնք չունեն միջազգային ռեյտինգ, ես չեմ համարում, որ դրանք լուրջ աշխատանքներ են:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 9.2.  
Խորացված հարցազրույց

*Առողջապահության նախարարությունը չի գնահատում աղտոտվածության առողջության վրա ունեցած ազդեցությունը: Օրինակ՝ նրանք ասում են, որ Ալավերդու մարդիկ ձեռք են բերում ասթմա և այլ շնչառական հիվանդություններ օդի աղտոտվածության պատճառով: Բայց երբ ասում ես մի ապացույց ցույց տվեք, չեն կարողանում:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 9.3.  
Խորացված հարցազրույց

Մասնակիցները նշել են, որ հանրային առողջապահության գիտական հետազոտությունների պակաս կա, չնայած որոշ կրթական հաստատություններ, օրինակ՝ Երևանի պետական բժշկական համալսարանը, Առողջապահության ազգային ինստիտուտը, Հայաստանի պետական ագրարային համալսարանը, Երևանի պետական համալսարանը, Հայաստանի ամերիկյան համալսարանը, միջազգային կազմակերպություններ և գործակալություններ, ինչպես նաև առանձին վերցրած բժիշկներ կատարում են գիտական հետազոտություններ: Գիտական հետազոտություններին հատկացվող պետական ֆինանսները շատ սահմանափակ են:

Ըստ մասնակիցների՝ պետական համալսարանների և ինստիտուտների բժիշկները և գիտաշխատողները չունեն գիտական հետազոտությունների ժամանակակից մեթոդների վերաբերյալ բավարար գիտելիքներ և ունակություններ: Մասնակիցները հայտնել են, որ այս գիտաշխատողները չեն վերապատրաստվել գիտական հետազոտությունների ժամանակակից մեթոդների վերաբերյալ, այդ թվում՝ վիճակագրության և համաճարակաբանության նորագույն մեթոդների վերաբերյալ: Ոմանք չեն օգտվում միջազգային ամսագրերից: Ավելին՝ շատ քչերն են տպագրվում միջազգային ամսագրերում:

Շատ մասնակիցներ նաև հայտնել են, որ շրջակա միջավայրի աղտոտվածության և առողջության միջև կապը գնահատող գիտական հետազոտություններ նույնպես չեն արվում. արդյունքում հանրային առողջապահության ծրագրերը և քաղաքականությունների մշակումը հիմնված չեն նման հետազոտությունների արդյունքների վրա:

#### **10. Հանրային առողջապահության ծառայությունների մատուցումը և ենթակառուցվածները փոխելու վերաբերյալ մասնակիցների առաջարկությունները**

*Հայաստանի կառավարությունը դեռ լավ չի պատկերացնում, թե ինչ է հանրային առողջապահությունը: Առողջապահության նախարարությունում չկա հանրային առողջապահության բաժին, որը կվերահսկի բոլոր ծրագրերը: Նախարարության տարբեր բաժիններ որոշ չափով զբաղվում են հանրային առողջապահությամբ, բայց դրանք գործողությունները համակարգված չեն:*

Միջազգային կազմակերպություն 10.1.  
Խմբային քննարկում

*Չնայած տեսչությունում աշխատում են մեր ընկերները, պետք է համաձարակա-  
բանական հսկողությունը առանձնացնել տեսչությունից: Նույնիսկ մոնիտորինգը  
չպիտի արվի տեսչության կողմից: Մոնիտորինգի իմաստը ծրագրերի խնդիրները  
հայտնաբերելն ու լուծումներ առաջարկելն է՝ ծրագիրը լավացնելու համար:  
Տեսչության նպատակն է գտնել նրանց, ովքեր իրենց պարտավորությունները լավ  
չեն կատարում: Հանրային առողջապահության կառույցը չի կարող լինել տեսչության  
մեջ: Այն ավելի լայն հասկացություն է:*

Պետական որոշումներ կայացնող 10.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Մենք [Պետական հիգիենիկ և հակահամաձարակային տեսչությունը] նոր  
պարտավորությունների կարիք չունենք: Մենք հազիվ մեր ներկա  
պարտավորություններն ենք հասցնում անել: Մեզ նոր գործառույթներ պետք չեն:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 10.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Պետք է հրավիրել բոլոր պետական և ոչ պետական շահագրգիռ կողմերին  
քննարկելու համար հանրային առողջապահության խնդիրները: Բոլոր մասնակից-  
ները պետք է հասկանան, որ սա պայքար չէ նոր գործառույթների համար, այլ սա  
ծառայում է համընդհանուր հանրային շահին: Հիմա հանրային շահի գիտակցումը  
շատ ցածր մակարդակի վրա է, վտանգավորության աստիճանի ցածր մակարդակի  
վրա: Հանրային շահը և հանրային առողջությունը պետք է ռացիոնալ ձևով ներկա-  
յացվեն ազգաբնակչությանը և սթեյքհոլդերներին [շահագրգիռ կողմերին]: Չնայած որ  
պետության համար հանրային առողջությունը առաջնահերթ խնդիր է, սակայն այն  
որոշ դեպքերում մնում է թղթի վրա: Այդ իսկ պատճառով անհրաժեշտ է մշակել  
ռազմավարություն, զարգացնել եղած ենթակառուցվածքները, հաստատել  
կառույցներ և նրանց լիազորել հստակ դերերով և պարտականություններով և  
աշխատել: Կարևոր է նաև ներգրավել այս գործընթացի մեջ ՀԿ-ներին:*

Պետական որոշումներ կայացնող 10.2.  
Խորացված հարցազրույց

*Մենք պետք է ունենանք հանրային առողջապահության բաժին, որը կմշակի  
հանրային առողջապահության քաղաքականություններ և կներդնի ծրագրեր:  
Հանրային առողջապահության համակարգը բարելավելու համար մենք պետք է  
սկսենք հանրային առողջապահության բաժին հիմադրելուց:*

Միջազգային կազմակերպություն 10.1.  
Խմբային քննարկում

*... օգտակար կլինի Առողջապահության նախարարության մեջ ունենալ հանրային  
առողջապահության բաժին, բայց միայն եթե այն կազմի նախարարության մաս և  
գտնվի նախարարի վերահսկողության տակ: Թող այդ բաժինը հանրային առողջա-*

*պահական ծրագրերը և ծառայությունները վերահսկի և մոնիտորինգ անի:*

Պետական որոշումներ կայացնող 10.1.  
Խորացված հարցազրույց

*Հանրային առողջապահության ներդրման մարմինը պետք է լինի Առողջապահության նախարարության կազմում, չնայած որ հանրային առողջապահության գործառույթ-  
յունների 85%-ը այլ նախարարությունների պարտավորություններն են:*

Պետական որոշումներ կայացնող 10.2.  
Խորացված հարցազրույց

*Պետք է լինի հաստատություն, որը կվերահսկի միջգերատեսչական հաղորդակցու-  
յունը [հանրային առողջապահության ոլորտում]...*

Միջազգային կազմակերպություն 10.2.  
Խմբային քննարկում

*Ցանցը պետք բարելավել տեղեկատվության հոսքը մեծացնելու միջոցով, համա-  
կարգի տարբեր մակարդակների միջև համագործակցությունը և համակարգումը  
լավացնելու միջոցով: Օգտակար կլինի, եթե Առողջապահության նախարարությունը  
ունենա համակարգող դեր և տեղեկատվությունը տարբեր շահագրգիռ կողմերի միջև  
տարածելու միջոցներ տրամադրի:*

Միջազգային կազմակերպություն 10.2.  
Խմբային քննարկում

*Առողջապահության նախարարությունը շատ անելիքներ ունի երկրում հանրային  
առողջապահության տարբեր շահագրգիռ կողմերի միջև համագործակցություն  
հաստատելու, ուժեղացնելու և մեծացնելու գործում:*

Միջազգային կազմակերպություն 10.3.  
Խմբային քննարկում

*Ես կառաջարկեի վերականգնել Գլխավոր սանիտարական բժշկի պաշտոնը ...  
երկրում... Տեսչական և ներդրող մարմինները պետք է իրարից անջատվեն և լինեն  
Գլխավոր սանիտարական բժշկի վերահսկողության տակ:*

Պետական որոշումներ իրականացնող 10.2.  
Խորացված հարցազրույց

Տարբեր նախարարությունների, գործակալությունների և հասարակական կազմակերպությունների կողմից իրականացվող տարբեր հանրային առողջապահության ծրագրերը և ծառայությունները համակարգելու համար ներկայումս չկա համակարգող մարմին: Այդ իսկ պատճառով հանրային առողջապահության ոլորտում առկա է համագործակցության և համակարգման պակաս: Մասնակիցները առաջարկել են հիմնել հանրային առողջապահության բաժին: Մասնակիցների

մեծամասնությունը այդ բաժինը տեսնում է Առողջապահության նախարարության կազմում: Բաժինը լիազորված պետք է լինի բոլոր պետական և ոչ պետական շահագրգիռ կողմերի միջև համագործակցություն ապահովելու համար, ծրագրերը և ծառայությունները ազգային մակարդակով համակարգելու, դիտազննելու և վերահսկելու համար: Մասնակիցները նաև նշել են, որ այդ բաժինը պետք է ավելի մեծ պատասխանատվությունների շրջանակ ունենա, քան ներկայումս գոյություն ունեցող կառավարական կազմակերպություններն ու գործակալությունները: Այս բաժինը ոչ միայն պետք է միավորի ծառայությունները և ապահովի դրանց արդյունավետությունը, այլև զեկուցի հանրային առողջության ցուցանիշները և հանրային առողջապահության ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկատվությունը:

Որոշ մասնակիցներ առաջարկել են առանձնացնել տեսչության համակարգը համաճարակաբանական հսկողության համակարգից: Մասնակիցներից մեկը առաջարկել է անջատել ծրագրերի ներդրումը տեսչությունից: Ավելին՝ երկու մասնակից առաջարկել են վերականգնել գլխավոր սանիտարական բժշկի պաշտոնը, որը կունենա հանրային առողջապահության լիազոր մարմնի իշխանություն և կլուծի տարբեր գործակալությունների և բաժինների միջև ծագած տարաձայնությունները:

## **ՀԱՎԵԼՎԱԾ 5 – ՀԱՆՐԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՍՏԱՆՂԱՐՏՆԵՐԸ**

Որոշ պետություններ, նպատակ ունենալով գնահատել հանրային առողջապահության ծառայությունների և ծրագրերի որակը ու պայմաններ ստեղծել դրանց բարելավման համար, մշակել են հանրային առողջապահության ստանդարտներ (չափորոշիչներ): Նման ստանդարտներ մշակելու համար օգտագործվում են տարբեր սկզբունքներ և մոտեցումներ:

### **Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների հանրային առողջապահության ստանդարտները**

Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներում (ԱՄՆ) Հիվանդությունների կանխարգելման և վերահսկման կենտրոնը (ՀԿՎԿ) հանրային առողջապահության նահանգային և տեղական հանրային առողջապահության համակարգերի և կառավարական մարմինների համար իրականացնում է Հանրային առողջապահության կատարողականի ստանդարտների ազգային ծրագիր (ՀԱԿԶՊԾ): Այս Ազգային գործընկերության նախաձեռնության նպատակն է. «Հանրային առողջապահության համակարգերն ապահովել կատարողականի ստանդարտներով և խրախուսել դրանց լայնածավալ օգտագործումը, հանրային առողջապահության պատրաստվածության համար նախաձեռնել և խրախուսել ազգային, նահանգային և տեղական գործընկերությունները, խթանել հանրային առողջապահության համակարգի որակի շարունակական ապահովումը և հզորացնել գիտական հետազոտությունների բաղադրիչը հանրային առողջապահության գործնական ոլորտը բարելավելու համար»<sup>64</sup>: ՀԱԿԶՊԾ-ն նախագծված է Հանրային առողջապահության տաս հիմնական ծառայությունների<sup>†</sup> համար ազգային և

---

<sup>†</sup>1. **Սոնիտորինգի** ենթարկել հանրային առողջությունը հայտնաբերելու համար համայնքային առողջապահական խնդիրները:

2. **Ախտորոշել** և վերլուծել համայնքային առողջապահական խնդիրները և վտանգները:

3. **Տեղեկացնել**, կրթել և զինել մարդկանց առողջության վերաբերյալ գիտելիքներով:

4. **Մոբիլիզացնել** համայնքային համագործակցությունը առողջապահական խնդիրները հայտնաբերելու և լուծելու համար:

5. **Մշակել** ռազմավարություններ և գործելակարգեր, որոնք կաջակցեն համայնքային և անհատական հանրային առողջապահության աշխատանքներին:

6. **Կիրարկել** առողջապահության և անվտանգության օրենքներն ու ենթաօրենսդրական ակտերը:

համայնքային մակարդակներով: ԱՄՆ-ի ստանդարտները մշակված են ամբողջ ՀԱ համակարգի համար, որը ներառում է պետական, մասնավոր և կամավոր հիմունքներ ունեցող բոլոր կառույցներն ու կազմակերպությունները, որոնք ՀԱ գործառույթների զարգացման մեջ ունեն որոշակի ներդրում և դրսևորում են կատարողականի անհրաժեշտ մակարդակ, ինչը նախատեսում է որակի շարունակական ապահովման համար ստանդարտների հնարավոր օգտագործում համակարգի գործընկերների կողմից: Համակարգի շահագրգիռ կողմերի կողմից ստանդարտների հնարավորինս օգտագործումը հնարավորություն է տալիս երկրում ապահովել որակի շարունակական զարգացում: ՀԱԿԶՊԾ-ն ներառում է ՀԿՎԿ-ի և նրա գործընկեր կազմակերպությունների կողմից մշակված երեք հարցաշարեր, որոնց հիմքում ընկած են գործնական կարողությունների գնահատումը: Այս հարցաշարերը լրացնելու առումով պարզ են, և ընդգրկում են տարբեր ստանդարտների մոդելներ<sup>64</sup>:

1) Նահանգային հանրային առողջապահության համակարգի կատարողականի գնահատման հարցաշարը (նահանգային հարցաշար) վերաբերում է «նահանգային հանրային առողջապահության համակարգին» և ներառում է նահանգային հանրային առողջապահության գործակալություններ և գործընկերներ, որոնք աշխատում են հանրային առողջապահության նահանգային մակարդակում: Այս հարցաշարը ընդգրկում է 40 ստանդարտներ, որոնք հիմնված են Նախագծման ու իրականացման, Ազգային-տեղական հարաբերությունների, Կատարողականի

---

**7. Կապ հաստատել** հանրության և անհրաժեշտ անհատական բուժօգնությունների միջև և ապահովել բուժօգնության տրամադրումն այն դեպքերում, երբ այն հասանելի չէ:

**8. Ապահովել** որակյալ հանրային և անհատական բուժօգնության աշխատուժ:

**9. Գնահատել** անհատական և ընդհանուր բնակչությանը տրամադրվող բուժօգնությունների արդյունավետությունը, հասանելիությունը և որակը:

**10. Հետազոտություններ** կատարել առողջապահական խնդիրների լուծումների համար նորարարական մոտեցումներ հայտնաբերելու համար:



կառավարման ու Որակի բարելավման և Հանրային առողջապահության ներուժի ու ռեսուրսների վրա:

2) Տեղական հանրային առողջապահության համակարգի կատարողականի գնահատման հարցաշարը (տեղական հարցաշար) վերաբերում է «տեղական հանրային առողջապահության համակարգին» կամ բոլոր այն կառույցներին, որոնց ներդրումները հանրային առողջապահության մեջ կատարվում են համայնքային մակարդակով: Այս համակարգը ներառում է բոլոր պետական, մասնավոր և կամավոր հիմունքներ ունեցող կառույցները, ինչպես նաև անհատներ և ոչ պաշտոնական միավորումներ: Այս հարցաշարն ընդհանուր առմամբ կազմված է 30 ստանդարտներից:

3) Տեղական հանրային առողջապահության կառավարման կատարողականի գնահատման հարցաշարը (կառավարման հարցաշար) վերաբերում է կառավարման մարմիններին, որոնք պատասխանատու են համայնքային մակարդակով հանրային առողջապահության ծառայությունների համար: Նման կառավարման մարմինները կարող են ընդգրկել առողջապահական խորհուրդներ կամ համայնքային հանձնաժողովների անդամներ: Հարցաշարը կազմված է 10 ստանդարտներից<sup>64</sup>:

Չնայած վերոհիշյալ ՀԱ ստանդարտները մշակված են ամբողջ ԱՄՆ-ի համար՝ տարբեր նահանգներ, ելնելով տեղական պահանջներից, կարող են մշակել իրենց սեփական ստանդարտները: Օրինակ՝ Այովայի հանրության առողջության խրախուսման և պաշտպանության համար մշակված ՀԱ ստանդարտները հիմնված են հաջորդական և վստահելի մոտեցումների վրա<sup>65</sup>: Այս ստանդարտները նպատակ ունեն գնահատել կառավարական առողջապահական համակարգը, որը կազմված է առողջապահական տեղական խորհուրդներից, հանրային առողջապահական տեղական գործակալություններից, Այովայի հանրային առողջապահության դեպարտամենտից և Առողջապահության նահանգային խորհրդից: Այս համակարգի գործառույթները կիրառվում են առողջապահական տեղական խորհուրդների և

Նահանգային առողջապահական խորհրդի մակարդակով և նպատական ունեն վերահսկել ՀԱ տեղական գործակալությունները և ապահովել դրանց համապատասխանությունը Այովայի հանրային առողջապահության նահանգային ստանդարտների հետ: Ստանդարտները մշակվել են 11 տարբեր ոլորտների համար, որոնցից առաջին վեցը Կազմակերպչական ներուժի ստանդարտներ են: Դրանք են Կառավարումը, Պեկավարումը, Հաղորդակցության և տեղեկատվության տեխնոլոգիաները, Աշխատուժը, Համայնքների վերլուծությունը և նախագծումը, Գնահատումը: Մնացած հինգ ստանդարտները Հանրային առողջապահության ծառայությունների ստանդարտներն են՝ Կանխարգելիչ համաճարակներն ու հիվանդությունների տարածումը, Պաշտպանել բնակչությանը շրջակա միջավայրի վտանգներից, Կանխարգելիչ վնասվածքները, Խրախուսել առողջ ապրելակերպը, Պատրաստվել և արձագանքել արտակարգ իրավիճակներին և վերացնել դրանց պատճառած վնասները<sup>65</sup>:

### **Օնտարիոյի հանրային առողջապահության ստանդարտները**

Օնտարիոյի հանրային առողջապահական ծրագրերի և ծառայությունների հիմքում ընկած են Օնտարիոյի հանրային առողջապահության ստանդարտները, որոնք ներառում են վերլուծություն ու համաճարակաբանական հսկողություն, առողջ ապրելակերպի քարոզչություն ու ռազմավարությունների մշակում, հիվանդությունների ու վնասվածքների կանխարգելում և առողջության պաշտպանություն<sup>66</sup>: Երեսունվեց առողջապահական տեղական խորհուրդներ օգտագործում են հատուկ ընթացակարգերով ամրագրված Օնտարիոյի հանրային առողջապահության ստանդարտները: Այդ խորհուրդները տեղական պահանջներին արձագանքելու և տվյալ աշխարհագրական ռեգիոնում հատուկ արդյունքների և նպատկաների հասնելու համար մշակում և իրականացնում են հանրային առողջապահական ծրագրեր և ծառայություններ: Օնտարիոյի առողջապահական խորհուրդների գրեթե երկու-երրորդը ինքնուրույն կառույցներ են, որոնք մատուցում են տեղական հանրային առողջապահության ծառայություններ: Մնացած խորհուրդները դրանք Քաղաքային խորհուրդներն են: Օնտարիոյի հանրային

առողջապահության ստանդարտների փաստաթուղթը կազմված է երկու մասից՝ Հիմնական ստանդարտներից և Ծրագրերի ստանդարտներից: Առաջինը ներառում է Ազգաբնակչության առողջության գնահատում, Համաճարակաբանական հսկողություն, Գիտական հետազոտություններ և գիտելիքների փոխանակում, Ծրագրերի գնահատում՝ հաշվի առնելով չորս հիմնական սկզբունքները (կարիք, ազդեցություն, ներուժ, գործընկերություն ու համագործակցություն) և հիմք հանդիսանալով բոլոր Ծրագրերի ստանդարտների համար: Ծրագրերի ստանդարտները վերաբերում են հինգ ծրագրային ոլորտներին՝ Խրոնիկ հիվանդություններ և վնասվածքներ, Ընտանիքի առողջություն, Վարակիչ հիվանդություններ, Շրջակա միջավայրի ազդեցությունը առողջության վրա և Հատուկ իրավիճակներին պատրաստվածություն: Առողջապահական խորհուրդը կանոնակարգում և գնահատում է այս ծրագրերը: Հիմնական ստանդարտները և Ծրագրերի ստանդարտները հիմնված են հասարակության լայնամասշտաբ *նպատակների* վրա, որոնց հասնելու համար գործում են առողջապահական խորհուրդներ, համայնքային գործընկերներ, կառավարական և ոչ-կառավարական կառույցներ<sup>66</sup>:

### **Միացյալ Թագավորության հանրային առողջապահության ստանդարտները**

Միացյալ Թագավորության (ՄԹ) հանրային առողջապահության ստանդարտները, որոնք կոչվում են «Ստանդարտներ հանուն ավելի լավ առողջության» և ներառում են յոթ բաժիններ, ներկայացնում են որակի այն մակարդակը, որը պետք է ապահովեն առողջապահական հաստատությունները, այդ թվում՝ Ազգային առողջապահական ծառայությունների (ԱԱԾ) հիմնադրամները և ԱԱԾ-ի մասնավոր ու կամավոր բուժաշխատողները<sup>67</sup>: Այդ յոթ բաժիններն են՝ անվտանգություն, բուժ- և ծախս-արդյունավետություն, կառավարում, հիվանդը բուժօժանդության կենտրոնում, հասանելի և հիվանդների կարիքներին արձագանքող բուժօգնություն, հարմարավետ պայմաններ և հանրային առողջություն: Յուրաքանչյուր բաժնի համար ստանդարտները բաժանված են երկու խմբի՝ 1) հիմնական ստանդարտներ, որոնք կազմակերպում և նվազեցնում են առողջապահական ծառայությունների գործող

պահանջները և սահմանում են ծառայությունների այն նվազագույն մակարդակը, որը պետք է ապահովել հիվանդների և սպառողների համար, 2) զարգացման ստանդարտներ, որոնք մատնանշում են համակարգի զարգացման ուղղությունը և հիմք են հանդիսանում ԱԱԾ մարմինների համար նախագծելու ծառայությունների տրամադրումը և հետագա բարելավումը՝ հաշվի առնելով ծառայություններից օգտվող մարդկանց աճող պահանջները<sup>67</sup>:

## ՀԱՎԵԼՎԱԾ 6 – ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՓՈՐՁԸ

Տարբեր երկրների հանրային առողջապահության համակարգերի (կենտրոնացված և ապակենտրոնացված) ստորև բերված հաջողված օրինակները կարող են արժեքավոր տեղեկություն տրամադրել Հայաստանի հանրային առողջապահության համակարգի բարելավման համար: Այնպիսի պետություններ, ինչպիսիք են Միացյան Թագավորությունը, Ավստրալիան և Էստոնիան, ունեն բարձրագույն ազգային (պետական) հանրային առողջապահության կենտրոնացված վերահսկման համակարգ, մինչդեռ Կանադայի, Շվեդիայի և Դանիայի մարզային և տեղական կառավարություններն ավելի ինքնուրույն են և հանրային առողջապահության ոլորտում ունեն ավելի մեծ պարտավորությունների և կառավարման շրջանակ:

**Միացյալ Թագավորության** հանրային առողջապահության համակարգը ունի կենտրոնացված կառուցվածք, իսկ հանրային առողջապահության իշխանությունները և պարտավորությունները դրված են Առողջապահության դեպարտամենտի և Ազգային առողջապահական ծառայությունների վրա: Այս երկու կառույցները իրենց տեղական մասնաճյուղերի միջոցով ներդնում են հանրային առողջապահության ծրագրեր: *Ազգային մակարդակում* Առողջապահության դեպարտամենտը գտնվում է Առողջապահության պետքարտուղարի ղեկավարության ներքո, որը հինգ նախարարներից բաղկացած թիմով (Առողջապահական ծառայությունների պետական նախարար, Հանրային առողջապահության պետական նախարար, Բուժօգնության ծառայությունների պետական նախարար, Պետքարտուղարի վերահսկողության տակ գտնվող խորհրդարանի անդամ և Առողջապահական ծառայությունների քարտուղարի վերահսկողության տակ գտնվող խորհրդարանի անդամ) պատասխանատու է Անգլիայում առողջապահության և անհատական սոցիալական ծառայությունների համար<sup>68</sup>: *Տեղական մակարդակում* Անգլիայի Առողջապահության դեպարտամենտը ունի իր աշխատակազմը մարզերի ինը Կառավարական գրասենյակներից յուրքանջուրում: Այս մարզային թիմերը շրջանային և տեղական մակարդակներում գործող համագործակցության միջոցով իրականացնում են ծառայությունների

բարեփոխումներ և օժանդակում են բուժօժանայությունների տրամադրմանը Առողջապահության դեպարտամենտի համար, ինչպես նաև մշակում են հանրային առողջապահության մարզային ռազմավարություններ<sup>69</sup>:

#### Հանրային առողջապահության ֆինանսավորումը

Ազգային առողջապահական ծառայությունները հիմնականում ֆինանսավորվում են ընդհանուր հարկերից<sup>68</sup>:

#### Հանրային առողջապահության ազգային քաղաքականություն

Հանրային առողջապահության ռազմավարությունը, որը հրատարակվել է 2007 թ. մայիսի 30-ին, կոչվում է «Տեղեկացնել ավելի առողջ լինելու հնարավորությունների մասին. տեղեկատվություն և կրթություն առողջ բնակչության համար»: Դրա նպատակն է ամբողջ Անգլիայում առողջապահական տեղեկատվությունն ու կրթությունը առավել հասանելի և որակյալ դարձնել, և հանրությանը ժամանակին ապահովել անհրաժեշտ տեղեկատվությամբ և կրթությամբ: Ինչպես նաև բարձրացնել հանրային առողջապահության տեղեկատվության և կրթության օգտագործումը՝ աջակցելու բնակչության առողջության բարելավմանը և ավելի լավ բաշխելու առողջապահական, բարեկեցության և առողջության պահպանման ծառայությունները: Ապագայի տեսլականը ներկայացված է չորս ռազմավարությունների միջոցով<sup>70</sup>՝

- Մասնագիտական ներուժ և հնարավորություններ
- Տվյալների և տեղեկատվության տրամադրման կատարելագործում
- Առավել հզոր կազմակերպություններ
- Առողջապահական տեղեկատվության և կրթության լայն տվյալների բազայի ինտերնետային կայք

#### Միջգերատեսչական համագործակցություն

Հանրային առողջապահության հետ առնչվող բոլոր նախարարությունների և դեպարտամենտների միջև գոյություն ունի քաղաքականությունների հստակ

համակարգում: Դրանք ներառում են *Սոցապահովության դեպարտամենտը*, որը պատասխանատու է սոցիալական ապահովության վճարումների համար, *Շրջակա միջավայրի, տրանսպորտի ու մարզերի դեպարտամենտը*, որը պատասխանատու է տեղական կառավարման մարմինների կողմից վարվող անհատական սոցիալական ծառայությունների համար, *Գյուղատնտեսության, սննդի ու ձկնորսության նախարարությունը*, որը պատասխանատու է սննդի ստանդարտների համար և *Կրթության ու աշխատանքային զբաղվածության դեպարտամենտը*, որը հովանավորում է բժշկական ուսանողների և առողջապահության այլ մասնագետների կրթությունը<sup>69</sup>:

*Հանրային առողջապահության ռազմավարության մոնիտորինգ և գնահատում*

2005 թ. Անգլիայում ներդրվեցին «Ստանդարտներ հանուն առողջության», որոնց նպատակն էր գնահատել Ազգային առողջապահական ծառայությունների կատարողականի որակը: Ստանդարտները բաժանված են յոթ խմբի՝ անվտանգություն, բուժ- և ծախս-արդյունավետություն, կառավարում, հիվանդը բուժծառայության կենտրոնում, հասանելի և հիվանդների կարիքներին արձագանքող բուժօգնություն, հարմարավետ պայմաններ և հանրային առողջապահություն<sup>67</sup>:

**Ավստրալիան** ունի հանրային առողջապահության կենտրոնացված համակարգ: Ավստրալիայի դաշնային կառավարությունը ռազմավարությունների համար տրամադրում է լայնածավալ առաջնորդություն և ֆինանսավորում է հանրային առողջապահական ծառայությունները: *Ազգային մակարդակում* Հանրային առողջապահության ազգային համագործակցությունը մշակում է հանրային առողջապահության ազգային հայեցակարգը, բարելավում և ապահովում է համագործակցությունները, համակարգում է քաղաքականությունները և հզորացնում հանրային առողջապահության կառուցվածքը: Այս համագործակցության մեջ ընդգրկված են կառավարության մեկ ծանրակշիռ ներկայացուցիչ և մեկական ներկայացուցիչ յուրաքանչյուր նահանգից և տարածքից, ինչպես նաև Ավստրալիայի առողջապահության և սոցիալական ապահովության ինստիտուտի տնօրենը և

Ազգային առողջապահության ու բժշկական գիտահետազոտական խորհրդի Առողջապահության խորհրդատվական հանձնաժողովի տնօրենը:  
Ավստրալիայի հանրային առողջապահության ասոցիացիան ապացույցների վրա հիմնված ջատագովության խումբ է, որը տեղեկություններ է տրամադրում կառավարությանը, բոլոր մակարդակներում, և այլ շահագրգիռ կողմերի: Հանրային առողջապահության գիտահետազոտական խորհրդատվական խումբը քարոզում և ջատագովում է երկրում հանրային առողջապահությունը: Ազգային առողջապահության և բժշկական գիտահետազոտական խորհուրդը առանցքային դեր ունի քաղաքականությունների և առաջնահերթությունների ձևավորման հարցերում: Ավստրալիայի առողջապահության նախարարների խորհրդատվական խումբը օժանդակում է առաջնահերթությունների մշակմանը և տարածայնությունների լուծմանը: Ավստրալիայում *տեղական մակարդակում* հանրային առողջապահական ծառայությունների ղեկավարման և իրականացման համար պատասխանատու են նահանգային և տարածքային կառավարությունները<sup>78</sup>:

*Հանրային առողջապահության ֆինանսավորումը*

Առողջապահության ընդհանուր ծախսերի մոտոպորապես 5.3% հատկացվում է հանրային առողջապահությանը և կանխարգելմանը<sup>62</sup>:

*Հանրային առողջապահության ազգային ռազմավարություն*

Հանրային առողջապահության ազգային համագործակցությունը իրականացնում է բազմաթիվ կարևոր ազգային ռազմավարություններ, այդ թվում՝ ՄԻԱՎ/ԶԻԱՀ-ի ռազմավարությունը, բնիկ ավստրալիացիների վերարտադրողական առողջության ազգային ռազմավարությունը, Ազգային հակաժխախտային ծրագիրը և Վնասվածքների կանխարգելման ազգային նախաձեռնությունը: Կառավարությունը աշխատում է երեխաների հանրային առողջապահության ազգային ռազմավարության մշակման ուղղությամբ՝ հիմքում ունենալով առողջապահության անհավասարության խնդիրների և ապացույցների հիման վրա կառուցվող նախաձեռնությունների գաղափարը<sup>78</sup>:



Առողջապահության առաջնահերթությունների նախաձեռնության ազգային խորհուրդը բացահայտում, ջատագովում և նպաստում է ազգային առաջնահերթությունների և դրանց միջև կապերի իրականացմանը հետևյալ սկզբունքներով<sup>62</sup>․

- ավստրալիացիների առողջության խրախուսում և պաշտպանություն, ինչպես նաև հիվանդացության, հիվանդությունների, վնասվածքների և հաշմանդամության առաջին դեպքերի նվազեցում
- ծախս-արդյունավետ բուժօժանությունների, դեղորայքի և սուր դեպքերի բուժօգնության հասանելիության ապահովում բոլոր ավստրալիացիների համար
- ծերերի առողջության ապահովում, որակյալ և ծախս-արդյունավետ ծառայությունների տրամադրում խնամք պահանջող մեծահասակներին և նրանց խնամակալներին աջակցության տրամադրում
- որակյալ, միավորված և արդյունավետ բուժօգնության տրամադրում
- ռեգիոնալ, գյուղական և հեռավոր վայրերում ապրող ավստրալիացիների առողջության ցուցանիշների բարելավում
- լսողության կորստով մարդկանց մոտ լսողության կորստի հետ կապված հետևանքների նվազեցում
- բնիկ և Տորրես սթրեյթ կղզու բնակիչների առողջության կարգավիճակի բարելավում
- կենսունակ մասնավոր առողջապահական ծառայությունների միջոցով առողջապահական ծառայությունների ընտրության հնարավորությունների ապահովում ավստրալիացիների համար
- ավստրալիացիների առողջությունը բարելավելու նպատակով գիտելիքի, տեղեկատվության և վերապատրաստումների տրամադրում

Միջգերատեսչական համագործակցություն

Ավստրալիայում հանրային առողջապահության ազգային համագործակցությունը ձևավորվել է հանրային առողջապահության համակարգի ներսում միջգերատեսչական կապերի և համագործակցության ջանքերին աջակցելու համար<sup>62</sup>:

*Հանրային առողջապահության ռազմավարության մոնիտորինգ և գնահատում*

Հետագա ռազմավարությունների մշակման և հանրային առողջապահության ծրագրերի գնահատման նպատակով կառավարությունը գնահատում է հանրային առողջապահության ոլորտի ներդրումների արդյունքները: *Հանրային առողջապահության ապացուցողական խորհրդատվական մեխանիզմը* հանրային առողջապահության ներդրումների գնահատման համար որոշումների կայացնողներին տրամադրում է տնտեսական վերլուծություններ, սակայն այս մոտեցումն ունի իր թերացումները<sup>62</sup>:

**Էստոնիան** ունի կենտրոնացված առողջապահական համակարգ, որը կազմված է ազգային, համայնքային և քաղաքային կառավարություններից: *Ազգային մակարդակում*, խորհրդարանի կազմի մեջ մտնող Սոցիալական հարցերով զբաղվող հանձնաժողովը մշակում է սոցիալական ապահովագրության, աշխատանքային հարաբերությունների և առողջապահության օրենսդրությունը: Հանրային առողջապահության ռազմավարությունների մշակման, ներդրման և հսկողության, ինչպես նաև առողջապահական ծառայությունների որակի և հասանելիության վերահսկման համար պատասխանատու են ազգային գործադիր մարմինները, որոնք են Սոցիալական հարցերի նախարարությունը, Առողջապահության խորհուրդը, Առողջության պաշտպանության տեսչությունը, Առողջապահության զարգացման ազգային ինստիտուտը, Էստոնիայի առողջապահության ապահովագրության հիմնադրամը, Աշխատանքի տեսչությունը, Բնապահպանության տեսչությունը և Բնապահպանության նախարարությունը: *Տեղական մակարդակում* առողջապահության ազգային ռազմավարությունների ներդրման համար պատասխանատու են Առողջության պաշտպանության տեսչության և Աշխատանքի

տեսչության համայնքային գրասենյակները, առողջ ապրելակերպ խրախուսող մասնագետները և համայնքային կառավարության հանրային առողջապահական ծրագրերը: Տեղական քաղաքապետարանները համակարգում են առողջ ապրելակերպի խրախուսման և հիվանդությունների կանխարգելման ծրագրերը, ինչպես նաև տեղական մակարդակով վերահսկում են օրենսդրության կիռարկումը<sup>73</sup>:

#### Հանրային առողջապահության ֆինանսավորումը

Էստոնիայի առողջապահության ապահովագրության հիմնադրամը, որն ապահովում է առողջապահության ամբողջ ծախսերի երկու-երրորդը, հանդիսանում է առողջապահության համակարգի հիմնական գնորդը/վճարողը: Առողջապահության պարտադիր ապահովագրության ծրագրին բնակչության կողմից վճարվող սոցիալական հարկերը, հանդիսանում են Էստոնիայի հանրային առողջապահական ծրագրերի հիմնական ֆինանսական աղբյուրը: Ավելին, ընդհանուր հարկերից ստացված եկամուտները Սոցիալական հարցերի նախարարության և քաղաքապետարանների միջոցով նույնպես աջակցում են հանրային առողջապահական ծրագրերին<sup>73</sup>:

#### Հանրային առողջապահության ազգային ռազմավարություններ

Էստոնիայի ներկա հանրային առողջապահական ազգային ռազմավարությունը ներառում է հետևյալ գործառույթները`

- վարակիչ հիվանդությունների վերահսկում
- օդի, ջրի և սննդի որակի վերահսկում
- մասնագիտական առողջություն և վնասվածքների կանխարգելում
- առողջ ապրելակերպի քարոզչություն
- հիվանդությունների կանխարգելում
- համագործակցություն հանրային առողջապահության մասնավոր և ոչ-պետական կառույցների և կազմակերպությունների հետ

Չնայած այս ամենին՝ Եստոնիայի հանրային առողջապահության համակարգում գոյություն ունեն մի շարք խնդիրներ՝ թույլ հորիզոնական կապերը և համակարգումը, տեղեկատվության փոխանակման անբավարարությունը և լավ պատրաստված մարդկային ներուժի պակասը: 2008–2020 թթ. առողջապահության նոր ազգային ռազմավարությունը ներառում է գործողությունների չորս բաղադրիչ՝ 1) արտահայտված քաղաքական կամք, 2) առաջնորդություն, 3) կառուցվածքային փոփոխություն և 4) միջգերատեսչական համագործակցություն<sup>74</sup>:

#### Միջգերատեսչական համագործակցություն

Չնայած Եստոնիայի առողջապահության համակարգում տարբեր շահառուների դերերը և պարտականությունները մասնակիորեն ամրագրված են օրենքով՝ այդ դերերը և պարտականությունները դեռ թերի են և հստակեցման ու բարելավման կարիք ունեն<sup>73</sup>:

#### Հանրային առողջապահության ռազմավարության մոնիտորինգ և գնահատում

Եստոնիայի առողջության պաշտպանության տեսչության Պլանավորման և մոնիտորինգի բաժինը իրականացնում է Հանրային առողջապահության ծրագրերի և միջոցառումների մոնիտորինգ<sup>73</sup>:

**Կանադան** դաշնային պետություն է ապակենտրոնացված և մեծամասամբ բնակչության կողմից ֆինանսավորվող առողջապահական համակարգով, որը բաղկացած է դաշնային և 13 պրովինցիալ(տարածքային) կառավարություններից, որոնք տրամադրում են պրովինցիալ(տարածքային) հանրային առողջապահական ծառայություններ: Հանրային առողջապահության համակարգը ապակենտրոնացված է և պրովինցիալ հանրային առողջապահության ծառայությունները առավելագույնս անկախ են դաշնային կառավարությունից: Դաշնային կառավարությունն ունի Առողջապահության նախարարություն, ինչպես նաև յուրաքանչյուր պրովինցիա (նահանգ) ունի իր Առողջապահության նախարարությունը, որոնք լիովին անկախ են դաշնային Առողջապահության նախարարությունից<sup>62,71</sup>:

Դաշնային կառավարությունը (*ազգային մակարդակ*) և դաշնային առողջապահության դեպարտամենտը՝ *Առողջ Կանադա*, զգալի դեր ունեն առողջապահական հետազոտությունների տվյալների հավաքագրման, հանրային առողջապահության և առողջության պաշտպանության գործում: Դաշնային կառավարությունը լիազորված է բնակչության այն հատվածի առողջապահական ծառայությունների և շահերի ֆինանսավորման և համակարգման գործառույթներով, որոնք չեն օգտվում պրովինցիալ և տարածքային առողջապահական ծառայություններից: Դրանք են առաջին ազգերը (բնիկները) և ինուիտները (էսկիմոսները): Նաև զբաղվում է կանադական զինված ուժերի, Կանադայի թագավորական ձիավոր ոստիկանության, վետերանների և պետական ազատագրկման վայրերում գտնվող մարդկանց բուժօժանդությունների հարցերով: Պրովինցիալ և տարածքային կառավարությունները (*տեղական մակարդակ*) հիմնականում պատասխանատու են հանրային առողջապահության ծառայությունների ֆինանսավորման, համակարգման և մատուցման համար տվյալ պրովինցիային (նահանգին) հատուկ օրենսդրության համաձայն: Բացի դրանից որոշ պրովինցիալ կառավարություններ ակտիվ ներգրավված են բուժ-տեխնոլոգիաների հետազոտման և առողջապահական հետազոտությունների ֆինանսավորման մեջ<sup>71</sup>:

#### Հանրային առողջապահության ֆինանսավորումը

Հանրային առողջապահության ծառայությունների ֆինանսավորումը ներառում է պրովինցիալ և դաշնային ընդհանուր հարկեր (73%), հավելյալ ապահովագրություն, գործատուների կողմից հատկացվող զումարներ և կանխիկ վճարումներ (27%): Առողջապահության ընդհանուր ծախսերի մոտավորապես 7% հատկացվում է հանրային առողջապահությանը և կանխարգելմանը<sup>72</sup>:

#### Հանրային առողջապահության ազգային ռազմավարությունը

*Առողջ Կանադան* ապահովում է միացյալ ազգային ռազմավարության մշակում, որն ունի հստակ նպատակներ, մոնիտորինգի միջոցներ և կառավարության տարբեր

մակարդակներում համագործակցությունն ապահովող լծակներ: Հանրային առողջապահության ազգային ռազմավարությունների հիմնական առաջնահերթություններն են բարելավել առողջությունը և նվազեցնել անհավասարությունը հետևյալ քայլերի միջոցով<sup>72</sup>.

- ազդել առողջությունը պայմանավորող գործոնների վրա
- որոշումներ կայացնել գիտական ապացույցների հիման վրա
- ավելացնել ներդրումների ծավալը
- խնդիրների լուծման համար օգտագործել տարբեր ռազմավարություններ
- համագործակցել տարբեր մակարդակներում և բնագավառներում
- պատասխանատվություն կրել բուժօժանայության հետևանք հանդիսացող առողջական արդյունքի հանդեպ

#### Միջգերատեսչական համագործակցություն

Կանադայում գոյություն ունի պաշտոնական իրավաբանական մարմին՝ *Ղաշնային-պրովինցիալ-տարածքային նախարարների և հանձնաժողովների համաժողով*, որը պատասխանատու է նախարարությունների միջև համագործակցության, համակարգման և հաղորդակցության համար<sup>71</sup>:

#### Հանրային առողջապահության ռազմավարության մոնիտորինգ և գնահատում

Հանրային առողջապահության գիտական հետազոտությունները խրախուսելու և հանրային առողջապահության միջոցառումներին և ծրագրերին անհրաժեշտ գիտական տեղեկություններ տրամադրելու համար ամեն տարի ազգային հարցումների արդյունքում հրապարակվում են զեկույցներ բնակչության առողջության և առողջության հետ կապված գործոնների վերաբերյալ: Չնայած Կանադայի հանրային առողջապահության համակարգի գնահատման համար փորձում են ավելի շատ օգտագործել ընթացքի և արդյունքի ցուցանիշները, այս գործընթացը դեռևս բարելավման կարիք ունի<sup>71</sup>:

Շվեդիան ունի ապակենտրոնացված հանրային առողջապահության համակարգ, որը կազմված է ազգային և տեղական կառավարման հանրային առողջապահության համակարգերից: *Ազգային մակարդակում* հանրային առողջապահության ազգային ինստիտուտը պատասխանատու է առողջ ապրելակերպի քարոզչության, հիվանդությունների կանխարգելման և անհավասարությունների նվազեցման համար: Հանրային առողջապահության ազգային հանձնաժողովը աջակցում է ազգային ռազմավարության մշակմանը; Ազգային թիրախների աշխատանքային խումբը ուղղորդում է առողջապահական թիրախների ձևավորումը; Առողջապահության և սոցիալական ապահովության ազգային խորհուրդը ծրագիրը հրատարակում են առողջության և հիվանդությունների զարգացման, սոցիալական պայմանների, ռիսկի գործոնների և առողջապահական ռեսուրսների բաշխման վերաբերյալ ազգային զեկույցներ: Առողջապահության և սոցիալական ապահովության նախարարությունը պատասխանատու է հանրային առողջապահության քաղաքականությունների մշակման և կանոնակարգման համար<sup>75</sup>:

Անկախ տարածքային կառավարությունը, որը կազմված է համայնքային խորհուրդներից, պատասխանատու է *տեղական մակարդակում* հանրային առողջապահական ծառայությունների մատուցման համար: Յուրաքանչյուր համայնքային խորհուրդ ունի հանրային առողջապահության բաժին, որը համաձարակաբանական վերլուծությունների հիման վրա նախագծում է հանրային առողջապահության ծառայությունները<sup>76</sup>:

#### *Հանրային առողջապահության ֆինանսավորումը*

Շվեդիայի առողջապահության համակարգը ներառում է մասնավոր և պետական ծառայություններ: Պետական առողջապահական ընդհանուր ծախսերի գրեթե 3%-ը հատկացվում է հանրային առողջապահությանը: Հանրային առողջապահական ծառայությունների ֆինանսավորումը գալիս է համայնքային խորհուրդների կողմից կուտակված հարկերից և ազգային կառավարության ֆինանսական միջոցներից,

որոնք բաշխվում են համայնքային խորհուրդներին ըստ սպասարկվող բնակչության թվի<sup>76</sup>:

Հանրային առողջապահության ազգային ռազմավարություն

Շվեդիայի հանրային առողջապահության ռազմավարությունը հաստատվել է 2003 թ.: Նրա նպատակն է հավասարապես պահպանել ամբողջ բնակչության առողջությունը: Այս ռազմավարության հիմքում ընկած են կանխարգելման ծառայությունները, որոնց թիրախ են հանդիսանում առողջությունը պայմանավորող սոցիալական գործոնները: Հանրային առողջապահության ռազմավարության հիմնական առաջնահերթությունները անհավասարությունների նվազեցումն ու առողջ ապրելակերպի խթանումն է: Հատուկ առաջնահերթությունները հետևյալն են՝

- մասնակցություն և հասարակության վրա ազդեցություն
- տնտեսական և սոցիալական ապահովություն
- լավագույն պայմանների ապահովում մանուկների և դեռահասների համար
- մասնագիտական առողջ պայմանների ապահովում
- առողջ և անվտանգ շրջակա միջավայր ու արտադրանքներ
- առողջությունը ակտիվ կերպով խրախուսող առողջապահություն և բուժօգնություն
- վարակիչ հիվանդությունների արդյունավետ վերահսկում
- առողջ սեռական կյանք և վերարտադրողական առողջություն
- բարձր ֆիզիկական ակտիվություն
- առողջ սնուցում և անվտանգ սնունդ
- ծխախոտի, ոգելիչ խմիչքների, թմրանյութերի և հոգեմետ նյութերի օգտագործման և խաղամոլության նվազեցում

Առողջապահության և սոցիալական ապահովության ազգային խորհրդի կողմից հրատարակված զեկույցները հիմք են հանդիսանում հանրային առողջապահության կենտրոնական և տեղական ռազմավարությունների մշակման համար: Այս հրատարակությունները հիմնված են համաճարակաբանական, ժողովրդագրական և



տնային տնտեսությունների հարցումների արդյունքների վրա:

Առաջնահերթությունները մշակվում են՝ հաշվի առնելով մարդկային արժանապատվության, կարիքների, համախմբվածության և ծախս-արդյունավետության էթիկական հարցերը<sup>75</sup>:

#### Միջգերատեսչական համագործակցություն

Կառավարական և ոչ-կառավարական կազմակերպությունների, համայնքային խորհուրդների, քաղաքապետարանների, առևտրային միավորումների և կրթական կառույցների միջև գործող միջգերատեսչական համագործակցությունը Շվեդիայի հանրային առողջապահության ազգային ռազմավարության մեջ հատուկ նշանակություն ունի: Այս ռազմավարության նախագիծը կոչված է գնահատելու բոլոր ազգային ռազմավարությունների ազդեցությունը առողջության վրա, օրինակ՝ բնակչության առողջության վրա գյուղատնտեսության ռազմավարության ազդեցությունը<sup>76</sup>:

#### Հանրային առողջապահության ռազմավարության մոնիտորինգ և գնահատում

Ազգային ռազմավարության նախագիծը նաև նախատեսում է, որ Հանրային առողջապահության ազգային ինստիտուտը գնահատի ազգային ռազմավարության 11 խնդիրները և յուրաքանչյուր չորս տարին մեկ ներկայացնի հաշվետվություն: Մոնիտորինգն իրականացվում է Շվեդիայի *Սոցիալական պայմանների հարցման* միջոցով<sup>75</sup>:

**Ղանիան** ունի հանրային առողջապահության ապակենտրոնացված համակարգ, որը մյուս առողջապահական ծառայությունների հետ միասին ֆինանսավորվում է համայնքային խորհուրդների կողմից հավաքվող եկամտահարկերի միջոցով, որոնք պատասխանատու են առողջ ապրելակերպի քարոզչության համար: Հանրային առողջապահության ազգային խորհուրդը օժանդակում է հիվանդությունների կանխարգելումը և առողջ ապրելակերպի քարոզչությունը; Կլինիկական համաձարակաբանության ինստիտուտը հանրային առողջապահության ոլորտում

իրականացնում է գիտահետազոտական աշխատանքներ; Առողջ ապրելակերպի քարոզչության ռազմավարության խորհուրդը մշակում և գնահատում է քարոզարշավային ծրագրեր; Ծխելու և առողջապահության դանիական խորհուրդը մշակում է ծխախոտի դեմ պայքարի ծրագրեր: *Ազգային մակարդակում* Առողջապահության նախարարությունը համակարգում է առողջ ապրելակերպի քարոզչության բազմակողմանի ծրագրեր, իրականացնում է համաձարակաբանական հսկողություն և վերահսկում է վարակիչ հիվանդությունները: Այս աշխատանքներում ներգրավված են նաև 12 այլ նախարարություններ: *Տեղական մակարդակում* հանրային առողջապահության համար պատասխանատու են քաղաքապետարանները<sup>77</sup>:

#### *Հանրային առողջապահության ֆինանսավորումը*

Ֆինանսավորման հիմնական աղբյուրներն են պետական և տեղական հարկերը (82%), կանխիկ վճարումները (16.5%) և առողջության կամավոր ապահովագրությունը (1.5%): Առողջապահության ընդհանուր ծախսերի մոտովորապես 6.7% հատկացվում է հանրային առողջապահությանը<sup>77</sup>:

#### *Հանրային առողջապահության ազգային ռազմավարությունը*

Ղանիայի հանրային առողջապահության ազգային ռազմավարության առաջնահերթ նպատակներն են՝ ավելացնել կյանքի տևողությունը և լավացնել կյանքի որակը, ապահովել հավասար պայմաններ բոլորի առողջության համար՝ ազդելով ապրելակերպի գործոնների վրա, ինչպիսիք են ծխախոտը, ոգելիչ խմիչքները, ֆիզիկական վարժությունները, սնունդը, գիրությունը, ճանապարհատրանսպորտային պատահարները, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ը և թմրադեղերը: Այս ռազմավարությունը նաև ընդգրկում է տարբեր տարիքային խմբեր՝ երեխաներ, երիտասարդներ, մեծահասակներ և այնպիսի բնագավառներ, ինչպիսիք են դպրոցները, աշխատավայրերը և տեղական համայնքները: Միաժամանակ ռազմավարությունը կարևորում է համագործակցությունը բոլոր մակարդակներում,

այդ թվում՝ գիտական հետազոտությունների և կրթության ոլորտում<sup>62</sup>:

Ռազմավարությունները հիմնականում ուղղված են հետևյալ ոլորտներին՝

- առողջ ապրելակերպի քարոզչության քաղաքականություն բոլոր մակարդակներում
- բնակչությանը տրամադրվող նոր ծառայություններ
- մասնագիտական ուղեցույցներ և գործելակարգեր
- ուղեցույցների մշակում և լավագույն առողջապահական փորձի վերաբերյալ գիտական հետազոտություններ
- դրամական խրախուսում

Առաջնահերթությունների հաստատման և որոշումներ կայացման նպատակով Կլինիկական համաճարակաբանության ինստիտուտը անց է կացնում ազգային առողջապահական հարցման ծրագիր և համաճարակաբանական ու առողջապահական ծառայությունների գիտական հետազոտություններ:

#### Միջգերատեսչական համագործակցություն

Դանիայի հանրային առողջապահության համակարգում միջգերատեսչական համագործակցությունը զգալի դեր է խաղում որոշումների կայացման մեջ: Տասներեք նախարարություններ միաժամանակ համագործակցում են հանրային առողջապահության բազմակողմանի ծրագրերի իրականացման գործում<sup>62</sup>:

#### Հանրային առողջապահության ռազմավարության մոնիտորինգ և գնահատում

Հանրային առողջապահության ազգային նպատակների ընթացիկ մոնիտորինգի համար պատասխանատու է Առողջապահության նախարարությունը: Չնայած դրան՝ շարունակական գնահատման գործելակարգը դեռ ամբողջովին մշակված չէ, և առողջապահություն համակարգից դուրս պետական ռազմավարությունների ազդեցության գնահատումը առողջության վրա դեռևս խնդիր է<sup>77</sup>: