

Աւետիսեան Օնանեան առողջապահական ծառայությունների հետազոտման
և զարգացման կենտրոն

Թրփանճեան հանրային առողջապահության ֆակուլտետ

Հայաստանի ամերիկյան համալսարան

ՄԱԶԾ հայաստանյան գրասենյակի ֆինանսական աջակցությամբ

Առողջապահության հարմարվողականության պլանավորման համար առկա ռեսուրսների գնահատում/գույքագրում և բացերի վերլուծության հաշվետվություն

Զեկույցը մշակվել է տեխնիկական խորհրդատվության
շրջանակներում՝ գիտելիքների բազայի գնահատման և Հայաստանում
առողջապահության ոլորտի կլիմայի փոփոխության հարմարվողականության
պլանավորման առաջարկությունների ներկայացման նպատակով:

Հեղինակներ՝

Վարդուհի Հայրումյան, MS, MPH

Զարուհի Գրիգորյան, BS, MPH

Սերինե Սահակյան, RN, MPH

Ժաննա Սարգսյան, MS, MPH

Աստղիկ Աթանյան, MD, MPH

Հրաչյա Լիլոզյան, MD, MPH

Վարդուհի Պետրոսյան, MS, PhD

և

Քրիթի Լ. Էբի, PhD, MPH

Երևան

Դեկտեմբեր, 2020թ.

Բովանդակություն

ԱՂՅՈՒՍԱԿՆԵՐԻ ՑԱՆԿ	5
ԳԾԱՊԱՏԿԵՐՆԵՐԻ ՑԱՆԿ	5
ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ	6
ԱՍՓՈՓԱԳԻՐ	8
1. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ	12
1.1. Կլիմայի փոփոխությունը և դրա ազդեցությունները առողջության վրա ողջ աշխարհում	12
1.2. Գլոբալ արձագանք կլիմայի փոփոխությանը	15
1.3. Ազգային հանգամանքները	17
2. ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԸ	19
2.1. Մեթոդներ	19
3. ՀԱՆՐՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆԸ	22
3.1. Առողջության հիմնական ցուցանիշները	22
3.2. Կլիմայազգայուն հիվանդությունների բեռը	26
3.2.1. Վարակիչ/փոխանցվող հիվանդություններ	26
3.2.2. Ոչ վարակիչ հիվանդություններ	28
3.3. Առողջության սոցիալ-տնտեսական գործոնները	29
3.3.1. Աղքատություն	29
3.3.2. Մնուցում	31
3.3.3. Գենդերային խնդիրներ	32
3.3.4. Բնակչության կառուցվածք	36
3.3.5. Ջրի և սանիտարահիգիենիկ պայմանների հասանելիություն	38
3.3.6. Էներգիայի աղբյուրների հասանելիություն և մատչելիություն	39
3.3.7. Տրանսպորտի հասանելիություն	41
3.3.8. Մասնավոր և հանրային բացօդյա տարածքների հասանելիություն	43
4. ԿԼԻՄԱՅԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ԴՐԱ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎՐԱ	45
4.1. Կլիմայի փոփոխությունը Հայաստանում	45
4.1.1. Հայաստանում կլիմայի փոփոխության դիտարկում	45
4.1.2. Կլիմայի փոփոխության կանխատեսումները Հայաստանում	47
4.2. Հայաստանում կլիմայի փոփոխության ազդեցությունները առողջության վրա ...	48

4.2.1. Հայաստանում կլիմայի փոփոխության հայտնի ազդեցությունները առողջության վրա	48
4.2.2. Հայաստանում կլիմայի փոփոխության կանխատեսվող ազդեցությունները առողջության վրա	50
4.2.3. Հայաստանում կլիմայի փոփոխության նկատմամբ առողջության խոցելիության գնահատման բացերը.....	55
5. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ ԵՎ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ	56
5.1. Առաջնորդություն և կառավարում.....	56
5.1.1. Առողջապահական համակարգի հարմարվողականության իրավական շրջանակը	58
5.1.2. Առաջնորդությունը և կառավարումը առողջության հարմարվողականության համատեքստում	65
5.2. Առողջապահության ոլորտի աշխատողներ.....	67
5.3. Ծառայությունների մատուցում	70
5.3.1. Ծառայություններից օգուվելու վերաբերյալ ընդհանուր տեղեկություններ... ..	70
5.3.2. Կլիմայական առումով իրազեկ ծառայությունների մատուցումը.....	71
5.4. Առողջապահական ենթակառուցվածքներ.....	74
5.5. Ռիսկերի ինտեգրված մշտադիտարկում և վաղ նախազգուշացում	75
5.6. Անհրաժեշտ բժշկական պարագաներ և տեխնոլոգիաներ.....	78
5.7. Առողջության բնապահպանական գործոնների կառավարում և առողջապահական մարմինների հետ հաղորդակցություն	79
5.8. Հաղորդակցության մեխանիզմներ առողջապահական ոլորտում	83
5.9. Առողջապահության ոլորտի ֆինանսական ռեսուրսներ	86
5.10. Միջոլորտային փոխգործակցություն առողջապահական և առողջության համար որոշիչ ոլորտներում.....	88
6. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԵՐ ԵՎ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎԱԿԱՆ ԿԱՐՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ	94
6.1. Առողջապահական տեղեկատվություն և հետազոտական կարողություններ.....	94
6.2. Տվյալների հավաքման համակարգեր և տեղեկատվության փոխանցում.....	99
6.3. Առողջական տվյալների և տեղեկատվության հասանելիություն և մատչելիություն	102
6.4. Սոցիալ-տնտեսական և բնապահպանական տվյալների մատչելիություն և հասանելիություն	103
6.5. Հայաստանում կլիմայի և առողջության հետ կապված հետազոտությունների բավարարություն և հասանելիություն	105

7. ԿԼԻՄԱՅԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐԸ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌՆՉՎՈՂ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԻ, ՕՐԵՆՄԴՐՈՒԹՅԱՆ, ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ, ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԾՐԱԳՐԵՐԻ ՎՐԱ.....	108
8. ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	111
ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ	116
ԱՂՅՈՒՍԱԿՆԵՐ	128
.....	131
ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ.....	138
Հավելված 1: Որակական գնահատման մեջ ներգրավված կազմակերպությունների ցուցակ	138
Հավելված 2. Խորացված հարցազրույցի ուղեցույց փորձագետների համար	139
Հավելված 3. Ներկա և ընթացիկ կլիմայի փոփոխության հարմարվողականության նախաձեռնություններ	151

ԱՂՅՈՒՍԱԿՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

Աղյուսակ 1. Մահացության ընդհանուր պատճառները, 2018թ.	128
Աղյուսակ 2. Պետական և մասնավոր ԱԱՊ և ստացիոնար հիվանդանոցների քանակն ըստ մարզերի	128
Աղյուսակ 3. Կլիմայի փոփոխության և առողջության հետ կապված համապատասխան տվյալներ հավաքող կազմակերպություններ	129

ԳԾԱՊԱՏԿԵՐՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

Գծապատկեր 1. ԱՀԿ կլիմայի հանդեպ դիմակայուն առողջապահական համակարգի շրջանակ..	131
Գծապատկեր 2. Մոր և նորածնային մահացության ցուցանիշների միտումները, 1990-2018թթ.	132
Գծապատկեր 3. Մահացության ընդհանուր պատճառների միտումները՝ բացարձակ արժեքներով, 1990-2019թթ.	132
Գծապատկեր 4. Որոշ վարակիչ և մակաբուծային հիվանդություններից մահացությունների թիվը, 1990-2019թթ.	133
Գծապատկեր 5. Որոշ վարակիչ և մակաբուծային հիվանդությունների հիվանդացության և տարածվածության մակարդակները 15 տարեկան և բարձր տարիքի անձանց շրջանում, 1990-2019թթ.	133
Գծապատկեր 6. Սուր աղիքային վարակիչ հիվանդությունների տարածվածության մակարդակը, 1990-2019թթ.	133
Գծապատկեր 7. Սննդային բակտերիալ թունավորումների քանակը, 2017-2019	134
Գծապատկեր 8. Սուր շնչառական վարակների տարածվածության մակարդակը, 1990-2019թթ. .	135
Գծապատկեր 9. ԱՇՀ հիվանդությունների պատճառով մահացության մակարդակն ըստ նոզոլոգիաների, 2009-2019թթ 9.....	135
Գծապատկեր 10. ԱՇՀ-ի հիվանդությունների տարածվածությունն ըստ նոզոլոգիաների 1990-2019թթ.	136
Գծապատկեր 11. Հոգեկան և վարքագծային խանգարումների տարածվածությունը, 100 000 բնակչի հաշվով, 1990-2019թթ.	137
Գծապատկեր 12. Կյանքի տևողության միտումներն ըստ սեռերի, 1990-2018թթ	137

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱԱԻ	Առողջապահության ազգային ինստիտուտ
ԱԱՊ	Առողջության առաջնային պահպանում
ԱԾՀԶԿ	Ալեոխսեան Օնանեան առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոն
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԱՇՀ	Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ
ԱՍՍԳ	Ազգային մակարդակով սահմանված նախատեսվող գործողություններ
ԳԱԻ	Գենդերային անհավասարության ինդեքս
ԵՊԲՀ	Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան
ԹՀԱՖ	Թրփանճեան հանրային առողջապահության ֆակուլտետ
ԹՔՕՀ	Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություններ
ԽՀ	Խորացված հարցազրույց
ԿԶՆ	Կայուն զարգացման նպատակ
ԿՓՍՀ	Կլիմայի փոփոխության հարցերով միջկառավարական հանձնաժողով
ՀԱԾ	Հարմարվողականության ազգային ծրագիր
ՀԱՀ	Հայաստանի ամերիկյան համալսարան
ՀԾՓ	Հիմնական ծառայությունների փաթեթ
ՀԿ	Հասարակական կազմակերպություններ
ՀՀ դրամ	Հայկական դրամ
ՀՀ կառավարություն	Հայաստանի Հանրապետության կառավարություն
ՀՀ	Հայաստանի Հանրապետություն

ՀՎԿԿ	Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոն
ՄԱԶԾ	ՄԱԿ-ի (Միավորված ազգերի կազմակերպության) զարգացման ծրագիր
ՄԱԿ ԿՓՇԿ	Կլիմայի փոփոխության մասին ՄԱԿ-ի շրջանակային կոնվենցիա
ՄԶԻ	Մարմնի զանգվածի ինդեքս
ՄԻԱՎ	Մարդու իմունային անբավարարության վիրուս
ՅՈՒՆԻՍԵՖ	ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամ
ՈՎՀ	Ոչ վարակիչ հիվանդություն
ՊԱԳ	Պետական առողջապահության գործակալություն
ՊՈԱԿ	Պետական ոչ առևտրային կազմակերպություն
ԶԳ	Զերմոցային գազ
ՍԱՀ	Սիրտ-անոթային հիվանդություններ
ՍԳՎ	Սեփական գրպանից վճարումներ
ՏԲ	Տուբերկուլոզ
ՏՎԿ	Տեղեկատվական վերլուծական կենտրոն
ՏՏԿՀ	Տնային տնտեսությունների կենսապայմանների ամբողջացված հետազոտություն

ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ

Կլիմայի փոփոխությունը սպառնալիք է մարդկության կայուն զարգացման համար ամբողջ աշխարհում: Իր աշխարհագրական և կլիմայական առանձնահատկություններից ելնելով՝ Հայաստանը համարվում է Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի տարածաշրջանում կլիմայի փոփոխության նկատմամբ առավել զգայուն երկրներից մեկը: Կլիմայի փոփոխության ազդեցությունն առողջության վրա առավել ակնհայտ է դարձել վերջին տարիներին: Մարդու առողջությունը Հայաստանում համարվում է խոցելի ոլորտներից մեկը, որը պետք է առաջնահերթ դիտարկվի կլիմայի փոփոխության հարմարվողականության համատեքստում:

Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Թրփանճեան հանրային առողջապահության ֆակուլտետի Ալետիսեան Օնանեան առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնը, Կանաչ կլիմայի հիմնադրամի, ՄԱԿ-ի Զարգացման ծրագրի հայաստանյան գրասենյակի ֆինանսական աջակցությամբ նպատակ է դրել իրականացնել առողջապահական ոլորտի համապարփակ գնահատում՝ անդրադառնալու առկա խոչընդոտներին և աջակցելու Հայաստանում կլիմայի փոփոխության հարմարվողականության ուղղությամբ ներդրումների առաջնահերթությունների սահմանմանը: Առողջապահական առումով որոշիչ ոլորտների առանցքային տեղեկատուների հետ որակական խորացված հարցազրույցների և առկա տվյալների ուսումնասիրության միջոցով հետազոտական թիմը բացահայտել և ամփոփել է կլիմայի փոփոխության՝ առողջության վրա ազդեցության վերաբերյալ առկա տեղեկատվությունը և գնահատել առողջապահության ոլորտում առկա կարողություններն ու բացերը՝ ընդգծելով այն ոլորտները, որոնք կարիք ունեն հզորացման: Առողջապահության ոլորտում կլիմայի փոփոխության հիմնական հետևանքների և առկա բացերի, ինչպես նաև հարմարվողական կարողությունների բացահայտումն իրականացվել է ըստ առողջապահական համակարգերի կառուցվածքային բաղադրիչների՝ համաձայն ԱՀԿ-ի Կլիմայի Փոփոխության Հանդեպ Դիմակայուն Առողջապահական Համակարգի Շրջանակի:

Առկա տվյալների ուսումնասիրության շրջանակներում իրականացվել է իրավիճակային վերլուծություն՝ նկարագրելու բնակչության առողջության պատկերը, ներառյալ՝ առողջության հիմնական ցուցանիշները, կլիմայազգայուն հիվանդությունների (ինչպես վարակիչ, այնպես էլ ոչ վարակիչ հիվանդություններ) բեռը և առողջության սոցիալ-տնտեսական չափորոշիչները (ներառյալ աղքատության, սնուցման, սեռային անհավասարությունների, բնակչության կառուցվածքի, ջրի և սանիտարա-հիգիենիկ պայմանների հասանելիության, էներգիայի աղբյուրների հասանելիության և մատչելիության, տրանսպորտի և բացօդյա տարածքների հասանելիության առումով տիրող իրավիճակը):

Ինչպես և աշխարհի այլ երկրներում, Հայաստանում ևս դիտվում է ջերմաստիճանի աճ. 1929-2016թթ. երկրում օդի միջին ջերմաստիճանն աճել է 1,23°C- ով, ընդ որում առավել կտրուկ աճ է դիտվել վերջին տարիներին: Կլիմայի փոփոխությունը հանգեցնում է ավելի տաք և չոր ամառների, գետերի հոսքի նվազման և ավելի հաճախակի և ինտենսիվ բնական աղետների, ինչպիսիք են ջրհեղեղները, երաշտները, սողանքներն ու սելավները, կարկուտը և ցրտահարությունը: Նախատեսվում է, որ Հայաստանում կլիմայի փոփոխության առաջընթացին զուգընթաց իրավիճակը կվատթարանա, ինչը բացասաբար կանդրադառնա կլիմայի հանդեպ զգայուն տարբեր ոլորտների՝ ջրային ռեսուրսների, գյուղատնտեսության, էներգետիկայի, էկոհամակարգերի, բնակավայրերի և ենթակառուցվածքների, զբոսաշրջության, ինչպես նաև մարդու առողջության վրա:

Հայաստանում կլիմայի փոփոխության՝ մարդու առողջության վրա ազդեցությանն ուղղված ուսումնասիրությունները սակավաթիվ են: Ակնկալվում է, որ կլիմայի փոփոխությունն ուղղակի (ծայրահեղ եղանակային իրադարձությունների հետևանքով պատահարներ) և անուղղակի ազդեցություն կունենա ՀՀ բնակչության առողջության վրա (ջերմաստիճանի և տեղումների փոփոխությունների, ինչպես նաև տարբեր վարակիչ հիվանդությունների կրողների և տարածողների պոպուլյացիայի աճի հետևանքով): Ակնկալվում է, որ կլիմայի փոփոխությունը կհանգեցնի ոչ վարակիչ հիվանդությունների բեռի ավելացմանը, ինչպիսիք են սիրտ-անոթային հիվանդությունները, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ

հիվանդությունը, պատահարները, վնասվածքները և թունավորումները: Բացի այդ, կլիմայի տաքացումը կարող է նաև մեծացնել մի շարք վարակիչ և վեկտորով փոխանցվող հիվանդությունների ռիսկը, այդ թվում՝ խոլերան, մալարիան, սուր աղիքային ինֆեկցիաները և այլն:

Առողջության ռիսկերի, այդ թվում՝ կլիմայի փոփոխության հետ կապված ռիսկերի կառավարման շրջանակում, Հայաստանի առողջապահության ոլորտը մշակել և հաստատել է բազմաթիվ իրավական ակտեր, քաղաքականություններ և ռազմավարություններ: Այնուամենայնիվ, առողջության ռիսկերի կառավարման հիմնական փաստաթղթերի մեծ մասում կլիմայի փոփոխության նկատմամբ առողջության հարմարվողականության կոնկրետ միջոցառումները հատուկ ուշադրության չեն արժանացել: Հետևաբար, կլիմայի փոփոխությամբ պայմանավորված առողջական ռիսկերին անդրադարձ է արվում միայն անուղղակիորեն, ինչի արդյունքում կլիմայի փոփոխության հետևանքներն առողջության վրա կարող են ամբողջությամբ ընդգրկված չլինել: Գնահատման միջոցով բացահայտվել է, որ առողջապահության բնագավառի հարմարվողականության նպատակով մարդկային և ֆինանսական ռեսուրսների զարգացման և հավաքագրման առումով առկա է քաղաքական հանձնառության բարելավման կարիք: Չնայած տարբեր կազմակերպությունների կողմից իրականացվող մի շարք շարունակական նախաձեռնություններին՝ ոլորտի ներսում և դրանից դուրս առանձին ծրագրերում չկան համակարգման մեխանիզմներ՝ առողջության պահպանությունն առավելագույնի հասցնելու համար: Առողջության ռիսկերի բնականոն կառավարման ընթացքում առողջապահության ոլորտն իրականացնում է տարաբնույթ բազմաոլորտային համագործակցություն: Այնուամենայնիվ, առողջապահության ոլորտի և առողջության համար որոշիչ ոլորտների միջև համագործակցությունը բազմիցս որակվել է որպես անբավարար: Անհրաժեշտություն կա զարգացնել Հայաստանի առողջապահության ոլորտի աշխատուժը շարունակական հիմունքով, մարզերում որակյալ առողջապահական ծառայությունների ապահովման և կլիմայի փոփոխության և առողջապահության փոխկապակցվածության վերաբերյալ

ընդհանուր գիտելիքների բարելավման նպատակով: Բացի այդ, կլիմայի փոփոխությունը բավարար չափով ներառված չէ բժշկական կրթության և շարունակական մասնագիտական զարգացման ուսումնական ծրագրերում: Երկրում առկա է առողջապահական հետազոտական կարողություն, այնուամենայնիվ, գրեթե ոչ մի կազմակերպություն չի կենտրոնացրել իր հետազոտական ջանքերը՝ կլիմայի փոփոխության և առողջության հիմնահարցերի ուսումնասիրման ուղղությամբ: Թեև առկա են և հասանելի են առողջապահությանը և կլիմային առնչվող տարանջատված տվյալներ, այնուամենայնիվ, առողջապահության ոլորտը չունի կլիմայի փոփոխության վերաբերյալ հետազոտական աշխատանքների օրակարգ: Ավելին, հստակ սահմանված չէ առողջության խոցելիության գնահատման հիմքում ընկած մեթոդաբանությունը և, ըստ էության, հնարավոր է, որ բացակայում են կլիմայի հետ կապված բոլոր ռիսկերի և դրանց կանխատեսումների համակողմանի ապացուցահենք մոտեցումները: Հայաստանում իրականացվող առողջապահական ծրագրերում, հատկապես ոչ վարակիչ հիվանդություններով զբաղվող ծրագրերում հաշվի չեն առնված կլիմայական ազդեցությունները: Բացահայտված բացերի հիման վրա ներկայացվել են համապատասխան առաջարկություններ՝ Հայաստանում առողջության հարմարվողականության պլանավորմանն օժանդակելու ուղղությամբ:

1. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1.1. Կլիմայի փոփոխությունը և դրա ազդեցությունները առողջության վրա ողջ աշխարհում

Կլիմայի փոփոխության հիմնական շարժիչ ուժ են հանդիսանում արդյունաբերականացման գործընթացների, անտառահատումների և գյուղատնտեսական գործունեության արդյունքում շարունակական բնույթի մարդածին արտանետումները և դրանց հետևանքով՝ մթնոլորտում ջերմոցային գազերի աննախադեպ բարձր կոնցենտրացիաները: Համաձայն հստակ դիտարկումների, արդյունաբերական հեղափոխությունից ի վեր մթնոլորտում ջերմոցային գազերի կոնցենտրացիայի կայուն աճով է պայմանավորվում միջին գլոբալ ջերմաստիճանի բարձրացումը:¹ Բացի միջին ջերմաստիճանի աճից և տեղումների քանակից, կլիմայի փոփոխությունը մեծացնում է որոշ ծայրահեղ եղանակային և կլիմայական իրադարձությունների ինտենսիվությունն ու հաճախականությունը, ներառյալ ջերմային ալիքները և ծայրահեղ մթնոլորտային երևույթների դրսևորումները (հատկապես՝ երաշտների և ջրհեղեղների դեպքերի աճը):² Համաձայն ՄԱԿ-ի Կլիմայի փոփոխության հարցերով միջկառավարական հանձնաժողովի (IPCC, ԿՓՄՀ) տվյալների, գլոբալ միջին ջերմաստիճանը 1880-2012 թթ. ընթացքում աճել է 0,85 °C-ով:³ Ի տարբերություն առկա թիրախների՝ այն է ջերմաստիճանի 2°C աճի զսպման, մեկ այլ ԿՓՄՀ գնահատման արդյունքներով եզրակացվել է, որ գլոբալ միջին ջերմաստիճանի՝ մինչարդյունաբերական մակարդակից 1,5°C -ով բարձր աճը բացասաբար ազդեցություն կունենա մարդու և բնական համակարգերի վրա:¹

Կլիմայի փոփոխությունը կարող է ունենալ որոշ օգուտներ, ինչպիսիք են ավելի տաք ձմեռները, սակայն բացասական ազդեցությունները մեծապես գերակշռում են ցանկացած օգուտների նկատմամբ:⁴ Կլիմայի փոփոխության հետևանքով կանխատեսվող առողջապահական ռիսկերը որոշվում են ոչ միայն եղանակի փոփոխության միտումների միջոցով, այլ նաև առողջության սոցիալական և բնապահպանական մի շարք գործոնների միջոցով, ինչպիսիք են պատշաճ սնունդը, մաքուր օդը, անվտանգ խմելու ջուրը և անվտանգ ապաստարանը և դրանց

փոխազդեցությունը կլիմայի ազդեցության հետ:⁴ Կլիմայի փոփոխության հետ կապված ծայրահեղ շոգը կարող է ուղղակիորեն հանգեցնել սիրտ-անոթային և շնչառական հիվանդություններից մահացությունների աճի:^{2,4} Ծայրահեղ բարձր ջերմաստիճանը կարող է հանգեցնել նաև ջրազրկման, ինչպես նաև ինսուլտի և ուղեղանոթային այլ հիվանդությունների:² Բարձր ջերմաստիճանը մեծացնում է նաև փոշոտման սեզոնի տևողությունը, ինչը կարող է բացասական հետևանքներ ունենալ ալերգիկ և շնչառական հիվանդությունների առումով: Հետևաբար, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) տվյալների համաձայն, սիրտ-անոթային և շնչառական հիվանդություններով տառապող մարդիկ ավելի խոցելի են ծայրահեղ բարձր ջերմաստիճանի և նաև վերգետնյա օզոնի ավելի բարձր մակարդակների նկատմամբ, որոնք պայմանավորված են բարձր ջերմաստիճանային ֆոնով:^{2,4} Այս առումով տարեց մարդիկ ամենաբարձր ռիսկային խմբում են:⁴ Օրինակ՝ 2003թ.-ին Եվրոպայում գրանցվել է ամառային շոգից մահացության ավելի քան 70 000 դեպք:⁴ Բարձր ջերմաստիճանի նկատմամբ այլ խոցելի խմբերը ներառում են հղի կանանց և մանկահասակ երեխաներին, աղքատ տնային տնտեսություններին և անօթևաններին, բացօդյա գործողությունների հաճախակի մասնակցող մարդկանց (արշավականներ, բացօդյա պայմաններում աշխատողներ, մարզիկներ), քաղաքներում բնակվողներին և որոշակի հիվանդություններով տառապող անձանց:⁵ Կլիմայի փոփոխության հետևանքով՝ շոգից բացի, կարող են հաճախակիանալ նաև եղանակային այլ ծայրահեղ երևույթները, ինչպիսիք են փոթորիկները, ծայրահեղ շատ տեղումները, երաշտները և ջրհեղեղները, հանգեցնելով արտակարգ իրավիճակների, որոնք ազդում են մարդու առողջության վրա և առավել անբարենպաստ ազդեցություն են ունենում անապահով բնակչության վրա:^{2,5}

Կանխատեսվում է, որ կլիմայի փոփոխության հետ մեկտեղ կբարձրանա վեկտորներով և ջրի միջոցով փոխանցվող հիվանդությունների տարածման սեզոնների տևողությունը, ինչը կնպաստի հիվանդացության բեռի ավելացմանը:^{2,4} Վեկտորներով փոխանցվող հիվանդություններն այն հիվանդություններն են, որոնք մարդուն փոխանցվում են մոծակների, սարդերի կամ սոզերի միջոցով (օրինակ՝

մալարիա, Արևմտյան Նեդուսի տենդը կամ Լայմի հիվանդությունը և այլն): Ջրի միջոցով փոխանցվող հիվանդությունները առաջանում են բազմաթիվ հարուցիչներով և թունավոր նյութերով աղտոտված ջրի օգտագործումից հետո. դրանք կարող են կապված լինել ջրի ջերմաստիճանի բարձրացման և մարդու գործունեության հետ:²

Կլիմայի փոփոխությունը կարող է ազդել սննդամթերքի ապահովվածության և դրա անվտանգության վրա՝ քանի որ հարուցիչներն ավելի ակտիվ են տաք ջերմաստիճանային պայմաններում, ինչպես նաև՝ պայմանավորված սննդի քանակական և որակական փոփոխություններով:²

Բացի ֆիզիկական առողջությունից, հոգեկան առողջությունը ևս կարող է բացասական ազդեցություն կրել կլիմայի փոփոխության արդյունքում՝ սթրեսների և այլ հոգեկան խանգարումների աճի տեսանկյունից: Մարդիկ, ովքեր արդեն ունեն հոգեկան առողջության խնդիրներ, տարեց մարդիկ, երեխաները, ինչպես նաև հետծննդաբերական շրջանում գտնվող կամ հղի կանայք ենթակա են հոգեկան առողջության խաթարման առավել մեծ ռիսկի:²

Հաշվի առնելով տարբեր մշակույթներում սեռերի միջև դերերի, ակնկալիքների և պարտականությունների անհավասար բաշխումը, կլիմայի փոփոխության՝ առողջության վրա ազդեցության խոցելիությունն ու հարմարվողականությունը տարբեր են ըստ տարածաշրջանների:⁶

Ենթադրվում է, որ ցածր տնտեսական ակտիվություն ունեցող երկրներն ավելի մեծ ազդեցություն են կրում կլիմայի փոփոխությունից, քանի որ առողջապահական հզոր ենթակառուցվածքների բացակայությունը բացասաբար է անդրադառնում փոփոխությունների հանդեպ երկրների հարմարվողականության վրա:⁴ Այնուամենայնիվ, ենթադրվում է, որ կլիմայի փոփոխությունը սպառնալիքներ է պարունակում նույնիսկ բարձր եկամուտ ունեցող երկրների համար:²

Հաշվի առնելով շարունակական տնտեսական աճի և առողջապահության առաջընթացի ներկայիս միտումը, ԱՀԿ-ի գնահատականներով 2030-2050թթ. ընթացքում տարեկան կանխատեսվում է մահացության թվի 250 000-ով հավելաճ՝

ծայրահեղ շոգ եղանակի (մասնավորապես տարեցների շրջանում), փորլուծության, մալարիայի և մանկական թերսնուցման պատճառով:⁴ Այնուամենայնիվ, բարձր եկամուտ ունեցող որոշ երկրներ կարող են ավելի հաջող կերպով դիմակայել բարձր ջերմաստիճանային պայմաններին՝ շնորհիվ օդակարգավորման միջոցների համատարած օգտագործման:⁵ Չնայած օդակարգավորումը օգտագործվում է որպես շոգի հետ կապված առողջական խնդիրներից մարդկանց պաշտպանելու միջոց, այն նաև կարող է բացասական ազդեցություն ունենալ շրջակա միջավայրի և ընդհանուր առմամբ կլիմայի վրա:⁷ Այն մեծացնում է էլեկտրաէներգիայի սպառումը և ստեղծվում է «քաղաքային ջերմային կղզու» էֆեկտ, ինչը նշանակում է, որ քաղաքային բնակավայրերում ջերմաստիճանը ավելի բարձր է, քան գյուղերում՝ մարդու գործունեության պատճառով:⁸ Բացի այդ, օդակարգավորիչների համատարած օգտագործումը կարող է մեծացնել մարդկանց կախվածությունը այդ միջոցից: Արդյունքում, նվազում է մարդու դիմադրողականությունը շոգի նկատմամբ՝ հոգեպես և ֆիզիկապես, որի արդյունքում մեծանում է նրանց խոցելիությունը բարձր ջերմաստիճանների նկատմամբ:⁷

1.2. Գլոբալ արձագանք կլիմայի փոփոխությանը

Կլիմայի փոփոխության ռիսկերին անդրադառնալու նպատակով առաջին գլոբալ նպատակային գործողությունը նախաձեռնվել է 1992թ.-ին՝ ՄԱԿ-ի Կլիմայի փոփոխության շրջանակային կոնվենցիայով (ՄԱԿ ԿՓՇԿ):¹ Կոնվենցիային անդամակցում են 197 երկրներ, որոնք նպատակ ունեն կանխել գլոբալ կլիմայի վրա մարդածին ազդեցությունը: 1995թ.-ին Կիոտոյի արձանագրության ընդունմամբ՝ Կոնվենցիայով էլ ավելի ամրապնդվեցին կլիմայի փոփոխության դիմակայմանն ուղղված միջոցառումները: Արձանագրության համաձայն, ՄԱԿ ԿՓՇԿ-ի անդամ զարգացած երկրները պարտավորվեցին ինտենսիվորեն վերահսկել և նվազեցնել ջերմոցային գազերի արտանետումները:¹ Վերջերս ընդունված Փարիզի համաձայնագիրը (2015թ.) էլ ավելի շեշտադրեց և արագացրեց գլոբալ ջերմաստիճանի՝ 2°C-ից բարձր աճի կանխման հանձնառությունները և նույնիսկ առաջադրեց սահմանափակել տաքացումը մինչև 1,5°C:¹ Կայուն զարգացման նպատակ (ԿՁՆ) 13-ը անդրադառնում է կլիմայի փոփոխության և դրա

հետևանքների դեմ պայքարին՝ շեշտադրելով կլիմայի փոփոխության դեմ ուղղված միջոցառումների առումով երկու առաջնահերթ մոտեցումները՝ մեղմացումը և հարմարվողականությունը:⁹ Մեղմացման դեպքում, գլոբալ համայնքը ձեռնամուխ է լինում ջերմոցային գազերի արտանետումների նվազեցմանը: Պետությունները նպատակադրվում են հարմարվել կլիմայի փոփոխությամբ պայմանավորված փոփոխություններին:⁹

Կլիմայի փոփոխության համատեքստում դիմակայունությունը, հարմարվողականության կարողությունները և խոցելիությունը օգտագործվում են բնութագրելու մարդկային համակարգերի կողմից կլիմայի փոփոխության խթանների կլանման, հաղթահարման և հարմարվողականության կարողությունները:^{6,10,11} Ըստ ԿՓՄՀ-ի՝ հարմարվողականությունը սահմանվում է որպես համակարգի կողմից փոփոխվող կլիմայի տատանումներին և ծայրահեղ դրսևորումներին հարմարվելու, ռիսկերը հաղթահարելու և հնարավորությունները գործածելու ներուժ:¹² Հարմարվողականության ամենատարածված որոշիչ գործոններն են՝ 1) մատչելի և հասանելի մարդկային, ֆինանսական և տեղեկատվական ռեսուրսները, 2) համապատասխան հաստատությունների առկայությունը, և 3) գործուն կապերը տարբեր ոլորտների միջև:¹³⁻¹⁵ Մեկ այլ տեսանկյունից, հարմարվողականության համար որոշիչ են հանդիսանում այն գործոնները, որոնք կարող են օգտագործվել մեղմացման և/կամ հարմարվողականության գործընթացներում:¹⁴ Կլիմայի փոփոխության կառավարմամբ զբաղվող գերատեսչությունների միջև գործուն կապերը ընդհանուր առմամբ կնպաստեն համակարգի հարմարվողականության մեծացմանը:¹⁶

Ըստ ԱՀԿ-ի, առողջության վրա գլոբալ տաքացման որոշ հետևանքներ հնարավոր է կանխարգելել, եթե իրականացվեն անհրաժեշտ նախաձեռնողական գործողություններ:¹⁷ Այնուամենայնիվ, կանխարգելման մեխանիզմների և գործիքների արդյունավետությունը կախված է առողջապահական համակարգերի պատրաստվածությունից: Պատրաստվածությունը ենթադրում է՝ պատրաստված կադրերի առկայություն, համապատասխան առողջապահական և ֆիզիկական

միջավայրի ապահովում և համագործակցություն օդերևութաբանական վաղ նախազգուշացման համակարգերի հետ՝ հանրային և բժշկական խորհրդատվությունը ժամանակին տրամադրելու համար: Ի լրումն, հիմք ընդունելով առկա գրականությունը և գլոբալ տաքացման համատեքստում առողջապահական գործողությունների ծրագրերը, ԱՀԿ-ն ընդգծում է առողջության համար ջերմային ալիքների ռիսկերի հաղթահարման ազգային ծրագրերի մի քանի առանցքային տարրերի կարևորությունը, մասնավորապես՝ ճշգրիտ և ժամանակին վաղ նախազգուշացման համակարգի անհրաժեշտությունը, գլոբալ տաքացման հետ կապված առողջապահական տեղեկատվական պլանի առկայությունը, առանձնահատուկ ուշադրությունը բնակչության խոցելի խմբերի նկատմամբ և իրական ժամանակում վերահսկողության և գնահատման համակարգ ունենալու անհրաժեշտությունը:¹⁷

1.3. Ազգային հանգամանքները

Չնայած փոքր տարածքին (մոտ 30 000 կմ²), Հայաստանն ունի շատ բազմազան տեղագրություն, որում ներկայացված են կլիմայի գրեթե բոլոր տեսակները:¹⁸ Ընդհանուր առմամբ, Հայաստանին բնորոշ է ծայրահեղ, չոր կլիմա՝ ցածր և միջին բարձրություններում տաք ամառներով, իսկ ավելի բարձր տեղանքներում՝ երկար ձմեռներով:¹⁹ Հայաստանի տարածքի զգալի մասը (մոտ երկու երրորդը) գտնվում է ծովի մակարդակից 1000 մետրից ավելի բարձրության վրա, ընդ որում բարձրությունը հիմնականում տատանվում է 1000-ից 2500 մետր միջակայքում:¹⁸ Ծովի մակարդակից 2500 մետրից բարձր բարձրության վրա տարեկան միջին ջերմաստիճանը -8°C է: Ցածր բարձրություններում գտնվող տարածաշրջաններում միջին տարեկան ջերմաստիճանը կազմում է 12-14°C:¹⁹

Իր աշխարհագրական և կլիմայական առանձնահատկություններից ելնելով՝ Հայաստանը համարվում է Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի տարածաշրջանում կլիմայի փոփոխության նկատմամբ առավել զգայուն երկրներից մեկը:²⁰ Կլիմայի փոփոխության ազդեցությունն առողջության վրա առավել ակնհայտ է դարձել վերջին տարիներին: Հաշվի առնելով տեղի ունեցող

կլիմայական փոփոխությունները, Հայաստանի բնակչության առողջության համար բացասական գործոններ կհանդիսանան հիմնականում ծայրահեղ եղանակային իրադարձությունների հաճախականությունը և ինտենսիվությունը, անապատացումը և կլիմայական գոտիների տեղաշարժերը:²⁰

Հայաստանը վավերացրել է ՄԱԿ ԿՓՇԿ-ն 1993թ. մայիսին, Կիոտոյի արձանագրությունը՝ 2002թ. դեկտեմբերին, իսկ Փարիզի համաձայնագիրը՝ 2017թ. մարտին:^{21,22} Կլիմայի փոփոխության գլոբալ միջոցառումների գծով Հայաստանի հանձնառություններն արտացոլված են Ազգային մակարդակով սահմանված նախատեսվող գործողություններում (ԱՄՍԳ). Հայաստանը նպատակադրվել է նպաստել ջերմոցային գազերի արտանետումների կրճատմանը՝ համաձայն գլոբալ նպատակների, և ձեռնարկել գործողություններ մեղմացման և հարմարվողականության ուղղությամբ՝ օգտագործելով էկոհամակարգի մոտեցումը: ԱՄՍԳ-ով մարդու առողջությունը ներառված է Հայաստանում խոցելի ոլորտների շրջանակում և հարմարվողականության գործողություններում կրում է առաջնահերթ բնույթ:²¹

Հաշվի առնելով կլիմայի փոփոխության նկատմամբ Հայաստանի խոցելիությունը՝ Կառավարությունը մեկնարկել է կլիմայի փոփոխության ազգային հարմարվողականության պլանավորման գործընթացը: «Հարմարվողականության ազգային ծրագիր (ՀԱԾ)՝ Հայաստանում միջնաժամկետ և երկարաժամկետ հարմարվողականության պլանավորման առաջխաղացման համար» ծրագրի շրջանակներում իրականացվում են ազգային խորհրդատվություններ և գնահատումներ՝ գերակա ոլորտներում անհրաժեշտ կարողությունների և ինստիտուցիոնալ շրջանակների որակական գնահատման նպատակով: ՀԱԾ-ի գործընթացի միջոցով երկիրը կբացահայտի միջնաժամկետ և երկարաժամկետ ռիսկերը, կսահմանի հարմարվողականության առաջնահերթությունները և կնախատեսի կոնկրետ գործողություններ՝ Փարիզի համաձայնագրի և Կայուն զարգացման 2030 օրակարգի նպատակների իրագործման ուղղությամբ: Ծրագրի նպատակն է՝ վեց գերակա ոլորտներում (ջրային ռեսուրսներ, գյուղատնտեսություն, էներգետիկա, առողջապահական զբոսաշրջություն և մարդկային բնակավայրեր)

տեխնիկական խորհրդատվության միջոցով բացահայտել և լուծել այդ ոլորտներում առկա խոչընդոտներն ու մարտահրավերները և աջակցել կլիմայի փոփոխության հարմարվողականության նախաձեռնություններին:²³

2. ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԸ

Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի (ՀԱՀ) Թրփանձեան հանրային առողջապահության ֆակուլտետի (ԹՀԱՖ) Ալետիսեան Օնանեան առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնը (ԱԾՀԶԿ)՝ Կանաչ կլիմայի հիմնադրամի, ՄԱԿ-ի Զարգացման ծրագրի (ՄԱԾԶ) հայաստանյան գրասենյակի ֆինանսական աջակցությամբ իրականացրել է առողջապահության ոլորտի իրավիճակի համապարփակ գնահատում՝ առկա խոչընդոտների վերացման և Հայաստանում կլիմայի փոփոխության հարմարվողականության ներդրումների առաջնահերթության կարևորման նպատակով: Ուսումնասիրության առանձնահատուկ խնդիրներն են.

- Կլիմայի փոփոխության՝ մարդու առողջության վրա ազդեցության, խոցելիության և հարմարվողականության ասպեկտների բացահայտում և ամփոփում,
- Առողջապահության ոլորտում կարողությունների, բացերի և խոչընդոտների գնահատում՝ կատարելագործման կարիք ունեցող ոլորտները բացահայտելու նպատակով.
- Առաջարկությունների ներկայացում երկրում առողջապահության ոլորտի հարմարվողականության պլանավորման բարեհաջող իրականացման համար:

2.1. Մեթոդներ

Ուսումնասիրության նպատակներին հասնելու համար հետազոտության թիմն իրականացրել է *որակական հետազոտություն*՝ առկա տվյալների ուսումնասիրությունների և խորացված հարցազրույցների միջոցով (ԽՀ): Ուսումնասիրության առանցքային տեղեկատուների շրջանակը ներառել է առողջապահության ոլորտի քաղաքականություն մշակողներ և փորձագետներ,

ազգային և միջազգային հասարակական կազմակերպությունների ներկայացուցիչներ, առողջության համար որոշիչ տարբեր ոլորտների ներկայացուցիչներ, ազգային փորձագետներ/խորհրդատուներ և այլոք: Հաշվի առնելով կլինայի փոփոխության ռիսկերի բազմաբնույթ լինելը՝ մենք դիմել ենք կլինայի փոփոխության և առողջության հարմարվողականության գործողություններով զբաղվող տարբեր ոլորտների փորձագետների (տե՛ս Հավելված 1): Ընդհանուր առմամբ, հետազոտական թիմը իրականացրել է 15 ԽՀ:

Հետազոտության թիմը հարցման հավանական առանցքային տեղեկատուների հավաքագրելու համար օգտագործել է նպատակային *ընտրանքի* մեթոդը (purposive sampling): Բացի այդ, այլ առանցքային տեղեկատուներ հավաքագրելու համար օգտագործվել են փորձագիտական ընտրանքի (expert sampling approach) և «ձնահյուսի» (snowball approach) մոտեցումները:¹⁵ Առողջապահության ոլորտում իրավիճակի համապարփակ պատկերացում կազմելու համար հետազոտական թիմը շարունակել է որակական հարցազրույցների համար առանցքային տեղեկատուների հավաքագրումը՝ մինչև հազեցվածության (data saturation) ապահովումը, այսինքն՝ երբ տվյալների վերլուծության գործընթացում հետազոտական թիմը հասնում է մի կետի, երբ տվյալները այլևս չեն պարունակում նոր տեղեկություններ, և հետագա տվյալների հավաքագրումը հանգեցնում է կրկնվող բացահայտումների:

Հետազոտական թիմը մշակել է *ԽՀ ուղեցույցներ (semi-structured IDI guides)*՝ հիմնված ԱՀԿ կլինայի հանդեպ դիմակայուն առողջապահական համակարգի շրջանակի վրա:²⁴⁻²⁶ Առողջապահական համակարգերի կարողությունները որոշիչ դեր ունեն կլինայի փոփոխությամբ պայմանավորված առողջապահական ռիսկերի արդյունավետ մշտադիտարկման, կառավարման և հարմարվողականության համար: 2015թ.-ին ԱՀԿ-ն ընդունել է շրջանակ, որը պետք է հանդիսանա առողջապահական համակարգերի ուղեցույց՝ կլինայի փոփոխությամբ պայմանավորված առողջապահական մարտահրավերներին համակարգված և արդյունավետ հարմարվողականության խթանման համար:²⁶ Արդյունավետ առողջապահական համակարգերի վեց հիմնական բաղադրիչներն են պատշաճ

առաջնորդության և կառավարման մեխանիզմները, առողջապահական ոլորտի մարդկային ռեսուրսների պատրաստվածությունը, կայուն առողջապահական տեղեկատվական համակարգերը, անհրաժեշտ բժշկական ապրանքների և տեխնոլոգիաների առկայությունը, որակյալ ծառայությունների մատուցումը և բավարար ֆինանսավորումը (Գծապատկեր 1):²⁶

Հաշվի առնելով վերոնշյալ շրջանակը, ԽՀ-ի ուղեցույցները բաղկացած են մի քանի առանցքային բաղադրիչներ՝ ծառայությունների մատուցում, առողջապահական աշխատուժ, տեղեկատվություն, բժշկական ապրանքներ, պատվաստանյութեր և տեխնոլոգիաներ, ֆինանսավորում, առաջնորդություն/կառավարում: Ուղեցույցները հարմարեցվել են մասնակիցների տարբեր խմբերի համար և, ըստ անհրաժեշտության, փոփոխվել են յուրաքանչյուր ԽՀ-ից առաջ/հետո: Ընդհանուր առմամբ, գնահատման ժամանակ օգտագործվել է չորս ուղեցույց: Ուղեցույցները ներկայացված են Հավելված 2-ում:

Տվյալների հավաքագրումը բաղկացած էր առկա տվյալների ուսումնասիրությունից (desk review) և որակական հարցազրույցներից, որոնք միաժամանակ անցկացվել են 2020թ. գարնանը/ամռանը:

Առկա տվյալների ուսումնասիրության միջոցով հետազոտական թիմը վերանայել է առկա ռեսուրսները, կարևոր նախագծերը և փաստաթղթերը՝ նպատակ ունենալով գնահատել Հայաստանի առողջապահության ոլորտում առկա իրավիճակը կլինայի փոփոխության հարմարվողականության տեսանկյունից: Առկա տվյալների ուսումնասիրության ընթացքում ուսումնասիրվել և ամփոփվել են առկա հիմնական փաստաթղթերը, ներառյալ ազգային հաղորդակցության հաշվետվությունները, իրավական և քաղաքական փաստաթղթերը, ՀՀ կառավարության կողմից նախկինում և ներկայում ձեռնարկված կլինայի փոփոխության հարմարվողականության միջոցառումները: Բացի այդ, ԱԾՀԶԿ թիմը համագործակցել է ծրագրի գործընկերների, այդ թվում՝ ՄԱԶԾ Հայաստանյան գրասենյակի, Առողջապահության նախարարության (ԱՆ) և այլ համապատասխան

գերատեսչությունների/հաստատությունների հետ՝ փաստաթղթերի և նյութերի ստացման նպատակով:

ԱՕՀԶԿ- ի փորձառու հետազոտողները անցկացրել են *ԽՀ- ներ*, որոնք ձայնագրվել են հետազոտության մասնակիցների համաձայնությամբ: Հրաժարման դեպքում, հարցազրուցավարին օժանդակել է սղագրողը: Հարցազրույցների ամփոփումը, վերծանումը և վերլուծումը կատարվել է օգտագործելով NVivo որակական տվյալների կառավարման ծրագիրը:²⁷ Տվյալները վերլուծվել են հայերենով, իսկ արդյունքները թարգմանվել և ներկայացվել են անգլերեն լեզվով: Տվյալների վերլուծությունը իրականացվել է *ուղղորդված բովանդակային վերլուծության (directed content analysis)* միջոցով՝ համաձայն ԱՀԿ կլինայի հանդեպ դիմակայունության առողջապահական համակարգի շրջանակի: Որակական հետազոտության արդյունքները համադրվել են առկա տվյալների ուսումնասիրության արդյունքների հետ:

Հետազոտական թիմը դիմել է ՀԱՀ գիտահետազոտական էթիկայի հանձնաժողովին՝ տվյալների հավաքագրումից առաջ հետազոտության ընթացակարգերը հաստատելու համար (#AUA-2020-015):

3. ՀԱՆՐՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆԸ

3.1. Առողջության հիմնական ցուցանիշները

Հայաստանը նշանակալի հաջողությունների է հասել ԿԶՆ 3-րդ նպատակի մի քանի հիմնական ուղղություններով, հատկապես մանկական առողջության, հիվանդությունների կանխարգելման և տարբեր վարակիչ հիվանդությունների գծով համընդհանուր առողջապահության ապահովման, իմունական խարգելման ազգային ծրագրի և այլ ուղղություններով: Մասնավորապես, Հայաստանը իրագործել է ԿԶՆ-ի թիրախները նորածնային և մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշների առումով: 2018 թ.-ին նորածնային մահացությունը կազմել է 3,3՝ 1 000 կենդանի ծնվածի հաշվով, մինչդեռ մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը՝ 8,6՝ 1000 կենդանի ծնվածի հաշվով: Նշված երկու արժեքներն էլ զգալիորեն ցածր են մահացության ամենաբարձր առաջարկվող

մակարդակից՝ համապատասխանաբար 4-5 անգամ:²⁸ Մի քանի տասնամյակների ընթացքում մայրական մահացության մակարդակը աստիճանաբար նվազել է՝ կազմելով 25 մահ 100 000 կենդանի ծնվածի հաշվով, ինչը ցածր է տարածաշրջանի շատ երկրներից, բայց ավելի բարձր է, քան Եվրոպական տարածաշրջանում:²⁸ Գծապատկեր 1-ը ցույց է տալիս նորածնային, մինչև 5 տարեկան և մայրական մահացությունների նվազման միտումները:

ՀՀ-ում Իմունականիսարգելման ազգային ծրագրի ընդգրկումը 95%-ից բարձր է և ամենաբարձրերից մեկն է Եվրոպական տարածաշրջանում:²⁹ Վերջին տասնամյակների ընթացքում հանրապետության տարածքում պատվաստման արդյունավետության միջոցով հնարավոր է եղել վերահսկել տարբեր վարակիչ հիվանդություններ: Մասնավորապես, վերջին տարիներին չեն դիտվել պոլիոմելիտի, դիֆթերիայի, փայտացման և կարմրուկի դեպքեր: Պատվաստումների ծածկույթը գյուղական շրջաններում փոքր-ինչ բարձր է քաղաքային բնակավայրերի համեմատությամբ՝ համապատասխանաբար 93%՝ 86%-ի համեմատ:²⁹

Հայաստանում մարդու իմունային անբավարարության վիրուսի (ՄԻԱՎ) հիմնական կենտրոնացվածությունը դիտելի է բնակչության խոցելի խմբերում, մասնավորապես թմրանյութ օգտագործողների, աշխատանքային միգրանտների, տղամարդկանց հետ սեռական հարաբերություն ունեցող տղամարդկանց, և սեռական բնույթի ծառայություններ մատուցողների շրջանում: Այնուամենայնիվ, ՄԻԱՎ-ի ընդհանուր տարածվածությունը բավականին ցածր է:³⁰ Համաձայն ՄԱԿ-ի ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վերաբերյալ համատեղ գնահատականների՝ ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց թիվը կազմում է մոտավորապես 3 500 մարդ, ընդ որում, 15-49 տարեկան մեծահասակների շրջանում տարածվածության ցուցանիշ 0,2 է՝ 100 000 շնչի հաշվով:³¹ Տուբերկուլոզի (ՏԲ) բեռը վերջին տարիներին նվազել է: Թոքաբանության ազգային կենտրոնի չիրապարակված տվյալների համաձայն, 2007-ից 2018թթ. տուբերկուլոզի և դրա հետևանքով մահացության դեպքերը նվազել են համապատասխանաբար 2,2 և 3,2 անգամ: Այնուամենայնիվ, դեղորայքակայուն

տուրբերկուլոզի մեծ տարածվածությունը շարունակում է մնալ հիմնախնդիր, քանի որ տուրբերկուլոզի նոր դեպքերի 20%-ի և նախկինում բուժված տուրբերկուլոզի 44%-ի դեպքում ձևավորվում է դեղորայքի հանդեպ կայություն:^{32,33}

Հայաստանում մահացության հիմնական պատճառները հիմնականում մնացել են նույնը 1990-2018թթ. ընկած ժամանակահատվածում՝ հիմնական մահացու հիվանդությունների որոշակի աննշան վերադասավորումներով (Աղյուսակ 1): 2018 թ.-ին բոլոր պատճառներով մահացությունը կազմել է 867 մարդ 100 000 բնակչության հաշվով, ընդ որում տղամարդկանց շրջանում տեսակարար կշիռն ավելի մեծ է՝ 906 մարդ 100 000 բնակչության հաշվով, մինչդեռ կանանց դեպքում՝ 814 մարդ 100 000 բնակչության հաշվով:

Համաշխարհային միտումներին համահունչ, Հայաստանում ոչ վարակիչ հիվանդությունների հետևանքով (ՌՎՀ) մահացությունը կազմում է ամենամեծ մասնաբաժինը՝ 93,0%: Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները (ԱՇՀ) և նորագոյացությունները Հայաստանում շարունակում են առաջատարը լինել մահացության հիմնական պատճառների ցանկում՝ զբաղեցնելով առաջին երկու դիրքերը: 2018թ. ընթացքում մահվան հիմնական պատճառներն են եղել ԱՇՀ-ները, որոնք կազմում էին ընդհանուր մահացության 55,2% -ը, որին հաջորդում էին նորագոյացությունները՝ 20,4%, շնչառական համակարգի հիվանդությունները՝ 7,7%, մարսողական օրգանների հիվանդությունները՝ 4,7%, դժբախտ պատահարները, թունավորումները, վնասվածքները՝ 4,1%, էնդոկրին համակարգի հիվանդությունները՝ 2,3%, և այլ պատճառները՝ 5,6%:³⁴ 1990-ից 2019 թթ.-ին մահացությունների հիմնական պատճառների միտումները բացարձակ արժեքներով պատկերված են Գծապատկեր 2-ում:³⁵

Շաքարային դիաբետը հանրապետությունում մահացության հիմնական պատճառներից լինելուց բացի նաև հաշմանդամության հանգեցնող հիմնական պատճառներից մեկն է: 2016թ.-ին 15 և ավելի բարձր տարիքի բնակչության շրջանում շաքարային դիաբետի տարածվածությունը կազմել է 2,6%: Դիաբետից մահացության ցուցանիշների տատանում է նկատվել 1990-2018թթ.-ին, ընդ որում

2005թ. -ին գրանցվել է մահացության ամենաբարձր ցուցանիշը՝ 48,8 մարդ 100 000 բնակչի հաշվով: 2018թ. -ին մահացության մակարդակը նվազել է՝ հասնելով 19,5-ի 100 000 բնակչի հաշվով:³⁶

1990-2017 թվականների ընթացքում մահացության ամենատարածված պատճառների ռիսկի գործոնների նկարագիրը մնացել է անփոփոխ՝ վարկանիշային աննշան փոփոխություններով: Ինչ վերաբերում է 2017-ին, ապա մահացության հիմնական ռիսկի գործոնների առավել ակնառու փոփոխություններ դիտվել են մանկական և մայրական թերսնուցման ցուցանիշում, որը ներկայումս գտնվում է 14-րդ տեղում՝ 1990 թ.-ի 8-րդի համեմատ, և բարձր մարմնի զանգվածի ինդեքսի (ՄՋԻ) ցուցանիշում, որը երկու կետով աճել է՝ զբաղեցնելով հինգերորդ տեղը: Ներկայումս բարձր սիստոլիկ արյան ճնշումը, անբավարար սնուցումը և սննդակարգի ռիսկերը, պլազմայում բարձր գլյուկոզայի պարունակությունը, ծխախոտի օգտագործումը, բարձր ՄՋԻ-ն, արյան մեջ ցածր խտության լիպոպրոտեինների բարձր մակարդակը և օդի աղտոտվածությունը հանդիսանում են Հայաստանում ՌՎՀ հետևանքով մահացության ռիսկի առաջնահերթ գործոններ: Ավելորդ քաշի կամ ճարպակալման մակարդակը ամենաբարձրն է 50-59 տարիքային խմբում՝ 75,1% տարածվածությամբ: Երիտասարդ տարիքային խմբերում ավելորդ քաշը կամ ճարպակալումն առավել տարածված են տղամարդկանց շրջանում, սակայն 40 տարեկանից բարձր տարիքային խմբերում այն ավելի տարածված է դառնում կանանց շրջանում:²⁸ Ֆիզիկական պասիվ կենսակերպը (ցածր ինտենսիվությամբ վարժանքների շաբաթական 30 րոպեից պակաս տևողություն) վարքագծային մեկ այլ որոշիչ գործոն է, որն իր հերթին նպաստում է ավելորդ քաշի և գիրության առաջացմանը: Հայաստանի բնակչության բոլոր տարիքային խմբերում ֆիզիկական պասիվ կենսակերպը առավել տարածված է կանանց շրջանում: Ամեն օր ծխող տղամարդկանց գերակշռությունը կտրուկ աճում է 20-29 տարիքային խմբում (60,9%) և բարձրագույն արժեքին՝ 68,0%-ին հասնում է 30-39 տարիքային խմբում: 40 տարեկանից բարձր տղամարդկանց շրջանում ծխողների գերակշռությունը աստիճանաբար նվազում է: Ամեն օր ծխող կանանց ամենաբարձր ցուցանիշը գրանցված է 40-49 տարեկան տարիքային

խմբում՝ 3,6% տարածվածությամբ: Վերջին 30 օրվա ընթացքում երկրորդային ծխի ենթարկված մարդկանց մասնաբաժինը բավականին բարձր է կանանց շրջանում՝ տարբեր տարիքային խմբերում կազմելով 34,4% -ից մինչև 63,3%:²⁸

3.2. Կլիմայազգայուն հիվանդությունների բեռը

3.2.1. Վարակիչ/փոխանցվող հիվանդություններ

Հայաստանում մահացության ամենատարածված պատճառների շարքում վարակիչ հիվանդություններից մահացությունների ընդհանուր մասնաբաժինը կազմել է 0,6%, 2019 թ.-ին և վերջին տարիներին գրանցվել է ցուցանիշների որոշակի նվազում (Գծապատկեր 3):³⁵

Մալարիայի դեմ մեկ դար տևած պայքարից հետո 2011թ. Հայաստանը հավաստագրվել է որպես մալարիայից զերծ երկիր:³⁷ Ավելի ուշ հայտնաբերվել են մալարիայի հազվագյուտ դեպքեր, որոնց պատշաճ կառավարման միջոցով հաջողվել է կանխել ապագա բռնկումները:³⁸ 2012-2017թթ. ընթացքում դիտվել է մալարիայի ընդամենը 9 դեպք:³⁸ Հայաստանում խոլերայի վերջին բռնկումը տեղի է ունեցել 1998թ.-ին, երբ մեկ գյուղում գրանցվել էր 25 դեպք:³⁸

Հայաստանում լեպտոսպիրոզի ընդհանուր դեպքերի թիվը 2012-2017թթ. ընթացքում կազմել է 4 դեպք, բոլորը հայտնաբերվել են 2014թ.: Կրծողների ուսումնասիրության արդյունքները ցույց են տվել, որ 2015-2017թթ. ընթացքում կրծողների շրջանում գրանցված լեպտոսպիրոզի դեպքերը 1,5 անգամ նվազել են:³⁸ Չնայած 2012-2017թթ. ընթացքում մարդկանց շրջանում նկատվել է տուլարեմիայի ընդամենը 14 դրվագային դեպք, Հայաստանի տարածքի գրեթե 95%-ը ենթակա է էպիզոոտիկ տուլարեմիայի տարածված և աճող միտման ազդեցությանը, որը պարունակում է նաև մարդկանց փոխանցման ռիսկ:³⁸ Վերջին տարիների ընթացքում սիբիրյան խոցի դեպքերի առավելագույն ցուցանիշները գրանցվել են 2012թ.-ին և 2013թ.-ին՝ համապատասխանաբար 11 և 19 դեպք: 2014-2017թթ. ընթացքում դեպքերի ընդհանուր թիվը կազմել է յոթ:³⁸

1999 թվականից ի վեր Հայաստանում հայտնաբերվել են վիսցերալ լեյշմանիոզի նոր դեպքեր: 2010-ից 2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում դիտվել է 7-ից 9 դեպք, 2016-ին և 2017-ին հիվանդության նոր դեպքերը համապատասխանաբար կազմել են 10 և 17: Հիվանդության իրական շրջանակը պարզելու համար Հայաստանի տարբեր մարզերում 1-ից 5 տարեկան երեխաների և նույն տարածքներում ապրող շների շրջանում իրականացված ուսումնասիրությունը պարզել է, որ լեյշմանիոզի տարածվածությունը ավելի բարձր է Սյունիքի, Լոռու և Տավուշի մարզերում և մայրաքաղաք Երևանում: Հիվանդացության դեպքեր են նկատվել նաև Արագածոտնի և Կոտայքի մարզերում 2017-2018թթ.³⁸

Որոշ վարակիչ և մակաբույծներով պայմանավորված հիվանդությունների հաճախականության և տարածվածության միտումները նկարագրված են Գծապատկեր 4-ում: Վերջին տարիների ընթացքում ամենաբարձր հաճախականությունը և տարածվածության մակարդակը նկատվել է 2015թ.-ին, որին հաջորդել է ցուցանիշների որոշակի նվազում:³⁵

Սուր աղիքային հիվանդությունների տարածվածությունն աճել է 2012-2015թթ. ընթացքում, ընդ որում՝ ամենաբարձր ցուցանիշը՝ 12,268, գրանցվել է 2015թ.-ին: Այնուամենայնիվ, վերջին տարիների ընթացքում դիտվում է տարածվածության նվազման միտում: Միտումները՝ 100 000 բնակչի հաշվով ներկայացված են Գծապատկեր 5-ում:³⁵

2017-ից 2019թթ. համար որոշ սննդային բակտերիալ թունավորումների վերաբերյալ վիճակագրական տվյալներ են նկարագրված նաև Գծապատկեր 6-ում: Չնայած սննդային բակտերիալ թունավորումների դեպքերի առկայությանը, այնուամենայնիվ 2018թ.-ին և 2019թ.-ին արձանագրված դեպքերից որևէ մեկը մահացու ելք չի ունեցել:³⁵

Վերին շնչուղիների սուր վարակների տարածվածությունը Հայաստանում կլիմայազգայուն վարակիչ հիվանդությունների շարքում առաջատարն է: Գծապատկեր 7-ում ներկայացված է սուր շնչառական վարակիչ

հիվանդությունների տարածվածությունը և ցույց է տալիս վերջին տարիների աճող միտումները:³⁵

3.2.2. Ոչ վարակիչ հիվանդություններ

ԱՇՀ- ների հետևանքով մահացության մակարդակը 2018թ. -ին կազմել է 478,6 մարդ 100 000 բնակչության հաշվով, ինչը կազմում է ընդհանուր ՈՎՀ -ով պայմանավորված մահացության 55,2% մասնաբաժինը: ԱՇՀ նոզոլոգիաների հետևանքով մահացության համամասնությունները հետևյալն են. սրտի իշեմիկ հիվանդություն, քրոնիկ և այլ հիվանդություններ՝ 24,6%, ուղեղանոթային հիվանդություններ՝ 7,2%, հիպերտոնիա՝ 4,0%, և սրտամկանի սուր ինֆարկտ՝ 2,7%:²⁸ Հիպերտոնիայի հետևանքով մահացությունը զգալիորեն ավելի բարձր է հատկապես 70 և բարձր տարիքի կանանց շրջանում՝ 84%՝ տղամարդկանց շրջանում 67%-ի համեմատ: Նույն միտումը կիրառելի է նաև սրտի իշեմիկ հիվանդությունից մահացության դեպքում. 81%՝ 54%-ի համեմատ:²⁸ Գծապատկեր 9-ը ցույց է տալիս ԱՇՀ հիվանդությունների պատճառով մահացության մակարդակը ըստ նոզոլոգիաների՝ 1990-2019թթ. ժամանակահատվածի համար:

Վերջին տվյալները վկայում են այն մասին, որ Հայաստանում ԱՇՀ-ների հաճախականությունն ու տարածվածությունն աճում են: 15 և ավելի բարձր տարիքի բնակչության շրջանում ԱՇՀ-ների հաճախականության մակարդակի աճի միտումները ներկայացված են Գծապատկեր 10-ում:³⁵

Վերջին տարիներին մահացության ամենատարածված պատճառների կազմում թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունների (ԹՔՕՀ՝ ներառյալ բրոնխիտ, ասթմա, քրոնիկ թոքային հիվանդություններ և բրոնխէկտազներ) տեսակարար կշիռը նվազել է: 2018թ. -ին այն կազմել է մահացության հիմնական պատճառների 1,5%-ը՝ 2016թ. 4,2%-ի համեմատ:^{28,39}

Հոգեկան առողջության խանգարումների բեռը ընդհանուր մահացության մեջ մասնաբաժնի առումով փոքր է (2018 թ.-ին՝ 0,05%), սակայն դիտարկելով մի քանի տասնամյակների ընթացքում հիվանդացության մակարդակը՝ բնակչության համար բեռը մնում է կայուն: Բացի այդ, նկատելի է նաև հոգեկան առողջության

խանգարումներից մահացության որոշակի աճի միտում:^{28,39} 10 000 բնակչի հաշվով հոգեկան և վարքագծային խանգարումների հաճախականության միտումները ներկայացված են Գծապատկեր 11-ում՝ 1990-ից 2019թթ. ժամանակահատվածի համար:³⁵

3.3.Առողջության սոցիալ-տնտեսական գործոնները

3.3.1. Աղքատություն

2018-ի տվյալներով, Հայաստանում բնակչության 23,5% -ը ապրում է ազգային աղքատության մակարդակից ցածր: Ազգային աղքատության մակարդակից ցածր ապրողների 1,4% -ը եղել է ծայրահեղ աղքատ, 9,2% -ը՝ չափավոր աղքատ (բացառությամբ ծայրահեղ աղքատների), իսկ մնացած 15,1% -ը՝ պարզապես աղքատ: 2016թ.-ին քաղաքային բնակավայրերում աղքատության մակարդակը կազմել է մոտ 28,8%, իսկ գյուղական բնակավայրերում՝ 30,4%: Ավելի մեծ տարբերություն է գրանցվել երկրում աղքատության ամենացածր ցուցանիշն ունեցող (24,9%) մայրաքաղաք Երևանի և երկրի այլ քաղաքային համայնքների (33,2%) միջև: Հայաստանում գյուղական բնակչության կողմից վաստակած եկամուտը հիմնականում գոյանում է գյուղատնտեսական արտադրանքի միջոցով:⁴⁰ Հետևաբար, գյուղական վայրերում աղքատության մակարդակը հիմնականում կախված է գյուղատնտեսության ոլորտի զարգացումից:⁴¹

Շիրակի, Կոտայքի, Լոռու, Տավուշի և Արմավիրի մարզերում աղքատության ցուցանիշները բարձր են եղել հանրապետության միջին ցուցանիշի համեմատ: Երկրում 2017թ.-ին ամենաբարձր աղքատության մակարդակը գրանցվել է Շիրակի մարզում, որտեղ բնակչության 44% -ը գտնվում էր աղքատության շեմից ցածր մակարդակում:⁴¹

2017թ.-ին աղքատության մակարդակն ավելի բարձր է եղել 15-17 տարեկան երեխաների շրջանում՝ այլ տարիքային խմբերի հետ համեմատ:⁴¹ Վեց և ավելի տարեկան երեք և ավելի երեխաներ ունեցող տնային տնտեսություններում աղքատության ռիսկը 1,9 անգամ ավելի բարձր է եղել (49,6%), քան ազգային միջին մակարդակը, ինչպես նաև ավելի բարձր, քան ավելի քիչ երեխաներ ունեցող տնային

տնտեսություններում: Բարձրագույն կրթություն ունեցող անձանց շրջանում աղքատության ռիսկը շատ ավելի ցածր է եղել: Գործազրկության հետ մեկտեղ ավելանում է աղքատության կամ ծայրահեղ աղքատության ռիսկը:⁴¹

Տնտեսական աճը հսկայական ազդեցություն է ունեցել երկրում աղքատության մակարդակի նվազեցման վրա: Կառավարության քաղաքականության ծրագրերով կանխատեսվում է, որ 2022թ.-ին աղքատության մակարդակը կնվազի 18%-ով: Այնուամենայնիվ, երկրում ներկայումս տիրող աղքատության վիճակը մտահոգիչ է:⁴⁰

Այս նպատակին հասնելը կարող է հետաձգվել՝ պայմանավորված COVID-19 համավարակով և պատերազմի հետևանքով առաջացած տնտեսական կորուստներով:

Առողջապահական ծառայությունների հասանելիության և մատչելիության հնարավորության վրա ազդող ամենատարածված գործոններից մեկը հիվանդների վճարունակությունն է՝ անկախ առողջապահական խնդիրներից:⁴² Չնայած տարբեր սոցիալ-տնտեսական խմբերում առողջական վիճակի վերաբերյալ պատկերացումների որոշակի տատանումներին (ոչ աղքատ բնակչության 10,0% -ը, աղքատների 8,8% -ը և ծայրահեղ աղքատների 12,6% -ը հաղորդել են առողջության վատ վիճակի մասին 2017թ.),⁴¹ որոշակի առողջական խնդիրների ի հայտ գալու պարագայում առողջապահական ծառայություններից օգտվելու առումով դիտվում է էական անհամապատասխանություն աղքատ և ոչ աղքատ բնակչության խմբերի միջև: Ավելի վաղ իրականացված Հայաստանի սոցիալական պատկերի և աղքատության գնահատման արդյունքներով՝ հիվանդության մասին հաղորդողների և բժշկի դիմողների 41,6% -ը եղել են ոչ աղքատ, 30% -ը՝ աղքատ և 24,1% -ը՝ ծայրահեղ աղքատ: Ինքնաբուժմամբ զբաղվելը և ֆինանսական միջոցների պակասը առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) հաստատություններ չդիմելու հիմնական պատճառներն են՝ համաձայն Հայաստանի սոցիալական պատկերի և աղքատության վերջին՝ 2018թ.-ի գնահատման:⁴¹ ԱԱՊ հաստատություններ չայցելելու պատճառները հիմնականում նույնն էին Երևանում,

քաղաքային այլ կենտրոններում և գյուղական բնակավայրերում: Այնուամենայնիվ, ֆինանսական միջոցների բացակայությունը որպես առավել հաճախ հանդիպող պատճառ է հանդիսացել գյուղական բնակավայրերում (25,5%, մինչդեռ այլ քաղաքային կենտրոններում՝ 18,7%, և Երևանում՝ 17,1%): 2017թ.-ին ամբուլատոր և ստացիոնար առողջապահական ծառայությունների հասանելիության և դրանցից օգտվելու թերացումները հիմնականում պայմանավորված են եղել ոչ պաշտոնական սեփական գրպանից վճարումներով (ՄԳՎ) (out of pocket payments)՝ ուղղված առողջապահական ոլորտի ցածր պետական հատկացումների փոխհատուցմանը, պաշտոնապես կատարված ՄԳՎ-երով՝ ուղղված հիմնական ծառայությունների փաթեթում (ՀԾՓ) ներառված ծառայությունների համաֆինանսավորմանը, ուղղակի վճարումներով՝ ՀԾՓ-ում չընդգրկված ծառայությունների համար, ինչպես նաև ԱԱՊ ծառայությունների ցածր որակը, որոնք ինքնաստիճան առաջին պլան են մղում ստացիոնար և անհետաձգելի բուժօգնության անհրաժեշտությունը: Փաստացի, 2017թ.-ին ոչ աղքատ հիվանդները միջին հաշվով 3,4 անգամ ավելի շատ ծախսեր են կատարել ԱԱՊ հաստատություններում, աղքատ հիվանդների հետ համեմատ:⁴¹ Բացի այդ, հիվանդանոցային բուժօգնության դիմողների 5,5%-ը ուղղակի վճարումներ են կատարել բժշկական անձնակազմին, իսկ 0,9% -ը՝ ծախսեր են կատարել նվերների տեսքով:⁴¹ Ըստ 2017թ. անցկացված Տնային տնտեսությունների կենսապայմանների ամբողջացված հետազոտության (SSԿՀ)՝ առողջապահական ծախսերը կազմել են աղքատ և ծայրահեղ աղքատ տնային տնտեսությունների ծախսերի համապատասխանաբար 0,3% (67 դրամ) և 0,1% (5 դրամ), իսկ ոչ աղքատ տնային տնտեսությունների՝ 6,2% (3329 դրամ):⁴¹

3.3.2. Մնուցում

Ըստ 2015-2016թթ. անցկացված Հայաստանի ժողովրդագրական և առողջապահական հետազոտության արդյունքների, Հայաստանում նախադպրոցական (մինչև հինգ տարեկան) երեխաները ունեն սնուցման հետ կապված բազմաթիվ խնդիրներ, այդ թվում՝ աճի խանգարման (9,4%) և ավելորդ քաշի (13,6%) բարձր ցուցանիշներ: Նույն հաշվետվության տվյալներով, վերջին 5

տարիների ընթացքում աճի խանգարման ցուցանիշը կրկնակի նվազել է, սակայն հիվանդացության մակարդակի վրա ազդող գործոնները չեն բարելավվել:^{30,43} Աճի խանգարման բարձր մակարդակի (12,7%) մասին նաև անդրադարձ է կատարվել 2013թ. Արագածոտնի մարզի Թալինի շրջանում մինչև հինգ տարեկան երեխաների շրջանում անցկացված ուսումնասիրության մեջ:⁴⁴ Աճի խանգարման ցուցանիշը Արագածոտնի և Շիրակի մարզերում գրեթե կրկնակի բարձր է եղել ազգային միջինից, մարմնի ավելորդ զանգվածի ցուցանիշները Արարատի մարզում գրեթե երեք անգամ բարձր են եղել, իսկ սակավարյունության ցուցանիշը բարձր էր Գեղարքունիքի մարզի կանանց և երեխաների շրջանում:⁴³

2016 թվականին Հայաստանում ճարպակալման տարածվածությունը կազմել է 22,3%:³⁹ Ճարպակալումն ավելի տարածված է եղել կանանց շրջանում՝ 18-69 տարիքային խմբում՝ կանայք՝ 25%, տղամարդիկ՝ 14%, 18-44 տարիքային խմբում՝ կանայք՝ 12%, տղամարդիկ՝ 5% և 45-69 տարիքային խմբում՝ կանայք՝ 45%, տղամարդիկ՝ 24%: Հայաստանի բնակչության շրջանում ավելորդ քաշի տարածվածությունը կազմել է 29%, և այն աճում է տարիքային խմբերի աճի հետ մեկտեղ. 13%՝ 15-19 տարիքային խմբում և 74%՝ 50-64 տարիքային խմբում:³⁹ Ճարպակալման և ավելորդ քաշի տարածվածությամբ սա ամենաբարձր ցուցանիշներից մեկն է ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանում:⁴⁵ Երեխաների և դեռահասների շրջանում մարմնի ավելորդ քաշը նույնպես խնդիր էր (15 տարեկան դեռահասների շրջանում՝ տղաների 15% և աղջիկների 6%): Ինչպես Երևանում, այնպես էլ մարզերում, և երկրի այլ քաղաքային և գյուղական բնակավայրերում մարմնի ավելորդ քաշի տվյալները համադրելի են:⁴⁶

3.3.3. Գենդերային խնդիրներ

Չնայած վերջին տարիներին երկրում գենդերային անհավասարությունները նվազեցնելու ուղղությամբ ՀՀ կառավարության գործադրած ջանքերին, այս ոլորտում դեռևս առկա են որոշակի խնդիրներ: Գենդերային անհավասարությունը դեռևս հանդուրժողականություն է գտնում հասարակության շրջանում, ինչը առավել ցայտուն է երկրի գյուղական բնակավայրերում:⁴⁷

Ապացույցները ցույց են տալիս, որ Հայաստանի տնտեսության զարգացման առումով կանանց ներուժը զգալիորեն թերշահագործված է:⁴⁶ Այսպես, 2017թ. դրությամբ Հայաստանը գենդերային անհավասարության ինդեքսով (ԳԱԻ) 160 երկրների շարքում զբաղեցնում էր 55-րդ հորիզոնականը: ՄԱԶԾ-ի կողմից մշակված ԳԱԻ-ի երեք հարթություններն են՝ վերարտադրողական առողջությունը, հզորացումը և տնտեսական գործունեությունը: Այն ներկայացնում է մարդկային զարգացման կորուստը նշված հարթություններում՝ պայմանավորված գենդերային խտրականությամբ. որքան ցածր է միավորը, այնքան բարձր է տղամարդկանց և կանանց հավասարության մակարդակը: Հայաստանի ԳԱԻ (GII) միավորը (0,262) ցածր է Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի համեմատ (0,270): Ավելի ցածր միավորը պայմանավորված է Ազգային ժողովում մանդատների քանակով (18,1%) և առնվազն միջնակարգ կրթություն ունեցող կանանց ավելի մեծ մասնաբաժնով (96,9%): Կանանց մասնակցությունը աշխատուժի շուկայում 49,6% է տղամարդկանցը՝ 69,9%:⁴⁹ Կա նաև աշխատանքի վարձատրության զգալի անջրպետ. կանանց միջին ամսական աշխատավարձը կազմում է տղամարդկանց միջին վաստակի 65,9% -ը:⁴⁷ Տղամարդկանց աշխատանքային միգրացիայի պատճառով գյուղական բնակավայրերի տնային տնտեսությունների մոտ մեկ երրորդը (27,2%) ղեկավարվում են կանանց կողմից: Կանայք ավելի մեծ պատասխանատվություն ունեն տարբեր կենցաղային և գյուղատնտեսական աշխատանքների առումով, ուստի բնական աղետները նրանց ավելի խոցելի են դարձնում կլիմայի փոփոխության նկատմամբ: Հայաստանում Ասիական զարգացման բանկի կողմից 2019թ. անցկացված գնահատման արդյունքում պարզվել է, որ կանայք ավելի քիչ ռեսուրսներ ունեն բնական աղետների հետևանքները վերականգնելու համար, ինչի արդյունքում, մասնավորապես, կանայք ավելի խոցելի են կլիմայի փոփոխության նկատմամբ և նույնպես պետք է ակտիվորեն ներգրավվեն աղետների ռիսկերի նվազեցմանն ուղղված միջոցառումների և ծրագրերի մեջ: Կանայք կազմում են աղքատ բնակչության կեսից ավելին (56,0%), և փաստերը վկայում են, որ կանանց կողմից ղեկավարվող տնային տնտեսությունները ծայրահեղ աղքատության մեջ գտնվելու ավելի մեծ

հավանականություն ունեն (29,2%)՝ տղամարդկանց կողմից ղեկավարվող տնային տնտեսությունների համեմատ (24,4%):⁵⁰ Սրա հիմքում ընկած պատճառներից մեկը գյուղական բնակավայրերում կանանց՝ եկամտի գոյացման սահմանափակ հնարավորություններն են և աշխատանքի վարձատրության գենդերային տարբերությունը:⁴⁷

Հայաստանը բարելավել է սոցիալական պաշտպանության մեխանիզմները՝ նկարագրված անհավասարությունները վերացնելու և աղքատության մակարդակը կրճատելու նպատակով, հատկապես միայնակ կանանց կողմից ղեկավարվող տնային տնտեսությունների համար, սակայն բացը վերացնելու համար անհրաժեշտ են շարունակական ջանքեր:⁵⁰

Ապացույցները վկայում են այն մասին, որ տղամարդկանց համեմատությամբ՝ ինչպես քաղաքային, այնպես էլ գյուղական բնակավայրերում կանայք ավելի հավանական է, որ իրենց առողջական վիճակը բնութագրեն լավ կամ շատ լավ (համապատասխանաբար՝ 49,8% և 42,3%): Բացի այդ, քաղաքային բնակավայրերում կանայք ավելի հավանական է, որ իրենց առողջական վիճակը բնութագրեն լավ կամ շատ լավ՝ գյուղական բնակավայրերի համեմատությամբ (համապատասխանաբար 50,9% և 48,1%):⁵¹

Կենցաղային գործերը հիմնականում կանանց պարտականությունն են, ինչի արդյունքում նրանք հանդիսանում են տնային տնտեսություններում ջրի հիմնական օգտագործող: Սա նրանց խոցելի է դարձնում ջրի հասանելիության սահմանափակումների նկատմամբ: Կատարված ուսումնասիրություններից մեկը ցույց է տվել, որ գյուղական բնակավայրերում կանայք ավելի շատ ժամանակ են ծախսում կենցաղային գործերի վրա (օրական 6 ժամ 6 րոպե), քաղաքաբնակ կանանց համեմատ (օրական 4 ժամ 53 րոպե), և շուրջ երեք անգամ ավելի շատ ժամանակ գյուղաբնակ տղամարդկանց համեմատ (2 ժամ 37 րոպե):⁴⁷ Գյուղական համայնքներում, որտեղ տնային տնտեսությունները քիչ են օգտվում կենցաղային տեխնիկայից, ինչպիսիք են լվացքի մեքենաները և աման լվացող մեքենաները, մշտական ջրամատակարարման անհասանելիությունը լրացուցիչ բեռ է ստեղծում

կանանց համար, քանի որ նրանց պարտականությունների մեջ է մտնում նաև ջուր կրելը:⁴⁷

Առկա է նաև գենդերային անհավասարակշռություն՝ տրանսպորտին մատչելիության և օգտագործման առումով: Հատկապես գյուղական վայրերում, որտեղ կանայք հազվադեպ են մեքենա վարում, տրանսպորտային միջոցներից օգտվելու հնարավորության համար նրանք հիմնականում կախված են իրենց ամուսիններից: Փոխադրամիջոցների սահմանափակ հասանելիությունը նաև նշանակում է, որ կանայք, հատկապես գյուղական բնակավայրերում, առողջապահական ծառայություններից օգտվելու համար նույնպես կախված են իրենց ամուսիններից:⁴⁷ Հայաստանում ավելանում է ավտոմեքենաներ ունեցող կանանց թիվը. սակայն դա տեղի է ունենում հիմնականում քաղաքային բնակավայրերում և հատկապես Երևանում: Տրանսպորտային խնդիրը կարող է խոչընդոտել կանանց հնարավորություններին եկամտի ստեղծման առումով: Ասիական զարգացման բանկի կողմից անցկացված հետազոտության արդյունքում եզրակացություն է արվել, որ գյուղական բնակավայրերում ապրող կանայք ունեն սահմանափակ հասանելիություն շուկաներին, կրթության և գործարարության հնարավորություններին, ինչը պայմանավորված է ոչ միայն ֆիզիկական սահմանափակ շարժունակությամբ, այլև սոցիալական նորմերով:⁴⁷

Հայաստանի գյուղական բնակավայրերում առկա գենդերային անհավասարության մեկ այլ դրսևորում է կանանց սահմանափակ մասնակցությունը որոշումների կայացմանը, ինչպես ընտանեկան, այնպես էլ համայնքային մակարդակներում: Տնային տնտեսություններում կանայք հիմնականում մասնակցում են ավելի փոքր որոշումներին, որոնք էական խնդիրների հետ չեն առնչվում: Նմանապես, համայնքի մակարդակում հիմնական որոշումներ կայացնողները տղամարդիկ են, ինչը ավելի ընդունված է հասարակության կողմից: Կանայք հազվադեպ են ընտրվում որպես համայնքի ղեկավար: Այս ընկալումներն ու սոցիալական նորմերը ազդում են կանանց՝ քաղաքական պաշտոններ զբաղեցնելու հնարավորության և հասարակական կյանքում մասնակցության վրա:⁴⁷

Այնուամենայնիվ, նրանց մասնակցությունը կարևոր նշանակություն ունի որոշումների կայացման բոլոր մակարդակներում՝ գենդերային կողմնակալությունից և անհավասարություններից խուսափելու համար: Բացի այդ, կանանց ներգրավումը աղետների ռիսկի նվազեցման և կլիմայի փոփոխության հարմարվողականության միջոցառումների և գործողությունների մեջ կարող է նվազեցնել կլիմայի փոփոխության նկատմամբ նրանց խոցելիությունը և մեծացնել նրանց կարողությունները:⁵⁰

3.3.4. Բնակչության կառուցվածք

2019թ. հունվարի 1-ի դրությամբ ՀՀ մշտական բնակչությունը կազմում էր 2 965 300 մարդ:⁵² 2019թ.-ին քաղաքային մշտական բնակչության տեսակարար կշիռը կազմում էր ընդհանուր բնակչության 63,9%, իսկ գյուղական բնակչությունը՝ 36,1%: Երկրի ամենամեծ քաղաքներն են Երևանը (1 081 800), Գյումրին (113 500) և Վանաձորը (78 400), որոնք կազմում են Հայաստանի ընդհանուր բնակչության 43%-ը:⁵² Վերջին տարիների ընթացքում Հայաստանի բնակչության շրջանում կանանց տեսակարար կշիռը 1920-ականների 49%-ից աճել է՝ 2019 թ.-ին կազմելով 53%:⁵² Քաղաքային բնակչության շրջանում կանանց տեսակարար կշիռը նույնպես ավելի բարձր է եղել (53,6%) գյուղական բնակչության համեմատ (50,8%):⁵²

Բոլորի համար առողջություն և բարեկեցություն ապահովելու գլոբալ նպատակին համահունչ, անկախության վերջին գրեթե երեսուն տարիների ընթացքում Հայաստանը երկար ճանապարհ է անցել երրորդ ԿԶՆ- և վերարտադրողական, մայրական, նորածինների և երեխաների առողջության բարելավման թիրախների իրագործման , վարակիչ հիվանդությունների և ՈՎՀ-ների կանխարգելման և բուժման, ինչպես նաև առողջապահական համակարգի կատարելագործման ուղղությամբ:⁵³ Առողջության տարբեր ցուցանիշներ, ինչպիսիք են ժողովրդագրական բնութագրերը, հիվանդությունների հիվանդացությունը և մահացությունը, վարքագծային ռիսկերը նկարագրում են բնակչության առողջության կառուցվածքը և ցույց են տալիս առողջության հիմնական մարտահրավերների կանխարգելման ներուժը:²⁸ Մի քանի տասնամյակների

ընթացքում Հայաստանի ժողովրդագրական կառուցվածքը տազնապալի փոփոխությունների է ենթարկվել:²⁸ Հայաստանի բնակչությունը ծերանում է. 65 տարեկան և բարձր բնակչության մասնաբաժինը կազմում է 12,8%: Այս արժեքը 5.8% -ով գերազանցում է ծերացող բնակչության շեմը:²⁸ Ըստ կանխատեսումների, Հայաստանում բնակչության ծերացման խնդրի լուծմանն ուղղված արդյունավետ միջամտությունների բացակայության դեպքում, 2050թ.-ին 65 տարեկան և բարձր բնակչության համամասնությունը կկազմի 22-23%:²⁸ Փաստերը ցույց են տալիս, որ բնակչության ծերացման հարցը համեմատաբար ավելի բարձր է Տավուշի, Լոռու, Վայոց Ձորի մարզերում և Երևանում:

0-14 տարիքային խմբի 1,5 տոկոսով կրճատումը նույնպես նպաստել է բնակչության կառուցվածքի շեղմանը:²⁸

Ծնելիության աճը և մահացության աստիճանական նվազումը որոշիչ են բնական աճի և ժողովրդագրական վիճակի բարելավման առումով, հետևաբար՝ նաև նպաստավոր գործոններ են բնակչության հավասարակշռված կառուցվածքի համար: Այնուամենայնիվ, Հայաստանում առկա է ծնելիության (կուտակային ծնունդների ցուցանիշի) առումով տազնապալի միտում, քանի որ ծնելիության մակարդակը իջել է 1,6-ի՝ այսինքն սա տարածաշրջանի ամենացածր ցուցանիշն է և զգալիորեն ցածր է պարզ վերարտադրության շեմից՝ 2,15:²⁸ Բարեբախտաբար, կյանքի տևողության առումով Հայաստանը տարածաշրջանի առաջատար երկիրն է, և ցուցաբերում է կյանքի տևողության կայուն աճ՝ գերազանցելով Վրաստանին: 2018թ.-ին կյանքի ընդհանուր տևողությունը կազմում էր 75,9 տարի, ընդ որում տղամարդկանց համեմատ կանանց մի փոքր ավելի բարձր ցուցանիշով (78,7 և 71,9 տարի, համապատասխանաբար) (Գծապատկեր 12):

Այնուամենայնիվ, կյանքի տևողության աճը նպաստում է տարեց և երիտասարդ բնակչության համամասնության էլ ավելի շեղման: Սա, ի վերջո, կարող է հանգեցնել անբարենպաստ զարգացումների՝ տնտեսական բարգավաճման և առողջապահական համակարգի բեռի տեսանկյունից, քանի որ հայտնի է, որ

մարդու ծերացման հետ մեկտեղ աճի միտում են ունենում նաև ՈՎՀ-ների հաճախականությունն ու տարածվածությունը:²⁸

3.3.5. Ջրի և սանիտարահիգիենիկ պայմանների հասանելիություն

Հայաստանի Սահմանադրությամբ, օրենքներով և կանոնակարգերով սահմանված է բոլորի համար անվտանգ խմելու ջրի և սանիտարական ծառայության հասանելիության իրավունքը:⁵⁴ Հայաստանը հարուստ ջրային ռեսուրսներ ունեցող երկիր է: Տարեկան միջինում 10,2 միլիարդ խմ ջրից խմելու նպատակով օգտագործվում է 2,4 միլիարդ-ը:⁵⁴ 2017թ. -ի տվյալներով, Հայաստանում տնային տնտեսությունների 97,3% -ը ունեցել է խմելու ջրի հասանելիություն: Նմանապես, 2015թ.-ին խմելու ջրի հասանելիություն է ունեցել Հայաստանի բնակչության մեծամասնությունը (98,1%), ընդ որում՝ 99% և 97% համապատասխանաբար քաղաքային և գյուղական բնակավայրերում:⁵⁵ Սահմանամերձ գյուղերը շատ ավելի մեծ ջրի պակաս ունեն, քան երկրի մնացած մասերը:⁵⁶ Խմելու ջրի մոտ 96% -ը կազմում են ստորգետնյա ջրերը՝ հորատանցքեր, ջրհորներ և աղբյուրներ: Մայրաքաղաք Երևանի բոլոր բնակիչները և քաղաքաբնակ այլ բնակիչների շուրջ 95%-ը միացված են կենտրոնացված ջրամատակարարման համակարգին: Չնայած Հայաստանում ջրի լավ որակին, 2011 թ. դրությամբ սպառողին հասնող ջուրը հաճախ չի համապատասխանել ԱՀԿ մանրէաբանական ստանդարտներին՝ ախտահանման կայանների ոչ պատշաճ աշխատանքի, պոմպակայանների մաշվածության արդյունքում ջրի ոչ բավարար ճնշման և կոմունալ ծառայությունների կառավարման թերացումների հետևանքով: Ավելին, ավելի մեծ քաղաքային կենտրոններում դիտվել են ջրամատակարարման և որակի թերություններ, որոնք սովորաբար առաջացնում են երկրորդային աղտոտում:^{54,57} Մինչև 2017թ., ըստ տվյալների, Երևանում խմելու ջրի որակը բարձր էր՝ պայմանավորված բարձրորակ ստորերկրյա ջրային ռեսուրսներով:⁵⁷

2015թ.-ի դրությամբ Հայաստանի բնակչության մեծ մասը (76,6%) ապահովված է եղել անվտանգ սանիտարական ծառայություններով, ներառյալ՝ ձեռքերն օճառով և ջրով լվանալու հնարավորությամբ: Սանիտարական պայմանների

հասանելիությունը զգալիորեն ավելի բարվոք է քաղաքային բնակավայրերում (96,1%)՝ գյուղական բնակավայրերի (48,6%) համեմատ:⁵⁵ Այնուամենայնիվ, Հայաստանի դպրոցների և մանկապարտեզների մեծ մասում զուգարանների, տաք ջրի, ինչպես նաև խմելու ջրից օգտվելու հնարավորությունների առումով առկա սանիտարահիգիենիկ պայմաններն անբավարար են:⁵⁸ 2019թ. իրականացված ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ պատահականորեն ընտրված 121 հանրակրթական դպրոցներում և 80 մանկապարտեզներում ԱՀԿ-ի կողմից սահմանված սանիտարական նորմերը չեն բավարարվել: Դպրոցների մեծ մասը (86%) և մանկապարտեզները չունեին տաք ջուր՝ համապատասխան սանիտարական պայմաններ ապահովելու համար:⁵⁸ Ներկայումս Հայաստանը չունի սանհանգույցների սանիտարական համապատասխան կանոնակարգեր և ստանդարտներ: Բացը լրացնելու համար «Իմ քայլը» հիմնադրամը ներկայումս իրականացնում է նախագիծ, որի նպատակն է տեղայնացնել և կարգավորել հիգիենայի և սանիտարական պայմանները հանրակրթական դպրոցներում:⁵⁹

3.3.6. Էներգիայի աղբյուրների հասանելիություն և մատչելիություն

Հայաստանում ավանդաբար օգտագործվող էներգիայի հիմնական աղբյուրներն են՝ նավթը, բնական գազը, միջուկային էներգիան, հիդրոէներգետիկական և ածուխը:⁶⁰ Հայաստանի առաջնային էներգետիկ ռեսուրսները բավարարում են երկրի վառելիքի և էներգիայի ընդհանուր կարիքների միայն 8,3%-ը:⁶¹ Էներգիայի սպառման պահանջները բավարարելու համար Հայաստանը հիմնականում օգտագործում է էլեկտրաէներգիա և գազ: Երկիրը հիմնականում կախված է ներմուծվող բնական գազից, որը կազմում է Հայաստանի ընդհանուր առաջնային էներգիայի մատակարարման 59% -ը և հանածո վառելիքի սպառման 82%-ը: Գազամատակարարման ընդգրկույթը երկրում բավականին բարձր է (գրեթե 95%):³⁸ Երկրում էներգիայի մեծ մասն օգտագործվում է ջեռուցման նպատակներով: Հայաստանի ջեռուցման սեզոնը բավականին երկար է, և որոշ շրջաններում ձմեռը բավականին խստաշունչ է: Արդյունքում, ջեռուցման ծախսերը կազմում են տնային տնտեսությունների բյուջեի բավականին զգալի մասը: Տնային տնտեսությունների

ջեռուցման լուծումները պայմանավորված են սոցիալ-ժողովրդագրական առանձնահատկություններով, բնակարանային պայմաններով և շենքերի այլ ջերմաֆիզիկական բնութագրերով: Այնուամենայնիվ, ջեռուցման տարբերակները հիմնականում կախված են տնային տնտեսությունների եկամտի մակարդակից:⁶² Կենցաղային էներգիայի սպառման ընդհանուր պատկերը ուսումնասիրելու համար Հայաստանում անցկացված հետազոտությունը ցույց է տվել, որ 2014-2015թթ. հանրապետությունում ջեռուցման նպատակով օգտագործվող էներգիայի հիմնական աղբյուրը բնական գազն է (51%):⁶² Ընդ որում, գազի՝ որպես ջեռուցման աղբյուր օգտագործման ծախսը կրկնակի անգամ ավելի ցածր է, քան էլեկտրաէներգիայինը:³⁸ Նույն հետազոտության համաձայն, էլեկտրաէներգիա օգտագործվել է տնային տնտեսությունների 13%-ի կողմից: Հիմնականում ջեռուցման նպատակով էլեկտրաէներգիա օգտագործում են փոքր տնային տնտեսությունները, և շատ դեպքերում (70%) տունը տաքացվում է մասամբ, իսկ ջերմաստիճանը 19 աստիճանից ցածր է լինում:⁶² Բնական գազի օգտագործումն առավել տարածված է քաղաքային բնակավայրերում. մոտ 72% Երևանում և 60%՝ այլ քաղաքներում: Գյուղական տարածքները (67%) և սեփական տները (53%) հիմնականում ջեռուցման համար օգտագործում են փայտ: Համեմատության համար, ավելի ցուրտ շրջաններում ջեռուցման համար օգտագործվող աղբյուրներից մեկը կենսավառելիքն է (մինչև 15%): Ընդհանուր առմամբ, գյուղերում տնային տնտեսությունների շուրջ 10% -ը որպես ջեռուցման հիմնական աղբյուր օգտագործել է կենսավառելիք:⁶²

Հայտնի է, որ կենսավառելիքի ծխի արտանետումները բացասական հետևանքներ ունեն առողջության համար և հանդիսանում են ներսի օդի աղտոտման կարևոր աղբյուր: Ամենից հաճախ, տուժում են տնային տնտեսություններում խոհարարության համար պատասխանատու կանայք, ինչպես նաև երեխաները: Կենսավառելիքի ծխի ազդեցությունը կապակցված է նորածնի քաշի նվազեցման, երեխայի վաղ մահացության և սուր շնչառական վարակների հետ:⁶³ Բացի այդ, դա կարող է ազդել երեխաների սնուցման վիճակի և ֆիզիկական զարգացման վրա՝ բարձրացնելով անեմիայի և թերաճության ռիսկը^{63,64}

Նմանապես, տաք ջրի համար առավել հաճախ օգտագործվող տարբերակը եղել է բնական գազը (72%), այնուհետև՝ էլեկտրաէներգիան (16%) և փայտը (10%): Տնային տնտեսությունները խոհարարական նպատակներով հիմնականում օգտագործում են գազօջախներ (63%):⁶² Հետազոտությունը ցույց է տվել, որ ավելի քիչ տնային տնտեսություններ են օգտագործում օդորակիչներ (5%)։ այն ավելի շատ օգտագործվում է Երևանում (10%) և միջինում տնային տնտեսություններում այն ամառային սեզոնի ընթացքում օգտագործվում է օրական չորս ժամ:⁶²

3.3.7. Տրանսպորտի հասանելիություն

Հայաստանում ուղևորափոխադրման համակարգը բաղկացած է մի քանի երկաթուղային գծերից և ընդարձակ ճանապարհային ցանցից:⁶⁵ Չնայած վերջին տարիներին սեփական ավտոմեքենաների ցուցանիշի կայուն տեմպերով աճին, այն համեմատաբար ցածր է եղել: Գրանցված տրանսպորտային միջոցների բաշխումը Հայաստանում 2010 թ.-ին հետևյալն էր. թեթևաքարշակ բեռնատարներ՝ 83%, ավտոբուսներ՝ 12%, ծանր բեռնատարներ 5%: Հասարակական տրանսպորտը շատ կարևոր դեր է խաղում, հատկապես քաղաքներում: Հայաստանի խիստ կլիման՝ ցածր ջերմաստիճաններով և ձյան առատ տեղումներով, տրանսպորտային ապահովման ամենամեծ խնդիրներից մեկն է:⁶⁵ Տրանսպորտային ցանցի հզորությունը համարվել է բավարար մինչև 2020 թվականը երկրի գնահատված պահանջարկը բավարարելու համար, սակայն միջոցների բացակայությունը խոչընդոտել է դրա հետագա զարգացմանը:⁶⁵ Վերջին տարիներին կառավարությունը տրանսպորտային ենթակառուցվածքների վերականգնման և վերակառուցման խնդիրը սահմանել է գերակայություն:

Հայաստանում 2017թ. 1000 բնակչի հաշվով մեքենաների քանակը 145-ն էր, իսկ անձի սեփականությունը հանդիսացող տրանսպորտային միջոցների թվով ցուցանիշը համեմատելի է եղել համանման երկրների ցուցանիշների հետ. Վրաստանում, Ալբանիայում և Հյուսիսային Մակեդոնիայի Հանրապետությունում այդ ցուցանիշը կազմել է համապատասխանաբար 155, 124 և 155:⁶⁶

Փոխադրումների համատեքստում մատչելիություն տերմինը ենթադրում է տարբեր ծառայությունների օգտագործման դյուրինություն քաղաքային և գյուղական տրանսպորտային ենթակառուցվածքների միջոցով, ներառյալ հասարակական տրանսպորտը:⁶⁶ Տրանսպորտի մատչելիությունն ու օգտագործումը որոշում են տարբեր գործոններով: Կարևոր գործոններից մեկը, որը նաև որոշիչ դեր է խաղում կայուն զարգացման համար, ճանապարհների որակն է: Որոշ հաշվետվությունների համաձայն, Հայաստանի բնակչության 66%-ը ապրում է որակյալ ճանապարհների մերձակա տարածքներում (2 կմ հեռավորության վրա): Այնուամենայնիվ, 2017թ. 610 000 մարդ եղանակային ծանր պայմաններում չի ունեցել որակյալ ճանապարհների հասանելիություն: Գյուղական համայնքներում որակյալ և անորակ ճանապարհների հարաբերակցությունն ամենաբարձրն է Կոտայքի և Արմավիրի մարզերում:⁶⁶

2018թ. -ից ի վեր կառավարությունը ճանապարհների վերակառուցումը սահմանել որպես իր գերակա խնդիրներից մեկը: Տարածքային կառավարման և ենթակառուցվածքների նախարարության տվյալներով՝ 2019թ. Հայաստանում վերակառուցվել է 335 կմ ճանապարհ: 2020-ին նախատեսվում է նորոգել ևս 500 կմ ճանապարհ:⁶⁷ Ֆիզիկական հասանելիության տեսանկյունից, գյուղական բնակավայրերի բնակչության մեծ մասն ապրում է 15 000 բնակիչ ունեցող քաղաքներից մինչև 30 բույե հեռավորության վրա: Այնուամենայնիվ, կանոնավոր ուղևորափոխադրումների բնագավառում առկա են բազմաթիվ խնդիրներ, որոնք համակարգային լուծման կարիք ունեն: Հանրապետության ոչ բոլոր համայնքներն են ապահովված տրանսպորտային սպասարկմամբ: 2019թ. -ին Հայաստանում գործում էին մոտ 153 միջմարզային և 263 ներմարզային երթուղիներ, որոնք սպասարկում են 682 համայնքներ: Մոտ 220 համայնքներ դեռևս չունեին տրանսպորտային սպասարկում:⁶⁸

Ճանապարհների և տրանսպորտային ցանցի վիճակը էապես չի ազդում առողջապահական հաստատությունների հասանելիության վրա, քանի որ Հայաստանի գրեթե բոլոր մարզերում, բուժհաստատությունների աշխարհագրական բաշխումը համաչափ է՝ յուրաքանչյուր համայնքում առկա է

առնվազն մեկ բուժհաստատություն: Ամենամոտ բուժհաստատություն հասնելու համար անհրաժեշտ ժամանակը տատանվում է 10-17 րոպեի միջակայքում:⁶⁶ Առողջապահական ծառայությունների հասանելիությունը և մատչելիությունը առավել ցածր է Շիրակի մարզում, բայց նույնիսկ այս մարզում առողջության առաջնային պահպանման հաստատություն հասնելու համար անհրաժեշտ է առավելագույնը 17 րոպե ժամանակ:⁶⁹

2017թ. ՏՏԿՀ-ը ցույց է տվել, որ գյուղական համայնքներում բնակվող տնային տնտեսությունների 75,1% -ի հաղորդմամբ, իրենց բնակության վայրից 1կմ հեռավորության վրա կա բուժհաստատություն և տնային տնտեսությունների միայն 1,1% -ի հաղորդմամբ բուժհաստատությունը գտնվում է ավելի քան 10կմ հեռավորության վրա:⁴¹

Երկու մարզերում (Վայոց Ձոր և Սյունիք) հասարակական տրանսպորտի մշտադիտարկման արդյունքներով պարզվել է, որ հասարակական տրանսպորտի որակից դժգոհության մակարդակը բարձր է, և կատարվել են համապատասխան առաջարկություններ տրանսպորտի մատչելիությունը բարելավելու ուղղությամբ:⁷⁰

Չնայած Հայաստանի կառավարության կողմից բազմիցս ռազմավարական առաջնահերթություն է սահմանվել քաղաքային և գյուղական վայրերում տրանսպորտային ծառայությունների մատչելիության բարելավումը՝ որպես սոցիալ-տնտեսական զարգացման և մասնավորապես առողջապահական ծառայությունների մատչելիության բարելավման գրավական, սակայն կլիմայի փոփոխության հարմարվողականության և առողջության փոխկապակցում այդպես էլ տեղի չի ունեցել:^{68,71,72}

3.3.8. Մասնավոր և հանրային բացօդյա տարածքների հասանելիություն

Բացօդյա կանաչապատ տարածքների առկայությունը կարևոր է տարբեր խոցելի խմբերի համար, ինչպիսիք են երեխաները, հղիները, հաշմանդամները կամ տարեց մարդիկ: Այն կարևոր դեր ունի կայուն զարգացման և առողջության հարմարվողականության առումով: Այն նաև մեծ դեր ունի բնակչության հոգեկան առողջության համար:⁷³ Բացօդյա կանաչապատ տարածքները ծայրաստիճան

կարևոր ճարտարապետական լուծում են ցանկացած համայնքի համար, և ընդհանուր առմամբ նպաստում են ֆիզիկական և սոցիալական ակտիվությանը, առողջ ապրելակերպին և ընդհանուր բնակչության բարեկեցությանը:⁷⁴ Կանաչ տարածքների առկայությունը փոխկապակցված է լավ ինքնազգացողության, հոգեկան առողջության և կյանքի որակի, ինչպես նաև շնչառական հիվանդությունների ավելի ցածր թվի հետ:⁷³

Ինչպես աշխարհի տարբեր վայրերում, Հայաստանի քաղաքային բնակավայրերում ևս, հաճախ բացօդյա կանաչապատ տարածքների հասանելիությունը ցածր է, ինչը ինքնին ազդում է բնակչության առողջության վրա, և առավել անբարենպաստ ազդեցություն է ունենում երեխաների վրա: Ավելին, աղքատ տնային տնտեսություններում երեխաները գտնվում են ավելի անբարենպաստ վիճակում:

Բացօդյա և կանաչապատ տարածքների հասանելիությունը, առաջին հերթին, համարժեք է մաքուր օդի հասանելիությանը, ինչը մարդու առողջության հիմնարար իրավունքներից մեկն է: Այնուամենայնիվ, Հայաստանում հանքարդյունաբերության և ձուլարանների գործունեության ազդակիր համայնքների կանաչ և գյուղատնտեսական տարածքներում առկա է ծանր մետաղներով աղտոտվածության բարձր մակարդակ, ինչը հանգեցնում է ոչ միայն օդի աղտոտման, այլև սննդի և ջրի ավելի ցածր որակի:⁷⁵ Ուրբանիզացայի արագ տեմպերը և մեծ խտությամբ շենքերի կառուցումը ոչ միայն բացասական ազդեցություն ունեն մաքուր և կանաչ տարածքների մատչելիության և հասանելիության առումով, այլև խոչընդոտում են օդի բնական ինքնամաքմանը:^{74,75}

Ընդհանուր առմամբ, Հայաստանում դիտվում է կանաչ տարածքների պակաս, և առկա կանաչ տարածքները կորցնելու վտանգ:⁷⁶ Հայաստանում կանաչ տարածքների մատչելիության վերաբերյալ գիտական տվյալները սահմանափակ են, և առկա ռեսուրսները հիմնականում կենտրոնացած են մայրաքաղաք Երևանում: Ի սկզբանե Երևանը նախագծված է եղել բացօդյա կանաչ տարածքների մեծ համամասնությամբ՝ ձևավորելով եզակի քաղաքային էկոհամակարգ, թեև

վերջին տասնամյակներին դիտված միտումները վկայում են նման տարածքների կտրուկ նվազման մասին՝ հաշվի առնելով դրանց օգտագործումը քաղաքաշինության նպատակներով:⁷⁴ Այնուամենայնիվ, վերջին տարիներին քաղաքի կանաչ տարածքների վերականգնման ուղղությամբ գործադրված բարեհաջող ջանքերի շնորհիվ, քաղաքում կանաչ տարածքների համամասնությունն աճում է: 2015թ.-ին Երևանի կանաչապատ տարածքները զբաղեցնում էին շուրջ 6 760 հա, ինչը կազմում է քաղաքի ընդհանուր տարածքի մոտ 30%-ը: Այս թիվը ընդգրկում է բոլոր տեսակի կանաչ բուսականությունները և ներառում է ինչպես հասարակական, այնպես էլ մասնավոր տարածքներ:⁵⁷ Այնուամենայնիվ, մեկ բնակչի նորման կազմում է 7,6մ², ինչը կանաչ տարածքի իրավիճակի ցուցիչ է և ներկայումս ցածր է ԱՀԿ-ի կողմից առաջարկված նվազագույն արժեքից՝ 9,0մ²:⁵⁷

Ըստ առանցքային տեղեկատուների՝ Հայաստանում առողջապահության ոլորտը ներգրավված չէ պետական և մասնավոր բաց և կանաչ տարածքների մշտադիտարկման մեջ և չունի տվյալներ դրա մատչելիության և հասանելիության մասին՝ չնայած կլիմայի փոփոխության և առողջության առումով դրա մեծ կարևորությանը. «*Ես չգիտեմ, թե ինչպես մոնիթորինգ անել, չգիտեմ՝ ինչը ինչի հետ համեմատել*»: [Փորձագետ 15]:

4. ԿԼԻՄԱՅԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ԴՐԱ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎՐԱ

4.1. Կլիմայի փոփոխությունը Հայաստանում

4.1.1. Հայաստանում կլիմայի փոփոխության դիտարկում

Հայաստանում, ինչպես և աշխարհի այլ երկրներում 1929-2016թթ. ընթացքում միջին ջերմաստիճանն աճել է 1,23°C- ով, իսկ վերջին տարիների աճը կտրուկ ընթացք է ունեցել (1929-1996թթ. ժամանակահատվածում աճը կազմել է 0,4°C , 1997-2007թթ՝ 0,85):¹⁹ Բացի այդ, 1935-2016թթ. ընկած ժամանակահատվածում միջին տեղումները նվազել են 9% -ով, որից 3% -ը բաժին է ընկնում 1996-2016թթ. ժամանակահատվածին:¹⁹

Հայաստանի էկոհամակարգերը կրել են վնասներ՝ մասնավորապես, անապատացման, երաշտի և հողերի դեգրադացիայի տեսքով:⁷⁷ Ինչպես և այլ երկրներում, կլիմայի փոփոխությունը հանգեցնում է ավելի տաք և չոր ամառների, գետերի հոսքի նվազման և առավել հաճախակի հանդիպող ծայրահեղ եղանակային իրադարձությունների (օրինակ՝ տաք չոր քամիներ, երաշտներ, կարկուտ և գարնանային ցրտահարություններ): Այս իրադարձությունները ազդում են խոցելի գյուղատնտեսության, բնական էկոհամակարգերի և կենսաբազմազանության, ենթակառուցվածքների (օր.՝ տրանսպորտային ուղիներ (ճանապարհներ, մայրուղիներ և երկաթուղիներ) և տներ, շենքեր, կապի ցանցեր) և ջրային ռեսուրսների վրա:^{18,77}

Մասնավորապես, 1935-2016թթ. ժամանակահատվածում Հայաստանի հյուսիսում, հարավում և կենտրոնական մասերում կլիման դարձել է ավելի չոր, մինչդեռ որոշ շրջաններում տեղումների աճ է դիտվել: Այդ շրջաններն են Շիրակի դաշտավայրը, Սևանա լճի ավազանը և Ապարան-Հրազդան տարածաշրջանները:³⁸

Կլիմայի փոփոխությունը հանգեցրել է նաև *բնական աղետների* հաճախականության և ինտենսիվության էական փոփոխությունների: Եթե 1961-1990թթ. ժամանակահատվածում դիտվել է 168 բնական աղետի դեպք, ապա 1975-2016թթ. ընթացքում բնական աղետների ընդհանուր թիվն աճել է 40 դեպքով:³⁸

Ջրհեղեղները Հայաստանում առավել հաճախակի հանդիպող բնական աղետներից են: Այդ երևույթի ազդակիր են հանդիսանում տարեկան շուրջ 40 000 մարդ:⁷⁸ Կլիմայի փոփոխությունը նաև հանգեցրել է վերջին տարիներին ուժեղ և շատ ուժեղ երաշտներով օրերի քանակի ավելացման. 2000-2017թթ. ժամանակահատվածում այդպիսի օրերն աճել են 33-ով՝ 1961-1990թթ. միջին ժամանակահատվածի համեմատ: Վերջին տարիներին ավելի չոր կլիմա է դիտվել նաև հանրապետության լեռնային շրջաններում:³⁸

Հայաստանում նաև հաճախակի դիտվող աղետներից են երաշտները: 2000թ.-ին երաշտի հետևանքները խիստ անբարենպաստ ազդեցություն են ունեցել

հանրապետության գրեթե 297 000 բնակչի համար՝ ստեղծելով գյուղատնտեսական, պարենային անվտանգության և խմելու ջրի մատչելիության խնդիրներ:⁷⁹

Հայաստանի բնակչության համար վտանգ ներկայացնող այլ բնական աղետներ են սողանքներն ու սելավները: Բնակչության շուրջ 35% -ը ապրում է սողանքների և սելավների վտանգի տակ գտնվող շրջաններում: Այդ երևույթները հանդիպում են Հայաստանի ավելի քան 100 համայնքներում և ազդում են հարյուրավոր բնակելի շենքերի, կապի և ճանապարհային ենթակառուցվածքների և այլ կարևոր կառույցների վրա:⁷⁹

Ըստ հաշվարկների, Հայաստանի գյուղատնտեսական տարածքների մոտ 15-17% -ը տուժել է կարկտահարությունից, իսկ 368 գյուղ գտնվում է կարկտահարության վտանգի ենթակա տարածքներում: Կարկտահարությունների առավելագույն քանակը դիտվել է Շիրակի դաշտում, իսկ առավելագույն քանակությամբ հորդառատ անձրևները դիտվել են Տաշիրի և Իջևանի շրջաններում:⁷⁹

Արարատյան դաշտում և նախալեռնային գոտիներում մեծ թվով ցրտահարություններ են տեղի ունեցել:³⁸ Հայաստանում նույնպես ուժեղ քամիներ և փոթորիկներ են տեղի ունենում, սակայն դրանց ազդեցությունը բնակչության և ենթակառուցվածքների վրա բավարար չափով փաստագրված չէ:⁷⁹

4.1.2. Գլիմայի փոփոխության կանխատեսումները Հայաստանում

Գլիմայի փոփոխության կանխատեսումները Հայաստանում գնահատվել են երկու սցենարի համաձայն: Առաջին սցենարը ենթադրում է, որ կանխատեսվում է, որ միջին ջերմաստիճանը մինչև 2040թ. կբարձրանա 1,3°C- ով, մինչև 2070թ.՝ 2,6°C-ով, և մինչև 2100թ.՝ 3,3°C-ով, իսկ երկրորդ սցենարի համաձայն, կանխատեսվում է, որ ջերմաստիճանը կբարձրանա համապատասխանաբար 1,7°C, 3,2°C և 4,7°C-ով:¹⁸

Նախատեսվում է, որ մինչև 2040թ. տեղումները կկրճատվեն մոտ 2,7%-ով, 2070թ.՝ 5,4%, 2100թ.՝ 8,3% 1961-1990թթ. տարեկան միջինի (592մմ) համեմատ: Այնուամենայնիվ, պայմանավորված տեղումների վրա ազդող գործոնների բարձր փոփոխականությամբ, տեղումների ճշգրիտ գնահատումը դժվար իրագործելի է:³⁸

Մոտ ապագայում (2011-2040թթ.) սպասվում է, որ ամառային տեղումները կնվազեն 10-23%-ով: 2050թ. ամռանը ընթացիկ ժամանակաշարքի համեմատ ամառները զգալիորեն ավելի չոր կլինեն, և հաջորդական չոր օրերի քանակը կավելանա 7-11% -ով: Մյուս կողմից, մինչև 2050թ. սպասվում է նաև խիստ հորդառատ անձրևների հաճախականության աճ 22-32%-ով:³⁸

Ջերմաստիճանի և տեղումների սպասվող փոփոխություններին զուգահեռ ակնկալվում է նաև ծայրահեղ եղանակային դեպքերի առավել հաճախակիացում, ինչը կհանգեցնի բարձր ջերմաստիճանի, ավելի տևական երաշտների, հաճախակի ջրհեղեղների, սողանքների և այլ երևույթների: Այսպիսով, կանխատեսվում է, որ Հայաստանում կլիմայի փոփոխությունը բացասաբար կանդրադառնա կլիմայական զգայուն տարբեր ոլորտների վրա, ինչպիսիք են ջրային ռեսուրսները, գյուղատնտեսությունը, էներգիան, էկոհամակարգերը, բնակավայրերն ու ենթակառուցվածքները, զբոսաշրջությունը, ինչպես նաև մարդու առողջությունը:³⁸

4.2. Հայաստանում կլիմայի փոփոխության ազդեցությունները առողջության վրա

4.2.1. Հայաստանում կլիմայի փոփոխության հայտնի ազդեցությունները առողջության վրա

Համաձայն 4-րդ ազգային հաղորդագրության՝ դիտվում է սիրտ-անոթային և շնչառական համակարգի հիվանդությունների հաճախականության աճ՝ կլիմայի փոփոխության և մթնոլորտային օդի աղտոտման հետևանքով:³⁸ Կլիմայի փոփոխության և մթնոլորտային օդի աղտոտման այս բացասական ազդեցությունը հատկապես մտահոգիչ է քաղաքային համայնքներում: Դա պայմանավորված է օդում կախյալ մասնիկների (2.5միկրոն կամ ավելի փոքր) ազդեցությամբ, ինչը կարող է հանգեցնել սիրտ-անոթային, շնչառական համակարգի և ուռուցքաբանական հիվանդությունների: Նախնական ուսումնասիրության արդյունքները ցույց են տվել, որ մահացության մակարդակի և միջին տարեկան օդի ջերմաստիճանի միջև կա շատ թույլ փոխկապակցվածություն:³⁸

2012թ.-ին Հայաստանում իրականացվել է կլիմայի փոփոխության հիգիենիկ առանձնահատկությունների և Հայաստանում բնակչության առողջության վրա

դրանց ազդեցության ուսումնասիրություն:⁸⁰ Հետազոտության շրջանակներում ուսումնասիրվել են Երևանում օդի միջին օրական ջերմաստիճանը և ծայրահեղ եղանակային իրադարձություններն ու տաք ալիքները 2004-2007թթ. և կատարվել է համադրում մահացության մակարդակի և մահվան պատճառների հետ՝ առանձնահատուկ անդրադառնալով սիրտ-անոթային հիվանդություններին: Առավել հաճախ միջին ջերմաստիճանի ամենօրյա տատանումներ են դիտարկվել ձմռան և գարնան ամիսներին, ինչը թույլ է տալիս ենթադրել, որ այս ժամանակահատվածը բնակչության համար ամենաանբարենպաստն է ՍԱՀ հաճախականության և ինտենսիվության տեսանկյունից: Արդյունքները ցույց են տվել, որ սրտի իշեմիկ հիվանդություններից մահացությունների 31,4% -ը և 25,9% -ը և սրտամկանի սուր ինֆարկտից մահացությունների 30,4% -ը և 27,6% -ը՝ համապատասխանաբար, բաժին են ընկնում ձմռային և գարնանային ամիսներին: Այս հիվանդություններից մահացության ամենացածր թիվը դիտարկվել է ամռանը և աշնանը:⁸⁰ Համանման պատկեր է նկատվել շնչառական համակարգի և միզասեռական համակարգի հիվանդություններից մահացությունների վիճակագրության մեջ: Էնդոկրին համակարգի հիվանդություններից մահացության առավել բարձր մակարդակ է գրանցվել ձմռանը, իսկ մարսողական համակարգի հիվանդություններից՝ ձմռանը և ամռանը: Ուսումնասիրելով այդ ժամանակահատվածի ամենաշոգ ամսին (2006թ. օգոստոսին) դիտված մահացության ցուցանիշը և պատճառները, պարզվել է, որ առավել զգալի աճ է գրանցվել հետևյալ դեպքերում. սրտի իշեմիկ հիվանդություն՝ 25%, աղեստամոքսային հիվանդություններ՝ 88%, շնչառական հիվանդություններ՝ 70%, պատահարներ, վնասվածքներ և թունավորումներ՝ 54%: Իրականացված ուսումնասիրության արդյունքներով եզրակացվել է, որ 2006թ. օգոստոսի ծայրաստիճան շոգը 143 լրացուցիչ մահվան պատճառ է դարձել:⁸⁰ Այնուամենայնիվ, մենք չենք կարող մեկնաբանել այս էկոլոգիական ուսումնասիրության ընթացքում լրացուցիչ մահերի գնահատման համար օգտագործված մեթոդաբանությունը:

Հայաստանում կատարվել է ուսումնասիրություն՝ կլիմայի փոփոխության ազդեցության պայմաններում երկրում մալարիայի ոխակը գնահատելու համար:

Ներկայացված տվյալները ցույց են տվել, որ Հայաստանում ակնկալվող օդի ջերմաստիճանի բարձրացումը կարող է հանգեցնել մալարիայի առումով խոցելիության զգալի աճի երկրի որոշ շրջաններում: Ուսումնասիրության եզրահանգման մեջ նշված է, որ այլ մարզերի համեմատ, ջերմաստիճանի բարձրացումն առավել զգալի կլինի արևմտյան և կենտրոնական շրջաններում, հատկապես Արարատյան դաշտում:⁸¹ Ներկայումս Հայաստանում գրանցվում են հիվանդության բացառիկ և ներկրված դեպքեր. այս դեպքերը չեն դարձել արմատացած և բնիկ:³⁸

4.2.2. Հայաստանում կլիմայի փոփոխության կանխատեսվող ազդեցությունները առողջության վրա

Կլիմայի փոփոխության հիմնական ազդեցությունները առողջության վրա ուսումնասիրվել են և կանխատեսումները դիտարկվել են ՄԱԿ-ի ԿՓՇԿ ներկայացված չորս ազգային հաղորդագրություններում (1998, 2010, 2015 և 2020թթ.): Յուրաքանչյուր հաղորդագրությամբ ամփոփվել են առողջապահական բնագավառի առաջնահերթ արդյունքները, որոնք զգայուն են կլիմայի փոփոխության նկատմամբ և ներկայացվել են համապատասխան հարմարվողականության միջոցառումները՝ հնարավոր անբարենպաստ ռիսկերը կառավարելու համար:^{18,82,83} Կլիմայի փոփոխության հանդեպ առողջության խոցելիության գնահատումը դիտարկվել է նաև «Կլիմայի Արևելյան Հարթակ» ծրագրի շրջանակներում Հայկական Կարմիր խաչի ընկերության կողմից պատրաստված հաշվետվությունում:²⁰ 2016 թ.-ին նշված ծրագրի շրջանակներում պատրաստվել է կլիմայի փոփոխության և առողջապահական քաղաքականության վերլուծության վերաբերյալ ևս մեկ հաշվետվություն՝ նպատակ ունենալով պարզել Հայաստանի առողջապահության համակարգի հիմնական խնդիրները կլիմայի փոփոխության համատեքստում և օժանդակել հանրային առողջության պաշտպանությանն ուղղված կլիմայի փոփոխության քաղաքականության մշակմանը: Ծրագիրը որոշակի առաջարկություններ է ներկայացրել կլիմայի փոփոխության համատեքստում ազգային քաղաքականության վերաբերյալ, որը պետք է ապահովի բոլորի համար բժշկական-կենսաբանական անվտանգություն

ու անվտանգ միջավայրը, և որպես առաջնահերթություն դիտարկվի տնտեսական և իրավական զարգացումների բոլոր օրակարգերում:⁸⁴

Ակնկալվում է, որ կլիմայի փոփոխությունը ուղղակի (պատահարներ՝ ծայրահեղ եղանակային իրադարձությունների հետևանքով) և անուղղակի ազդեցություն կունենա ՀՀ բնակչության առողջության վրա (ջերմաստիճանի և տեղումների փոփոխությունների, ինչպես նաև տարբեր վարակիչ հիվանդությունների կրողների և տարածողների պոպուլյացիայի աճի հետևանքով):¹⁸

Նշված հաշվետվություններում մարդու առողջության խոցելիության գնահատումները ցույց են տալիս, որ կլիմայի փոփոխությունը կհանգեցնի այն հիվանդությունների բեռի ավելացմանը, որոնք, ինչպես արդեն դիտարկվեց վերևում, արդեն իսկ էապես ազդում են Հայաստանի բնակչության ընդհանուր առողջության վրա: ՄԱՀ- երի միտումները ևս ազդեցություն են կրելու ավելի ծայրահեղ եղանակային պայմանների (ցածր և բարձր ջերմաստիճան) և մթնոլորտային ճնշման տատանումների պայմաններում:¹⁸ Չնայած ՄԱՀ-երից հիվանդացության և մահացության ցուցանիշներն ավելի բարձր են ձմռան և գարնան եղանակներին,¹⁸ կանխատեսվող ջերմային ալիքների հաճախականության և տևականության մեծացումը, ամենայն հավանականությամբ, էլ ավելի անբարենպաստ ազդեցություն կունենան նշված ցուցանիշների վրա:²⁰ Ռիսկերը զգալիորեն մեծ են բնակչության խոցելի խմբերի, մասնավորապես տարեց քաղաքացիների շրջանում: ՄԱՀ և կենտրոնական նյարդային համակարգի հիվանդություն ունեցող անձինք կլիմայի փոփոխության առավել խոցելի խմբերն են, որին հաջորդում են ասթմա և ալերգիկ հիվանդություններ ունեցող անձինք:¹⁸

Կլիմայի տաքացումը կարող է նաև մեծացնել մի շարք վարակիչ հիվանդությունների ռիսկը՝ հաշվի առնելով տարբեր վարակիչ հիվանդությունների տարածողների համար առավել բարենպաստ պայմանների ստեղծումը և դրանց կենսամիջավայրի ընդլայնումը:¹⁸ Ակնկալվում են *վեկտորներով փոխանցվող հիվանդությունների ցուցանիշների աճ*, որոնց թվում են,

մասնավորապես, խոլերան, մալարիան, սուր աղիքային ինֆեկցիաները և այլն: Օգտագործելով էմպիրիկ-վիճակագրական մեթոդներ, կանխատեսվել է, որ *խոլերայի* բռնկման հավանականությունը կբարձրանա՝ օդի բարձր ջերմաստիճանով անընդմեջ օրերի քանակի՝ սահմանված շեմը գերազանցելու դեպքում: Թեև խոլերայի վերջին բռնկումը տեղի է ունեցել 1998թ. վերջին, հիվանդության հարուցիչը դեռևս առկա է գետերում և լճերում:²⁰

2011 թվականից Հայաստանը համարվում է մալարիայից զերծ երկիր: Կանխատեսվում է, որ օդի ջերմաստիճանի բարձրացումը կբարձրացնի մալարիայի կրկին բռնկման հավանականությունը:⁸¹

Կլիմայի փոփոխությամբ պայմանավորված ջերմաստիճանի բարձրացման հետևանքով հարևան երկրներում ըստ կանխատեսումների կմեծանա Հայաստանում տզերի և մոծակների միջոցով փոխանցվող մի շարք վտանգավոր վարակիչ հիվանդությունների ռիսկը (*մասնավորապես՝ Տյազիների տենդ, Արևմտյան Նեղոսի տենդ, Սիդնեյի տենդ և Ղրիմ-Կոնգոյի տենդ, արևմտյան տզային էնցեֆալիտ*):¹⁸

Կանխատեսվում է նաև, որ կլիմայի փոփոխության հետևանքով կաճի *սուր ստամոքս-աղիքային հիվանդություններով և վերին շնչառական վարակներով* հիվանդացության ցուցանիշը: 2000-2004թթ. ընթացքում կրկնապատկվել են ստամոքս-աղիքային հիվանդությունների դեպքերը:¹⁸

Կլիմայի փոփոխությունը կարող է նաև անբարենպաստ կենսապայմաններ ստեղծել որոշ կենդանիների համար (մասնավորապես, այնպիսի հիվանդությունների կրողների, ինչպիսիք են *ժանտախտը և տուլարեմիան* փոխանցող մկները), ինչը կարող է հանգեցնել հիվանդության փոխանցման ռիսկի նվազմանը:¹⁸

Քանի որ Հայաստանում *սիբիրյան խոցի* որոշ դեպքեր են հայտնաբերվել, և վեկտորների սպորները շրջակա միջավայրում կարող են գոյատևել մինչև 150 տարի, սպասվում է, որ ապագայում կարող են գրանցվել սիբիրյան խոցի ավելի մեծ թվով դեպքեր:

Գյուղատնտեսությունը կլիմայի փոփոխության հանդեպ առավել բարձր զգայուն ոլորտներից մեկն է: Ջերմաստիճանային փոփոխությունները կարող են ուղղակիորեն (կենդանիների վրա ջերմաստիճանի բարձրացման ազդեցությունը) և անուղղակիորեն (ազդեցությունը հիվանդության տարածման վրա) ազդեցություն ունենալ անասնաբուծության վրա: Կլիմայի փոփոխության հետ կապված անցումները կարող են հանգեցնել անասնաբուծության որակական և քանակային ցուցանիշների, ինչպես օրինակ՝ մաստվության, կաթնատվության, բրդատվության, ինչպես նաև ջրային ռեսուրսների կտրուկ փոփոխականության:¹⁸

Կարևոր է նշել, որ վարակիչ հիվանդությունների նկատմամբ առավել խոցելի խմբերն են գյուղական բնակավայրերի բնակչությունը, ինչպես նաև բնական պայմաններում և գյուղատնտեսական արտադրության բնագավառում անմիջական գործունեություն ծավալող խմբերը:¹⁸

Երեխաները կլիմայի փոփոխության խոցելի խմբերից են: ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամի (ՅՈՒՆԻՍԵՖ) հայաստանյան գրասենյակը, համագործակցելով ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի կենտրոնական գրասենյակի հետ, 2018թ. հրապարակել է հաշվետվություն, որում ամփոփվել է կլիմայի փոփոխության ազդեցությունը և դրա հետևանքները Հայաստանում երեխաների վրա, ինչպես նաև ներկայացվել են առաջարկություններ ռիսկերի նվազեցման վերաբերյալ:⁸⁵ Երկրում կլիմայական մի շարք պայմաններ, ինչպիսիք են ծայրահեղ եղանակային իրադարձությունները, անապատացումը, տեղումների նվազումը և միջին ջերմաստիճանի բարձրացումն արդեն բացասական ազդեցություն են ունենում երեխաների առողջության վրա: Ծայրահեղ եղանակային իրադարձություններն առավել խիստ ազդում են գյուղատնտեսությունից կախված գյուղական համայնքների վրա, և արդյունքում՝ գյուղական համայնքներում ապրող երեխաների վրա: Տների և դպրոցների շինությունների ներքինադոտովածությունը (indoor pollution) ևս մեկն է այն խնդիրներից, որոնք բացասաբար են անդրադառնում երեխաների առողջության վրա: Կլիմայի փոփոխության հետ կապված հետագա զարգացումները կարող են վատթարացնել երեխաների առողջության վրա ազդեցությունը, եթե չձեռնարկվեն պատշաճ միջամտություններ: ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ն առաջարկություններ է ներկայացրել

տարբեր ազդակիր ոլորտների, այդ թվում՝ առողջապահության, սննդի, աղետների ռիսկի նվազեցման, ջրի և սանիտարական և կրթության վերաբերյալ: Առողջության հետ կապված առաջարկությունները ներառում էին՝ օժանդակություն երեխաների առողջության վրա շինությունների ներքին աղտոտվածության և թունավոր մետաղներով աղտոտման ազդեցության հետագա ուսումնասիրությանը, և արդյունքում՝ համապատասխան կազմակերպությունների հետ համագործակցությամբ, կառավարության մակարդակով ապացուցահեն որոշումների կայացմանը:⁸⁵

Ամառային սեզոնին ավելի բարձր ջերմաստիճանի պայմաններում Հայաստանում բնակչությունը դառնում է խոցելի *ջերմային ալիքների նկատմամբ*՝ առաջացնելով հիվանդացության և մահացության լրացուցիչ աճ:²⁰ Վերջին տարիներին շոգ օրերի և ջերմային ալիքների քանակն աճել է երկրի ամբողջ տարածքում, հատկապես Երևանում և Մեղրիում:²⁰ Երևանում սա նաև պայմանավորված է եղել «քաղաքային ջերմային կղզու» գործոնով:⁸ Ցածրադիր գոտիներում ջերմային ալիքները ավելի փոփոխական են: Ակնկալվում է, որ ջերմային ալիքների հաճախականության բարձրացումը կհանգեցնի շոգով պայմանավորված առողջական խնդիրների հետևանքով մահացության ցուցանիշների աճի, ներառյալ ՄԱՀ-եր, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություններ, դժբախտ պատահարներ, վնասվածքներ և թունավորումներ:²⁰ Օդի աղտոտումը կարող է մեծացնել ավելի բարձր ջերմաստիճանի հետևանքները, ուստի Հայաստանում քաղաքային տարածքները ավելի խոցելի են:¹⁸

Երրորդ ազգային հաղորդագրության համաձայն՝ Վայոց Ձորը ջերմաստիճանի շարունակական բարձրացման պատճառով Հայաստանի ամենախոցելի շրջաններից մեկն է: Երեխաները և տարեց մարդիկ խիստ խոցելի են վարակիչ հիվանդությունների տարածման, ՌՎՀ-ների սրացման, եղանակի ծայրահեղ փոփոխությունների հետևանքով վնասվածքների ու մահացության առումով: Այս տարածաշրջանում մշակված հաղթահարման մեխանիզմները ներառում են՝ անվճար ամբուլատոր բժշկական օգնություն բոլորի համար 2006թ.-ից ի վեր, և համայնքի խմելու ջրի մատակարարման ցանցի ընդլայնում 15%-ով 2010թ.-ին:

Վայոց Ձորում ԱՆ անմիջական պատասխանատվության ներքո ձեռնարկված կոնկրետ գործողությունները, որպես հարմարվողականության գործողությունների ծրագրի մաս, ներառում են սանիտարական և վարակիչ հիվանդությունների հետազոտություն և մշտադիտարկում, բժշկական օգնության համար պատշաճ պայմանների ապահովում և բժշկական անձնակազմի վերապատրաստում բոլոր համայնքներում, ինչպես նաև անասնաբուժական կանխարգելիչ մեխանիզմների ամրապնդում: Այս բոլոր գործողությունները նպատակ ունեն կանխել վարակիչ հիվանդությունների և կենդանիների հիվանդությունների տարածումը:¹⁸

Լոռու մարզի որոշակի համայնքներ վերջին տարիների ընթացքում ջրի անբավարար որակի և քլորացման բացակայության պատճառով հայտնվել են ջրի հետ կապված հիվանդությունների բռնկումների հաճախականության մեծացման փաստի առջև:⁸⁶ Լոռու մարզում կլիմայի փոփոխության նկատմամբ խոցելիության գնահատման արդյունքներով նախատեսվել է ջրի քլորացման կայանի կառուցում և շահագործում: Ջրի քլորացման միջոցառումը նպատակ ուներ նվազեցնել համայնքներում ապրող մարդկանց առողջության և տարբեր հարուցիչ մանրէներով ախտահարման ռիսկերը: Կլիմայի փոփոխությունը Լոռու մարզի կոնկրետ համայնքների համար առաջ է բերել մեկ այլ մարտահրավեր՝ այն է, գարնանային և աշնանային ջրհեղեղները, որոնք ասբեստի խողովակներով կառուցված ջրագծերի պայմաններում ունենում են խիստ աղտոտիչ ազդեցություն: Խոցելիության գնահատման արդյունքներով նախատեսվում էր վերակառուցել համայնքի ջրագծի ամենավտանգավոր հատվածը՝ դրա կայունությունն ու անվտանգության մակարդակը բարելավելու համար:⁸⁶

4.2.3. Հայաստանում կլիմայի փոփոխության նկատմամբ առողջության խոցելիության գնահատման բացերը

Ազգային հաղորդագրության հաշվետվությունում ներառված՝ կլիմայի փոփոխության նկատմամբ խոցելիության գնահատման վերաբերյալ հիմնական տեղեկատվությունների կարծիքները տարբեր էին: Որոշ փորձագետներ համարում էին, որ դրանք բավականին ընդգրկուն և համահունչ են միջազգային չափանիշներին. «Եթե նայեք տարբեր տարիների հաղորդագրություններին [ազգային

հաղորդագրության զեկույցներին], կտեսնեք, թե դրանք որքան են բարելավվել: Այն ընդլայնել է իր շրջանակը՝ ներառելով բոլոր [առողջապահական] խնդիրները... Իմ կարծիքով, դա համահունչ է ԱՀԿ վերջին ուղեցույցերին, չկա որևէ խնդիր, որը արտացոլված չի հաղորդագրությունում: Անգամ կան խնդիրներ, որոնք թեև լավ չեն ուսումնասիրված, սակայն անգամ դրանք որոշ չափով ներառված են:» [Փորձագետ 15]: Այնուամենայնիվ, փորձագետներից ոմանք նաև մատնանշում էին որոշ բացեր: Մասնավորապես, որոշ փորձագետներ մտահոգություն էին հայտնում, որ առկա գնահատումները հիմնված չեն ապացուցահեն մեթոդաբանության վրա, ինչի արդյունքում առողջապահական հնարավոր խնդիրները բացահայտվել և նկարագրվել են միայն մասամբ՝ առանց ռիսկի գնահատում իրականացնելու. «Մենք ֆիքսել ենք խնդիրները, սակայն այնտեղ [ազգային հաղորդագրություններում] լուծման առաջարկներ չեն տրվել: Անգամ ռիսկի գնահատման մեթոդաբանությունն որպես այդպիսին չի եղել: Մենք ուղղակի նկարագրել ենք, նկարագրողական վերլուծություն է եղել, ոչ թե ինչ-որ ռիսկի վերլուծություն»: [Փորձագետ 9]: Ըստ փորձագետի, առողջության խոցելիության համապարփակ գնահատում չունենալու հավանական պատճառը կարող է լինել Հայաստանում ապացույցների բազայի և համապարփակ հետազոտական ուսումնասիրությունների բացակայությունը. «Գիտականորեն ավելի հիմնավորված առաջարկներ տալու համար, պիտի հնարավորություն ունենանք ավելի խորը հետազոտություններ անելու, որը հիմա միշտ չէ, որ ստացվում է»: [Փորձագետ 9]:

5. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ ԵՎ ԱՌՈՂՋԱՎԱԿՄԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ

5.1. Առաջնորդություն և կառավարում

Խորհրդային Միության փլուզումից հետո Հայաստանի առողջապահական համակարգը ենթարկվել է կազմակերպական և իրավական լուրջ բարեփոխումների: Հայաստանը կարճ ժամանակ անց հրաժարվեց իր ժառանգած ծանր, կենտրոնացված Սեմաշկոյի համակարգից և կատարվեց ապակենտրոնացում: Խորհրդային Միության տարիներին առողջապահական համակարգը ամբողջությամբ ֆինանսավորվում էր պետության կողմից և

ապահովում էր պետության կողմից ֆինանսավորվող ծառայությունների լայն շրջանակի համընդհանուր հասանելիություն՝ առավելապես շեշտը դնելով երկրորդային և երրորդային բուժօգնության վրա:⁸⁷ Անկախացումից հետո ՀՀ կառավարությունը մեկնարկեց լայնածավալ բարեփոխումներ, որոնք անդրադառնում էին ԱԱՊ համակարգին և ֆինանսավորման համակարգին, ինչպես նաև հիվանդանոցային ցանցի օպտիմալացմանը, որի արդյունքում 1990-ից մինչև 2019թ. ընկած ժամանակահատվածում տեղի ունեցավ հիվանդանոցային մահճակալների քանակի շուրջ 62% կրճատում:³⁵

«Բնակչության բժշկական օգնության և ծառայությունների մասին» օրենքը (ընդունվել է 1996 թ.) հիմնական իրավական փաստաթուղթն է, որը կարգավորում է հանրապետությունում առողջապահության ոլորտում ծառայությունների մատուցումը:⁸⁸ Առողջապահության ոլորտը կարգավորվում է նաև մի շարք այլ օրենքներով, կառավարության որոշումներով և նախարարների հրամաններով: Առողջապահական ոլորտի կոնկրետ ռազմավարությունները և ծրագրային փաստաթղթերը, որոնք վերաբերում են այնպիսի հիմնախնդիրներին, ինչպիսիք են տուբերկուլոզը կամ ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ը, նույնպես հաստատվում են ՀՀ կառավարության կողմից՝ հինգ տարի ժամկետով և պարբերաբար թարմացվում են ՀՀ ԱՆ կողմից:⁸⁹

Առողջապահության ոլորտի քաղաքականության գերակայությունները Կառավարությունը նկարագրում է Առողջապահության պետական նպատակային ծրագրերում, որը մշակվում է ԱՆ-ի կողմից և հաստատվում ՀՀ կառավարության կողմից, որից հետո այն ներկայացվում է Հայաստանի Ազգային ժողով:

Հայաստանի ԱՆ-ն երկրում առողջապահության համակարգի հիմնական կարգավորող մարմինն է: Այն պատասխանատու է առողջապահության քաղաքականության մշակման և իրականացման համար՝ առողջապահական ոլորտը կարգավորող օրենսդրության նախագծերի մշակման, առողջապահական ծրագրերի և ռազմավարությունների մշակման, ծառայությունների մատուցման ստանդարտների, բուժման արձանագրությունների և ուղեցույցների

կանոնակարգերի հաստատման միջոցով:⁸⁹ Առողջապահական հաստատությունների լիցենզավորումը իրականացվում է ՀՀ ԱՆ լիցենզավորման գործակալության կողմից, ինչը հնարավորություն է տալիս ԱՆ-ին իրականացնել իր կարգավորիչ գործառույթները: ՀՀ ԱՆ-ն նաև հանդիսանում է ՀԾՓ-ի ներքո ՀՀ կառավարության կողմից մատուցվող ծառայությունների միակ գնորդը, գնումների գործընթացը համակարգում է Պետական առողջապահության գործակալությունը (ՊԱԳ)՝ շուրջ 500 մասնավոր և պետական մատակարարների հետ պայմանագրերի կնքման և ծառայությունների ձեռքբերման միջոցով: ԱՆ-ին են նաև պատկանում և վերջինիս կողմից կառավարվում են շուրջ 16 առողջապահական հաստատություններ, որոնք հիմնականում զբաղվում են կոնկրետ հիվանդություններով, ինչպիսիք են Թոքաբանության ազգային կենտրոնը և Հոգեկան առողջության պահպանման ազգային կենտրոնը:

Հայաստանի մարզային առողջապահական հաստատությունները հիմնականում ղեկավարվում են մարզպետարանների և/կամ տեղական ինքնակառավարման մարմինների առողջապահական վարչությունների կողմից: Այդ հաստատությունները ներառում են տարածաշրջանային բժշկական կենտրոններ, պոլիկլինիկաներ և գյուղական բնակավայրերում առողջության առաջնային պահպանման կենտրոններ: Մարզային իշխանությունները պատասխանատու են բուժհաստատությունների բյուջեների հաստատման և դրա կատարողականի վերահսկողության, հաստատությունների ղեկավարների նշանակման, անձնակազմի կառավարման, տրամադրվող ծառայությունների ցանկի վերանայման համար: Տեղական ինքնակառավարման մարմինները ներգրավված չեն այդ հաստատություններից ծառայությունների ձեռքբերման մեջ, քանի որ այդ գործառույթներն իրականացնում է ՊԱԳ-ը:

5.1.1. Առողջապահական համակարգի հարմարվողականության իրավական շրջանակը

Կլիմայի փոփոխության համատեքստում, կայացած *առաջնորդությունը* և գործուն *կառավարումը* ենթադրում են առաջնահերթությունների սահմանմամբ կլիմայի փոփոխության առողջության ռիսկերի մեղմում՝ այդ ռիսկերը ներառելով

քաղաքականության պլանավորման և կիրառման գործընթացներում, կառուցելով բազմաոլորտային համագործակցություն և գործընկերություն առողջապահության նախարարության, ինչպես նաև այլ նախարարությունների կողմից իրագործվող ծրագրերի միջև, որոնց քաղաքականությունները ազդեցություն ունեն հանրային առողջության վրա:²⁶

ՄԱԿ ԿՓՇԿ- ի վավերացումից հետո ՀՀ կառավարությունը ձեռնարկել է մի շարք միջոցառումներ՝ կլիմայի փոփոխության ռիսկերի հասարակության առողջության պահպանման ուղղությամբ: Այնուամենայնիվ, Հայաստանը դեռևս չունի միասնական և համակարգված փաստաթուղթ՝ որը կհանդիսանա կլիմայի փոփոխության և առողջապահության ազգային քաղաքականություն:⁸⁴ ՀՀ կառավարությունը մշակել և հաստատել է բազմաթիվ իրավական ակտեր առողջության ռիսկերի կառավարման, աղետների ռիսկերի նվազեցման, արտակարգ իրավիճակների արձագանքման և կլիմայազգայուն այլ հարցերի վերաբերյալ:

2013թ.-ին ՀՀ կառավարությունը հավանություն է տվել ՀՀ ԱՆ կից ***Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոն*** ՊՈԱԿ-ի (ՀՎԿԿ) ստեղծմանը, որի նպատակն է՝ համակարգել և իրականացնել արդյունավետ միջոցառումներ՝ Հայաստանի ընդհանուր բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության և համապատասխան միջազգային ստանդարտներին համահունչ ծառայությունների ապահովման ուղղությամբ (N 1134-Ն Որոշում):⁹⁰ Տվյալ կառույցի գործունեության շրջանակը ներառում է բոլոր վարակիչ և ոչ վարակիչ՝ ներառյալ կլիմայի փոփոխության նկատմամբ զգայուն հիվանդությունների կանխարգելման և վերահսկման միջոցառումների իրականացումը: ՀՎԿԿ-ն իրականացնում է մի շարք ծրագրեր, որոնք ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն անդրադառնում են Հայաստանում կլիմայի նկատմամբ զգայուն առողջապահական ռիսկերին:⁹¹

Հայաստանի կառավարության կողմից ընդունված մի շարք որոշումներ նպատակ ունեն գնահատել վարակիչ հիվանդությունների տարածումը և կառավարել այն

(Հավելված 3):¹⁸ Իրականացված կանխարգելիչ միջոցառումների շնորհիվ հաջողվել է նվազեցնել բազմաթիվ վարակիչ հիվանդությունների դեպքերը և բարելավել վերահսկողության համակարգերը: Մասնավորապես, 2010-2020թթ. ընթացքում կառավարության կողմից ընդունվել է Իմունականխարգելման երկու ազգային ծրագիր (2010-2015 և 2016-2020), որոնց նպատակն էր կանխարգելիչ պատվաստման ծրագրի միջոցով կանխարգելել, վերացնել և վերջնականապես հաղթահարել մի շարք վարակիչ հիվանդություններ (Ռոտշումներ N 46-N և N 10):^{92,93} ՀՀ կառավարության կողմից հաստատվել է 2011-2015թթ. ազգային ծրագիրը, որի նպատակն էր կանխարգելել Հայաստանում մալարիայի ներբերումը և արմատավորումը՝ համապատասխան մշտադիտարկման համակարգերի ներդրման և կատարելագործման միջոցով (թիվ N 23 որոշում):⁹⁴ Ծրագիրը նշում է մալարիայի կանխարգելման կարևորությունը, քանի որ Հայաստանում կլիմայի փոփոխությունը կարող է հանգեցնել մալարիայի նոր դեպքերի:⁹⁴ Վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և դրանց դեմ պայքարի նպատակով ՀՀ կառավարության կողմից հաստատվել է 2012-2016թթ. ռազմավարական ծրագիրը, որը ներառում էր համապատասխան միջոցառումների շրջանակ՝ ուղղված երկրում վարակիչ հիվանդությունների բեռի նվազեցմանը նպատակային միջամտությունների մշակման և իրականացման, մշտադիտարկման և տեղեկատվական համակարգերի կատարելագործման, կարողությունների զարգացման, ժամանակին արձագանքման և ախտորոշման, առողջապահական ոլորտի աշխատողների շարունակական կրթության միջոցներով և այլն (որոշում N 1913-Ն):⁹⁵ Փաստաթղթում նշված է, որ կլիմայի փոփոխությունն ազդում է վարակիչ հիվանդությունների գլոբալ տարածման վրա, և որ Հայաստանի կլիմայական պայմանները բարենպաստ են որոշ հիվանդությունների փոխանցողների համար:⁹⁵ 2012թ.-ին կառավարության կողմից հաստատվեց մեկ այլ որոշում (Ռոտշում N 50), որի նպատակն էր՝ վերահսկել և նվազեցնել մարդու և կենդանիների ընդհանուր վարակիչ հիվանդությունների բեռը, բարելավել և ամրապնդել հիմնական շահագրգիռ կողմերի բազմոլորտային համագործակցությունը թիրախային միջամտությունների միջոցով, որոնք ուղղված պետք է լինեին վարակիչ

հիվանդությունների, կարողությունների կանխարգելմանը և վերահսկմանը, վաղ արձագանքման և ախտորոշման կարողությունների զարգացմանը, առողջապահական ոլորտի աշխատողների շարունակական կրթության ապահովմանը և համապատասխան հետազոտությունների խթանմանը:⁹⁶ Փաստաթուղթը չունի կլինայի փոփոխության և մարդու և կենդանիների համար վարակիչ հիվանդությունների վրա դրա ազդեցության հետ կապված ձևակերպումներ:⁹⁶ ՀՀ-ում վարակիչ հիվանդությունների փոխանցողների դեմ պայքարի համար կառավարության կողմից հաստատվել է 2014-2018թթ. ծրագիրը՝ համապատասխան միջոցառումների իրականացման ժամանակացույցի հետ մեկտեղ (N 22 որոշում): Ծրագրի հիմնական նպատակն էր՝ տարբեր վարակիչ հիվանդությունների փոխանցման կանխարգելումը, փոխանցողների, ներառյալ առանձնապես վտանգավոր վարակների դեմ պայքարը՝ տարբեր վարակիչ հիվանդությունների փոխանցողների վերահսկման, մշտադիտարկման և գնահատման, փոխանցողների գիտա-կիրառական հետազոտությունների իրականացման, առողջապահական ոլորտի աշխատողների կարողությունների զարգացման և հասարակության լայն զանգվածների իրազեկվածության բարձրացման միջոցով:⁹⁷ Փաստաթղթում նշվում է, որ կլինայի փոփոխության պատճառով տարբեր փոխանցողներ կարող են տարածել և ընդլայնել իրենց տարածքները՝ հանգեցնելով վարակիչ հիվանդությունների բեռի ավելացմանը ամբողջ աշխարհում, և Հայաստանում մի շարք նման հիվանդություններ են դիտարկվել նախկինում, մասնավորապես՝ մալարիա, լեյշմանիոզ, տուլարեմիա և այլն:⁹⁷ Ավելին, 2010թ.-ին մշակվել և հաստատվել են հիվանդություն փոխանցողների (կրծողներ և միջատներ) վերահսկման կանոնակարգերը և սանիտարական նորմերը՝ փոխանցողների քանակի նվազեցման միջոցով վարակիչ հիվանդությունների տարածումը կանխելու նպատակով (Որոշում 13-Ն):⁹⁸ Փաստաթուղթը չունի կլինայի փոփոխության հետ կապված ձևակերպում:⁹⁸ Տարբեր միջոցառումների արդյունքում վերջին տարիներին Հայաստանում չեն նկատվել մի շարք վարակիչ հիվանդություններ, ինչպիսիք են մալարիան, պոլիոմիելիտը և դիֆթերիան: Շատ հազվադեպ են նկատվել մի շարք այլ վարակիչ

հիվանդություններ, ինչպիսիք են կարմրուկը, կարմրախտը, սիբիրախտը, տուլարեմիան և այլն:^{95,99}

Երկրում ոչ վարակիչ, ներառյալ կլիմայի փոփոխության նկատմամբ զգայուն հիվանդությունների բերը նվազեցնելու ուղղությամբ հաստատվել են կառավարության բազմաթիվ որոշումներ և պետական ծրագրեր: Այնուամենայնիվ, ոչ վարակիչ հիվանդությունների վերաբերյալ ուսումնասիրված առողջապահության քաղաքականություններում ոչ մի կերպ հաշվի չեն առնվել կլիմայի փոփոխությունը և փոփոխականությունը: Տարբեր ազգային ռազմավարական ծրագրեր, որոնք ուղղված են ՈՎՀ-ների վաղ ստուգման, կանխարգելման և բուժման հիմնախնդիրներին, հանգեցրել են ԱՇՀ մահացության ցուցանիշների դրական միտումների բոլոր նոգոլոգիական խմբերում: Նպատակային ծրագրերը մասնավորապես ներառում են 1) ԱԱՊ մատակարարների կողմից 35-68 տարեկան բնակչության հիպերտոնիկ և շաքարային դիաբետի սրբինինգ պետպատվերի շրջանակներում 2) պետպատվերի շրջանակներում առաջնային սիրտ-անոթային միջամտություններ՝ սուր կորոնար համախտանիշից մահացությունը և հիվանդացությունը նվազեցնելու համար. 3) պետպատվերի շրջանակներում սուր իշեմիկ ինսուլտի բուժման ծրագիր:²⁸ Մասնավորապես, դեռ 2011թ.-ին կառավարությունը հաստատել է երեք ազգային ռազմավարություն՝ Հայաստանում մահացության ամենամեծ մասնաբաժին կազմող այնպիսի քրոնիկ հիվանդությունների վերահսկման համար, ինչպիսիք են՝ ՍԱՀ, շաքարախտը և չարորակ ուռուցքները (որոշում N 11):¹⁰⁰ 2014 թ.-ին կառավարության կողմից հաստատվեց ռազմավարական ծրագիր՝ ուղղված առողջ ապրելակերպի խթանմանը, քրոնիկ հիվանդությունների պատճառով վաղաժամ մահացության և հիվանդացության կանխարգելմանը, ինչպես նաև թիրախային միջամտությունների միջոցով առողջության բարելավման և ռիսկային վարքագծի կանխարգելմանը, առողջ ապրելակերպի օգուտների և ռիսկային վարքագծի առողջության վրա ազդեցության վերաբերյալ հասարակության լայն շրջանների իրազեկվածության մեծացմանը, հիմնական շահագրգիռ կողմերի և համայնքների միջև շարունակական համագործակցության ամրապնդմանը (N 50 որոշում):¹⁰¹

Այնուհետև, 2016թ. -ին կառավարության կողմից հաստատվեց առավել տարածված ՌՎՀ-ների վերահսկողության 2016-2020թթ. ռազմավարության ծրագիրը՝ (որոշում N 4):¹⁰² Ռազմավարության հիմքում ընկած էր ոչ վարակիչ հիվանդությունների կառավարման և կանխարգելման համակարգի մշակումը և բարելավումը՝ հիմնական ռիսկի գործոնների դիտարկման և այդ գործոնների վերաբերյալ հասարակության իրազեկվածության մեծացման, ճարպակալման և ավելորդ քաշի կանխման, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություններով, ասթմայով հիվանդացության նվազեցման, շրջակա միջավայրի գործոնների և ռիսկերի ուսումնասիրության, մարդու առողջության վրա դրանց ազդեցության կանխման, ինչպես նաև վերահսկողության և մշտադիտարկման մեխանիզմների կատարելագործման միջոցով: Վնասվածքների և դրանց հետևանքով առաջացող բարդությունների կանխարգելման նպատակով, 2015թ.-ին կառավարության կողմից հաստատվեց 2015-2020թթ. Գործողությունների ծրագիրը (Որոշում N 55), որը սահմանում էր վնասվածքների կանխարգելման համար համագործակցային մոտեցում, վնասվածքների հիմնական պատճառների և Հայաստանում վնասվածքների առկա բեռի վերլուծություն, վնասվածքների բուժման որակի շարունակական բարելավում և հասարակության իրազեկության բարձրացում վնասվածքների հիմնական պատճառների, ինչպես նաև մասնագիտական վնասվածքների հետ կապված հիվանդացության և մահացության կանխարգելում:¹⁰³

Խմելու ջրի որակի վերահսկումն իրականացվում է ՀՎԿԿ- ի կողմից 2018թ. հաստատված ծրագրի համաձայն (N 363-Ա որոշում), որի նպատակն է վերահսկել խմելու ջրի որակը ամբողջ Հայաստանի տարածքում: Ծրագիրը ներառում է տարբեր մատակարարման համակարգերից խմելու ջրի նմուշառում և որակի վերլուծություն՝ առողջության հնարավոր ռիսկերը ուսումնասիրելու և համաճարակաբանական իրավիճակը գնահատելու համար:¹⁰⁴ Նույն թվականին մեկնարկեց մեկ այլ ծրագիր, որի նպատակն էր վերահսկել Սևանա լճի ափամերձ հանգստի գոտու և լողափի գոտիներում լճի ջրի խմելու ջրի որակը և հողի վիճակը (N 642-Ա որոշում): Ծրագիրը, մասնավորապես, նպատակ ունի գնահատել լճի ջրի որակը, լճի մոտակայքում խմելու ջրի որակը, լճի ափամերձ հանգստյան գոտիների

շրջակայքի հողի և սանիտարահամաճարակային անվտանգության որակը, ինչպես նաև կանխել տեղի բնակչության/նշված գոտիների այցելուների շրջանում հիվանդությունները ջրի և հողի աղտոտվածության հետևանքով:¹⁰⁵

ՀՀ ԱՆ N 842-Ն որոշմամբ սահմանվում են աշխատավայրի համար միկրոկլիմայի ցուցանիշները և դրանց օպտիմալ և ընդունելի մակարդակները: Միկրոկլիմայի հիմնական ցուցանիշներն են օդի ջերմաստիճանը, մակերեսի ջերմաստիճանը, օդի հարաբերական խոնավությունը, օդի շարժման արագությունը, ջերմային ճառագայթման ինտենսիվությունը: Նշված ցուցանիշների օպտիմալ և ընդունելի մակարդակները դասակարգվում են՝ ելնելով աշխատանքի կարգից, ըստ էներգիայի սպառման: Միկրոկլիմայի ցուցիչների օպտիմալ և ընդունելի մակարդակների պահանջները տարբերվում են ըստ աշխատանքի տեսակի. օդի ջերմաստիճանի պահանջվող մակարդակները նվազում են էներգիայի սպառման ավելացման հետ մեկտեղ: Յուրաքանչյուր աշխատանքային կատեգորիայի համար ներկայացված են միկրոկլիմայի օպտիմալ ցուցանիշների շարքը և միկրոկլիմայի ցուցանիշների ընդունելի մակարդակների սահմանները (օպտիմալ մակարդակից ցածր և բարձր): Բացի այդ, փաստաթուղթը սահմանում է նաև աշխատանքի ընդունելի տևողությունը այն իրավիճակների համար, երբ աշխատանքային սենքի ներսում օդի իրական ջերմաստիճանը վեր կամ բարձր է ամենաբարձր և ամենացածր ընդունելի մակարդակներից: ՀՀ աշխատանքային օրենսգրքի 153-րդ գլխի համաձայն՝ աշխատողներին պետք է տրամադրվեն լրացուցիչ ընդմիջումներ, երբ օդի ջերմաստիճանը գերազանցում է 40°C-ն կամ ցածր է 10°C-ից:¹⁰⁶

ՀՀ ԱՆ-ն Հայաստանում աղետների ռիսկի նվազեցմանը նպաստող պետական մարմիններից մեկն է:¹⁰⁷ 2012 թ.-ին ընդունված Աղետների ռիսկի նվազեցման Հայաստանի Ազգային ռազմավարության համատեքստում (N 281-Ն որոշում), ԱՆ-ն պատասխանատու է ռիսկերի նվազեցման տարբեր գործողությունների իրականացման համար, մասնավորապես՝ ԱՆ իր իրավասության շրջանակներում լիազորված է իրականացնել փորձաքննություն և տալ համապատասխան եզրակացություն հնարավոր առողջապահական ռիսկերի վերաբերյալ, համապատասխան եզրակացություն տալ աղետի հետևանքների

սանիտարահամաճարակային իրավիճակի վերաբերյալ, իրականացնել հակահամաճարակային և կարանտինային միջոցառումներ, կազմակերպել օպերատիվ բժշկական խմբերի՝ ժամանակին աղետի գոտի հասնելը և ապահովել առաջնային միջոցառումների ձեռնարկումը, իրականացնել տուժած բնակչության բժշկական սպասարկումը, տարահանման ժամանակ ապահովել տարահանվող բնակչության ուղեկցումը և բուժսպասարկումը միջանկյալ ու տարահանման վերջնակետերում բուժսպասարկումը, իրականացնել հսկողություն խմելու ջրի նկատմամբ և այլն:^{107,108}

5.1.2. Առաջնորդությունը և կառավարումը առողջության հարմարվողականության համատեքստում

Տարբեր ոլորտների շահագրգիռ կողմերի առանցքային տեղեկատուների հետ որակական հարցազրույցները ցույց տվեցին, որ նախկինում ՀՀ կառավարությունը կլիմայի փոփոխության նկատմամբ առողջության հարմարվողականության միջոցառումները չի դիտարկել որպես առաջնահերթություն: Դրա վկայությունն է կլիմայի նկատմամբ զգայուն առողջապահական ռիսկերի լուծմանն ուղղված նպատակային քաղաքականության և ռազմավարության բացակայությունը: Չնայած վերը նշված քաղաքականությունները անդրադառնում են կլիմայի նկատմամբ զգայուն առողջապահական ռիսկերին, այնուամենայնիվ դրանք ուղղակիորեն կապված չեն կլիմայի փոփոխության հետ: Ավելին, հարցազրույցներից պարզվել է, որ ներկայումս Հայաստանում հատուկ ուշադրության չեն արժանանում առողջության հարմարվողականությանն ուղղված միջոցառումները. *«Ոչ, ցավոք, այդ ուղղությամբ ոչ մի նպատակային բան չի արվում, թիրախավորված գործողություններ չեն ձեռնարկվում: Մենք պարզապես կատարում ենք մեր ամենօրյա աշխատանքը՝ քարտեզագրում, մոնիթորինգ, մուտքագրում ենք վարակիչ հիվանդությունների տարածվածությունը, հարուցիչների, փոխանցողների, բնական պահոցների այդ բոլոր առումներով, բայց հարմարեցման որևէ միջոցառում չի իրականացվում:»* [Փորձագետ 9]: Իրականում, հարցազրույցների ընթացքում փորձագետներն ավելի հակված էին կլիմայի փոփոխության ազդեցությունները քննարկելու ավելի լայն բնապահպանական,

քան առողջապահական համատեքստում: Դրա հնարավոր բացատրությունն այն է, որ հարմարվողականության առողջապահական միջոցառումները որպես այդպիսին բացակայում են:

Միջազգային կազմակերպությունների համատեղ ջանքերի շնորհիվ ուսումնասիրվել են որոշակի խմբերի շրջանում կլիմայի փոփոխության՝ առողջության վրա ազդեցությունները, այնուամենայնիվ, պետական հատվածը որպես առաջնահերթություն չի սահմանել երկրում նման գործողությունները: Հիմնական տեղեկատուները կարծիք էին հայտնում, որ Կառավարության 2018-ի փոփոխությունների արդյունքում կլիմայի փոփոխության առողջության վրա ազդեցությունները կարող են առողջապահության ոլորտում առաջնահերթություն դառնալու ներուժ ունենալ:

Շրջակա միջավայրի նախարարությունը ներկայացնող փորձագետներից մեկը խոսեց Հայաստանի կառավարության կողմից կլիմայի փոփոխության և դրա ընդհանուր ազդեցության ուսումնասիրման շուրջ հետաքրքրության մեծացման մասին: Ըստ նրա, ձևավորվում է Շրջակա միջավայրի նախարարության կազմում առանձին վարչություն, որը պարտավորությունների և հանձնառության շրջանակում է Ազգային հարմարվողականության ծրագրի և ազգային մակարդակով սահմանված ներդրումների մշակումը, ինչը վկայում է քաղաքական կամքի մեծացման մասին: Փորձագետները նշում էին նաև, որ առողջապահության ոլորտը գերակա վեց ոլորտներից մեկն է: Այնուամենայնիվ, այս բոլոր գործողությունները նախատեսվում է իրականացնել ՄԱԿ-ի Զարգացման ծրագրի կողմից ֆինանսավորվող ծրագրի շրջանակներում՝ առանց ՀՀ կառավարության կողմից որևէ ֆինանսական ներդրման. *«Իմ կարծիքով, այս խնդիրը [կլիմայի փոփոխությանը ազգային հարմարվողականությունը] իսկապես շատ կարևոր է... Այն միշտ կարևոր խնդիր է եղել, բայց կառավարությունը կարծես թե դրան պատշաճ ուշադրություն չէր դարձնում: Այժմ ստեղծվել է առանձին վարչություն, որն ավելի լրջորեն կգրադվի այդ խնդրով:»* [Փորձագետ 4]:

5.2. Առողջապահության ոլորտի աշխատողներ

Հայաստանում բժշկական կրթությունն իրականացվում է 6 հաստատությունների՝ մեկ պետական համալսարանի և 5 մասնավոր համալսարանների միջոցով: Միակ պետական հավատարմագրում ունեցող բժշկական բարձրագույն ուսումնական հաստատությունը, որն ապահովում է բակալավրիատի և հետբուհական բժշկական կրթություն՝ Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանն է (ԵՊԲՀ): Միջին մասնագիտական առողջապահական մասնագիտությունների գծով, ինչպիսիք են բուժքույրական և մանկաբարձական կրթությունը, ուսուցումն իրականացվում է 20 կրթական հաստատությունների՝ 12 պետական և 8 մասնավոր կրթական կառույցների միջոցով:¹⁰⁹

Անկախացումից ի վեր, Հայաստանի առողջապահական համակարգում աշխատանքային հարաբերությունները պայմանագրային բնույթ ունեն:⁴² 2017-ին բժիշկների ընդհանուր թիվը՝ ներառյալ բոլոր մասնագիտական ուղղությունները՝ այդ թվում ատամնաբույժների, կազմել է 12 964 (43,6/10 000 բնակչության հաշվով), իսկ միջին և կրտսեր բուժաշխատողների ընդհանուր թիվը՝ 76 796 (56,5/10 000 բնակչության հաշվով):

Հայաստանի առողջապահական համակարգի հիմնական խնդիրներից մեկը մասնագետների անհավասար բաշխումն է մայրաքաղաք Երևանի և մարզերի միջև: 2019թ. Հայաստանում 10 000 բնակչի հաշվով բժիշկների թիվը 47,2 էր: Մայրաքաղաք Երևանում բժիշկների թիվը 10 000 բնակչի հաշվարկով զգալիորեն ավելի մեծ էր (93,8՝ 10 000 բնակչի հաշվարկով)՝ համեմատած այլ մարզերի հետ. Արմավիրի մարզում 15,7՝ 10 000 բնակչի հաշվարկով, իսկ Շիրակի մարզում՝ 25,0՝ 10 000 բնակչի հաշվարկով: Բաշխման համանման միտումներ են գրանցվել 2019թ. նաև կրտսեր բուժաշխատողների վերաբերյալ:³⁵ Մարզերում սոցիալական կենսապահովման վատ պայմանները և ցածր վարձատրությունը խոչընդոտներ են ստեղծում մարզեր բժշկական մասնագետներ ներգրավելու հարցում, ինչը, իր հերթին, հանգեցնում է որակյալ առողջապահական ծառայությունների սահմանափակ հասանելիության, որի արդյունքում մարզերի բնակիչները

ստիպված են բուժօգնություն ստանալ մայրաքաղաքում և կրել լրացուցիչ ֆինանսական բեռ:

Վերջին տարիներին գրանցվել են նաև առողջապահության ոլորտի մասնագետների՝ հանրապետությունից արտագաղթի բարձր ցուցանիշներ: Նման մասնագետների արտագաղթը մասամբ պայմանավորված է առողջապահության ոլորտի մասնագետների համար եվրոպական որոշ երկրներում աշխատավարձերի բարձր մակարդակով:⁴²

ԱՀԿ-ի շրջանակն առաջարկում է, որ համարժեք կրթություն ստացած և մասնագիտացած *առողջապահական աշխատուժը* ունակ է ապահովել առողջապահական համակարգերի համար ավելի հզոր տեխնիկական, մասնագիտական, կազմակերպչական և ինստիտուցիոնալ կարողություններ: Նրանք պետք է կարողանան բարձրացնել կլիմայի փոփոխության և առողջության միջև առկա փոխկապակցվածության վերաբերյալ մասնագիտական լսարանի և հասարակության շրջանում իրազեկվածության մակարդակը:²⁶

Հիմնական տեղեկատուների հետ խորացված հարցազրույցի արդյունքում պարզվեց, որ չկա կլիմայի փոփոխության և առողջության հետ կապված խնդիրների վերաբերյալ առողջապահական ոլորտի աշխատողների կարողությունների զարգացման կոնկրետ նպատակային մոտեցում: Նրանց խոսքով, թեև առողջապահական աշխատուժը ունի ընդհանուր առմամբ առողջապահական խնդիրների լուծման համար համարժեք պատրաստվածություն, սակայն նրանց հմտությունները անբավարար են այդ առողջապահական խնդիրների և կլիմայի փոփոխության կապը բացահայտելու համար. *«Բհարկե, շատերը դժգոհ են մեր առաջնային բուժօգնության օղակից, բայց ինձ թվում է, որ բժիշկները ճանաչում են հիվանդությունները և հիվանդներին ուղեգրում ավելի խորացված հետազոտությունների, սակայն նրանք հիվանդությունները չեն կապում կլիմայի փոփոխության հետ... Որևէ տեղ ֆիքսված չէ, որ այդ [հիվանդությունները] կապված են [կլիմայի փոփոխության հետ]: Այլ կերպ ասած, նրանք նույնիսկ տեղյակ չեն, թե որ հիվանդություններն են զգայուն կլիմայի առումով: Նախ գիտելիքների պակաս*

կա, իրազեկման պակաս կա ինչպես մասնագետների, այնպես էլ բնակչության շրջանում:» [Փորձագետ 9]: Մեկ այլ փորձագետ հայտնեց, որ ԵՊԲՀ-ի ուսումնական ծրագրում երկու-երեք օր է հատկացված բժշկական ուսանողների շրջանում կլիմայի փոփոխության և առողջության մասին թեմային, սակայն թեմայի համապարփակ լուսաբանում չի իրականացվում «*Դասավանդման ընթացքում մենք երկու-երեք օր ենք հատկացնում կլիմայի, Հայաստանի կլիմայական առանձնահատկություններին, մասամբ անդրադառնում ենք կլիմայի գլոբալ փոփոխությանը, մարդու օրգանիզմի դիմադրողականության բարձրացմանը:*» [Փորձագետ 13]: Փորձագետները խոսեցին շարունակական բժշկական կրթության համակարգի մասին, այնուամենայնիվ, փորձագետներից ոչ մեկը չնշեց նպատակային կրթական ծրագրեր կամ դասընթացներ կլիմայի փոփոխության և առողջության վերաբերյալ: Առաջարկվեց գաղափար՝ կանխարգելման և հիվանդությունների վերահսկման ոլորտում ապացուցահեն արդի տեխնիկայի և մեթոդաբանության տեսանկյունից առողջապահության ոլորտի մասնագետների կարողությունների բարձրացման վերաբերյալ, որը կարող է իրականացվել տարբեր կազմակերպությունների հետ համագործակցության միջոցով. «*Մարդիկ [մասնագետները] պետք է իմանան, թե իրենց ինչ սարքավորումներ են պետք, ինչ մեթոդաբանություն պետք է օգտագործեն, ինչպես անել այդ ամենը... այդ կարողությունները մեր երկրում այս պահին դեռ բացակայում են:*» [Փորձագետ 6], «*Ինչ վերաբերում է նոր մեթոդաբանությանը, ապա կարծում եմ, որ անհրաժեշտ է... նոր մեթոդաբանություններ հետազոտ կիրառման համար [կլիմայի փոփոխության ոլորտում հետազոտությունների համար], գուցե այլ նոր մեխանիզմների ներդրման կարիք կա, համագործակցությունն այս ուղղությամբ շատ ցանկալի կլինի... Աշխարհը շատ արագ է զարգանում և միշտ ավելացնելու բան լինում է:*» [Փորձագետ 15]:

Այնուամենայնիվ, որոշ փորձագետներ դժվարացան միանշանակ կարծիք հայտնել կլիմայի փոփոխության և առողջության համատեքստում առողջապահական աշխատուժի հատկությունների հարցում: Փորձագետի կարծիքով, անհրաժեշտ կլինի անցկացնել գնահատումներ՝ առողջության աշխատուժի տարբեր խմբերի

անհրաժեշտ գիտելիքներն ու հմտությունները կլիմայի փոփոխության համատեքստում օբյեկտիվորեն գնահատելու համար. «Գիտեք, այդ ամենը կա: Բայց դրանք [աշխատուժի հմտությունները] պետք է գնահատվեն կլիմայի փոփոխության համատեքստում: Պետք է առանձին գնահատվի. եթե մենք ուզում ենք գլոբալ ինչ-որ բան սկսել կլիմայի փոփոխության ուղղությամբ, ապա դա [գնահատումը] պետք է արվի առանձին: Մենք ունակություններ ունենք, բայց դրանք ինտեգրելու համար պետք է նստենք և աշխատենք: Սա կարող է լինել գիտական հետազոտության պես մի բան, որը կարող է հետաքրքրել շատերին:» [Փորձագետ 10]:

5.3. Ծառայությունների մատուցում

5.3.1. Ծառայություններից օգտվելու վերաբերյալ ընդհանուր տեղեկություններ

Խորհրդային Միության փլուզումից հետո առողջապահական ծառայություններից օգտվելու ցուցանիշները նվազել են, հատկապես ԱԱՊ հաստատություններ այցելությունների տեսանկյունից: 1990-ին մեկ անձի համար ԱԱՊ այցելությունների միջին հաճախականությունը 7,8 էր, մինչդեռ 2001-ին՝ 1,8: Բուժօժանությունների հասանելիությունը բարելավելու և ԱԱՊ ծառայությունները կատարելագործելու ուղղությամբ տարիների ընթացքում ԱՆ գործադրած ջանքերի շնորհիվ այս թիվը աճել է՝ 2017թ.-ին հասնելով 4,1-ի: Այս ցուցանիշը շարունակում է մնալ ցածր՝ համեմատ Եվրոպայում միջին տարեկան ցուցանիշի. 7,5՝ մեկ անձի հաշվարկով:¹⁰⁹

Նման միտում է նկատվում նաև ստացիոնար բուժօգնության միջին ցուցանիշի պարագայում. 1990թ. ստացիոնար բուժօգնություն ստացողների միջին թիվը 100 բնակչի հաշվով կազմել է 13,1, այնուհետև նվազել է մինչև 4,9 / 100 բնակչի հաշվով և 2017 թվականին վերադարձել է 13,3/100 բնակչի հաշվով ցուցանիշի մակարդակին: Եվրոպական միջին ցուցանիշը կազմում է 17,8 / 100 բնակչի հաշվով:¹⁰⁹

Առողջապահական ծառայություններից գոհ բնակչության տեսակարար կշիռն աճել է 2008-2017թթ. ընթացքում՝ դժգոհ բնակչության համամասնության նվազման հաշվին:⁴¹ Այնուամենայնիվ, առողջապահական ծառայություններից գոհունակության բարձր ցուցանիշը, ըստ լայն քննարկումների և հիմնավորումների՝ պայմանավորված է առողջապահության ոլորտի նկատմամբ

բնակչության ցածր սպասելիքներով:^{42,110} 2017թ. առողջապահական ծառայություններից դժգոհ բնակչության մասնաբաժինը կազմել է 23,7% ` 2008 թվականի 29,0% -ի համեմատ:⁴¹

5.3.2. Կլիմայական առումով իրազեկ ծառայությունների մատուցումը

Անվտանգ և որակյալ *առողջապահական ծառայությունների մատուցումը* պետք է հիմնված լինի առկա ծրագրերի վրա՝ միևնույն ժամանակ հաշվի առնելով կլիմայի փոփոխության հետևանքով առողջության համար կոնկրետ ռիսկերը և ապահովելով պատշաճ արձագանք ծայրահեղ եղանակային իրադարձությունների պայմաններում:²⁶

Կլիմայի փոփոխության հետևանքով առողջության ռիսկերին կոնկրետ անդրադարձող ծրագրերի ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ հիմնականում առավել կարևորվում են վեկտորով փոխանցվող հիվանդությունները՝ կլիմայի հանդեպ զգայուն առողջության այլ ճանաչված խնդիրների հետ համեմատ: Փաստորեն, մասնագետները որպես առողջության հարմարվողականության միջոցառում չեն դիտարկել այն ծրագրերը, որոնք թիրախավորված են կոնկրետ ՄԱՀ-ների, ուղեղանոթային և շնչառական հիվանդությունների և կլիմայազգայուն այլ ոչ վարակիչ հիվանդությունների ուղղությամբ:

ՀՎԿԿ- ն միակ կենտրոնն է, որը զբաղվում է վեկտորներով փոխանցվող հիվանդությունների վերահսկմամբ և կառավարմամբ: Իրականացվում է վեկտորների և վեկտորներով փոխանցվող վարակիչ հիվանդությունների կանոնավոր մշտադիտարկում և շարունակական աշխատանք է տարվում մշտադիտարկման ենթակա վեկտորների շրջանակը ընդլայնելու և նոր տեսակների ներգրավելու ուղղությամբ: Այդ նպատակով նրանք մեծացրել են լաբորատոր կարողությունները և անձնակազմի վերապատրաստում են կատարել, ինչը, փորձագետի կարծիքով, թույլ է տվել բարելավել վաղ հայտնաբերման և ախտորոշման կարողությունները. «Միայն ՀՎԿԿ- ն է իրականացնում վեկտորների մշտական, պարբերական մոնիթորինգ,որի շրջանակն անընդհատ ընդլայնվում է:

Միննույն ժամանակ, ՀՎԿԿ- ն մշտապես մշտադիտարկում և վերլուծում է տվյալները հիվանդության դեպքերի համեմատությամբ... ՀՎԿԿ- ն ընդլայնել է լաբորատոր հզորությունները, ինչը թույլ է տվել հայտնաբերել ավելի շատ հիվանդություններ և հարուցիչներ՝ լինի վեկտորով թե այլ... Հսկայական աշխատանք է կատարվել, ՀՎԿԿ լաբորատորիան ամբողջությամբ վերազինվել է, մասնագետներ են վերապատրաստվել...» [Փորձագետ 15]: Մեկ այլ փորձագետ բացատրեց, որ չնայած վեկտորների մշտադիտարկմանը շատ ավելի մեծ ուշադրություն է դարձվել, սակայն դրանց տարածումը կանխելու և վերահսկելու համար նպատակային լուծումների առումով շատ բան չի արվել. «Ինչ վերաբերում է վեկտորներով փոխանցվող հիվանդություններին, ես ասացի, որ մենք ֆիքսում ենք խնդիրները, առայժմ, այսինքն՝ մենք դիտարկում ենք վեկտորները՝ դրանց աշխարհագրական տարածագոտիները, տեսակային կազմը, որը անընդհատ փոխվում է: Այնուամենայնիվ, նպատակային լուծումներ չեն տրվում:» [Փորձագետ 9]:

Արտակարգ իրավիճակների արձագանքման ազգային ծրագրերին համապատասխան, ՀՎԿԿ- ն ապահովում է պատրաստվածություն և երաշխավորում է արտակարգ իրավիճակների արագ արձագանքում՝ սերտորեն համագործակցելով այլ ոլորտների հետ: ՀՎԿԿ-ն ունի արագ արձագանքման թիմեր (որոնք նաև վերապատրաստումներ են անցկացնում) և ուղեցույցներ արտակարգ իրավիճակների կանխարգելիչ միջոցառումներ ձեռնարկելու համար. «ՀՎԿԿ-ը ունենալով իր կանոնադրության մեջ ամրագրված պատրաստվածության ապահովում, նաև արտակարգ իրավիճակների ժամանակ օպերատիվ համագործակցում և աշխատում է [այլ պատասխանատու մարմինների հետ], ապահովելով արագ արձագանք: ՀՎԿԿ- ն մասնավորապես աշխատում է կենսաբանական գործոնների հետ, քանի որ քիմիական գործոնների հայտնաբերումը հիմնականում Արտակարգ իրավիճակների նախարարության պարտականությունն է, բայց դրա առողջության վրա ազդեցությունները և կանխարգելիչ միջոցառումները սովորաբար իրականացվում են ՀՎԿԿ թիմի հետ սերտ համագործակցությամբ: Այսպիսով, նման իրավիճակներում [արտակարգ

իրավիճակներում] ՀՎԿԿ-ն արձագանքում և աշխատում է, կանխարգելիչ միջոցառումներ է իրականացնում, ունի դրա համար պատրաստված թիմ, ունի մասնագետներ, նրանք նաև այդ ուղղությամբ վերապատրաստումներ են անցկացնում, կան որոշակի ուղեցույցներ, վարժանքներ... աշխատանքն այդ ուղղությամբ արդեն կատարվում է: Արտակարգ իրավիճակները միշտ չէ, որ պատահում են, բայց ՀՎԿԿ-ն պատրաստվածությունը անընդհատ պահում է բարձր մակարդակի վրա:» [Փորձագետ 15]: Փորձագետները նաև ընդգծեցին, որ հատկապես COVID-19 բռնկումից հետո առողջապահական համակարգը համապատասխան փորձ ձեռք բերեց և ավելի պատրաստ կլինի հետագա, ներառյալ կլիմայի փոփոխության հետևանքներով պայմանավորված, հնարավոր արտակարգ իրավիճակներին. «Այս COVID-19-ից հետո մենք փորձ ձեռք բերեցինք առողջապահական հաստատությունների վերապրոֆիլավորման առումով, և փորձը ցույց տվեց, որ հնարավոր է առողջապահական համակարգը կազմակերպել այնպես, որ արագ արձագանքն ապահովվի: Ինձ թվում է, որ այս առումով խնդիր չի լինի, եթե անհրաժեշտություն լինի, մենք կկարողանանք արագ արձագանք կազմակերպել յուրաքանչյուր մարզում և համայնքում:» [Փորձագետ 9]: Ակնկալվող ծայրահեղ եղանակային իրադարձությունների դեպքում, ինչպիսիք են ծայրաստիճան շոգը կամ ծայրաստիճան ցուրտը, ՀՎԿԿ-ն իրականացնում է կանխարգելիչ միջոցառումներ լայն հասարակության համար՝ առողջապահական իրազեկման միջոցով. «Տարիներ շարունակ ոչինչ չի արվել եղանակային ծայրահեղ պայմանների ուղղությամբ, բայց վերջին տարիներին մենք ակտիվ աշխատում ենք: Կանխատեսումը բարելավվել է: Մենք նախկինում երկարաժամկետ կանխատեսում չունեինք, նախապես չգիտեինք, որ ջերմային ալիք կունենանք, բայց հիմա, երբ ունենում ենք, միշտ նախօրոք պատրաստում ենք բնակչությանը, իրականացնում ենք քարոզչություն, դա անում էինք նաև սպասվող ծայրահեղ ցրտի դեպքում:» [Փորձագետ 15]:

Փորձագետներից մեկը նկարագրել է ՀՎԿԿ-ի դերը ջրի և սննդի միջոցով փոխանցվող վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և վերահսկման գործում: Լաբորատորիայի ուժեղացված հզորությունը թույլ է տալիս հայտնաբերել

և վերահսկել հարուցիչների ավելի լայն շրջանակ: Ջրի կամ սննդի միջոցով փոխանցվող հիվանդությունների բռնկումների դեպքում ՀՎԿԿ- ն ապահովում է վաղ հայտնաբերում և արձագանքում. *«Մենք իրականացնում ենք հիվանդությունների համաճարակաբանական դիտարկում, դրա համար ընդլայնվել է լաբորատոր հզորությունը, ավելացրել հայտնաբերվող հարուցիչների քանակը: Բռնկումների հայտնաբերումը և արագ արձագանքումը, այդ թվում՝ ջրով և սննդով պայմանավորված աղիքային բռնկումների հետ կապված աշխատանքը ամբողջությամբ ՀՎԿԿ պատասխանատվության տակ է:»* [Փորձագետ 15]: Փորձագետները նշեցին կլինայական զգայուն պայմաններին առնչվող կանխարգելիչ ծրագրերի մասին, ներառյալ տարբեր իմունականխարգելիչ միջոցառումները, անհրաժեշտության դեպքում ախտահանման գործողությունները, կրծողների և այլ վնասատուների դեմ պայքարը, և կարևորեցին այս առումով պատրաստվածության բարձր մակարդակը:

Մասնագետները ընդգծեցին ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման կարևորության մեծացման անհրաժեշտությունը: Թեև գործնականում ՀՎԿԿ- ն այս հարցում փոքր դեր ունի, սակայն նրանք պատրաստել են առողջ ապրելակերպի ուղեցույց՝ օժանդակելու սիրտ-անոթային հիվանդությունների կանխարգելմանը. *«Որպես ՄԱՀ-երի կանխարգելման կարևոր միջոց, մենք մշակել և ներդրել ենք առողջության առաջնային պահպանման ուղեցույց՝ առողջ ապրելակերպի վերաբերյալ:»* [Փորձագետ 15]:

5.4. Առողջապահական ենթակառուցվածքներ

Հայաստանում առողջապահական ծառայություններ մատուցվում են պետական և մասնավոր բուժհաստատությունների միջոցով: Ընդհանուր առմամբ, Հայաստանում գործում է 494 ԱԱՊ պոլիկլինիկա, որից 355-ը պետական, 120-ը՝ մասնավոր, և 19 այլ կազմակերպություններ:³⁵ Ընդհանուր առմամբ, առկա է 125 ստացիոնար բուժհաստատություն, որից 79-ը պետական, 39 մասնավոր և 7 այլ կազմակերպություններ: Աղյուսակ 2-ում ներկայացված է ԱԱՊ հաստատությունների և հիվանդանոցների բաշխումն ըստ մարզերի:³⁵

Փորձագետներից մեկի կարծիքով, առողջապահական ենթակառուցվածքները շարունակաբար ամրապնդվում և բարելավվում են: Բոլոր առողջապահական հաստատությունները, ներառյալ հիվանդանոցները և առողջության առաջնային պահպանման հաստատությունները, բարելավվել և արդիականացվել են պետական և դրամաշնորհային ֆինանսավորմամբ: COVID-19 համավարակով պայմանավորված՝ բոլոր մարզերում ամրապնդվել են առողջապահական ենթակառուցվածքները, բացվել են նոր հիվանդանոցներ, բարելավվել են շտապօգնության և վերակենդանացման ծառայությունները. «*Ինչպես գիտեք, վերջին տարիներին առողջապահական համակարգը անընդհատ կատարելագործել է իր ենթակառուցվածքները, հիվանդանոցները, ամբուլատոր բուժօգնությունները, որոնք իրականացվել են հասցվել միջազգային ֆինանսավորմամբ և պետական բյուջեից ստացված միջոցներով: Այլ կերպ ասած, դա մի համակարգ է, որի ենթակառուցվածքը անընդհատ կատարելագործվում է, արդիականացվում, ստեղծվում են հնարավորություններ, որպեսզի նրանք կարողանան դա անել [համապատասխան ծառայություններ մատուցել]: Վերջին օրինակը կապված է կորոնավիրուսի հետ. Բոլոր մարզերում ամրապնդվել է առողջապահական համակարգը: Կլինիկաներ են բացվել COVID-19 համատեքստում, ուժեղացվել են վերակենդանացման բաժանմունքները, բարելավվել են ենթակառուցվածքներն ու շտապօգնության ծառայությունը: ...Ջրամատակարարման խնդիրներն են լուծվում են [առողջապահական] հաստատություններում» [Փորձագետ 15]:*

5.5.Ռիսկերի ինտեգրված մշտադիտարկում և վաղ նախազգուշացում

Գործում են վաղ նախազգուշացման համակարգեր, որոնք նպատակ ունեն ծանուցել հիմնական շահագրգիռ կողմերին, այդ թվում՝ ԱՆ, եղանակային վտանգավոր երևույթների մասին. այս գործառույթն իրականացնում է Շրջակա միջավայրի նախարարության Հիդրոոդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոնը: Այդ իրադարձությունների վերաբերյալ նախազգուշացումները ոչ միայն տրվում են եղանակի կանխատեսման հետ միաժամանակ, այլ նաև կարճ տեքստային հաղորդագրությունների միջոցով՝ նախազգուշացումներով: Այն

դեպքում, երբ իրադարձությունն արդեն տեղի է ունեցել, և չի կանխատեսվել, ծառայությունը տեղեկատվություն է մշակում դրա ինտենսիվության, ուղղությունների և հետագա զարգացումների վերաբերյալ: Միննույն ժամանակ, մի քանի վտանգավոր օդերևութաբանական երևույթների կանխատեսման դեպքում, նախազգուշացման տեքստում նշվում է դրանցից յուրաքանչյուրի անվանումը, առաջացման ժամանակահատվածը և զարգացման առանձնահատկությունները: Երբեմն սովյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ կանխատեսված վտանգավոր օդերևութաբանական երևույթը կարող է առաջանալ սպասվածից ուշ կամ շուտ: Այս իրավիճակներում կարող է կատարվել նախազգուշական դադար կամ չեղարկում:¹¹¹

Վտանգավոր օդերևութաբանական երևույթների նախազգուշացման տեքստը պարունակում է 1) նախազգուշացման հերթական համարը տարեսկզբից, 2) սպասվող իրադարձության ամսաթիվը, իրադարձության ժամանակը և տևողությունը, 3) դեպքի վայրը և իրադարձության տարածման ուղղությունները, և 4) իրադարձության անվանումը և առավելագույն ուժգնությունը:¹¹¹

Նախազգուշացնող հաղորդագրությունները ուղարկվում են հեռախոսի և/կամ ինտերնետի միջոցով, հիմնականում տեքստային ձևով, համաձայն կառավարության հաստատած կանոնակարգերի: Վտանգավոր իրադարձությունների վերաբերյալ տեղեկատվության տրամադրումը բարելավելու համար հիդրոօդերևութաբանական ծառայության կայքի գլխավոր էջում ստեղծվել է կարմիր «Ուշադրություն» պատուհան, որտեղ տեղադրվում է նախազգուշացում սպասվող վտանգավոր իրադարձության մասին: Հիդրոօդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոնը, օգտագործելով նոր տեխնոլոգիաներ, նախատեսում է ստեղծել վտանգավոր իրադարձությունների նախազգուշացման քարտեզային տարբերակ, որտեղ յուրաքանչյուր վտանգավոր իրադարձության մասին տեղեկատվությունը կարող է տրվել դեպքի վայրի հատուկ ցուցումով և դեպքի ինտենսիվությանը համապատասխան գույնով: Խորհրդատվություն կտրվի նաև իրադարձության ազդեցության նվազեցման ուղղությամբ ձեռնարկվող համապատասխան միջոցառումների վերաբերյալ:¹¹¹

Ծայրահեղ իրադարձությունների ազդեցությունը նվազեցնելու համար գործում է Կլիմայի դիտանցման համակարգ. սա մեխանիզմ է, որի միջոցով պատրաստվում է սպասվող կլիմայական անոմալիաների մասին անհրաժեշտ տեղեկատվությունը և փոխանցվում հիմնական շահագրգիռ կողմերին: Այս մեխանիզմի նպատակն է տեղեկատվություն տրամադրել ներկայումս օրական, ամսական և սեզոնային եղանակով տեղի ունեցող զգալի կլիմայական շեղումների վերաբերյալ: Տեղեկատվությունը հասցեագրված է որոշակի շահագրգիռ կողմերի, որպեսզի նրանք և որոշումներ կայացնողները կարողանան վաղ գործողություններ ձեռնարկել այդ երևույթներից սպասվող վնասը նվազեցնելու համար:¹¹¹

ԱՆ-ն պատասխանատու է հնարավոր անբարենպաստ եղանակային պայմանների վերաբերյալ բնակչության վաղ նախազգուշացման համար, ինչպես օրինակ՝ ծայրահեղ շոգի և ջերմային ալիքների վերաբերյալ: Դա իրականացվում է զանգվածային լրատվամիջոցների և սոցիալական ցանցերի բոլոր հնարավոր ուղիներով: Նախազգուշացումները ներառում են տեղեկություններ եղանակային իրադարձությունների՝ առողջության համար ունեցած հնարավոր ռիսկերի մասին և ներկայացնում է, թե ինչ միջոցներ պետք է ձեռնարկվեն բնակչության կողմից՝ առողջության համար անբարենպաստ ազդեցությունից պաշտպանվելու համար: Վերջին տարիներին նման նախազգուշացումների թիվը գրեթե կրկնապատկվել է:³⁸

Առողջապահության ոլորտի առանցքային տեղեկատուների հետ հարցազրույցները հաստատեցին վաղ նախազգուշացումների նկարագրված փորձառությունը. *«Սովորաբար յուրաքանչյուր ամռան սկզբին մենք բնակչությանը մամլո հաղորդագրություններ կամ նախազգուշացում ենք անում այն մասին, թե ինչ պետք է անեն, որպեսզի ծայրահեղ ջերմությունը չազդի նրանց վրա: Մենք տրամադրում ենք տեղեկատվություն այն մասին, թե ինչպես պաշտպանվել վարակիչ հիվանդություններից: Բհարկե, կան նման հայտարարություններ, մամուլի հաղորդագրություններ, էլույթներ, մենք նախազգուշացնում ենք ընդհանուր:»* [Փորձագետ 9]: Ռիսկերի մոնիթորինգ և վաղ նախազգուշացումներ նույնպես կատարվում են վարակիչ հիվանդությունների ռիսկի մեծացման դեպքում: Փորձագետը նկարագրեց մալարիայի մեկ դեպք՝ որպես Հայաստանում ռիսկերի

համապատասխան մոնիթորինգի և վաղ նախազգուշացման օրինակ. «Օրինակ՝ մեկ տարի մենք ունեցանք մալարիայի դեպք, որը Արարատյան դաշտում էր, որտեղ ունենք մեծ քանակությամբ մոծակներ, հատկապես մալարիա փոխանցող մոծակներ: Մենք այդ տարածքում կատարեցինք լրացուցիչ միջատաբանական հետազոտություն, այնուհետև միջատասպան աշխատանքներ, ինչպես նաև համայնքի բժշկական անձնակազմի հետ աշխատեցինք համակարգի զգայունությունը բարձրացնելու ուղղությամբ: Այլ կերպ ասած, եթե կան ջերմոդ մարդիկ, նրանք անպայման պետք է դիտարկեն նաև մալարիայի տարբերակը, ուղարկեն նրանց համապատասխան հետազոտությունների: Այսպիսով, մենք աշխատում ենք առողջապահության ոլորտի աշխատողների հետ... Բացի այդ, աշխատանք է տարվել բնակչության հետ, որպեսզի նրանք իմանան, թե ինչպես կանխել մոծակների չափազանց տարածումը իրենց տարածքում և ջերմություն ունենալիս այցելեն բժշկի:» [Փորձագետ 9]:

5.6. Անհրաժեշտ բժշկական պարագաներ և տեխնոլոգիաներ

Հայաստանում առաջնային դեղերի ցանկի սահմանումը և հաստատումը կատարվում է ԱՆ պատվերով: Հայաստանում առաջնային դեղերի ցանկը հիմնված է ԱՀԿ հիմնական դեղերի մոդելային ցանկերի վրա և առաջին անգամ ներդրվել է 2000 թվականին:^{112,113} ԱՆ-ն մշտապես իրականացրել է որոշ տեսակի դեղերի կենտրոնացած գնումներ առաջնային դեղերի ցանկից, մասնավորապես՝ ամբուլատոր հաստատություններում գրանցված քաղաքացիների համար և սահմանել է պայմանները, որոնց առկայության դեպքում դեղերը տրամադրվում են պետության կողմից: Սոցիալական խմբերը և պայմանների ցանկը, որոնց դեպքում այդ դեղերը ամբողջությամբ կամ մասամբ գնվում են ԱՆ-ի կողմից, ներկայացված են ՀՀ կառավարության N 642-Ն որոշման մեջ:¹¹⁴

Առողջության խթանման և իմունականիսարգելման ծրագրերը ԱՆ գործառույթի շրջանակում են, և ԱՆ-ն հանդիսանում է պատվաստանյութերի միակ պետական գնորդը: Հայաստանը ունի 2016-2020թթ. իմունականիսարգելման բազմամյա ծրագիր: Պատվաստման միասնական ժամանակացույցը հաստատվել է և

իրականացվում է ԱՄՊ մատակարարների կողմից ամբողջ հանրապետության ամբուլատոր հաստատություններում:⁸⁷ Իմունականիսարգելման ծրագիրը մեծ հաջողություն է ունեցել, ընդ որում ծածկույթի մակարդակը հասել է 95% -ի: Հայաստանը 1996 թվականից հռչակվել է պոլիոմիելիտից զերծ երկիր, իսկ 2001 թվականից ի վեր արձանագրվել են փայտացում, կարմրուկ և դիֆթերիա հիվանդությունների ընդամենը մի քանի դեպքեր:^{87 115}

Փորձագետի կարծիքով, բժշկական պրոդուկտների և տեխնոլոգիաների տեսանկյունից Հայաստանի առողջապահական համակարգը պատշաճ կերպով պատրաստված է կլիմայի փոփոխության հետևանքները հաղթահարելու համար: Դրա լավ օրինակը վեկտորներով փոխանցվող հիվանդությունների վերաբերյալ ներկայիս միջազգային ծրագրերն են. «Իհարկե, կան [առաջնային անհրաժեշտության բժշկական ապրանքներ և տեխնոլոգիաներ]: Մենք ունենք վեկտորներով փոխանցվող հիվանդությունների միջազգային մակարդակի ծրագրեր: Մենք երկար տարիներ աշխատում ենք Միացյալ Նահանգների և Եվրամիության հետ: Մենք արդեն մի քանի տարի մասնակցում ենք միջազգային ծրագրերի... Կախված մեր ուզածից կամ կարիքից, գուցե գնահատման կարիք լինի [կլիմայի փոփոխության համատեքստում], մենք պետք է համակարգային մտածենք»: [Փորձագետ 10]:

5.7. Առողջության բնապահպանական գործոնների կառավարում և առողջապահական մարմինների հետ հաղորդակցություն

ՀՀ Շրջակա միջավայրի նախարարության «Հիդրոոդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոն» ՊՈԱԿ-ը պատասխանատու է շրջակա միջավայրի առողջության համար որոշիչ հանդիսացող այնպիսի էկոլոգիական գործոնների մշտադիտարկման համար, ինչպիսիք են օդի որակը, ջրի որակը և թափոնների մշտադիտարկումը: Մթնոլորտային օդի մոնիթորինգի կենտրոնը բաղկացած է 16 հիմնական ստացիոնար ակտիվ նմուշառման և ավտոմատացված դիտակետերից, որոնք ամեն օր իրականացնում են մշտադիտարկում և 211 շարժական պասիվ նմուշառման դիտակետերից, որոնց միջոցով մշտադիտարկում է իրականացվում շաբաթական կտրվածքով: Կազմակերպությունն իրականացնում է օդի հիմնական

աղտոտիչների՝ ծծմբի երկօքսիդի, ազոտի օքսիդների, ածխածնի օքսիդի, փոշու և վերգետնյա օզոնային շերտի, ծծմբի երկօքսիդի և ազոտի երկօքսիդի մշտադիտարկում: Օդի որակի գնահատումն իրականացվում է ՀՀ կառավարության N160-Ն որոշման համաձայն (2006թ.):¹¹⁶ Օդի որակի կառավարումը ներառում է օդի աղտոտման տարբեր աղբյուրների վերահսկում, ինչպիսիք են արդյունաբերական արտանետումները, տրանսպորտը, գյուղատնտեսական և կենցաղային բաց թափոնները, ինչպես նաև կենսազանգվածի բաց այրումը, և կարգավորվում են համապատասխան քաղաքականությամբ:¹¹⁷

Ըստ ՀՎԿԿ ներկայացուցչի, օդի որակի կառավարումը առողջապահական ոլորտից դուրս, այլ ոլորտների պարտականությունն է, մինչդեռ իրենց կազմակերպության հիմնական դերը՝ օդի որակի վերաբերյալ հասանելի տվյալների վերլուծությունն է՝ կլիմայի նկատմամբ զգայուն առողջության արդյունքների հետ համեմատությամբ: Այնուամենայնիվ, վերլուծության այս տեսակը միշտ չէ, որ պատշաճ կերպով է իրականացվում՝ Հիդրոօդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոն ՊՈԱԿ-ի կողմից հավաքագրված մոնիթորինգի վերաբերյալ ամբողջական տվյալների բացակայության պատճառով. *«Մենք ունենք օդի աղտոտվածության խնդիր. այնուամենայնիվ, հետազոտության խնդիրը բաց է՝ հաշվի առնելով մոնիթորինգի տվյալների որակը, ինչը շատ կարևոր է այս առումով: Առողջության վերաբերյալ մեր տվյալներն ընդգրկում են Հայաստանի ամբողջ տարածքը, բոլոր բնակավայրերում մենք նրանց հետ աշխատելու հնարավորություն ունենք: Ցավոք, [բնապահական] մոնիթորինգի տվյալները միշտ չէ, որ այդպիսին են, դրանք սահմանափակ են, մենք չունենք օդի աղտոտման մոնիթորինգի զրոքալ համակարգ, որը կարող է օդում հայտնաբերել փոքր մասնիկներ (PM10 կամ PM2.5 մասնիկներ):»* [Փորձագետ 15]: Հետևաբար, ՀՎԿԿ-ն չունի օդի որակի վերաբերյալ տվյալների ամբողջ շարքը՝ կլիմայի նկատմամբ զգայուն առողջության հետևանքների համեմատության մեջ վերլուծության համար:

Նմանապես, Հիդրոօդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոնը տրամադրում է մակերեսային և ստորերկրյա ջրերի որակի մշտադիտարկման տվյալներ: Մակերևութային ջրի որակը նկարագրվում է մինչև 45 ֆիզիկաքիմիական

ցուցանիշների միջոցով՝ տարեկան 5-12 անգամ պարբերականությամբ: Ջրի որակի գնահատման նկատմամբ վերահսկողությունն իրականացվում է համաձայն ՀՀ կառավարության N75-N որոշման (2011թ.): Ստորերկրյա քաղցրահամ ջրերի մոնիթորինգի դիտացանցում ընդգրկված են Հանրապետության 6 ջրավազանային կառավարման տարածքի (Հյուսիսային, Ախուրյան, Հրազդան, Սևան, Արարատյան, Հարավային) 100 ստորերկրյա ջրաղբյուր, ինչը ներառում է 25 շատրվանող հորատանցք, 32 չշատրվանող հորատանցք և 43 բնաղբյուր: Կենտրոնն իրականացնում է ջրի ծավալի, մակարդակի (ճնշման) և ջերմաստիճանի մշտադիտարկում ամսական 6 անգամ: Բացի այդ, տարեկան 2 անգամ կատարվում է նաև ստորերկրյա ջրերի որակի մշտադիտարկում 40 ջրաղբյուրում, որոնցից յուրաքանչյուրում որոշվում է շուրջ 40 ինդիկատորային ցուցանիշ (հիմնական անիոններ և կատիոններ, մետաղներ, աղային ռեժիմի տարրեր):^{118,119}

Բացի այդ, իր ուժեղացված լաբորատոր ցանցի միջոցով ՀՎԿԿ-ն համաճարակաբանական դիտարկումներ է անցկացնում հարուցիչների վերահսկման նպատակով: Դրանց հետևում են կանխարգելիչ և վերահսկողական միջոցառումները. *«Մենք իրականացնում ենք հիվանդությունների համաճարակաբանական դիտարկում, ընդլայնել ենք լաբորատոր բազան, ավելացրել ենք հարուցիչների քանակը, որոնք կարող ենք հայտնաբերել: Բռնկումների հայտնաբերումը և արագ արձագանքումը, այդ թվում՝ ջրով և սննդով պայմանավորված աղիքային բռնկումների հետ կապված աշխատանքը ամբողջությամբ մեր պատասխանատվության տակ են:»* [Փորձագետ 15]:

Թափոնների կառավարումը ՀՀ կառավարության կարևորագույն առաջնահերթություններից է և «Հայաստանի մինչև 2050թ. վերափոխման ռազմավարության» ռազմավարական զարգացման շրջանակներում այն սահմանված է որպես գերակա խնդիրներից մեկը:¹²⁰ Ներկայումս թափոնների կառավարումը Հայաստանում իրականացվում է մի քանի ուղղություններով, այդ թվում՝ պլաստիկ տոպրակների, բժշկական և արդյունաբերական թափոնների գոյացման կանխարգելում և կրճատում, վերամշակված արտադրանքի վերաօգտագործում՝ նորոգման կամ ուղղակի

օգտագործման միջոցով. պլաստմասսայի, թղթի և սովարաթղթի, ապակու, կապարի մարտկոցների և մեքենայի կմախքների վերամշակում. վերականգնվող էներգիա (թափոնից էներգիա), քաղաքային կոշտ թափոնների տարանջատված և տեսակավորված հավաքում՝ հետագա վերամշակման համար. հավաքում, տեղափոխում և հեռացում: Առ այսօր գործող ազգային ռազմավարությունը ամբողջությամբ չի իրականացվել՝ ֆինանսական և վարչական ռեսուրսների բացակայության պատճառով:¹²⁰

Հիմնական տեղեկատուները բացատրեցին, որ թափոնների կուտակման հետ կապված ցանկացած տեսակի բռնկումների ռիսկի դեպքում համայնքային ծառայությունների և տեղական ինքնակառավարման մարմինների հետ համատեղ նրանք հետահայաց միջոցներ են ձեռնարկում խնդրի լուծման և վեկտորների տարածումը կանխելու համար. *«Թափոնների հետ կապված կարող եմ ասել, որ այդ օրգանական աղտոտվածությունը նպաստում է լեշմանիոզի տարածմանը (լեշմանիոզ փոխանցող մլակները ձվադրում են հենց այդ աղբի կուտակումներում), և եթե որևէ համայնքում, որևէ տարածքում մենք դեպք [լեշմանիոզի] ենք ունենում, անպայման աշխատում ենք կոմունալ ծառայությունների, տեղական ինքնակառավարման մարմինների հետ, որպեսզի այդ կուտակումները բացառենք և չունենանք այդ մլակների համար տարածման պայմաններ: Բայց դա նախապես չի արվում [կանխարգելման համար], մենք դա անում ենք դեպքի արձանագրումից հետո՝ որպես հակահամաճարակային միջոցառում:»* [Փորձագետ 9]:

Մանրային անապահովությունն ու թերսնուցումը ազդում են Հայաստանի բնակչության 15%-ի վրա, ովքեր չունեն բավարար սննդի հասանելիություն կամ մատչելիություն իրենց ամենօրյա կարիքները բավարարելու համար: Հայաստանում գյուղական բնակավայրերում ապրող մարդիկ և աղքատության շեմին գտնվող անձինք կրում են սննդամթերքի անապահովության ամենաբարձր բեռը: Ամենաբարձր տեսակարար կշիռ ունեցող որոշ տեսակի սննդամթերքներ՝ խոզի միս, թռչնամիս, բուսական յուղ, լոբազգիներ, ցորեն, ներմուծվում են, այդպիսով մեծացնելով կախվածությունը արտակարգ իրավիճակների պայմաններում: Մանրային սովորությունները, որտեղ գերակշռում են աղը, թխած

կերակուրները և կարտոֆիլը, իսկ մրգերի և բանջարեղենի օգտագործումը բավարար չէ, կարող են բացասաբար ազդել սննդային անվտանգության հետ կապված իրավիճակի վրա: Սննդային անվտանգության ինդեքսը չի բարելավվել 2010-ից 2017թթ. ընթացքում:¹²¹

Սննդամթերքի անվտանգության տեսչությունը վերահսկում է սննդի, անասնաբուժական և սանիտարական ծառայությունների որակը սանիտարահիգիենիկ ստանդարտներով և ՀՀ ԱՆ կողմից հաստատված ուղեցույցներով կարգավորվող մանրէաբանական, ֆիզիկաքիմիական ցուցանիշների հիման վրա. *«Սննդամթերքի անվտանգության տեսչությունը կլիմայի փոփոխության ջանքերում որևէ դեր չունի. մենք ունենք հստակ օրենսդրություն, որտեղ սահմանված են սննդամթերքի անվտանգության նորմատիվները, ինչպիսիք են մանրէաբանական, ինչպես նաև ֆիզիկաքիմիական ցուցանիշները, և դրանք կապված չեն կլիմայի փոփոխության հետ: Մենք չունենք որևէ իրավական մեխանիզմ կլիմայի փոփոխության վերաբերյալ՝ որևէ հետազոտություն կատարելու համար:»* [Փորձագետ 8]: Սննդամթերքի անվտանգության տեսչության հետ պաշտոնական համագործակցության շրջանակներում գոյություն ունի առողջության հետ կապված տեղեկատվության փոխանակման մեխանիզմ (օրինակ՝ յոդի պարունակությունը աղում, թունավորումներ):

5.8. Հաղորդակցության մեխանիզմներ առողջապահական ոլորտում

ԱՆ կողմից համակարգվում է տարբեր ոլորտների հետ առողջապահական հաղորդակցությունը՝ բարձրացնելու հասարակության լայն զանգվածների իրազեկվածությունը հանրային առողջության հիմնական խնդիրների վերաբերյալ: Հասարակության շրջանում առողջապահական հաղորդագրությունների տարածման նպատակով օգտագործվում են տարբեր կապուղիներ, ինչպիսիք են զանգվածային լրատվամիջոցները, տեսանյութերը, սոցիալական հարթակները և բջջային կապի միջոցները: Այդ հաղորդագրությունների բովանդակությունը

մշակվում է ԱՆ մասնագիտական առողջապահական համայնքի, մասնավորապես ՀՎԿԿ-ի և Առողջապահության ազգային ինստիտուտի (ԱԱԻ) կողմից:¹²²

Առողջապահական հանրային իրազեկման մեխանիզմները ԱՆ կողմից դիտարկվում են որպես առանցքային գործիք: Նախարարությունն ունի հասարակայնության հետ կապերի բաժին, նախարարի մամուլի քարտուղար և լրատվամիջոցների գծով օգնական: Առողջապահական իրազեկումն արդյունավետ կազմակերպելու համար այս անձնակազմն օգտագործում է առողջապահական հաղորդակցության տարբեր գործիքներ, ինչպիսիք են ռիսկերի վերաբերյալ հաղորդակցությունը, բժշկական լրագրությունը, լրատվամիջոցներով քարոզչությունը և սոցիալական մարքեթինգը:¹²²

Գրեթե բոլոր փորձագետների կողմից մատնանշվել է հասարակության իրազեկվածության ցածր մակարդակը ու թերահավատությունը կլիմայի փոփոխության հիմնախնդրի և առողջության վրա դրա հնարավոր ազդեցության վերաբերյալ: Առողջապահության ոլորտի փորձագետները հաստատում են, որ ԱՆ-ն օգտագործում է տարբեր կապուղիներ և հավաստիացրեցին, որ դրանք կարող են արդյունավետ օգտագործվել նաև կլիմայի փոփոխության համատեքստում. «ԱՆ-ն ունի բոլոր լծակները առողջապահական հաղորդակցությունն ապահովելու համար: Այն մշակել է և՛ գործիքներ, և՛ մեխանիզմներ, և եթե կլիմայի փոփոխության հետ կապված որևէ հաղորդակցության կարիք լինի, ԱՆ-ն դա կանի: Դա արվել է նախկինում՝ անհրաժեշտության դեպքում, դա արվում է նաև այսօր:» [Փորձագետ 10]: Բացի այդ, որոշ փորձագետներ առաջարկում էին կլիմայի փոփոխության մասին իրազեկումը և կրթությունը սկսել մանկական տարիքից՝ սկսած դպրոցներից, ինչը կարող է նաև օգնել բարձրացնել նրանց սոցիալական պատասխանատվությունը շրջակա միջավայրի պաշտպանության հարցում:

ԱՆ-ն ձեռնարկում է ռիսկերի հաղորդակցության ուղղությամբ գործողություններ՝ հասցեագրված բնակչության ընդհանուր և հատուկ (բռնկումների դեպքում) խմբերին, նպատակ ունենալով բարձրացնել իրազեկվածությունը և կանխել հնարավոր անբարենպաստ արդյունքները: ՀՎԿԿ-ի ներկայացուցիչները

նկարագրել են իրենց գործողությունները, որոնք ուղղված են տեղական համայնքների տեղեկացվածության բարելավմանը առողջության տարբեր ռիսկերի վերաբերյալ: Օրինակ, որոշակի տարածաշրջանում որոշակի տեսակի վեկտորի տարածման դեպքում ՀՎԿԿ-ն տեղական բնակչությանը սովորեցնում է, թե ինչպես պաշտպանվել և կանխել հիվանդության տարածումը. *«Օրինակ, եթե մալարիայի վտանգ կա, բժշկական անձնակազմը և հասարակությունը տեղեկացված են, որպեսզի բոլորը իմանան, որ եթե ջերմություն ունենան, անմիջապես պետք է դիմեն բժշկի և փորձեն կանխել իրենց տարածքում մոծակների տարածումը:»* [Փորձագետ 9]: Առողջապահական հաղորդակցության նմանատիպ հաղորդագրությունները ուղարկվում են սեզոնային փոփոխություններից և կլիմայական իրադարձություններից առաջ՝ հանրությանը նախապատրաստելու ջրային կամ սննդային հավանական բռնկումների և ջերմային ալիքների վերաբերյալ. *«Սովորաբար նախքան ամառվա սկիզբը մենք բնակչությանը դիմում ենք մամուլի հաղորդագրություններով, դիմումներով, նախազգուշացումներով՝ իրազեկելով շոգից և վարակիչ հիվանդություններից պաշտպանվելու համար անհրաժեշտ միջոցառումների մասին:»* [Փորձագետ 9]:

Հարցազրույցների արդյունքում չեն բացահայտվել հասարակությանն ուղղված առողջապահական հաղորդակցման կոնկրետ թիրախային միջոցառումներ, մասնավորապես, առողջապահական հաղորդագրություններ կլիմայի փոփոխության, հասարակության լայն զանգվածների և խոցելի խմբերի համար դրանց առողջական ռիսկերի մասին: Այնուամենայնիվ, ՀՎԿԿ- ի կողմից կլիմայի ծայրահեղ դեպքերի (օրինակ՝ ջերմային ալիքների) առողջության վրա ազդեցության վերաբերյալ արդեն իսկ իրականացված ընդհանուր առողջապահական հաղորդակցությունը և հաղորդակցումը կարող են անուղղակիորեն նպաստել կլիմայի փոփոխության նկատմամբ առողջության դիմակայունությանը հասարակության լայն շրջաններում:

Առանցքային տեղեկատուների հետ հարցազրույցների ընթացքում առողջապահական համակարգի շրջանակներում առողջության վերաբերյալ հաղորդակցության գործողություններ չեն բացահայտվել: Ընդհանուր առմամբ, ԱՆ

ներսում, և հասարակության լայն շրջանակների հետ կոնկրետ կլիմայի փոփոխության վերաբերյալ առողջապահական հաղորդակցության պակաս կա: Հետևաբար, էական անհրաժեշտություն կա բարձրացնել կլիմայի փոփոխության և առողջության միջև կապը տարբեր թիրախային լսարանների շրջանում, ներառյալ՝ քաղաքականություն մշակողների, առողջապահական ոլորտի աշխատողների, հետազոտողների, լրատվամիջոցների, ՀԿ-ների և առողջությունը պայմանավորող այլ ոլորտների համար:

5.9. Առողջապահության ոլորտի ֆինանսական ռեսուրսներ

Բուժօգնության ոլորտին պետական հատկացումների շատ ցածր մակարդակը շարունակում է մնալ Հայաստանի առողջապահության համակարգի հիմնական մարտահրավերներից մեկը. 2018-ին այն կազմում էր առողջապահական ընդհանուր ծախսերի 13,1%:¹²³ Մյուս կողմից, ԱՆ-ի մասնավոր ծախսերը կազմել են նույն տարվա առողջապահական ընդհանուր ծախսերի 86,2%: Ֆինանսական ռիսկերի պաշտպանությունը Հայաստանի առողջապահական համակարգում շարունակում է մնալ թույլ, և այն չունի բավարար ռեսուրսներ՝ հաղթահարելու վարակիչ և ոչ վարակիչ հիվանդությունների աճող բեռը:

Ընդհանուր հարկման միջոցով առաջացած հանրային ռեսուրսները ՀՀ կառավարությունն օգտագործում է ամբողջ բնակչության համար ՀԾՓ-ի ներքո մի շարք ծառայություններ ֆինանսավորելու համար, ինչպիսիք են առաջնային բուժօգնությունը, շտապ օգնությունը, տուբերկուլոզի և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի բուժումը, ինչպես նաև մոր/մանկան առողջությունը: ՀԾՓ-ն նաև սահմանում է բժշկական ծառայությունների ցանկ բնակչության որոշակի խմբերի համար, որոնց համար ստացիոնար ծառայություններից շատերը մատուցվում են պետպատվերի շրջանակում, որոշ բացառություններով: Այդ խմբերի օրինակներից են հաշմանդամություն ունեցող անձինք, 0-18 տարեկան երեխաները, զինվորականները և նրանց ընտանիքի անդամները և այլն: 2018-2020 թվականների ընթացքում զգալիորեն ընդլայնվել է ՀԾՆ-ից օգտվելու իրավունք ունեցող բնակչության շրջանակը և ներառված ծառայությունները. ՀԾՆ-ում ներառված

ծառայությունների փաթեթն այժմ ներառում է ախտորոշման համար թանկարժեք տեխնոլոգիաների օգտագործում, բոլոր տեսակի ուռուցքաբանական վիրահատությունները, ուռուցքաբանական հիվանդների ռենտգենաբանական ծառայությունների մեծ մասը, վերակենդանացման բաժանմունքներում անհետաձգելի բուժօգնությունը, COVID-19 հարակից բոլոր ծառայությունները. փոխվել են նաև օգտվելու իրավունքի չափանիշները՝ ծածկույթում ընդգրկելով ավելի մեծ թվով սոցիալապես անապահով բնակչության խմբերի: Ընդհանուր առմամբ, սահմանված են բնակչության 19 խմբեր, ովքեր ունեն ՀԾՓ ծածկույթից օգտվելու իրավունք:¹²⁴ ԱՆ-ն նաև ավելացրել է նշված ծառայությունների համար բյուջեի հատկացումները և ներդրել է ոչ ֆորմալ վճարումները վերացնելու մեխանիզմներ, օրինակ՝ ARMED էլեկտրոնային առողջապահական համակարգի միջոցով յուրաքանչյուր հաստատության մակարդակում պետական բյուջեի օգտագործման հաշվետվությունը:¹²⁴

Առողջապահական համակարգի արդյունավետ գործունեությունն ապահովելու համար անհրաժեշտ է համարժեք *ֆինանսավորում*: Ավելին, կլինայի նկատմամբ զգայուն առողջապահական ռիսկերը վերահսկելու համար, առողջապահական համակարգի համար պետք է նախատեսվեն լրացուցիչ ֆինանսական միջոցներ և նպատակային հատկացումներ: Ըստ ԱՀԿ-ի՝ երկրները պետք է գնահատում իրականացնեն՝ մատչելի ֆինանսական աղբյուրները, ֆինանսական բացերը և հնարավորությունները բացահայտելու համար:²⁶

Ինչ վերաբերում է կլինայի փոփոխության նկատմամբ առողջության հարմարվողականության միջոցառումների ֆինանսավորմանը, գրեթե բոլոր փորձագետները համամիտ էին, որ Հայաստանի կառավարությունը դեռևս չի սահմանել ֆինանսական ռեսուրսների տեղաբաշխման առումով առաջնահերթ գործողությունները: Փորձագետները բացատրեցին, որ ներկայումս Հայաստանում այդ ուղղությամբ գործողությունները հնարավոր է եղել իրականացնել միայն միջազգային դոնոր կազմակերպությունների կողմից հատկացված միջոցների հաշվին: Որոշ փորձագետներ այնուհետև մանրամասնեցին, որ նախորդ կառավարությունը շահագրգռված չի եղել կլինայի փոփոխությանն ուղղված

հարմարվողականության միջոցառումներում ներդրում կատարելու համար: Նրանց համոզմամբ՝ խնդրի բավարար հիմնավորման դեպքում ներկայիս կառավարությունն ավելի պատրաստակամ կլինի ֆինանսական ռեսուրսներ հատկացնել. «Նախկին իշխանությունները չէին ցանկանում ռեսուրսներ ներդնել [կլիմայի փոփոխության հարմարվողականության միջոցառումների մեջ], նրանք ասում էին, որ գումարներ չկան: Եթե մենք կարողանանք համոզել, ցույց տալ, ապացուցել [որ կլիմայի փոփոխության հարմարվողականությունը կարևոր է], ապա հավանականությունը մեծ է, որ գործող կառավարության կողմից ռեսուրսներ կհատկացվեն:» [Փորձագետ 6]:

5.10. Միջոլորտային փոխգործակցություն առողջապահական և առողջության համար որոշիչ ոլորտներում

Նախարարությունների միջգերատեսչական, միջազգային կազմակերպությունների և այլ շահագրգիռ կողմերի միջև համագործակցությունը առանցքային կարևորություն ունի հանրային առողջության պաշտպանության և պահպանման գործում համակարգված և արդյունավետ ջանքերի ապահովման առումով, քանի որ շատ ոլորտներ, ինչպիսիք են շրջակա միջավայրը, կրթությունը, գյուղատնտեսությունը, իրավապահ մարմինները, տնտեսությունը, առնչություն ունեն հանրային առողջության հիմնախնդիրների հետ: Միայն այս բոլոր ոլորտների արդյունավետ համագործակցությունը կարող է շոշափելի արդյունքների հանգեցնել, ինչը հնարավոր չէ միայն ԱՆ ջանքերով: Հայաստանում 2010թ. իրականացված հանրային առողջապահական ծառայությունների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ չնայած ՀՀ կառավարության և միջազգային կազմակերպությունների միջև առողջապահական ծրագրերի հետ կապված սերտ համագործակցությանը, այնուամենայնիվ թույլ էր նախարարությունների և պետական մարմինների, ինչպես նաև քաղաքացիական հատվածի միջև համագործակցությունը:¹²⁵

Հայաստանի ԱՆ կողմից իրականացված առաջնային առողջապահական գործողությունների վերաբերյալ վերջերս՝ 2018թ. կատարված ինքնազննահատումը ցույց է տալիս, որ հանրային առողջության համար միջոլորտային որոշումների կայացումը ՀՀ կառավարությունը ճանաչում է որպես բնակչության առողջության

բարելավման բաղկացուցիչ մաս, այնուամենայնիվ, փորձը ցույց է տալիս, որ միջոլորտային որոշումների կայացումը և համագործակցությունը դժվար իրագործելի են: Կառավարության կառուցվածքն ու մեխանիզմները ապահովում են բավարար հիմքեր միջոլորտային պլանավորման և քաղաքականության մշակման համար. դրա օրինակն է՝ Նախարարական սոցիալական կոմիտեն: Առողջապահության պետական քաղաքականության մի շարք փաստաթղթերում ակնհայտ է միջոլորտային որոշումների կայացման համապարփակ մոտեցման հանձնառությունը, սակայն իրականում համագործակցության մեխանիզմները, որոնք պաշտոնապես առկա են, առավել հաճախ գործնականում չեն կիրառվում: Ոլորտների միջև խիստ սահմանազատումները և առողջապահության ոլորտը որպես զուտ ԱՆ պատասխանատվության ներքո դիտարկելը խոչընդոտում են համագործակցությանը և առողջությունը չի դիտարկվում որպես կարևորագույն նշանակության հավաքական նպատակ:¹²²

Տարբեր կառավարական մարմիններ (օրինակ՝ Շրջակա միջավայրի նախարարություն, Առողջապահության և աշխատանքի տեսչական մարմին, Սննդամթերքի անվտանգության տեսչություն) և միջազգային կազմակերպություններ (օրինակ՝ ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ը, Հայկական կարմիր խաչի ընկերություն), ինչպես նաև ԱՆ սուբյեկտներ (ՀՎԿԿ և ԱԱԻ) ներգրավված են կառավարման, վերահսկողության և առողջության ռիսկերի, ներառյալ կլիմայի փոփոխության հետ կապված ռիսկերի կանխարգելման տարբեր բնագավառներում: Այնուամենայնիվ, նշվել է, որ միջոլորտային համագործակցության բնույթն ու մակարդակը տարբեր են, և երբեմն՝ սահմանափակ:

Պետական կազմակերպությունները ներկայացնող փորձագետները նկարագրել են իրենց առօրյա գործունեությունը և կլիմայի նկատմամբ զգայուն առողջության ռիսկերին անդրառնալու մեթոդները: Օրինակ՝ Շրջակա միջավայրի նախարարության փորձագետները մատնանշեցին առողջապահության ոլորտի հետ համագործակցության տարբեր ուղղություններ՝ կլիմայի փոփոխության առողջության հետևանքների կապակցությամբ: Հիդրոոդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոնի փորձագետի կարծիքով, վաղ նախազգուշացման

նպատակով կլիմայի և շրջակա միջավայրի հետ կապված տվյալների գեներացումը և հրապարակումը առողջապահության ոլորտի հետ համագործակցության հիմնական միջոցներից մեկն է: Կլիմայի քաղաքականության վարչության մասնագետը նշեց ԱՆ հետ գործադրվող համատեղ ջանքերը կլիմային առնչվող քաղաքականության մշակման ուղղությամբ: Ըստ առանցքային տեղեկատուի հաղորդման ՀՎԿԿ-ն չի իրականացնում առողջության հարմարվողականության միջոցառումներ, այլ իրենք պարզապես իրականացնում են առօրյա գործունեություն, մասնավորապես՝ ռիսկերի քարտեզագրում, համաճարակաբանական հսկողություն, բռնկումների կառավարում և խոցելի բնակչության իրազեկության մակարդակի բարձրացում, առանց հատուկ նշելու/հղում կատարելու կլիմայի փոփոխությանը. *«Ոչ, ցավոք, այդ ուղղությամբ որևէ նպատակային միջոցներ չեն ձեռնարկվում... թիրախային գործողություններ չեն իրականացվում: ՀՎԿԿ-ն պարզապես կատարում է ամենօրյա ընթացիկ գործողություններ...»* [Փորձագետ 9]: Այս գործունեության շրջանակներում ՀՎԿԿ-ն և նրա մասնաճյուղերը համագործակցում են տարբեր ոլորտների հետ, ներառյալ տեղական ինքնակառավարման մարմինները, կոմունալ ծառայությունները, անասնաբուժական ծառայությունները և այլն. *«Մենք համագործակցում ենք տարբեր նախարարությունների, տեղական ինքնակառավարման մարմինների, Շրջակա միջավայրի նախարարության, քաղաքաշինության կոմիտեի, նախկին գյուղատնտեսության նախարարության, էկոնոմիկայի նախարարության, անասնաբույժների հետ, նրանք մեր անմիջական գործընկերներն են, ուստի մենք մշտական կապի մեջ են նրանց հետ: Բնականաբար, մենք սերտորեն համագործակցում ենք Արտակարգ իրավիճակների նախարարության հետ տարբեր ուղղություններով, ունենք համատեղ օպերատիվ և ոչ օպերատիվ կապ... անգամ այս COVID-19- ի ընթացքում աշխատել ենք նրանց հետ: Մենք միշտ ունենում ենք կառուցողական միջգերատեսչական համագործակցություն:»* [Փորձագետ 15]: Չնայած, ԱԱԻ-ն իրականացնում է բնակչության հիվանդացությունը և մահացությունը ուսումնասիրելու և վերլուծելու ուղղությամբ հետազոտական աշխատանքներ, հիմնական տեղեկատուներն այնուամենայնիվ նշեցին ԱԱԻ-ում

կլիմայի փոփոխության հետ կապված գործառույթների և պարտականությունների բացակայության մասին. *«ԱԱԻ-ն կլիմայի փոփոխության հետ կապված որևէ ուղղակի գործառույթ չունի, այն դուրս է ԱԱԻ գործառույթներից [լիազորություններից]: Իհարկե, ԱԱԻ-ն պատրաստել է տարբեր զեկույցներ, փորձել հետազոտել բնակչության առողջության ցուցանիշները՝ հիվանդացություն, տարբեր հիվանդություններից մահացությունը, նաև մարզային մակարդակում...»* [Փորձագետ 14]:

Առողջապահության և աշխատանքի տեսչությունը պատասխանատու է աշխատանքի անվտանգության և աշխատանքի առողջության տեսանկյունից տարբեր տնտեսվարող սուբյեկտների գործունեության վերահսկողության իրականացման համար: Ըստ փորձագետի, կլիմայական պայմանները, որոնք ձևավորվում են կլիմայի փոփոխության արդյունքում, ինչպես նաև աշխատանքի անվտանգության և աշխատանքի առողջության վրա ազդեցության մասին անդրադարձ է արված նաև սանիտարական նորմերում. *«Մեր գործիքները սանիտարական նորմեր են, որոնցով մենք վերահսկում ենք տարբեր տնտեսվարող սուբյեկտների գործունեությունը... Մենք կանխում ենք այն ամենը, ինչը կարող է ազդել մարդու առողջության վրա աշխատանքային գործընթացում: Օրինակ՝ ջերմային ալիքների ընթացքում դրսում աշխատող աշխատողների համար սահմանվում են աշխատանքային ժամային սահմանափակումներ:»* [Փորձագետ 5]:

Փորձագետը շեշտեց Սննդամթերքի անվտանգության տեսչությունում կլիմայի փոփոխության հետ կապված որևէ մեխանիզմի կամ պրակտիկայի բացակայությունը, այնուամենայնիվ, նա նաև ընդգծեց ԱՆ հետ սերտ համագործակցությունը. *«Տեսչությունը համագործակցում է նրանց հետ [ԱՆ] մարդու և կենդանիների սննդի անվտանգության ոլորտում, թունաքիմիկատների օգտագործման և թունավորումների գծով, բայց ինչ վերաբերում է կլիմայի փոփոխությանը, ես ոչ մի տեղեկություն չունեմ»:* [Փորձագետ 8]: Մարդու և կենդանիների սննդի անվտանգության, թունավորումների և թունաքիմիկատների օգտագործման հարցերում համագործակցում են երկու կազմակերպություններ : Համագործակցության մակարդակը ԱՆ-ի հետ կարող է բարելավվել,

մասնավորապես՝ առաջարկվում է այն ավելի զարգացնել տեղեկատվության փոխանակման, համատեղ միջոցառումների և տեխնիկական փաստաթղթերում և սանիտարական ստանդարտների գծով ԱՆ-ի ավելի մեծ ներգրավվածության միջոցով. *«Մենդամթերքի անվտանգության տեսչության և ԱՆ-ի միջև կան համագործակցության մեխանիզմներ, բայց դրանք շատ արդյունավետ չեն, նույնը բոլոր կառավարական մարմինների միջև է, և այս առումով իրավիճակի բարելավման համար մեզ անհրաժեշտ են բարեփոխումներ: Մենք պետք է ավելի օբյեկտիվ աշխատենք միասին, ունենանք տեղեկատվության փոխանակում, միջոցառումներ կազմակերպենք, և պետք է ԱՆ ներգրավենք տեխնիկական կանոնների մշակման մեջ, ինչպիսիք են մարդու առողջության վրա քիմիական նյութերի թույլատրելի մակարդակները:»* [Փորձագետ 8]:

Ուսուցման և հետազոտական կարողություն ունեցող կրթական հաստատությունները ներկայացնող փորձագետները ընդգծում էին երկրում կրթական և հետազոտության օրակարգում կլիմայի փոփոխության թեման խթանելու առումով առողջապահության ոլորտի հետ համագործակցության բացակայությունը. *«Գիտեմ, որ կան ծրագրեր, աշխատանքներ տարվում են, բայց համագործակցություն տեղի չի ունեցել: Համագործակցություն կա միայն հիդրոօդերևութաբանական ծառայության հետ:»* [Փորձագետ 13]:

Համեմատած պետական հասվածի հետ՝ միջազգային կազմակերպությունների դերը շատ ավելի շոշափելի է և միտված է կլիմայի փոփոխությանը: Ըստ փորձագետների, միջազգային կազմակերպությունների կողմից իրականացվող ծրագրային գործողությունները կենտրոնանում են կլիմայի փոփոխության առողջության վրա ազդեցության կոնկրետ բնագավառների վրա, որոնք համապատասխանում են կազմակերպության առաքելություններին: Օրինակ, ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ը կլիմայի փոփոխության և առողջության հետ կապված հարցերին մոտենում է երեխաների՝ առողջ միջավայրում ապրելու իրավունքի համատեքստում. *«Որպես կազմակերպություն՝ ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի առաքելությունն է՝ համոզվել, որ երեխաների տարբեր իրավունքները պաշտպանված են և աջակցել կառավարությանը այդ իրավունքների պաշտպանության հարցում: ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ը*

դիտարկում է երեխայի առողջ միջավայրում ապրելու իրավունքը:» [Փորձագետ 6]: Մյուս կողմից, Հայկական Կարմիր խաչի ընկերությունը իրականացնում է գործողություններ արտակարգ իրավիճակների պատրաստվածության կարողությունների ամրապնդման համար, բայց այդ ջանքերը հատուկ չեն կենտրոնանում կլիմայի փոփոխության ուղղությամբ: Բացի այդ, փորձագետը պատմեց, որ նախկինում իրենք իրականացրել են մի քանի ծրագրեր՝ ուղղված կլիմայի փոփոխության նկատմամբ առողջության խոցելիության գնահատմանը, սակայն, նրանք չունեն կլիմայի փոփոխության և առողջության պահպանմանն ուղղված ընթացիկ ծրագրեր. *«2013 թվականից մենք մեծ ծրագրեր ենք իրականացնում [կլիմայի փոփոխության հետ կապված]: Առաջին ծրագիրը կոչվում էր «Կլիմայի Արևելյան Հարթակ»: Ընդհանուր առմամբ, ծրագրում ընդգրկվել է յոթ երկիր, և ստեղծվում էին տեղական ցանցեր: Այս համատեղ ջանքերով մենք մի քանի ուսումնասիրություններ անցկացրինք: Այդ տարիներին իրականացվում էին միջոցառումներ, որոնք հիմնականում ուղղված էին կլիմայի փոփոխության առումով առողջության խոցելիության գնահատմանը: Նաև ուշադրություն էր դարձվում առողջապահության ոլորտի օրենսդրական դաշտին: Վերջում առաջարկություններ ներկայացվեցին՝ հիմնվելով այդ գնահատման արդյունքների վրա: Դրան հաջորդեց «Կլիմայի Արևելյան Հարթակ»-ի երկրորդ փուլը, որն ավելի մեծ ծրագիր էր և նպատակ ուներ իրականացնել այս առաջարկությունները... Հիմա մենք այդ ուղղությամբ որևէ կոնկրետ գործողություն չունենք, եթե չեմ սխալվում, չունենք նման ծրագիր:» [Փորձագետ 11]:*

Գրեթե բոլոր փորձագետները կարևորեցին համագործակցությունը առողջապահության ոլորտում և դրանից դուրս՝ ինչպես կլիմայի փոփոխության հարմարվողականության միջոցառումների, այնպես էլ ընդհանուր առմամբ, և ընդգծեցին, որ ներկայումս համագործակցության մակարդակը թույլ է: Բացի այդ, փորձագետներից մեկը պարզաբանեց, որ պետական գերատեսչությունները «նախընտրում են» աշխատել ինքնուրույն՝ խստորեն հետևելով իրենց կանոնակարգերին և պարտականություններին, բայց կլիմայի փոփոխությունը բազմաբնույթ ոլորտ է, և պետական, հասարակական և գիտական

հաստատությունների միջև սերտ համագործակցությունը էական դեր ունի. «Մեր պետական կառավարման մարմինները սիրում են միայնակ աշխատել, այսինքն՝ նրանք կատարում են այն լիազորությունները, որոնք ներառված են իրենց կանոնադրություններում: Կլիմայի փոփոխությունը բազմաբնույթ, բազմաճյուղ ոլորտ է, որը պահանջում է համակարգված համագործակցություն տարբեր պետական կառույցների միջև, ինչու ոչ՝ նաև հասարակական կազմակերպությունների և այլ ոլորտների միջև:» [Փորձագետ 6]:

6. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԵՐ ԵՎ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎԱԿԱՆ ԿԱՐՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

6.1.Առողջապահական տեղեկատվություն և հետազոտական կարողություններ

Ինչպես առաջարկվում է ԱՀԿ շրջանակում, առողջապահական տեղեկատվական ուժեղ *համակարգերը* ենթադրում են յուրաքանչյուր երկրին բնորոշ առողջության ռիսկերի և խոցելի բնակչության խմբերի որոշում: Այս գնահատումներով պետք է առաջնորդվել կլիմայի փոփոխության առողջության ռիսկերի և հիվանդությունների կառավարում իրականացնելիս, ինչպես նաև առողջապահության ոլորտում տեղեկացված որոշումներ կայացնելիս: Մինևույն ժամանակ, պետք է իրականացվեն ազգային մակարդակի հետազոտություններ՝ առողջության և կլիմայի փոփոխության փոխհարաբերությունների վերաբերյալ ապացույցների շարունակական հիմունքով հավաքագրման համար:²⁶

Առողջապահական հետազոտությունները հիմնարար են տեղեկատվություն որոշումների կայացման, քաղաքականության մշակման և ծառայությունների մատուցման գործընթացում: Խորհրդային տարիներին Հայաստանը Խորհրդային Միության առավել առաջադեմ հանրապետություններից մեկն էր՝ իր հետազոտական կենտրոններով և մարդկային ռեսուրսներով: Գործում էին չորս հետազոտական կենտրոններ, որոնցում աշխատում էին գրեթե 850 հետազոտողներ և անձնակազմ: Այդ գիտահետազոտական ինստիտուտներն էին. 1) Համաճարակաբանության, վիրուսաբանության և բժշկական

մակաբուծաբանության ինստիտուտը, որը հիմնադրվել է 1923 թ., հիմնականում զբաղվել է վիրուսային, մանրէային և մակաբուծային էթիոլոգիայի վարակիչ հիվանդությունների համաճարակաբանության բնագավառներում հետազոտություններով, 2017թ. այն միացել է ՀՎԿԿ- ին. 2) Ընդհանուր հիգիենայի և մասնագիտական հիվանդությունների ինստիտուտը, որը հիմնադրվել է 1959 թ., զբաղվել է շրջակա միջավայրի և աշխատանքի անվտանգության հետ կապված հետազոտություններով, կենտրոնանալով լեռնահանքային արդյունաբերության ոլորտի վրա, 2017թ. այն միացվել է Առողջապահության ազգային ինստիտուտին 3) Շրջակա միջավայրի հիգիենայի և կանխարգելիչ թունաբանության գիտահետազոտական ինստիտուտը, որը հիմնադրվել է 1972 թ., զբաղվել է շրջակա միջավայրի հիգիենայի ստանդարտների և թունաքիմիկատների, պլաստմասսայի և պոլիմերների կարգավորման հետ կապված հետազոտություններով, ներկայումս այն վերափոխվել է ԵՊԲՀ շրջանակներում գործող լաբորատորիայի. 4) Ակուստիկայի գիտական կենտրոն, որը հիմնադրվել է 1980 թ., որը զբաղվում էր ակուստիկ էներգիայի կենսաբանական ազդեցության հետազոտությամբ և ակուստիկայի նոր չափագիտական մեթոդների մշակմամբ, 2014 թվականից հետազոտական կենտրոնը հանդիսանում է ՀՀ ԱՆ ՀՎԿԿ- ի դուստր ընկերություն: Անկախացումից հետո, հաշվի առնելով սուղ ֆինանսական պայմանները և զրկված լինելով հիմնական գործառույթներից և ռեսուրսներից, այս հետազոտական ինստիտուտներում ներկայումս աշխատում են գրեթե 93 հետազոտողներ և աշխատակիցներ. արձանագրվել է անձնակազմի թվաքանակի գրեթե 90% անկում:¹²²

Հետազոտական գործառույթներ իրականացնող հիմնական հանրային կառույցներն են ՀՎԿԿ-ն և ԱԱԻ-ն: ՀՎԿԿ-ն պատասխանատու է հիվանդությունների դինամիկայի դիտանցման, վերահսկման, հանրային առողջապահական ծրագրերի իրականացման և հանրային առողջապահական քաղաքականության, ռազմավարությունների և օրենսդրության մշակման համար:¹²² Այնուամենայնիվ, ՀՎԿԿ- ն առաջատար դիրքում չէ հասարակության առողջության

պահպանման հետազոտությունների առումով, քանի որ չունի սահմանված հետազոտման օրակարգ, և գիտահետազոտական զարգացման ծրագիր:¹²²

Փորձագետների հետ հարցազրույցների ընթացքում հաստատվեց, որ չնայած ՀՎԿԿ-ն պարբերաբար իրականացնում է հետազոտական ուսումնասիրություններ, այնուամենայնիվ հետազոտությունն այս կազմակերպության համար գերակա ոլորտ չէ. *«Իհարկե, մենք համարվում ենք ոչ թե զուտ գիտական, այլ գիտագործնական կազմակերպություն, այո, մենք իրականացնում ենք որոշակի գիտական հետազոտություններ և նաև որոշ չափով ավելի խորը վերլուծություններ, քան անհրաժեշտ է պրակտիկ աշխատանքների համար:»* [Փորձագետ 15]: Փորձագետները ընդգծում էին, որ կազմակերպությունն ունի անհրաժեշտ ռեսուրսներ պարբերաբար անհրաժեշտ հետազոտական ուսումնասիրություններ իրականացնելու համար: Այնուամենայնիվ, որոշ փորձագետներ համարում էին, որ խորը հետազոտությունների իրականացումն իրատեսական չէ տարբեր պատճառներով՝ մասնավորապես, համապատասխան ֆինանսավորման բացակայության, մարզային անձնակազմի ռեսուրսների պակասի և տարբեր իրավիճակների, օրինակ COVID-19 համաճարակի հետևանքով առաջացած մեծ ծանրաբեռնվածության պատճառով:

ՀՎԿԿ-ի հետազոտական աշխատանքները հիմնականում կենտրոնացած են տարբեր վեկտորների, վարակիչ հիվանդությունների հետազոտության և մշտադիտարկման, և ռիսկերի քարտեզագրման ուղղությամբ՝ տարբեր վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և վերահսկման նպատակով: Հարցազրույցներից որևէ մեկի ընթացքում կլիմայի փոփոխության և առողջության թեմային կոնկրետ անդրադարձող որևէ հետազոտության մասին չի նշվել կամ հիշատակվել: Ավելին, փորձագետներից մեկը նշեց, որ հետազոտական գործունեությունը չի ներառում և կոնկրետ չի թիրախավորում կլիմայի փոփոխության բաղադրիչը. *«Ոչ, մենք վերլուծության մեջ կլիմայի ուղղությամբ թիրախավորված որևէ աշխատանք չի տարվում: Ընդհանուր առմամբ, մենք տարեկան վերլուծում ենք իրավիճակը, այն տեղադրված է մեր կայքում: Մենք դրա*

[կլիմայի փոփոխության և առողջության ուսումնասիրության] *համար անգամ անհրաժեշտ գործիքներ էլ չունենք»* [Փորձագետ 9]:

Բացի այդ, բնապահպանական խնդիրների և առողջության վրա կենտրոնացած որոշ հետազոտական ուսումնասիրություններ պահանջում են լրացուցիչ կարողություններ, որոնք ներկայումս սահմանափակ են. *«Ինչ վերաբերում է շրջակա միջավայրի այլ գործոններին, այո, ինչ-որ չափով պետք է հասկանալ, որ կան հարցեր, որոնք մի քիչ ավելի բարդ են. մեր հետազոտական հնարավորություններն այս առումով սահմանափակ են, բայց մենք այնուամենայնիվ փորձում ենք ինչ-որ կերպ անդրադառնալ ամենակարևոր հարցերին»* [Փորձագետ 15]: Նշվեց, որ ՀՎԿԿ-ի շրջանակներում չկան շրջակա միջավայրի որոշիչ գործոնների և առողջության վերաբերյալ համապատասխան հետազոտական բնագավառի վերապատրաստում ստացած մասնագետներ, որոնք կարող են իրականացնել հատուկ հետազոտական աշխատանքներ բնապահպանական և կլիմայի փոփոխության խնդիրների ուղղությամբ: Ընդհանուր առմամբ, հետազոտությունն իրականացվում է համաճարակաբանների, հիգիենիստների և լաբորատորիայի մասնագետների կողմից. *«Գիտեք, մենք կլիմայի փոփոխության հետազոտության առանձին մասնագետ չունենք: Մենք ունենք մասնագետներ, որոնք զբաղվում են նաև կլիմայի փոփոխությամբ: ՀՎԿԿ-ի համաճարակաբանները, հիգիենիստները, լաբորատոր մասնագետները զբաղվում են հետազոտական գործունեությամբ, նրանք նաև գիտական հետազոտություններ են կատարում»* [Փորձագետ 10]: Այսպիսով, կլիմայի փոփոխության և առողջության վերաբերյալ հետազոտություններ իրականացնելու հնարավորությունները որոշ չափով սահմանափակ են:

Առողջապահական տեղեկատվության հաջորդ հիմնական պատասխանատու ստորաբաժանումը ԱԱԻ-ն է: Հիմնադրված 1963 թ.-ին՝ ԱԱԻ-ն, բացի Ազգային առողջապահության ազգային ինստիտուտի հիմնական գործառույթներից, իրականացնում է նաև առողջապահության ոլորտի տեղեկատվական վերլուծության կենտրոնի գործառույթ, որը պատասխանատու է առողջապահական համակարգի բոլոր ստորաբաժանումներից առողջության վերաբերյալ տվյալների

հավաքագրման համար: ԱԱԻ-ն ապահովում է նաև հետբուհական մասնագիտական կրթություն: Այն նաև առաջարկում է մեկամյա գիտահետազոտական վերապատրաստման ծրագիր բժշկական ԲՈՒՀ-ի երիտասարդ շրջանավարտների համար, ովքեր ցանկանում են զբաղվել հետազոտական գործունեությամբ:¹²⁵ Ըստ առանցքային տեղեկատուների հարցազրույցների, ԱԱԻ-ն կլիմայի փոփոխության հետ կապված որևէ գործառույթ չունի, այն դուրս է կազմակերպության լիազորության շրջանակից, և, հետևաբար, այս կապակցությամբ հետազոտական օրակարգ չկա:

Առողջության հետ կապված հետազոտական աշխատանքներ իրականացնող ևս մեկ կազմակերպություն է ԵՊԲՀ հիգիենայի և էկոլոգիայի ամբիոնը, որն ուսումնասիրություններ է կատարում կլիմայի փոփոխության և առողջության, աշխատավայրերում ծանր մետաղների, ինչպես նաև ուսանողների սնուցման հիմնախնդիրների վերաբերյալ:¹²⁶

ՀԱՀ-ի ԱԾՀԶԿ-ը կայացած, առողջապահական ծառայությունների գծով հետազոտական գործունեության ճանաչված կենտրոն է: 1995թ. -ից ի վեր ԱԾՀԶԿ-ը ներգրավված է բազմաթիվ հետազոտական աշխատանքներում՝ նպաստելով Հայաստանում հետազոտությունների և ապացույցների բազայի կատարելագործմանը:¹²⁷ Այնուամենայնիվ, նրանք երբեք չեն ուսումնասիրել կլիմայի փոփոխության՝ առողջության վրա ազդեցությունը:

ՀԱՀ Յակոբեան բնապահպանական կենտրոնը հետազոտական կենտրոն է, որն աջակցում է բնական միջավայրի պաշտպանությանն ու վերականգնմանը հետազոտությունների, կրթության և համայնքների ներգրավման միջոցով: Այս կենտրոնի կողմից իրականացվող հետազոտական ոլորտները ներառում են կենսաբազմազանությունը և պահպանությունը, բնական ռեսուրսների կայուն կառավարումը, մաքուր էներգիան և էներգաարդյունավետությունը, ինչպես նաև տեղեկատվական տեխնոլոգիաները և շրջակա միջավայրը:¹²⁸ Նրանք նաև իրականացնում են Հայաստանում թափոնների կառավարման մի քանի ծրագրեր, որոնք կլիմայի փոփոխության հետ որոշակի առնչություն ունեն:¹²⁸

Հայաստանում հասարակության առողջապահական կարևոր գործողությունների ինքնազնահատումը ցույց է տվել, որ ԱՆ-ում բացակայում է հստակ առողջապահական հետազոտությունների օրակարգ, ինչը նշանակում է, որ այն չի սահմանում գիտահետազոտական կենտրոնների և ինստիտուտների գերակայությունները:¹²² Սուղ ռեսուրսների պատճառով՝ բնակչության առողջապահությանն առնչվող հետազոտությունները այնպիսի կարևոր ոլորտներում, ինչպիսիք են ՌՎՀ-ների բեռը, առողջության սոցիալական որոշիչները, մեծամասամբ բավարար չեն առողջության բոլոր ռիսկերի մեղմման համար: Հետազոտության կարիքները բավարարելու համար ԱՆ հիմնականում համագործակցում է ՄԱԿ-ի կազմակերպությունների և միջազգային ՀԿ-ների հետ: Երկրում հետազոտությունների իրականացմանը խոչընդոտող այլ մարտահրավերներից են՝ աշխատուժի հմտությունների պակասը և հետազոտական հաստատությունների անբավարար կարողությունները:¹²² Եզրակացվեց նաև, որ հետազոտական կազմակերպությունների միջև առկա է համակարգվածության և համագործակցության պակաս, ինչը խոչընդոտում է հետազոտության զարգացմանը և երկրում հասարակության առողջության կարևոր հիմնախնդիրների քաղաքականության մշակմանն աջակցող ապացույցների ստացմանը:¹²²

6.2.Տվյալների հավաքման համակարգեր և տեղեկատվության փոխանցում

1990-ականներին՝ առողջապահական համակարգի բարեփոխումների ընթացքում Հայաստանում ներդրվեց էլեկտրոնային տեղեկատվական համակարգ, որն օգտագործվում էր հիմնականում ՊԱԳ-ի կողմից՝ հիվանդանոցների վճարման պահանջագրերը մշակելու համար: Այս տեղեկատվական համակարգը նպաստեց ֆինանսական տեղեկատվության հավաքագրման, մատակարարների վճարման, հաշվապահական հաշվառման, ինչպես նաև տվյալների ավտոմատ վերլուծության գործընթացների բարելավմանը: Համակարգը նաև ՊԱԳ-ին հնարավորություն է ընձեռում դիտազննել մատուցվող ծառայությունների ծավալները, իրականացնել ֆինանսական և գործունեության տվյալների վերլուծություն և վերահսկել տարբեր մակարդակներում մատակարարների հատկացումները:¹²⁹

Ավելի ուշ փուլում ներդրվեց բժշկական հաստատության տվյալների վերլուծության համակարգը (MIDAS) կամ առաջնային խնամքի հաստատությունների էլեկտրոնային պոլիկլինիկան, որը հնարավորություն տվեց իրականացնել հիվանդների անկետաների և այցելությունների մշտադիտարկում : Նաև մշակվել է էլեկտրոնային հիվանդանոց համակարգը՝ MIDAS-ի շրջանակներում ստացիոնար բուժօգնությունը վերահսկելու համար:

2017-ին ArMed համակարգը փոխարինեց MIDAS-ին: ArMed-ը մասնավոր հիմունքներով գործող առողջապահական տեղեկատվական համակարգ է, որը թույլ է տալիս իրական ժամանակում թարմացնել հիվանդների գրանցամատյանները առաջնային, շտապ և հիվանդանոցային բուժօգնության միասնական համակարգի միջոցով: Համակարգը ինտեգրված է բնակչության ազգային ռեգիստրի հետ՝ ինչը հնարավորություն է տալիս խուսափել հիվանդների տվյալների կրկնօրինակումից: Համակարգը ինտեգրված չէ առողջապահական համակարգի այլ տվյալների շտեմարանների հետ, ինչպիսիք են ԱԱԻ տվյալների շտեմարանը կամ ՀՎԿԿ տվյալների բազան, ինչը քաղաքականություն մշակողներին հնարավորություն կտար ծառայությունների մատուցման պլանավորման աշխատանքներում հաշվի առնել հիվանդությունների բեռը և բնակչության առողջության կարիքները:¹³⁰

Կան կառավարության որոշումներ, որոնք կարգավորում են պետական մարմինների միջև տվյալների փոխանակումը: Այդ որոշումները կարգավորում են փոխանակվող տվյալների հաճախականությունը և տեսակները: Գործում է տեղեկատվական հաղորդակցության համակարգ, որը կոչվում է Mulberry. սա համակարգչային ծրագիր է, որն օգտագործվում է Հայաստանի պետական գերատեսչությունների, այդ թվում՝ առողջապահական առողջության առումով որոշիչ ոլորտների միջև տեղեկատվական հաղորդակցության հոսքի արդյունավետ կառավարման համար: Համակարգն օգտագործվում է առողջապահության ոլորտի կողմից՝ առողջապահության համար որոշիչ հանդիսացող մի շարք պետական մարմիններից, ներառյալ Շրջակա միջավայրի նախարարության «Հիդրոոդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոն» ՊՈԱԿ-ից, անհրաժեշտ

տեղեկատվություն ստանալու համար: Տվյալների փոխանակման այս եղանակը հաստատեցին հարցազրույցներին մասնակցած փորձագետներից շատերը, ինչպես նաև Հիդրոոդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոնի փորձագետները: Հարցումների հիման վրա Հիդրոոդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոնը տրամադրում է լրացուցիչ տեղեկատվություն և տվյալներ, որոնք անհրաժեշտ են ՀՎԿԿ-ի բնականոն գործունեության համար (օրինակ՝ միջատաբանի համար), ինչպիսիք են միջին օրական ջերմաստիճանը, տեղումների վերաբերյալ տվյալները, քամու արագությունը և այլն. *«Մենք վերցնում ենք տվյալներ, որոնք կարող են ազդել մոծակների տարածվածության, դրանց գոտիների ընդլայնման վրա... Այսինքն՝ մենք վերցնում ենք այն, ինչ մեզ պետք է: Օրինակ, մենք տեղեկատվություն ենք վերցնում միջին օրական ջերմաստիճանի, օդերևութաբանական տեղումների, քամու արագության և այլնի մասին, ինչպես նաև տարածաշրջանային մակարդակում... այն, ինչ անհրաժեշտ է միջատաբաններին այդ կոնկրետ հաշվարկները կատարելու համար:»* [Փորձագետ 9]:

Բացի այդ, Հիդրոոդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոնն իր տրամադրության տակ ունի պետական և հասարակական այն կազմակերպությունների ցանկը, որոնք պարբերաբար այս կենտրոնից ստանում են կլիմայական տվյալներ: Տեղեկատվությունը տարածվում է Հայաստանի կառավարության, նախագահի աշխատակազմի և հարակից այլ մարմինների, տարածքային կառավարման մարմինների, մասնավոր կազմակերպությունների և հասարակության լայն շրջանակներում: Բոլոր պետական մարմինները ներկայումս ունեն ընդգրկուն վեբկայքեր՝ համապատասխան տվյալների հասանելիությամբ, ինչը էլ ավելի է հեշտացնում տեղեկատվության փոխանակումը. *«Մենք ունենք կառավարության մի շարք որոշումներ, որոնք կարգավորում են տվյալների տրամադրումը, թե ով ում ինչ պետք է տրամադրի: Մենք ունենք բոլոր գերատեսչությունների կայքերը, որոնք շատ բաց են, և շատ տեղեկատվություն են պարունակում, որից ևս օգտվում ենք բոլորս, իրար ավելորդ անհարմարություն չենք պատճառում, եթե ինչ որ տվյալ կա կայքում, մենք վերցնում ենք և աշխատում ենք, դա շատ հեշտացնում է բոլորիս աշխատանքը: Բացի դրանից,*

անհրաժեշտության դեպքում կարող ենք և դիմել, եթե մեզ պետք են ավելի մանրամասն տվյալներ, օրինակ՝ օրվա միջին ջերմաստիճանը, և պետք է հաշվարկեն և մեզ տրամադրեն մեկ տարվա միջինը: Նման տեղեկատվությունը կարող ենք նույնիսկ հեռախոսով ճշտել:» [Փորձագետ 15]:

Տեղեկատվության փոխանակումը ԱՆ և հասարակական կազմակերպությունների միջև իրականացվում է հանդիպումների, շնորհանդեսների և կլոր սեղան քննարկումների, ինչպես նաև Առողջապահության նախարարին կից հանրային խորհրդի կամ փորձագետների խմբի միջոցով (օրինակ՝ COVID 19-ի վերաբերյալ):

6.3.Առողջական տվյալների և տեղեկատվության հասանելիություն և մատչելիություն

ԱԱԻ-ի Տեղեկատվական վերլուծության կենտրոնը (ՏՎԿ) ծառայում է որպես ամբողջ երկրի համար փորձագիտական տվյալների աղբյուր, որն օգտագործվում է տարբեր առողջապահական ծրագրերի, քաղաքականությունների, ռազմավարությունների և օրենսդրության մշակման ընթացքում: Կենտրոնը հավաքում է տվյալներ առողջության վիճակագրության վերաբերյալ, կատարում է բնակչության առողջական վիճակի գնահատում և պատասխանատու է հիվանդությունների և ռիսկի գործոնների մշտադիտարկման, առողջության խթանման և կրթության համար: Այն ձևավորում է կանոնավոր հաշվետվություններ ԱՆ և ԱՀԿ բոլոր առողջապահական տվյալների շտեմարանների համար: ՀՀ ԱՆ տրամադրած կենտրոնի տարեկան բյուջեն սահմանափակ է, ինչը խոչընդոտում է տարբեր ուղղություններով ընդլայնված հետազոտությունների իրականացմանը:¹²² ՏՎԿ-ի կողմից պատրաստված զեկույցներն ու հրապարակումները հասանելի են կայքերի, թերթերի, ազգային և միջազգային ամսագրերի, համաժողովների միջոցով և հեշտությամբ հասանելի են բոլոր շահագրգիռ կողմերի, այդ թվում՝ քաղաքականություն մշակողների, առողջապահության ոլորտի մասնագետների, լրատվամիջոցների և Հայաստանի ընդհանուր բնակչության համար:¹²² Կենտրոնն ամեն տարի պատրաստում է այնպիսի հաշվետվություններ, ինչպիսիք են «Հայաստանի առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատումը» կամ «Առողջության և առողջապահության վիճակագրական տարեգրքը»:¹³¹ Այդ

հաշվետվությունները ներառում են նաև մահացության և հիվանդացության վերաբերյալ տվյալներ կլիմայական զգայուն հիվանդությունների վերաբերյալ, ներառյալ ԱՇՀ-եր, շնչառական հիվանդություններ, աղիքային ինֆեկցիաներ, սննդային թունավորումներ, վարակիչ հիվանդություններ և այլն: Ջեկույցները ներառում են նաև նմանատիպ տարեկան տվյալներ տարածաշրջանային և հիվանդանոցային մակարդակների համար: Տեղեկատվությունը ներկայացվում է նաև ըստ տարիքի, սեռի, մարզերի և նոգոլոգիայի: Հարցումների դեպքում կարելի է ստանալ նաև այլ տարանջատված տեղեկատվություն:

ՀՎԿԿ-ն իր կայքի միջոցով հրապարակում է տարբեր զեկույցներ կոնկրետ հիվանդությունների, ներառյալ վարակիչ հիվանդությունների, սննդային և քիմիական թունավորումների գծով համաճարակաբանական իրավիճակի վերաբերյալ: Հաշվետվությունները ներկայացվում են ամսական պարբերականությամբ և ներառում են տարանջատված տվյալներ ըստ նոգոլոգիայի և ըստ մարզերի:¹³² ՀՎԿԿ-ի ինտերնետային էջում գետեղված են նաև ամսական հաշվետվություններ վարակիչ հիվանդությունների, սննդային և քիմիական թունավորումների, ճառագայթահարման դեպքերի վերաբերյալ, որոնք ներառում են տարանջատված տվյալներ ըստ տարիքային խմբերի, գյուղական և քաղաքային բնակչության, ամիսների և տարիների:¹³³ Կայքում ներկայացված են նաև Հայաստանում վերջին տարիներին նկատված տարբեր հիվանդությունների բռնկումների քարտեզներ:¹³⁴

6.4.Սոցիալ-տնտեսական և բնապահպանական տվյալների մատչելիություն և հասանելիություն

ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայությունը (ԱՎԾ) կազմում է երկրի պաշտոնական վիճակագրությունը: Այն ֆինանսավորվում է պետական բյուջեից: Համակարգը ապահովում է Հայաստանի պաշտոնական վիճակագրական տվյալները՝ ներառյալ սոցիալ-տնտեսական և բնապահպանական ցուցանիշները: Համակարգը նաև ապահովում է ընդհանուր վիճակագրական տեղեկատվության և մետատվյալների թափանցիկությունն ու հասանելիությունը:¹³⁵

Հայաստանի ազգային վիճակագրական ծառայությունը և Առողջապահության նախարարության համատեղ ջանքերով մշակվում են ժողովրդագրական և առողջապահական ուսումնասիրությունների վերաբերյալ հաշվետվություններ: Այդ հաշվետվությունները կազմվում են 5-ամյա պարբերականությամբ և առողջապահական ցուցանիշներից բացի պարունակում են նաև տվյալներ կլիմայական տարբեր ասպեկտներ, ներառյալ՝ խմելու ջրի, սանիտարական պայմանների և բնակարանային ապահովվածության ցուցանիշներ, ինչպես նաև Հայաստանի բնակչության տարբեր սոցիալ-տնտեսական ցուցանիշների տարանջատված տվյալներ:¹³⁶

ՀՀ բնապահպանության նախարարության «Հիդրոոդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոն» ՊՈԱԿ-ը պատասխանատու է մի շարք բնապահպանական տվյալների համար, ինչպիսիք են օդի որակը, ջրի որակը, անտառները և թափոնների մշտադիտարկումը: Մոնիթորինգային կենտրոնը բաղկացած է 16 մշտական ակտիվ նմուշառման և ավտոմատացված դիտակետերից, որոնք ամեն օր իրականացնում են մշտադիտարկում և 211 շարժական պասիվ նմուշառման դիտակետերից, որոնց միջոցով մշտադիտարկում է իրականացվում շաբաթական կտրվածքով: Կազմակերպությունն իրականացնում է օդի հիմնական աղտոտիչների՝ ծծմբի երկօքսիդի, ազոտի օքսիդների, ածխածնի օքսիդի, փոշու և վերգետնյա օզոնային շերտի, ծծմբի երկօքսիդի և ազոտի երկօքսիդի մշտադիտարկում: Օդի որակի գնահատումն իրականացվում է ՀՀ կառավարության N160-Ն որոշման համաձայն (2006թ.): Տվյալները հանրության համար հասանելի են Հիդրոոդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոնի կայքում: Առանձնացված օրական, ամսական և տարեկան տվյալներն ըստ գտնվելու վայրի և ցուցանիշների առկա են և ներկայացված են գծապատկերներով և գրաֆիկներով:¹¹⁶

Նմանապես, կենտրոնը տրամադրում է մակերևութային և ստորերկրյա ջրերի որակի մշտադիտարկման տվյալներ: Մակերևութային ջրի որակը նկարագրվում է մինչև 45 ֆիզիկաքիմիական ցուցանիշների միջոցով՝ տարեկան 5-12 անգամ պարբերականությամբ: Ջրի որակի գնահատման նկատմամբ վերահսկողությունն իրականացվում է համաձայն ՀՀ կառավարության N75-N որոշման (2011թ.):

Ստորերկրյա քաղցրահամ ջրերի մշտադիտարկման դիտացանցում ընդգրկված են Հանրապետության 6 ջրավազանային կառավարման տարածքի (Հյուսիսային, Ախուրյան, Հրազդան, Սևան, Արարատյան, Հարավային) 100 ստորերկրյա ջրաղբյուր, ինչը ներառում է 25 շատրվանող հորատանցք, 32 չշատրվանող հորատանցք և 43 բնաղբյուր: Կենտրոնն իրականացնում է ջրաղբյուրներում ջրի ծախսի, մակարդակի (ճնշման) և ջերմաստիճանի դիտակումներ՝ ամսական 6 անգամ հաճախականությամբ: Բացի այդ, տարեկան 2 անգամ կատարվում է նաև ստորերկրյա ջրերի որակի մոնիթորինգ 40 ջրաղբյուրում, որոնցից յուրաքանչյուրում որոշվում է շուրջ 40 ինդիկատորային ցուցանիշ (հիմնական անիոններ և կատիոններ, մետաղներ, աղային ռեժիմի տարրեր): Մակերևութային և ստորերկրյա ջրերի որակի վերաբերյալ տարանջատված տվյալները մատչելի են նաև գծապատկերների և գրաֆիկների միջոցով:^{118,119}

Շրջակա միջավայրի նախարարության վեբ-կայքը համապարփակ տեղեկատվություն է տրամադրում Հայաստանի օդերևութաբանական իրավիճակի վերաբերյալ: Կան մի շարք հրապարակված հաշվետվություններ, որոնք ներառում են կլիմայի ամսական նկարագիրը և կանխատեսումները: Տվյալները ներկայացվում են ըստ գտնվելու վայրի, ամսվա, միջին օրական և ամսական ջերմաստիճանների, առավելագույն և նվազագույն դիտարկված ջերմաստիճանների:¹³⁷

Աղյուսակ 3-ում ամփոփված են այն գերատեսչությունների անունները և նրանց հավաքած տվյալների տեսակները, որոնք կարող են օգտագործվել որպես կլիմայի փոփոխության հետ կապված առողջապահական և բնապահպանական տվյալների հիմնական աղբյուրներ:

6.5. Հայաստանում կլիմայի և առողջության հետ կապված հետազոտությունների բավարարություն և հասանելիություն

Գրականության ուսումնասիրության ընթացքում ՀԱՀ-ի անձնակազմը հայտնաբերել է միայն երկու հետազոտական զեկույց Հայաստանում կլիմայի

փոփոխության՝ առողջության հետևանքների վերաբերյալ. սակայն, մենք չենք կարող մեկնաբանել այդ ուսումնասիրությունների որակը:

Փորձագետները նշում են կլիմայի փոփոխության վերաբերյալ հետազոտությունների գծով համակարգված ջանքերի բացակայության մասին: Ներկայումս երկրում կոնկրետ կլիմայի վերաբերյալ տեղեկատվության և առողջապահական տվյալների ուսումնասիրությունը գրեթե բացակայում է. *«Ինչպես ավելի վաղ նշեցի, եթե կարողանանք ունենալ այդ արդյունավետ տվյալների հավաքման վերլուծության համակարգ [կլիմայի փոփոխության հետ կապված ցուցանիշների վերաբերյալ], դա շատ կօգնի համապատասխան քարոզչության, ինչպես նաև արդյունավետ պլանների ու ռազմավարությունների մշակման իրականացմանը: Կրկին, խնդիրն այն է, որ մենք չունենք արդյունավետ տեղեկատվական համակարգ կամ այն բացակայում է:»* [Փորձագետ 6]: Կլիմայի փոփոխության հետազոտությունների առումով միասնական մոտեցում չկա. երկիրը չունի կլիմայի փոփոխության և առողջության ուսումնասիրության օրակարգ: Առողջապահության համար որոշիչ ոլորտների տարբեր կարևոր տեղեկատուների հետ անցկացված ԽՀ-ները հաստատեցին այս բացահայտումը, ինչպես նաև բարձրացվեց Հայաստանում կլիմայի հետ կապված առողջության հետևանքների վերաբերյալ փաստաթղթավորված ապացույցների բացակայության հարցը:

Հիդրոոդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոնի հետ համատեղ ԵՊԲՀ-ի կլիմայի և առողջության հարցերի ներկայացուցչի կողմից նկարագրվել են մի քանի հետազոտական աշխատանքներ, սակայն, ըստ փորձագետի, նույնիսկ այդ մի քանի ուսումնասիրությունները մնացել են թղթի վրա և գործնականում որևէ կիրառություն չեն գտել առողջապահության ոլորտի հարմարվողականության նպատակով: Ըստ փորձագետի, հետազոտությունը կարևոր է կլիմայի վերաբերյալ իրազեկված որոշումների կայացման, հատկապես՝ բնակչության խոցելի խմբերի ռազմավարությունների մշակման առումով. *«Այլ որևէ կառույցի հետ չեմ համագործակցել, ցավալի է բայց իմ հարցերը մնացին թղթի վրա: Ես առաջարկել եմ, որ այս ուսումնասիրությունները կարող են օգտագործվել ՀՀ ԱՆ և Արտակարգ*

իրավիճակների նախարարության կողմից: Ապագայում այս կանխատեսումները կարող են օգտագործվել բնակչության վաղ իրազեկման համար: Բայց այս ամենը, այս աշխատանքը մնաց տեսական մակարդակում: Ցավոք, դա գործնական կիրառություն չի ունեցել: Այս դեպքում ի՞նչ արժեք ունեն այդ ուսումնասիրությունները:» [Փորձագետ 13]:

Առողջապահության ոլորտի փորձագետները լրացուցիչ տեղեկություններ են հաղորդել հետազոտական աշխատանքների սակավաթվության հնարավոր պատճառների վերաբերյալ, մասնավորապես, ընդգծելով կոնկրետ բնապահպանական ցուցանիշների պարբերաբար վերահսկողության բացակայությունը. *«Որոշ տվյալներ, ինչպիսիք են օդի մոնիթորինգը և ջրի և ջրամբարների մոնիթորինգի տվյալները, անբավարար են առողջության վրա ազդեցությունը լիարժեք գնահատելու համար... Դա բարդ աշխատանք է: Օդի մոնիթորինգի ցանց ստեղծելը երկրի համար հսկայական ջանքեր է պահանջում . Դա կապված է լաբորատորիայի, ավտոմատ կայանների հետ, դա շատ ծավալուն խնդիր է: Այնուամենայնիվ, մենք միշտ բարձրաձայնում ենք մեր պահանջը և վստահ են, որ պատասխանատու ոլորտները անում են հնարավորինս ամեն ինչ այդ ուղղությամբ:» [Փորձագետ 15]:*

Հարցազրույցները ցույց տվեցին, որ առողջապահության ոլորտի մասնագետները չունեն հստակ պատկերացում այն մասին, թե ինչ տվյալներ են անհրաժեշտ առողջության վրա ազդեցության գնահատման համար, և հետևաբար, նրանք երբեք նախաձեռնողական կերպով չեն հաղորդակցվել այլ ոլորտների հետ՝ պահանջելու լրացուցիչ տվյալներ, որոնք կարող են օգնել կլիմայի փոփոխության առողջության վրա ազդեցության վերաբերյալ հետազոտություններում (օրինակ՝ զարգացնել երկրի ներուժը PM 2.5 կամ PM10-ի վերաբերյալ տվյալներ հավաքելու համար):

7. ԿԼԻՄԱՅԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐԸ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆՆ ԱՌՆՉՎՈՂ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԻ, ՕՐԵՆՍԴՐՈՒԹՅԱՆ, ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ, ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԾՐԱԳՐԵՐԻ ՎՐԱ

Կլիմայի փոփոխության նկատմամբ առողջապահության ոլորտի հարմարվողականության հիմնական բացերի և հետևանքների բացահայտումն իրականացվել է ըստ առողջապահական համակարգերի կառուցվածքային բաղադրիչների՝ համաձայն ԱՀԿ-ի՝ Կլիմայի Փոփոխության Հանդեպ Դիմակայուն Առողջապահական Համակարգի Շրջանակի:

Առողջության ռիսկերի, այդ թվում՝ կլիմայի փոփոխության հետ կապված ռիսկերի կառավարման շրջանակում, Հայաստանի առողջապահության ոլորտը մշակել և հաստատել է բազմաթիվ իրավական ակտեր, քաղաքականություններ և ռազմավարություններ: Այնուամենայնիվ, առողջության ռիսկերի կառավարման ուղեցույց հանդիսացող փաստաթղթերի մեծ մասում կլիմայի փոփոխության նկատմամբ առողջության հարմարվողականության կոնկրետ միջոցառումները հատուկ ուշադրության չեն արժանացել: Չնայած վարակիչ հիվանդությունների վերաբերյալ առողջապահական քաղաքականության փաստաթղթերում անդրադարձ է արված կլիմայի փոփոխությանը՝ որպես վարակիչ հիվանդությունների տարածման ռիսկային գործոն, սակայն կլիմայի փոփոխության և փոփոխականության վերաբերյալ ոչ մի հատուկ նկատառումներ չեն արտացոլվել: Այդ փաստաթղթերը ներառում են՝ մալարիայի ներբերումը և արմատավորումը կանխարգելելու պետական ծրագիրը, վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և դրանց դեմ պայքարի 2012-2016թթ. ռազմավարության ծրագիրը, մարդկանց և կենդանիների համար ընդհանուր վարակիչ հիվանդությունների հսկողության ծրագիրը, ՀՀ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և դրանց դեմ պայքարի ռազմավարական ծրագիրը, և հիվանդությունների փոխանցողների վերահսկման կանոնակարգերը և սանիտարական նորմերը: Դիտարկված՝ ոչ վարակիչ հիվանդությունների գծով առողջապահական քաղաքականություններից ոչ մեկը չի արտացոլել կլիմայի փոփոխությունը և դրա փոփոխականությունը, մասնավորապես ներառյալ

մահացության ամենամեծ մասնաբաժնի համար պատասխանատու ոչ վարակիչ հիվանդությունների վերահսկման ազգային ռազմավարությունը, Առողջապահության նախարարի ղեկավարությամբ ռազմավարությունը, Ամենատարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների 2016-2020թթ. ծրագիրը, և վնասվածքների և վնասվածքների հետ կապված բարդությունների կանխարգելման 2015-2020թթ. ծրագիրը և միջոցառումների ցանկը (Հավելված 3): Հետևաբար, կլիմայի փոփոխությամբ պայմանավորված առողջական ռիսկերին անդրադարձ է արվում միայն անուղղակիորեն, ինչի արդյունքում կլիմայի փոփոխության հետևանքներն առողջության վրա կարող են ամբողջությամբ ընդգրկված չլինել: Առողջապահական քաղաքականության հիմնական փաստաթղթերը պետք է վերանայվեն՝ կլիմայի փոփոխության նկատառումներն արտացոլելու համար: Ըստ ԱՀԿ շրջանակի՝ քաղաքական հանձնառությունը կարևոր է կլիմայի փոփոխության առողջության ռիսկերի ուղղությամբ նպատակային ծրագրերի և ռազմավարությունների լայն շրջանակի իրականացման համար: Գնահատման միջոցով բացահայտվել է, որ առողջապահական բնագավառի հարմարվողականության գործողությունների նպատակով մարդկային և ֆինանսական ռեսուրսների զարգացման և հավաքագրման առումով առկա է հանձնառության բարելավման կարիք: Միջազգային կազմակերպությունների կարողությունները և երկարաժամկետ փորձը կարող են հետագայում օգնել կառավարությանը առողջության հարմարվողականության միջոցառումների արդյունավետ և ժամանակին պլանավորման և համակարգման հարցում: Չնայած տարբեր կազմակերպությունների կողմից իրականացվող մի շարք շարունակական նախաձեռնություններին, այնուամենայնիվ առանձին ծրագրերում չկան համակարգման մեխանիզմներ՝ առողջության պահպանությունն առավելագույնի հասցնելու համար: Հաշվի առնելով, որ առողջության համար որոշիչ այլ ոլորտների կողմից սկսել են ձեռնարկվել միջոցառումներ առողջության հարմարվողականության առումով, կարելի է արձանագրել, որ առողջապահության ոլորտը հնարավորություն ունի առաջնահերթություններ սահմանել և մշակել կլիմայի փոփոխության առողջության հարմարվողականության միջոցառումներ և

այնուհետև իրականացնել դրանք: Առողջության ռիսկերի բնականոն կառավարման ընթացքում առողջապահության ոլորտն իրականացնում է տարաբնույթ բազմաոլորտային համագործակցություն: Այնուամենայնիվ, առողջապահության ոլորտի և առողջության համար որոշիչ ոլորտների միջև համագործակցությունը բազմիցս որակվել է որպես անբավարար: Անհրաժեշտ է ավելի արդյունավետ համագործակցություն՝ այնպիսի բազմաչափ խնդիրների լուծման համար, ինչպիսիք առաջադրում է կլիմայի փոփոխությունը: Հաշվի առնելով աճող քաղաքական կամքը և առկա կառուցվածքը՝ կա միջգերատեսչական համագործակցության բնույթը բարելավելու և զարգացնելու անհրաժեշտություն:

Ըստ ՀՀ առողջապահության ոլորտի աշխատուժի գնահատման, արձանագրվում է լրացուցիչ կարողությունների զարգացման անհրաժեշտություն՝ մարզերում որակյալ առողջապահական ծառայությունների մատուցում ապահովելու և կլիմայի փոփոխության և առողջապահության միջև կապի վերաբերյալ ընդհանուր գիտելիքները բարելավելու առումներով: Բացի այդ, կլիմայի փոփոխությունը բավարար չափով ներառված չէ բժշկական և բուժքույրական կրթության և շարունակական մասնագիտական զարգացման ուսումնական ծրագրերում:

Գնահատումը ցույց տվեց, որ երկիրն ունի առողջապահական հետազոտությունների կարողություն, այնուամենայնիվ, կազմակերպություններից գրեթե ոչ մեկը իր հետազոտական գործունեությունը չի կենտրոնացնում կլիմայի փոփոխությունն ու առողջությունը ուսումնասիրելու ուղղությամբ: Կարելի է ենթադրել, որ երկրում առկա է կարողությունների բաց, կոնկրետ այս հիմնախնդրի վերաբերյալ: Ավելին, ՀՎԿԿ-ն, որպես կլիմայի նկատմամբ զգայուն առողջական ռիսկերի կանխարգելման և վերահսկման առաջատար կազմակերպություն, հետազոտական աշխատանքը՝ ինչպես ընդհանուր առմամբ, այնպես էլ, մասնավորապես, Հայաստանի բնակչության շրջանում կլիմայի փոփոխության հետ կապված առողջապահական բեռի գնահատման ուղղությամբ, չի դիտարկում որպես առաջնահերթություն: Թեև առկա են և հասանելի են առողջապահությանը և կլիմային առնչվող տարանջատված տվյալներ, այնուամենայնիվ առողջապահության ոլորտը չունի հետազոտական աշխատանքների օրակարգ:

Համապատասխան հետազոտական օրակարգ ունենալը կարևոր և անհրաժեշտ է ապացուցողական բազա ստեղծելու համար՝ նպատակային քաղաքականություն և ռազմավարություն մշակելու և շահերի պաշտպանության արդյունավետ մեխանիզմներ գործադրելու համար: Հետազոտության օրակարգը հիմնականում պետք է ուղղված լինի Հայաստանում կլիմայի փոփոխության և առողջապահական արդյունքների վերաբերյալ ապացույցների հավաքագրմանը, ապացույցների վրա հիմնված որոշումների կայացմանն աջակցելու համար առաջնահերթ ոլորտների և բնակչության խմբերի բացահայտմանը: Ավելին, հստակ սահմանված չէ առողջության խոցելիության գնահատման հիմքում ընկած մեթոդաբանությունը և, ըստ էության, հնարավոր է, որ բացակայում են կլիմայի հետ կապված բոլոր ռիսկերի և դրանց կանխատեսումների համակողմանի ապացուցահենք մոտեցումները:

Հայաստանում իրականացվող առողջապահական ծրագրերում, հատկապես ոչ վարակիչ հիվանդություններով զբաղվող ծրագրերում հաշվի չեն առնված կլիմայական ազդեցությունները: Կլիմայի հանդեպ զգայուն վարակիչ հիվանդությունների ծառայության մատուցման տեսանկյունից, պատասխանատու մարմինները հակված են գործելու հետահայաց՝ արձագանքելով արդեն առկա խնդիրներին, այլ ոչ թե ձեռնարկելու կանխարգելիչ և վաղ արձագանքման միջոցառումներ: Այնուամենայնիվ, առողջապահության ոլորտի փորձագետները դա չընդունեցին որպես պոտենցիալ բաց:

8. ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Գնահատման հիման վրա հետազոտական թիմը ներկայացնում է հետևյալ առաջարկությունները՝ Հայաստանում առողջության ոլորտի հարմարվողականության պլանավորմանը աջակցելու համար.

- Քարոզչական աշխատանքներ իրականացնել Առողջապահության նախարարության և Հայաստանի կառավարության հետ՝ Հայաստանում առողջության հարմարվողականության գործողությունների համար

անհրաժեշտ մարդկային և ֆինանսական ռեսուրսների առաջխաղացման և հավաքարգման հանձնառությունը զարգացնելու ուղղությամբ:

- Առողջապահության ոլորտում (ԱՆ-ում) ստեղծել ստորաբաժանում կամ աշխատանքային խումբ՝ սահմանված դերերով և պարտականություններով՝ առողջության հարմարեցման գործողությունները առաջնորդելու, ղեկավարելու և համակարգելու նպատակով:
- Վերանայել կլինայի փոփոխությամբ պայմանավորված առողջության ռիսկերի հետ անուղղակիորեն առնչվող առողջապահական քաղաքականություններն ու ռազմավարությունները՝ արտացոլելու կլինայի փոփոխության և առողջության նկատառումները հարմարվողականության և մեղմացման տեսանկյունից:
- Հիմք ընդունելով առկա փորձառությունը՝ ամրապնդել բազմոլորտային համագործակցության կարողությունները:
 - Սահմանել կլինայի փոփոխության հետ կապված առողջական ռիսկերից պաշտպանվելու բնագավառում առողջության համար որոշիչ ոլորտների դերերն ու պարտականությունները:
 - Լայնորեն օգտագործել համագործակցության առկա մեխանիզմները՝ կլինայի փոփոխության հարմարվողականությանն ուղղված համատեղ որոշումների կայացման գործողություններում ներգրավվելու և մասնակցություն ապահովելու համար:
 - Կազմակերպել հաճախակի միջգերատեսչական հանդիպումներ առողջապահության և առողջության համար որոշիչ ոլորտների միջև՝ հաղորդակցությունն ու ներգրավվածությունը մեծացնելու համար:
- Ապահովել առողջապահական նկատառումների առկայությունը կլինայի փոփոխությանն առնչվող բոլոր փաստաթղթերում և կլինայի փոփոխության նկատառումներ առողջությանն առնչվող բոլոր քաղաքականություններում և ռազմավարություններում:
- Ապահովել կանանց մասնակցությունը կլինայի փոփոխության պայմաններում առողջության հարմարվողականությանն առնչվող որոշումների կայացման բոլոր գործողություններում:

- Կատարել առողջապահական աշխատուժի կարիքների ուսումնասիրություն՝ կլինայի փոփոխության՝ առողջության վրա ազդեցության վերաբերյալ գիտելիքների, վերաբերմունքի և գործելակերպերի գնահատման համար:
- Մշակել առողջապահական հաղորդակցության ռազմավարություն՝ կլինայի փոփոխության և առողջության վերաբերյալ իրազեկվածության բարելավման և տարբեր շահագրգիռ կողմերի՝ քաղաքականություն մշակողների, առողջապահության ոլորտի աշխատողների, հետազոտողների, ՁԼՄ-ների և ՀԿ-ների ներկայացուցիչների և առողջության որոշիչ այլ ոլորտների ներգրավվածությունն ապահովելու համար:
 - Կազմակերպել իրազեկվածության բարձրացման արշավ լայն հասարակության համար կլինայի փոփոխության և դրա առողջական ազդեցությունների նկատմամբ գիտելիքների և ընկալումների ընդլայնման նպատակով:
- Բարելավել առողջապահական ոլորտի աշխատուժի կարողությունները կլինայի փոփոխության և առողջապահության ուղղությամբ:
 - Վերանայել բժշկական և բուժքույրական կրթության ուսումնական ծրագիրը և ապահովել կլինայի փոփոխության և առողջության փոխկապակցվածության առավել ծավալուն լուսաբանում:
 - Պատրաստել և իրականացնել հավատարմագրված վերապատրաստման և մասնագիտական շարունակական զարգացման ծրագիր առողջապահության ոլորտի մասնագետների համար՝ ապահովելով մասնակցություն ազգային մակարդակով (կարող է սահմանվել որպես պարտադիր ծրագիր):
- Կլինայի փոփոխության և առողջության ոլորտում սահմանել առաջնահերթություն հետազոտական աշխատանքների համար և մշակել հետազոտական օրակարգ:
 - Ստեղծել միջգերատեսչական աշխատանքային խումբ՝ Հայաստանում կլինայի փոփոխության ազդեցության վերաբերյալ հետազոտական

օրակարգ մշակելու և ապահովել համապատասխան մասնագետների, փորձագետների և հետազոտողների մասնակցությունը:

- Կազմակերպել հանդիպումներ շահագրգիռ կողմերի՝ ներառյալ հետազոտական և կրթական հաստատությունների, համապատասխան ՀԿ-ների հետ՝ հետազոտության օրակարգը և դրա իրականացումը քննարկելու համար:
- Մշակել կլիմայի փոփոխության ցուցանիշների կոնկրետ ցանկ, որը կարող է օգտագործվել առողջության վրա ազդեցության հետազոտություններում՝ միտված ապահովելու այդպիսի հետազոտության համար անհրաժեշտ պարբերական մշտադիտարկում և տվյալների հավաքագրում:
- Համակարգել հանրապետության տարածքում իրականացվող հետազոտական աշխատանքները՝ ապահովելու համար համապատասխան և անհրաժեշտ ապացույցների ձևավորումը կլիմայական նկատառումները հաշվի առնող քաղաքականության մշակման համար:
- Տեղական համատեքստում հարմարեցնել ԱՀԿ-ի կողմից առաջարկված առողջության խոցելիության գնահատման ապացուցահեն մեթոդաբանությունը: Իրականացնել պարբերական և ապացուցահեն առողջության խոցելիության և հարմարվողականության գնահատում:
- Ապահովել առողջության խոցելիության գնահատումների պատշաճ դիտարկումը կլիմայական նկատառումները հաշվի առնող քաղաքականության մշակման գործընթացում:
- Հիմնվելով ԱՀԿ ստանդարտների վրա հարմարեցնել և մշակել սանիտարահիգիենիկ ստանդարտներ և կանոնակարգեր Հայաստանի դպրոցների համար:
- Ապահովել հանրային և մասնավոր բաց և կանաչ տարածքների մատչելիության և հասանելիության մշտադիտարկում:

- Բացահայտել բաց և կանաչ տարածքների ցածր կամ անհավասար հասանելիություն ունեցող շրջանները/տարածքները և քարոզել այդպիսի տարածքների ձևավորման կարևորությունը:
- Կատարել կարիքների գնահատում և կանխատեսել անհրաճեշտ բժշկական պարագաների և տեխնոլոգիաների հնարավոր պահանջարկը՝ կլիմայով պայմանավորված առողջապահական բեռի ավելացման տեսանկյունից և ապահովել բավարար գնումներ:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Climate Change | United Nations. <https://www.un.org/en/sections/issues-depth/climate-change/>. Published 2019. Accessed March 4, 2020.
2. Climate Impacts on Human Health | Climate Change Impacts | US EPA. https://19january2017snapshot.epa.gov/climate-impacts/climate-impacts-human-health_.html. Published 2017. Accessed March 4, 2020.
3. Stocker T, Qin D, Plattner G, et al. *Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC): Climate Change*. Cambridge; 2013.
4. Climate change and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>. Published 2018. Accessed March 4, 2020.
5. Crimmins A, Balbus J, Gamble J, et al. *The Impacts of Climate Change on Human Health in the United States: A Scientific Assessment. U.S. Global Change Research Program (USGCRP)*; 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.7930/J0R49NQX>
6. World Health Organization (WHO). *Gender, Climate Change and Health*; 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144781/9789241508186_eng.pdf;jsessionid=CBEF747A8FAEB199AF72FD2BDADBDAC4?sequence=1. Accessed March 4, 2020.
7. Lundgren-Kownacki K, Hornyanszky ED, Chu TA, Olsson JA, Becker P. Challenges of using air conditioning in an increasingly hot climate. *Int J Biometeorol*. 2018;62(3):401-412. doi:10.1007/s00484-017-1493-z
8. Mohajerani A, Bakaric J, Jeffrey-Bailey T. The urban heat island effect, its causes, and mitigation, with reference to the thermal properties of asphalt concrete. *J Environ Manage*. 2017;197:522-538. doi:10.1016/j.jenvman.2017.03.095
9. United Nations. Sustainable Development Goal 13: Take urgent action to combat climate change and its impacts. <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg13>. Published 2020. Accessed March 4, 2020.
10. Janssen MA, Ostrom E. Resilience, vulnerability, and adaptation: A cross-cutting theme of the International Human Dimensions Programme on Global Environmental Change. *Glob Environ Chang*. 2006;16(3):237-239. doi:10.1016/j.gloenvcha.2006.04.003
11. Smit B, Wandel J. Adaptation, adaptive capacity and vulnerability. *Glob Environ Chang*. 2006;16(3):282-292. doi:10.1016/j.gloenvcha.2006.03.008
12. Parry M, Canziani O, Palutikof J, van der Linden P, Hanson C. *Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC): Impacts, Adaptation and Vulnerability*. Cambridge; 2007. https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/03/ar4_wg2_full_report.pdf.
13. Yohe G, Tol RSJ. Indicators for social and economic coping capacity - Moving

- toward a working definition of adaptive capacity. *Glob Environ Chang.* 2002;12(1):25-40. doi:10.1016/S0959-3780(01)00026-7
14. Westerhoff L, Keskitalo ECH, Juhola S. Capacities across scales: Local to national adaptation policy in four European countries. *Clim Policy.* 2011;11(4):1071-1085. doi:10.1080/14693062.2011.579258
 15. Dany V, Bowen KJ, Miller F. Assessing the institutional capacity to adapt to climate change: a case study in the Cambodian health and water sectors. *Clim Policy.* 2015;15(3):388-409. doi:10.1080/14693062.2014.937385
 16. Brown HCP, Nkem JN, Sonwa DJ, Bele Y. Institutional adaptive capacity and climate change response in the Congo Basin forests of Cameroon. *Mitig Adapt Strateg Glob Chang.* 2010;15(3):263-282. doi:10.1007/s11027-010-9216-3
 17. Matthies F, Bickler G, Marin N, Hales S. *World Health Organization Europe: Heat-Health Action Plans.*; 2008. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/95919/E91347.pdf.
 18. Republic of Armenia Ministry of Nature Protection. *Third National Communication of the Republic of Armenia under UN Framework Convention on Climate Change.*; 2015. <https://unfccc.int/resource/docs/natc/armnc3.pdf>.
 19. Republic of Armenia Ministry of Nature Protection. *Second Biennial Update Report, Under the United Nations Framework Convention on Climate Change (UNFCCC).*; 2018. https://ace.aua.am/files/2019/05/2018-Armenia's-Second-Biennial-Update-Report_eng.pdf.
 20. Gabrielyan A. *National Climate Vulnerability Assessment: Armenia, Armenian Red Cross Society "Climate Forum East" Project.*; 2014. <https://climateforumeast.org/uploads/other/0/569.pdf>.
 21. Republic of Armenia Ministry of Nature Protection. *Intended Nationally Determined Contributions of the Republic of Armenia under the UN Framework Convention on Climate Change.*; 2015. [https://www4.unfccc.int/sites/ndcstaging/PublishedDocuments/Armenia First/INDC-Armenia.pdf](https://www4.unfccc.int/sites/ndcstaging/PublishedDocuments/Armenia%20First/INDC-Armenia.pdf).
 22. Armenia | UNFCCC. <https://unfccc.int/node/28579>. Accessed March 3, 2020.
 23. UNDP. *National Adaptation Plan (NAP) to Advance Medium and Long-Term Adaptation Planning in Armenia.*; 2018. [http://www.nature-ic.am/Content/Projects/1030/PIMS 6036 GCF NAP Armenia_ProDoc.pdf](http://www.nature-ic.am/Content/Projects/1030/PIMS%206036%20GCF%20NAP%20Armenia_ProDoc.pdf).
 24. Berry P, Campbell-Lendrum D, Corvalan C, Guillemot J. *World Health Organization (WHO): Protecting Health from Climate Change.*; 2013. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/104200/9789241564687_eng.pdf?s](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/104200/9789241564687_eng.pdf?sequen)equen. Accessed March 4, 2020.
 25. *UNEP 2018. The Adaptation Gap Report 2018. United Nations Environment*

- Programme (UNEP), Nairobi, Kenya.*; 2018.
<https://www.unenvironment.org/resources/adaptation-gap-report>. Accessed March 4, 2020.
26. Cing TE, An IM, Fin CL, et al. Operational framework for building climate resilient health systems. *World Heal Organ*. 2015:56.
 27. QSR International. NVivo qualitative data analysis software | QSR International. <https://www.qsrinternational.com/nvivo/home>. Accessed December 6, 2019.
 28. ԱնդրեասյանԴ, ԲազարչյանԱ, ՍարգսյանՇ, ԹորոսյանԱ, ՄիրզոյանԱ, ԲիճյանԼ. Հ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդաբեկյանի Անվան Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտ», Առողջապահության Համակարգի Գործունեության Գնահատում.; 2019.
<https://nih.am/assets/pdf/atvk/16c5040ee6ef2119d7977d1e60034553.pdf>.
 29. It hurts, but it works! | UNICEF Armenia.
<https://www.unicef.org/armenia/en/stories/it-hurts-it-works>. Published 2018.
 30. National Statistical Service [Armenia], Ministry of Health [Armenia], and ICF. 2017. Armenia Demographic and Health Survey 2015-16. Rockville, Maryland, USA: National Statistical Service, Ministry of Health, and ICF.
<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR325/FR325.pdf>.
 31. Monitoring and Evaluation National the National Center for AIDS Prevention. HIV Epidemiological Surveillance in the Republic of Armenia.
http://www.arm aids.am/images/pdf/hetazotutyunner/Report_Annual_HIV_Surveillance_2018_Armenia_06.08.19_eng.pdf. Published 2019.
 32. World Health Organization (WHO). *Tuberculosis Country Work Summary: Armenia*.; 2012.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/185883/Armenia-Tuberculosis-country-work-summary.pdf.
 33. World Health Organization (WHO). *Global Tuberculosis Report*.; 2020.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf?ua=1>.
 34. Statistical Committee of the Republic of Armenia (Armstat). *The Demographic Handbook of Armenia: ՄԱՆՆԵՐԻ ԹՅՈՒՆՆԵՐ MORTALITY*.; 2019.
https://armstat.am/file/article/demog_2019_5.pdf. Accessed August 14, 2020.
 35. Andriasyan D, Bazarchyan A, Simonyan S, et al. *Health and Healthcare: Statistical YearBook: National Institute of Health Named after Academician S. Abdalbekyan*.; 2020. <https://nih.am/assets/pdf/atvk/236dba153f263792d973908d46eaf2b.pdf>.
 36. Andriasyan D, Bazarchyan A, Matevosyan M, et al. *Health and Healthcare: Statistical YearBook: National Institute of Health Named after Academician S. Abdalbekyan*.; 2019.

- <https://nih.am/assets/pdf/atvk/3206b68a12c8465500ed9d6e3853f68d.pdf>. Accessed January 27, 2020.
37. WHO/Europe | Vector-borne and parasitic diseases - Armenia.
<https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/malaria/country-work/armenia>. Published 2020.
 38. Republic of Armenia Ministry of Nature Protection. *Fourth National Communication on Climate Change under the United Nations Framework Convention on Climate Change*.; 2020.
https://unfccc.int/sites/default/files/resource/NC4_Armenia_.pdf. Accessed August 7, 2020.
 39. Andriasyan D, Bazarchyan A, Manukyan S, et al. *Health System Performance Assessment: Armenia. National Institute of Health Named after Academician S. Abdalbekyan*.; 2016. https://nih.am/assets/pdf/atvk/hspa_eng_2016.pdf.
 40. Poverty reduction | UNDP in Armenia.
<https://www.am.undp.org/content/armenia/en/home/sustainable-development.html>. Accessed August 7, 2020.
 41. Statistical Committee of the Republic of Armenia (Armstat). *Social Snapshot and Poverty in Armenia*.; 2018. <https://www.armstat.am/en/?nid=82&id=2095>.
 42. Richardson E. Health Systems in Transition: Armenia Health system review. 2013;15(4):1-99.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/234935/HiT-Armenia.pdf.
 43. United Nations World Food Program. *WFP Armenia - Strengthening National Systems to Address Malnutrition*.; 2019. https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000117214/download/?_ga=2.213009302.366375283.1604430043-1028740894.1602238663.
 44. Demirchyan A, Harutyunyan T, Petrosyan V. Prevalence and Predictors of Undernutrition, Anemia, among under-Five Children in Talin Region of Aragatsotn Marz, Armenia.; 2014. http://chsr.aua.am/files/2015/01/Rerport_WV_Final_2.pdf. Accessed February 1, 20.
 45. World Health Organization (WHO). *Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in Armenia. The Case for Investment*.; 2019.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/401273/BizzCase-ARM-web.pdf.
 46. Farrington J, Korotkova A, Stachenko S, Johansen AS. Better non-communicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Armenia Country Assessment. 2016.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/336123/HSS-NCDs-Armenia.pdf.

47. Food and Agriculture Organization of the United Nations. *Gender, Agriculture and Rural Development in Armenia*. Budapest; 2017. <http://www.fao.org/3/a-i6737e.pdf>. Accessed August 14, 2020.
48. Hamid Reza Tabarraei, Yulia Ustyugova M, Andrie, Hatim Bukhari, Lire Ersado, Alice French V, Janvelyan, Lili Karapetyan, Sebastiaan Pompe JS, Branden L. Republic of Armenia Selected Issues. IMF Country Report. Washington, DC. *Int Monet Fund*. 2019;(No. 19/155). <https://www.adb.org/sites/default/files/institutional-document/546036/armenia-national-urban-assessment.pdf>.
49. UNDP. *Inequalities in Human Development in the 21 St Century , Briefing Note for Countries on the 2019 Human Development Report - Armenia*; 2019. http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/ARM.pdf. Accessed August 14, 2020.
50. Asian Development Bank. *Country Gender Assessment Armenia*; 2019. <https://www.adb.org/sites/default/files/institutional-document/546716/armenia-country-gender-assessment-2019.pdf>.
51. Statistical Committee of the Republic of Armenia (Armstat). Households Integrated Living Conditions Survey. <https://www.armstat.am/en/>. Published 2013. Accessed August 11, 2020.
52. Statistical Committee of the Republic of Armenia (Armstat). *ԲՆԱԿԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՆԱԿԱՎԱԾՈՒՄ* POPULATION.; 2019. https://armstat.am/file/article/demog_2019_2.pdf. Accessed August 11, 2020.
53. Goal 3 | Department of Economic and Social Affairs: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. <https://sdgs.un.org/goals/goal3>.
54. Keum I-H. *Armenia Water Supply and Sanitation: Challenges, Achievements, and Future Directions*. ADB Asian Development Bank.; 2011. <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/29892/armenia-water-supply-sanitation.pdf>. Accessed August 11, 2020.
55. Statistical Committee of the Republic of Armenia (Armstat). Armenia SDGs indicators. <https://armstat.am/en/?nid=699&thid=6>. Accessed August 11, 2020.
56. Armenia border villages suffer for lack of water - Armenia | ReliefWeb. <https://reliefweb.int/report/armenia/armenia-border-villages-suffer-lack-water>. Published 2009. Accessed August 11, 2020.
57. Ernst, Young. *Yerevan Green City Action Plan*.; 2017. <https://www.yerevan.am/uploads/media/default/0001/72/e7224f93ad7096478f9aaddb96ba61ea0ca693c9.pdf>. Accessed August 11, 2020.
58. JAM News. The miserable state of hygiene in Armenian schools. <https://jam-news.net/the-miserable-state-of-hygiene-in-armenian-schools/>. Accessed August

- 11, 2020.
59. My Step Foundation. Promoting Healthy Lifestyle in Public Schools. <https://mystep.foundation/en/our-work/1749/>. Accessed December 7, 2020.
 60. IAEA. Country Nuclear Power Profile: Armenia. <https://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/cnpp2018/countryprofiles/Armenia/Armenia.htm>. Published 2018. Accessed August 11, 2020.
 61. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Financing Climate Action in Armenia*.; 2016. https://www.oecd.org/environment/outreach/Armenia_Financing_Climate_Action_Nov2016.pdf. Accessed August 11, 2020.
 62. Tumasyan M, Harutyunyan K, Manukyan Y, Hakobyan L, Hovsepyan A. *Residential Energy Consumption Survey, Final Report*.; 2015. http://www.nature-ic.am/Content/announcements/6952/UNDP-RECS-Report-ENG_01.13.15.pdf. Accessed August 11, 2020.
 63. Mishra V, Retherford RD. Does biofuel smoke contribute to anaemia and stunting in early childhood? *Int J Epidemiol*. 2007;36(1):117-129. doi:10.1093/ije/dyl234
 64. Demirchyan A, Petrosyan V, Sargsyan V, Hekimian K. Prevalence and determinants of anaemia among children aged 0-59 months in a rural region of Armenia: A case-control study. *Public Health Nutr*. 2016;19(7):1260-1269. doi:10.1017/S1368980015002451
 65. Gharabegian A. *Transportation Modes in Armenia*.; 2015. <http://www.noravank.am/upload/pdf/Transportation Modes in Armenia.pdf>. Accessed August 13, 2020.
 66. The World Bank. Ուղիների Միակցում. Տրանսպորտ, Աղբատություն և Սոցիալական Ներառում. Փաստեր Հայաստանից. Տրանսպորտի և ՏՀՏ Վարչություն. ; 2017. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/766101523858189286/pdf/125193-WP-Armenian-13-4-2018-10-51-57-FinalReportArmenianApril.pdf>.
 67. Հանրապետության Հանրապետության Տարածքային կառավարման և ենթակառուցվածքների նախարարություն. Ճանապարհներ . Ճանապարհաշինական ծրագրեր. <http://www.mtad.am/hy/janaparhner2/>. Published 2020. Accessed December 7, 2020.
 68. Հայաստանի Հանրապետության Կառավարություն. Տրանսպորտի Բնագավառի Բարեփոխումների և Շուկայի Կարգավորման Ռառագմավարության և Դրա Գործողությունների Ծրագիր. ; 2019. <https://www.e-draft.am/projects/1920/about>.
 69. Piloyan A, Gevorgyan A. Measuring Rural Accessibility in the GIS Environment: Case Study of Armenia. *7th Int Conf Cartogr GIS*. 2018. <http://ysu.am/files/6->

- 1539845621-.pdf. Accessed August 14, 2020.
70. Ընդդեմ իրավական կամայականությունների ՀԿ. Հանրային Տրանսպորտի Ոլորտում Մատուցվող Ծառայությունների Սոնիտորինգի Զեկույց.; 2017. <https://transparency.am/files/publications/1507294510-0-525776.pdf?v=4>.
 71. Հայաստանի Հանրապետության Կապի և Տրանսպորտի Նախարարություն. *Հայաստանի Տրանսպորտի Ոլորտի Զարգացման Ռազմավարություն 2020. Վերջնական Հաշվետվություն.*; 2008. [https://rise.esmap.org/data/files/library/armenia/ENERGY EFFICIENCY \(Armenia\)/EE.33.1.-Armenia-Transport_Strategy_2020.pdf](https://rise.esmap.org/data/files/library/armenia/ENERGY EFFICIENCY (Armenia)/EE.33.1.-Armenia-Transport_Strategy_2020.pdf).
 72. Հայաստանի հանրապետության Երևան քաղաքի ավագանու 2018 թվականի դեկտեմբերի 25-ի N 45-Ս որոշման. *Երևանի Զարգացման 2019-2023 Թվականների Հնգամյա Ծրագիր.*; 2019. <https://www.yerevan.am/uploads/media/default/0001/86/5def862b88111fcfe3a6d9b99785219536429b06.pdf>.
 73. Sadeghian MM, Vardanyan Z. The Benefits of Urban Parks, a Review of Urban Research. *J Nov Appl Sci*. 2013. <http://jnasci.org/wp-content/uploads/2013/08/231-237.pdf>. Accessed August 14, 2020.
 74. Mamyan Z, Aloyan A, Kartashyan T. Evolvment of Public Open Spaces in Historical Environments of Yerevan City. *MATEC Web Conf*. 2016;73(06005). doi:10.1051/matccconf20167306005
 75. Danielyan K. *Challenges of Children Faced by Environmental Degradation and Climate Change: UNICEF.*; 2017.
 76. Asian Development Bank. *Armenia's Transformative Urban Future: National Urban Assessment.*; 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.22617/TCS190594-2>
 77. USAID. *Climate Risk Profile: Armenia.*; 2017. https://www.climatelinks.org/sites/default/files/asset/document/2017_USAID_Climate_Change_Risk_Profile_Armenia.pdf.
 78. World Bank Group. *GFDRR Report: Armenia.*; 2009. <http://pubdocs.worldbank.org/en/473241483041826247/armenia.pdf>.
 79. Government of Armenia, World Bank. Հայաստանի Հանրապետության Եղանակային, Կլիմայական և Հիդրոլոգիական Ծառայությունների Արդիականացման Ճանապարհային Քարտեզ.; 2018. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/263211548429475922/pdf/134019-Armenian-Modernizing-Weather-Climate-and-Hydrological-Services-Final.pdf>.
 80. ԱվետիսյանԼ Ռ, ՔոթանյանԱ Հ, ՄկրտչյանՍ Հ, ՄելքոնյանՀ Ա. Կլիմայական փոփոխությունների հիգիենիկ առանձնահատկությունները և նրանց ազդեցությունը բնակչության առողջության վրա. 2012;2. <http://medsci.asj-oa.am/572/1/130.pdf>.

81. Keshishyan AS, Manukyan D V, Melik-andreasyan GG, Harutyunova M V, Harutyunova K V. Climate Change and the Problem of Malaria in Armenia. 2013;7(3):152-155. doi:doi.org/10.5281/zenodo.1063244
82. Republic of Armenia Ministry of Nature Protection. *First National Communication of the Republic of Armenia under UN Framework Convention on Climate Change.*; 1998. <https://unfccc.int/resource/docs/natc/armnc1e.pdf>. Accessed February 26, 2020.
83. Republic of Armenia Ministry of Nature Protection. *Second National Communication of the Republic of Armenia under UN Framework Convention on Climate Change.*; 2010. <https://unfccc.int/resource/docs/natc/armnc2e.pdf>.
84. Սոցիալ-Էկոլոգիական սոցիալիստ. Կլիմայի Փոփոխության և Առողջապահության ՀՀ Ազգային Քաղաքականության Վերլուծություն Ե Ա Խ Ա Գ Ի Ծ.; 2016. https://climateforumeast.org/uploads/files/CCHP_ANALYSIS.pdf. Accessed August 15, 2020.
85. Molyneux N. *Climate Landscape Analysis for Children in Armenia.*; 2018. [https://www.unicef.org/armenia/media/1926/file/Climate landscape analysis for children in Armenia .pdf](https://www.unicef.org/armenia/media/1926/file/Climate%20landscape%20analysis%20for%20children%20in%20armenia.pdf).
86. Country Water Partnership NGO. *Local Climate Change Adaptation Plans of Action, Climate Forum East II (CFE II) Program.*; 2016. <https://climateforumeast.org/24/Reports>.
87. Hakobyan T, Nazaretyan M, Makarova T, Aristakesyan M, Margaryants H, Nolte E. Health System Review: Armenia. *Health Syst Transit.* 2006;8(6):1-180.
88. Government of Armenia. *Law No. 42 On Medical Assistance and Services to the Population. Yerevan.*; 1996.
89. *GoA State Targeted Health Programs.* Armenia; 2019.
90. Government of Republic of Armenia. *Decree N 1134-N.* Vol 60.; 2013:1-5. <http://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=72565>.
91. Ministry of Health Republic of Armenia. National Center for Disease Control. <https://ncdc.am/activity/applications/>. Accessed May 26, 2020.
92. Government of Republic of Armenia. *Decree N 46-N.*; 2010. https://www.e-gov.am/u_files/file/decrees/kar/2010/01/10_0046.pdf.
93. Government of Republic of Armenia. *Decree N 10.*; 2016. <https://ncdc.am/docs/programs/9.pdf>.
94. Government of Republic of Armenia. *Decree N 23.*; 2011. <http://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=66960>.
95. Government of Republic of Armenia. *Decree N 1913-N.* Vol 4.; 2016. <https://www.arlis.am/documentView.aspx?docID=73409>.

96. Government of Republic of Armenia. *Decree N 50*; 2012.
<http://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=69068>.
97. Government of Republic of Armenia. *Decree N 22*; 2014:1-14.
<http://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=85548>.
98. Government of Republic of Armenia. *Decree N 13-N*. Vol 24.; 2010:1-18.
<https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=61546>.
99. NCDC Armenia. Epidemiological Situation.
<https://ncdc.am/activity/newsletters/epidemic-situation/>. Accessed May 26, 2020.
100. Government of Republic of Armenia. *Decree N 11*; 2011.
<http://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=61831>.
101. Government of Republic of Armenia. *Decree N 50*; 2014.
<https://ncdc.am/docs/programs/2.pdf>.
102. Government of Republic of Armenia. *Decree N 4*; 2016. https://www.e-gov.am/u_files/file/decrees/arc_voroshum/2016/02/4-3_1ardz_voroshum.pdf.
103. Government of Republic of Armenia. *Decree N 55*; 2015.
<http://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=84386&m=%27%27&sc=>.
104. Government of Republic of Armenia. *Decree N 363-A*; 2018.
<https://ncdc.am/docs/programs/15.pdf>.
105. Government of Republic of Armenia. *Decree N 642-A*; 2018.
<https://ncdc.am/docs/programs/8.pdf>.
106. Government of Republic of Armenia. Decree 842-Ն.
https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=21827&fbclid=IwAR0t3ZbYd5zPJuk1F0fWO9Wu0ycLxzO1Zme_GORAkptSLgnhKbSu8kHNPDc. Published 2005.
Accessed August 15, 2020.
107. Government of Republic of Armenia. *Decision N 281-N*. Vol 17.; 2012:1-15.
<https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=74651>.
108. United Nations Development Programme (UNDP), Bureau for Crisis Prevention and Recovery (BCPR), 2013, Climate Risk Management in Armenia, New York, NY: UNDP BCPR.
109. Andriasyan D, Bazarchyan A, Manukyan S, Muradyan G, Sargsyan S, Torosyan A. *Health System Performance Assessment: Armenia. National Institute of Health Named after Academician S. Abdalbekyan*; 2018.
<https://nih.am/assets/pdf/atvk/1bba53467ef0edf211c317cc59c0ac2b.pdf>.
110. Harutyunyan T, Demirchyan A, Thompson ME, Petrosyan V. Patient satisfaction with primary care in Armenia: Good rating of bad services? *Heal Serv Manag Res*. 2010;23(1):12-17. doi:10.1258/hsmr.2009.009012

111. Արտակարգ Իրավիճակների Նախարարություն. Կլիմայական Օտառայությունների Ներկա Վիճակը Եվ Զարգացման Հեռանկարները Հայաստանում.; 2013. http://www.nature-ic.am/Content/announcements/7298/Hidromet_report_arm.pdf.
112. Order of Minister of Health of RA N-07-Ն, On the Aproval of the Essential Drugs List of the RA.
113. World Health Organization (WHO). *Model List of Essential Medicines.*; 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325771/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.06-eng.pdf?ua=1>. Accessed September 24, 2020.
114. GoA Decree N 642-Ն On the approval of the list of social groups and conditions for whom drugs are partially or fully reimbursed.
115. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2020 global summary. https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=ARM&commit=OK. Published 2020.
116. “Hydrometeorology and Monitoring Center” SNCO of the Ministry of Environment of the Republic of Armenia. Air. <http://armmonitoring.am/page/5>. Accessed October 7, 2020.
117. UNEP. *Armenia Air Quality Policies.*; 2015. <https://ace.aua.am/files/2020/08/WGA-Report-Eng.pdf>. Accessed October 8, 2020.
118. “Hydrometeorology and Monitoring Center” SNCO of the Ministry of Environment of the Republic of Armenia. Groundwater. <http://armmonitoring.am/page/34>. Accessed October 7, 2020.
119. Armenia “Hydrometeorology and Monitoring Center” SNCO of the Ministry of Environment of the Republic of. Surface Water. <http://armmonitoring.am/page/17>. Accessed October 7, 2020.
120. AUA Acopian Center for the Environment. *A Report on Waste Governance in Armenia.*; 2020. <https://ace.aua.am/files/2020/08/WGA-Report-Eng.pdf>. Accessed October 9, 2020.
121. Food Security and Vulnerability Quarterly Newsletter. Comprehensive Food Security, Vulnerability Analysis (CFSVA). <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000020456/download/>. Published 2019. Accessed October 9, 2020.
122. World Health Organization (WHO). Technical report on the self-assessment of essential public health operations in the Republic of Armenia. Ministry of Health of the Republic of Armenia. April 2018. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/368640/Technical_report_public_health_operations_in_Republic-of-Armenia.pdf.
123. Davtyan N, Bazarchyan A, Aghazaryan A, Hovhannisyan L. *National Health*

- Accounts: National Institute of Health Named after Academician S. Abdalbekyan.*; 2019. <https://nih.am/assets/pdf/atvk/3a71b247c965d4cce6002a3229447583.pdf>.
124. *Decree of the GoA N-318-Ն About the Provision of State Ensured Medical Services Free of Charge or under Favorable Conditions.*; 2004.
<https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=146461&fbclid=IwAR1eqnrC9no6JVd0uD6rj1EBXypNHuAQJ8z9Pki0TJ2itl37FBYZ1FJNO3w>.
 125. Armenian HK, Crape B, Grigoryan R, Martirosyan H, Petrosyan V, Truzyan N. *Analysis of Public Health Services in Armenia: Prepared for Ministry of Health with Support from World Health Organization Country Office in Armenia.*; 2009.
[https://www.aua.am/chsr/UserFiles/File/PHA_Final_English_2010\(2\).pdf](https://www.aua.am/chsr/UserFiles/File/PHA_Final_English_2010(2).pdf).
 126. Yerevan State Medical University after Mkhitar Heratsi. <https://www.ysmu.am/en>. Accessed October 9, 2020.
 127. Gerald and Patricia Turpanjian School of Public Health, American University of Armenia. <https://sph.aua.am/>. Accessed October 9, 2020.
 128. Acopian Center for the Environment. <https://ace.aua.am/>. Accessed October 9, 2020.
 129. *Armenia - Health Financing and Primary Health Care Development Project (English). Washington, D.C. : World Bank Group.*
 130. Armed. <https://armed.am/am/auth/loginnew>. Accessed November 4, 2020.
 131. Զեկույցներ, ուղեցույցներ, տարեգրքեր, հետազոտություններ /Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտ.
https://nih.am/am/publications/report_yearbook_guide/1?block=guides. Accessed October 7, 2020.
 132. Տեղեկագրեր — NCDC Armenia. <https://ncdc.am/activity/newsletters/>. Accessed October 7, 2020.
 133. Համաճարակային իրավիճակ — NCDC Armenia.
<https://ncdc.am/activity/newsletters/epidemic-situation/>. Accessed October 7, 2020.
 134. Բռնկումներ — 2019 — NCDC Armenia. <https://ncdc.am/it-is-useful-to-know/outbreaks/outbreaks-2019/>. Accessed October 7, 2020.
 135. Statistical Committee of the Republic of Armenia. <https://www.armstat.am/en/>. Accessed August 14, 2020.
 136. Հայաստանի ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի հետազոտություն (ՀԺԱՀ) | Առողջապահության ազգային ինստիտուտ.
<https://nih.am/am/publications/dhs>. Accessed October 7, 2020.
 137. Հաշվետվություն - “Հիդրոդերևութաբանության և մթնոլորտային երևույթների վրա ակտիվ ներգործության ծառայություն” ՊՈԱԿ - ՀՀ արտակարգ իրավիճակների նախարարություն.

<http://www.mes.am/hy/meteo-reports/>. Accessed October 9, 2020.

ԱՂՅՈՒՍԱԿՆԵՐ

Աղյուսակ 1. Մահացության ընդհանուր պատճառները, 2018թ.

Մահացության պատճառը		Մահացության մակարդակը, 1990թ. <i>100 000 բնակչի հաշվով</i>	Մահացության մակարդակը, 2018թ. <i>100 000 բնակչի հաշվով</i>
1.	Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	305.9	487.6
2.	Նորագոյացություններ	99.9	175.1
3.	Շնչառական համակարգի հիվանդություններ	83.6	66.6
4.	Ուղեղանոթային հիվանդություններ	55.6	62.2
5.	Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	50.3	41.0
6.	Պատահարներ, թունավորումներ, վնասվածքներ	21.1	35.6
7.	Շաքարային դիաբետ	14.0	19.5
8.	Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	13.6	5.9
9.	Վեկտորով փոխանցվող և մակաբուծային հիվանդություններ	13.0	5.5

Աղյուսակ 2. Պետական և մասնավոր ԱԱՊ և ստացիոնար հիվանդանոցների քանակն ըստ մարզերի

Մարզ	ԱԱՊ	Ստացիոնար
Երևան	138	53
Արագածոտն	24	6
Արարատ	60	6
Արմավիր	60	4
Գեղարքունիք	40	7
Լոռի	41	7
Կոտայք	47	10
Շիրակ	32	15
Սյունիք	17	7
Վայոց Ձոր	8	3
Տավուշ	27	7
Ընդամենը	494	125

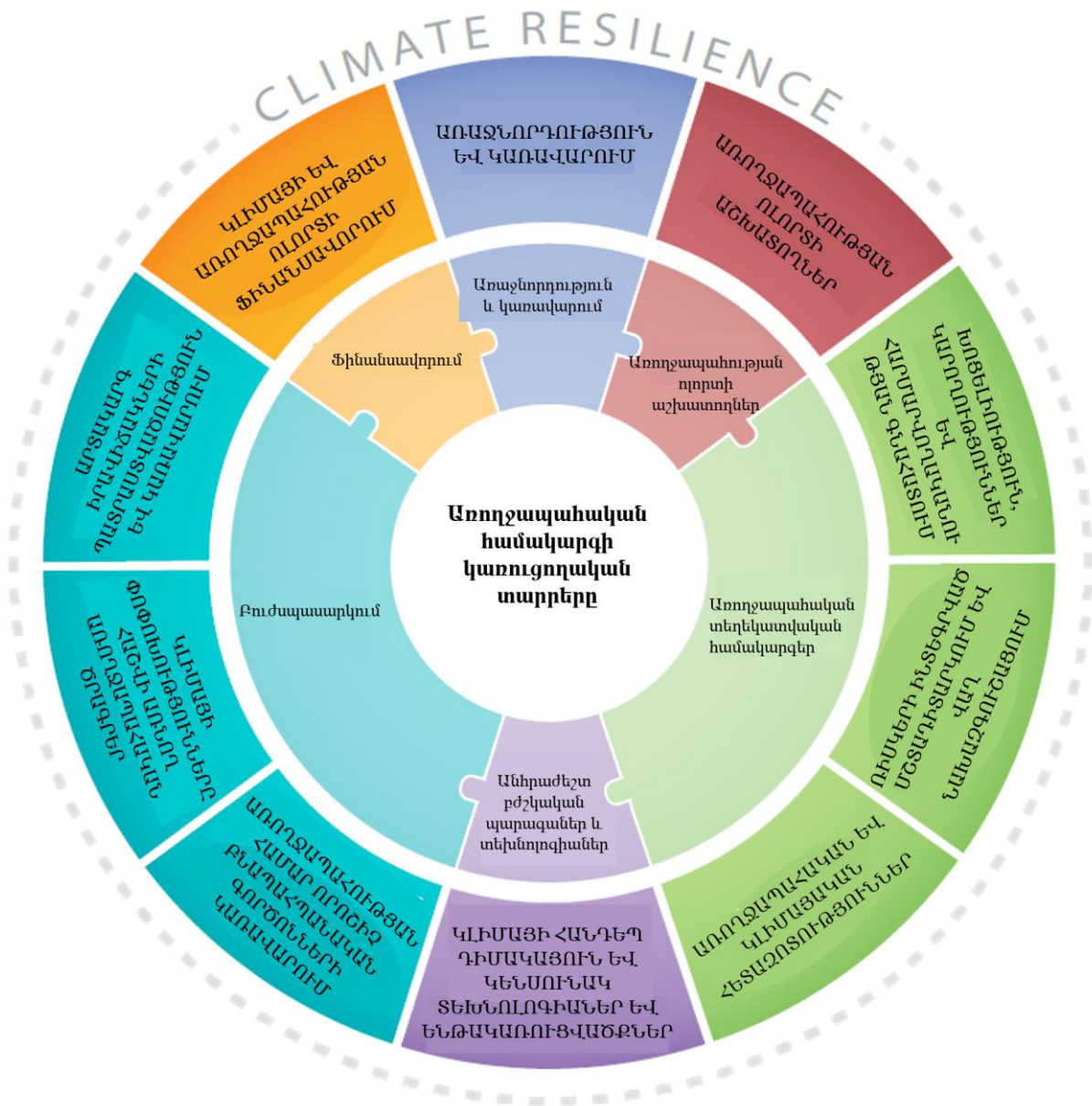
Աղյուսակ 3. Կլիմայի փոփոխության և առողջության հետ կապված համապատասխան տվյալներ հավաքող կազմակերպություններ

Կազմակերպության անվանումը	Տվյալների տեսակը
<p>Առողջապահության նախարարություն, Ակադեմիկոս Ս.Ավդալբեկյանի անունով Առողջապահության ազգային ինստիտուտի տեղեկատվական վերլուծական կենտրոն http://nih.am/am</p>	<p>Առողջության վիճակագրություն</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Առողջության և առողջապահության վիճակագրական տարեգիրք</i> (Առողջության և առողջապահության համակարգի գործունեության հիմնական ցուցանիշներ, Առողջապահական հաստատությունների գործունեություն, Ոչ վարակիչ և փոխանցվող հիվանդությունների հետ կապված իրավիճակ, Մարզի վիճակագրություն, բաշխում ըստ տարիքի և սեռի) • <i>Հայաստանի առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատումը</i> (Ժողովրդագրական, առողջապահական ցուցանիշների, հիվանդացության և մահացության վերլուծություն ըստ նոգոլոգիաների, տարիքի և սեռի)
<p>Առողջապահության նախարարություն, Հիվանդությունների կանխարգելման և վերահսկման ազգային կենտրոն ՊՈԱԿ https://ncdc.am/</p>	<p>Առողջության վիճակագրություն</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Հաշվետվություններ</i> (վարակիչ հիվանդությունների, սննդային և քիմիական թունավորումների, ճառագայթահարման հետ կապված համաճարակաբանական իրավիճակ. Ըստ տարիքային խմբերի, գյուղական և քաղաքային բնակչության, ամսական և տարեկան)
<p>ՀՀ վիճակագրական կոմիտե (Armstat) https://www.armstat.am/am/ https://www.armstat.am/am/</p>	<p>Պաշտոնական վիճակագրությունը Հայաստանում</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ժողովրդագրական և առողջապահական հետազոտության հաշվետվություններ</i> (առողջապահական տարբեր ցուցանիշներ, սոցիալ-տնտեսական ցուցանիշներ, տարանջատված) • <i>Վիճակագրական հաշվետվություններ</i> (կյանքի պայմաններ, սոցիալ-ժողովրդագրական վիճակ, տնային տնտեսություններ և այլն. Տարեգրքեր և ամսական հաշվետվություններ)
<p>Հիդրոոդերևութաբանության և մոնիթորինգի կենտրոն ՊՈԱԿ, Շրջակա միջավայրի նախարարություն http://www.mnp.am/am/pages/217 http://www.mnp.am/hy/pages/217</p>	<p>Բնապահպանական տվյալներ (տարաբնույթ օրական, ամսական և տարեկան տվյալներն ըստ գտնվելու վայրի և ցուցանիշների)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Օդերևութաբանական տվյալներ</i> (հրապարակված հաշվետվություններ, կլիմայի ամսական ակնարկ և կանխատեսումներ)

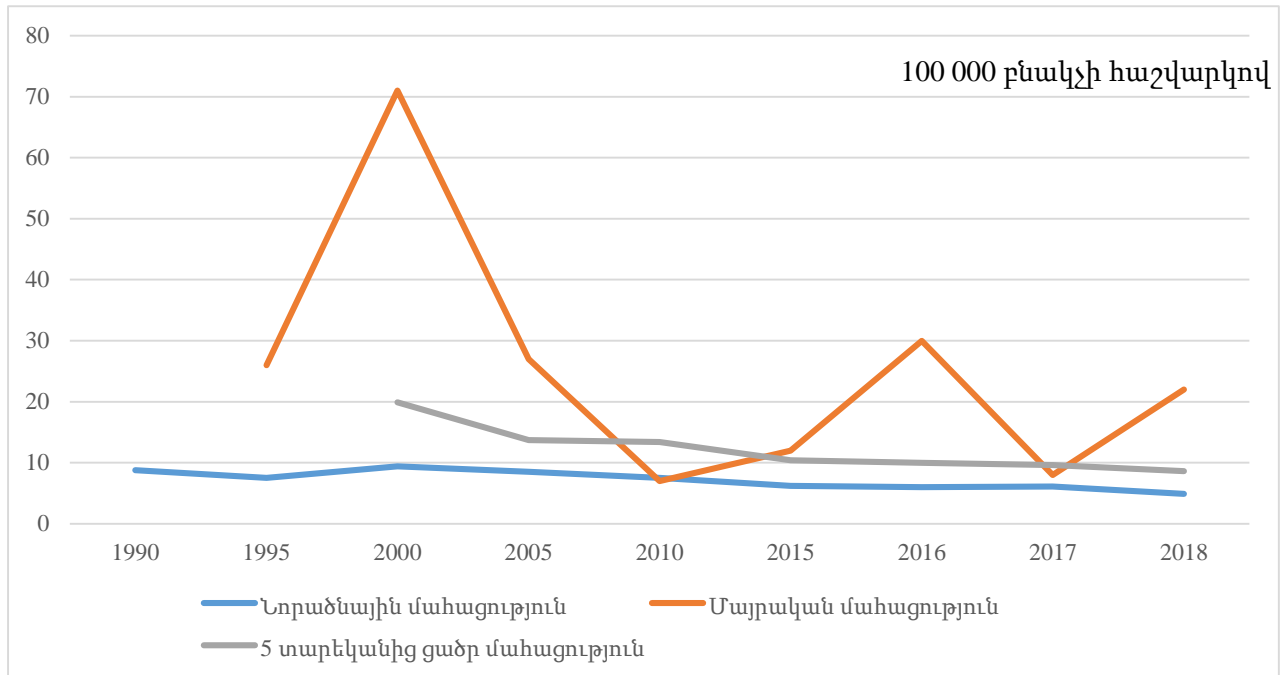
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Օղի</i> որակը (օղի աղտոտիչներ, ներառյալ ծծմբի երկօքսիդ, ազոտի օքսիդներ, ածխածնի օքսիդ, փոշու և վերգետնյա օզոնային շերտ, ծծմբի երկօքսիդ և ազոտի երկօքսիդ մշտադիտարկում:) • <i>Ջրի որակը</i> (մակերեսային և ստորերկրյա ջրերի որակի մոնիթորինգի տվյալներ. Մինչև 45 ֆիզիկաքիմիական ցուցանիշներ) • <i>Անտառների և թափոնների մոնիթորինգ</i>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ԳԾԱՊԱՏԿԵՐՆԵՐ

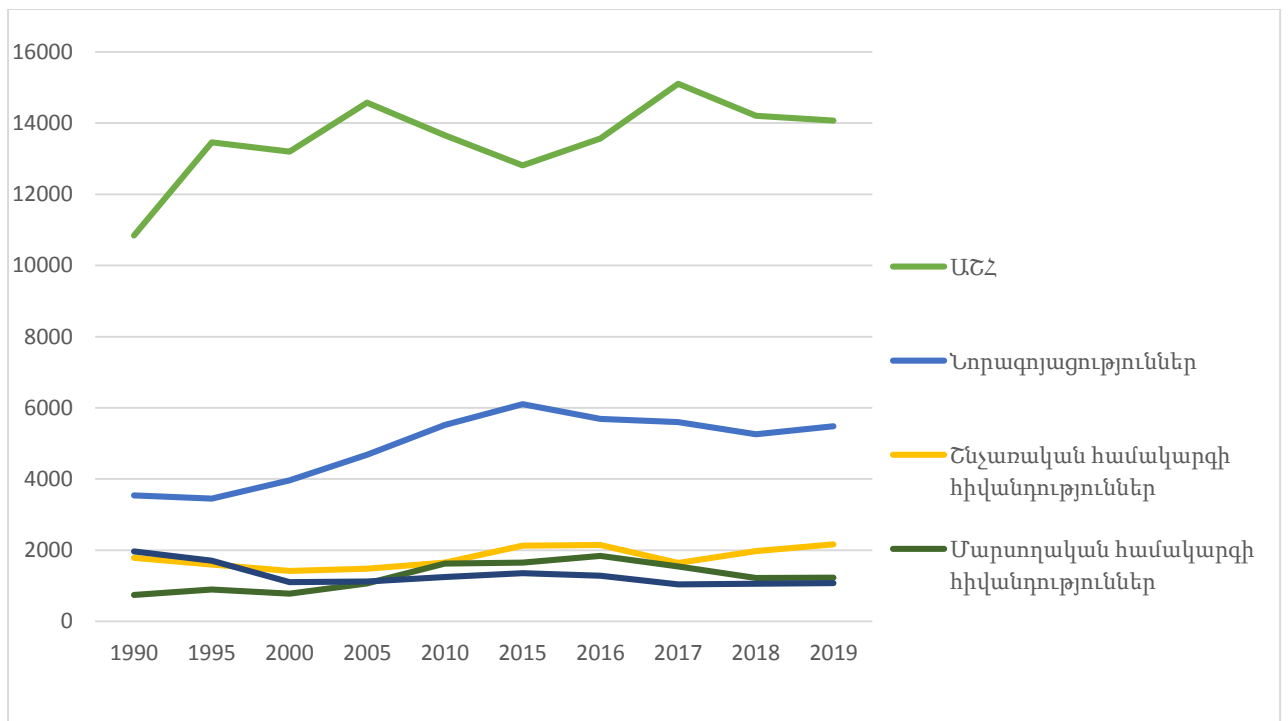
Գծ ապատկ էր 1: ԱՀ Կ կ լ ի մ այ ի հ ան դ ե պ դ ի մ ակ այ ու ն առ ո դ ջ ապահ ակ ան հ առ ակ աք գ ի 2 ը ջ ան ակ



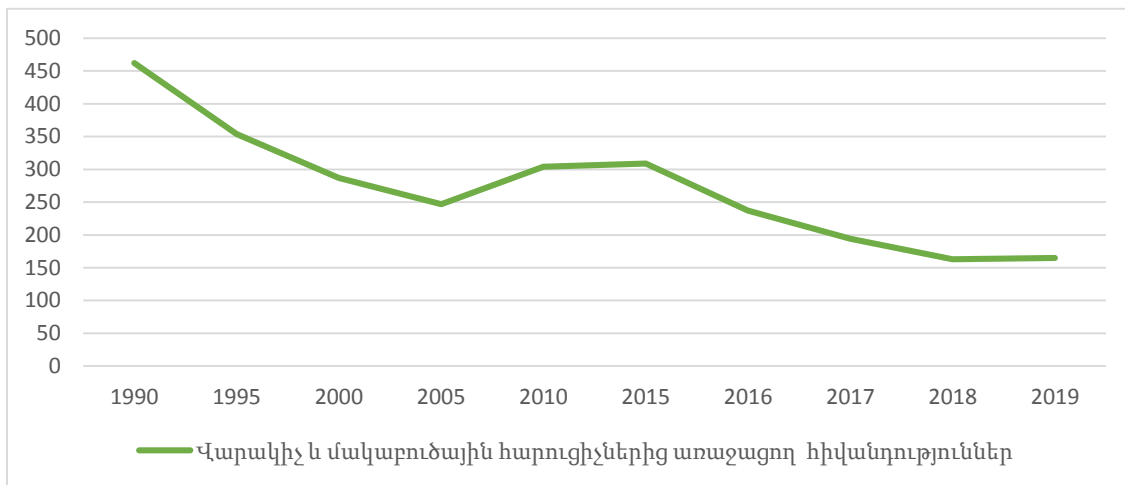
Գծապատկեր 2. Մոր և նորածնային մահացության ցուցանիշների միտումները, 1990-2018թթ.



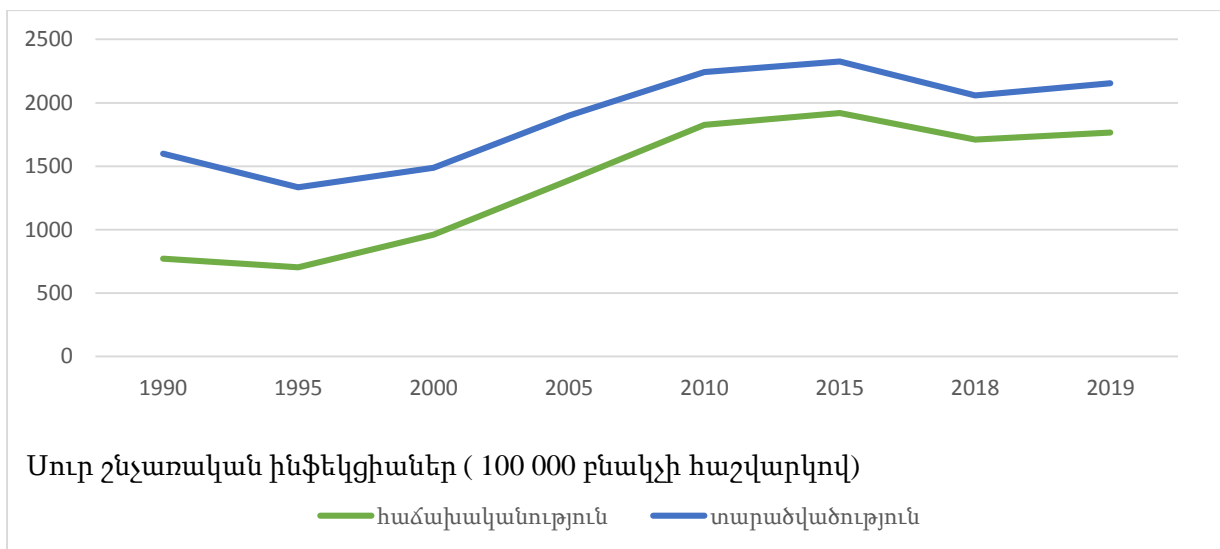
Գծապատկեր 3. Մահացության ընդհանուր պատճառների միտումները՝ բացարձակ արժեքներով, 1990-2019թթ.



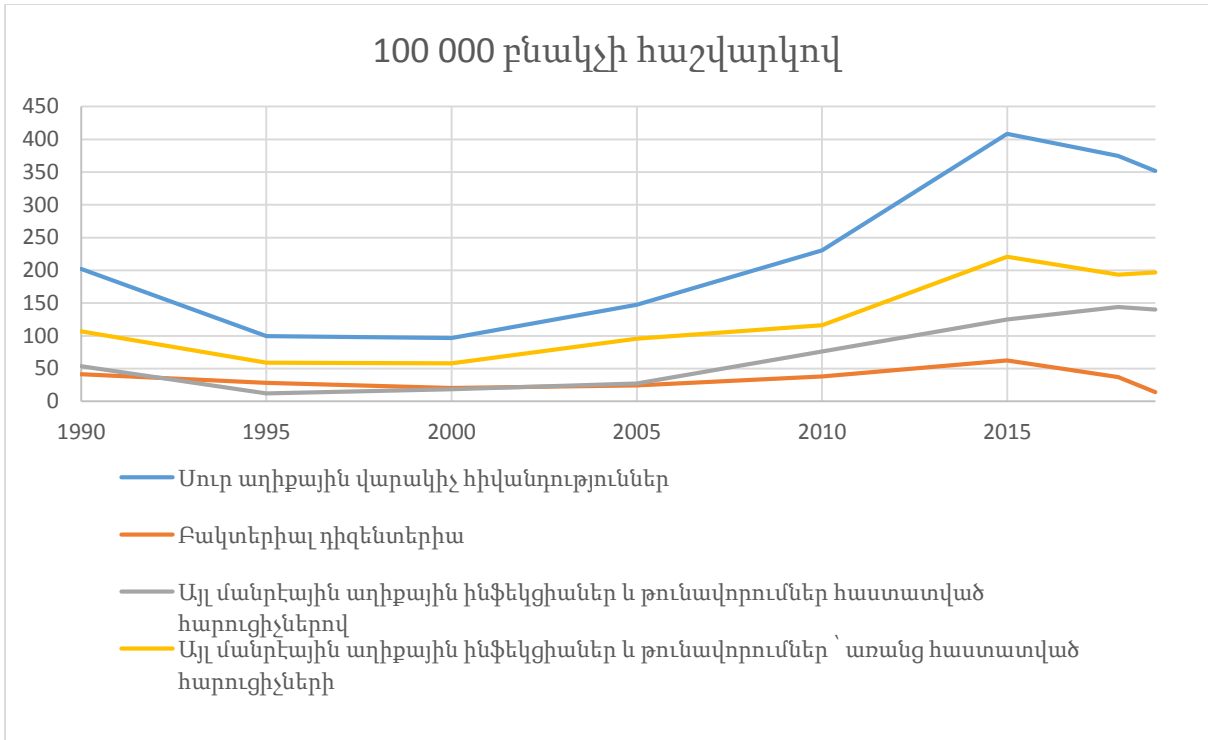
Գծապատկեր 4. Որոշ վարակիչ և մակարուծային հիվանդություններից մահացությունների թիվը, 1990-2019թթ.



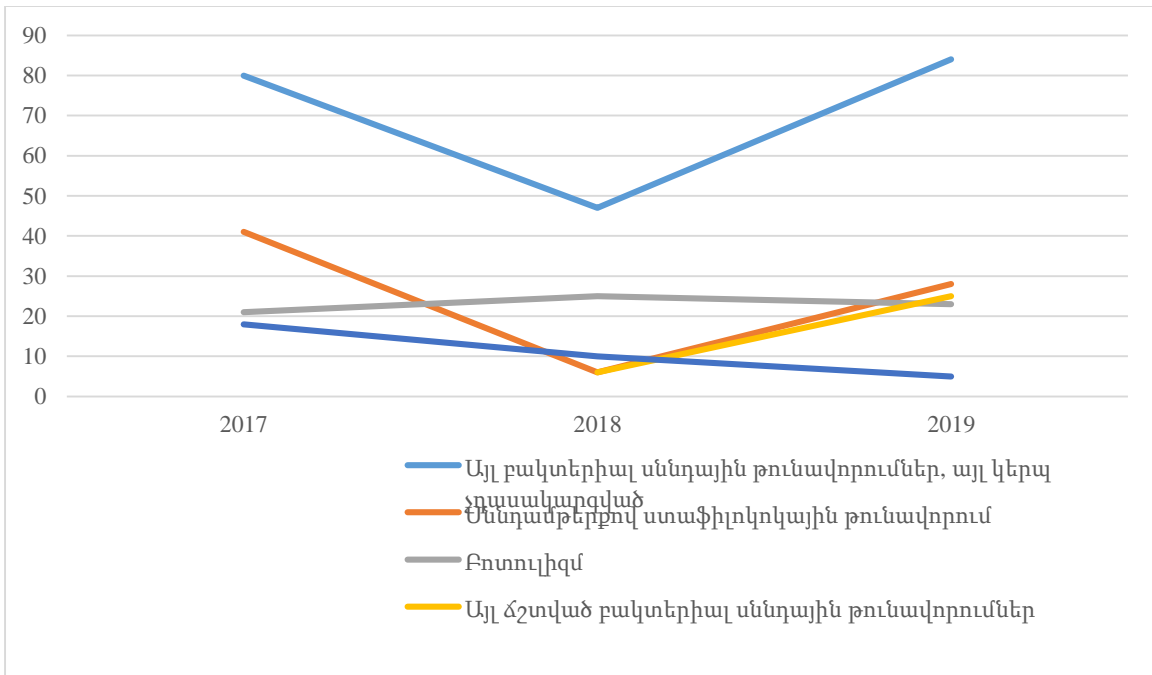
Գծապատկեր 5. Որոշ վարակիչ և մակարուծային հիվանդությունների հիվանդացության և տարածվածության մակարդակները 15 տարեկան և բարձր տարիքի անձանց շրջանում, 1990-2019թթ.



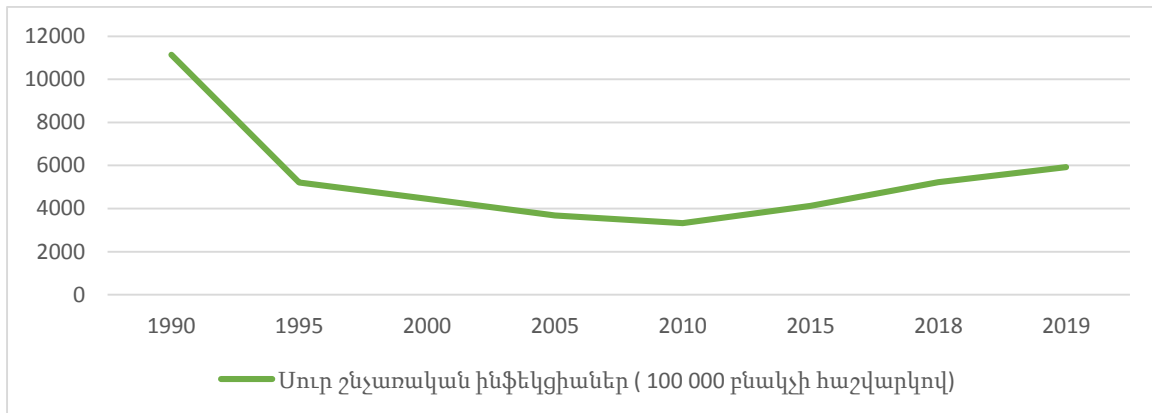
Գծապատկեր 6. Մուր աղիքային վարակիչ հիվանդությունների տարածվածության մակարդակը, 1990-2019թթ.



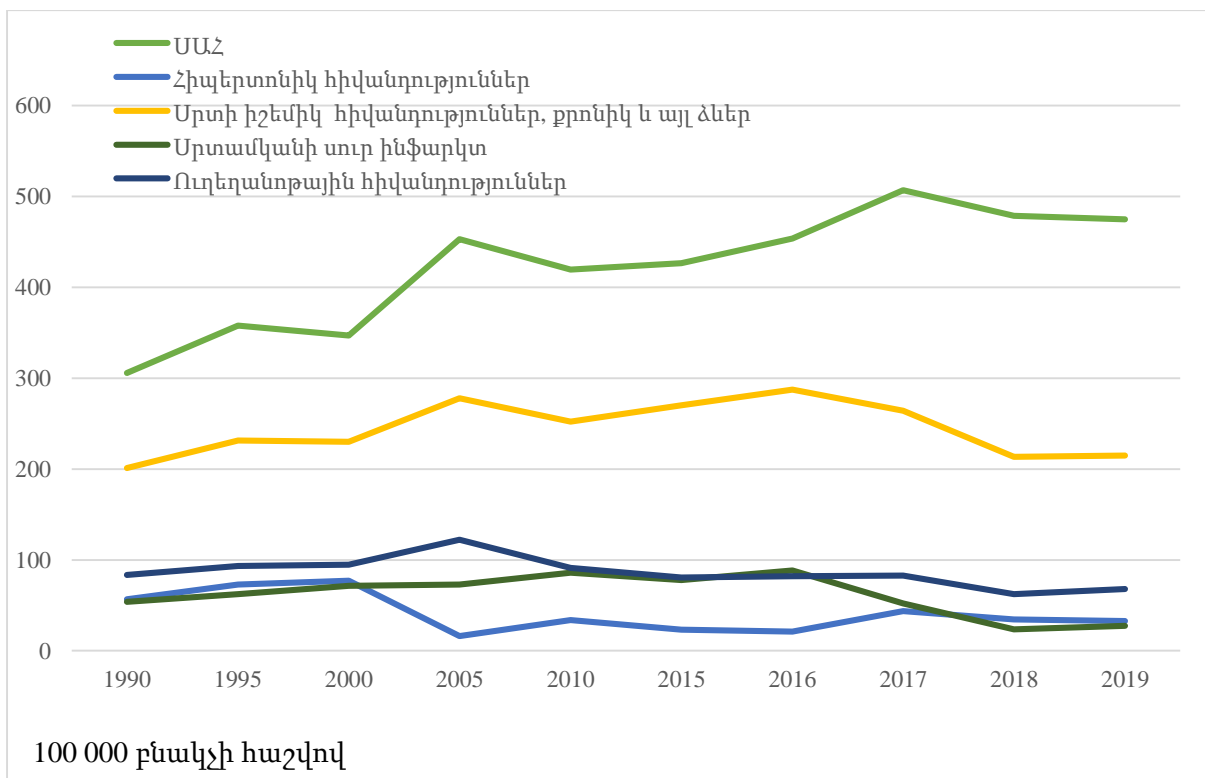
Գծապատկեր 7. Սննդային բակտերիալ թունավորումների քանակը, 2017-2019



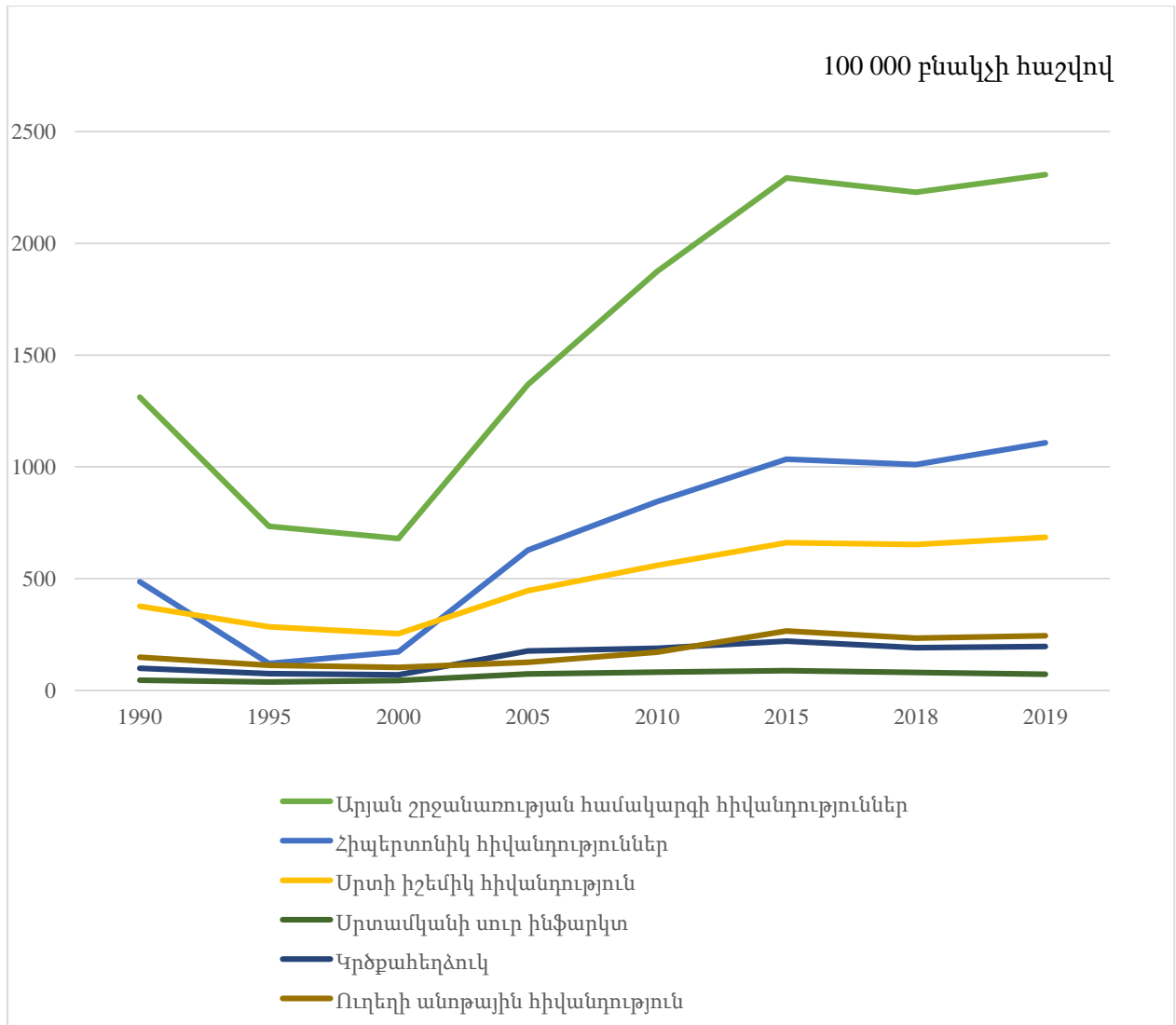
Գծապատկեր 8. Սուր շնչառական վարակների տարածվածության մակարդակը, 1990-2019թթ.



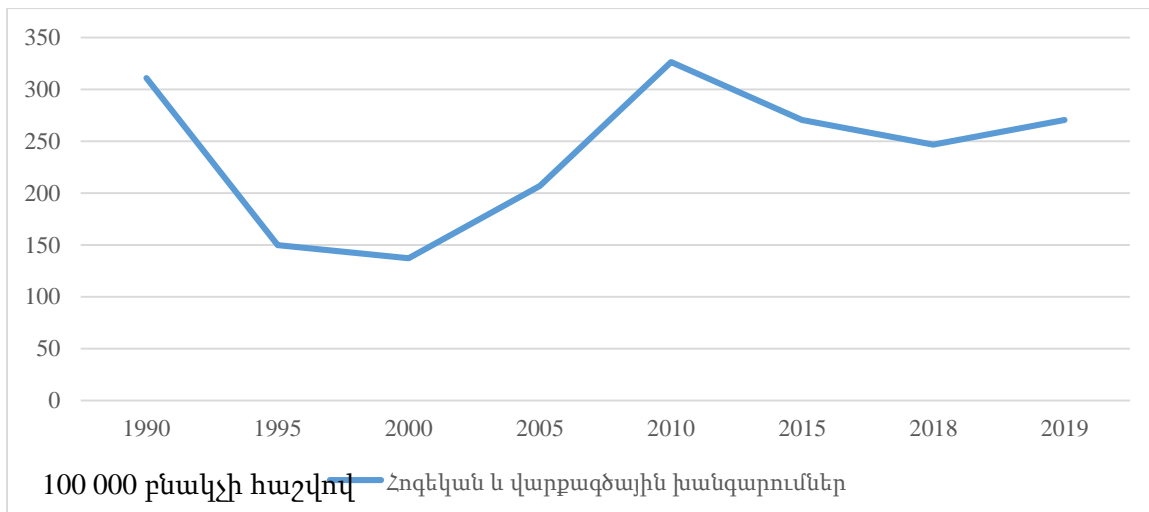
Գծապատկեր 9. ԱՇՀ հիվանդությունների պատճառով մահացության մակարդակն ըստ նոզոլոգիաների, 2009-2019թթ 9



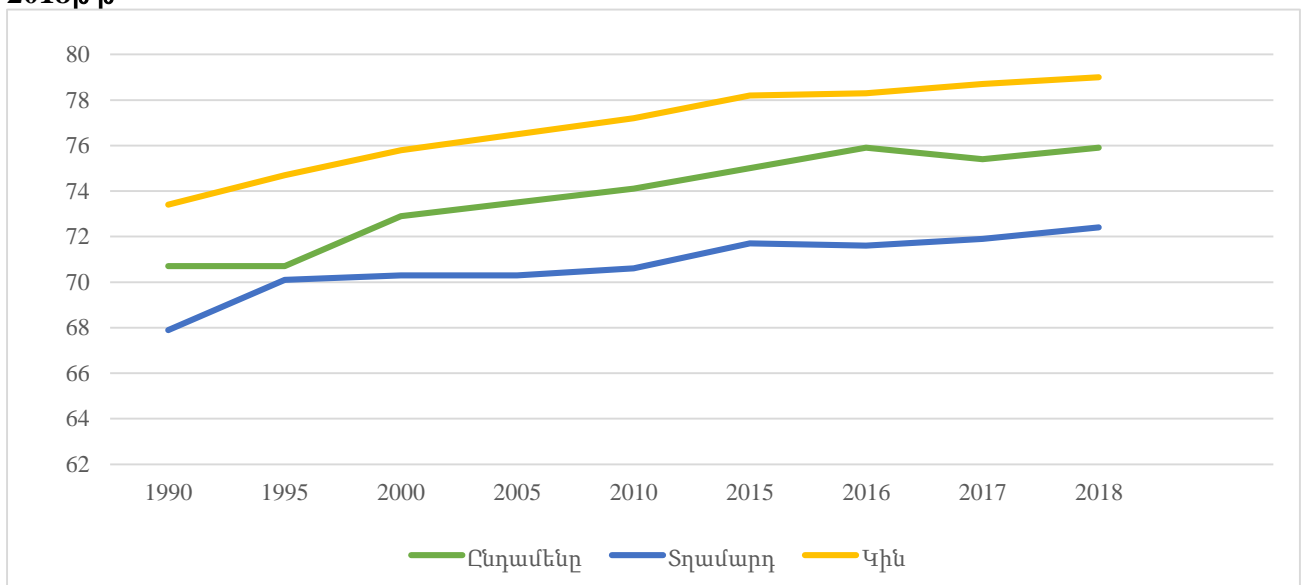
Գծապատկեր 10. ԱՇՀ-ի հիվանդությունների տարածվածությունն ըստ նոզոլոգիաների 1990-2019թթ.



Գծապատկեր 11. Հոգեկան և վարքագծային խանգարումների տարածվածությունը, 100 000 բնակչի հաշվով, 1990-2019թթ.



Գծապատկեր 12. Կյանքի տևողության միտումներն ըստ սեռերի, 1990-2018թթ.



ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

Հավելված 1: Որակական գնահատման մեջ ներգրավված կազմակերպությունների ցուցակ

Կազմակերպություններ	Մասնակիցների քանակը
ՀՀ հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոն	3
«Հիդրոօդերևութաբանության և մոնիտորինգի կենտրոն» պետական ոչ առևտրային կազմակերպություն	2
ՀՀ առողջապահության ազգային ինստիտուտ	1
Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան	1
ՀՀ առողջապահության և աշխատանքի տեսչական մարմին	1
ՀՀ կառավարության սննդամթերքի անվտանգության տեսչական մարմին	1
ՅՈՒՆԻՍԵՖ	1
ՀՀ արտակարգ իրավիճակների նախարարություն	1
ՀՀ շրջակա միջավայրի նախարարություն	1
Հայկական Կարմիր խաչի ընկերություն	1
Հասարակական կազմակերպություններ (ՀԿ)	1
Անկախ փորձագետներ	1

Հավելված 2. Խորացված հարցազրույցի ուղեցույց փորձագետների համար

ՀՀ ԱՆ մասնագետների համար խորացված հարցազրույցի ուղեցույց

Եկեք խոսենք կլիմայի փոփոխության, դրա առողջության վրա ազդեցության, հարմարվողականության միջոցառումների և դրա կառավարման մասին:

1. Ի՞նչ կարծիք ունեք Հայաստանի բնակչության վրա կլիմայի փոփոխության հնարավոր ազդեցության մասին:
2. Խնդրում եմ նկարագրել կլիմայի փոփոխության ոլորտում ԱՆ-ի ձեռնարկած գործողությունները: Խնդրում եմ նկարագրել կլիմայի նկատմամբ զգայուն առողջապահական խնդիրների կառավարմանն ուղղված ցանկացած ընթացիկ և անցյալում իրականացված հարմարվողականության գործողություններ/ծրագրեր:
 - a. Խնդրում եմ նշել առողջապահական համակարգի հարմարվողականությանը վերաբերող նախկինում իրականացված կամ ընթացիկ ցանկացած ծրագիր: Ի՞նչ կասեք դրանց արդյունավետության մասին:
3. ՀՀ կառավարության կողմից կլիմայի փոփոխության հարմարվողականության միջոցառումներին որքա՞ն առաջնահերթություն է տրվում: Ինչպե՞ս են կլիմայի փոփոխությունները հաշվի առնվում կլիմայի նկատմամբ զգայուն հիվանդությունների քաղաքականության մշակման, պլանավորման և կառավարման գործընթացներում (*օրինակ՝ ոչ վարակիչ հիվանդություններ, վեկտորներով փոխանցվող հիվանդություններ, սնուցում, վարակիչ հիվանդություններ, աղետների ռիսկի նվազեցում*):
4. Իրավական ի՞նչ փաստաթղթեր (օրենքներ, ռազմավարություն և ընթացակարգեր) են համակարգում Հայաստանում առողջության հարմարվողականության միջոցառումները:
 - a. Որքանո՞վ են այդ օրենքները ներառական և նպատակային (*առողջության խոցելիություն, սոցիալ-տնտեսական գործոններ, գենդերային արդարություն*): Ի՞նչ բացեր եք տեսնում այս առումով: Ինչպե՞ս կարելի է ուժեղացնել այդ քաղաքականությունները:
 - b. Ո՞ր մարմիններն են պատասխանատու հարմարվողականության քաղաքականության կամ միջոցառումների մշակման համար: Ի՞նչ կառույցներ, ստորաբաժանումներ, աշխատանքային խմբեր կան առողջապահության ոլորտում կլիմայի փոփոխության առողջության վրա ազդեցությունները կառավարելու համար: Որո՞նք են նրանց հիմնական պարտականությունները:

5. Ազգային մակարդակով ի՞նչ միջգերատեսչական համագործակցություններ կան ԱՆ-ի և հիմնական շահագրգիռ կողմերի միջև՝ կլիմայի փոփոխության և դրա առողջական հետևանքների նվազեցմանն ուղղված գործողություններ իրականացնելու համար (*օրինակ՝ Առողջապահության և աշխատանքի տեսչական մարմին, Օդերևութաբանական ծառայություններ, Բնապահպանության նախարարություն, Արտակարգ իրավիճակների նախարարություն, Տարածքային կառավարման և ենթակառուցվածքների նախարարություն, Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարություն և այլն*):
- Ինչպե՞ս կրնա գրեք առողջապահական և առողջությանը առնչվող ոլորտների միջգերատեսչական համագործակցությունները՝ տեղեկատվության և գործունեության տեսանկյունից, և որտե՞ղ են առանցքային բացերն ու խոչընդոտները:
 - Ինչպե՞ս կրնա գրեք ներկայիս միջգերատեսչական համագործակցությունը աղետների, ջրի, թափոնների, սննդի և օդի աղտոտման հետ կապված առողջության ռիսկերը կանխելու համար (*օր.՝ շրջակա միջավայր և առողջություն, վեկտորների հսկողություն, ջուր և սանիտարա-հիգիենիկ պայմաններ, աղետների կառավարում, առողջապահական տեղեկատվական համակարգեր, քաղաքականություն և ֆինանսներ*):
 - Խնդրում եմ նկարագրել բոլոր բացերն ու մարտահրավերները, որոնք խոչընդոտում են ԱՆ և այլ շահագրգիռ կողմերի, այդ թվում՝ ՀԿ-ների, արդյունավետ բազմաճյուղային համագործակցությանը: Ինչպե՞ս կարելի է այն բարելավել:
6. Ինչպե՞ս է առողջապահական համակարգը օգտագործում կլիմայի փոփոխության և առողջության վերաբերյալ առկա տեղեկատվությունը: Ինչպե՞ս են մեկնաբանվում և օգտագործվում կլիմայի փոփոխության ազգային հաղորդագրությունները: Ովքե՞ր են պատասխանատու այդ գործունեության համար:
- Խնդրում եմ մեկնաբանել առողջապահական համակարգի հետազոտական կարողությունները կլիմայի փոփոխության և մարդու առողջության միջև կապի վերաբերյալ: Ինչպե՞ս կարելի է այն ուժեղացնել: Որո՞նք են առողջապահական համակարգի կարիքներն այս առումով:
7. Խնդրում եմ նկարագրել, թե ինչպես է տեղի ունենում հաղորդակցությունը (health communication) առողջապահության ոլորտում (*առողջապահական ոլորտի ներսում, բնակչության հետ, այլ ոլորտների հետ*):

8. Որո՞նք են այն հիմնական մարտահրավերները, որոնք խոչընդոտում են առողջապահական համակարգի հարմարվողականությանը երկրում:

- a. Ի՞նչ էք կարծում կլիմայի փոփոխությանը առողջապահության ոլորտի հարմարվողականության միջոցառումների համար հատկացված ֆինանսական միջոցների առկայության/բավարար լինելու մասին:
- b. Ի՞նչ էք կարծում կլիմայի նկատմամբ զգայուն առողջական խնդիրների ռիսկերը կառավարելու համար անհրաժեշտ առողջապահական նյութերի և սարքավորումների առկայության մասին (օր.՝ *պատվաստանյութեր կլիմայի նկատմամբ զգայուն հիվանդությունների համար*): Կարող էք նշել, որո՞նք են հիմնական առկա խոչընդոտները:

Եկեք քննարկենք առողջապահական աշխատուժը և առողջապահական ոլորտի հարմարվելու կարողությունը:

9. Ի՞նչ կարծիքի էք կլիմայի առողջական հետևանքների դեմ պայքարելու առողջապահական համակարգի կազմակերպչական կարողությունների (organizational capacity) մասին (օրինակ՝ *բավարար առողջապահական ոլորտի մասնագետներ ծայրահեղ եղանակային պայմանների և հիվանդությունների բռնկումների դեպքում, կարողությունների զարգացման պլաններ, հաղորդակցման ծրագրեր, բավարար առողջապահական հաստատություններ*):

10. Խնդրում եմ հայտնել Ձեր կարծիքը մարդկային ռեսուրսների վերաբերյալ (*ներառյալ բուժաշխատողներ, առողջապահության կազմակերպիչներ, փորձագետներ, գիտնականներ, հետազոտողներ և այլն*) և նրանց կարողություններն ու հմտությունները (օրինակ՝ *կլիմայական տեղեկատվության ըմբռնումը և օգտագործումը առողջության պահպանման համար, որոշումների կայացմանը մասնակցելը, միջոլորտային մշտադիտարկումը, հետազոտությունների և միջամտությունների իրականացումը և առողջապահական համակարգի գործունեության փոփոխվող ռիսկերին համապատասխան առողջության արդյունավետ կառավարումը*):

11. Ի՞նչպես կգնահատեք առողջապահության ոլորտի մասնագետների տեխնիկական և մասնագիտական կարողությունները՝ կլիմայի փոփոխության առողջության ռիսկերը հաղթահարելու տեսանկյունից (օր.՝ *կլիմայի փոփոխության առողջության ռիսկերի, նրանց պարտականությունների, համապատասխան առողջապահական ծառայություններ հայտնաբերելու և տրամադրելու կարողության վերաբերյալ գիտելիքներ*):

12. Խնդրում եմ նկարագրել առողջապահական համակարգի կազմակերպչական կարողությունների հիմնական բացերը՝ կլինայի փոփոխության առողջական ռիսկերը հաղթահարելու համար:
- a. Առողջապահական ոլորտի մասնագետների կարողությունների զարգացման համար հետագա միջամտությունների (*օրինակ՝ դասընթացների*) անհրաժեշտություն տեսնո՞ւմ եք:
13. Ի՞նչ կարծիքի եք բուժանձնակազմի և հասարակության համար առողջապահական հաստատությունների մատչելիության/հասանելիության մասին՝ կլինայի փոփոխության հետ կապված արտակարգ իրավիճակների դեպքում, ինչպիսիք են ջրհեղեղները (*օրինակ՝ տրանսպորտի հասանելիություն*): Նման խնդիրները դիտարկվո՞ւմ են քաղաքականությունների մշակման մակարդակում:
14. Ի՞նչ կասեք բնակչության համար բաց տարածքների բավարար առկայության և հասանելիության մասին (*օրինակ՝ կանաչ տարածքներ*): Արդյո՞ք ԱՆ-ն վերահսկում է դրանց հասանելիության մակարդակը: Տեսնո՞ւմ եք նման հետազոտության / տեղեկատվության անհրաժեշտություն:

Եկեք ամփոփենք հարցազրույցը:

15. Ի՞նչ կառաջարկեք կլինայի փոփոխության հետևանքներին Հայաստանի առողջապահական համակարգի հարմարվողականությունը բարելավելու համար: Ի՞նչ հնարավորություններ եք տեսնում կլինայի փոփոխությանը առողջապահության ոլորտի արձագանքն ուժեղացնելու համար:

**Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարհգելման ազգային կենտրոնի
մասնագետների համար խորացված հարցազրույցի ուղեցույց**

*Եկեք խոսենք կլինայի փոփոխության, դրա առողջության վրա ազդեցության,
հարմարվողականության միջոցառումների մասին:*

1. Ի՞նչ կարծիք ունեք Հայաստանի բնակչության վրա կլինայի փոփոխության հնարավոր ազդեցության մասին:
2. Խնդրում եմ, նկարագրեք ՀՎԿԿ-ի հիմնական գործառնությունները կլինայի փոփոխության հետևանքներին առողջապահական համակարգի հարմարեցման միջոցառումների իրականացման գործում:
3. Ինչպիսի հատուկ գործողություններ են իրականացվում ազգային, տարածաշրջանային և համայնքային մակարդակներում՝ կլինայի փոփոխության հետևանքներին առողջապահական համակարգի հարմարեցման համար: Խնդրում եմ նկարագրել նաև պետական և մասնավոր առողջապահական կառույցների ներգրավվածությունը: Ինչպե՞ս է ՀՎԿԿ-ն համակարգում այդ միջոցառումները:
 - a. Խնդրում ենք նկարագրել առողջության հարմարեցման նախկինում իրականացված և/կամ ընթացիկ ցանկացած ծրագիր/նախագիծ: Ի՞նչ կասեք դրանց արդյունավետության մասին:
4. Ո՞ր կազմակերպությունների հետ է համագործակցում կամ համագործակցել ՀՎԿԿ- ն նշված միջոցառումներն իրականացնելու համար: Որո՞նք են այդ համագործակցության ամենաուժեղ և թույլ կողմերը:
5. Ի՞նչ տեղեկատվական համակարգեր են օգտագործվում առողջապահական համակարգի դիմադրողականությունը բարելավելու համար (*օր.՝ բջջային կապ՝ արտակարգ իրավիճակների արձագանքի բարելավման համար, e-Health՝ շրջակա միջավայրի և առողջության վերաբերյալ տվյալների վերլուծության համար*):
6. Ձեր կարծիքով, կլինայի փոփոխության առողջական ռիսկերը համապարփակորեն նկարագրված են Հայաստանի ազգային հաղորդագրությունների խոցելիության և հարմարվողականության գնահատման մեջ: Ի՞նչ թերություններ կարող եք նշել խոցելիության և հարմարվողականության գնահատման մեջ (*օր.՝ մեթոդաբանություն*): Ի՞նչ կարելի է անել խոցելիության և հարմարվողականության գնահատումները ավելի որակյալ և արդյունավետ դարձնելու համար, մասնավորապես ապացույցների վրա հիմնված քաղաքականությունների մշակման համար:
7. Ի՞նչ միջամտություններ են իրականացվել ի պատասխան խոցելիության և հարմարվողականության գնահատման արդյունքների, մասնավորապես՝ ուղղված կլինայի փոփոխությանը առողջապահության հարմարվողականությանը: Ինչպե՞ս են օգտագործվում խոցելիության և հարմարվողականության գնահատման արդյունքները ռեսուրսների բաշխման և արդյունավետ միջամտություններ մշակելու նպատակով՝ առողջապահության և հարակից ոլորտներում:

- a. Ո՞ր համայնքներն են առավել զգայուն կլիմայի փոփոխության առողջական ռիսկերի նկատմամբ: Ի՞նչ գործողություններ են իրականացվում այդ խոցելի համայնքներում կլիմայի փոփոխության առողջապահության հարմարվողականությանն օժանդակելու համար:
 - b. Օրինակ՝ կլիմայի նկատմամբ զգայուն տարածքներում, ինչպիսին է Վայոց Ձորը, կամ կլիմայի նկատմամբ զգայուն հիվանդությունների կառավարման ոլորտում:
8. Ինչպիսի՞ հսկողության համակարգեր կան, որոնք վերահսկում և կառավարում են կլիմայի նկատմամբ զգայուն առողջապահական ռիսկերն ու հիվանդությունները (*ինչպես վարակիչ, այնպես էլ ոչ վարակիչ*), որոնք նկարագրված են խոցելիության և հարմարվողականության գնահատումներում: Օրինակ՝
- a. Վաղ հայտնաբերման գործիքներ (*օրինակ՝ արագ ախտորոշում*) կլիմայի նկատմամբ զգայուն հիվանդությունների հանդիպման հաճախականությունը վերահսկելու համար:
 - b. Առողջության ռիսկերի և արդյունքների աշխարհագրական և սեզոնային բաշխման վերահսկում (*օրինակ՝ ռիսկերի քարտեզագրում*):
 - c. Եղանակային ծայրահեղ իրադարձությունների և կլիմայի նկատմամբ զգայուն հիվանդությունների (*օրինակ՝ ջերմային ալիքներ, զոոնոտիկ հիվանդություններ*) վաղ նախազգուշացման համակարգերի ստեղծում:
9. Խնդրում եմ նկարագրել առողջապահության ոլորտի ներկայիս պրակտիկան՝ կլիմայի հետ կապված տվյալների և տեղեկատվության ստացման, մեկնաբանման և կիրառության վերաբերյալ:
- a. Կլիմայի փոփոխության և առողջության վերաբերյալ ի՞նչ տվյալներ են հավաքվում:
 - b. Ինչպե՞ս է առողջապահության ոլորտը ձեռք բերում, մեկնաբանում և կիրառում կլիմայի հետ կապված տվյալներն ու տեղեկությունները: Ինչպե՞ս են օդերևութաբանական տեղեկությունները օգտագործվում մարդու առողջությունը պաշտպանելու համար: Ինչպե՞ս է այն հաղորդվում հիմնական շահագրգիռ կողմերին:
 - c. Հիդրոօդերևութաբանական ծառայության և ԱՆ-ի միջև կա՞ն տվյալների փոխանակման մեխանիզմներ: Ովքե՞ր են պատասխանատու: Ո՞վ և ինչպե՞ս է ստանում այս տեղեկատվությունը: ԱՆ ո՞ր բաժնի գործառույթն է դա:
 - d. Որքա՞ն հաճախ և ինչպե՞ս է տեղի ունենում այս տեղեկատվական հաղորդակցությունը:
 - e. Դուք Հիդրոօդերևութաբանական ծառայությունից պահանջո՞ւմ եք տրամադրել հատուկ օդերևութաբանական տվյալներ: Ինչպե՞ս է որոշվում, թե ինչ տվյալներ պետք է հայցել:

- f. Ինչպե՞ս է տեղեկատվությունը հետազայում վերլուծվում և հաղորդվում մինչև առողջապահական ծառայությունների մատուցման բոլոր մակարդակներ և հարակից կառույցներ:
- g. Ինչպե՞ս է ԱՆ-ը տեղեկատվությունը փոխանցում բնակչությանը և խոցելի խմբերին:
- h. Ինչպե՞ս են հավաքվում, վերլուծվում և մեկնաբանվում առողջության բնապահպանական գործոնների վերաբերյալ տեղեկատվությունը (*օդի որակը, ջրի որակը, սննդի որակը, բնակարանների անվտանգությունը և թափոնների կառավարումը*) և համաճարակաբանական միտումները: Ովքե՞ր են պատասխանատու այդ գործունեության համար: Խնդրում եմ նկարագրել այս գործունեության բացերը:
- i. Ինչպե՞ս են տվյալներն օգտագործվում ազգային և տեղական մակարդակներում հանրային առողջության պահպանման, հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման քաղաքականության ու ռազմավարության նախագծման և իրականացման նպատակով:
- j. Ինչպե՞ս են օգտագործվում ռիսկերի քարտեզները և սեզոնային միտումները կլիմայազգայուն հիվանդությունների կանխարգելման գործում:

10. Խնդրում եմ մեկնաբանել առողջապահական համակարգի հետազոտական կարողությունները կլիմայի փոփոխության և մարդու առողջության միջև կապի վերաբերյալ: Ինչպե՞ս կարելի է այն ուժեղացնել: Որո՞նք են առողջապահական համակարգի կարիքներն այս առումով:

Այժմ մենք կքննարկենք կլիմայազգայուն հիվանդությունների վերահսկումը և կապակցված ծառայությունների մատուցումը:

- 11. Ինչպե՞ս են առողջապահության տարբեր հարցերի վերաբերյալ ընթացիկ ազգային ծրագրերը կապված կլիմայի փոփոխության առողջապահական ռիսկերի կառավարման հետ:
- 12. Խնդրում ենք նկարագրել, թե ինչ գործողություններ են իրականացվում առողջության հետևյալ ռիսկերը լուծելու համար.
 - a. Ծայրահեղ շոգ և ջերմային սթրես
 - b. Ջրի և սննդի միջոցով փոխանցվող հիվանդություններ
 - c. Ջոճատիկ և վեկտորով փոխանցվող հիվանդություններ
 - d. Ալերգիկ հիվանդություններ և սիրտ-շնչառական հիվանդություններ
 - e. Մնուցում
 - f. Հոգեկան առողջություն և հաշմանդամություն
 - g. Փոթորիկներ և ջրհեղեղներ
- 13. Ի՞նչ բացեր և խոչընդոտներ կառանձնացնենք կլիմայազգայուն հիվանդությունների վերահսկման գործընթացում:
- 14. Ինչպե՞ս է առողջապահական համակարգը մոբիլիզացնում իր ռեսուրսները՝ ծայրահեղ եղանակային իրադարձություններին

- արձագանքելու կամ վարակիչ հիվանդությունների բռնկումները վերահսկելու միջամտությունների իրականացման համար:
15. Ծայրահեղ եղանակային իրադարձությունների պայմաններում ռիսկերի նվազեցման, պատրաստվածության և արձագանքման ի՞նչ պլաններ կան: Արդյո՞ք դրանք համահունչ են միջազգային առաջարկություններին:
 16. Ինչպե՞ս կրնա կրթությունը առողջապահական համակարգի / հաստատությունների պատրաստվածությունը արտակարգ իրավիճակներին արձագանքելու համար: Ի՞նչ կասեք մարզերի և համայնքների մասին:
 17. Որքանո՞վ է հասարակությունը աջակցում կլիմայի փոփոխության ուղղությամբ աշխատանքներին: Ո՞րն է համայնքների դերը արտակարգ իրավիճակների պատրաստման և արձագանքման գործընթացում: Ի՞նչ է արվում՝ համայնքների կարողությունները զարգացնելու համար՝ ռիսկերը հայտնաբերելու, վտանգների ազդեցությունը կանխելու և ծայրահեղ եղանակային իրադարձություններում կյանքեր փրկելու գործողություններ ձեռնարկելու համար:

Եկեք անփոփե՛նք հարցազրույցը:

18. Ի՞նչ միջոցառումներ կառաջարկեք, որոնք կբարձրացնեն կլիմայի փոփոխությանը արձագանքելու Հայաստանի հարմարողական կարողությունները: Ի՞նչ հնարավորություններ եք տեսնում առողջապահության ոլորտի արձագանքն ուժեղացնելու համար:

**Հիդրոօդերևութաբանական ծառայության փորձագետների համար խորացված
հարցազրույցի ուղեցույց**

1. Ի՞նչ կարծիք ունեք Հայաստանի բնակչության վրա կլիմայի փոփոխության հնարավոր ազդեցության մասին:
2. Խնդրում եմ նշեք որևէ գործունեություն, որը Ձեր կազմակերպությունն իրականացնում է կլիմայի փոփոխության ոլորտում: Դրանք ներառո՞ւմ են մարդու առողջության բաղադրիչը: Որքանո՞վ են ազդեցիկ/արդյունավետ այդ գործողությունները: Խնդրում եմ նկարագրել:
3. Ի՞նչ տվյալներ են հավաքագրվում Ձեր կազմակերպությունում, որոնք ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն կապված են մարդու առողջության հետ (*օրինակ՝ կլիմայի, օդի և ջրի որակի և այլնի մասին*):
4. Ի՞նչ համագործակցություն կա Հիդրոմետ ծառայության և ԱՆ-ի միջև՝ կլիմայի փոփոխության և դրա՝ առողջական հետևանքների նվազեցմանն ուղղված գործողություններ իրականացնելու վերաբերյալ: Խնդրում եմ նկարագրել Ձեր համագործակցությունը:
 - a. Ի՞նչ հատուկ պարտավորություններ/դեր ունի Ձեր կազմակերպությունը կլիմայի փոփոխության նկատմամբ զգայուն առողջապահական ռիսկերը նվազեցնելու հարցում:
 - b. Խնդրում ենք նկարագրել Ձեր և այլ շահագրգիռ կողմերի միջև առկա միջգերատեսչական համագործակցությունը՝ աղետների, ծայրահեղ եղանակային իրադարձությունների և այլնի հետ կապված առողջական ռիսկերը կանխելու նպատակով:
 - c. Որո՞նք են այդ համագործակցության ուժեղ և թույլ կողմերը: Խնդրում ենք նկարագրել բացերը և մարտահրավերները, որոնք խոչընդոտում են Ձեր կազմակերպության և ԱՆ (նաև այլ ոլորտների) միջև արդյունավետ միջգերատեսչական համագործակցությանը: Ինչպե՞ս կարելի է դրանք բարելավել:
5. Խնդրում եմ նկարագրել Հիդրոօդերևութաբանական ծառայության և ԱՆ-ի միջև կլիմայի տվյալների հաղորդման առկա պրակտիկան: Ինչպե՞ս է առողջապահության ոլորտը ստանում կլիմայի հետ կապված տվյալները և տեղեկատվությունը: Ինչպե՞ս է տեղեկատվությունը փախանցվում հիմնական շահագրգիռ կողմերին (մասնավորապես՝ ԱՆ):
 - a. Հիդրոօդերևութաբանական ծառայության և ԱՆ-ի միջև կա՞ն տվյալների փոխանակման մեխանիզմներ: Ովքե՞ր են պատասխանատու դրա

համար: Ո՞վ և ի՞նչպես է ստանում տեղեկատվությունը: ԱՆ ո՞ր բաժինն է ստանում այդ տեղեկատվությունը:

- b. ԱՆ-ի կողմից հարցումներ ստանում էք ինչ-որ տվյալներ տրամադրելու համար: Ինչպե՞ս է որոշվում, թե ինչ տվյալներ պետք է տրամադրվեն ԱՆ-ին:
- c. Որքա՞ն հաճախ և ինչպե՞ս է տեղի ունենում այս տեղեկատվական հաղորդակցությունը:

6. Ի՞նչ բացեր եք տեսնում տեղեկատվական հաղորդակցության մեխանիզմներում: Ի՞նչ կարելի է անել այդ կարողությունն ուժեղացնելու համար: Ունե՞ք բավարար հետազոտական կարողություն՝ կլիմայի վերաբերյալ տվյալները վերլուծելու և մեկնաբանելու համար: Ինչպե՞ս կարելի է ուժեղացնել հետազոտական բաղադրիչը: Ձեր կազմակերպությունում կատարված ուսումնասիրությունները առողջապահական բաղադրիչ ընդգրկո՞ւմ են:

7. Կլիմայի փոփոխության և առողջության վերաբերյալ առողջապահական համակարգի հետազոտական կարողությունների բարելավման վերաբերյալ ի՞նչ առաջարկներ կարող եք անել:

**Շահագրգիռ ոլորտների փորձագետների համար խորացված հարցազրույցի
ուղեցույց**

*Եկեք խոսենք կլիմայի փոփոխության և դրա՝ առողջության վրա ազդեցության
մասին:*

1. Ի՞նչ կարծիք ունեք Հայաստանի բնակչության վրա կլիմայի փոփոխության
հնարավոր ազդեցության մասին:
2. Խնդրում եմ նշեք որևէ գործունեություն, որը Ձեր կազմակերպությունն
իրականացնում է կլիմայի փոփոխության ոլորտում: Դրանք ներառո՞ւմ են
մարդու առողջության բաղադրիչը: Որքանո՞վ է ազդեցիկ/արդյունավետ այդ
գործողությունը: Խնդրում եմ նկարագրել:
 - a. Ի՞նչ հատուկ պարտավորություններ/դեր ունի Ձեր
կազմակերպությունը կլիմայի փոփոխության նկատմամբ զգայուն
առողջապահական ռիսկերը նվազեցնելու հարցում:
3. Ինչպե՞ս կրնա ազդեք Հայաստանում կլիմայի փոփոխությանը վերաբերող
առողջապահության ոլորտի հարմարվողականության ներկայիս
միջոցառումները: Կարո՞ղ եք նշել կլիմայի փոփոխությանը վերաբերող
առողջապահական համակարգի հարմարվողականության
ծրագրեր/նախագծեր:
4. Կլիմայի փոփոխության հարմարվողականության միջոցառումներին
որքա՞ն առաջնահերթություն է տրվում ՀՀ կառավարության կողմից:
Ինչպե՞ս են կլիմայի փոփոխությունները հաշվի առնվում կլիմայի
նկատմամբ զգայուն հիվանդությունների քաղաքականության մշակման,
պլանավորման և կառավարման գործընթացներում (օրինակ՝ ոչ վարակիչ
հիվանդություններ, վեկտորներով փոխանցվող հիվանդություններ,
սնուցում, վարակիչ հիվանդություններ, աղետների ռիսկի նվազեցում):
5. Ի՞նչ համագործակցություն կա Ձեր կազմակերպության և շահագրգիռ
կողմերի միջև (օր՝ ԱՆ)՝ կլիմայի փոփոխությանը և դրա առողջական
հետևանքների նվազեցմանն ուղղված գործողություններ իրականացնելու
համար: Խնդրում եմ նկարագրել Ձեր համագործակցությունը:
 - a. Օրինակ, ինչպե՞ս է Ձեր կազմակերպությունը այլ շահագրգիռ
կողմերին հաղորդում է Ձեր գործունեության և փորձի մասին:
 - b. Որո՞նք են կլիմայի փոփոխության ոլորտում տեղեկատվության և
գործունեության տեսանկյունից Ձեր և առողջապահության ոլորտի
միջև հիմնական հատման եզրերը:

- c. Որո՞նք են այդ համագործակցության ուժեղ և թույլ կողմերը: Խնդրում ենք նկարագրել բացերը և մարտահրավերները, որոնք խոչընդոտում են Ձեր կազմակերպության և ԱՆ (նաև այլ ոլորտների) միջև արդյունավետ միջգերատեսչական համագործակցությանը: Ինչպե՞ս կարելի է դրանք բարելավել:
- 6. Որո՞նք են այն հիմնական մարտահրավերները, որոնք խոչընդոտում են երկրում կլիմային փոփոխության հետևանքներին առողջության հարմարվողականությունը:
- 7. Խնդրում ենք նկարագրել առողջապահական համակարգի կազմակերպչական կարողությունների հիմնական բացերը՝ կլիմայի փոփոխության առողջական ռիսկերը հաղթահարելու համար:
 - a. Ի՞նչ կասեք առողջապահության ոլորտի հարմարվողականության միջոցառումների համար հատկացված ֆինանսական, մարդկային և տեխնիկական ռեսուրսների առկայության/բավարար լինելու մասին:
- 8. Ինչպե՞ս է Ձեր կազմակերպությունը նպաստում կլիմայի և առողջության վերաբերյալ տեղեկատվության ստեղծմանը: Ինչպե՞ս էք տեղեկատվությունը տարածում/հաղորդում այլ շահագրգիռ կողմերին (ներառյալ ԱՆ): Ինչպե՞ս է ԱՆ-ը կլիմայի և առողջության վերաբերյալ տեղեկատվությունը կիսում Ձեր կազմակերպության հետ:

Եկեք ամփոփենք հարցազրույցը:

- 9. Ի՞նչ կառաջարկեք կլիմայի փոփոխության հետևանքներին Հայաստանի առողջապահական համակարգի հարմարվողականությունը բարելավելու համար: Ի՞նչ հնարավորություններ եք տեսնում կլիմայի փոփոխությանը առողջապահության ոլորտի արձագանքն ուժեղացնելու համար:

Հավելված 3. Ներկա և ընթացիկ կլիմայի փոփոխության հարմարվողականության նախաձեռնություններ

Նախաձեռնության անվանումը	Կլիմայի փոփոխության նկատառումներ
Վարակիչ/փոխանցվող հիվանդություններ	
Իմունականխարգելման ազգային ծրագիր 2016-2020 (Որոշում N 10)	Արտացոլված չեն
ՀՀ մալարիայի ներբերումը և արմատավորումը կանխարգելելու 2011-2015թթ. պետական ծրագրին և մալարիայի ներբերումը և արմատավորումը կանխարգելելու 2011-2015թթ. միջոցառումների ցանկին հավանություն տալու մասին (Որոշում N 23)	Ինչ-որ չափով արտացոլված են*
ՀՀ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և դրանց դեմ պայքարի 2012-2016թթ. ռազմավարական ծրագիրը և ռազմավարական ծրագրի միջոցառումների ցանկը հաստատելու մասին (Որոշում N 1913-Ն)	Ինչ-որ չափով արտացոլված են*
Մարդկանց և կենդանիների համար ընդհանուր վարակիչ հիվանդությունների հսկողության ծրագրին և միջոցառումների ցանկին հավանություն տալու մասին (Որոշում N 50)	Արտացոլված չեն
ՀՀ վարակիչ հիվանդություններ փոխանցողների դեմ պայքարի ծրագրին և ծրագրի 2018-2018թթ. միջոցառումների իրականացման ժամանակացույցին հավանություն տալու մասին (Որոշում N 22)	Ինչ-որ չափով արտացոլված են*
«Ախտահանման, կրծողասպան և միջատասպան աշխատանքների կազմակերպման, իրականացման և աշխատողների առողջության պահպանման» ՄՆ N 2.2.5-003-05 սանիտարական կանոնները և նորմերը հաստատելու մասին (Որոշում N 13-Ն)	Արտացոլված չեն
Ոչ վարակիչ հիվանդություններ	
Առավել բարձր մահացության բերող երեք հիվանդության՝ արյան շրջանառության համակարգի, չարորակ նորագոյացությունների և շաքարային դիաբետի ազգային ռազմավարական ծրագրին և միջոցառումների ժամանակացույցին հավանություն տալու մասին (Որոշում N 11)	Արտացոլված չեն
Առողջ ապրելակերպի խթանման ռազմավարական ծրագիր (Որոշում N 50)	Արտացոլված չեն
Առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի 2016-2020թթ. ծրագիր (Որոշում N 4)	Արտացոլված չեն

Տրավմատիզմի կանխարգելման 2015-2020թթ. միջոցառումների ծրագրին հավանություն տալու մասին (Որոշում N 55)	Արտացոլված չեն
Խմելու ջրի որակի վերահսկում	
Խմելու ջրի որակի 2018թ. մոնիտորինգի ծրագիրը հաստատելու մասին (Որոշում N 363-Ս)	Արտացոլված չեն
Սևանա լճի ափամերձ հանգստի և լողի (ռեկրեացիոն) գոտիների հատվածներում՝ լճի ջրի, ծորակների խմելու ջրի և հողի որակի հետազոտությունների մոնիթորինգի իրականացման 2018թ. ծրագիրը հաստատելու մասին (Որոշում N 642-Ս)	Արտացոլված չեն
Միկրոկլիմայի ցուցանիշներ	
«Արտադրական սենքերի միկրոկլիմայի» ՄՆ N 2.2.4-001-05 սանիտարական նորմերը հաստատելու մասին (Որոշում N 842-Ն)	Արտացոլված չեն
Աղետների ռիսկի նվազեցում	
ՀՀ աղետների ռիսկի նվազեցման ազգային ռազմավարությանը և աղետների ռիսկերի նվազեցման ազգային ռազմավարության իրականացման գործողությունների ծրագրին հավանություն տալու մասին (Որոշում N 281-Ն)	Արտացոլված են

* Վարակիչ հիվանդությունների վերաբերյալ առողջապահական քաղաքականության փաստաթղթերում անդրադարձ է արված կլիմայի փոփոխությանը՝ որպես վարակիչ հիվանդությունների տարածման ռիսկային գործոն, սակայն կլիմայի փոփոխության և փոփոխականության վերաբերյալ ոչ մի հատուկ նկատառումներ չեն արտացոլվել: