

## ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳ

### ՔԱՂԱՔԱՅԻՆ ՊՈԼԻԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈԼՈՐՏԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ

#### I. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1. 1978 թվականի Ալմա-Աթայի դեկլարացիան հռչակել է առողջության առաջնային պահպանումը որպես կենսականորեն անհրաժեշտ առողջապահական ծառայությունների ամենածախսարդյունավետ ճանապարհը: Այդ գաղափարախոսության ուժեղացում և վերաիմաստավորում տեղի ունեցավ հաջորդող տասնամյակների ընթացքում հանրության և մասնագետների ուշադրությունը բևեռելով հետևյալ հիմնախնդիրների վրա՝

- 1) անձնական՝ պացիենտների արժանապատիվ և արդյունավետ բուժում,
- 2) առաջին շփում՝ առողջապահական համակարգ մուտք գործելու մատչելիություն,
- 3) շարունակականություն, որը սահմանում է երկարաժամկետ և կայուն հարաբերություններ պացիենտների հետ,
- 4) համապարփակ մոտեցում՝ արձագանքում է բոլոր առողջապահական կարիքներին, ընդհանուր խնդիրներին և հարակից հիվանդություններին, ներառելով առողջության և հիվանդության ֆիզիկական, հոգեբանական, սոցիալ և մշակութային դետերմինանտները,
- 5) համակարգում տարբեր մասնագետների և բուժօգնության տարբեր մակարդակների հետ,
- 6) ծախսարդյունավետություն,
- 7) բարձր որակ,
- 8) հավասարապես բաշխում,
- 9) համայնքային միտվածություն. ներառելով տեղական մասնակցությունը և համագործակցությունը:

2. Մահացության ցածր ցուցանիշները, կյանքի սպասվելիք ավելի երկար տևողությունը, ավելի ցածր ծախսերը ու բարձր արդյունավետությունը, և ամենակարևորը՝ բնակչության կողմից առողջապահական համակարգի նկատմամբ բավարարվածության բարձր մակարդակը, բոլորը միասին տեղ են գտել այն երկրներում, որոնց առողջապահական համակարգերը նպատակաուղղված են դեպի առողջության առաջնային պահպանումը:

3. Վերջին տարիներին Հայաստանի Հանրապետության կառավարության կողմից իրականացվող առողջապահության համակարգի հիմնական բարեփոխումներից է ընտանեկան բժշկության համակարգի վրա հիմնված առողջության առաջնային պահպանման օղակի ներդրումը, որն ուղղված է առողջապահական ծառայությունների մատչելիության և արդյունավետության աճին:

4. Առողջապահական համակարգերի արդյունավետության և հավասարության հետ կապված հարցերը ուղղակիորեն կապվում են այն հանգամանքի հետ, թե որքանով է այն միտված դեպի առողջության առաջնային պահպանումը: Այս կապը ցուցադրվել է 12 զարգացած արևմտյան երկրներում իրականացված հետազոտության արդյունքում, որի ընթացքում ուսումնասիրվել է այդ երկրների առողջապահության քաղաքականության բաղադրիչները և պրակտիկ գործունեությունը, որոնք արտացոլում են առողջության առաջնային պահպանումը: Միացյալ Թագավորությունում ընտանեկան բժշկությունը գործում է ավելի քան 50 տարի, եվրոպական երկրներում (Գերմանիա, Ֆրանսիա, Շվեդիա, Դանիա և այլն) մոտ 30 տարի, իսկ նախկին Խորհրդային Միության կազմում գործող հանրապետություններից Լատվիայում, Լիտվայում և Էստոնիայում շուրջ 15 տարի և արդյունքում արձանագրվել է հիվանդությունների կանխարգելման, բնակչության առողջության հիմնական ցուցանիշների կայուն աճ, ինչպես նաև հիվանդանոցային ծախսատար բեռի զգալի նվազում:

5. 1997 թվականից սկսվել են Հայաստանի Հանրապետությունում ընտանեկան բժշկության ինստիտուտի ներդրմանն ուղղված աշխատանքները: Առաջնային բուժօգնության ոլորտի բարեփոխումները հիմնականում ուղղվել են մարզերի գյուղական առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցողների ենթակառուցվածքների բարելավմանը, ինչպես նաև ընտանեկան բժշկության ներդրման համար նպաստավոր պայմանների ստեղծմանը՝ որպես կառուցվածքային առավել արդյունավետ, մատչելի ու նպատակահարմար մոդելի:

6. Հայաստանի Հանրապետության կառավարությանը աջակցելու նպատակով, Համաշխարհային բանկի օժանդակությամբ, 1998-2003թթ. իրականացվեց «Առողջապահության ֆինանսավորման և առողջության առաջնային պահպանման զարգացման» թիվ 2979-AM վարկային ծրագիրը:

7. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության կողմից 2003 թվականի նոյեմբերի 13-ին ընդունված «Հայաստանի Հանրապետության բնակչության առողջության առաջնային պահպանման 2003-2008 թվականների ռազմավարությունը» N1533-Ն, ինչպես նաև Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 8-ի «Աղքատության հաղթահարման ռազմավարական ծրագիրը հաստատելու մասին» N994-Ն որոշումները հիմք հանդիսացան ընտանեկան բժշկության հետագա զարգացման համար:

8. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության կողմից իրականացվող բարեփոխումներին աջակցելու նպատակով 2005 թվականին մեկնարկեց «Առողջապահական համակարգի արդիականացում» վարկային ծրագիրը, որի հիմնական ուղղություններից է ընտանեկան բժշկության զարգացումը:

9. 2006-2008թթ. ընթացքում Հայաստանի Հանրապետության կառավարության կողմից ընդունվել են մի շարք որոշումներ, որոնք նույնպես միտված են առողջության առաջնային պահպանման օղակի զարգացմանը և ընտանեկան բժշկության ինստիտուտի ամրապնդմանը: Դրանք են՝

1) Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2006 թվականի մարտի 30-ի «Առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժշկի ընտրության և նրա մոտ բնակչության գրանցման կարգը հաստատելու մասին» N 420-Ն որոշումը,

2) Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2006 թվականի նոյեմբերի 12-ի «Հայաստանի Հանրապետության մարզերի առողջապահության համակարգերի օպտիմալացման ծրագրերը հաստատելու մասին» N1911-Ն որոշումը, որի համաձայն, բոլոր գյուղական բժշկական ամբուլատորիաներին տրվել է ինքնուրույն իրավաբանական անձի կարգավիճակ,

3) Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2007 թվականի ապրիլի 19-ի «Հայաստանի Հանրապետությունում ընտանեկան բժիշկների անհատական և խմբային անկախ պրակտիկաների իրականացման կարգը հաստատելու մասին» N497-Ն որոշումը,

4) Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2008 թվականի հունիսի 19-ի «Հայաստանի Հանրապետության բնակչության առողջության առաջնային պահպանման 2008-2013 թվականների ռազմավարությունը և դրա իրականացման միջոցառումների ծրագրին հավանություն տալու մասին» N 24 արձանագրային որոշումը,

5) Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» N 318-Ն որոշման փոփոխությամբ, սկսած 2006 թվականից, ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայությունը դարձել է անվճար՝ բնակչության բոլոր խմբերի համար:

10. 2012 թվականի դրությամբ Համաշխարհային բանկի աջակցությամբ իրականացված վարկային ծրագրերով 2000-2011թթ. ընթացքում վերանորոգված և նոր կառուցված բժշկական ամբուլատորիաների, առողջության կենտրոնների ընդհանուր թիվը կազմում է 145, որից 66-ը վերանորոգվել են և 79-ը՝ կառուցվել, ինչպես նաև ՀՀ մարզերի բոլոր ամբուլատորիաները և առողջության կենտրոնները հագեցվել են բժշկական սարքավորումների ստանդարտ հավաքածուներով, բժշկական կահույքով, պարագաներով և համակարգչային սարքավորումներով, մասնագիտացում են անցել շուրջ 1655 ընտանեկան բժիշկ և 1770 ընտանեկան բուժքույր:

11. 1998-2003 և 2005-2006 թվականներին գյուղական ամբուլատորիաներին, մարզային պոլիկլինիկաներին և Առողջապահության նախարարության պետական հիգիենիկ հակահամաճարակային տեսչության շարժական լաբորատորիաներին բաժանվել է թվով 97 մեքենա:

12. 2002 թվականին Գյումրիում ստեղծվել է «Վ.Աբաջյանի անվան ընտանեկան բժշկության կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերությունը, որը հագեցվել է համապատասխան բժշկական սարքավորումներով, կահույքով և պարագաներով: Երևանի քաղաքապետարանի «Թիվ 17 պոլիկլինիկա» փակ բաժնետիրական ընկերությունում 2003 թվականից գործում է ընտանեկան բժշկության բաժանմունք և պոլիկլինիկայի բազայում ստեղծվել է ընտանեկան բժշկության ամբիոն:

13. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2002 թվականի հոկտեմբերի 31-ի «Հայաստանի Հանրապետության բնակչությանը տրամադրվող բժշկական օգնության որակի բարելավման և կառավարման հայեցակարգը հաստատելու մասին» N46 և 2010 թվականի հոկտեմբերի 14-ի «Բուժօժանոթությունների որակի գնահատման հայեցակարգը և հայեցակարգի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկը հաստատելու մասին» N40 արձանագրային որոշումների պահանջների համաձայն, առաջնային օղակում իրականացվող բուժօգնության և մատուցվող ծառայությունների որակի բարելավման նպատակով Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2008 թվականի նոյեմբերի 18-ի N 1661-Ա հրամանով հանրապետության բոլոր մարզերի և Երևան քաղաքի 139 խոշոր (երեք և ավելի առողջության առաջնային պահպանման բժիշկներ ունեցող) հաստատություններում կիրարկման մեջ է դրվել առողջության առաջնային պահպանման ոլորտում որակի ապահովման գործնական միջոցների (մեթոդների, ընթացակարգերի և հաշվառման-հաշվետվական ձևաթղթերի) համալիր փաթեթը:

1) Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից հաստատված ուսուցման ծրագրով հանրապետության բոլոր մարզերում և Երևան քաղաքում հատուկ վերապատրաստում են անցել 50 բժիշկ-մասնագետներ, որոնք ուսուցանվել են որպես «որակի համակարգողներ»: Այսինքն, այդ մասնագետները կազմակերպական և մասնագիտական աջակցություն են ցուցաբերել ներգրավված բոլոր առողջության առաջնային պահպանման հաստատություններին:

2) Որակի ապահովման ծրագրով ուսուցանվել են հաստատությունների շուրջ 550 աշխատակիցներ: Ապացուցողական բժշկության միջազգային լավագույն փորձի հիման վրա մշակվել, հաստատվել և կիրառման մեջ են դրվել առողջության առաջնային պահպանման

պրակտիկայում առավել տարածված 10 (3՝ մեծահասակների և 7՝ մանկական հասակի) հիվանդությունների և վիճակների վարման համառոտ կլինիկական գործելակարգեր:

3) Առողջության առաջնային պահպանման բոլոր մակարդակներում՝ 139 բուժհաստատություններում, մարզային առողջապահական վարչություններում և Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարությունում ստեղծվել և գործում են որակի բարելավման խորհուրդներ:

4) Կիրարկման մեջ են դրվել բուժօգնության որակի գնահատման մանրակրկիտ մշակված գործիքներ, ներառյալ որակի ցուցանիշների շարունակական վիճակագրական մոնիտորինգը, ծառայություն մատուցողների ներքին ինքնագնահատումը, բժշկական քարտերի/դեպքերի վերանայումը, ինչպես նաև պացիենտների գոհունակության գնահատման մեթոդները:

5) 2010 թվականից առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բուժանձնակազմի վարձատրության մեխանիզմների մեջ, համապատասխան ցուցանիշների պահովման դեպքում, ներդրվեց ըստ կատարողականի որակի խրախուսող վարձատրման համակարգը:

6) Բժշկական հաստատությունների կողմից ներկայացված և ըստ կատարողականի (խրախուսական) ֆինանսավորման և վարձատրության հիմք հանդիսացող հաշվետվությունների մոնիթորինգի իրականացման կարգը հաստատվել է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2011 թվականի մայիսի 10-ի «Առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ իրականացնողների ըստ գործունեությունը գնահատող ցուցանիշների խրախուսական ֆինանսավորման և բուժանձնակազմի խրախուսական վարձատրության ֆոնդի ձևավորման, առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժիշկների գործունեությունը գնահատող ցուցանիշների /կատարողականի/ ներկայացման և գնահատման կարգը հաստատելու մասին» N859-Ա հրամանով և դրանք իրականացվել են ընտրողաբար՝ 330 առողջության առաջնային պահպանման բուժհաստատություններում:

7) Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2012 թվականի ապրիլի 23-ի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցողների ըստ կատարողականի փոխհատուցման համար հիմք հանդիսացող ցուցանիշների վերանայված ցանկը և ժառանգական անամենեզում հիվանդությունների առկայության վերաբերյալ էլեկտրոնային ռեգիստրի վարման կարգը հաստատելու մասին» N879-Ա հրամանով հաստատվել են առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցողների ըստ կատարողականի ֆինանսավորման նպատակով գործունեությունը գնահատող թվով 30 ցուցանիշներ, նախորդ՝ 10 ցուցանիշի փոխարեն:

8) Խրախուսող վարձատրման համակարգն ամբողջությամբ վերաբերում է առողջության առաջնային պահպանման գործառույթ իրականացնող բժիշկների կողմից (տեղամասային թերապևտ, տեղամասային մանկաբույժ, ընտանեկան բժիշկ) հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման և կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների իրականացման կատարողականին: Հետևաբար պոլիկլինիկական ծառայության որակի բարելավման հիմնական ուղղվածությունը առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների հզորացումն է և այդ ենթատեքստում քաղաքային պոլիկլինիկաներում ընտանեկան բժշկության կայացումը:

## II. ՀԻՄՆԱԽՆԴԻԻ ՆԿԱՐԱԳԻՐԸ

14. Թեև առողջության առաջնային պահպանումը դիտարկվում է առողջապահության համակարգի գերակա ուղղություններից մեկը և որպես բարեփոխման իրականացման ճանապարհ է ընտրվել այլ երկրներում գործարկված ու առավել արդյունավետ ճանաչված

ընտանեկան բժշկության ներդրումը, ներկայում բարեփոխումների սկզբից շուրջ 10 տարի անց, արձանագրվում է, որ այն բերել է զգալի առաջընթացի՝ հանրապետության մարզերում (հատկապես գյուղական վայրերում), մինչդեռ՝ մեծ քաղաքներում և հատկապես, մայրաքաղաքում, դեռևս լիարժեք չէ:

15. Քաղաքային պոլիկլինիկաներից շատերը շարունակում են պահել նեղ մասնագետների մեծաթիվ հաստիքներ (զգալի մասը համետեղողներ), թեև չունեն դրա ֆինանսական հնարավորությունը և բոլոր առաջնային օղակի մասնագետները (տեղամասային թերապևտներ և մանկաբույժներ) այդ ծառայություններն իրականացնելու նպատակով անցել են ընտանեկան բժշկի մասնագիտացում:

16. Ընտանեկան բժշկության ներդրման իրավիճակը հանրապետության մարզերում և Երևանում հետևյալն է.

ՔԱՂԱՔԱՅԻՆ ՊՈԼԻԿԼԻՆԻԿԱՆԵՐ		ԳՅՈՒՂԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	
85 (որոնցից 32-ը Երևանում, 53-ը մարզերում)		255	
Պոլիկլինիկաներ, որտեղ աշխատում են ընտանեկան բժիշկներ	Պոլիկլինիկաներ, որտեղ չեն աշխատում ընտանեկան բժիշկներ	Ամբուլատորիաներ, առողջության կենտրոններ, որտեղ աշխատում են ընտանեկան բժիշկներ	Ամբուլատորիաներ, առողջության կենտրոններ, որտեղ չեն աշխատում են ընտանեկան բժիշկներ
42 (որից 36-ը ՀՀ մարզերում)	43 (որից 29-ը Երևանում)	255	0

### III. ՔԱՂԱՔԱՅԻՆ ՊՈԼԻԿԼԻՆԻԿԱՆԵՐԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԽՈՉՂՆԴՈՏՆԵՐԸ

17. Հիմնախնդրի կարգավորման վերաբերյալ կատարվել են լայնածավալ ուսումնասիրություններ: Կարծիքներ և առաջարկներ ստանալու նպատակով, հանրապետության մարզպետարանների և Երևանի քաղաքապետարանի առողջապահության վարչություններին և մարզային ու Երևանի (այդ թվում մասնավոր և Առողջապահության նախարարության ենթակայության), քաղաքային վայրերի բոլոր պոլիկլինիկաների տնօրեններին ներկայացվել են հարցաթերթիկներ՝ կապված քաղաքային պոլիկլինիկաներում ընտանեկան բժշկության առկա իրավիճակի, խոչընդոտների և ապագայի տեսլականի հետ: Արդյունքում, որպես քաղաքային պոլիկլինիկաներում որակի բարելավման և ընտանեկան բժշկության ներդրման խոչընդոտներ (ըստ առաջնահերթությունների) արձանագրվել է հետևյալը.

1) Որպես առաջնային օղակում իրականացվող բուժօգնության և մատուցվող ծառայությունների որակի բարելավման ու ընտանեկան բժշկության ներդրման հիմնական խոչընդոտ է հանդիսանում անհրաժեշտ տեխնիկական հագեցվածության և շենքային պայմանների բացակայությունը: Որպես դրա հիմնական պատճառ է արձանագրվել այն հանգամանքը, որ քաղաքային պոլիկլինիկաների ենթակառուցվածքների զարգացմանն ուղղված ներդրումներ չեն իրականացվել, իսկ պետական ֆինանսավորումը դեռևս բավարար չէ այդ ուղղությամբ աշխատանքներ իրականացնելու համար:

2) Մասնագիտական գործունեությունը ծավալելու համար անհրաժեշտ է, որ այն բժշկական կազմակերպությունը, որտեղ աշխատում են ընտանեկան բժշկության

մասնագիտացում անցած բժիշկները, օրենսդրությամբ սահմանված կարգով ստանա ընտանեկան բժշկության իրականացման համապատասխան լիցենզիա, քանի որ առանց լիցենզիայի առկայության հնարավոր չէ իրականացնել նշված գործունեությունը:

3) Որպես ընտանեկան բժշկության կայացման խոչընդոտ է նշվել նաև պոլիկլինիկաներում նեղ մասնագետների առկայությունը: Դա առավել ակնառու է Երևանի փոքրաթիվ բնակչություն սպասարկող պոլիկլինիկաներում, երբ նեղ մասնագետին ամբողջ դրույքաչափով պահելը հնարավոր չէ՝ բնակչության փոքր թվաքանակի պատճառով, ինչպես նաև հանրապետության մարզերում, որտեղ մեծ մասամբ նրանք համատեղողներ են:

4) Նեղ մասնագետների առկայությունը պոլիկլինիկայում խոչընդոտ է նաև բնակչության ընկալման առումով, քանի որ, որպես արդյունք նախկին՝ խորհրդային առողջապահական համակարգի, նախապատվությունը տրվում է այդ մասնագետներին, առավել վստահելով նրանց, այլ ոչ թե ընտանեկան բժիշկ դարձած իրենց նախկին թերապևտին կամ մանկաբույժին:

5) Բավարար չափով չի ապահովվում ընտանեկան բժշկի մասնագիտացում անցած բժիշկների շարունակական կրթությունը, մինչդեռ՝ մեկ տարվա ստացած կրթությունը բավարար չէ, որ բժիշկը կայացած մասնագետ դառնա:

6) Առողջապահության նախարարության կողմից իրականացվող քաղաքականության փաստացի իրականացումը մեծապես կախված է տեղական ինքնակառավարման և տարածքային կառավարման մարմիններից:

#### IV. ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳԻ ՆՊԱՏԱԿԸ

18. Ներկայացվող հայեցակարգի նպատակն է՝ բարելավել ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայության որակը, բարձրացնել արդյունավետությունը և, որպես աշխարհի բազմաթիվ երկրներում կայացած առավել արդյունավետ մոդելի, խթանել ընտանեկան բժշկության ներդրումը քաղաքային պոլիկլինիկաներում: Խնդրի կարգավորման նպատակով նախատեսվում է մշակել քաղաքային պոլիկլինիկական ծառայությունների կառուցվածքի առավել արդյունավետ մոդելներ, դիտարկել առանձին ծառայությունների օպտիմալացման, աշխատավարձերի բարձրացման, կադրային ներուժի կատարելագործման, քաղաքային պոլիկլինիկական համակարգում ընտանեկան բժշկության ներդրման մեխանիզմներ:

#### V. ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՔԱՂԱՔԱՅԻՆ ՊՈԼԻԿԼԻՆԻԿԱՆԵՐԻ ՀԵՏԱԳԱ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԻ ԵՎ ԴԻԱՆՑՈՒՄ ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅԱՆ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

19. Խնդրի կարգավորման ուղղությամբ ներկայացվող առաջարկներն ունեն երկու հիմնական ուղղություն՝ հանրապետության մարզերի քաղաքային պոլիկլինիկաներ և Երևանի պոլիկլինիկաներ:

20. Առաջարկներ Հայաստանի Հանրապետության մարզերի քաղաքային պոլիկլինիկաների վերաբերյալ.

1) Հանրապետության մարզերի քաղաքների մեծ մասում Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2006 թվականի նոյեմբերի 2-ի «Հայաստանի Հանրապետության մարզերի առողջապահության համակարգերի օպտիմալացման ծրագրերը հաստատելու մասին» N 1911-Ն որոշման համաձայն, պոլիկլինիկաները միավորվել են հիվանդանոցներին: Ելնելով այն հանգամանքից, որ մարզային պոլիկլինիկաներում աշխատող նեղ մասնագետների մեծ մասը հիվանդանոցի համատեղող բժիշկներ են, առաջարկվում է վերանայել բուժմիավորման կազմում գործող պոլիկլինիկաների հաստիքացուցակները՝ դրանցից հանելով և հիվանդանոցի համանման ծառայություն իրականացնող նեղ մասնագետներին պահպանելով որպես բժիշկ-խորհրդատուներ, իսկ հիվանդանոցում համանման ծառայություն չունենալու պարագայում

դրանք պահպանել: Առաջարկի արդյունքում սպասվում է ֆինանսական միջոցների տնտեսում, քանի որ կկրճատվեն այդ կաբինետների պահպանության ծախսերը:

2) Պոլիկլինիկական ծառայության արդիականացման ենթատեքստում դիտարկվելու է նաև պոլիկլինիկաներում առկա նեղ մասնագիտական կաբինետների տեսակները: Դրանցից 6-ը ներկայում որակվում են որպես դիսպանսերային (հակատուբերկուլոզային, ուռուցքաբանական, հոգեբուժական/նարկոլոգիական, մաշկավենեռաբանական, վարակաբանական /իմունաբանական, էնդոկրինոլոգիական), իսկ 6-ը՝ նեղ մասնագիտական (վիրաբուժական, ակնաբուժական, քիթ-կոկորդ-ականջաբանական, նյարդաբանական, սրտաբանական և մեկ՝ այլ): Այդ ծառայությունների պահպանման անհրաժեշտությունը հետագայում աստիճանաբար կվերանայվի, ելնելով ընտանեկան բժշկների կողմից դրանք իրականացնելու հնարավորությունից:

21. Առաջարկներ Երևանի պոլիկլինիկաների վերաբերյալ.

Երևանի պոլիկլինիկաների կառուցվածքային և կազմակերպական փոփոխությունների նկատմամբ առաջարկները հիմնվելու են այդ պոլիկլինիկաների հզորության (սպասարկվող բնակչության թվաքանակ) և դրանց տեղակայման վրա:

1) Երևանում գործող պոլիկլինիկաների թվում կան այնպիսիք, որոնց կողմից սպասարկվող բնակչությունը փոքրաթիվ լինելով, հնարավորություն չի ընձեռում անգամ նվազագույն թվաքանակով նեղ մասնագետի հաստիքի ձևավորում: Առաջարկվում է այդ պոլիկլինիկաները դարձնել ընտանեկան բժշկի արակտիկաներ, իսկ նեղ մասնագիտական ծառայությունների անհրաժեշտության դեպքում այն կազմակերպել մոտակա պոլիկլինիկայում կամ հիվանդանոցում, պայմանագրային հիմունքներով փոխհատուցելով մատուցված ծառայության դիմաց:

2) Մեծաթիվ բնակչություն սպասարկող պոլիկլինիկաներում առաջարկվում է կատարել կառուցվածքային փոփոխություն, դրանցում ստեղծելով 3 բաժանմունքներ (կամ ծառայություններ)՝ ախտորոշիչ, նեղ մասնագիտական/կոնսուլտատիվ և առաջնային բուժօգնության/ընտանեկան բժշկության:

3) Սկզբնական շրջանում առաջնային բուժօգնության ծառայությունն առաջարկվում է կազմակերպել «թիմային» սկզբունքով:

4) Պոլիկլինիկաներում կառուցվածքային փոփոխությունները հետագայում հնարավորություն կընձեռեն պոլիկլինիկաներում աշխատող ընտանեկան բժշկների խմբերին՝ ստեղծել անկախ խմբային արակտիկաներ:

5) Վերը շարադրված առաջարկների դրական կողմն է՝ ֆինանսական միջոցների ծախսարդյունավետության բարձրացումը և բուժօգնության որակի բարելավումը, իսկ բացասական կողմեր չունի, քանի որ արմատական փոփոխություններ չեն սպասվում:

22. Որպես պոլիկլինիկաների հետագա զարգացումն ապահովող ընդհանուր մոտեցում առաջարկվում է դիտարկել պոլիկլինիկաներում ներդրումային ծրագրերի իրականացումը, որը հնարավորություն կընձեռի զարգացնել պոլիկլինիկաների տեխնիկական հնարավորությունները, բարելավել շենքային պայմանները, ապահովել ժամանակակից բժշկական սարքավորումներով:

## VI. ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳՈՎ ՆԱԽԱՏԵՍՎՈՂ ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐԸ

23. Ներկայացվող հայեցակարգով նախատեսվող միջոցառումները ենթադրում են քաղաքային պոլիկլինիկաների կառուցվածքային և կազմակերպական նոր մոդելի մշակում՝ ձևավորելով առանձին մոտեցումներ հանրապետության մարզերի և Երևանի պոլիկլինիկաների նկատմամբ, տալով անհատական անհատական առաջարկներ՝ հաշվի առնելով յուրաքանչյուր պոլիկլինիկայի առանձնահատկությունները և այդ աշխատանքներում ներգրավելով տարածքային կառավարման և տեղական

ինքնակառավարման մարմինների ներկայացուցիչներին: Արդյունքում ակնկալվում է մշակել բիզնես ծրագրեր յուրաքանչյուր կոնկրետ պոլիկլինիկայի համար:

24. Քաղաքային պոլիկլինիկաների կառուցվածքային և կազմակերպական նոր մոդելի վերաբերյալ առաջարկները հիմնվելու են հանրապետության գյուղական բնակավայրերի առողջության առաջնային պահպանման բժշկական կազմակերպություններում ընտանեկան բժշկության գործարկված և իրեն արդարացրած փորձի վրա, հիմնական դերակատարումը պատվիրակելով ընտանեկան բժիշկներին: Քաղաքային պոլիկլինիկաների կառուցվածքա-կազմակերպական նոր մոդելում ընտանեկան բժիշկների և նեղ մասնագիտական ծառայությունների փոխհարաբերությունների, լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների և հիվանդանոցային բուժման կազմակերպման խնդրում կիրառվելու է շուրջ մեկ տասնամյակ հանրապետության գյուղական առողջության առաջնային պահպանման հաստատությունների ընտանեկան բժիշկների գործունեության՝ իրեն արդարացրած մոտեցումները:

25. Նախատեսվող կառուցվածքա-կազմակերպական փոփոխությունները զուգակցվելու են պոլիկլինիկաների նեղ մասնագիտական ծառայություն մատուցող կաբինետների տեսակների և բժիշկների հաստիքների ձևավորման վերաբերյալ չափորոշիչների մշակմամբ, մասնագետների շարունակական կրթության ապահովմամբ և մասնագիտական ներուժի բաշխման պլանավորմամբ:

26. Նախատեսվող միջոցառումներում կարևոր նշանակություն ունի ՀՀ կառավարության 05.12.2002թ. N 1936-Ն որոշման հավելված 1-ի 4-րդ կետով սահմանված տեխնիկական և մասնագիտական որակավորման պահանջների ու պայմանների վերանայումը և պոլիկլինիկաների նոր կառուցվածքային մոդելին համահունչ ֆինանսավորման և վարձատրման կարգերի, անվճար և արտոնյալ պայմաններով դեղերի հատկացման ու տնային պայմաններում բժշկական օգնության կազմակերպման մեխանիզմների մշակումն ու հաստատումը:

## VII. ԱՌԱՋԱՐԿՎՈՂ ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳԻ ՄՇՏԱԴԻՏԱՐԿՈՒՄԸ

27. Սույն հայեցակարգով նախատեսվող միջոցառումների իրականացման և դրանց արդյունավետության գնահատման նպատակով առաջարկվում է մշտադիտարկման հետևյալ մոտեցումները.

1) Միջնաժամկետ ցուցանիշների մշտադիտարկում, որը ենթադրում է նախատեսվող միջոցառումների իրականացման վերահսկում՝ դրանց կատարումը սահմանված ժամկետներում ապահովելու համար:

2) Վերջնական արդյունքի գնահատում, որը ենթադրում է իրականացված միջոցառումների արդյունքների վերլուծություն և գնահատում, դրանց հիման վրա նոր առաջարկների ձևավորում: