

ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ
2013-2015 ԹՎԱԿԱՆՆԵՐԻ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

I. Ներածություն

II. Իրավիճակային վերլուծություն

1. Երեխաների հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների ներկայիս վիճակը համակարգային հիմնախնդիրների համատեքստում.

1) Երեխաների հիվանդանոցային բժշկական օգնության կազմակերպումը և կառավարումը

2) Ենթակառուցվածքները, հզորությունները, հագեցվածությունը և մարդկային ռեսուրսները,

3) Ծառայությունների մատչելիությունը և որակը, ուղեգրման գործող համակարգը

4) Երեխաների հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման համար նախատեսված բյուջետային հատկացումները:

2. *Երեխաների հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման և երեխաների մահացության հիմնական ցուցանիշների միտումների գնահատականը*

1) Ժողովրդագրական ցուցանիշների միտումները

2) Երեխաների առողջության հիմնական բնութագրիչները, մահացության ցուցանիշների միտումները.

ա. նորածինների առողջություն, ներառյալ նորածնային մահացության ցուցանիշների վերլուծությունը

բ. մինչև 5 տարեկան երեխաների, ներառյալ մանկական մահացության (0-1 տարեկան) ցուցանիշների միտումների, պատճառական և տարիքային կառուցվածքի վերլուծությունը

գ. երեխաների հիվանդանոցային, այն թվում մինչև չորս տարեկան մահաբերության և տնային մահացության ցուցանիշների համեմատականը, դրանց մարզային առանձնահատկությունները:

III. Երեխաների հիվանդանոցային բժշկական օգնության իրավիճակի վերլուծության արդյունքում վեր հանված հիմնախնդիրները

IV. Ռազմավարության ներդրման նպատակները

V. Երեխաների հիվանդանոցային բժշկական օգնության բարելավմանն ուղղված հիմնական ռազմավարական ուղղությունները

VI. Ռազմավարության ներդրման համար անհրաժեշտ ֆինանսական ռեսուրսները

VII. Մոնիտորինգը և ակնկալվող արդյունքները

VIII. Ռազմավարության ներդրման մակարդակները, այն իրականացնողների իրավասությունների և շրջանակները

IX. Ռազմավարության իրականացման գործողությունների ծրագիրը և ժամանակացույցը

I. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1. Վերջին տասնամյակների ընթացքում երեխաների կեցությանը վերաբերող հարցերը մշտապես եղել են հանրության ուշադրության կենտրոնում: Եվ սա պատահական չէ: Հասարակության բարեկեցությունը առավելապես պայմանավորված է երեխաների և մայրերի առողջությամբ և բարեկեցությամբ: Սակայն իրական աշխարհում շատ մայրեր և երեխաներ տառապում են տարբեր հիվանդություններից: Յուրաքանչյուր տարի աշխարհում մահանում է շուրջ 8 մլն երեխա, որոնց 70 տոկոսի մոտ մահվան պատճառները կանխելի են, յուրաքանչյուր ընդամենը մահանում է 1 կին՝ մայրանալու ճանապարհին, ծնվում է 8 մեռելածին, մահանում է 12 երեխա մինչև 1 տարին բոլորելը: Հաշվի առնելով վերոհիշյալը, Միավորված Ազգերի Կազմակերպության (այսուհետ՝ ՄԱԿ) անդամ-երկրների և գործակալությունների, միջազգային և դոնոր-կազմակերպությունների կողմից վերանայվել և մշակվել են ռազմավարություններ ու ծրագրեր՝ ուղղված երեխաների վիճակի բարելավմանը, մանկական մահացության կրճատմանը: Այսօր ողջ աշխարհը կոչված է Հազարամյակի նպատակների հաղթահարման, այդ թվում մանկական մահացության իջեցման մարտահրավերին, ինչը ենթադրում է, որ 2015 թվականին մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը աշխարհում պետք է կրճատվի 2/3-ով:

2. Հայաստանը ևս, որպես ՄԱԿ-ի անդամ երկիր միացել է միջազգային հանրության այս կոչին, ազգային մակարդակով ամրագրելով երեխաների կեցության և առողջության պահպանման խնդրի գերակայությունը (Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 8-ի «Մոր և մանկան առողջության պահպանման 2003-2015 թվականների ռազմավարությունը հաստատելու մասին» N 1000-Ն որոշում, Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2008 թվականի հոկտեմբերի 30-ի «Կայուն զարգացման ծրագիրը հաստատելու մասին» N 1207-Ն որոշում և այլն):

II. ԻՐԱՎԻՃԱԿԱՅԻՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ

3. Հայաստանում երեխաների առողջապահական ծառայությունների մատուցումը իրականացվում է ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և հիվանդանոցային հաստատությունների միջոցով: Հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպումը առողջապահության համակարգի առանցքային ոլորտներից մեկն է և

ունի կարևոր դերակատարում հիվանդների բժշկական օգնության արդյունավետ ելքերի և մահացության նվազեցման գործընթացում:

1. Երեխաների հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկման ծառայությունների ներկայիս վիճակը համակարգային խնդիրների համատեքստում.

4. Առողջապահական համակարգի բարեփոխումների շրջանակներում 2000 թվականին հաջորդող տարիներին մշակվեցին և իրականացվեցին հիվանդանոցային բժշկական հաստատությունների օպտիլացման ծրագրեր: Առողջապահական համակարգի օպտիմալացման արդյունքում մանկական հիվանդանոցային բժշկական օգնության ծառայությունները զգալի կրճատվեցին և հիմնականում ինտեգրվեցին մեծահասակների բժշկական օգնություն մատուցող ծառայությունների հետ: Միաժամանակ, մեծահասակների մասնագիտացված բուժօգնություն իրականացնող շատ հաստատություններ սկսեցին ծավալել մանկական հիվանդանոցային մասնագիտացված օգնության տեսակներ, ինչը առավելապես կառավարման ապակենտրոնացման և առողջապահական ծառայությունների շուկայում առաջարկի ու պետական պատվերի համար մրցակցության արդյունք էր: Նույն պատճառով մանկական հիվանդանոցների մասնագիտացված առանձին բաժանմունքներ սկսեցին իրականացնել նաև մեծահասակներին ուղղված ծառայությունների մատուցում: Այս ամենի արդյունքում մանկական հիվանդանոցային համակարգը դասական իմաստով կարծես վերացավ, իսկ մանկական հիվանդանոցներ, որպես այդպիսին, մնացին եզակի: Ասվածի համատեքստում երեխաների հիվանդանոցային բժշկական օգնության բարելավմանն ուղղված ազգային ռազմավարական այս փաստաթղթի մշակումը, ընդունումը և դրան հաջորդող ծրագրային միջոցառումների իրականացումը Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից ներկայիս վարվող քաղաքականության գերակա ուղղություններից է:

1) Երեխաների հիվանդանոցային բժշկական օգնության կազմակերպումը և կառավարումը

5. Անկախության հռչակումից հետո, երկրի տնտեսական ընդհանուր բարեփոխումներին համահունչ, առողջապահության ոլորտի կառավարման համակարգը ևս ազատականացվեց և ապակենտրոնացվեց, որի արդյունքում բժշկական կազմակերպությունները, այն թվում հիվանդանոցային հաստատությունները,

հիմնականում դարձան բաժնետիրական ընկերություններ, ինչը ենթադրում էր, որ նրանք ձեռք բերեցին կառավարման և բյուջեի տնօրինման ինքնուրույն կարգավիճակ: Թեև Երևանում գործող հիվանդանոցային բուժհաստատությունների մի մասը սեփականաշնորհվել է, սակայն երեխաներին ուղղված մասնագիտացված ծառայությունները հիմնականում շարունակում են մնալ պետական հատվածում: Այս ոլորտի բժշկական կազմակերպությունների զգալի մասը գործում են մարզպետարանների և Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության տակ: Առողջապահության նախարարությունը իրականացնում է քիչ թվով բժշկական կազմակերպությունների ուղակի կառավարում, իսկ համայնքային ենթակայության հիվանդանոցային հաստատություններ գործնականում չկան հանրապետությունում:

2) Մանկական հիվանդանոցների ենթակառուցվածքները, հզորությունները, հագեցվածությունը և մարդկային ռեսուրսները

6. Մանկական հիվանդանոցային բժշկական օգնությունը հանրապետությունում կազմակերպվում է եռամակարդակ սկզբունքով՝

1) մարզային/տարածաշրջանային հիվանդանոցների մանկական բաժանմունքներ կամ մահճակալներ ընդհանուր թերապևտիկ բաժանմունքների կազմում

2) մանկական հիվանդանոցներ կամ մանկական բաժանմունքներ ընդհանուր պրոֆիլի բժշկական հաստատությունների կազմում՝ տեղակայված են հիմնականում Երևանում և առանձին մարզային կենտրոններում (Գյումրի, Վանաձոր):

3) մասնագիտացված մանկական բաժանմունքներ՝ բազմապրոֆիլ հիվանդանոցների կամ նեղ մասնագիտացված մանկական բաժանմունքներ՝ մոնոպրոֆիլ բժշկական հաստատությունների կազմում: Այս բաժանմունքները առավելապես տեղակայված են Երևան քաղաքում:

Ինչպես Հայաստանի առողջապահական ողջ համակարգում (բացառությամբ ծննդօգնության ծառայությունների), մանկաբուժական բժշկական օգնության ոլորտում ևս ներկայումս չկա հստակություն ըստ բժշկական օգնության կազմակերպման մակարդակների նրանց հզորությունների, հագեցվածության և գործառույթների տարանջատման հարցերում:

7. Ներկայումս երեխաների հիվանդանոցային օգնությունը հանրապետությունում իրականացվում է տարբեր ենթակայության և տեղակայման 67 բժշկական կենտրոնների կողմից, որից 45-ը՝ մարզային/տարածաշրջանային հիվանդանոցներ են, իսկ 22-ը՝

Երևանում տեղակայված տարբեր պրոֆիլի և ենթակայության հիվանդանոցային կազմակերպություններ, այդ թվում՝ 4-ը Երևանի քաղաքապետարանի, 2-ը՝ Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի և 10-ը՝ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության ենթակայության: Մնացած 6 հիվանդանոցները, ներկայումս մասնավորեցված բժշկական կազմակերպություններ են, սակայն շարունակում են իրականացնել բժշկական օգնություն՝ պետական պատվերի շրջանակներում: Երևանում տեղակայված առողջապահական հաստատություններից միայն երեքն են առավելապես մանկական բազմապրոֆիլ հիվանդանոցային բուժօգնություն իրականացնում («Արաբկիր» Բժշկական Համալիր-Երեխաների և Դեռահասների Առողջության Ինստիտուտ, «Սուրբ Աստվածամայր բժշկական կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերություն և «Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան» պետական ոչ առևտրային կազմակերպության «Մուրացան» համալսարանական հիվանդանոց») և առկա է մեկ մոնոպրոֆիլ մասնագիտացված հիվանդանոց («Հանրապետական մանկական վերականգնողական կենտրոն»): Մնացած հիվանդանոցների գերակշիռ մասը մասնագիտացված պրոֆիլային հիվանդանոցներ են, որոնց կառուցվածքում կան մանկական բաժանմունքներ: Մինչ Հայաստանի անկախանալը և առողջապահական համակարգի բարեփոխումները հանրապետությունում գործում էին 14 ինքնուրույն մանկական հիվանդանոցներ, որից 5-ը մարզերում:

8. Նորածինների խնամքը և բժշկական օգնությունը իրականացվում է մանկաբարձ-գինեկոլոգիական և նեոնատոլոգիական ծառայություններ մատուցող հաստատությունների կողմից՝ մանկաբարձագինեկոլոգիական մասնագիտացված կենտրոններ, քաղաքային և տարածաշրջանային ծննդատներ/հիվանդանոցների մանկաբարձական բաժանմունքներ, մանկական հիվանդանոցների մասնագիտացված նորածինների վերակենդանացման և/կամ նորածնային պաթոլոգիայի բաժանմունքներ:

9. Հայաստանում գործում են ծննդօգնության 62 հաստատություններ, որից 11 ծննդատուն՝ Երևան քաղաքում: Բոլոր ծննդատներում գործում է մոր և մանկան համատեղ կեցության սկզբունքը, 19 ծննդատներ արժանացել են «Մանկանը բարեկամ ծննդատուն» միջազգային կոչման: Երևանում գործող 4 ծննդատներ ունեն երրորդ մակարդակի ծննդատան կարգավիճակ, որոնց գործում են նորածինների վերակենդանացման և երկրորդ էտապի խնամքի բաժանմունքներ՝ ցածր քաշով և անհաս նորածինների բուժման

համար: Աստիճանաբար զարգացում է ապրում ծանր ախտաբանությամբ նորածինների բժշկական օգնությունը առավելապես տեղում կազմակերպելու սկզբունքը և այդ նպատակով համապատասխան պայմաններ ստեղծելը, սակայն այս միտումը առավելապես արտահայտված է Երևան քաղաքում:

10. Ծննդօգնության հաստատություններից զատ գործում են նորածնային ախտաբանության 3 բաժանմունքներ Երևանի հիվանդանոցային հաստատություններում և 1 բաժանմունք Գյումրու Ավստրիական մանկական հիվանդանոցում: «Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան» պետական ոչ առևտրային կազմակերպության «Մուրացան» համալսարանական հիվանդանոցի կառուցվածքում գործում է նորածնային վերակենդանացման բաժանմունք՝ 28 մահճակալ հզորությամբ, ունի է հանրապետության ամբողջ տարածքի սպասարկման գործառույթ: Միաժամանակ ապահովվում է նորածինների արտագնա բժշկական օգնությունը և տեղափոխումը բոլոր մարզերի ծննդօգնության հաստատություններից, ըստ անհրաժեշտության՝ նաև Երևանի ծննդատներից: Նորածինների վերակենդանացման 7 մահճակալ է ծավալված նաև «Սուրբ Աստվածամայր բժշկական կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերության վերակենդանացման բաժանմունքում:

11. Հանրապետությունում ծավալված մանկական մահճակալային ընդհանուր ֆոնդը կազմում է 518 մահճակալ, որից 192 Երևանում, իսկ 326 մարզերում: Բարեփոխումների և օպտիմալացման իրականացման արդյունքում 1996-2010 թվականների ընթացքում հանրապետությունում մանկական մահճակալների թիվը կրճատվել է 3.6 անգամ, ընդ որում, եթե Երևանում դրանք պակասել են 1.6, ապա մարզերում՝ 4 և ավելի անգամ:

12. Համապատասխանաբար նվազել են նաև մանկաբույժների և մանկական նեղ մասնագետների թիվը: Հարկ է նշել, որ մարդկային ռեսուրսների խնդիրը արդիական է եղել առողջապահական համակարգի բարեփոխումների հենց սկզբից: Սկսած 90-ականների կեսերից, մանկաբուժական ֆակուլտետի շրջանավարտները, հետևելով առողջապահական համակարգում ընթացող փոփոխություններին, գլխավորապես հեռացան երեխաների առողջապահության ոլորտից: Արդյունքում համակարգում աշխատող մանկական մասնագետների թիվը աստիճանաբար կրճատվեց: Այսպես, եթե 1996 թվականին Հայաստանում մանկաբույժների ընդհանուր թիվը կազմել է 1159, որից 379 հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ

մատուցող բժիշկ, ապա 2010 թվականին՝ ընդամենը 646 մանկաբույժ, որից 96 հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ մատուցող բժիշկներ: Ընդ որում, նվազումը տեղի է ունեցել հիմնականում մարզային բուժհաստատություններում (եթե Երևան քաղաքում մանկաբույժների ընդհանուր թիվը կրճատվել է 1.4 անգամ, ապա մարզերում՝ 2.4 անգամ) և այդ կրճատումը առավելապես հիվանդանոցային մանկաբույժների հաշվին է (քաղաք Երևանում 3.1, իսկ Հայաստանի Հանրապետության մարզերում՝ 4.7 անգամ): Այսօր արդեն մեծ խնդիր է մանկաբույժների պակասը մարզային հիվանդանոցների մեծ մասում, իսկ առանձին ծննդատներում նեոնատոլոգների բացակայությունը օրակարգային հարց է դարձել: Մանկական մասնագետների թվի կրճատումը պայմանավորված է ինչպես մանկաբուժական ֆակուլտետի փակմամբ, այնպես էլ Առողջության առաջնային պահպանման համակարգում ընտանեկան բժշկության համակարգի ներդրմամբ: Մարզային առողջության առաջնային պահպանության հաստատություններում գործող մանկաբույժների մեծ մասը ներկայումս վերապատրաստվել են և աշխատում են որպես ընտանեկան բժիշկ: Ենթադրվում է, որ առաջիկա տարիներին մանկաբույժների թիվն էլ ավելի կկրճատվի:

13. Ներկայումս մանկաբույժները պատրաստվում են «Ընդհանուր բուժական գործ» ֆակուլտետի շրջանավարտներից՝ կլինիկական օրդինատուրայի միջոցով 3 տարվա ընթացքում: Վերջին տասնամյակի ընթացքում «Մանկաբուժություն» մասնագիտությամբ կլինիկական օրդինատուրա է ընդունվել տարեկան 1-2 շրջանավարտ՝ իրենց միջոցների հաշվին: Մինչև 2009 թվականը այս մասնագիտությամբ օրդինատուրայի համար պետական հատկացումներ գրեթե չեն եղել: Եվ թեև 2010-2011 թվականների ընթացքում պետական պատվերի շրջանակներում իջեցվել են շուրջ 30 նպատակային տեղեր մանկաբուժություն և նեոնատոլոգիա մասնագիտություններով, այնուամենայնիվ գործող անձնակազմի շարունակական ծերացման (մանկաբույժների միջին տարիքը գերազանցում է 50 տարեկանը) և դեռևս երիտասարդ կադրերի պակասի պայմաններում, հարցը շարունակում է մնալ օրակարգային ոչ միայն մարզերում, այլ սկսվում է դրսևորվել նույնիսկ մայրաքաղաքում:

14. Մանկական հիվանդանոցային համակարգի համար լուրջ մարտահրավեր է նաև հաստատությունների բժշկական սարքավորումներով հագեցվածության խնդիրը: Այն հատկապես արդիական է մարզային/տարածաշրջանային հիվանդանոցներում:

Մարզային հիվանդանոցների գերակշիռ մասում բացակայում են երեխաների անհետաձգելի բժշկական օգնության համար անհրաժեշտ ինտենսիվ թերապիայի հիվանդասենյակները: Այդ նպատակով հիմնականում օգտագործվում են ոչ պատշաճ հագեցվածությամբ բժշկական միջամտությունների սենյակները: Ըստ 2005 և 2008 թվականներին Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության (այսուհետ՝ ԱՀԿ) աջակցությամբ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից իրականացված մանկական հիվանդանոցային բժշկական օգնության որակի գնահատմանը նվիրված ուսումնասիրության տվյալների, տարածաշրջանային գրեթե բոլոր հիվանդանոցներում բացակայել են երեխաների վերակենդանացման համար անհրաժեշտ հիմնական սարքավորումները, ոչ մեկում առկա չի եղել թթվածնի մատակարարման կենտրոնացված համակարգ: 2008 թվականին Միավորված Ազգերի Կազմակերպության մանկական հիմնադրամի (այսուհետ՝ ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամ) աջակցությամբ 30 ծննդատներում իրականացված հետազոտությունը պարզել է, որ կեսից ավելի դեպքերում բացակայել են նորածինների ինտենսիվ թերապիայի և խնամքի համար կենսականորեն անհրաժեշտ պարագաները (այդ թվում պուլսօքսիմետր՝ 68%, արտածծիչ սարք՝ 60% ինֆուզիոն պոմպ՝ 60% կենտրոնացված թթվածին՝ 83% դեպքերում): Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարությունը 2007-2008 թվականների ժամանակահատվածում կենտրոնացված գնումների միջոցներով ձեռք է բերել և մարզային ծննդատներին է տրամադրել որոշակի սարքավորումներ, 2010-2011 թվականների ընթացքում դոնոր կազմակերպությունների միջոցով առանձին ծննդատներ հագեցվել են նորածինների ինտենսիվ խնամքի ժամանակակից միջոցներով, սակայն իրավիճակը դեռևս հեռու է բավարար լինելուց:

15. 2007-2011 թվականների ընթացքում Համաշխարհային Բանկի վարկային միջոցներով վերանորոգվել և վերակառուցվել են մարզային 7 հիվանդանոցներ, որի շրջանակներում հատուկ կարևորվել են մանկական ծառայության խնդիրները և ժամանակակից սարքավորումներով դրանց հագեցման հարցերը, այնուամենայնիվ կադրային ռեսուրսների անբավարարության պայմաններում մանկական ազգաբնակչության համար այդ հիվանդանոցների հնարավորությունները մնում են ոչ լիարժեք օգտագործված:

16. Լուրջ հիմնախնդիր է նաև շտապ և անհետաձգելի բժշկական օգնության ծառայության վիճակը: Շտապ բժշկական օգնության մանկական բրիգադաներ կան միայն Երևանում: Պետական պատվերի շրջանակներում գործող արտագնա անհետաձգելի օգնության

ծառայությունները (նորածինների համար՝ «Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան» պետական ոչ առևտրային կազմակերպության «Մուրացան» համալսարանական հիվանդանոցում և երեխաների համար՝ Արաբկիր Բժշկական Համալիր-Երեխաների Դեռահասների Առողջության Ինստիտուտում) իրենց սահմանափակ ռեսուրսների և հազեցվածության պայմաններում ի զորու չեն բավարարել ողջ հանրապետության պահանջարկը: Մանկական վերակենդանացման և այլ մասնագիտական ծառայությունները հիմնականում կենտրոնացված են Երևանում, ինչը մարզերից մեծ թվով հիվանդ երեխաների ուղեգրման պատճառ է դառնում:

3) Ծառայությունների մատչելիությունը և որակը, ուղեգրման գործող համակարգը

17. Գլոբալ առումով բնակչության բարեկեցիկությունը և առողջությունը բնութագրող ցուցանիշների մակարդակը պայմանավորված է ոչ միայն երկրի սոցիալ-տնտեսական պայմաններով, այլ նաև բժշկական օգնության որակի ապահովման և կառավարման համակարգերի, առողջապահական ծառայությունների մատչելիության և հասանելիության բարելավմանն ուղված ծրագրերի արդյունավետությամբ:

18. Առողջապահական ծառայությունների մատչելիության հետ կապված իրավիճակը սովորաբար արտացոլվում է բնակչության կողմից այդ ծառայությունների օգտագործման մակարդակը բնութագրող ցուցանիշներում, որոնք Հայաստանի պարագայում, շարունակում են մնալ ցածր ինչպես ամբուլատոր-պոլիկլինիկական, այնպես էլ հիվանդանոցային բժշկական օգնության հաստատություններում՝ շուրջ 3 անգամ զիջելով Անկախ Պետությունների Համագործակցության և Եվրամիության նորանդամ երկրների համանուն ցուցանիշների միջին մակարդակին:

19. Հայաստանում չկան հիվանդանոցային բժշկական օգնության աշխարհագրական մատչելիության զգալի խոչընդոտներ: Հիվանդանոցային ցանցը լավ զարգացած է և հանրապետության ցանկացած վայրից հնարավոր է հասնել մի քանի տասնյակ կիլոմետր հեռավորության վրա գտնվող մանկական հիվանդանոցային ծառայություններ մատուցող բժշկական հաստատություն: Սահմանված են նաև երաշխիքներ երեխաների բժշկական օգնության ֆինանսական մատչելիության ապահովման ուղղությամբ: Հիվանդանոցային բուժումն անվճար է՝ մինչև 7 տարեկան, սոցիալապես անապահով ու հատուկ խմբերում ընդգրկված 7-18 տարեկան, ինչպես նաև սոցիալական կախվածություն ունեցող առանձին հիվանդություններով տառապող երեխաների համար: Ընդ որում հոսպիտալացման դեպքում անվճար են նաև հիմնական լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունները և

տրամադրվող դեղերը: Սակայն, «իրավական» և «իրական» գնահատականների առումով իրավիճակը էականորեն տարբերվում էր մինչև 2011 թվականի հունվարի 1-ը: Պատկերը կտրուկ փոխվել է «Երեխայի առողջության պետական հավաստագրի» ներդրումից հետո: Ծրագրի նախնական և ընթացիկ գնահատման արդյունքները վկայում են ոչ պաշտոնական վճարների էական կրճատման մասին: Հիվանդանոցային բուժում ստացած 0-7 տարեկան երեխաների մայրերի շրջանում անցկացված հարցումները փաստել են, որ այդ վճարումները շուրջ 3 անգամ կրճատվել են Երևանի և 5 ու ավելի անգամ մարզային հիվանդանոցներում (Ամերիկայի Միացիալ Նահանգների ՄԶԾ, Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոն, քաղաք Երևան, 2011 թվական):

20. Բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հաստատությունների լիցենզավորումը իրականացվում է «Լիզենզավորման մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի համաձայն: Բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հաստատություններին լիզենզիա տրվում է Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2008 թվականի մարտի 27-ի «Հայաստանի Հանրապետությունում իրականացվող բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների ցանկը հաստատելու մասին» N 276-Ն որոշմամբ հաստատված բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակներին համապատասխան: Նշված ցանկում երեխաներին ուղղված բուժօգնության տեսակները հիմնականում առանձնացված են, որպես «մանկական» և հետևաբար պահանջում են համապատասխան տեխնիկական և մասնագիտական պարտադիր պահանջների և պայմանների առկայություն:

21. Բժշկական օգնության որակի ապահովման քաղաքականության հիմքերը ներկայացված են Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2002 թվականի հոկտեմբերի 31-ի «Հայաստանի Հանրապետության բնակչությանը տրամադրվող բժշկական օգնության որակի բարելավման և կառավարման հայեցակարգի մասին» N 46 արձանագրային որոշմամբ: 2005 թվականին Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի հրամանով հիվանդանոցներում ստեղծվել են որակի վերահսկման հանձնաժողովներ, որոնց գործունեությունը բավարար արդյունավետ չէ՝ որակի գնահատման հստակ չափորոշիչների և ընթացակարգերի բացակայության պատճառով: Առողջության առաջնային պահպանման համակարգում միջազգային համագործակցությամբ մշակվել և կիրարկվել է այդ ոլորտում բժշկական օգնության

որակի բարելավման և գնահատման գործնական միջոցների փաթեթ: Սակայն գործիքներն այս դեռևս ինստիտուցիոնալացման և հետագա շարունակական կատարելագործման կարիք ունեն: Այսպիսով, չնայած բժշկական օգնության որակի ապահովմանն ուղղված որոշակի ջանքերին, Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահական ծառայությունների որակի կառավարման և բժշկական օգնության որակի գնահատման գործուն համակարգը, որպես այդպիսին, հիվանդանոցային օղակում դեռևս բացակայում է:

22. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2010 թվականի հոկտեմբերի 14-ին հաստատել է «Բուժօժանայությունների որակի գնահատման հայեցակարգին և հայեցակարգի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկին հավանություն տալու մասին» N40 արձանագրային որոշումը, որի իրականացումը ենթադրում է Հայաստանում առողջապահական ծառայությունների որակի գնահատման արդյունավետ համակարգի ստեղծում՝ բոլոր մակարդակներում:

23. Ծանր հիվանդ երեխաների բուժումը՝ որպես անընդհատ բժշկական գործընթաց, առաջնային օղակից հետո լրացվում է հիվանդանոցային բժշկական օգնությամբ: Համաձայն ԱՀԿ տվյալների՝ հիվանդ երեխաները շուրջ 20% դեպքերում, ծանրության աստիճանից ելնելով, հիվանդանոցային բուժման կարիք են ունենում: Այս առումով, երեխաների կենսապահովման տեսանկյունից առաջնային օղակում իրականացվող միջամտությունների առավել արդյունավետության համար անհրաժեշտ է նաև պատշաճ և որակյալ հիվանդանոցային բուժօգնության գործընթացի կազմակերպում: Սակայն, առկա տվյալները փաստում են այն մասին, որ հիվանդանոցային բժշկական օգնությունը հաճախ ոչ բավարար որակի է, և այս առումով երեխաներին մատուցվող բժշկական օգնության շարունակական գործընթացն ապահովելու համար խիստ կարևոր է հիվանդանոցային օգնության որակի բարելավումը և ապացույցների վրա հենված բժշկական գործելակերպի արմատավորումը այդ ոլորտում:

24. Ասվածին է ուղղված ԱՀԿ կողմից առաջադրված Մանկական հիվանդությունների ինտեգրացված վարման (այսուհետ՝ ՄՀԻՎ) ռազմավարությունը, որը Եվրոպական տարածաշրջանի երկրներում ներդրվում է սկսած 1997 թվականից, Հայաստանում սկսել է իրականացվել 2001 թվականից և նպատակ ունի կրճատել երեխաների հիվանդացությունը և մահացությունը՝ հիվանդությունների ծանր ընթացքի կանխարգելման, մանկան առողջ աճի և զարգացման խթանման ճանապարհով: ՄՀԻՎ-ի

կլինիկական ուղեցույցները, որոնք առաջարկում են վաղ հասակի երեխաների հիվանդությունների վարման և մահացության պատճառների կանխման պարզ և արդյունավետ միջոցներ՝ նախատեսված են արտահիվանդանոցային օղակում առաջնային բժշկական օգնության հաստատություններում օգտագործելու համար: Որպես այդ գործընթացի տրամաբանական շարունակություն ԱՀԿ-ի կողմից մշակվել և անդամ-երկրների մի մասում, այդ թվում Հայաստանում ներդրվել են ուղեցույցներ՝ հիվանդանոցային պայմաններում հիվանդ երեխաների վարման համար (Երեխաների հիվանդանոցային օգնության կազմակերպումը «Գրպանի տեղեկատու»):

25. Հիվանդանոցային ծառայությունների որակի, ինչպես նաև Մանկական հիվանդությունների ինտեգրացված վարման (այսուհետ՝ ՄՀԻՎ) ռազմավարության ներդրման գործընթացի գնահատման և հնարավոր խոչընդոտների բացահայտման նպատակով ԱՀԿ Եվրոպական գրասենյակի տեխնիկական աջակցությամբ 2005 և 2010 թվականներին Հայաստանում իրականացվել են հետազոտություններ՝ երեխաներին բուժօգնություն մատուցող հիվանդանոցային և ամբուլատոր ծառայություններ մատուցող բուժհաստատություններում: Հետազոտությունները փաստել են երեխաներին մատուցվող հիվանդանոցային ծառայությունների արմատական բարելավման անհրաժեշտությունը բժշկական օգնության որակը պայմանավորող գրեթե բոլոր ոլորտներում՝ կադրային և սարքավորումներով հաղեցվածություն, մասնագիտական գործելակարգեր՝ ախտորոշման և բուժման գործընթաց, ապացուցողական հենքով կլինիկական ուղեցույցներ, մոնիտորինգի համակարգ և այլն:

26. Առողջության առաջնային պահպանման օղակում հիվանդ երեխաների բժշկական օգնության կազմակերպումը իրականացվում է ՄՀԻՎ ռազմավարության հիմնարար սկզբունքներին համապատասխան: Առողջության առաջնային պահպանման համակարգի համար Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի կողմից յուրաքանչյուր տարի հաստատվող ուղեցույցները հստակ սահմանում են երեխաների հիվանդանոցային ուղեգրման և հոսպիտալացման չափանիշները: Սակայն տարբեր օբյեկտիվ և/կամ սուբյեկտիվ պատճառներով միշտ չէ, որ բուժաշխատողները հետևողական են և ուղղորդվում են այդ ուղեցույցներով: Մյուս կողմից մանկական վերակենդանացման և այլ մասնագիտական ծառայությունները հիմնականում կենտրոնացված են Երևանում, ինչը մարզերից մեծ թվով հիվանդ երեխաների ուղեգրման պատճառ է դառնում, մեծացնելով այս դեպքերի բեռը Երևանի համար և ստեղծելով

Ֆինանսական խնդիրներ՝ բյուջեի գերակատարման, ռեսուրսների վերաբաշխման անհրաժեշտության և կազմակերպչական այլ հարցերի առումով: Այս խնդիրը առավել սրվել է Երեխայի առողջության պետական հավաստագրի ներդրումից հետո, երբ հիվանդանոցային բուժօգնության իրական մատչելիության և բժշկին դիմելիության զգալի բարձրացման արդյունքում շուրջ 30 տոկոսով ավելացել են մանկական ստոցիոնարներում երեխաների հոսպիտալացման դեպքերը:

27. Չնայած ձեռնարկվող միջոցառումների, ընդհանուր առմամբ, «առաջնային», «երկրորդային» և «երրորդային» մակարդակների միջև արդյունապետ համագործակցությունը և ուղղահայաց կապերը թույլ են: Դրանք ավելի շատ պայմանավորված են մարդկային և սուբյեկտիվ գործոններով, քան կրում են ինստիտուցիոնալ բնույթ: Այն հաճախ բերում է հիվանդների ուղեգրման ուշացումների, կամ հակառակը՝ անհիմն ուղեգրումների և երրորդային մակարդակի բուժհաստատությունների գերծանրաբեռնվածության:

4) Երեխաների բժշկական օգնությանն և սպասարկմանն ուղղված պետական բյուջետային հատկացումները, հիվանդանոցային բժշկական օգնության ծառայությունների ֆինանսավորումը.

28. Առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման բյուջետային հատկացումները կատարվում են ամենամյա պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում, որոնցում ամրագրվում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման ծավալները: Պետական պատվերի՝ հիմնական ծառայությունների փաթեթում կարևորված են երեխաների և կանանց բժշկական օգնության մատչելիության հիմնախնդիրը և մոր ու մանկան առողջության պահպանման ամենամյա նպատակային ծրագրին հատուկ նշանակություն է տրված: Վերջինիս համաձայն երեխաների անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների ծավալը ընդգրկում է.

- 1) 0-18 տարեկան երեխաներին՝ առողջության առաջնային պահպանման/բժշկական օգնության արտահիվանդանոցային ծառայությունների ծրագրով
- 2) 0-7 տարեկան երեխաներին և սոցիալապես անապահով ու հատուկ խմբերում ընդգրկված 7-18 տարեկան, ինչպես նաև սոցիալական կախվածություն ունեցող

առանձին հիվանդություններով տառապող երեխաներին՝ հիվանդանոցային բուժօգնություն ծրագրով:

3) նորածիններին, ծննդօգնությանն ուղղված ծրագրի շրջանակներում:

4) կանխարգելիչ/սկրինինգային ծրագրերի իրականացումը, այն թվում նորածնային:

29. Երեխաներին ուղղված առողջապահական ծախսերը առավելապես հենվում են բյուջետային հատկացումների վրա, քանզի նրանց ընդգրկվածությունը պետական նպատակային ծրագրերում բավականին մեծ է: Երեխաներին ուղղված բյուջետային հատկացումները արտացոլվում են բյուջետային տարեկան հայտում, հիմնականում արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բուժօգնության ծրագրային տողերով, հետագայում ամրագրվելով «Պետական բյուջեի մասին» տվյալ տարվա օրենքում:

30. Հիվանդանոցային ծառայությունների ծրագրով առանձնացված երեխաների բժշկական օգնության բյուջետային տողը ներառում է 0-7 տարեկան բոլոր երեխաների, 7-18 տարեկան սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկվածների, ինչպես նաև անհետաձգելի հիվանդանոցային դեպքերը: Երեխաներին ուղղված ծախսեր են նախատեսված նաև սոցիալական կախվածություն ունեցող առանձին հիվանդությունների ծրագրերով (ինֆեկցիաներ, ուռուցքաբանություն, հոգեբուժություն, առողջարանային-վերականգնողական բուժում և այլն):

31. Վերջին տարիներին Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից գերակա խնդիրների շարքում և նպատակային ծրագրերում, իսկ դրան համապատասխան նաև բյուջետային հատկացումներում առավել կարևորվել են մայրերին և երեխաներին ուղղված ծրագրային գերակայությունները, մասնավորապես ծննդօգնության և երեխաների հիվանդանոցային բուժօգնության որակի ու մատչելիության բարելավման հարցերը: Արդյունքում ծննդօգնության և երեխաների հիվանդանոցային օգնության ծրագրերի ֆինանսավորման աճ է արձանագրվել ավելի քան 3.5 անգամ (2006 թվականին - ծննդօգնության ծրագրով՝ 1.99 մլրդ. դրամ և երեխաների ծրագրով՝ 1.77 մլրդ. դրամ, 2011 թվականին համապատասխանաբար՝ 6.86 մլրդ. դրամ և 6.38 մլրդ. դրամ):

32. Հիվանդանոցային մակարդակում մոր և մանկան հիվանդանոցային ծրագրերի մասով 2011 թվականին հատկացվել է 13.24 մլրդ. դրամ, ինչը շուրջ 4 մլրդ. ավելի էր նախորդ տարվա համեմատությամբ: Բյուջետային հատկացումների այս աննախադեպ աճը հնարավորություն տվեց ինչպես շարունակաբար իրականացնել 2008

թվականի հուլիսի 1-ից ներդրված Ծննդօգնության պետական հավաստագրի ծրագիրը, այնպես էլ, որպես դրա տրամաբանական շարունակություն, 2011 թվականի հունվարի 1-ից համակարգում ներդնել Երեխային առողջության պետական հավաստագրի ծրագիրը: Երկու ծրագրերի իրականացման արդյունքում և՛ ծննդօգնության և՛ 0-7 տարեկան երեխաների հիվանդանոցային բուժօգնության ծառայությունները դարձան իրապես մատչելի բնակչության համար: Ասվածի ապացույցը 2011 թվականին արձանագրված երեխաների հիվանդանոցային դեպքերի աճն էր շուրջ 20 տոկոսով, ինչպես նաև միջազգային կազմակերպությունների կողմից իրականացված հարցման տվյալները: Ըստ Ժողովրդագրական և առողջության հարցերի 2010 թվականի հետազոտության տվյալների, ծննդաբերությունների համար կատարվող ոչ պաշտոնական վճարումները հանրապետության մակարդակով կրճատվել են շուրջ 10 անգամ (մինչև 2008 թվականի հուլիսի 1-ը՝ 82.4%, հետո՝ 7.9%): Սովերի էական կրճատման մասին են փաստում նաև Երեխայի առողջության պետական հավաստագրի ներդրման ծրագրի նախնական և ընթացիկ գնահատման արդյունքները, համաձայն որի 3-5 անգամ կրճատվել են նաև հիվանդանոցներում որևէ ծառայության համար կատարված ոչ պաշտոնական վճարումների դեպքերը թե՛ Երևանի (20.6%՝ 63.9%-ի համեմատ), թե՛ մարզային (8.9%՝ 47.4%-ի համեմատ) հիվանդանոցներում:

33. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության կողմից 2011 թվականի հուլիսի 7-ի «Հայաստանի Հանրապետության 2012-2014 թվականների պետական միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիրը հաստատելու մասին» N955-Ն որոշմամբ հաստատված երկրի հիմնական ֆինանսական ռազմավարական փաստաթղթում մայրության և մանկության առողջապահական ծրագրերի ֆինանսական ռեսուրսներով ապահովումը դիտարկվել է որպես ներողորտային գերակա խնդիր, իսկ 2012 թվական տարեկան բյուջեով երեխաների հիվանդանոցային բուժօգնության մասով ֆինանսավորման որոշակի աճ է նախատեսվել (2012 թվականին՝ 6.7 մլրդ. դրամ, 2011 թվականին՝ 6.38 մլրդ. դրամի փոխարեն): Եվ չնայած բյուջետային հատկացումների այս շարունակական աճին, այն դեռևս բավարար չէ երեխաների հիվանդանոցային բուժման հետ կապված կարիքները ամբողջությամբ հոգալու համար: Հիվանդանոցային բուժօգնության ֆինանսական մատչելիության զգալի բարելավումը, այդ ծառայությունների նկատմամբ բնակչության վստահության բարձրացումը բերել է հոսպիտալացման դեպքերի շարունակական աճի, իսկ առանձին

մարզերում սարքավորումներով հագեցվածության և մանկաբուժական կադրերի պակասը՝ նաև դեպի մայրաքաղաքի հիվանդանոցներ երեխաների գնալով աճող հոսքի:

34. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության կողմից 2009 թվականի սեպտեմբերի 10-ի «Երեխաների և դեռահասների առողջության ու զարգացման ազգային ռազմավարությանը և դրա ներդրման գործողությունների ծրագրին հավանություն տալու մասին» N 37 արձանագրային որոշումն ենթադրում է երեխաների հիվանդանոցային և ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական օգնության գծով պետական միջոցներից հատկացումներ տարեկան 11.6 մլրդ. դրամի չափով, որը բյուջետային տողերում համարժեք թվային արտացոլումը չունի, քանզի այն տարանջատված է առողջապահական ծրագրերի առանձին դասերում:

35. Ամփոփելով ներկայացվածը կարելի է եզրահանգել, որ թեև երեխաների առողջության պահպանման հիմնախնդիրը ազգային տարբեր ռազմավարական փաստաթղթերում ամրագրված է որպես գերակա ծրագրային ոլորտ, այնուամենայնիվ երկրի հիմնական ֆինանսական փաստաթղթում չի նախատեսվում նպատակային ծրագրային ֆինանսավորման համալիր ամբողջական տող: Ավելին, բյուջեով նախատեսված միջոցները առավելապես ուղղված են երեխաների բժշկական օգնության և մատուցված ծառայությունների հետ կապված ծախսերի փոխհատուցմանը (երեխայի հսկողություն և հետազոտություն, հիվանդ երեխայի բուժում, հաշմանդամ երեխայի վերականգնողական-առողջարանային բուժում և այլն) և կենտրոնացված գնումներով դեղորայքի կամ առանձին սարքավորումների ձեռք բերմանը: Պետական բյուջեն չի ենթադրում միջոցների հատկացում երեխաներին ուղղված հանրային առողջապահական և/կամ զարգացման այնպիսի ծրագրերի իրականացման համար, ինչպիսին են առանձին խնդիրներին ուղղված նպատակային ծրագրերը և գործողությունները (օրինակ Մանկական հիվանդությունների ինտեգրացված վարման ծրագիրը, կրծքով կերակրման խրարուսման ծրագիրը կամ բժշկական օգնության որակի բարելավմանը, ապացուցողական բժշկական գործելակերպի խրախուսմանը, բուժանձնակազմի մասնագիտական կարողությունների հզորացմանն ուղղված ծրագրերը և գործողությունները): Արդյունքում, այս ծրագրերը շարունակաբար իրագործվում են միջազգային կամ դոնոր կազմակերպությունների միջոցների հաշվին, կամ դադարում են դրանք իրականացվել համապատասխան ռեսուրսների անբավարարությամբ պայմանավորված վերջիններիս շարունակականության չապահովման կամ

ինստիտուտիցիոնալացման անհնարինության պատճառով: Այսպիսով, վերջին տարիներին Հայաստանի առողջապահական համակարգի պետական ֆինանսավորումն աճել է բացարձակ թվերով, իսկ երեխաներին ուղղված հատկացումները ավելի մեծ ծավալներով, ինչը հանգեցրել է բժշկական օգնության մատչելիության զգալի բարելավմանը, սակայն այդ հատկացումները դեռևս բավարար չեն իրական կարիքները ամբողջությամբ հոգալու համար: ՀՆԱ-ի նկատմամբ բյուջետային առողջապահական ծախսերի դեռևս ցածր տոկոսը և ըստ ՄԺԾԾ կանխատեսումների այդ ցուցանիշի նվազման առաջիկա միտումը, թելադրում է լրացուցիչ ֆինանսական հատկացումների հավաքագրման անհրաժեշտություն՝ առողջապահության համակարգում և մասնավորապես երեխաների հիվանդանոցային ծառայություններում բժշկական օգնության մատչելիության և որակի բարելավմանն ուղղված հետագա զարգացումների համար:

2. Երեխաների հիվանդանոցային բժշկական օգնության կազմակերպման և երեխաների մահացության հիմնական ցուցանիշների միտումների գնահատականը

36. Ապացուցված է, որ երկրի սոցիալ-տնտեսական վիճակը, ընտանիքի սոցիալական բարեկեցությունը, մոր կրթական կարգավիճակը փոխկապակցված են վաղ հասակի երեխաների հիվանդացության և մահացության հետ: Միևնույն ժամանակ, ծնելիության, երեխաների մահացության և հիվանդացության ցուցանիշների վերլուծությունը, առկա հիմնախնդիրների վերհանումը, իրավիճակի բարելավմանն ուղղված միջոցառումների մշակման տեսանկյունից շատ կարևոր է: Սույն ռազմավարության մշակման և մանկաբուժական հիվանդանոցային բժշկական օգնության ծառայությունների բարելավման տեսանկյունից այս խնդիրը առավել կարևորվում է:

1) Ժողովրդագրական ցուցանիշների միտումները

37. Մոր և մանկան առողջության պահպանման հիմնախնդիրները վերջին տարիներին շարունակաբար եղել են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության գերակայությունների շարքում: Այս ոլորտում իրականացված ազգային ռազմավարության ծրագրային արդյունքները իրենց արտացոլումն են գտել ոլորտը բնութագրող հիմնական բժշկա-դեմոգրաֆիկ ցուցանիշներում: Այն է.

Ծնելիություն. 2002 թվականից սկսած հանրապետության արձանագրվել է ծնունդների թվի աստիճանական բարձրացում, 2002-2008 թվականների համար միջին տարեկան 3% աճի ցուցանիշով: 2009 թվականին հանրապետության ծննդատներում գրանցվել է

ծննդաբերությունների վերջին տարիների առավելագույն թիվը՝ 44 526 ծնունդ, ինչը 3242-ով (7.3%) ավելի է 2008 թվականի համեմատությամբ: 2009 թվականի ծնունդների աճի այս ցուցանիշը շուրջ 2.5 անգամ ավելի է նախորդ տարիների ցուցանիշի միջին տարեկան աճի համեմատությամբ: 2010 թվականին հանրապետությունում գրանցվել է 44 737 ծնունդ՝ 211-ով ավելի 2009 թվականի համեմատ, իսկ 2011 թվականին ծննդատներում արձանագրվել է 43297 ծնունդ, ինչը 1440-ով պակաս է 2010 թվականի համեմատ:

38. Ըստ էության, 1990-2002 թվականների Հայաստանը բնորոշվել է ժողովրդագրական ցուցանիշների ծայրահեղ բացասական միտումներով: Թեև 2002-2010 թվականների ընթացքում նկարագրվել է բնական աճի ցուցանիշի կայուն աճ, սակայն գլոբալ առումով 1990-2011 թվականների ժամանակահատվածում ցուցանիշը կրճատվել է ավելի քան 3 անգամ (1990 թվականին՝ 16.3‰; 2011 թվականին՝ 4.7‰), իսկ ծնելիության ցուցանիշը 1.7 անգամ (1990 թվականին՝ 22.5‰; 2011 թվականին՝ 13.3‰): Նկարագրվածի արդյունքում 2000 թվականի համեմատությամբ, 2012 թվականի հունվարի մեկի դրությամբ, Հայաստանում գրեթե կրկնակի կրճատվել է նորածինների և հետևաբար վաղ տարիքի երեխաների թիվը: Ժողովրդագրական միտումների այսպիսի զարգացումների պայմաններում երեխաների առողջապահական խնդիրները ազգային մակարդակում առավել կարևորվում են:

2) Երեխաների առողջության հիմնական բնութագրիչները, մանկական մահացության ցուցանիշների միտումները.

39. Երեխայի կյանքի առաջին տարվա բաժանումը առանձին շրջանների և դրանց համապատասխան իրավիճակի վերլուծությունը, մանկական մահացության (վաղ և ուշ նորածնային մահացություն, հետնորածնային մահացություն) մակարդակների և մահացության կառուցվածքում դրանց տեսակարար կշիռների ուսումնասիրումը երեխաների մահացության իջեցմանն ուղղված միջոցառումների արդյունավետության բարձրացման կարևորագույն պայմաններից է, քանի որ առանձին տարիքային խմբերում մահացության իջեցմանն ուղղված միջոցառումները ըստ պահանջվող միջոցների բնույթի և ըստ ուղղվածության զգալիորեն տարբերվում են: Ասվածի տեսանկյունից հատկապես խոցելի է նորածնային շրջանը:

ա. Նորածինների առողջություն, ներառյալ նորածնային մահացության ցուցանիշների վերլուծությունը

40. Նորածնային մահացություն.

Գլոբալ առումով նորածինների (0-28 օրական) մահացությունը 1990 թվականին հաջորդող ժամանակահատվածում պահպանվել է գրեթե նույն մակարդակի վրա: Հատկանշական է, որ եթե վաղ մանկության շրջանի տարիքային գրեթե բոլոր խմբերում մահացության ցուցանիշները 1990-2006 թվականների ընթացքում կրճատվել են, ապա նույն ժամանակահատվածում նորածնային մահացությունը չի նվազել, այլ ընդհակառակը աճել է (1990 թվականին՝ 8.9%, 2006 թվականին՝ 10.7%): 2006 թվականի նորածնային մահացության ցուցանիշի բարձրացումը պայմանավորված է նաև ծնունդների և մահերի գրանցման նոր օրենսդրության ներդրմամբ՝ 500-1000գ քաշով ծնված և մահացած նորածինների գրանցմամբ: Հաջորդող տարիներին մանկական մահացության անկմանը զուգահեռ ցուցանիշը նվազել է՝ գրեթե միշտ պահպանելով 3/4-ի իր մասնաբաժինը մանկական մահացության կառուցվածքում (2007 թվական՝ 8.3%, 2010 թվական՝ 7.7%)

41. Նորածնային մահացության կառուցվածքը էականորեն փոփոխվել է վերջին 15 տարիներին: Եթե 2000 թվականին նորածնային մահացության կառուցվածքում առաջին տեղում ասֆիքսիաներն էին, երկրորդ տեղում բնածին անկանոնությունները և ձևախախտումային խանգարումները և միայն երրորդ տեղում անհասությամբ պայմանավորված շնչառության խանգարման համախտանիշը, ապա 2008-2010 թվականներին անհասությունը (39%) զբաղեցրել է առաջին հորիզոնականը, երկրորդ տեղում բնածին բնածին անկանոնություններն և ձևախախտումային խանգարումներն են(23%), իսկ երրորդ տեղում՝ ասֆիքսիաները (18%) և ինֆեկցիաները(18%): Այսպիսի կառուցվածքը պարունակում է ինչպես զարգացած (անհասության ու բնածին անկանոնությունների և ձևախախտումային խանգարումների բարձր տեսակարար կշիռ), այնպես էլ զարգացող (ասֆիքսիաների և ինֆեկցիաների դեռևս պահպանվող բարձր մակարդակ) երկրների նորածնային մահացության կառուցվածքի բնութագրիչներ:

42. **Ցածր քաշով և անհաս նորածիններ.**

Հայաստանում վերջին 15 տարիներին ցածր քաշով ծնված նորածինների տեսակարար կշիռը տատանվել է 7,4-8,4%-ի (այն թվում 1000 գրամից պակաս քաշ ունեցողներինը՝ 0,1-0,2%), իսկ անհասներինը՝ 5,9-7,2%-ի սահմաններում: Հատկանշական է, 2000-2010 թվականների ընթացքում ցածր քաշով նորածինների և անհասության ցուցանիշների էական բարելավում չի արձանագրվել: Ցածր քաշով նորածինները ունեն ինչպես նորածնային շրջանում մահանալու, այնպես էլ հետագա կյանքի ընթացքում աճի և զարգացման խանգարումների զգալի բարձր ռիսկ: Ըստ 2010 թվականի տվյալների,

մահացության տոկոսը քառային առանձին խմբերում կազմել է՝ 500-1000գ.՝ 47.4%, 1000-1500գ.՝ 17.3%, 1500-2500գ.՝ 1.9%: Սա, անշուշտ, վկայում է 1500-2500գ քառային խմբում մահացության նվազեցման ավելի մեծ ռեզերվի և առավել բարենպաստ հեռակա ելքերի մասին: Տարբեր են նաև մահանալու ռիսկերը ծննդատներում, նորածինների հասուն և անհաս լինելու հանգամանքից կախված: Այսպես, ըստ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության 2010 թվականի հաշվետվական տվյալների, ծննդոգնության հաստատություններում 1000 գրամից բարձր քաշով ծնվածների խմբում հիվանդ հասուն նորածինների մահաբերության ցուցանիշը (100 հիվանդացածներից) կազմել է 1.9%, իսկ անհասներինը՝ 6.5%:

43. Նորածինների բժշկական օգնության կազմակերպման համակարգային խնդիրները.

2008 թվականին Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից անցկացված նեոնատալ ծառայության կազմակերպական հարցերի ուսումնասիրությունը վերհանեց մի շարք այլ լուրջ հիմնախնդիրներ, մասնավորապես՝

- 1) մասնագետներով հագեցվածության և վերջիններիս որակավորման անբավարար մակարդակ (առանձին ծննդատներում նույնիսկ նեոնատոլոգների բացակայություն)
- 2) առաջին անհրաժեշտության սարքավորումներով և պարագաներով ոչ լիարժեք հագեցվածություն, առավելապես մարզային ծննդատներում
- 3) ցուցաբերվող բուժօգնության որակի լուրջ խնդիրներ, երբեմն հակասող ապացուցողական բժշկության դրույթներին
- 4) նախածննդյան խնամքի և հղիության հսկողության ընդգրկվածության դեռևս ոչ բավարար մակարդակ, հղիության ավտաբանությունների վաղ հայտնաբերման և նորածնային պաթոլոգիաների ներ արգանդային ավտորոշման թույլ համակարգ:

բ. Մինչև 5 տարեկան երեխաների, ներառյալ մանկական մահացության (0-1 տարեկան) ցուցանիշների միտումների, պարզառական և տարիքային կառուցվածքի վերլուծությունը:

44. Մանկան կենսապահովման հարցում առավել խոցելի են կյանքի առաջին հինգ տարիները, որը սահմանվում է որպես վաղ մանկության շրջան: Այս շրջանը առանձնահատուկ է մանկան գոյատևման ռիսկերի տարբերության տեսանկյունից:

Մանկական մահացություն միտումները, տարիքային և պատճառական

կառուցվածքը

Մանկական մահացության (այսուհետ՝ ՄՄ) ցուցանիշը բնակչության ամենախոցելի տարիքային խմբի՝ 0-1 տարեկան երեխաների առողջության վիճակը բնութագրող կարևորագույն բժշկա-դեմոգրաֆիկ ցուցանիշներից է: Այն հանդիսանում է նաև երկրի տնտեսական զարգացման և հասարակության սոցիալական բարեկեցության կարևորագույն ցուցիչ:

45. Պաշտոնական վիճակագրական տվյալների համաձայն, Հայաստանը բնորոշվում է մանկական մահացության միջին մակարդակով (ըստ ԱՀԿ դասակարգման), որը 1990-2010թթ. ժամանակահատվածում կրճատվել է շուրջ 40 տոկոսով (1990թ.-18.6%, 2009թ.-10.4%, 2010թ.-11.4%): 2009թ. համեմատությամբ 2010թ. արձանագրվել է ՄՄ ցուցանիշի աճ 1%-ով, ինչը հիմնականում պայմանավորված է օրենսդրական փոփոխությամբ և առողջապահական կազմակերպություններում ու քաղաքացիական ակտերի գրանցման համակարգում նորածինների մահվան դեպքերի հաշվառման հստակեցմամբ ու գրանցման գործընթացի բարելավմամբ: Վերջինիս ապացույցն է տարածաշրջանում ՄՄ միտումների վերաբերյալ ԱՀԿ եվրոպական գրասենյակի 2011թ. զեկույցը, համաձայն որի Հայաստանում նորածնային մահացությունը 2010թ. նախորդ տարվա համեմատ նվազել է 0.5%-ով (2009թ.- 12%, 2010թ.-11.5%), իսկ մանկական մահացությունը 0,9%-ով (2009թ.- 18.4%, 2010թ.-17.5%): Մանկական մահացության միջին եռամյա ցուցանիշի վերջին 20 տարիների միտումները, ինչը փոքր պոպուլյացիայի պարագայում համարվում է վիճակագրորեն ավելի հավաստի, նույնպես վկայում են իրավիճակի բարելավման և ցուցանիշի 42 տոկոս կրճատման մասին:

46. 2008-2010թթ. Հայաստանի ՄՄ միջին ցուցանիշը զգալի բարենպաստ է ԱՊՀ երկրների նույն ցուցանիշի համեմատությամբ, սակայն շուրջ 2 անգամ գերազանցում է Եվրոմիության երկրների միջին մակարդը: Հայաստանում մանկական մահացության նվազման մասին են փաստում նաև միջազգային անկախ կազմակերպությունների կողմից անցկացված այլընտրանքային հետազոտության տվյալները: Այսպես, 2010 թվականին Հայաստանի տնային տնտեսություններում անցկացված հարցումների համաձայն (ՀԺԱՀ՝ Ժողովրդագրական և առողջապահական հարցերի 2010թ. հետազոտության զեկույց), մանկական մահացության մակարդակը 1995-2010թթ. ընթացքում կրճատվել է շուրջ 2

անգամ (ըստ հետազոտության 1995-2000թթ. ՄՄ այլընտրանքային ցուցանիշը կազմել է 26%, 2005-2010թթ.՝ 13%): Ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության և ՄԱԿ-ի Մանկական հիմնադրամի հաշվարկային ցուցանիշի, 1990-2010թթ. ընթացքում Հայաստանին հաջողվել է կրճատել ՄՄ ցուցանիշը 2.6 անգամ, այն 1990թ. կազմել է 46,1%, իսկ 2010թ.՝ 17,5 % (Levels & Trends in Child Mortality. Report 2011, Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation/ WHO, Unicef, The WB, UN DESA):

47. Մանկական մահացության պատճառների շարքում առաջին տեղում են շուրջճննդյան (պերինատալ) շրջանում առաջացած առանձին վիճակները (4.4%), երկրորդ տեղում՝ բնածին անկանոնությունները և ձևախախտումային խանգարումները (2.9%), իսկ երրորդ և չորրորդ տեղերում՝ շնչառական օրգանների (1.5%) և փորլուծային (1%) հիվանդությունները: Ըստ ՀՀ Ազգային Վիճակագրական Ծառայության տվյալների, 1990-2006 թվականների ընթացքում մանկական մահացությունը կրճատվել է հիմնականում փորլուծային և շնչառական օրգանների հիվանդություններից (համապատասխանաբար՝ 70 և 80 տոկոսներով), ինչի հաշվին և նվազել է հետնորածնային մահացության դեպքերի մասնաբաժինը ՄՄ կառուցվածքում (ավելի քան կեսով), այն դեպքում երբ նորածնային շրջանի մահերի տեսակարար կշիռը աճել է ավելի քան 1/3-ով (2000թ՝ 49%, 2006թ՝ 78%): 2006 թվականին հաջորդող տարիներին, ՄՄ կառուցվածքում նորածնային շրջանի (0-28 օր) մահերի տոկոսը գնալով նվազել է, ինչը զուգակցվել է պերինատալ պատճառներից ՄՄ ցուցանիշի կրճատմամբ՝ շուրջ 45 %-ով (2006թ.՝ 8.1%, 2010թ.՝ 4.4%): ՄՄ ցուցանիշի վերջին տարիների այս միտումները փաստում են ծննդօգնության ոլորտում իրականացված բարեփոխումների դրական արդյունքների մասին: Սակայն, անհանգստացնող է բնածին արատներից ՄՄ պահպանվող բարձր մակարդակը (2000թ.՝ 2.9%, 2010թ.՝ 2.9%): Վերջին տարիների միտումները անհանգստացնող են նաև փորլուծային և շնչառական օրգանների հիվանդություններից ՄՄ ցուցանիշների աճի առումով, ինչը վկայում է այդ ոլորտում 1990-2006 թվականներին ունեցած զգալի ձեռքբերումների հետագա պահպանման դժվարությունների և հետնորածնային մահացության նվազեցմանն ուղղված լրացուցիչ ներդրումների անհրաժեշտության մասին:

48. Մանկական մահացությունը մարզային կտրվածքով

Հանրապետությունում ՄՄ ցուցանիշը թեև դրսևորել է անկման բավականին լավ տեմպեր, սակայն տարբեր է իրավիճակը տարբեր մարզերում: Հատկանշական է, որ վատ պատկեր նկարագրվում է առավելապես սահմանամերձ և աղետի գոտու մարզերում, ինչը ենթադրյալ կարելի է բացատրել այդ մարզերի սոցիալ-տնտեսական ավելի վատ պայմաններով: Պատկերը տարբեր մարզերում տարբեր է, մի փոքր խայտաբղետ է, ինչը վկայում է, որ ցուցանիշները ոչ թե արտացոլում են իրական միտումները, այլ այդ տատանումները ՄՄ թերգրանցման հետ կապված հնարավոր խնդիրներ են: Մասնավորապես, դժվար է հավատալ, որ 2009 թվականին Գեղարքունիքի (7,7 %) կամ Սյունիքի (8.0%) մարզերում մանկական մահացության մակարդակը Արևելյան Եվրոպայի երկրների միջին ցուցանիշի(9 %) համեմատ ավելի ցածր են եղել: 2010 թվականին երեխաների մահացության դեպքերի թերգրանցման այս խնդիրը մեղմվել է շնորհիվ միջգերատեսչական համագործակցությամբ այդ ոլորտում նորածինային մահերի գրանցման գործընթացի հստակեցմանն ու օրենսդրության բարելավմանն ուղղված ջանքերի, սակայն այն դեռևս չի կորցրել արդիականությունը և հետագա շարունակական լուծումների կարիք ունի:

49. Գյուղ-քաղաք կտվածքով մանկական մահացության պաշտոնական տվյալների վերլուծությունը վկայում է գյուղաբնակ վայրերում ավելի բարձր մահացության մասին (2009 թ. քաղաք՝ 9.6%, գյուղ՝ 11.7 %, 2010թ.՝ քաղաք՝ 11.3%, գյուղ՝ 11.8%): Գյուղ-քաղաք կտրվածքով տարբերություններ կան նաև մանկական մահացության պատճառական կառուցվածքում: ՀՀ ԱՆ կողմից վերջին տարիներին հավաքագրված տվյալների միջինացված ցուցանիշների վերլուծությունը վկայում է հետևյալի մասին. եթե քաղաքային բնակավայրերում մանկական մահացության կառուցվածքում գերակշռում են նեոնատալ մահացության դեպքերը(74%), ապա գյուղական վայրերում ՄՄ պատճառների շարքում շարունակում են գերակշռել հետնորածնային շրջանին առավել բնորոշ շնչառական օրգանների և փորլուծային հիվանդությունները(62%):

50. Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը

ա.Վաղ մանկության շրջանի հիմնախնդիրները բնորոշող առավել ընդգրկուն ցուցանիշ է մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացությունը, որը նույնպես վերջին տարիներին դրսևորել է նվազման միտում (1990թ.՝19,3 %, 2010թ.՝ 13.4%): Ընդ որում Հայաստանում ինչպես 0-1տարեկան (2010թ.՝ տղաներ՝ 13.0 %, աղջիկներ՝ 10.0 %),, այնպես էլ 0-5 տարեկան (2010թ. տղաներ՝ 15.0%, աղջիկներ՝ 11.0%), աղջիկների

մահացությունը ավելի ցածր է, քան տղաներինը, ինչը փաստում է ըստ սեռի խտրականության բացակայության և այն մասին, որ մեր երկրում աղջիկները ստանում են նույնպիսի խնամք, ինչպիսին և տղաները:

51. 0-5 տարեկան երեխաների մահացության պատճառական կառուցվածքը համահունչ է մինչև մեկ տարեկան երեխաների մահացության կառուցվածքին՝ առաջին տեղում են շուրջծննդյան (պերինատալ) շրջանում առաջացած առանձին վիճակները, երկրորդ տեղում՝ բնածին անկանոնությունները և ձևախախտումային խանգարումները, իսկ երրորդ և չորրորդ տեղերում՝ շնչառական օրգանների և փորլուծային հիվանդությունները: Վերջիններս շարունակում են պահպանել իրենց ծանրակշիռ դերը վաղ հասակի (մինչև 5 տարեկան) երեխաների մահացության կառուցվածքում: Այս տարիքային խմբի երեխաների մահացության պատճառական կառուցվածքում որոշակի դերակատարում ունեն նաև դժբախտ պատահարները, վնասվածքները և թունավորումները (2010թ.՝ 4.5%): Ասվածից ենթադրվում է, որ հիվանդ երեխաների խնամքի և անվտանգ միջավայրի աղերքվատ կազմակերպումը, այդ հարցերի շուրջ ծնողների գիտելիքների և իրազեկության բարձրացումը կարող է ռեզերվ լինել երեխաների առողջության բարելավման և մահացության նվազեցման գործընթացում:

գ. Երեխաների հիվանդանոցային, այն թվում մինչև շուրջօրյա մահաբերության և տղային մահացության ցուցանիշների համեմատականը, դրանց մարզային առանձնահատկությունները

52. Երեխաների մահվան դեպքերի վերաբերյալ տվյալները հավաքագրվում և վերլուծվում են հիմնականում երկու աղբյուրներից՝ Հայաստանի Հանրապետության ազգային վիճակագրական ծառայությունից (Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիական ակտերի գրանցման մարմիններում գրանցված դեպքերի հավաքական տվյալներ) և Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարությունից (բժշկական կազմակերպություններից հավաքագրվող տարեկան հաշվետվական տվյալներ): Այս երկու աղբյուրների հիման վրա հաշվարկված ՄՄ ցուցանիշները միմյանցից որոշակիորեն տարբերվում են, որի հիմնական պատճառը մահվան դեպքերի ոչ լիարժեք գրանցումն է՝ պայմանավորված օրենսդրական խնդիրներով կամ «ծնողական» գործոնով (օրինակ՝ երեխայի մահը չգրանցելու «սոցիալական մոտիվացիան»՝ ընտանիքի անդամների թվաքանակի կրճատման պատճառով «Փարոս» համակարգից դուրս չմնալու համար):

53. Ըստ էության Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության տվյալները ավելի լիարժեք են և առավել օբյեկտիվ են արտացոլում իրական պատկերը: Երեխաների մահացության հիվանդանոցային դեպքերի առումով ասվածը ավելի քան հիմնավորված է: Այսպես, ըստ Ազգային վիճակագրական ծառայության տվյալների 2010 թվականին հանրապետությունում գրանցվել է մինչև 1տարեկան երեխայի մահվան 512 դեպք (ցուցանիշը՝ 11.4%), այն դեպքում, երբ ըստ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության տարեկան հաշվետվությունների մեզ հայտնի է մանկական մահացության 572 դեպք (ցուցանիշը՝ 12.9%), ինչը խոսում է մանկան հիվանդանոցային մահվան 60 դեպքի (շուրջ 10%) չգրանցման փաստի մասին: Ելնելով վերոհիշյալից, երեխաների մահացության ստորև ներկայացվող տվյալների վերլուծությունը կհենվի առավելապես Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության աղբյուրների վրա:

54. Ըստ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության հաշվետվական տվյալների հանրապետությունում մանկական մահացության դեպքերի թիվը 2000-2010 թվականների ընթացքում էականորեն կրճատվել է (շուրջ 36%), միաժամանակ, փոխվել է ըստ վայրի և ըստ տարիքային խմբերի մահվան դեպքերի վիճակագրությունը: Եթե 2000 թվականին կյանքի առաջին շաբաթվա ընթացքում արձանագրված մահերը (հիմնականում ծննդատներում տեղի ունեցած) կազմել են բոլոր մահերի 56%, ապա 2010 թվականին դրանց մասնաբաժինը նվազել է 50%-ի, և հակառակը, մանկական հիվանդանոցներում գրանցված մահերի բաժինը 29%-ից աճել է 36%-ի: Նույն ժամանակահատվածում տնային մահերի ցուցանիշը (տոկոսը ՄՄ կառուցվածքում) նվազել է 4.1 տոկոսային կետով (2000թ.՝ 16.7%, 2010թ.՝ 12.6%), ընդ որում, համաձայն մարզպետարաններից և Երևանի քաղաքապետարանի կողմից տրամադրված տվյալների, տնային մահացության ցուցանիշը Երևանում կազմել է 1.5%, իսկ մարզերում՝ 27% (18 անգամ ավելի):

55. Մարզային մակարդակում անհանգստացնող է նաև մինչշուրջօրյա մահաբերության (ստացիոնար ընդունվելուց հետո առաջին 24 ժամերի ընթացքում) ցուցանիշի (տոկոսը հիվանդանոցում մահացած երեխաների ընդհանուր թվի մեջ) բարձր մակարդակը: Ըստ 2010 թվականի հաշվետվական տվյալների մինչշուրջօրյա մահաբերության ցուցանիշը հանրապետությունում կազմել է 15.4%: Ըստ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից օպերատիվ

ընթացակարգով 2011 թվականին հավաքագրված տվյալների, այս ցուցանիշը մանկաբուժական հիվանդանոցային բուժօգնություն իրականացնող Երևանի 6 հիմնական հաստատությունների գումարային ցուցանիշը կազմել է 20%, իսկ մարզային հիվանդանոցներում՝ 49%, առանձին մարզերում հասնելով՝ 72-100%-ի: Այսինքն, եթե մայրաքաղաքում մահացած մինչև մեկ տարեկան երեխաներից յուրաքանչյուր հինգերորդն է մահանում կլինիկա ընդունվելուն հաջորդող 1 օրվա ընթացքում, ապա մարզային հիվանդանոցներում յուրաքանչյուր երկրորդ երեխան:

56. Ակնհայտ է, որ գյուղական բնակության վայրերում իրավիճակը շատ ավելի վատ է, ինչը բացատրվում է երեխաների մահացության ավելի բարձր սոցիալական ռիսկերով և բուժօգնության ավելի ցածր մատչելիությամբ ու որակով: Տնային մահացության և մինչևուրջօրյա մահաբերության բարձր ցուցանիշների կարևորագույն պատճառներից մեկը մայրերի կողմից հիվանդ երեխայի խնամքի և սնուցման ոչ ադեքվատ կազմակերպումն է և/կամ հիվանդության ծանրության աստիճանի ոչ ճիշտ և ոչ ժամանակին գնահատումը, հետևաբար և ուշ հոսպիտալացումը, երբ բժշկական միջամտությունը դառնում է անարդյունավետ: Մինչևուրջօրյա մահաբերության պատճառագիտության մեջ մեծ դեր ունեն նաև այլ գործոններ՝ հիվանդանոցներում երեխաների անհետաձգելի բուժօգնության կազմակերպման մակարդակը և որակը, պայմանավորված մասնագետների գործելակերպով, վերակենդանացման ծառայությունների առկայությամբ, նրանց սարքավորումներով հագեցվածությամբ, ինչն ակնհայտորեն ավելի վատ է մարզային/տարածաշրջանային հիվանդանոցային բուժհաստատություններում: Եթե սրան ավելացնենք, այն փաստը, որ 2009 թվականին Երևանի հիվանդանոցներում մահացած կրծքի հասակի երեխաների գրեթե 2/3-ը գյուղական բնակավայրերի բնակիչներ են («Արաբկիր» Բժշկական Համալիր-Երեխաների Դեռահասների Առողջության Ինստիտուտում 76%, «Սուրբ Աստվածամայր» բժշկական կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերությունում 65%), որոնք տեղափոխվել են շրջաններից արդեն իսկ ծանր վիճակում, կարելի է եզրակացնել, որ խնդիրն այս ավելի դրամատիկ է: Եվ սա այն պարագայում, երբ գերակշիռ դեպքերում այս մահերը կարելի էր կանխել երեխայի վիճակի ճիշտ գնահատման, ուղեգրման արդյունավետ գործընթացի կազմակերպման և հիվանդանոցներում ծանր հիվանդ երեխաների համար անհրաժեշտ պայմանների և որակյալ մասնագիտական օգնության ապահովման դեպքում: 2010 թվականին համար «կանխելի» այս մահերը (տնային և հիվանդանոցային մինչևուրջօրյա

մահվան դեպքերի գումարը) կկազմեն՝ հանրապետությունում 26 %, Երևանում 18%, իսկ մարզերում՝ 40%: Այսպիսով, չնայած հանրապետությունում ՄՄ ընդհանուր ցուցանիշի նվազմանը, երեխաների հիվանդանոցային, հատկապես մինչև շուրջօրյա մահաբերության ցուցանիշն աճել է՝ տնային մահացության ցուցանիշի կրճատման ֆոնի վրա, ինչը փաստում է առողջության առաջնային պահպանման օղակում իրականացված ծրագրերի և ներդրված ջանքերի որոշակի դրական արդյունքների և հիվանդանոցային օղակում դեռևս մեծ անելիքների մասին:

III. ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԻՐԱՎԻՃԱԿԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՈՒՄ ՎԵՐ ՀԱՆՎԱԾ ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐԸ

57. Վերը ներկայացված իրավիճակային վերլուծությունը թույլ է տալիս եզրահանգելու, որ հանրապետությունում երեխաների առողջության պահպանմանն ուղղված ազգային ռազմավարությունների շրջանակներում իրականացված, այն թվում միջազգային համագործակցությամբ, շուրջ տասնյակ նպատակային ծրագրերի արդյունավետությունը ակնառու է և արձանագրվել է զգալի առաջընթաց երեխաների առողջության բարելավման և հետևաբար ՄՄ ցուցանիշի իջեցման գործընթացում: Այնուամենայնիվ մանկական հիվանդանոցային օգնության ծառայությունում առկա են բազում հիմնախնդիրներ, որոնց բնութագրականը համահունչ է առողջապահական համակարգի ընդհանուր խնդիրներին՝ բուժսպասարկման մատչելիության և որակի, գյուղ-քաղաք կտրվածքով իրավիճակի և խնդիրների տարբերության, մարդկային ռեսուրսների անբավարարության, նորմատիվ-իրավական դաշտի, մասնավորապես, բուժօգնության որակի չափորոշիչների անկատարության առումով:

58. Ներկայացված իրավիճակային վերլուծության հիման վրա կարելի է առանձնացնել հիվանդանոցային բուժօգնության հետ կապված առավել ակտուալ հետևյալ համակարգային հիմնախնդիրները՝

1) պետական բյուջեից առողջապահությանը հատկացվող միջոցների դեռևս ցածր մակարդակ՝ (2010թ. ՀՆԱ-ի 1,7 % և պետբյուջեի 5.9%), երեխաներին ուղղված առողջապահական ծառայությունների ոչ բավարար ֆինանսավորում, մասնավորապես մանկական հիվանդանոցային բուժօգնության համար տրամադրվող միջոցների անբավարար ծավալներ,

- 2) երեխաներին ուղղված որակյալ առողջապահական ծառայությունների ոչ բավարար մատչելիություն հատկապես գյուղաբնակ բնակչության համար, ազգային մակարդակով որակի վերահսկման արդյունավետ մեխանիզմների անկատարություն, որակյալ առողջապահական ծառայությունների մատուցման համար խթանների բացակայություն,
- 3) առողջապահության, այն թվում մոր և մանկան ծառայությունների ոլորտում մոնիտորինգի ու գնահատման գործուն համակարգի բացակայություն, երեխաների հիվանդանոցային մահացության դեպքերի գրանցման հետ կապված շարունակական դժվարություններ,
- 4) առողջապահական ռեսուրսների անհավասարաչափ բաշխում, որակյալ մասնագիտացված ծառայությունների կենտրոնացում Երևան քաղաքում, որպես հետևանք երեխաների հիվանդանոցային բուժօգնության դեպքերի կենտրոնացում մայրաքաղաքում արդյունքում նաև ֆինանսական բեռի ավելացում և լրացուցիչ ռեսուրսների անհրաժեշտություն,
- 5) հիվանդանոցային մանկական վերակենդանացման և/կամ ինտենսիվ թերապիայի ծառայությունների բացակայություն մարզային հիվանդանոցներում (բացառությամբ Շիրակի մարզի)
- 6) առանձին մարզային հիվանդանոցներում արդյունավետ և որակյալ հիվանդանոցային ծառայությունների մատուցման համար անհրաժեշտ նյութա-տեխնիկական հագեցվածության ցածր մակարդակ, ներառյալ սարքավորումներով հագեցվածությունը և լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ միջոցների հնարավորությունները:
- 7) մարզերից ծանր հիվանդ երեխաների տեղափոխման/ուղեգրման արդյունավետ համակարգի համար անհրաժեշտ ռեսուրսների անբավարարություն
- 8) ըստ մակարդակների երեխաների բուժօգնության կազմակերպման ծավալների, ենթակառուցվածքների, գործառույթների և պատասխանատուների հստակեցման, և ուղեգրման արդյունավետ մեխանիզմների մշակման անհրաժեշտություն
- 9) մասնագիտական ներուժի ծերացում, մանկաբույժների և նեոնատոլոգների արդեն իսկ առկա պակաս: Մարզային հիվանդանոցներում կադրերով ապահովվածության ծայրահեղ ցածր մակարդակ, մանկական որոշ մասնագետների բացակայություն,
- 10) ծննդօգնության և մանկական հիվանդանոցային բուժհաստատություններում բուժօգնության կազմակերպման և կլինիկական վարման ուղեցույցների և ապացուցողական բժշկության ժամանակակից գործելակերպի ոչ բավարար մակարդակ,

բուժաշխատողների մասնագիտական հմտությունների բարելավման և շարունակական զարգացման անհրաժեշտություն,

11) միջազգային համագործակցությամբ իրականացվող, մասնավորապես, երեխաների բուժօգնության որակի, հիվանդությունների վարման մասնագիտական գործելակերպի բարելավմանն ուղղված ծրագրերի ազգային մակարդակով ներդրման, դրանց ինստիտուցիոնալիզացման և շարունակականության ապահովման նպատակով համապատասխան ֆինանսական ռեսուրսների անհրաժեշտություն,

59. Ներկայացված համակարգային հիմնախնդիրները անխոս իրենց արտացոլումն են գտել նաև մանկական հիվանդանոցային ծառայությունը ներկայացնող հիմնական բնութագրիչներում և/կամ դրանց հետ փոխկապակցված երեխաների մահացության ցուցանիշներում: Այն է.

1) Մանկական մահացության ցուցանիշի անկման տեմպերի դանդաղում, իսկ հետնորածնային շրջանին բնորոշ մահացության առանձին պատճառներից (փորլուծություն, շնչառական հիվանդություններ) նաև աճի միտում:

2) Նորածնային մահացության ինտենսիվ ցուցանիշների դեռևս պահպանվող բարձր մակարդակ և ՄՄ կառուցվածքում շուրջծննդյան պատճառներից և նորածնային շրջանի մահերի բարձր տեսակարար կշիռ:

3) Հասուն նորածինների համեմատությամբ, անհաս և ցածր քաշով նորածինների մահացության մի քանի անգամ գերազանցող ռիսկ, հատկապես մարզային մակարդակում:

4) Գյուղ-քաղաք կտրվածքով մանկական մահացության պատճառական և տարիքային կառուցվածքի մեծ տարբերություններ:

5) Տնային մահացության միջին հանրապետական ցուցանիշի իջեցման ֆոնի վրա, միջինից զգալի բարձր ցուցանիշներ մարզային մակարդակում:

6) Հիվանդանոցային, հատկապես մինչշուրջօրյա մահաբերության բարձր ցուցանիշներ և աճի ակնհայտ միտում՝ առավելապես մարզային հիվանդանոցներում:

7) Երեխաների «կանխելի» մահերի բարձր ցուցանիշներ՝ ինչպես մարզերում, այնպես էլ Երևանում:

8) Հոսպիտալացման դեպքերի կուտակում Երևանի հիվանդանոցներում՝ մարզերից ընդունված երեխաների մինչշուրջօրյա մահացության դեպքերի բարձր տեսակարար կշռով:

IV. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԸ

60. Ռազմավարության հիմնական նպատակների և 2015 թվականի նպատակային ցուցանիշների համար ելքային տարեթիվ է սահմանվում 2010 թվականը:

1) Սույն ռազմավարության ներդրման շրջանակներում ակնկալիք գլխավոր նպատակներն են՝

ա. Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության Հազարամյակի Չարգացման ազգային նպատակային ցուցանիշի ձեռք բերում (10%-ից ցածր):

բ. Մանկական մահացության ցուցանիշի իջեցում նվազագույնը 1/5-ով՝ 2015թ.-ին 1000 կենդանի ծնունդի հաշվով 0-1տ. երեխաների մահացության ցուցանիշը չպետք է գերազանցի 8 % (Ելքային ցուցանիշը 2010թ.՝ 11.4%)

գ. Նորածնային մահացության ցուցանիշի իջեցում նվազագույնը 1/4-ով: Այն է՝ 2015թ.-ին 1000 կենդանի ծնունդի հաշվով նորածնային շրջանի (0-28 օրական) մահացության ցուցանիշը չպետք է գերազանցի 6 % (Ելքային ցուցանիշը 2010թ՝ 7.7%):

2) Ենթանպատակներն են՝.

ա. հիվանդանոցային մահաբերության, այդ թվում՝ վաղ հասակի երեխաների մինչևչորսորյա մահաբերության ցուցանիշի իջեցում նվազագույնը 1/5-ով: 2015 թ. ակնկալվող միջին հանրապետական ցուցանիշը կկազմի 12%-ից ոչ ավելի (2010թ. ելքային ցուցանիշը՝ 15.4%):

բ. երեխաներին տրամադրվող հիվանդանոցային ծառայությունների մատչելիության և որակի, մասնագետների գործելակերպերի և խորհրդատվական հմտությունների բարելավում, այդ բնագավառում ինստիտուցիոնալ կառույցների ուժեղացում:

գ. Ծնունդների և մանկական մահացության դեպքերի գրանցման գործընթացի բարելավում

V. ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ Ն ՈՒՂՂՎԱԾ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՌԱԶՄԱՎԱՐԱԿԱՆ ՈՒՂՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

61. Ներկայացված իրավիճակային վերլուծությունից հետևում է, որ երեխաների հիվանդանոցային բուժօգնության ոլորտում առկա հիմնախնդիրները բազմաթիվ են և բազմաբնույթ: Դրանց մի մասը օրակարգային են և շտապ միջամտություն են պահանջում, օրինակ, մարզային մակարդակով մանկական/նորածնային

վերակենդանացման ծառայությունների ստեղծման անհրաժեշտությունը: Խնդիրների մյուս մասի (գյուղաբնակ բնակչության համար մասնագիտացված բուժօգնության ցածր մատչելիությունը և մատուցված ծառայությունների որակի խնդիրները, մարդկային ռեսուրսների անբավարարությունը, անհամաչափ բաշխումը և այլն) պատճառները շատ ավելի խորքային են, պահանջում են մեծ ներդրումներ և որոշակի ժամանակ:

62. Առողջապահական համակարգից զատ, կարևոր է նաև ընտանիքի, համայնքի գործոնը և հետևաբար իրավիճակի բարելավման անհրաժեշտ նախապայման է մայրերին/ընտանիքին ուղղված հիվանդ երեխայի խնամքին, վտանգի նշաններին ուղղված իրազեկման ծրագրերի իրականացումը, իսկ որպես առավել խորքային պատճառ՝ աղքատության կրճատումը և երկրի սոցիալ-տնտեսական իրավիճակի բարելավումը:

63. Այսպիսով, երեխաների հիվանդանոցային ծառայությունների ներկայիս իրավիճակի հետ կապված բացահայտված հիմնախնդիրներին համապատասխան անհարժեշտ է ձեռնարկել առաջնահերթ միջոցառումներ, զուգահեռաբար մշակելով և իրականացնելով ավելի երկարաժամկետ ռազմավարական ծրագրեր և գործողություններ: Այդ ռազմավարությունները պետք է հենվեն իրավիճակի և կարիքների օբյեկտիվ գնահատականների վրա, իսկ լուծումները լինեն համալիր՝ ուղղված հիմնախնդիրները պայմանավորող բազմագործոն և խորքային պատճառների վերացմանը: Դրանք պետք է անպայմանորեն անդրադառնան առողջապահության համակարգային խնդիրներին, հաշվի առնելով ոլորտի բոլոր 4 հիմնական գործառույթները (կառավարում /կազմակերպում, ծառայությունների մատուցում, ռեսուրսներ, ֆինանսավորում): Այն է.

1) Քաղաքականություն, կառավարում, կազմակերպում.

ա. Երեխաների հիվանդանոցային բուժօգնության ոլորտում կառավարման/կազմակերպման գործառույթի շրջանակներում առաջարկվող ռազմավարական ուղղությունները հետևյալն են.

Երեխաների առողջության պահպանումը այսուհետև ևս պետք է շարունակվի դիտարկվել որպես գերակա ոլորտ և հատուկ շեշտադրվի առողջապահության պետական քաղաքականության շրջանակներում: Պետական քաղաքականությունը այս ոլորտում անհրաժեշտ է ուղղել ծառայությունների, ինստիտուցիոնալ կարողությունների և մարդկային ռեսուրսների հետագա զարգացմանը և հզորացմանը: Մասնավորապես,

ազգային մակարդակով երեխաների առողջության բարելավմանը և մանկական մահացության իջեցմանը կարող է ծառայել վաղ տարիքի և անհետաձգելի վիճակներում գտնվող բոլոր երեխաների համար հիվանդանոցային ծառայությունների իրապես անվճար և որակյալ բուժօգնության մատչելիության ապահովումը: Այս նպատակին կարող է ծառայել «Երեխաների առողջության պետական հավաստագրի» և Ծննդօգնության պետական հավաստագրի ծրագրերի ներդրման շրջանակներում ձեռք բերված հաջողությունների ուղղությամբ հետագա զարգացումների ապահովումը: Առկա դրական փորձը այս նախաձեռնության հաջողության նախադրյալն է:

Մանկական մահացության իջեցման նպատակով անհրաժեշտ է մշակել և իրականացնել 2012 թվականի համար կառավարության կողմից գերակա հայտարարված Մարզային մանկական վերակենդանացման ծառայությունների հզորացման ծրագիրը, ստեղծելով մանկական/նորածնային վերակենդանացման և ինտենսիվ թերապիայի ծառայություններ մարզկենտրոնների մակարդակով և բարելավելով նորածինների առաջնային վերակենդանացման և հիմնական խնամքի համար անհրաժեշտ պայմանները տարածաշրջանային ծննդատներում:

Երեխաների հիվանդանոցային մահաբերության նվազեցման նպատակով անհրաժեշտ է մշակել և իրականացնել հիվանդանոցային բուժօգնության ծառայությունների հզորացման կոնկրետ մարզային ծրագրեր, կարևորելով մարզկենտրոններում մանկական վերակենդանացման ծառայությունների ստեղծման և/կամ ուժեղացման գործընթացը:

Երեխաների մինչըրջօրյա մահաբերության կրճատման համար անհրաժեշտ է հիվանդ երեխաների ուղեգրման և տեղափոխման արդյունավետ համակարգի մշակում և արտագնա անհետաձգելի բուժօգնության («սանիտարական ավիացիայի») ու մարզային շտապ օգնության ծառայությունների ծավալների մեծացմանը և կարողությունների հզորացմանն ուղղված միջոցառումների իրականացում:

Հատուկ կարևորելով զարգացման բնածին արատների նախաձեռնյան ախտորոշման, անհաս ու ցածր քաշով երեխաների կենսաապահովման, նորածնային ախտաբանությունների վաղ հայտնաբերման հիմնախնդիրները, անհրաժեշտ է ապահովել զարգացումներ հղիության ընթացքի և նորածնային սկրինինգ ծրագրերի, ներարգանդային ախտորոշման և նորածինների խնամքի երկրորդ էտապի

ծառայությունների ուժեղացման ուղղությամբ՝ կենտրոնացնելով ռեսուրսները ծննդօգնության մարզկենտրոնային և երրորդ մակարդակի հաստատություններում:

Հաշվի առնելով սոցիալ-տնտեսական ռիսկի գործոնների դերը, անհրաժեշտ է երեխաների կենսապահովման և մոր ու մանկան առողջության պահպանման հարցերը առավելագույնս ներառել երկրի սոցիալ տնտեսական զարգացման քաղաքական փաստաթղթերում և աղքատության կրճատմանն ուղղված ազգային ռազմավարական ծրագրերում:

Ծնունդների և մանկական մահացության վերաբերյալ տվյալների որակի լավացման, ցուցանիշների միջազգային համադրելիության բարձրացման նպատակով անհրաժեշտ է ազգային մակարդակով ծնունդների և մահերի հաշվառման և գրանցման նոր օրենսդրության լիարժեք ներդրման ապահովում, այդ ուղղությամբ բուժհաստատությունների ներքին ընթացակարգերի բարելավում:

2) Մատուցվող ծառայությունների մատչելիության և որակի ապահովում

ա. Մատուցվող ծառայությունների մատչելիության և որակի ապահովումը երեխաների առողջության պահպանմանն ուղղված ռազմավարությունների մեջ ամենաառանցքայինն է: Այս ուղղությամբ անհրաժեշտ է հետևյալ ծրագրային դրույթների իրականացումը.

մատուցվող ծառայությունների մատչելիության և որակի բարելավման համար անհրաժեշտ նախապայման է մանկական հիվանդանոցային ծառայությունների քարտեզագրումը, ռեսուրսների գնահատումը տեղերում և յուրաքանչյուր մարզում առկա կարիքներին համապատասխան ծառայությունների տարածքային հասանելիությանն ուղղված օպտիմալ տարբերակների մշակումը (ռեգիոնալիզացիա):

Երեխաներին ուղղված առողջապահական ծառայությունների (ապահով ծննդօգնություն, նորածնի խնամք և ինտենսիվ թերապիա, երեխաների անհետաձգելի հիվանդանոցային օգնություն) մատչելիության և որակի ապահովման համար առաջնահերթ միջոցառումները պետք է ուղղվեն այդ ոլորտում հայտարարված անվճար բուժօգնության իրականացման «իրական և իրավական» մեխանիզմների, մասնավորապես, այդ ծառայություններում բուժօգնության կազմակերպման համար չափորոշիչների և նորմատիվ այլ ակտերի համալիր փաթեթի մշակմանը և ներդրման ապահովմանը:

բուժօգնության որակի բարելավման համար կարևոր բաղադրիչ է ծննդօգնության և մանկական հիվանդանոցային հաստատություններում երեխաների վերակենդանացման, ինտենսիվ թերապիայի ու խնամքի ապահովման համար անհրաժեշտ պայմանների ստեղծումը, այդ ծառայությունների հագեցումը ժամանակակից սարքավորումներով, դեղորայքով ու բժշկական պարագաներով:

բժշկական ծառայություն մատուցողների գիտելիքների և հմտությունների շարունակական բարելավումը, բուժանձնակազմի ապացուցողական հենքով բժշկական գործելակերպի արմատավորումը, այդ նպատակով ժամանակակից կլինիկական ուղեցույցների և արձանագրությունների մշակումը և ներդրումը երեխաների մատուցվող հիվանդանոցային բուժօգնության որակի ապահովման անհրաժեշտ պայման է:

երեխաների առողջապահական ծառայությունների ոլորտում ցուցաբերվող բուժօգնության որակի շարունակական բարելավման նպատակով առաջնահերթ գործընթաց է հիվանդանոցային բուժօգնության որակի գնահատման չափորոշիչների մշակումը և ներդրումը՝ որակի կառավարման ընդհանուր համակարգում:

3) Մարդկային ռեսուրսներով ապահովումը.

ա. Մանկական հիվանդանոցային ծառայությունների մասնագիտական հագեցվածության խնդրի լուծումը համակարգային ներկայիս հիմնախնդիրներից ամենաարդիականն է: Մարզերին անհրաժեշտ մասնագիտական ներուժի ապահովման գործընթացը կարելի է զարգացնել զուգահեռաբար մի քանի ուղղություններով.

սկզբնական շրջանում հնարավոր է կիրառել «արտագնա մասնագետների» ժամանակավոր գործուղման ներկայիս գործող համակարգը, ինչպես նաև կազմակերպել տեղի մասնագետների՝ մանկական բժիշկների, բուժքույրերի ուսուցումը Երևանի առաջատար կլինիկաներում շեշտադրելով նրանց հմտությունների բարելավումը:

կիրառելի է նաև կրթական անհատական կարճաժամկետ ծրագրերի միջոցով մարզում արդեն իսկ աշխատող մասնագետների վերաորակավորումը՝ առավել անհրաժեշտ մասնագիտական ուղղություններով:

հետագայում հետդիպլոմային կրթական համակարգի միջոցով պետական պատվերի շրջանակներում, բյուջետային ֆինանսական հատկացումներով (նպատակային կլինիկական օրդինատուրա, մագիստրատուրա) պատրաստել անհրաժեշտ մասնագետներ (մանկաբույժներ, նեոնատոլոգներ, մանկական ռեանիմատոլոգ-անեսթեզիոլոգներ և այլն): Սույն դրույթի իրականացման համար անհրաժեշտ է

բժշկական դիպլոմային կրթության բարեփոխումների համատեքստում դիտարկել «մանկաբուժություն» մասնագիտության ներառումը հիմնական մասնագիտությունների ցանկում և հետևաբար այդ մասնագետների պատրաստումը ոչ միայն հետդիպլոմային մասնագիտացման, այլ մագիստրատուրայի ծրագրի շրջանակներում («մանկաբուժական» ֆակուլտետի «վերականգնում» ներկայիս դիպլոմային կրթության համատեքստում):

4) Մանկական հիվանդանոցային ոլորտի ֆինանսավորման բարելավում

ա. Ռազմավարության իրականացումը կարող է իրատեսական լինել լրացուցիչ լուրջ ֆինանսական ներդրումների պայմաններում: Հետևաբար այս ոլորտում հնարավորինս պետք է ապահովվեն հետևյալ զարգացումները.

Աշխատանք պետք է կատարվի հիվանդանոցային ծառայությունների դիմաց պետության կողմից փոխհատուցվող գների շարունակական բարձրացման ուղղությամբ՝ այն դարձնելով իրական ծախսերին և արժեքներին համապատասխան:

Վաղ մանկության շրջանում հիվանդանոցային ծառայությունների ֆինանսական բեռը առավելապես պետք է հենվի պետական բյուջետային հատկացումների վրա, լրացուցիչ միջոցներ պետք է հատկացվեն մարզերում վերակենդանացման մանկական ծառայությունների սարքավորումներով հագեցվածության բարելավման և ենթակառուցվածքների հզորացման համար:

Լրացուցիչ ֆինանսական միջոցներ պետք է հատկացվեն բնակչության շրջանում երեխայի առողջության, սնուցման, հիվանդությունների և խնամքի հարցերով մայրերի գիտելիքների և հմտությունների բարձրացմանն ուղղված հանրային իրազեկման ծրագրեր իրականացնելու համար:

VI. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐԸ ԵՎ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐԸ

64. Քանի որ առողջապահական ոլորտի զարգացումները պայմանավորող առանցքային գործոններից մեկը պետական ծախսերի մակարդակն է, իսկ երեխաներին ուղղված առողջապահական ծառայությունները առավելապես հենվում են բյուջետային հատկացումների վրա, ոլորտի ֆինանսավորումը պետք է լինի կայուն՝ հաջորդող տարիների ընթացքում աճի բարենպաստ տեմպերի ապահովվմամբ: Ավելին, այս ռազմավարության իրականացումը անհնար կլինի առանց լրացուցիչ ռեսուրսների

հավաքագրման, ընդ որում ակնկալվում են ներդրումներ՝ թե՛ ներքին և թե՛ արտաքին աղբյուրների հաշվին: Երեխաների առողջապահական ծրագրերին ուղղված թե՛ պետական և թե՛ արտաքին աղբյուրներից ակնկալվող ռեսուրսների առավել արդյունավետ օգտագործման նպատակով անհրաժեշտ է այդ ոլորտում իրականացվող ծրագրերի համակարգում և դրանց արդյունավետության բարձրացմանն ուղղված քաղաքականության իրականացում՝ միջսեկտորալ և միջազգային համագործակցության մակարդակով:

VII. ՄՈՆԻՏՈՐԻՆԳ ԵՎ ԱԿՆԿԱԼՎՈՂ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ

65. Մանկական հիվանդանոցային բուժօգնության բարելավման գործընթացը հսկողության տակ պահելու համար անհրաժեշտ է իրականացնել մոնիտորինգ, որպեսզի հնարավոր լինի գնահատել առաջընթացը, բացահայտել ձեռքբերումները և ժամանակին վերացնել առկա թերությունները: Այդ իսկ պատճառով անհրաժեշտ են հստակ ցուցանիշներ՝ հիմնված Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից հաստատված մանկական հիվանդանոցային բուժօգնության կազմակերպման չափորոշիչների վրա: Մոնիտորինգը արդյունավետ իրականացնելու համար պետք է սահմանել և կիրառել կառուցվածքի, գործընթացի և բուժման ելքի ցուցանիշներ:

66. Հավաքագրված տվյալների վերլուծությունը հնարավորություն կտա կատարել ձեռքբերումների և/կամ ձախողումների ընթացիկ գնահատումներ, խոչընդոտները բացահայտելու և հետագա միջամտությունները պլանավորելու համար: Ձեռքբերումները ամրապնդելու և պահպանելու համար անհրաժեշտ կլինի կազմել մոնիտորինգի երկարաժամկետ շարունակական պլաններ: Ակնկալվող արդյունքների մոնիտորինգային ցուցանիշները չափելի թիրախային ցուցիչներով ներկայացված են սույն ռազմավարության ներդրման գործողությունների ծրագրում:

VIII. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ՄԱԿԱՐԴԱԿՆԵՐԸ, ԱՅՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՆՈՂՆԵՐԻ ԻՐԱՎԱՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

67. Սույն ռազմավարության ներդրման գործընթացում ենթադրվում է իրավասությունների և պատասխանատվությունների հետևյալ տարանջատումը՝

1) Ազգային մակարդակ՝ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն

ա. ազգային մակարդակում սույն ռազմավարական ներդրումն ապահովող ծրագրերի և գործողությունների մշակում և հաստատում,

բ. պետական բյուջեից համապատասխան ֆինանսական միջոցների հատկացումների ապահովման գործընթացի կազմակերպում

գ. ազգային ուղեցույցների և կրթական այլ նյութերի մշակման և դասավանդման գործընթացի կազմակերպում, այդ նպատակով նյութերի հաստատում և ազգային դասավանդողների ուսուցում,

դ. աջակցություն ծնողների համար խորհրդատվական նյութերի մշակմանը և հրատարակմանը,

ե. ռազմավարության շրջանակներում իրականացվող ծրագրերի համակարգում, մոնիտորինգի գործընթացի կազմակերպում:

2) Մարզային մակարդակ՝ առողջապահության և սոցիալական ապահովության մարզային վարչություններ/բաժիններ

ա. մասնակցության ռազմավարության իրագործմանն ուղղված ծրագրերի մշակմանը

բ. այլ աղբյուրներից ռազմավարության ներդրման համար անհրաժեշտ ռեսուրսների հավաքագրում

գ. ծրագրերի ներդրման գործընթացի համակարգում մարզային մակարդակով

3) Համայնքային մակարդակ՝ համայնքային բուժհաստատություն, համայնքի անդամներ

ա. աջակցություն սոցիալապես անապահով ընտանիքների երեխաների, մայրերի առողջապահական խնդիրների լուծմանը

բ. աջակցություն և անմիջական մասնակցություն հանրային իրազեկման ծրագրերին՝ ուղղված՝ երեխայի խնամքի հարցերում համայնքում և ընտանիքում գոյություն ունեցող պատկերացումների և գործելակերպի բարելավմանը

4) Միջազգային կազմակերպություններ՝ տեխնիկական աջակցություն սույն ռազմավարության և դրանից բխող ծագրային և նորմատիվ փաստաթղթերի մշակմանը, դրանց ներդրման գործընթացին:

5) Մասնավոր սեկտոր՝ աջակցություն ռազմավարության ներդրման և սարքավորումների ձեռք բերման գործընթացին:

Հավելված N 2
 ՀՀ կառավարության 2012 թ.
 հունիսի 4-ի նիստի N 27
 արձանագրային որոշման

**ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ 2013-2015 ԹՎԱԿԱՆՆԵՐԻ
 ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳԻՐ**

Գործողություններ և ծրագրեր	Ժամանակացույց	Սպասվող արդյունք	Պատասխանատու	Համակատարող	Ֆինանսավորման ակնկալվող աղբյուրները	Մոտավոր արժեքը (հազ. դրամ)
1	2	3	4		5	6
1.	Առաջնահերթ միջոցառումներ և ծրագրեր					
1. Հիվանդանոցային բուժօգնության ոլորտում «Երեխաների առողջության պետական հավաստագրի» ծրագրի շարունակական իրագործում, այդ թվում՝	2013 թվական	Երեխաների հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիության և որակի շարունակական բարելավում	Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն	Միջազգային դոնոր կազմակերպություններ (համաձայնությամբ)	Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջե և Միջազգային դոնոր կազմակերպություններ (համաձայնությամբ)	6.867.810.6 ,այդ թվում՝
1) «Երեխաների առողջության պետական հավաստագրի» ծրագրի շարունակական իրագործում					Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջե	6.737.712.6
2) Ծրագրի արդյունավետության գնահատում տնային տնտեսությունների հարցման միջոցով					Միջազգային դոնոր կազմակերպություններ (համաձայնությամբ)	30.000.0

3) Ծրագրի շարունակական հսկողության և մատուցված ծառայությունների որակի գնահատման գործիքների մշակում և ներդրում					Միջազգային դոնոր կազմակերպություններ (համաձայնությամբ)	10.000,0
4) Երևանի մասնագիտացված կենտրոններին կից գործող արագ արձագանքման արտագնա բուժճառայությունների կարողությունների հզորացում, պետական պատվերի անհրաժեշտ ծավալների ապահովում	2013թ.-ից՝ շարունակական	Ծանր հիվանդ երեխաների համար ապահովված «արտագնա անհետաձգելի բուժօգնության» անհրաժեշտ ծավալներ, մարզերից երեխաների տեղափոխման բարելավված գործընթաց:	Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն	Երևանի քաղաքապետարան (համաձայնությամբ), Հայաստանի Հանրապետության մարզպետարաններ Արաբկիր» բժշկական ամալիի –Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտ» ՍՊԸ, «Երևանի ՄԻ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան» ՊՈԱԿ «Ս. Աստվածամայր բժշկական կենտրոն» ՓԲԸ	ՀՀ պետական բյուջե Միջազգային և դոնոր կազմակերպություններ (համաձայնությամբ)	18.098,0 72.000,0
2. Նորածինների վերակենդանացման , ինտենսիվ թերապիայի և խնամքի ծառայությունների հզորացում մարզկենտրոնների ծննդատներում.	2013-2014թթ.	4 մարզկենտրոնների (Լոռի, Սյունիք, Արագածոտն, Արարատ) ծննդատներում ստեղծված նորածինների վերակենդանացման և/կամ ինտենսիվ թերապիայի պալատներ	Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն	Հայաստանի Հանրապետության մարզպետարաններ	Միջազգային և դոնոր կազմակերպություններ (համաձայնությամբ)	192.000.0

<p>3. Վանածոր քաղաքի , Կապանի և Գյումրու մանկական վերակենդանացման ծառայությունների շարունակական հագեցում և հզորացում, ներառյալ մանկական սարքավորումներով հագեցված ռեանիմոբիլներով ապահովում:</p>	<p>2013 թվական</p>	<p>Բժշկական սարքավորումներով և ռեանիմոբիլներով հագեցած Վանածորի, Կապան և Գյումրու բժշկական կենտրոններում ստեղծված մանկական վերակենդանացման բաժանմունքներ</p>	<p>Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն</p>	<p>Լոռու, Սյունիքի և Շիրակի մարզպետարաններ</p>	<p>Միջազգային և դոնոր կազմակերպություններ (համաձայնությամբ)</p>	<p>216.000,0</p>
<p>4. Երևանում տեղակայված նորածնային վերակենդանացման և երկրորդ էտապի խնամքի ծառայությունների կարողությունների գնահատում և անհրաժեշտ հզորությունների հստակեցում</p>	<p>2013-2014 թվականներ</p>	<p>Երևանում գործող նորածնային ծառայությունների կարողությունների գնահատում և համապատասխան առաջարկություններ ի ներկայացում</p>	<p>Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն</p>			<p>Ֆինանսավորում չի պահանջում</p>
<p>5. Մանկական հիվանդանոցային մասնագետների(ռեանիմատոլոգներ, նեոնատոլոգներ) վերապատրաստում /վերաորակավորում կրթական անհատական ծրագրերի միջոցով պետպատվերի շրջանակներում նպատակային ֆինանսավորմամբ</p>	<p>2013 թվականից</p>	<p>Պետական բյուջում նախատեսված հատկացումներ մասնագետների պատրաստման համար</p>	<p>Հայաստանի Հանրապետության կրթության և գիտության նախարարություն,</p>	<p>Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն, «Երևանի ՄԽ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան» ՊՈԱԿ</p>	<p>ՀՀ պետական բյուջե</p>	<p>20.000.0</p>
<p>6. Մարզային վերակենդանացման բաժանմունքների բժիշկների՝ մանկական ռեանիմացիայի գծով կարճատև վերապատրաստումների ստանդարտ ծրագրերի մշակում</p>	<p>2013-2015 թվականներ</p>	<p>Կարճատև վերապատրաստումների մշակված ստանդարտ ծրագրեր</p>	<p>Հայաստանի Հանրապետության կրթության և գիտության նախարարություն,</p>	<p>Հայաստանի Հայաստանի առողջապահության նախարարություն «Մ. Հերացու անվան Երևանի պետական բժշկական համալսարան» ՊՈԱԿ</p>		<p>Ֆինանսավորում չի պահանջում</p>

<p>7. Միջմարզային նշանակության 3 մանկական ռեանիմացիաների և մարզային խառը վերակենդանացման բաժանմունքների բժիշկների շարունակական կարճատև վերապատրաստումների կազմակերպում Երևանի առաջատար բուժհաստատություններում</p>	<p>2013 թվականից շարունակական</p>	<p>Մանկական ռեանիմացիայի գծով շարունակական վերապատրաստումների առկա հստակ ժամանակացույց</p>	<p>Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն,</p>	<p>Արաբկիր» բժշկական համալիր –Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտ» սահմանափակ պատասխանատվությամբ ընկերություն, «Մ.Հերացուն անվան Երևանի պետական բժշկական համալսարան» ՊՈԱԿ (կլինիկաներ)</p>	<p>Միջազգային և դոնոր կազմակերպություններ (համաձայնությամբ)</p>	<p>25.000,0</p>
<p>2.</p>	<p>Երեխաների հիվանդանոցային օգնության բարելավման երկարաժամկետ ուղղված համակարգային խնդիրներ բարելավմանը</p>					
<p>1.</p>	<p>Առողջապահության քաղաքականություն, օրենսդրություն</p>					
<p>1. Երեխաների հիվանդանոցային առողջապահական ծառայությունների վերաբերյալ առկա օրենսդրության վերլուծության հիման վրա համապատասխան իրավական ակտերում լրացումներ և/կամ փոփոխություններ կատարելու մասին առաջարկությունների մշակում</p>	<p>2013-2015 թվականներ</p>	<p>Վերլուծված Օրենսդրություն, առաջարկություններ ի մշակված փաթեթ</p>	<p>Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն,</p>	<p>Ազգային վիճակագրական ծառայություն</p>	<p>Միջազգային կազմակերպություններ (համաձայնությամբ)</p>	<p>2.400,0</p>
<p>2. Միջմարզային նշանակության 3 մանկական վերակենդանացման բաժանմունքների բուժանձնակազմի վարձատրման ֆինանսական մեխանիզմների մշակում</p>	<p>2013 թվական</p>	<p>Բուժանձնակազմի վարձատրման մշակված ֆինանսական մեխանիզմները</p>	<p>Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն</p>			<p>Ֆինանսավորում չի պահանջում</p>

<p>3. Երեխաների հիվանդանոցային օգնության ոլորտում ըստ մակարդակների բուժօգնության ծավալների, կազմակերպման ընթացակարգերի անհրաժեշտ մասնագետների վերաբերյալ չափորոշիչների, աշխատանքի նկարագրերի մշակում և հաստատում</p>	<p>2013-2015 թվականներ</p>	<p>Մշակված և հաստատված բժշկական օգնության կազմակերպման չափորոշիչներ և համապատասխան մասնագետների աշխատանքի նկարագրեր</p>	<p>Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն,</p>	<p>Հայաստանում գործող մասնագիտական ասոցիացիաներ (համաձայնությամբ)</p>	<p>Միջազգային կազմակերպություններ (համաձայնությամբ)</p>	<p>2.400,0</p>
<p>2 Կառավարման, մոնիտորինգի և վերահսկողության բարելավում</p>						
<p>1. Մարզային և տարածաշրջանային պատասխանատու մանկաբույժների կազմակերպչական գործառույթների և մեթոդական ցուցումների հստակեցում և իրականացման մեխանիզմների մշակում</p>	<p>2013 թվական</p>	<p>Մարզային և տարածաշրջանային պատասխանատու մանկաբույժների հստակեցված գործառույթներ, մշակված և հաստատված իրականացման մեխանիզմներ</p>	<p>Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն,</p>	<p>Հայաստանում գործող մասնագիտական ասոցիացիաներ (համաձայնությամբ)</p>	<p>Միջազգային կազմակերպություններ (համաձայնությամբ)</p>	<p>900,0</p>
<p>2. Հանրապետական մակարդակում երեխաների մանկաբուժական բուժօգնության և ծառայության կազմակերպչական գործառույթների և մեթոդական ցուցումների մշակում և հաստատում</p>	<p>2013-2014 թվականներ</p>	<p>Հանրապետական մակարդակի համար մշակված և հաստատված երեխաների բուժօգնության կազմակերպչական գործառույթներ և ցուցումներ</p>	<p>Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն</p>	<p>Հայաստանում գործող մասնագիտական ասոցիացիաներ (համաձայնությամբ)</p>	<p>Միջազգային կազմակերպություններ (համաձայնությամբ)</p>	<p>900,0</p>
<p>3. Մանկական հիվանդությունների ինտեգրացված վարման ռազմավարության հիվանդանոցային բաղադրիչի ներդրում Երևանի բուժհաստատություններում</p>	<p>2013-2015 թվականներ</p>	<p>Ներդրված ՄՀԻՎ ծրագիր Երևանի հիվանդանոցային բուժհաստատություններում</p>	<p>Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն</p>	<p>Երևանի քաղաքապետարան (համաձայնությամբ)</p>	<p>Միջազգային կազմակերպություններ (համաձայնությամբ)</p>	<p>1.000,0</p>

3	Մանկաբուժական մասնագետների կրթության բարելավում և կադրային հագեցվածության ապահովում					
1. Մանկաբուժական մասնագիտություններով հետդիպլոմային կրթության (նպատակային կլինիկական օրդինատուրա) գործուն համակարգի մշակում, կրթական ծրագրերի բովանդակության համապատասխանեցում ապացուցողական բժշկության դրույթներին	2013-2015 թվականներ	Մանկաբուժական մասնագիտություններով հետդիպլոմային կրթության ներդրված համակարգը(մասնագետների պատրաստումը պլանավորված է 3000 երեխային 1 մանկաբույժ հաշվարկով)	Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն	Հայաստանի Հանրապետության կրթության և գիտության նախարարություն	ՀՀ պետական բյուջեից ընդհանուր հատկացումների շրջանակներում	90.000.0
2. Նախադիպլոմային կրթության համակարգում մանկաբուժական առարկաների ուսուցման համապատասխանեցում միջազգային պահանջներին և ազգային ուղեցույցներին	2013-2014 թվականներ	Մանկաբուժական առարկաների ուսումնական ծրագրերի համապատասխանություն սահմանված պահանջներին	Հայաստանի Հանրապետության կրթության և գիտության նախարարություն	Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն		Ֆինանսավորում չի պահանջում
3. Բազային կրթական համակարգում մանկաբուժություն մասնագիտությունը ներառել բազային մասնագիտությունների ցանկում, պատրաստելով մանկաբույժներին մագիստրատուրայի միջոցով	2013-2014 թվականներ	Բազային մասնագիտությունների ցանկում մանկաբուժություն մասնագիտության ներառում	Հայաստանի Հանրապետության կրթության և գիտության նախարարություն	Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն		Ֆինանսավորում չի պահանջում
4	Երեխաներին ցուցաբերվող հիվանդանոցային բուժօգնության որակի և մատչելիության շարունակական բարձրացում					

1. Երեխաներին հիվանդանոցային բուժօգնության անհրաժեշտ ծավալների ապահովում՝ պետական նպատակային ծրագրի շրջանակներում	2014-2015 թվականներ	Երեխաների հիվանդանոցային բուժօգնության պետական պատվերի մեծացվածք ծավալներ, բարելավված մատչելիություն	Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն		ՀՀ պետական բյուջե	2014 թվականի- համար՝ 6.987.912,0 հազ. դրամ 2015 թվականի համար՝ 7.666.624,3 հազ. դրամ
2. Մարզային խառը, մանկական երկրորդ և երրորդ մակարդակի վերակենդանացման բաժանմունքների համար ապացուցողական բժշկության հիմքի վրա կառուցված ազգային ուղեցույցների մշակում:	2013-2014 թվականներ	Մշակված և ներդրված ուղեցույցներ	Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն,	մասնագիտական ասոցիացիաներ (համաձայնությամբ)	Միջազգային կազմակերպություններ (համաձայնությամբ)	4.800,0
3. Մանկաբուժական ծառայությունների որակի գնահատում	2013-2014 թվականներ	Գնահատած ծառայություններ, հստակեցված խնդիրներ	Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն,	ՀՀ մարզպետարաններ, մասնագիտական ասոցիացիաներ (համաձայնությամբ)	Միջազգային կազմակերպություններ (համաձայնությամբ)	4.000,0
4. Արագ արձագանքման ծառայության տեղափոխման ուղեցույցների մշակում կանչը իրականացնող և ուղեգրող բուժանձնակազմի համար:	2013-2014 թվականներ	Մշակված և ներդրված ուղեցույցներ	Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն,	մասնագիտական ասոցիացիաներ (համաձայնությամբ)	Միջազգային կազմակերպություններ (համաձայնությամբ)	2.400,0
5. Տեղափոխման դիսկերի գնահատման սանդղակի մշակում ուղեգրող բուժհաստատության բուժանձնակազմի համար:	2013-2015 թվականներ	Մշակված և ներդրված ուղեցույցներ	Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն,	մասնագիտական ասոցիացիաներ (համաձայնությամբ)	Միջազգային կազմակերպություններ (համաձայնությամբ)	2.400,0
6. Մանկական հիվանդանոցային բուժօգնության որակի գնահատման մեխանիզմների և չափորոշիչների մշակում	2013-2015 թվականներ	Մշակված որակի գնահատման չափորոշիչները	Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն,	մասնագիտական ասոցիացիաներ (համաձայնությամբ)	Միջազգային կազմակերպություններ (համաձայնությամբ)	1.800,0