

ԱԶԳԱՅԻՆ
ՉԵԿՈՒՅՑ

2024

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ
ՆԱՄԱԿԱՐԳԻ
ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ
ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

ՋԵԿՈՒՅՑ

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ
ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ
ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ7

Գլուխ 1. Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման հայեցակարգը Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի համատեքստում.....9

Ներածություն9

1.1 Առողջապահական համակարգերի գնահատման հայեցակարգային մոտեցումներ և գործիքներ9

1.2 Առողջապահական համակարգերի գործունեության շրջանակը Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի համար9

Գլուխ 2. Հայաստանի ժողովրդագրական բնութագիրը 15

2.1 Բնակչության թվաքանակի փոփոխությունը 15

Գլուխ 3. Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման հիմնական ցուցանիշները 18

3.1 Արդյունքային ցուցանիշներ 19

3.1.1 Բաժին Ա. Առողջության վիճակ 19

3.1.1.1 Ա.1 Առողջական վիճակի ինքնագնահատական 19

3.1.1.2 Ա.2 Հաշմանդամություն 20

3.1.1.3 Ա.3 Հիվանդացություն/հիվանդություններ 22

Ա.3.1 Ընդհանուր հիվանդացությունը 23

Ա. 3.2 Երկարատև հիվանդություններ կամ առողջական խնդիրներ ունեցող անձինք 24

Ա.3.3 Հաշմանդամությամբ ճշգրտված կյանքի տարիներ (DALYs) 27

Ա.3.7 Հոգեկան հիվանդության տարածվածությունը 31

Ա.3.8 Շաքարախտի տարածվածությունը 31

3.1.1.4 Ա.4 Մահացություն 31

Ա.4.1 Կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից 32

Ա.4.2 Կյանքի սպասվող տևողությունը 65 տարեկանում 32

Ա.4.3 Առողջ կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից 32

Ա.4.4 Մահացության մակարդակի խուսափելի (այսինքն՝ կանխարգելիչ և բուժելի) պատճառները 33

Ա.4.5 Մահացության հիմնական պատճառները (մահվան բոլոր պատճառները) 33

Ա.4.6 Արյան շրջանառության հիվանդություններից մահացության մակարդակը 33

Ա.4.7 Մահացության մակարդակը քաղցկեղից (բոլոր տեսակի) 34

Ա.4.8 Մահացության մակարդակը շնչառական հիվանդություններից 34

Ա.4.9 Մահացությունը շաքարային դիաբետից 34

3.1.1.5 Ա.5 Ռիսկի գործոններ 34

3.2 Ներդրումներ / միջամտություններ 39

3.2.1 Բաժին Բ. Հասանելիություն 39

Բ.1. Ֆինանսական մատչելիություն 39

Բ.1.1 Ֆինանսական, աշխարհագրական կամ սպասման ժամանակի պատճառով բժշկական ծառայությունների չբավարարված կարիք 39

Բ.1.2 Առողջության վրա գրպանից կատարվող ծախսերը՝ որպես տնային տնտեսությունների վերջնական սպառման ծախսերի մասնաբաժին.....	41
Բ.1.3 Առողջության վրա տնային տնտեսությունների գրպանից կատարվող ծախսերի մասնաբաժինը առողջապահական ընթացիկ ծախսերի և ՀՆԱ-ի նկատմամբ	41
Բ.1.4 Աղետալի առողջապահական ծախսեր ունեցող տնային տնտեսությունների մասնաբաժինը ըստ սպառման քվինտիլի.....	41
Բ.1.6 Կամավոր մասնավոր առողջության ապահովագրություն և պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնության ծառայություններ.....	42
Բ.2 Ֆիզիկական հասանելիություն.....	42
Բ.2.1 Գործող բժիշկներ և միջին բուժանձնակազմ	43
Բ.2.2 Բժիշկների մասնաբաժինը ըստ պրակտիկայի բնագավառի	45
Բ.2.4 Գործող բուժքույրերի և գործող բժիշկների հարաբերակցությունը	47
Բ.2.5 Գործող թերապևտներ (օրինակ՝ ֆիզիոթերապևտներ, դիետոլոգներ և այլն) 1000 բնակչի հաշվով	47
3.2.2 Բաժին Գ Արժեք.....	48
Գ.1.1 Առողջապահական ծախսերը ըստ մատակարարների (HP) ԱԱՀ դասակարգմամբ	48
Գ.1.2 Առողջապահական ծախսերը ըստ գործառույթների (HC) ԱԱՀ դասակարգմամբ	49
Գ.1.3 Անձնակազմի աշխատանքի վարձատրությունը և մասնաբաժինը առողջապահական ընդհանուր ծախսերի նկատմամբ, տոկոս	50
Գ.1.4 Անձնակազմի աշխատանքի վարձատրության համախառն շահույթի մասնաբաժինները առողջապահության ավելացված արժեքի կառուցվածքում, տոկոս	51
Գ.1.5 Դեղերի և բժշկական նշանակության ապրանքների ծախսը առողջապահական ընդհանուր ծախսերի նկատմամբ, տոկոս	52
Գ.1.6 - Գ.1.7 Կապիտալ ծախսերը ՀՆԱ-ի նկատմամբ, տոկոս.....	52
Գ.1.8 Առողջապահության հանրային ծախսեր	53
ԱՄՓՈՓՈՒՄ	54
Օգտագործված գրականություն	55

ԱՂՅՈՒՍԱԿՆԵՐ

Աղյուսակ 1.1 Առողջապահական համակարգի նպատակները ըստ տարբեր հայեցակարգերի.....	11
Աղյուսակ 2.1 Մշտական բնակչության թվաքանակն ըստ սեռի և տարիքի 2024թվականի հունվարի 1-ի դրությամբ, մարդ.....	15
Աղյուսակ 2.2 Բնակչության խնամառության գործակիցները, 2022-2023թթ.	17
Աղյուսակ 2.3. Ծնելիության տարիքային գործակիցները 2023թ.	17
Աղյուսակ 2.4: Ծնելիության ու մահացության ցուցանիշները, 2014-2023թթ., հազար մարդ	17
Աղյուսակ 3.1.1 Կլաստերների, տիրույթների, ենթատիրույթների և առանձնահատկությունների ակնարկի օրինակ.....	18

Աղյուսակ 3.1.2 Առողջական վիճակի ինքնագնահատականի ցուցանիշներ	19
Աղյուսակ 3.1.3 Առողջական վիճակի սուբյեկտիվ գնահատականները ըստ աղքատության մակարդակների, 2022 և 2023թթ. (%).....	19
Աղյուսակ 3.1.4 Առողջական վիճակի պատճառով ֆունկցիոնալ սահմանափակումների վերաբերյալ ցուցանիշներ.....	20
Աղյուսակ 3.1.5 Առաջին անգամ հաշմանդամություն ունեցող անձ ճանաչվածների թիվն ըստ հաշմանդամության տեսակի, ֆունկցիոնալության սահմանափակման աստիճանի և տարիքային խմբերի, 2023թ., մարդ	21
Աղյուսակ 3.1.6 Հաշվառված հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվաքանակն ըստ տարիքային խմբերի, 2023թ. տարեվերջ, մարդ.....	22
Աղյուսակ 3.1.7 Հիվանդացության/հիվանդությունների վերաբերյալ ցուցանիշներ.....	22
Աղյուսակ 3.1.8 Ընդհանուր հիվանդացությունն ըստ հիվանդությունների խմբերի, 2023թ.	23
Աղյուսակ 3.1.9 Մահացության վերաբերյալ ստանդարտացված ցուցանիշներ	31
Աղյուսակ 3.1.10 Մահվան դեպքերի բաշխումն ըստ մահացության հիմնական պատճառների և սեռի, 2023թ.	33
Աղյուսակ 3.2.1 Առողջապահական համակարգում ծառայությունների հասանելիության ստանդարտացված ցուցանիշներ.....	39
Աղյուսակ 3.2.2 Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն ու ապահովագրություն ունեցողներն ըստ աղքատության մակարդակների, 2023թ., տոկոս	42
Աղյուսակ 3.2.3 ԱՀԳԳ հայեցակարգի համատեքստում Առողջապահական ծառայությունների ֆիզիկական հասանելիության ցուցանիշների օրինակ	42
Աղյուսակ 3.2.4 Առողջապահական համակարգի ընդհանրացված ցուցանիշները, 2023թ.	43
Աղյուսակ 3.2.5 Բժիշկների բաշխվածությունն ըստ մասնագիտական պրոֆիլների, 2023	46
Աղյուսակ 3.2.6 Թերապևտ բժիշկների թվաքանակը ըստ մասնագիտությունների 2023թ.....	46
Աղյուսակ 3.2.7 Ծախսեր բաժնի հիմնական ցուցանիշները	48
Աղյուսակ 3.2.8 Ծախսերը ըստ առողջապահական ծառայությունների մատակարարների (HP)	49
Աղյուսակ 3.2.9 Ծախսերը ըստ առողջապահական գործառույթների (HC)	49
Աղյուսակ 3.2.10 Անձնակազմի աշխատանքի վարձատրություն, միլիոն դրամ.....	51
Աղյուսակ 3.2.11 Ավելացված արժեքի կառուցվածքն ըստ եկամուտների ձևավորման եղանակի.....	52
Աղյուսակ 3.2.12 Դեղերի և բժշկական նշանակության ապրանքների վրա կատարված ծախսեր 2016–2022թթ., միլիոն դրամ.....	52
Աղյուսակ 3.2.13 Կապիտալ ծախսեր, միլիոն դրամ	53
Աղյուսակ 3.2.14 Առողջապահության հանրային ծախսեր 2000–2013թթ.....	54

ԳԾԱՊԱՏԿԵՐՆԵՐ

Գծապատկեր 1. ԱՀԳԳ գործընթացի սխեմատիկ պատկերը.....	7
Գծապատկեր 1.1 Առողջապահական համակարգի գործառույթների և նպատակների միջև կապը	11

Գծապատկեր 1.2 ԱՀԳԳ շրջանակի սխեմատիկ պատկեր	13
Գծապատկեր 2.1 ՀՀ մշտական բնակչությունն ըստ մարզերի 2023 և 2024թթ.վականի տարեսկզբի դրությամբ, մարդ	16
Գծապատկեր 2.2 Բնակչության կառուցվածքն ըստ հիմնական տարիքային խմբերի, 2023-2024թթ. տարեսկզբի դրությամբ, %	16
Գծապատկեր 3.1.1 Առողջական վիճակի սուբյեկտիվ գնահատականները ըստ աղքատության մակարդակների, 2022 և 2023թթ.	20
Գծապատկեր 3.1.2 Շնչառական օրգանների հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը, 1995-2023թթ.....	24
Գծապատկեր 3.1.3 Կյանքում առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով և տուբերկուլյոզային հիմնարկներում գրանցված ակտիվ տուբերկուլյոզով պացիենտների թիվը	24
Գծապատկեր 3.1.4 Արյան շրջանառության համակարգերի հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը 2010-2023թթ.....	24
Գծապատկեր 3.1.5 Նորագոյացություններով հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը 1995-2023թթ.....	25
Գծապատկեր 3.1.6 Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդությունների տարածվածությունը, 1985-2023թթ.	25
Գծապատկեր 3.1.7 Շնչափողի, բրոնխների, թոքի քաղցկեղ – հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը 2010-2023թթ.....	25
Գծապատկեր 3.1.8 Արգանդի վզիկի քաղցկեղ– հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը 2010-2023թթ.....	26
Գծապատկեր 3.1.9 Հաստ աղու քաղցկեղ – հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը 2010-2023թթ.....	26
Գծապատկեր 3.1.10 Կրծքագեղձի քաղցկեղ– հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը 2010-2023թթ.....	26
Գծապատկեր 3.1.11 Շականակագեղձի քաղցկեղ– հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը 2010-2023թթ.....	27
Գծապատկեր 3.1.12 Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդությունների տարածվածությունը ըստ ք. Երևանի և ՀՀ մարզերի, 2023թթ.	27
Գծապատկեր 3.1.13 DALY ինդեքսի հաշվարկման շրջանակի սխեմատիկ պատկեր	29
Գծապատկեր 3.1.14 Ռիսկի գործոններից հիվանդությունների բեռը հաշվարկված որպես Հաշմանդամությամբ ճշգրտված կյանքի տարիներ (DALYs), 2021.....	30
Գծապատկեր 3.1.15 Հոգեկան հիվանդության տարածվածությունը և հիվանդացությունը 1995-2023թթ.....	31
Գծապատկեր 3.1.16 Շաքարային դիաբետով հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը, տիպ 2, 2010-2023թթ.	31
Գծապատկեր 3.1.17 Կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից.....	32
Գծապատկեր 3.1.18 Կյանքի սպասվող տևողությունը 65 տարեկանում.....	32
Գծապատկեր 3.1.19 Առողջ կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից ըստ սեռի.....	32
Գծապատկեր 3.1.20 Վաղաժամ մահացությունը 2012-2022թթ.....	33
Գծապատկեր 3.1.21 Մահացության հիմնական պատճառները 1990-2023թթ., տոկոս.....	33
Գծապատկեր 3.1.22 Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից մահացությունը, 2010-2023	33

Գծապատկեր 3.1.23 Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից առավել տարածված տեսակներից մահացությունը, 2014–2023.....	34
Գծապատկեր 3.1.24 Քաղցկեղի առավել տարածված տեսակներից մահացությունը, 2014–2023թթ.	34
Գծապատկեր 3.1.25 Մահացությունը թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություններից, 2014–2023թթ.....	34
Գծապատկեր 3.1.26 Մահացությունը շաքարային դիաբետից 2014–2023թթ.	34
Գծապատկեր 3.2.1 Հետազոտվող ամսվա վերջին այցի ժամանակ առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններին չդիմելու հիմնական պատճառներն ըստ աղքատության մակարդակի, 2023թ.	40
Գծապատկեր 3.2.2 Տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերի մասնաբաժինը անվանական սպառողական ծախսերի կառուցվածքում, մեկ շնչի հաշվով միջին ամսական, տոկոս	41
Գծապատկեր 3.2.3 Տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերի մասնաբաժինը առողջապահական ընթացիկ ծախսերի և ՀՆԱ-ի նկատմամբ 2016–2022թթ.	41
Գծապատկեր 3.2.4 Աղետալի առողջապահական ծախսեր ունեցող տնային տնտեսությունների մասնաբաժինը 2015–2022թթ.....	42
Գծապատկեր 3.2.5 ՀՀ բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի թվաքանակը, 2013–2023	43
Գծապատկեր 3.2.6 ՀՀ բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի թվաքանակը 100,000 բնակչի հաշվով, 2000–2023	44
Գծապատկեր 3.2.7 Միջին բուժանձնակազմի թվաքանակի շարժը, 2000–2023թթ.....	44
Գծապատկեր 3.2.8 Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպությունների բժիշկների թիվը, 2013–2023	44
Գծապատկեր 3.2.9 Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի բաշխվածությունը, մարզեր, 10 000 բնակչի, 2023	45
Գծապատկեր 3.2.10 Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում թերապևտների, ըԲ, մանկաբույժների և մանկաբարձ-գինեկոլոգների բաշխվածությունը, մարզեր, 10,000 բնակչի, 2023.....	46
Գծապատկեր 3.2.11 Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում վիրաբույժների, սրտաբանների, ներզատաբանների բաշխվածությունը, մարզեր, 10 000 բնակչի, 2023.....	46
Գծապատկեր 3.2.12 Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում անեսթեզիոլոգների, վարակաբանների, ուռուցքաբանների բաշխվածությունը, մարզեր, 10,000 բնակչի, 2023	47
Գծապատկեր 3.2.13 Բուժքույր/բժիշկ հարաբերակցությունը 2013–2023թթ.	47
Գծապատկեր 3.2.14 Ֆինանսական միջոցների բաշխումն ըստ բժշկական ծառայության մատակարարների 2015 – 2022թթ., տոկոս	48
Գծապատկեր 3.2.15 Ֆինանսական միջոցների բաշխումն ըստ առողջապահական գործառույթների/ծառայությունների 2015 – 2022թթ., տոկոս	50
Գծապատկեր 3.2.16 Ծախսերը ըստ առողջապահական	50

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատումը (ԱՀԳԳ) հայեցակարգ և հուսալի շրջանակ է, որն ապահովում է ընդհանուր պատկերացում երկրի Առողջապահական համակարգի գործունեության վերաբերյալ և հիմք է հանդիսանում համադրելի վերլուծություններ կատարելու, քաղաքականություն մշակելու և առաջադրված նպատակներին հասնելու գործընթացի մշտադիտարկման համար:

Այս շրջանակը դիտարկում է արդյունքները, ռեսուրսները և աշխատուժը երկրի առողջապահության համակարգում կենտրոնանալով բնակչության համար որակյալ առողջապահական ծառայությունների ֆիզիկական հասանելիության և ֆինանսական մատչելիության ապահովման վրա, գնահատելով առողջապահական ծառայությունների արդյունավետությունն ու անվտանգությունը, շեշտադրելով առավել արդյունավետ կառավարման և համակարգման համար տեղեկատվական համակարգերի անհրաժեշտությունը:

ԱՀԳԳ զեկույցը յուրահատուկ հարթակ է՝ հասանելի տվյալների հիման վրա առողջապահական համակարգի գործունեության թափանցիկությունն ապահովելու և ազգային առողջապահական համակարգի առաջընթացը գնահատելու համար:

Զեկույցը հասանելի տվյալների օգտագործմամբ հնարավորություն է տալիս չափել առողջապահական համակարգի գործունեության արդյունքները՝ համադրելով ռեսուրսները (մարդկային, ֆինանսական և այլն) այն հիմնական խնդիրների լուծման հետ, որոնք ուղղակիորեն պայմանավորում են բնակչության առողջու-

թյունն ու կյանքի որակը՝ որպես մարդու և ողջ հասարակության առողջության վիճակ:

Ըստ այդմ, Զեկույցում ներկայացվող տեղեկատվությունը համապատասխանում է առողջության վիճակը բնութագրող հիմնական ասպեկտների պահանջներին, ռեսուրսների բնութագրիչներին և ֆինանսավորմանը: Առողջական վիճակը ներկայացնող հիմնական ցուցանիշների օգնությամբ գնահատվում է բնակչության առօրյա կյանքն ու բոլոր այն պայմանները, որոնք ազդում են այդ վիճակի վրա: Ցուցանիշները, համաձայն Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման հայեցակարգի, ներառված են հետևյալ հիմնական խմբերում՝ առողջական վիճակի ինքնագնահատական, հաշմանդամություն, հիվանդացություն և հիվանդություններ, ծնելիություն և մահացություն, ռիսկի գործոններ:

Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի ապահովման ընդհանուր սկզբունքների և դրոյթների, ՄԱԿ-ի «Օրակարգ-2030» հռչակագրի և Կայուն զարգացման նպատակների համատեքստում, միջազգային մեթոդական երաշխավորությունները առաջարկում են առողջապահական համակարգի հետևյալ գլոբալ նպատակները ԱՀԳԳ շրջանակի համար՝ առողջության բարելավում, մարդակենտրոնություն, ֆինանսական պաշտպանություն, առողջապահական համակարգի արդարացի հավասարություն և առողջապահական համակարգի գործունեության արդյունավետություն:

Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատումը որպես գործընթաց հետևյալ սխեմատիկ տեսքն ունի.

Գծապատկեր 1. ԱՀԳԳ գործընթացի սխեմատիկ պատկերը

ԽԱՉՁԱՉԵՎՈՒՄ Արդարացի հավասարություն Արդյունավետություն ճկունություն	ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ				
	Առողջական վիճակ				
	ԵԼՔԱՅԻՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ				
	Հասանելիություն և մատչելիություն	Մարդակենտրոն	Որակ	Ծախսեր	
	ԳՈՐԾՆԵՍՆԵՐ				
	Առողջապահության համակարգում	Ծառայությունների ինտեգրում	Խնամքի շարունակականություն		
	ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔՆԵՐ				
	Առողջապահական աշխատուժ	Առողջապահական ծառայությունների կառույցներ	Առողջապահական տեխնոլոգիաներ	Առողջապահության տեղեկատվական համակարգեր	Ֆինանսներ

Աղբյուրը՝ Final Report Performance accountability for the Irish health system, Academic Medical Centre of the University of Amsterdam (AMC), European Commission, February 2021

Հայաստանի առողջապահական համակարգի մոտակա տարիների զարգացման ուղենիշները, հիմնական ուղղություններն ու նպատակները սահմանված են «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգի 2023-2026 թվականների զարգացման ռազմավարությունում», որում ամրագրված սկզբունքները համահունչ են վերը նշված փաստաթղթերի տրամաբանությանը:

Ռազմավարության հիմնարար սկզբունքներն են՝

1. *«մարդակենտրոն» առողջապահությունը.* առողջապահական քաղաքականության անմիջական շահառուն անհատն է, ուստի նախատեսված բոլոր միջոցառումները նախ և առաջ պետք է պահպանեն և բարելավեն անձի առողջական վիճակը և կյանքի որակը.
2. *մարդու իրավունքների գերակայությունը.* յուրաքանչյուր անձ ունի ֆիզիկական և հոգեկան առողջության առավելագույն մակարդակին հասնելու իրավունք.
3. *արդյունավետ քաղաքականությունը և համարժեք կառավարումը.* Առողջապահության քաղաքականությունը և կառավարումը հիմնված են ապացուցողական հենքի, գիտելիքի և լավագույն փորձի վրա.
4. *մասնակցային կառավարումը.* հասարակությունը, պետական կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինները, հասարակական կազմակերպությունները, մասնավոր ոլորտը և մյուս շահագրգիռ կողմերն ուղղակի և (կամ) անուղղակի կերպով ներգրավված են առողջապահական քաղաքականության ծրագրման, իրականացման և գնահատման բոլոր գործընթացներում՝ նպաստելով առողջապահության համակարգի որակյալ և թափանցիկ գործունեությանը, ինչպես նաև սեփական առողջության պահպանման ու բարելավման նկատմամբ անհատի պատասխանատվության բարձրացմանը.
5. *սոցիալական համերաշխությունը.* երկրի բոլոր քաղաքացիներն ունեն առողջապահության համակարգի ծախսերին մասնակցելու պարտականություն՝ վճարելով հարկեր, տուրքեր և օրենքով նախատեսված այլ պարտադիր վճարներ.
6. *բոլորի համար հավասար իրավունքները և հնարավորությունները.* յուրաքանչյուր ոք ունի երկրում հասանելի մարդկային, տեխնիկական և ֆինանսական ռեսուրսների սահմաններում անհրաժեշտ բժշկական օգնու-

թյուն և սպասարկում ստանալու հավասար իրավունք՝ Հայաստանի Հանրապետության օրենքներով և այլ իրավական ակտերով սահմանված ընթացակարգերի շրջանակներում:

Ռազմավարության նպատակն է սահմանել առաջիկա տարիների համար ոլորտի զարգացման ուղենիշները՝ ուղղված Հայաստանի Հանրապետությունում բնակչության առողջության պահպանմանը, հիվանդացության և վաղաժամ մահացության նվազեցմանը, կյանքի որակի բարելավմանը և կյանքի միջին տևողության երկարաձգմանը:

Ռազմավարության ուղղություններն են՝

1. կրճատել անպտղությունը և բարելավել կանանց վերարտադրողական առողջությունը, բարելավել առողջապահական գործոնով պայմանավորված ծնելիության ցուցանիշները.
2. բարելավել մոր և մանկան առողջությունը և նվազեցնել նորածնային, մանկական, դեռահասների և մայրական հիվանդացությունը և մահացությունը.
3. նվազեցնել ոչ վարակիչ հիվանդություններով (այսուհետ՝ ՈՎՀ) հիվանդացությունը, այդ հիվանդություններից առաջացած վաղաժամ մահացությունը, առողջության վրա ՈՎՀ զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոնների բացասական ազդեցությունը և բարելավել հոգեկան առողջությունը.
4. նվազեցնել վարակիչ հիվանդություններով (այսուհետ՝ ՎՀ) հիվանդացությունը և այդ հիվանդություններից առաջացած մահացությունը.
5. ապահովել մարդու կենսագործունեության համար առողջ և անվտանգ միջավայր.
6. ապահովել առողջապահության համակարգի արդյունավետ կառավարումը և ռեսուրսների ու կարողությունների համաչափ օգտագործումը.
7. ապահովել որակյալ և արդյունավետ բժշկական օգնության տրամադրումը.
8. ապահովել մատուցված բժշկական օգնության և սպասարկման իրական ծախսերի փոխհատուցումը և առողջապահության համակարգում ֆինանսական ռեսուրսների բաշխման և պլանավորման արդյունավետությունը:¹

1 «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգի 2023-2026 թվականների զարգացման ռազմավարություն», ՀՀ կառավարության 2023 թվականի փետրվարի 9-ի N 174-Լ որոշման Հավելված, հասանելի է՝ <https://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=156402>

Գլուխ 1. Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման հայեցակարգը Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի համատեքստում

Ներածություն

2015 թվականին ՄԱԿ-ի Գլխավոր ասամբլեայում 193 երկրների կողմից ընդունված Կայուն զարգացման նպատակները, ինչպես նաև 2019 թվականին ընդունված Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի (ՀԱԾ) մասին Քաղաքական հռչակագիրը (ՄԱԿ, 2019), հաստատել են, որ առողջապահական համակարգի ամրապնդումը հիմնական միջոցն է հասնելու ՀԱԾ-ով սահմանված ընդհանուր նպատակին:²

Ինչպես ողջ աշխարհում, այնպես էլ յուրաքանչյուր երկրում առողջապահական համակարգերի ամրապնդման կարևորությունն ընդգծվել է վերջին տարիների իրադարձություններով, ինչպիսիք էին 2019 թվականի կորոնավիրուսային հիվանդության (COVID-19) համաճարակը (ԱՀԿ, 2020), պատերազմները, ահազնացող բնական աղետները և այլն, որոնք կարևորում են առողջապահական համակարգի դերը բնակչության պաշտպանության գործում:

Առողջապահական համակարգի ամրապնդմանն ու գործունեության արդյունավետության բարձրացմանը միտված ռազմավարությունների, իրացվող քաղաքականությունների և ֆինանսավորման արդյունքները գնահատելու համար հարկ է ունենալ բավարար տեղեկատվություն և վերլուծություն առողջապահական համակարգի բարեփոխմանն ու ամրապնդմանն ուղղված ջանքերի արդյունքները գնահատելու համար: Անհրաժեշտ տվյալներն ու վերլուծությունները կօժանդակեն քաղաքականություն մշակողներին որոշակիացնելու գերակայություններն ու առաջնահերթությունները ռեսուրսներն առավել արդյունավետ բաշխելու և սահմանված թիրախներին հասնելու համար:

Այս համատեքստում առողջապահական համակարգերի կանոնավոր մշտադիտարկումը, գնահատումը և վերլուծությունը կարևորվոր են,

հատկապես՝ համակարգի ուժեղ կողմերի և թերությունների վերաբերյալ հիմնավոր պատկերացում կազմելու տեսանկյունից:³

1.1 Առողջապահական համակարգերի գնահատման հայեցակարգային մոտեցումներ և գործիքներ

Վերջին մի քանի տասնամյակների ընթացքում մշակվել են տարբեր հայեցակարգային մոտեցումներ, մեթոդաբանական և տեխնիկական ուղեցույցեր առողջապահական համակարգի շրջանակը հստակեցնելու, գործունեության արդյունքները չափելու, պարբերական մշտադիտարկման համար:⁴ Դրանցից շատերը նաև հիմք են հանդիսացել հստակ չափորոշիչների օգնությամբ առողջապահական համակարգի կատարողականը (արդյունքները) չափելու համար:

Ջուզահեռաբար, ստեղծվել են Առողջապահական համակարգի գնահատման մի քանի գործիքներ՝ նպատակ ունենալով ապահովել համապատասխան առողջապահական համակարգերի համապարփակ վերլուծությունն ըստ հետևյալ ոլորտների՝ առողջապահության ֆինանսավորում, կառավարում, առողջության համար մարդկային ռեսուրսներ, առողջապահական ծրագրեր և միջոցառումներին թեմաներ:⁵

Այս բոլոր ջանքերը նպատակ ունեն ապահովելու ընդհանուր ելակետ՝ առողջապահական համակարգի հստակ և պարզ հայեցակարգում, որից օգտվողները կարող են հետագա առաջընթաց գրանցել՝ հասնելու իրենց առողջապահական քաղաքականության նպատակներին:

1.2 Առողջապահական համակարգերի գործունեության շրջանակը Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի համար

2022 թվականին ԱՀԿ կողմից հրապարակված «Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատում. Քաղաքականության վեր-

2 Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; 2022 (Health Policy Series, No. 57). [https://www.who.int/europe/health-topics/health-systems-governance/conducting-health-system-performance-assessment-\(hspa\)#tab=tab_1](https://www.who.int/europe/health-topics/health-systems-governance/conducting-health-system-performance-assessment-(hspa)#tab=tab_1)

3 Նույն տեղում:

4 Murray CJL, Frenk J (2000) A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6):717–730. Aday LA et al. (1999). A framework for assessing the effectiveness, efficiency and equity of behavioural healthcare. *American Journal for Managed Care*, 5 Spec. no. SP25–44.

Arah OA et al. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5):377–398.

5 European Observatory on Health Systems and Policies (2010). *Health Systems in Transition series*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

WHO (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva, World Health Organization.

USAID (2018). *The Health System Assessment Approach: A How-To Manual*. Version 3.0. Washington, D.C., USAID.

լուծության շրջանակ» մեթոդական ուղեցույցը⁶ ամփոփելով բոլոր նախորդ մեթոդական մոտեցումներն ու հայեցակարգերը առաջարկում է Առողջապահական համակարգերի գործունեության գնահատման համալիր շրջանակ Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի համար, որն ի տարբերություն նախորդների, ունի հինգ հիմնական առանձնահատկություններ.

- ներկայացնում է առողջապահական համակարգի հստակ բնորոշում և շրջանակ՝ հստակ սահմաններով,
- սահմանում է առողջապահական համակարգի հիմնական նպատակներն ու արդյունքները,
- բացահայտում և նկարագրում է առողջապահական համակարգի հիմնական գործառնությունները,
- ապահովում է յուրաքանչյուր գործառնության կատարումը գնահատելու չափորոշիչների շրջանակը
- ուրվագծում է կապը յուրաքանչյուրի գործառնության արդյունավետության և առողջապահական համակարգի նպատակների ու արդյունքների միջև:⁷

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման առաջարկվող հայեցակարգը, հենվելով նախորդ մեթոդաբանական մոտեցումների վրա և միաժամանակ փոխզույգում է եղանակով համադրելով դրանք, առաջարկում է ուշադրությունը կենտրոնացնել առողջապահական համակարգի չորս հիմնական ոլորտների վրա.

- Ինչ է առողջապահական համակարգը:
- Որո՞նք են այն գործոնները, որոնք ազդում են առողջապահական համակարգի գործունեության վրա:
- Որո՞նք են առողջապահական համակարգի նպատակները:
- Ինչպե՞ս են արդյունավետության վրա ազդող գործոնները կապված առողջապահական համակարգի նպատակների հետ:⁸

Առողջապահական համակարգ

Առողջապահական համակարգի գործունեության շրջանակի համաձայն⁹ Ուղեցույցով առող-

ջապահական համակարգի սահմանները ներառում է կամ «Առողջապահական համակարգը բաղկացած է բոլոր կազմակերպություններից, հաստատություններից, ռեսուրսներից և մարդկանցից, որոնց հիմնական նպատակը առողջության բարելավումն է»:

Գործոններ, որոնք բացատրում են առողջապահական համակարգի գործունեությունը

Մեթոդաբանական ուղեցույցն առաջարկում է ԱՀԳԳ-ն իրականացնել հետևյալ գործոնների՝ ֆինանսավորում, բժշկական ծառայությունների մատակարարում, կառավարում և ռեսուրսների ձևավորում, վիճակն արտացոլող տեղեկատվության հիման վրա: Առողջապահության համաշխարհային զեկույցը (2000)¹⁰, միաժամանակ դիտարկում էր դրանք որպես համակարգի չորս հիմնական գործառնություն՝ ըստ այդմ գնահատելով նաև առողջապահական համակարգի հիմնական գործառնությունների արդյունավետությունը:

2007թվականին հրապարակված ԱՀԿ Առողջապահական համակարգի գնահատման նորացված հայեցակարգային շրջանակը¹¹ գործառնությունների վրա կենտրոնանալու փոխարեն ներդրեց վեց կառուցակարգային հիմնասյուններ՝ առողջապահական համակարգի մուտքերը ներկայացնելու համար: Դրանք են՝ ծառայությունների մատուցում, առողջապահական աշխատուժ, տեղեկատվություն և հետազոտություններ, բժշկական արտադրանք, պատվաստանյութեր և տեխնոլոգիաներ, առողջապահության ֆինանսավորում, առաջնորդություն և կառավարում:¹²

Առողջապահական համակարգի նպատակները

Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատումը միտված է վերլուծելու, նկարագրելու, վերահսկելու և գնահատելու իրողությունը, թե որքանով է առողջապահական համակարգը համապատասխանում իր հիմնական նպատակներին:¹³

6 Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; 2022 (Health Policy Series, No. 57). [https://www.who.int/europe/health-topics/health-systems-governance/conducting-health-system-performance-assessment-\(hspa\)#tab=tab_1](https://www.who.int/europe/health-topics/health-systems-governance/conducting-health-system-performance-assessment-(hspa)#tab=tab_1)

7 Նույն տեղում:

8 Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; 2022 (Health Policy Series, No. 57).

9 Murray C, Frenk J (2000). *A WHO Framework for Health System Performance Assessment*. Geneva, World Health Organization.

10 WHO (2000). *World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization.

11 WHO (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization Document Production Services.

12 Նույն տեղում, էջ 15:

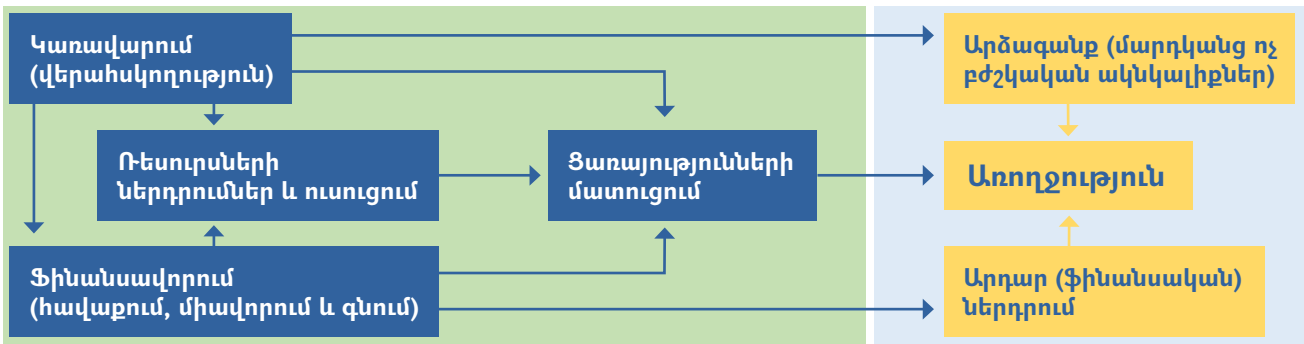
13 Նույն տեղում, էջ 16: տես նաև՝ Smith PC et al. (eds) (2009). *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press.

Աղյուսակ 1.1 Առողջապահական համակարգի նպատակները ըստ տարբեր հայեցակարգերի

Հայեցակարգային շրջանակ/ գործիք	Միջանկյալ նպատակներ	Առողջապահության համակարգի վերջնական նպատակները
ԱՀԿ Գործունեության գնահատման շրջանակ (2000) / WHO Performance Framework (2000)	Հասանելիություն/ Access	Առողջության մակարդակ և բաշխում/ Level and distribution of health
	Ծածկույթ/ Coverage	Արձագանքման մակարդակ և բաշխում / Level and distribution of responsiveness
	Որակ/ Quality	Արդարացի ֆինանսավորում / Fairness in financing
Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատում (WHO/EURO) / Health System Performance Assessment (WHO/EURO)	Ապահովություն/ Safety	Արդյունավետություն / Efficiency
	Արդարացի հավասարություն / Equity	Առողջության բարելավում / Health improvement
	Արդյունավետություն / Efficiency	Ռիսկերից պաշտպանություն / Risk protection
Առողջապահական համակարգի գնահատման մոտեցում (ԱՄՆ ՄԶԾ) / Health System Assessment Approach: A How-To Manual (USAID)	Արդարացի հավասարություն / Equity	Արձագանքման արագություն / Responsiveness
	Արդյունավետություն / Efficiency	Բարելավված առողջություն / Improved Health
	Արդյունավետություն / Efficiency	Արձագանքման արագություն / Responsiveness
	Հասանելիություն / Access	Ռիսկերից պաշտպանություն / Risk protection
	Որակ / Quality	
	Կայունություն / Sustainability	

Աղբյուրը՝ Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; 2022 (Health Policy Series, No. 57).

Գծապատկեր 1.1 Առողջապահական համակարգի գործառնությունների և նպատակների միջև կապը



Աղբյուրը՝ WHO (2000). World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization.

Տարբեր կազմակերպությունների կողմից մշակված Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման բոլոր մեթոդական ուղեցույցներում և գնահատման գործիքակազմում առաջին քայլը առողջապահական համակարգի նպատակների սահմանումն է: Գրեթե բոլոր մոտեցումները, բացառությամբ FHI 360-ի և ԱՀԿ-ի կողմից ստեղծված իրավիճակի վերլուծության, սահմանում են առողջապահական հա-

մակարգի նպատակները: Չնայած եզրույթների տարբերություններին և նպատակների խմբավորման եղանակներին, ինչպես օրինակ՝ միջանկյալ նպատակների կամ վերջնական նպատակների, գոյություն ունի ներքին հարաբերական համաձայնություն բոլոր հայեցակարգերի միջև: Ընդ որում, տարբեր հայեցակարգերում, որոշ նպատակներ ձևակերպված են չեզոք, մինչդեռ որոշները ձևակերպված են նորմատիվորեն:¹⁴

14 Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; 2022 (Health Policy Series, No. 57).

2000 թվականի Առողջապահության համաշխարհային զեկույցի հիմնական նորամուծություններից մեկը առողջապահական համակարգի շրջանակի ներկայացումն էր, որը կապում էր առողջապահական համակարգի գործառույթները, մասնավորապես՝ այն գործոնները, որոնք ազդում են առողջապահական համակարգի գործունեության վրա, առողջապահական համակարգի նպատակներին:¹⁵

Առողջության և առողջապահական համակարգի ազդեցությունը սոցիալ-տնտեսական նպատակների վրա

Առողջության բարելավման և առողջապահական համակարգի ազդեցության գնահատումը հասարակության ընդհանուր նպատակների վրա, ըստ էության, դուրս է առողջապահական համակարգի գործության գնահատման սահմաններից: Նույն կերպ, ԱՀԳԳ-ն նպատակ չունի չափել սոցիալական, տնտեսական, քաղաքական և մշակութային գործոնների ազդեցությունը առողջապահական համակարգի գործունեության վրա: Մինչդեռ ժամանակ, վերը նշվածը չի նշանակում, որ բովանդակային առումով այս երկու խումբ նպատակներն անկարևոր են կամ պետք է անտեսվեն քաղաքականության վերլուծաբանների և պրակտիկ մասնագետների կողմից առողջապահական համակարգի գործունեությունը գնահատելիս և քաղաքականության հետևանքները գծագրելիս:

Բնականաբար, հասարակության և յուրաքանչյուր անձի առողջական վիճակը որոշակի ազդեցություն ունի ավելի լայն հասարակական նպատակների և դրանց հասնելու հնարավորությունների վրա: Այդպիսի նպատակներից են մակրոտնտեսական աճը, սոցիալական համախմբվածությունը և հասարակության և առանձին սոցիալական խմբերի բարեկեցությունը և այլն: Առողջ հասարակությունը երկրի տնտեսական և սոցիալական առաջընթացի կարևորագույն գրավականն է:

Մյուս կողմից, հասարակության սոցիալական, տնտեսական, քաղաքական և մշակութային կյանքի տարատեսակ գործոններ, ինչպես նաև բնակչության վարքը էապես կարող են ազդել առողջության և առողջապահական համակարգի վրա:

Նման գործոններից շատերը հանդիսանում են առողջության և առողջապահական համակարգի գործունեության դետերմինանտներ դրական կամ բացասական իմաստով: Բացասական ազդեցության դեպքում, առողջապահության ոլորտի մասնագետները նման գործոնները հա-

մարում են ռիսկեր, որոնց մի մասը ունակ են վատթարացնելու մարդկանց առողջությունը, մինչդեռ մյուսները՝ վնաս հասցնելու առողջապահական համակարգի գործունեությանը:

Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման հայեցակարգային շրջանակի համառոտագրում

Առողջապահության համակարգի արդյունքները դիտարկվում են ինչպես անհատական, այնպես էլ բնակչության մակարդակներում և վերաբերում են առողջապահության համակարգի գործունեության, քաղաքականության և միջամտությունների ազդեցությանը բնակչության առողջության վրա:

Երկրի սոցիալական, ժողովրդագրական, տնտեսական և բնապահպանական համատեքստերը փոխազդում են անհատի և բնակչության առողջության, ինչպես նաև առողջապահական համակարգի հետ:

Մարդկանց առողջապահական կարիքներն ու նախասիրությունները կազմում են ԱՀԳԳ հայեցակարգի հիմքը և դիտվում են առողջապահական համակարգերի առաջնային նպատակ, ինչպես նաև կարևոր դեր են խաղում քաղաքականության այլ նպատակներին հասնելու համար:

Առողջապահական համակարգերի նպատակն է բնակչության և յուրաքանչյուր անհատի համար ապահովել որակյալ առողջապահական ծառայությունների ֆիզիկական հասանելիություն և ֆինանսական մատչելիություն, ինչպես նաև արդյունավետ միջամտություններ հանրային առողջապահության ոլորտում:

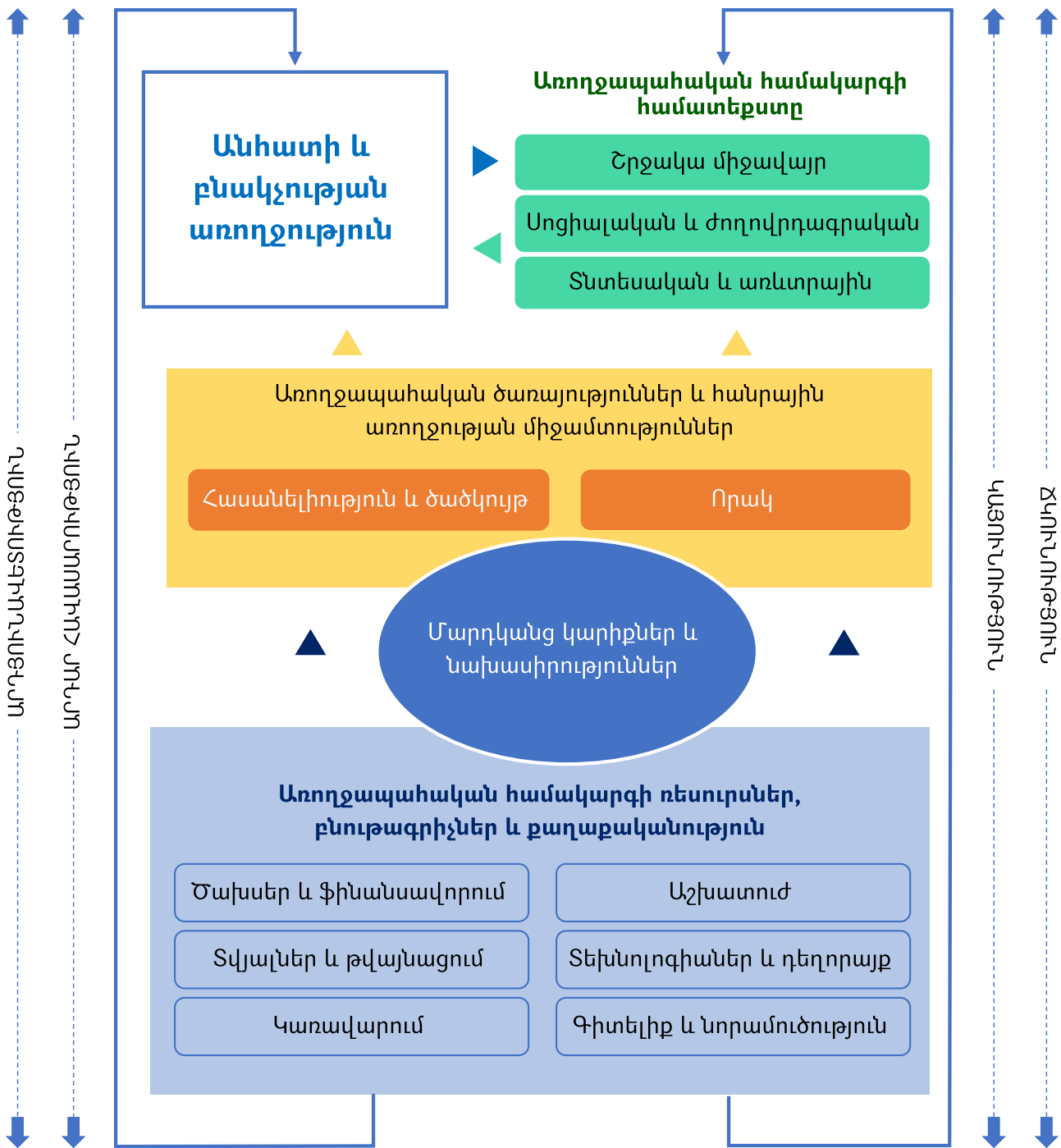
Դրանք ներառում են առողջապահական համակարգերին առնչվող բոլոր գործողությունները, ներառյալ՝ բժշկական օգնությունը, երկարաժամկետ խնամքը և հոգեկան առողջությունը, ինչպես նաև կանխարգելումը և առողջության խթանումը:

ԱՀԳԳ նորացված Շրջանակը նաև ուշադրություն է հրավիրում առողջապահական համակարգի գործունեության չորս «խաչաձև» չափումների վրա՝ մի կողմից **արդյունավետությունն ու արդար հավասարությունը**, մյուս կողմից՝ **կայունությունն ու ճկունությունը**:

Ռեսուրսները և այլ բնութագրիչները ներկայացնում են առողջապահական համակարգերի «կառուցվածքային» տարրերը, այսինքն՝ այն միջոցները, որոնք անհրաժեշտ են համակարգի գործառնությունն ու գործունակությունն ապահովելու համար:

15 WHO (2000). World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization.

Գծապատկեր 1.2 ԱՀԳԳ շրջանակի սխեմատիկ պատկեր¹⁶



16 OECD (2024), Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/107182c8-en>.

Խաչաձևվող չափումների բնութագրիչ առանձնահատկությունն այն է, որ դրանք չեն պատկանում ԱՀԳԳ Շրջանակի որևէ առանձին բլոկին, այլ վերաբերում են բոլորին:

Օրինակ, արդար հավասարությունը (equity) վերաբերում է ռեսուրսների այնպիսի բաշխմանը, որի շնորհիվ առողջապահական ծառայությունները հավասարապես հասանելի և մատչելի են դառնում բնակչության տարբեր սոցիալ-տնտեսական կամ եկամտի տարբեր մակարդակ ունեցող խմբերին: Այս չափորոշիչը հնարավորություն է տալիս գնահատել բնակչության տարբեր սոցիալ-տնտեսական խմբերի առողջության վիճակի ու նրանց մատուցվող բժշկական օգնության (խնամքի) հասանելիության և որակի տարբերությունները:

Բժշկական ծառայությունների որակի ցուցիչը, ինչպիսին է, օրինակ, շաքարախտով հիվանդների համար հիվանդանոց ընդունվելու մակարդակը, նույնպես կարող է արդար հավասարության ցուցանիշ լինել, երբ այն դիտարկվում է ըստ սոցիալ-տնտեսական խմբերի:

Առողջապահական համակարգերում արդյունավետության չափումը վերաբերում է առողջապահական համակարգի արդյունքների հետ միջամտությունների/ներդրումների համեմատությանը նպատակներին հասնելու աստիճանը գնահատելու համար՝ միաժամանակ նվազագույնի հասցնելով ռեսուրսների օգտագործումը: Առողջապահական համակարգերի արդյունավետության բարելավումը քաղաքականության հիմնական նպատակն է՝ առողջապահական ոլորտի

աճող պահանջները սահմանափակ բյուջեների (ֆինանսավորման) հետ համադրելու համար:

Ճկունությունը վերաբերում է առողջապահական համակարգի արտաքին աշխարհի փոփոխություններին արագ արձագանքելու ունակությանը ինչպես սովորական, այնպես էլ արտակարգ իրավիճակներում: Առողջապահական համակարգի ճկունությունը պայմանավորված է ինչպես առողջապահական համակարգերի գործունեությամբ, ներառյալ՝ կարողությունները, ֆիզիկական ռեսուրսները, աշխատուժը և տեղեկատվական համակարգերը, արդյունավետ կառավարմամբ և այնպես էլ համակարգից դուրս գործունեությամբ, ինչպիսիք կարող են լինել երկրի սոցիալ-տնտեսական վիճակը և ժողովրդագրական վիճակը, շրջական միջավայրը, քաղաքականության գերակայությունները և այլն:

Ըստ ԱՀԳԳ հայեցակարգի, առողջապահական համակարգի գործունեության ապահովման ենթատեքստով կայունության ամենատարածված կիրառումը վերաբերում է հարկաբյուջետային կայունության ասպեկտին, այսինքն՝ պետական ֆինանսները երկարաժամկետ հեռանկարում վստահելի և սպասարկող դիրքում պահպանելու կառավարության կարողությանը: Առողջապահական համակարգի բովանդակության ենթատեքստով, կայունությունը նաև վերաբերում է զարգացման ավելի լայն գաղափարին, որը բավարարում է ներկայի կարիքները՝ չվնասելով ապագա սերունդների՝ սեփական կարիքները բավարարելու կարողությունը:¹⁷

17 OECD (2024), Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/107182c8-en>.

Գլուխ 2. Հայաստանի ժողովրդագրական բնութագիրը

2.1 Բնակչության թվաքանակի փոփոխությունը

ՀՀ մշտական բնակչության թվաքանակի ընթացիկ հաշվառումը 2023թվականի հունվարի 1-ից իրականացվում է¹⁸, որպես հաշվարկի հիմք ընդունելով ՀՀ 2022 թվականի մարդահամարի արդյունքները, որոնք արդիականացվել են հաշվետու ժամանակաշրջանում արձանագրված բնակչության բնական հավելաճի և միգրացիայի մնացորդի ցուցանիշների տվյալներով: 2024 թվականի հունվարի 1-ի դրությամբ ՀՀ մշտական բնակչության թվաքանակի ցուցանիշը կազմել է 2,989.5 հազ. մարդ, 2023թվականի տարեսկզբին արձանագրված 2,937.5 հազ. մարդու համեմատ: ՀՀ մշտական բնակչության կազմում 2024 թվա-

կանի տարեսկզբի դրությամբ քաղաքային և գյուղական բնակչության մասնաբաժինները կազմել են, համապատասխանաբար՝ 64.0% և 36.0%: ՀՀ մշտական բնակչության 47.2%-ը կազմել են տղամարդիկ, իսկ 52.8%-ը՝ կանայք: 2024 թվականի տարեսկզբի դրությամբ բնակչության միջին տարիքը կազմել է 37.4 տարի, իսկ տղամարդկանց և կանանց համար, համապատասխանաբար՝ 35.2 և 39.3 տարի:

Բոլոր մարզերում և ք. Երևանում 2023 թվականին նախորդ տարվա ցուցանիշի համեմատ արձանագրվել է մշտական բնակչության թվաքանակի աճ: Ինչպես և նախորդ տարիներին, բնակչության 1/3-ից ավելին բնակվել է Երևան քաղաքում:

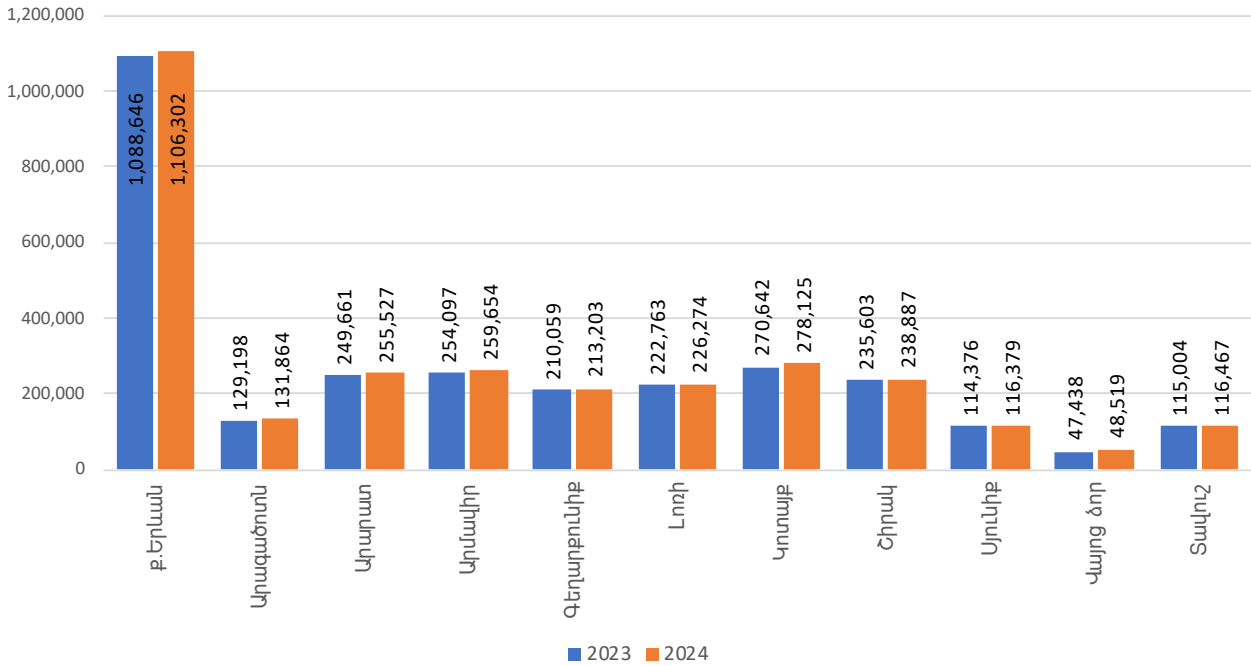
Աղյուսակ 2.1 Մշտական բնակչության թվաքանակն ըստ սեռի և տարիքի 2024 թվականի հունվարի 1-ի դրությամբ, մարդ

Տարիքը	Քաղաքային բնակչություն			Գյուղական բնակչություն			Ամբողջ բնակչություն		
	տղամարդ	կին	ընդամենը	տղամարդ	կին	ընդամենը	տղամարդ	կին	ընդամենը
0-4	51 706	48 472	100 178	41 219	37 407	78 626	92 925	85 879	178 804
5-9	60 559	55 295	115 854	41 363	35 550	76 913	101 922	90 845	192 767
10-14	62 615	57 991	120 606	41 768	34 648	76 416	104 383	92 639	197 022
15-19	56 386	52 565	108 951	34 071	30 302	64 373	90 457	82 867	173 324
20-24	48 459	52 316	100 775	29 543	26 224	55 767	78 002	78 540	156 542
25-29	51 718	56 972	108 690	36 313	31 508	67 821	88 031	88 480	176 511
30-34	67 054	77 572	144 626	46 321	40 164	86 485	113 375	117 736	231 111
35-39	67 573	81 490	149 063	42 276	37 939	80 215	109 849	119 429	229 278
40-44	65 890	76 356	142 246	33 884	34 275	68 159	99 774	110 631	210 405
45-49	55 091	64 126	119 217	27 069	31 118	58 187	82 160	95 244	177 404
50-54	46 977	57 552	104 529	27 681	30 839	58 520	74 658	88 391	163 049
55-59	44 246	59 527	103 773	35 307	39 234	74 541	79 553	98 761	178 314
60-64	56 820	82 516	139 336	42 353	44 119	86 472	99 173	126 635	225 808
65-69	55 515	82 461	137 976	29 166	33 465	62 631	84 681	115 926	200 607
70-74	41 581	63 550	105 131	15 336	20 343	35 679	56 917	83 893	140 810
75-79	20 853	32 469	53 322	6 375	10 313	16 688	27 228	42 782	70 010
80-84	13 060	23 458	36 518	5 247	9 950	15 197	18 307	33 408	51 715
85+	7 943	16 589	24 532	4 188	9 000	13 188	12 131	25 589	37 720
Ընդամենը	874 046	1 041 277	1 915 323	539 480	536 398	1 075 878	1 413 526	1 577 675	2 991 201

Աղբյուրը. Արմաստատ

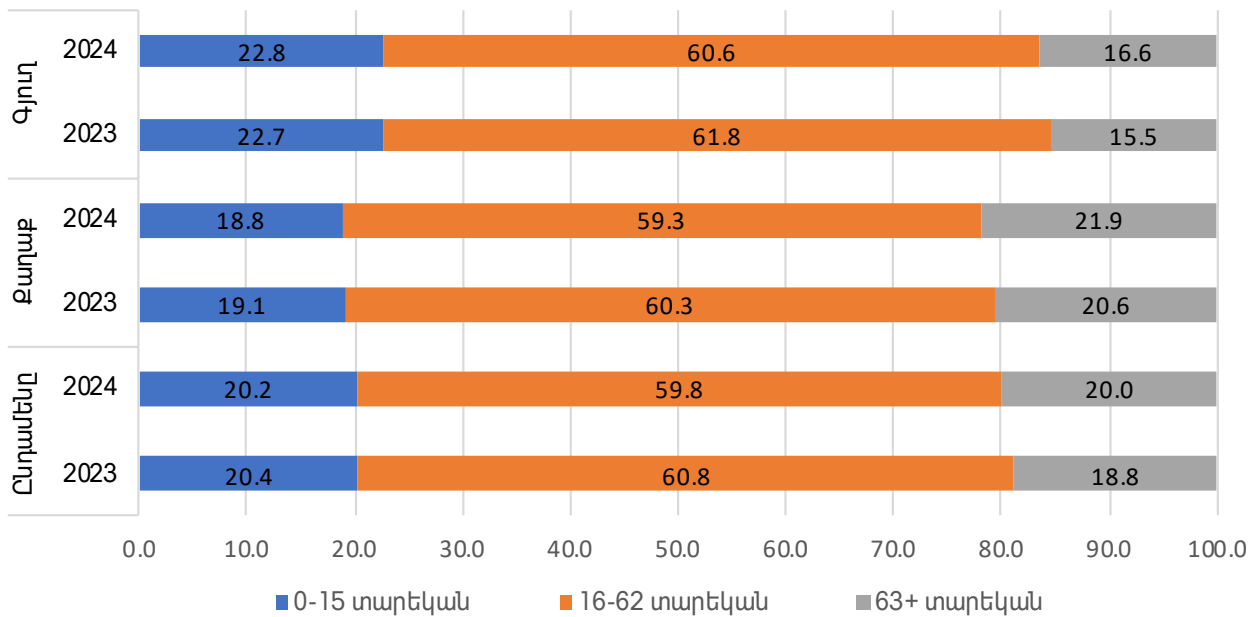
18 Հայաստանի Հանրապետության 2022թ. մարդահամարի (անցկացված՝ 2022թ. հոկտեմբերի 13-22-ը) տվյալներով Հայաստանի մշտական բնակչության թվաքանակը կազմել է՝ 2 932 731 մարդ, իսկ առկա բնակչության թվաքանակը՝ 2 689 438 մարդ:

Գծապատկեր 2.1 ՀՀ մշտական բնակչությունն ըստ մարզերի 2023 և 2024 թթվականի տարեսկզբի դրությամբ, մարդ



Աղբյուրը. Արմատատ

Գծապատկեր 2.2 Բնակչության կառուցվածքն ըստ հիմնական տարիքային խմբերի, 2023-2024թթ. տարեսկզբի դրությամբ, %



Աղբյուրը. Արմատատ

2024 թվականի տարեսկզբի դրությամբ ՀՀ մշտական բնակչության թվաքանակի 59.8%-ը կազմել է աշխատունակ տարիքի բնակչությունը (16-62 տարեկան), 20.2%-ը՝ աշխատունակ տարիքից ցածր (0-15 տարեկան), իսկ 20.0%-ը՝ աշխատունակ տարիքից բարձր (63 և ավելի տարեկան) բնակչությունը:

ՀՀ բնակչության կառուցվածքում՝ 1,000 աշխատունակ տարիքի բնակչության հաշվարկով՝ անաշխատունակ տարիքի բնակչության թվաքանակը կազմել է 673 մարդ, որից՝ 63 և բարձր տարիքի տարեցները կազմել են 335, իսկ 0-15 տարեկան երեխաները՝ 338 մարդ:

Աղյուսակ 2.2 Բնակչության խնամառության գործակիցները, 2022-2023թթ.

Տարի	Խնամառության գործակիցը, %		
	Ընդամենը	Երիտասարդների (0-15)	Տարեցների (63+)
2022	64.3	33.5	30.8
2023	67.2	33.8	33.4

Աղբյուրը. Արմատատ

Բնակչության բնական շարժը: 2023 թվականին արձանագրվել է 36,590 ծնունդ, իսկ ծնելիության ընդհանուր գործակիցը, 1000 բնակչի հաշվով, կազմել է 12.4 պրոմիլ:

2023 թվականին գրանցված կենդանի ծնվածների 28.8%-ը չգրանցված ամուսնություններից են, որոնք արձանագրվել են ծնողների համատեղ կամ մոր հայտարարությամբ:

Աղյուսակ 2.3. Ծնելիության տարիքային գործակիցները 2023թ.

Տարիներ	Ծնվածների միջին թվաքանակը համապատասխան տարիքի 1000 կնոջ հաշվով							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-59	40-44	45-49	15-49
Ընդամենը	10.6	99.3	125.3	86.0	44.7	10.2	0.8	53.1
Քաղաքային	5.8	67.6	103.8	77.3	42.1	10.4	1.1	43.9
Գյուղական	18.8	162.2	164.1	102.9	50.2	9.9	0.6	71.3

Աղբյուրը. Արմատատ

Աղյուսակ 2.4 Ծնելիության ու մահացության ցուցանիշները, 2014-2023թթ., հազար մարդ

Տարի	Ծնունդ			Մահ			Բնական հավելած/նվազում		
	Ընդամենը	Քաղաք	Գյուղ	Ընդամենը	Քաղաք	Գյուղ	Ընդամենը	Քաղաք	Գյուղ
2014	43.0	27.8	15.2	27.7	17.6	10.1	15.3	10.2	5.1
2015	41.8	27.1	14.7	27.9	17.7	10.2	13.9	9.4	4.5
2016	40.6	26.5	14.1	28.2	18.3	9.9	12.4	8.2	4.2
2017	37.7	24.6	13.1	27.1	17.4	9.7	10.6	7.2	3.4
2018	36.6	24.3	12.3	25.8	16.7	9.1	10.8	7.6	3.2
2019	36.0	23.7	12.3	26.2	16.9	9.3	9.8	6.8	3.0
2020	36.4	25.4	11.0	36.2	24.7	11.5	0.2	0.7	-0.5
2021	36.6	22.8	13.8	34.4	23.5	10.9	2.2	-0.7	2.9
2022	36.4	19.7	16.7	26.7	17.6	9.1	9.7	2.1	7.6
2023	36.6	20.1	16.5	24.3	16.1	8.2	12.3	4.0	8.3

Աղբյուրը. Արմատատ

Պտղաբերության (ծնելիության գումարային) գործակիցը՝ ծնունդի տարիքի (15-49 տարեկան) մեկ կնոջ հաշվով 2023թ. կազմել է 1.885 միավոր, բնակչության վերարտադրության **Բրուտտո** գործակիցը¹⁹ կազմել է 0.895, իսկ բնակչության վերարտադրության **Նետտո** գործակիցը²⁰՝ 0.860 միավոր:

2023 թվականին մայրանալու միջին տարիքը երեխայի ծննդյան ժամանակ կազմել է 29.0 տարի, առաջին երեխայի ծննդյան ժամանակ՝ 26.1 տարի:

Ըստ ծննդի հաջորդականության՝ երրորդ և բարձր կարգի ծնունդները 2023թ. կազմել են կենդանի ծնվածների ընդհանուր թվաքանակի 34.0%՝ նախորդ տարվա ցուցանիշը գերազանցելով 1.1%-ային կետով:

2023 թվականին արձանագրվել է մահվան 24,313 դեպք, որը նախորդ տարվա նույն ցուցանիշի համեմատ նվազել է 2,379-ով, կամ 9.9%-ով: Մահացության ընդհանուր գործակիցը 2023 թվականին կազմել է 8.2 պրոմիլ: Ընդ որում, քաղաքային բնակչության շրջանում մահացության գործակիցը կազմել է 8.5%, իսկ գյուղականում՝ 7.7% :

Ծննդյան և մահվան ցուցանիշների տարբերությունով ձևավորված բնակչության բնական հավելվածը 2023 թվականին կազմել է 12.3 հազ. մարդ՝ 2022թվականի 9.7 հազ. մարդու համեմատ: ՀՀ բնակչության բնական հավելվածի ընդհանուր գործակիցը կազմել է 4.1 պրոմիլ (1,000 բնակչի հաշվով), նախորդ տարում արձանագրված՝ 3.3 պրոմիլի համեմատ:

19 Ծնունդի տարիքում միջին հաշվով քանի աղջիկ երեխա կծնի կինը, ծնելիության տվյալ տարվա մակարդակի պահպանման դեպքում:

20 Միջին հաշվով քանի աղջիկ երեխա կծնի մեկ կինն իր ողջ կյանքի ընթացքում, որոնք կհասնեն մոր տարիքին, իրենց ծնվելուց՝ յուրաքանչյուր տարիքում ծնելիության և մահացության տվյալ ժամանակաշրջանի մակարդակների պահպանման դեպքում:

Գլուխ 3. Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման հիմնական ցուցանիշները

Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման հիմնական ցուցանիշների տիպական օրինակը ըստ համակարգի գործունեության կլաստերների, տիրույթների և ենթատիրույթների ներկայացված է Աղյուսակ 3.1-ում:

Աղյուսակ 3.1.1 Կլաստերների, տիրույթների, ենթատիրույթների ակնարկի օրինակ²¹

Կլաստեր	Տիրույթ	Ենթատիրույթ	
Արդյունքներ	Առողջական վիճակ	Առողջական վիճակի ինքնագնահատական	
	Հաշմանդամություն	Հաշմանդամության տեսակներ	
	Հիվանդացություն	Մահացություն	Հիվանդությունների բեռ
			Հիվանդացությունն ըստ հիվանդությունների խմբերի
			Կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից
	Ռիսկի գործոններ	Ռիսկի գործոններ	Վաղաժամ մահացություն
			Մահացության պատճառներ
			Առողջ կյանքի տևողություն
			Ավելորդ քաշ/ճարպակալում
	Ներդրումներ	Հասանելիություն	Ֆիզիկական հասանելիություն
Ֆինանսական մատչելիություն			
Մարդակենտրոն		Ծառայությունների որակի վերաբերյալ խնամյալների գնահատական	
		Անձնակազմի փորձառության վերաբերյալ խնամյալների գնահատական	
		Խնամակալի փորձառություն	
Որակ		Որակ	Բժշկական անձնակազմի փորձառություն
			Կլինիկական արդյունավետություն
Ծախսեր	Ծախսեր	Ապահովվածություն	
		Ծախսեր	
Գործընթացներ	Համակարգում	Առողջության ինքնագնահատական	
	Ինտեգրում	Ընթացիկ կառավարում	
		Բժշկական օգնություն	
	Շարունակականություն	Կրկնակի հոսպիտալացում	
Կառուցվածքներ	Բժշկական անձնակազմ/աշխատուժ	Տեղեկատվական	
	Առողջապահական ծառայությունների կառուցվածք	Խնամյալների հետ հարաբերություն	
	Առողջապահական տեխնոլոգիաներ	Բժշկական անձնակազմի կառուցվածք և կարողությունների պլանավորում	
	Առողջապահական տեղեկատվական համակարգ	Ենթակառուցվածքներ	
	Ֆինանսներ	Տեխնոլոգիաների ներդրում և օգտագործում	
Խաչաձևվող-չափումներ	Արդար հավասարություն	Գրանցման համակարգ թվայնացում	
	Արդյունավետություն	Ծախսեր/Փոխհատուցման մեխանիզմներ/Ներդրումներ	
	Ճկունություն	Բնակչության սոցիալական խմբեր Ըստ եկամտի չափի բնակչության խմբեր Աշխարհագրական կառուցվածք	
		Կարճաժամկետ/Միջնաժամկետ/Արկարաժամկետ	
		Մտիվացված անձնակազմ Բժշկական անձնակազմի անբավարարություն Բժշկական անձնակազմի ուղեգրում	

21 **Final Report** Performance accountability for the Irish health system, Academic Medical Centre of the University of Amsterdam (AMC), February 2021, **Dr. Dionne Kringos, Prof. Dr. Niek Klazinga**

3.1 Արդյունքային ցուցանիշներ
3.1.1 Բաժին Ա. Առողջության վիճակ

Առողջության վիճակի տիրույթը ներառում է ցուցանիշներ, որոնք գնահատում են բնակչության առօրյա ապրելակերպը՝ կապված նրանց առողջական վիճակի և ցանկացած պայմաններ, որոնք կարող են ազդել առողջության վրա: Արդյունքների չափումը կենտրոնանում է առողջապահական խնդիրների վրա, որոնք ազդում են բնակչության առօրյա կյանքի որակի վրա: Այս տիրույթը բաղկացած է հետևյալ ենթաբաժիններից՝

- Ա.1 Առողջական վիճակի ինքնագնահատական
- Ա.2 Հաշմանդամություն
- Ա.3 Հիվանդացություն/հիվանդություններ
- Ա.4 Մահացություն
- Ա.5 Ռիսկի գործոններ

3.1.1.1 Ա.1 Առողջական վիճակի ինքնագնահատական

Առողջական վիճակի ինքնագնահատականի ստանդարտ ձևաչափը նախատեսում է հետևյալ երեք ցուցանիշները՝

Աղյուսակ 3.1.2 Առողջական վիճակի ինքնագնահատականի ցուցանիշներ

Ա.1.	Առողջական վիճակի ինքնագնահատական
Ա.1.1.	Առողջական վիճակի լավ կամ շատ լավ ինքնագնահատական ունեցող անձինք
Ա.1.2.	Առողջական վիճակի լավ կամ շատ լավ ինքնագնահատական ունեցող 65 տարեկան և բարձր տարիքի անձինք
Ա.1.3.	Երկարատև հիվանդություն կամ առողջական խնդիր ունեցող անձինք

Հայաստանում բնակչության առողջական վիճակի ինքնագնահատականի վերաբերյալ տվյալներ հավաքագրվել են 2016 և 2022 թվականներին իրականացված Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման զանգվա-

ծային սոցիոլոգիական հետազոտությունների միջոցով:

ԱՀԳԳ 2022 թվականի հետազոտությամբ Հայաստանի բնակչության առողջության ընդհանուր վիճակը գնահատվել է չորս բաղադրիչով՝

- 1.1 առողջության վիճակի ընդհանուր գնահատականը՝ այդ նպատակի համար ԱՀԿ կողմից մշակված SF-12 մասնագիտացված գործիքով,
- 1.2 բնակչության շրջանում հիվանդագին վիճակների տարածվածության գնահատում, որի նպատակն է առողջապահության կառավարիչներին տալ ընդհանուր պատկերացում բնակչության շրջանում տարածված հիվանդագին վիճակների և հիվանդությունների ախտանիշների վերաբերյալ,
- 1.3 Հայաստանի բնակչության ընդհանուր հոգեվիճակի գնահատում, որը կատարվել է Ջունգի սանդղակի կիրառմամբ,
- 1.4 Քրոնիկական հիվանդությունների տարածվածության գնահատում, որում ներկայացված են տվյալներ բժշկի կողմից ախտորոշված հիմնական քրոնիկ հիվանդությունների դեպքերը և բժշկի կողմից դրանց բուժման կամ դեղորայքի նշանակման դեպքերի տոկոսը:²²

Հայաստանում բնակչության առողջական վիճակի սուբյեկտիվ ինքնագնահատականի վերաբերյալ տեղեկատվություն հավաքագրվում է նաև ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի կողմից յուրաքանչյուր տարի իրականացվող տնային տնտեսությունների կենսապայմանների ամբողջացված հետազոտության (SSԿԱՀ) միջոցով:

Առողջ բնակչությունը ոչ միայն որոշիչ նախապայման է երկրի սոցիալ-տնտեսական զարգացման համար, այլև կարևոր նախադրյալ թե՛ տնային տնտեսությունների, թե՛ անհատների բարգավաճման համար:

Համաձայն 2022 թվականի SSԿԱՀ-ի արդյունքների, առողջական վիճակի՝ սուբյեկտիվ գնահատականները բաշխվել են հետևյալ կերպ՝ շատ լավ, լավ, ոչ լավ, ոչ վատ գնահատականը

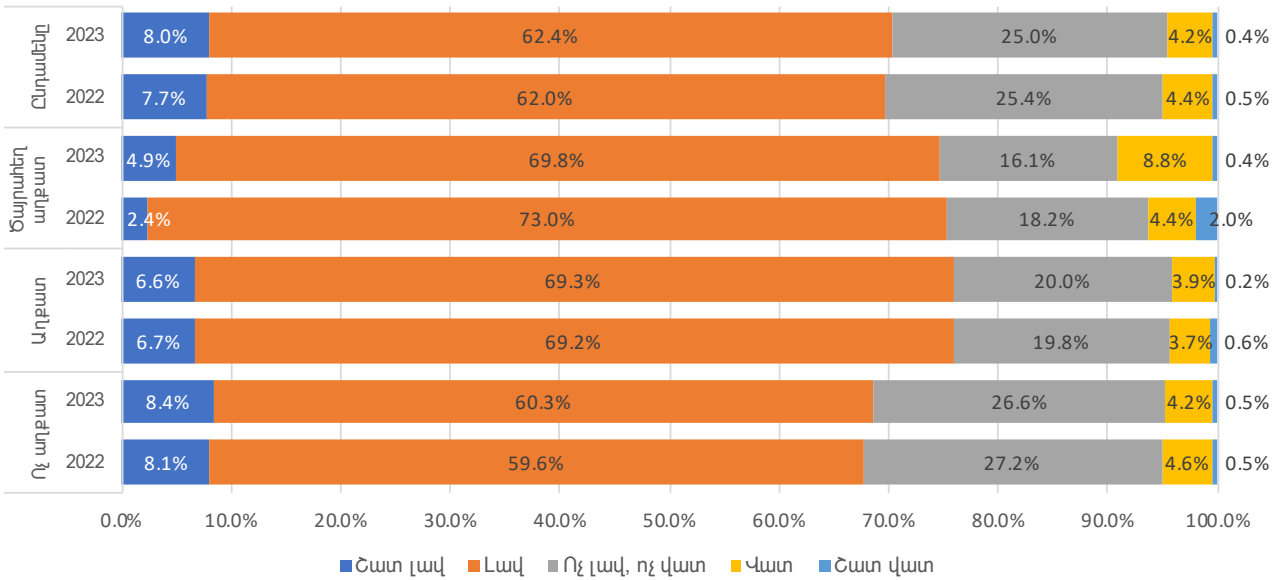
Աղյուսակ 3.1.3 Առողջական վիճակի սուբյեկտիվ գնահատականները ըստ աղքատության մակարդակների, 2022 և 2023թթ. (%)

	Ոչ աղքատ		Աղքատ		Ծայրահեղ աղքատ		Ընդամենը	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Շատ լավ	8.1%	8.4%	6.7%	6.6%	2.4%	4.9%	7.7%	8.0%
Լավ	59.6%	60.3%	69.2%	69.3%	73.0%	69.8%	62.0%	62.4%
Ոչ լավ, ոչ վատ	27.2%	26.6%	19.8%	20.0%	18.2%	16.1%	25.4%	25.0%
Վատ	4.6%	4.2%	3.7%	3.9%	4.4%	8.8%	4.4%	4.2%
Շատ վատ	0.5%	0.5%	0.6%	0.2%	2.0%	0.4%	0.5%	0.4%
Ընդամենը	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Աղբյուրը. SSԿԱՀ 2022 և 2023թթ.

22 Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան 2022 / Ա. 720 Դ. Անդրեասյան, Ա. Բազարյան, Ս. Մանուկյան.- Եր.: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022.-243 էջ:

Գծապատկեր 3.1.1 Առողջական վիճակի սուբյեկտիվ գնահատականները ըստ աղքատության մակարդակների, 2022 և 2023թթ.



Աղբյուրը. SS4ԱՀ 2022 և 2023թթ.

ստացվել է 95.1% բնակչության կողմից, իսկ վատ և շատ վատ գնահատականը՝ 4.9%-ի կողմից: Երբ առողջական վիճակի սուբյեկտիվ գնահատականները դիտարկվում են ըստ աղքատության մակարդակի, ապա վատառողջ են (առանց «շատ վատ» գնահատականի) ոչ աղքատների 4.6%-ը, աղքատների՝ 3.7%-ը և ծայրահեղ աղքատների՝ 4.4%-ը:

3.1.1.2 Ա.2 Հաշմանդամություն

Հաշմանդամության կամ ֆունկցիոնալության սահմանափակության ինքնագնահատականի և հաշմանդամություն ունեցող անձանց վերաբերյալ տվյալների ստանդարտ ձևաչափը նախատեսում է հետևյալ չորս ցուցանիշները՝

Աղյուսակ 3.1.4 Առողջական վիճակի պատճառով ֆունկցիոնալ սահմանափակումների վերաբերյալ ցուցանիշներ

Ա.2.	Հաշմանդամություն
Ա.2.1.	Առողջական խնդիրների պատճառով սովորական գործունեության մեջ երկարատև սահմանափակումներ ունեցող անձինք
Ա.2.2.	75 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի անձինք, ովքեր առողջական խնդիրների պատճառով սովորական գործունեության մեջ երկարատև սահմանափակումներ ունեն
Ա.2.3.	50 և ավելի տարեկան անձինք, ովքեր իրենց թոյլ են համարում
Ա.2.4.	Հաշմանդամություն ունեցող անձինք աշխատունակ բնակչության շրջանում

Առաջին երեք ցուցանիշների մասով Հայաստանում տվյալներ առկա չեն: Այդպիսի տվյալներ չեն հավաքագրվել նաև Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման 2016 և 2022 թվականների զանգվածային սոցիոլոգիական հետազոտությունների ժամանակ:

Ֆունկցիոնալության սահմանափակում ունեցող անձինք

2021 թվականին ընդունված «Անձի ֆունկցիոնալության գնահատման մասին» ՀՀ օրենքի²³ և ՀՀ կառավարության «Անձի ֆունկցիոնալության գնահատման կարգը հաստատելու մասին» որոշման հիման վրա 2023 թվականի փետրվարի 1-ից Հայաստանում ներդրվել է Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության ֆունկցիաների միջազգային դասակարգման սկզբունքներին համապատասխանող անձի ֆունկցիոնալության և հաշմանդամության բազմակողմանի գնահատման չափորոշիչների նոր համակարգ: Նոր համակարգով գնահատվում է **անձի ֆունկցիոնալության սահմանափակումն ու աստիճանը** (օրգանիզմի ֆունկցիաների և մարմնի կառուցվածքի, գործունեության և մասնակցության, միջավայրային գործոնների ազդեցության համատեքստում անձի հասարակական կյանքին մասնակցելու կարողության սահմանափակումը):

Հաշմանդամության գնահատման սոցիալական նոր մոդելով գնահատվում է ոչ թե անձը, այլ նրա ֆունկցիոնալությունը, համաձայն «թե-

23 ՀՀ օրենքը անձի ֆունկցիոնալության գնահատման մասին, ՀՕ-195-Ն, 05.05.2021

Աղյուսակ 3.1.5 Առաջին անգամ հաշմանդամություն ունեցող անձ ճանաչվածների թիվն ըստ հաշմանդամության տեսակի, ֆունկցիոնալության սահմանափակման աստիճանի և տարիքային խմբերի, 2023թ., մարդ

	Ընդամենը	Ֆունկցիոնալության խորը աստիճանի սահմանափակմամբ	Ֆունկցիոնալության ծանր աստիճանի սահմանափակմամբ	Ֆունկցիոնալության միջին աստիճանի սահմանափակմամբ
Ընդամենը				
Հենաշարժական խնդիրներով	2 583	138	752	1 693
Տեսողական խնդիրներով	629	21	161	447
Լսողական, խոսքի, ծայնի խնդիրներով	152	2	53	97
Հոգեկան (մտավոր)	706	9	256	441
Քրոնիկ խնդիրներով	5 309	73	1 065	4 171
Ընդամենը	9 379	243	2 287	6 849
0-18 տարեկան				
Հենաշարժական խնդիրներով	192	14	44	134
Տեսողական խնդիրներով	32	-	7	25
Լսողական, խոսքի, ծայնի խնդիրներով	36	-	12	24
Հոգեկան (մտավոր)	360	4	177	179
Քրոնիկ խնդիրներով	170	1	24	145
Ընդամենը	790	19	264	507
18-40 տարեկան				
Հենաշարժական խնդիրներով	361	17	69	275
Տեսողական խնդիրներով	71	1	8	62
Լսողական, խոսքի, ծայնի խնդիրներով	6	-	1	5
Հոգեկան (մտավոր)	161	-	22	139
Քրոնիկ խնդիրներով	394	4	60	330
Ընդամենը	993	22	160	811
40-65 տարեկան				
Հենաշարժական խնդիրներով	1 241	39	310	892
Տեսողական խնդիրներով	253	7	41	205
Լսողական, խոսքի, ծայնի խնդիրներով	74	2	23	49
Հոգեկան (մտավոր)	128	1	27	100
Քրոնիկ խնդիրներով	2 786	30	478	2 278
Ընդամենը	4 482	79	879	3 524
65 տարեկանից բարձր				
Հենաշարժական խնդիրներով	789	68	329	392
Տեսողական խնդիրներով	273	13	105	155
Լսողական, խոսքի, ծայնի խնդիրներով	36	-	17	19
Հոգեկան (մտավոր)	57	4	30	23
Քրոնիկ խնդիրներով	1 959	38	503	1 418
Ընդամենը	3 114	123	984	2 007

Աղբյուրը՝ Արմատատ

թև, միջին, ծանր և խորը աստիճանի» ֆունկցիոնալ սահմանափակումների: Անձի ֆունկցիոնալության գնահատումն իրականացվում է «Անձի ֆունկցիոնալության գնահատման մասին» օրենքի 7-րդ հոդվածի 5-րդ մասով սահմանված դեպքերում՝ անձի առողջական խնդիրների, գործունեության ու մասնակցության և միջավայրային արգելքների գնահատման հիման վրա:²⁴

2023 թվականի փետրվարի 1-ից ներդրված նոր համակարգով գնահատվելու են առաջին անգամ փորձաքննության դիմած քաղաքացիները, իսկ 2024-ից՝ բոլորը, այդ թվում՝ վերափորձաքննության դիմածները: Ֆունկցիոնալության գնահատման բժշկասոցիալական փորձաքննությունն անցելը չի տարածվում հաշմանդամության անժամկետ կարգավիճակ ստացած անձանց, ներառյալ՝ երեխաների, վրա:

Նոր համակարգի ներդրումից հետո առկա են տվյալներ ֆունկցիոնալության աստիճանի հաշմանդամություն ունեցող անձանց վերաբերյալ:

2023 թվականի դրությամբ հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվաքանակը կազմում է ավելի քան 180 հազար մարդ, որից մոտ 156 հազարն ունի անժամկետ հաշմանդամություն:

Աղյուսակ 3.1.6 Հաշվառված հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվաքանակն ըստ տարիքային խմբերի, 2023թ. տարեվերջ, մարդ

	Ընդամենը	Նրանցից՝ կանայք
Մինչև 18 տարեկան	8 521	2 720
18-ից մինչև 40 տարեկան	20 517	6 358
Նրանցից՝ անժամկետ	16 421	4 956
40-ից մինչև կենսաթոշակային տարիքի	63 293	27 367
Նրանցից՝ անժամկետ	48 403	20 381
Կենսաթոշակային տարիքի և բարձր	91 746	51 297
Ընդամենը	184 077	87 742
Նրանցից՝ անժամկետ ²⁵	155 974	76 362

Աղբյուրը՝ Արմատատ

3.1.1.3 Ա.3 Հիվանդացություն/ հիվանդություններ

Հիվանդացության/հիվանդությունների վերաբերյալ տվյալների ստանդարտ ձևաչափը նախատեսում է հետևյալ չորս ցուցանիշները՝

Աղյուսակ 3.1.7 Հիվանդացության/ հիվանդությունների վերաբերյալ ցուցանիշներ

Ա.3.	Հիվանդացություն/հիվանդություններ
Ա.3.1	Ընդհանուր հիվանդացություն Երկարատև հիվանդություններ կամ առողջական խնդիրներ ունեցող անձինք
Ա.3.3	Հաշմանդամությամբ ճշգրտված կյանքի տարիներ (DALYs) Ճանաչողական խանգարումների տարածվածությունը
Ա.3.5	Դեմենցիայի տարածվածությունը Ցածր քաշ ունեցող նորածինների տարածվածությունը
Ա.3.7	Հոգեկան հիվանդության տարածվածությունը Շաքարախտի տարածվածությունը
Ա.3.9	Երկու կամ ավելի քրոնիկ հիվանդություններ ունեցող անձինք

Երկրում բնակչության առողջական վիճակի ընդհանուր պատկերը ներկայացնում է ըստ հիվանդությունների խմբերի դեպքերի թիվը և դի-նամիկան: Այն արտացոլվում է երկու ցուցանիշներով՝ ընդհանուր հիվանդացությունը և Հիվանդացությունն առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով՝ ըստ հիվանդությունների խմբերի:

24 ՀՀ կառավարության «Անձի ֆունկցիոնալության գնահատման կարգը հաստատելու մասին» 28.07.2022թ. 1180-Ն որոշում:

25 Անժամկետ կենսաթոշակառուների ընդհանուր թվաքանակը չի համապատասխանում ըստ նրանց տարիքային խմբերի բաշխվածության հանրագումարին, քանի որ «Կենսաթոշակային տարիքի և բարձր» տողում ներառված հաշմանդամների մի մասի մոտ 2023թ. բժշկասոցիալական փորձաքննության ժամանակ լրացած չի եղել կենսաթոշակային տարիքը և նրանց մոտ հաշմանդամությունը սահմանվել է մեկ տարով, սակայն տարեվերջին նրանց մոտ լրացել է կենսաթոշակային տարիքը, բայց չեն ունեցել անժամկետ հաշմանդամություն:

Ա.3.1 Ընդհանուր հիվանդացությունը

Աղյուսակ 3.1.8 Ընդհանուր հիվանդացությունն ըստ հիվանդությունների խմբերի, 2023թ.

	Մեծահասակներ և դեռահասներ		0-14 տարեկան երեխաներ		Ընդամենը, միավոր	100 000 բնակչի հաշվով
	ընդամենը, միավոր	15 և բարձր տարիքի 100,000 բնակչի հաշվով	ընդամենը, միավոր	0-14 տարեկան 100,000 բնակչի հաշվով		
Վարակային և մակարուծային հիվանդություններ, դրանցից՝	68 922	2 874.1	28 739	5 074.9	97 661	3 294.5
Քուլիդ-19 ²⁶	2 709	113.0	531	93.8	3 240	109.3
Նորագոյացություններ	63 974	2 667.7	1 497	264.3	65 471	2 208.6
Ներգատական (էնդոկրին) համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	166 948	6 961.7	5 945	1 049.8	172 893	5 832.4
Արյան և արյունաստեղծ օրգանների առանձին խանգարումներ՝ արյան իմունային մեխանիզմների ներգրավմամբ	16 780	699.7	8 694	1 535.2	25 474	859.3
Հոգեկան և վարքի խանգարումներ	82 105	3 423.8	3 309	584.3	85 414	2 881.4
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	59 500	2 481.2	8 166	1 442.0	67 666	2 282.7
Աչքի և դրա օժանդակ ապարատի հիվանդություններ	126 026	5 255.3	45 030	7 951.6	171 056	5 770.5
Ականջի և պտկաձև ելունի հիվանդություններ	39 997	1 667.9	19 230	3 395.7	59 227	1 998.0
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	286 255	11 936.9	778	137.4	287 033	9 682.9
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	225 471	9 402.2	145 765	25 739.9	371 236	12 523.4
Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	70 457	2 938.1	17 493	3 089.0	87 950	2 966.9
Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	97 787	4 077.7	6 711	1 185.1	104 498	3 525.2
Հղիության, ծննդաբերությունների և հետ-ծննդյան ժամանակաշրջանի բարդություններ ²⁷	26 096	1 137.4	-	-	26 096	1 137.4
Մաշկային և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	49 263	2 054.3	2 010	3 549.5	69 364	2 339.9
Ոսկրամկանային համակարգի և շարակցա-կան հյուսվածքների հիվանդություններ	60 178	2 509.4	4 656	822.2	64 834	2 187.1
Բնածին շեղումներ (զարգացման արատներ)	2 359	98.4	4 621	816.0	6 980	235.5
Ախտանիշներ, նշաններ և շեղումներ նորմայից	11 507	479.8	4 069	718.5	15 576	525.4
Պերինատալ շրջանում առաջացող առանձին վիճակներ ²⁸	-	-	1 722	304.1	1 722	304.1
Վնասվածքներ և թունավորումներ	37 837	1 577.8	12 540	2 214.4	50 377	1 699.4
Ընդամենը	1,491,462	62,194.4	339,066	59,873.9	1,830,528	61 751.6

Աղբյուրը՝ Արմատատ

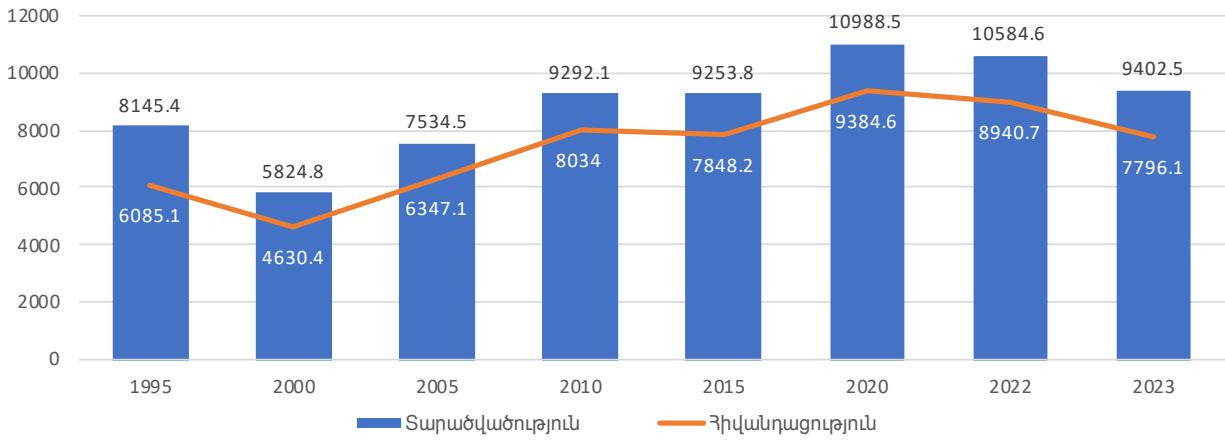
26 Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում գրանցված դեպքեր:

27 100 000 բնակչի հաշվով ցուցանիշը հաշվարկվում է ֆերտիլային տարիքի կանանց հաշվով:

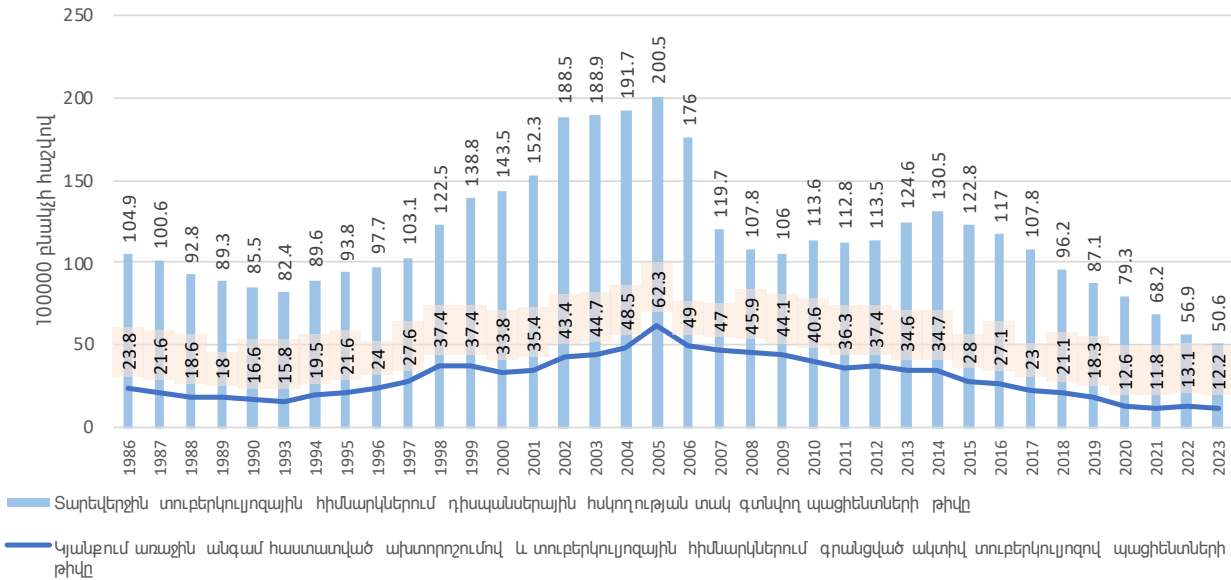
28 100,000 բնակչի հաշվով ցուցանիշը հաշվարկվում է 0-14 տարեկան երեխաների հաշվով:

Ա. 3.2 Երկարատև հիվանդություններ կամ առողջական խնդիրներ ունեցող անձինք

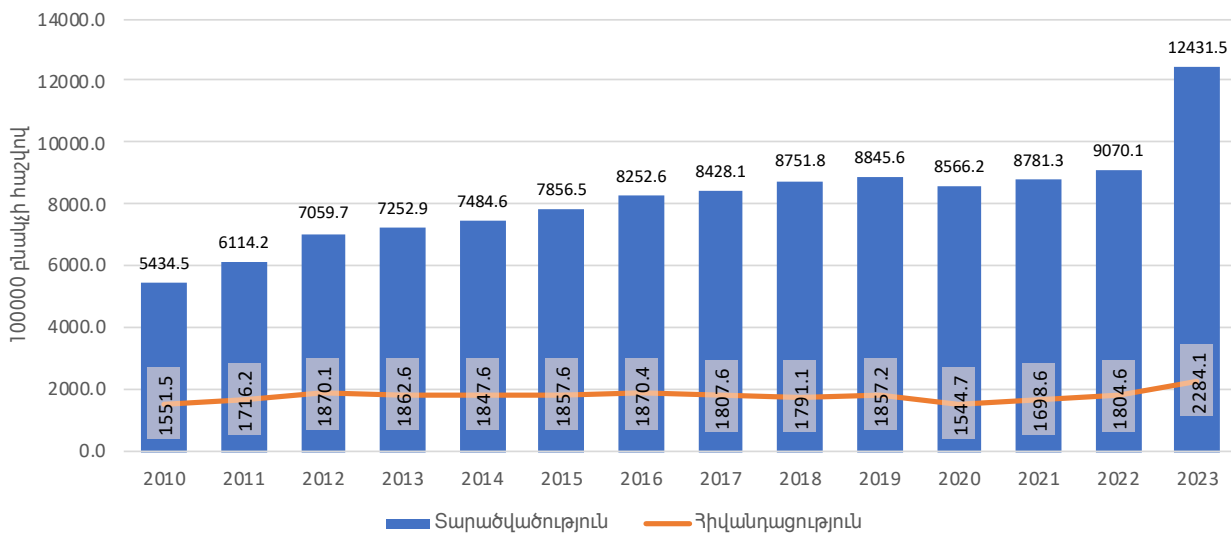
Գծապատկեր 3.1.2 Շնչառական օրգանների հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը, 1995-2023թթ.



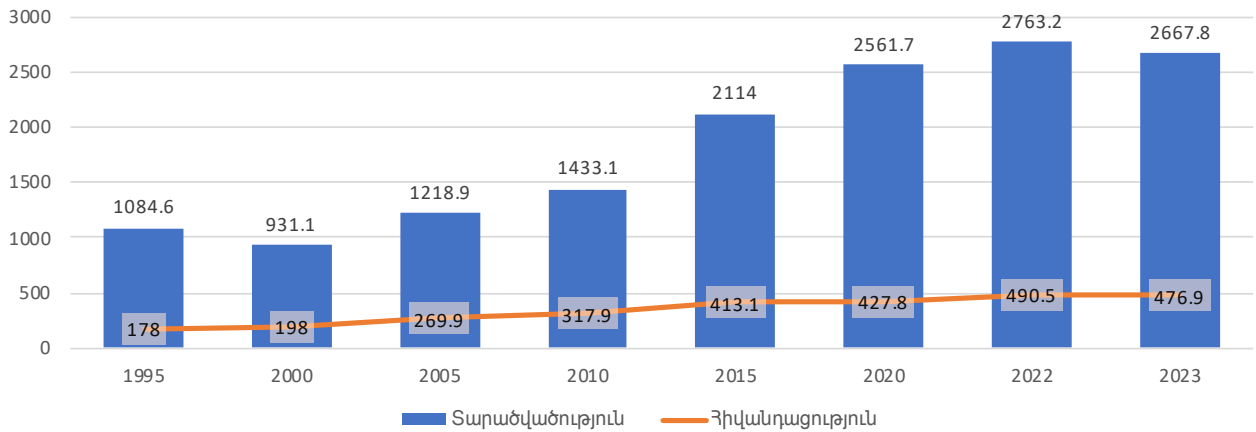
Գծապատկեր 3.1.3 Կյանքում առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով և տուբերկուլյոզային հիմնարկներում գրանցված ակտիվ տուբերկուլյոզով պացիենտների թիվը



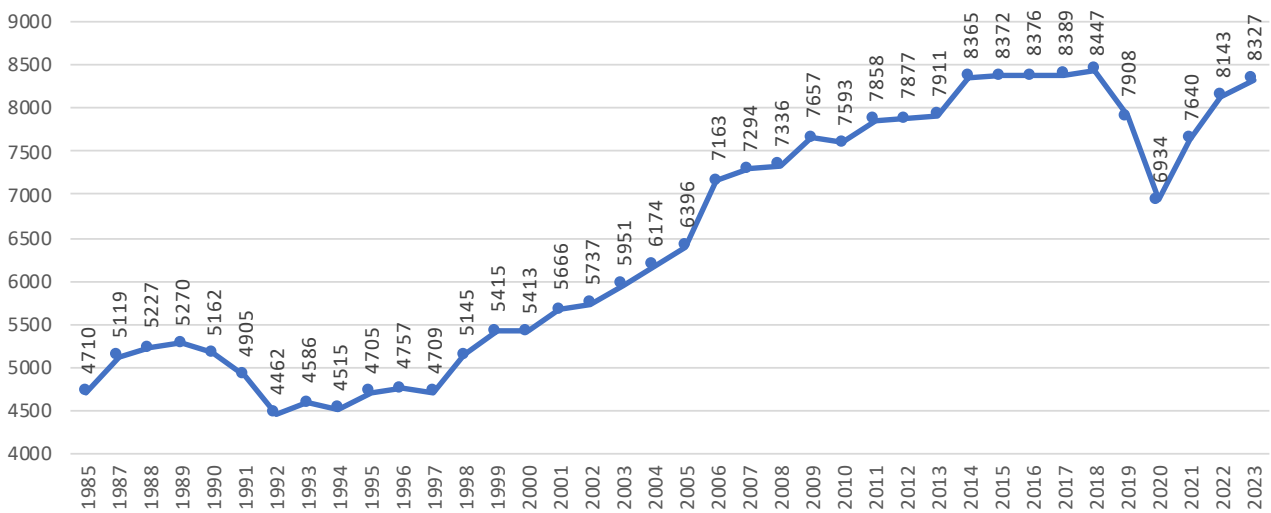
Գծապատկեր 3.1.4 Արյան շրջանառության համակարգերի հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը 2010-2023թթ.



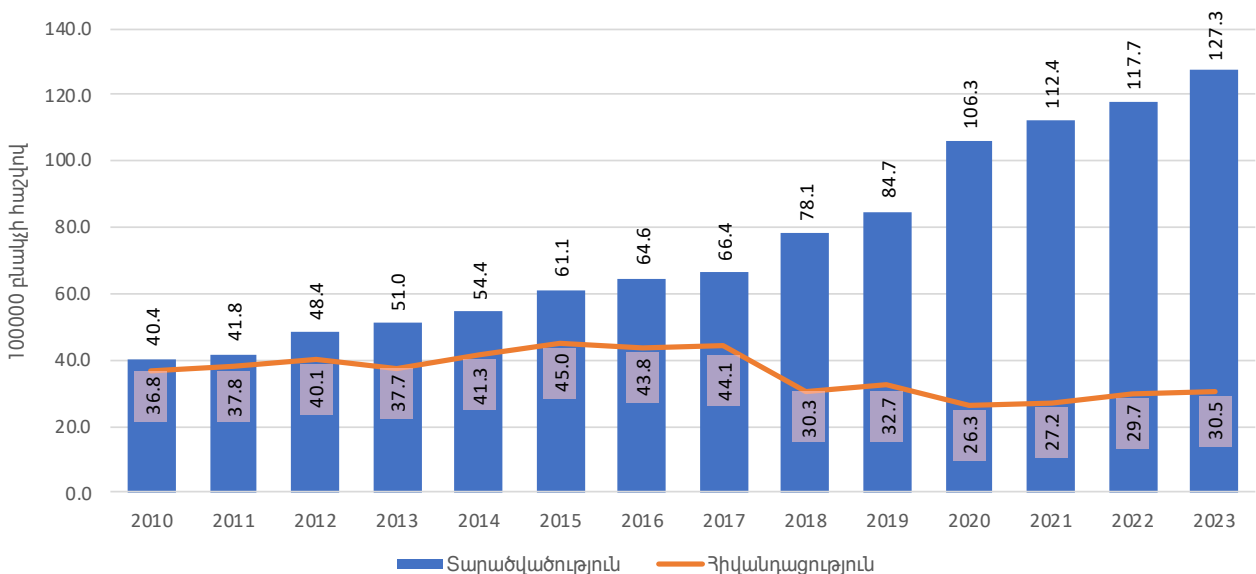
Գծապատկեր 3.1.5 Նորագոյացություններով հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը 1995-2023թթ.



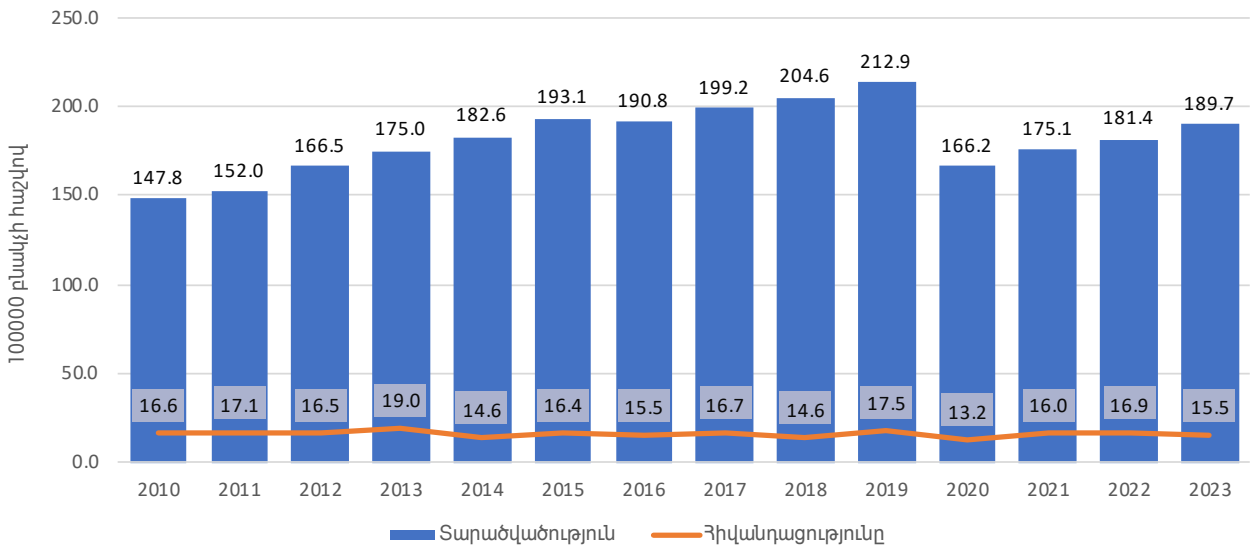
Գծապատկեր 3.1.6 Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդությունների տարածվածությունը, 1985-2023թթ



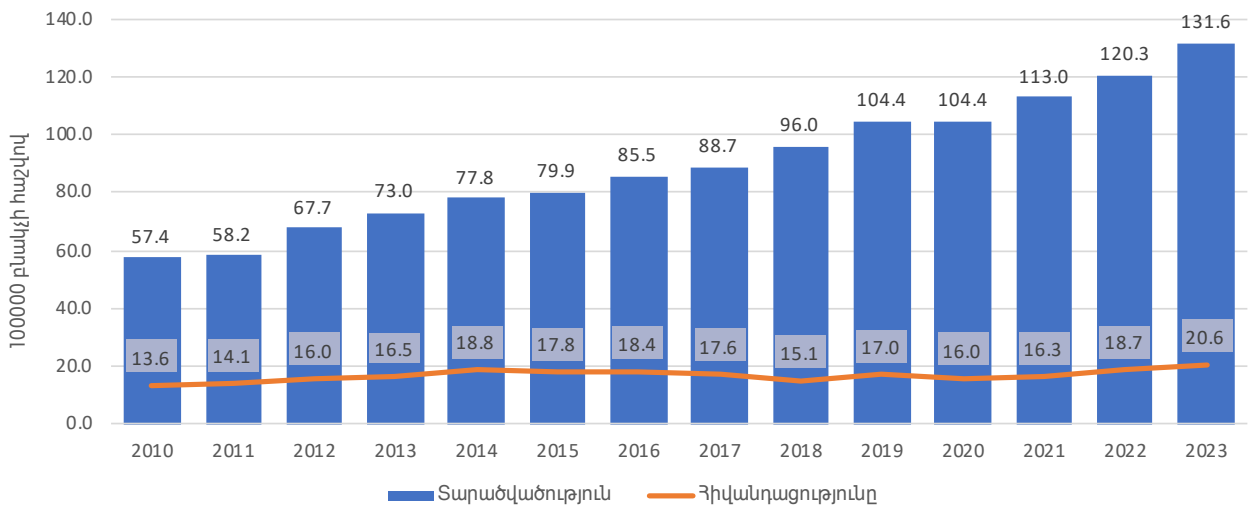
Գծապատկեր 3.1.7 Շնչափողի, բրոնխների, թոքի քաղցկեղ – հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը 2010-2023թթ.



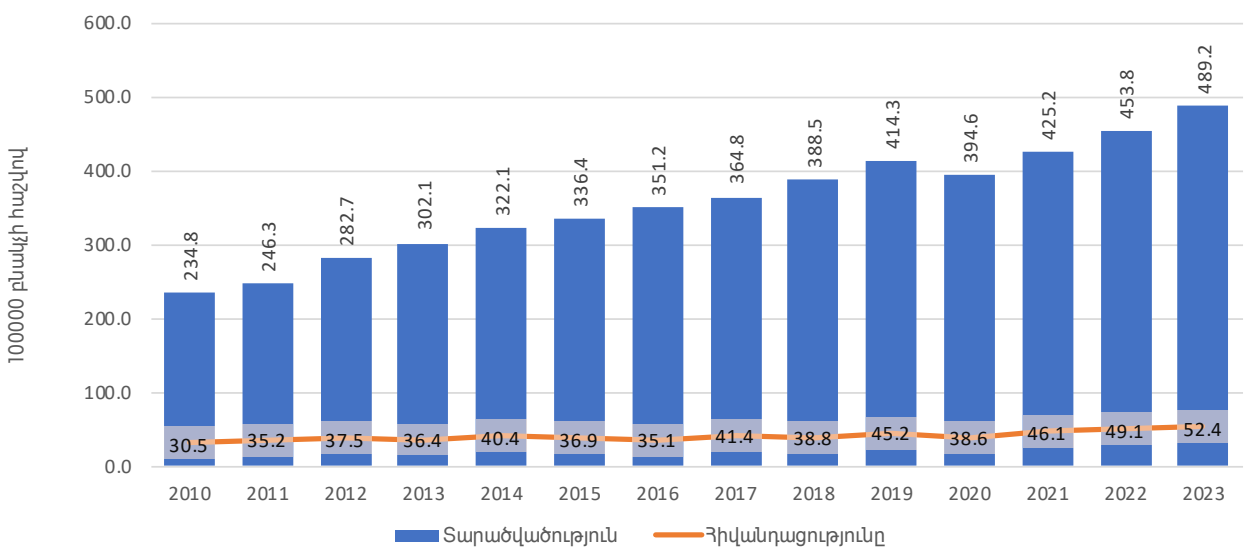
Գծապատկեր 3.1.8 Արգանդի վզիկի քաղցկեղ– հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը 2010-2023թթ.



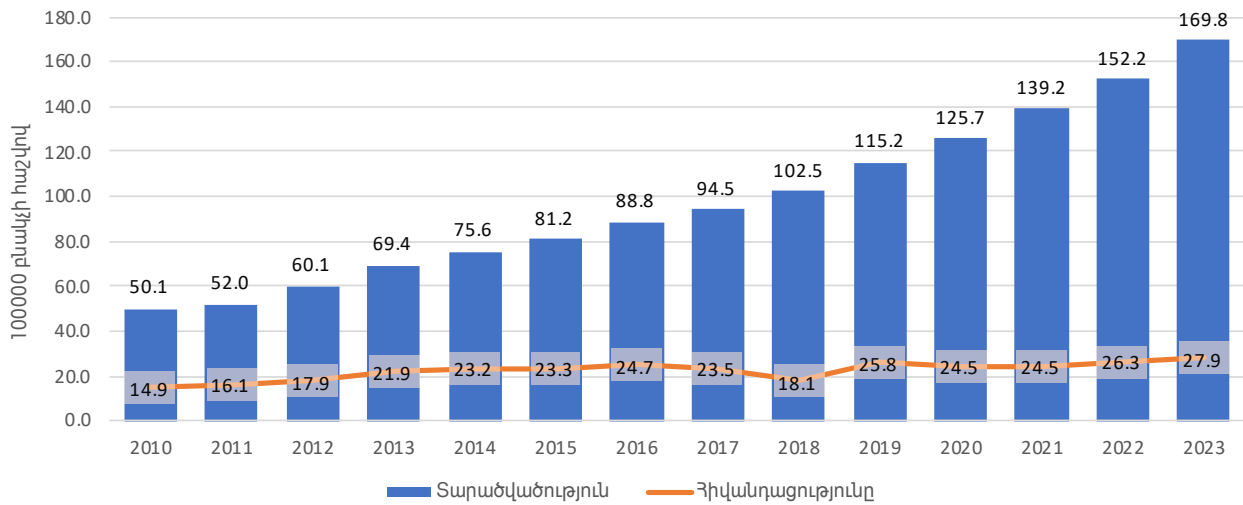
Գծապատկեր 3.1.9 Հաստ աղու քաղցկեղ – հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը 2010-2023թթ.



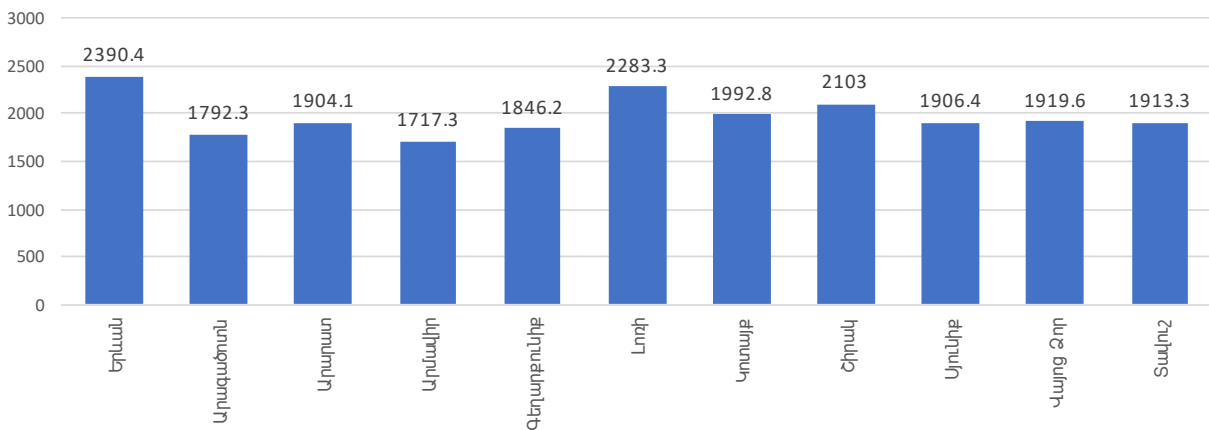
Գծապատկեր 3.1.10 Կրծքագեղձի քաղցկեղ– հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը 2010-2023թթ.



Գծապատկեր 3.1.11 Շականակագեղձի քաղցկեղ– հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը 2010–2023թթ.



Գծապատկեր 3.1.12 Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդությունների տարածվածությունը ըստ ք. Երևանի և ՀՀ մարզերի, 2023թթ.



Ա.3.3 Հաշմանդամությամբ ճշգրտված կյանքի տարիներ (DALYs)

DALY հայեցակարգը

Առողջապահության ոլորտում պետության քաղաքականության գերակայությունները, որոնք ամրագրված են Կառավարության և Առողջապահության նախարարության ռազմավարական փաստաթղթերում, համահունչ են Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի ապահովման ընդհանուր սկզբունքներին և դրույթներին, ՄԱԿ-ի «Օրակարգ-2030» հռչակագրին և Կայուն զարգացման ազգային նպատակներին: Դրանք ուղղված են բնակչության առողջության բարելավմանը, առողջապահական համակարգում անհավասարությունների կրճատմանը և կայուն ու «մարդակենտրոն» առողջապահական համակարգերի ձևավորմանը: Երկրի սոցիալ-տնտեսական

զարգացման կարևորագույն նախապայմանը հանրային առողջությունն է, դրա պահպանումը և ամրապնդումը, հիվանդությունների կանխարգելումը և առողջ ապրելակերպի խթանումը:²⁹ Հայտնի իրողություն է, որ բնակչության առողջությունն ու մահացու հիվանդությունների դեմ արդյունավետ պայքարը երկրի սոցիալ-տնտեսական զարգացման հիմնական գրավականներից է, ինչն էլ հիմնավորում է առողջապահությունում կատարվող ներդրումների անհրաժեշտությունն ու արդյունավետությունը: Այդ իմաստով երկրում բնակչության առողջության և համաճարակաբանական վիճակի, առողջապահության ֆինանսավորման ախտորոշումը ծախսօգուտ (արդյունավետություն) հայեցակարգի ներքո, կարող են նպաստել ծրագրային բյուջետավորման արդյունավետության բարձրացմանը, նպատակային ծրագրերի, ռազմավարություն-

29 «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահական համակարգի հնգամյա (2020–2025 թվականներ) զարգացման ռազմավարություն», Նախագիծ, ՀՀ ԱՆ

ների մշակմանը՝ համապիտանի ֆինանսավորման ծածկույթ ապահովելու նպատակով: Առողջապահության ընդհանուր և հանրային ծախսերի վերլուծությունը հնարավորություն կտա գնահատել ձեռքբերումները, որակյալ բժշկական ծառայությունների մատչելիության, ֆինանսական պաշտպանության ու ֆինանսավորման հավասարության ապահովման մակարդակները, ինչպես նաև համընդհանուր բժշկական ապահովագրության ներդրման հնարավորությունները:

Առ այսօր Հայաստանում առողջության վիճակի և առողջապահության գործառնության գնահատման համար օգտագործվում են այնպիսի ցուցանիշներ, ինչպես բնակչության հիվանդացությունը, մահացությունը, հաշմանդամությունը, առողջապահության ապահովվածությունը ռեսուրսներով և այլն: Այս տվյալների դիտարկումը ստատիկայում և դինամիկայում, ցավոք, հնարավորություն չեն տալիս քանակապես գնահատել (չափել) այն կորուստները, որոնք առաջ են գալիս առողջության վատթարացման, հաշմանդամության և վաղաժամ մահվան պատճառով (առողջ կյանքի տարիների կորուստ), տնտեսական և սոցիալական հետևանքները, ուղղակի և անուղղակի ծախսերը կամ ընդհանրության մեջ՝ հիվանդությունների բեռը:

Առողջության համալիր գնահատման տարածված մեթոդներից է DALY (Disability Adjusted Life Years – Առողջ կյանքի կորսված տարիների թիվ) ինդեքսը, որը մշակվել է Համաշխարհային բանկի կողմից ԱՀԿ-ի հետ համատեղ և առաջին անգամ օգտագործվել է 1993 թվականին հրապարակված «Ներդրումներ առողջության մեջ» զեկույցում:

Համաշխարհային բանկի «Ներդրումներ առողջության մեջ» 1993 թվականին հրապարակված զեկույցում օգտագործվեց DALY ինդեքսը, որպեսզի ծախսեր-արդյունավետություն հայեցակարգի համատեքստում չափեն բնակչության առողջության վիճակը՝ առողջապահությունում իրականացվող միջամտությունների գերակայությունները գնահատելու համար: DALY-ն հիվանդությունների բեռի միակ քանակական ցուցանիշն է, որն արտացոլում է կորսված առողջության ընդհանուր քանակությունը բոլոր դեպքերից, անկախ նրանից դա եղել է վաղաժամ մահվան պատճառով կորսված, թե հաշմանդամությամբ ուղեկցվող կյանքի տարիների քանակություն: Հաշմանդամությունը կարող է լինել, ինչպես ֆիզիկական, այնպես էլ՝ հոգևոր: Ավելին, հաշմանդամությամբ ուղեկց-

վող տարիները կամ հաշմանդամությամբ կյանքի տևողությունը չպետք է ընկալել բառացի, ընդհանրության մեջ այն նշանակում է ոչ լիարժեք առողջությամբ կամ որևէ հիվանդությամբ խաթարված ապրած կյանքի տարիների տևողություն:

Ժամանակի յուրաքանչյուր պահի դրությամբ հաշվարկված DALY ցուցանիշի քանակությունը ցույց է տալիս կորսված առողջության քանակությունը կամ հիվանդությունների բեռը, միաժամանակ այդ ցուցանիշով կարելի է չափել նաև ձեռքբերումները՝ առողջության վերականգնման (լիարժեք առողջ կյանքի տարիներ) և վաղաժամ մահերի կանխարգելման շնորհիվ (ապրած տարիներ) շահած կյանքի տարիների քանակությունը: Դինամիկայում այս ցուցանիշների համադրությունն էլ հնարավորություն է տալիս գնահատել առողջապահության ոլորտում կատարված միջամտությունների արդյունքը հիվանդությունների բեռի փոփոխության և ծախսարդյունավետություն հայեցակարգի ներքո, ինչպես նաև ուղենշել ապագա գերակայությունները:

DALY ինդեքսի հիմնական բաղադրիչները և հաշվարկման մեթոդը

Դեռևս 1996 թվականին հրապարակված աշխատանքային փաստաթղթում³⁰, ներկայացված է DALY ինդեքսի հայեցակարգը և հաշվարկման մեթոդը, որը պարզ ուղեցույց է հիվանդությունների հետևանքով բոլոր հնարավոր սցենարների դեպքում կորսված կյանքի տևողության հաշվարկման համար:

Հիվանդությունների բեռի DALY ինդեքսը ներառում է հինգ հիմնական սոցիալական բաղադրիչ կամ արժեք.

Բնակչության յուրաքանչյուր տարիքային խմբում մահվան պատճառով կորսված տարիների տևողություն, որը հանդիսանում է վաղաժամ մահված պատճառով կորսված կյանքի տարիների ցուցանիշ (կամ միջամտության արդյունքում վաղաժամ մահերի կանխարգելման շնորհիվ շահած կյանքի տարիներ):

Այս չափումը պահանջում է կյանքի պոտենցիալ սահմանների ճշգրտում, ինչը DALY-ի դեպքում օգտագործվում է որպես կորսված կյանքի տարիների քանակություն ստանդարտացված տարիների՝ ծննդից կյանքի սպասվող տևողության, նկատմամբ: Ստանդարտն ընտրվել է այնպես, որպեսզի համապատասխանի աշխարհի ցանկացած մասում կյանքի սպասվող տարիների ամենից բարձր տևողությանը: Որպես ստանդարտ ընդունվել է կանանց կյանքի սպասվող տարիների տևողությունը Ճապոնիայում, որն

30 Nulia Homedes, The Disability-Adjusted Life Year (DALY) Definition, Measurement and Potential Use, Human Capital Development, Working Papers, July 1996

<http://documents.worldbank.org/curated/en/482351468764408897/pdf/multi0page.pdf>

ամենից բարձրն է աշխարհում:

Հաշմանդամության կշռային գործակիցներ, որոնք կիրառվում են տարբեր հիվանդությունների հետևանքով առողջությանը հասցված վնասի աստիճանը գնահատելու, ինչպես նաև հաշմանդամությամբ ուղեկցվող կյանքի տևողությունը վաղաժամ մահվան պատճառով կորսված կյանքի տարիների տևողության հետ համեմատելու համար: Առողջության որոշակի վիճակի հետ կապված մարդու օրգանիզմի լիարժեք գործառնության աստիճանը չափվում է հաշմանդամության դասակարգմանը համապատասխանող վեց դասերով, որոնք գտնվում են 0-ից (լիարժեք առողջ վիճակ) մինչև 1 (մահ) միջակայքում: Միջազգային փորձագիտական խմբի կողմից բոլոր հիվանդությունների համար սահմանվել են հաշմանդամության կշռային գործակիցներ, որոնք երաշխավորվում են կիրառության համար ազգային և միջազգային մակարդակում DALY ինդեքսի հաշվարկման ժամանակ:

Կշռային գործակիցներ, որոնք ցույց են տալիս տարբեր տարիքային խմբերում առողջ կյանքի հարաբերական կարևորությունը: Այս կշռային գործակիցները օգտագործվում են Համաշխարհային բանկի զեկույցում և, ըստ տարիքային խմբերի՝ աճում են ծննդյան պահից մինչև 25 տարեկան հասակը, որից հետո աստիճանաբար նվազում են: Ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության երաշխավորության, տարիքի կշռային գործակիցը հաշվարկվում է հետևյալ բանաձևով.

Տարիքի կշռային գործակից = $Cxe^{-\beta x}$, որտեղ
 C – հաստատուն՝ 0.16243
 β – հաստատուն՝ 0.04
 e – հաստատուն՝ 2.71
 x – տարիք

Ժամանակային նախընտրելիություն, որի ներքո դիտարկվում է հետևյալը՝ այն ինչ մենք առողջության մեջ շահում ենք ներկայում համեմատելի է այն արժեքի հետ, որը ձեռք է բերվելու ապագայում:

Համապատասխանաբար, DALY քանակությունը, որը կորսվել է x տարիքում հաշմանդամության (հիվանդության) պատճառով, հաշվարկվում է հետևյալ բանաձևով.

$$DALY(x) = (D)(Cx^{\beta x})(e^{-r(x-a)})$$

Եթե հաշմանդամություն ունեցող անձը ապրել է մինչև կյանքի սպասվող առավելագույն տարիքը, ապա պետք է ավելացնել DALY-ի ընդհանուր քանակությունը կորսված հաշմանդամության վրա հասնելու պահից (a) մինչև մահվան

տարիքը ($a+L$): Այս դեպքում օգտագործվում է հետևյալ բանաձևը.

$$DALY = \left[\frac{(D)(Ce^{-\beta a})}{(\beta + r)^2} \right] [e^{-(\beta+r)L} (1 + (\beta + r)(L + a)) - (1 + (r + \beta)(a))]$$

Կամ

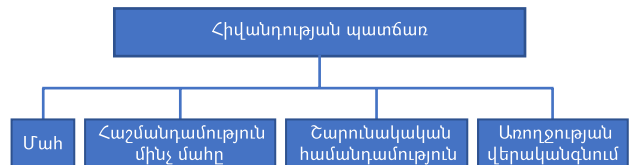
$$DALY = \left[\frac{(D)(0.16243)(2.71^{-(0.04)(a)})}{(0.04 + 0.03)^2} \right] [2.71^{-(0.04+0.03)(L)} (1 + (0.04 + 0.03)(L + a)) - (1 + (0.03 + 0.04)(a))]$$

L – տարիների թիվը, որը մարդուն մնացել է ապրելու մինչև (a) տարիքը

D – հաշմանդամության կշռային գործակից, որը գտնվում է 0-ից (լիարժեք առողջ) 1 (մահ) միջակայքում

DALY ինդեքսի հաշվարկման շրջանակի սխեմատիկ պատկերը ներկայացնում է առողջության հետ կապված որևէ խնդրից առաջացող հետևյալ չորս հիմնական հնարավոր արդյունքները.

Գծապատկեր 3.1.13 DALY ինդեքսի հաշվարկման շրջանակի սխեմատիկ պատկեր

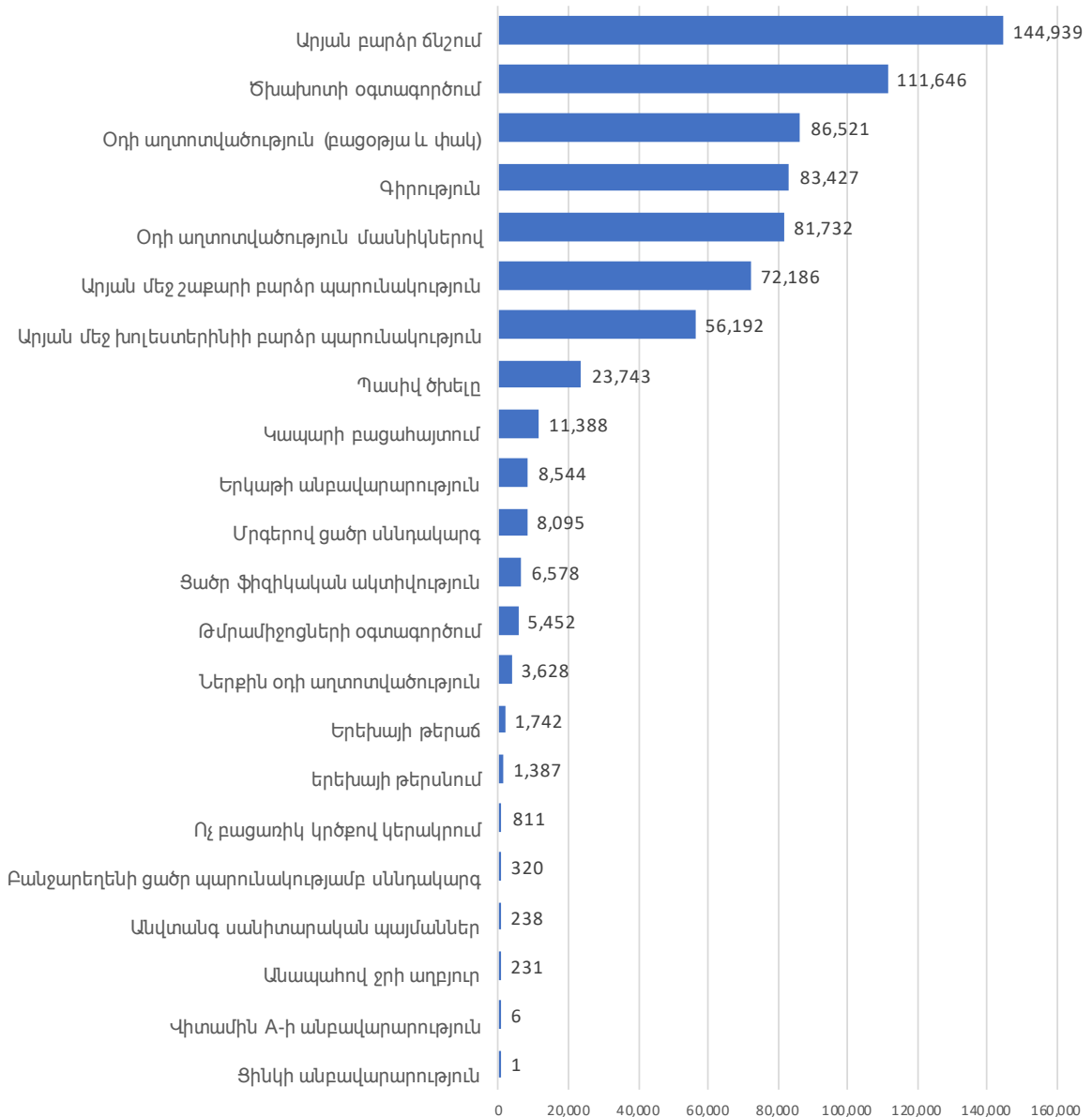


Քանի որ այս չորս սցենարներն էլ պրակտիկայում առկա են, ապա, մեթոդաբանության համաձայն, DALY քանակությունը հաշվարկվում է դրանցից յուրաքանչյուրի համար՝ հաշվի առնելով կոնկրետ վիճակի ժամանակի հորիզոնը, այնուհետ գումարման եղանակով ստացվում է տվյալ հիվանդության բեռի պատճառով կորսված կյանքի տարիների կամ DALY ընդհանուր քանակությունը:

Հիվանդությունների բեռի գնահատման համար անհրաժեշտ տվյալներ

- **Մահացության դեպքերի քանակը՝ ըստ սեռի և տարիքի:** Այս տվյալները անհրաժեշտ են վաղաժամ մահվան պատճառով կորսված կյանքի տարիների թիվը հաշվարկելու համար: **Հայաստանում մահվան դեպքերի մասին տեղեկությունները** ստացվում են քաղաքացիական կացության մահվան վերաբերյալ ակտերի գրառումների հիման վրա, որոնք տրամադրվում են ՀՀ արդարադատության նախարարության քաղաքացիական կացության ակտերի գրանցման (ՔԿԱԳ) գործակալության տարածքային բաժիններից:

Գծապատկեր 3.1.14 Ռիսկի գործոններից հիվանդությունների բեռը հաշվարկված որպես Հաշմանդամությամբ ճշգրտված կյանքի տարիներ (DALYs), 2021



■ **Մահվան պատճառների մասին տեղեկատվության աղբյուր** է հանդիսանում մահվան մասին կազմված մահվան բժշկական վկայագրերում մահացության պատճառների վերաբերյալ բժշկի կատարած գրանցումը: Հիշատակված փաստաթղթերը՝ մահվան վերաբերյալ ակտի հետ միասին, վիճակագրական մշակման համար տրամադրվում են վիճակագրական մարմիններին: Մինչև 2003 թվականը մահվան ակտերի մշակումն ըստ մահվան պատճառների իրականացվել է Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից ընդունված Հիվանդությունների միջազգային դասակարգչի՝ 9-րդ վերանայման, իսկ 2004 թվականից՝ 10-րդ վերանայման համաձայն: Դրանով պայմանավորված, հիվանդությունների որոշ խմբերի

համար ցուցանիշների համադրելիությունը երկարատև ժամանակահատվածի համար հնարավոր չէ պահպանել:³¹ Մահացության վերաբերյալ տեղեկատվությունն առավել ամբողջական է դառնում է բժշկական վկայականների և հերձման հիման վրա գրանցված մահվան դեպքերի վերաբերյալ տվյալների օգնությամբ: Ըստ այդմ, ի տարբերություն միջազգային պրատիկայի, Հայաստանում ըստ պատճառների, սեռի և տարիքի մահացության վերաբերյալ վիճակագրությունը հնարավորինս լիարժեք ու ներկայացուցչական է անհրաժեշտ հաշվարկներ կատարելու համար, թեև սահմանափակ է ըստ բոլոր տարիքային խմբերի և սեռի այդ տվյալների հասանելիությունը:

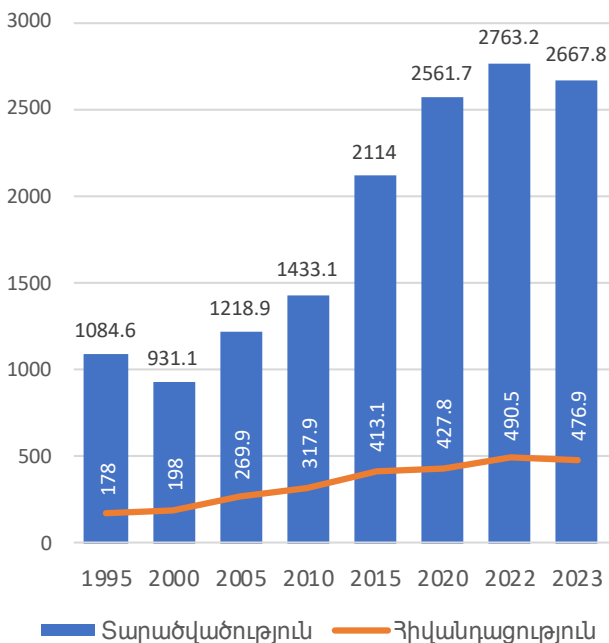
31 Հայաստանի Ժողովրդագրական ժողովածու, 2019, ՀՀ ՎԿ, Ե. 2019, էջ 82:

- **Հաշմանդամությամբ կամ ոչ լիարժեք առողջությամբ ուղեկցվող կյանքի տևողության** հաշվարկման և վերջինս վաղաժամ մահվան պատճառով կորսված կյանքի տարիների տևողության հետ համեմատելու համար, անհրաժեշտ են հետևյալ տվյալները.
 - Հիվանդացությունն առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով ըստ հիվանդությունների խմբերի, հիվանդների սեռի և տարիքի,
 - Ընդհանուր հիվանդացությունն ըստ հիվանդությունների խմբերի, հիվանդների սեռի և տարիքի,
 - Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց տեսակարար կշիռը ըստ հիվանդությունների խմբերի (պատճառների), բնակչության սեռի և տարիքի,
 - Հաշմանդամության վրա հասնելու միջին տարիքը ըստ հիվանդությունների խմբերի և հաշմանդամություն ունեցող անձանց սեռի և տարիքի,
 - Հաշմանդամության բաշխումն ըստ հաշմանդամության ծանրության 6 կատեգորիաների:

Որպես կանոն, այս տվյալները անհասանելի են և հիվանդությունների բեռի հաշվարկման ժամանակ հարկ է լինում օգտագործել համապատասխան գործակիցներ, որոնք առանձնանում են անորոշության բարձր աստիճանով:

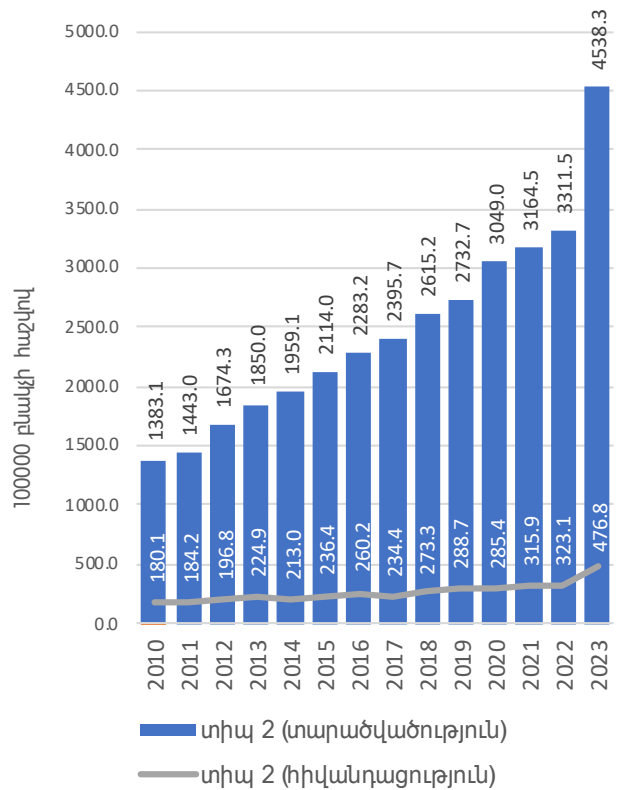
Ա.3.7 Հոգեկան հիվանդության տարածվածությունը

Գծապատկեր 3.15 Հոգեկան հիվանդության տարածվածությունը և հիվանդացությունը 1995-2023թթ.



Ա.3.8 Շաքարախտի տարածվածությունը

Գծապատկեր 3.16 Շաքարային դիաբետով հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը, տիպ 2, 2010-2023թթ.



3.1.1.4 Ա.4 Մահացություն

ԱՀԳԳ հայեցակարգով մահացության վերաբերյալ տվյալների ստանդարտ ձևաչափը նախատեսում է հետևյալ տաս ցուցանիշները:

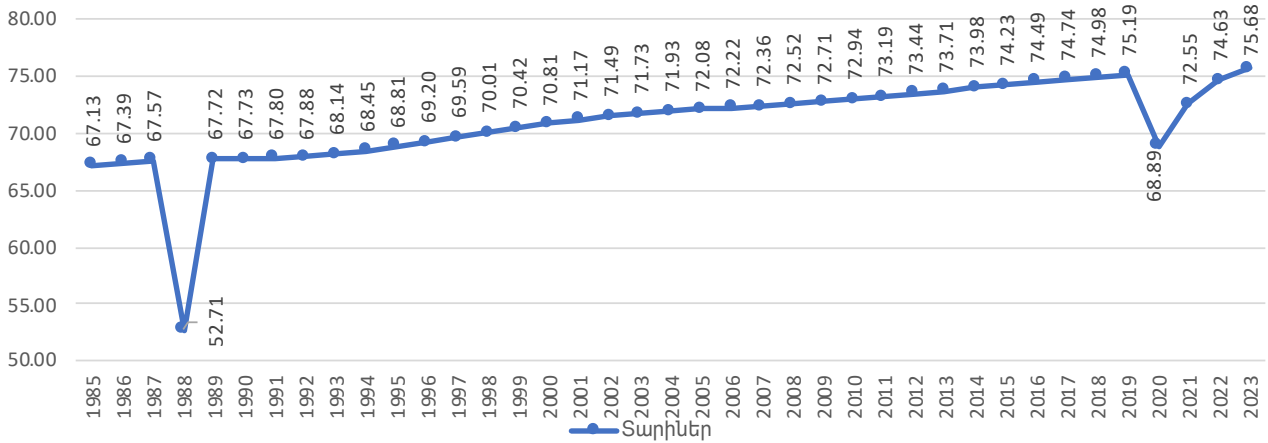
Աղյուսակ 3.19 Մահացության վերաբերյալ ստանդարտացված ցուցանիշներ

Ա.4	Մահացություն
Ա.4.1	Կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից
Ա.4.2	Կյանքի սպասվող տևողությունը 65 տարեկանում
Ա.4.3	Առողջ կյանքի տարիներ ծննդյան ժամանակ
Ա.4.4	Մահացության մակարդակի խուսափելի (այսինքն՝ կանխարգելիչ և բուժելի) պատճառները
Ա.4.5	Մահացության հիմնական պատճառները (մահվան բոլոր պատճառները)
Ա.4.6	Արյան շրջանառության հիվանդություններից մահացության մակարդակը
Ա.4.7	Մահացության մակարդակը քաղցկեղից (բոլոր տեսակի)
Ա.4.8	Մահացության մակարդակը շնչառական հիվանդություններից
Ա.4.9	Մահացությունը շաքարային դիաբետից

Ա.4.1 Կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից

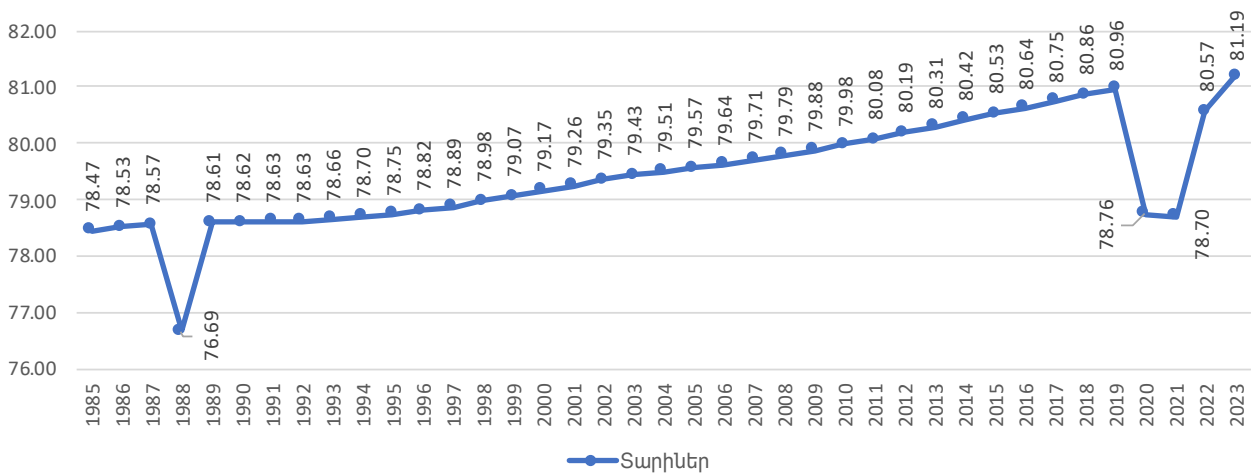
Կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից - տարիների այն թիվն է, որ ծնվող սերունդը, միջին հաշվով, կապրի, պայմանով, որ այդ սերնդի ողջ կյանքի ընթացքում մի տարիքից հաջորդին անցնելիս մահացությունը յուրաքանչյուր տարիքում հավասար կլինի բնակչության մահացության տվյալ ժամանակահատվածի մակարդակին:

Գծապատկեր 3.1.17 Կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից



Ա.4.2 Կյանքի սպասվող տևողությունը 65 տարեկանում

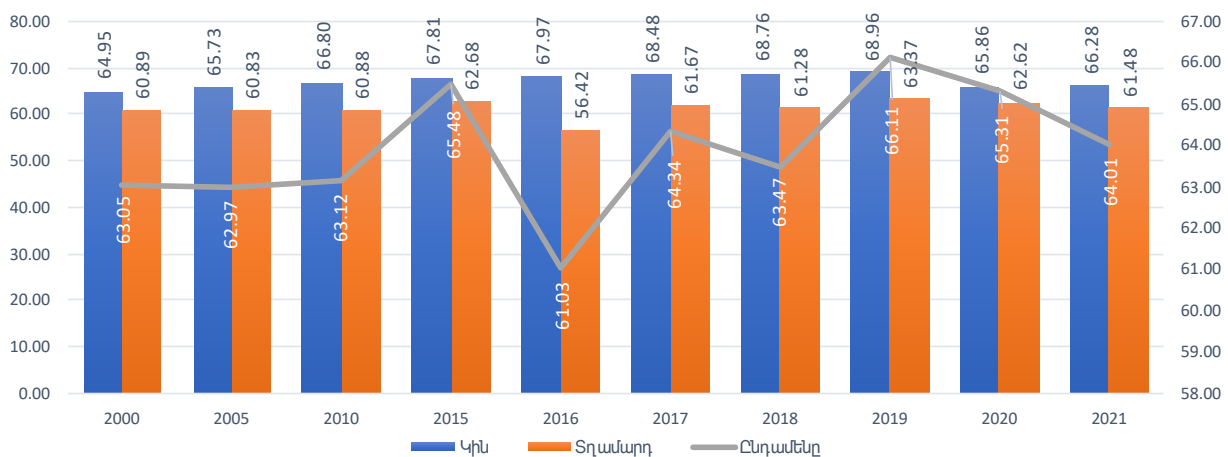
Գծապատկեր 3.1.18 Կյանքի սպասվող տևողությունը 65 տարեկանում



Data source: UN WPP (2024); HMD (2024); Zijdeman et al. (2015); Riley (2005) – Learn more about this data OurWorldinData.org/life-expectancy | CC BY

Ա.4.3 Առողջ կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից

Գծապատկեր 3.1.19 Առողջ կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից ըստ սեռի



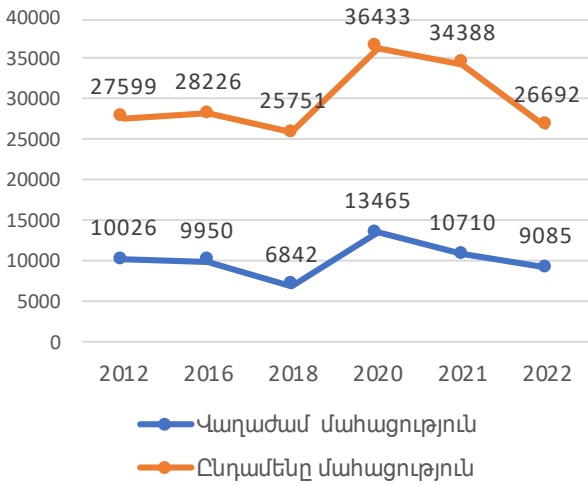
Data source: UN WPP (2024); HMD (2024); Zijdeman et al. (2015); Riley (2005) – Learn more about this data OurWorldinData.org/life-expectancy | CC BY

Ա.4.4 Մահացության մակարդակի խուսափելի (այսինքն՝ կանխարգելիչ և բուժելի) պատճառները

Կանխարգելիչ մահացությունը վերաբերում է մահերին, որոնցից կարելի էր խուսափել հանրային առողջության միջամտությունների և այլ ավելի լայն որոշիչ գործոնների միջոցով, ինչպիսիք են. վարքագծի գործոններ, ապրելակերպի գործոններ, սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակ և շրջակա միջավայրի գործոններ:

Բուժելի մահացությունը վերաբերում է մահերին, որոնք հնարավոր էր խուսափել ժամանակին բուժման և օպտիմալ որակի առողջապահական խնամքի միջոցով:

Գծապատկեր 3.1.20 Վաղաժամ մահացությունը 2012-2022թթ.



Աղբյուրը՝ Արմատատ

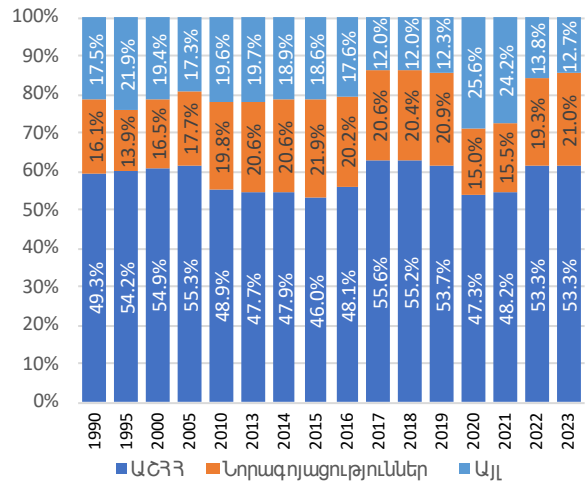
Ա.4.5 Մահացության հիմնական պատճառները (մահվան բոլոր պատճառները)

Աղյուսակ 3.1.10 Մահվան դեպքերի բաշխումն ըստ մահացության հիմնական պատճառների և սեռի, 2023թ.

Մահացության պատճառները	Բացարձակ թվաքանակ, մարդ		Ցուցանիշը, 100 000 բնակչի հաշվով	
	Տղամարդիկ	Կանայք	Տղամարդիկ	Կանայք
Մահացածներ, ընդամենը	12 572	11 741	897.7	750.8
այդ թվում՝ ըստ մահվան հիմնական պատճառների.				
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից	6 372	6 591	455.0	421.5
Չարորակ նորագոյացություններից	2 762	2 292	197.2	146.6
Շաքարային դիաբետից	140	261	10.0	16.7
Մահացություն արտաքին պատճառներից (դժբախտ պատահարներ, թունավորումներ, վնասվածքներ և այլն)	846	232	60.4	14.8
Շնչառական օրգանների հիվանդություններից	1 040	1 043	74.3	66.7
Մարսողական օրգանների հիվանդություններից	596	589	42.6	37.7
Միզանեռական օրգանների հիվանդություններից	107	112	7.6	7.2
Վարակիչ և մակարուծային հիվանդություններից	87	59	6.2	3.8
Այլ հիվանդություններից	622	562	44.4	35.8

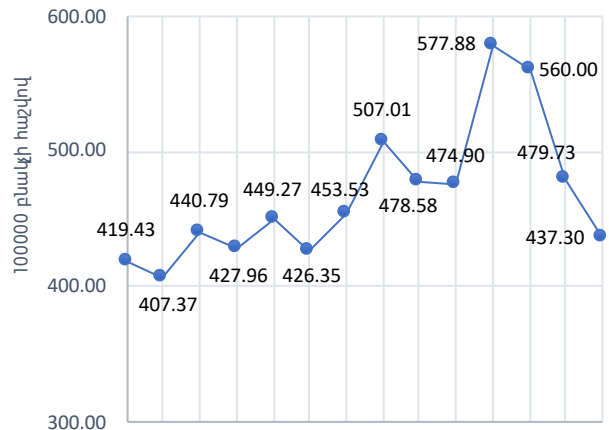
Աղբյուրը՝ Արմատատ

Գծապատկեր 3.1.21 Մահացության հիմնական պատճառները 1990-2023թթ., տոկոս

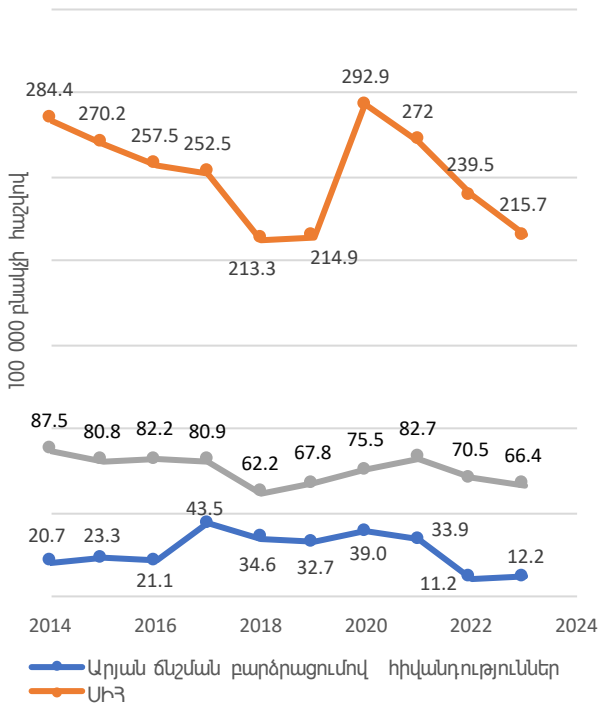


Ա.4.6 Արյան շրջանառության հիվանդություններից մահացության մակարդակը

Գծապատկեր 3.1.22 Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից մահացությունը, 2010-2023

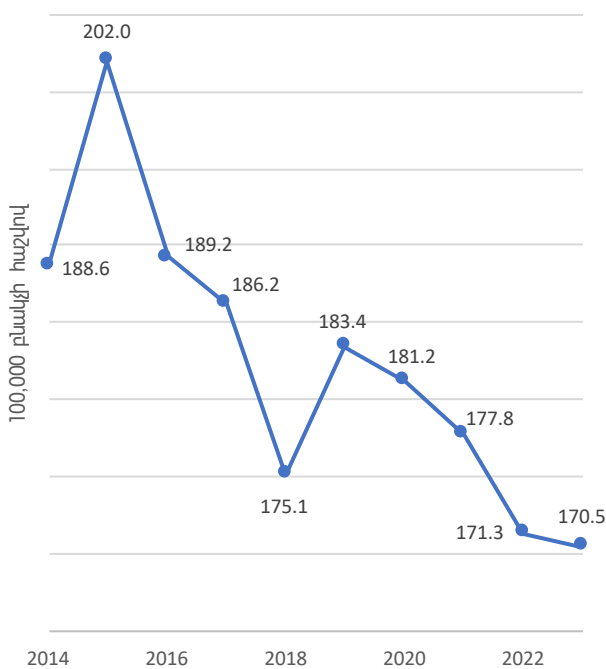


Գծապատկեր 3.1.23 Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից առավել տարածված տեսակներից մահացությունը, 2014-2023



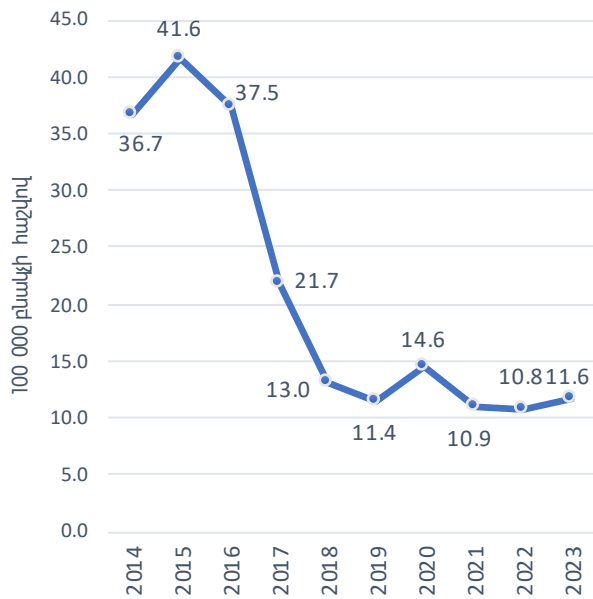
Ա.4.7 Մահացության մակարդակը քաղցկեղից (բոլոր տեսակի)

Գծապատկեր 3.1.24 Քաղցկեղի առավել տարածված տեսակներից մահացությունը, 2014-2023թթ.



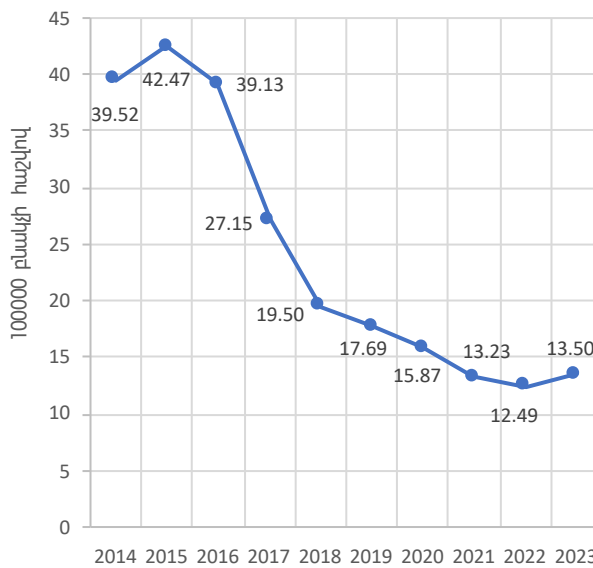
Ա.4.8 Մահացության մակարդակը շնչառական հիվանդություններից

Գծապատկեր 3.1.25 Մահացությունը թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություններից, 2014-2023թթ.



Ա.4.9 Մահացությունը շաքարային դիաբետից

Գծապատկեր 3.1.26 Մահացությունը շաքարային դիաբետից 2014-2023թթ.



3.1.1.5 Ա.5 Ռիսկի գործոններ

Ռիսկի գործոնների վերաբերյալ վերջին ստացվել են Համահայաստանյան գանգվածային հետազոտության միջոցով: Հետազոտության ընտրանքը՝ պատահական, բազմաստիճան ստրատիֆիկացված կլաստերային: Ընտրանքը ներկայացուցչական է ըստ Հայաստանի բնակչության սեռի, տարիքի, մարզերի և բնակավայրի տիպի: Ընտրանքի ծավալը՝ 2502 անձ:³²

32 Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան 2022 / Դ. Անդրեասյան, Ա. Բազարյան, Ս. Մանուկյան.- Եր.: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022.- 243 էջ:

Զարկերակային ճնշում

2012 – 2022 թվականների ընթացքում Հայաստանում զարկերակային բարձր ճնշում ունեցող բնակչության քանակը մոնոտոն նվազել է 2012 թվականին՝ 33.8%-ից մինչև 22.7%՝ 2022 թվականին: Զարկերակային բարձր ճնշման տարածվածության վրա ամենաուժեղ ազդող գործոնը տարիքն է: Եթե 15- տարիքային խմբում զարկերակային բարձր ճնշում ունեցողները կազմում են 3.5%, ապա 65-ից բարձր տարիքային խմբում այն կազմում է 52.9%:

2022 թվականին աճել է այն անձանց թիվը, ում զարկերակային բարձր ճնշումը հայտնաբերել է բուժաշխատողը՝ 62.3%- 75.3%: Աճել է վերջին 12 ամիսների ընթացքում զարկերակային բարձր ճնշման հայտնաբերման համար բուժաշխատողների կողմից կանխարգելիչ ստուգումների մակարդակը: Աճել է զարկերակային բարձր ճնշման վերահսկման նպատակով բժշկի տված խորհուրդների կատարումը բնակչության կողմից:

Հարցվածների 10.3%-ն ուներ թաքնված զարկերակային բարձր ճնշում՝ նրանք համարում էին, որ չունեն զարկերակային բարձր ճնշում, սակայն չափումները ցույց տվեցին հակառակը:

Արյան մեջ քոլեստերինի մակարդակը

2022 թվականին՝ 2016 թվականի համեմատ աճել է 35 և բարձր տարիքի անձանց քանակը՝ 8.5%-ից մինչև 11.6%, որոնց արյան մեջ քոլեստերինի մակարդակը 6.2 մմոլ-ից բարձ է: Ցուցանիշը հարաբերականորեն ավելի բարձր է ցածր բարեկեցության խմբերում, կանանց և 50-64 տարիքային խմբի շրջանում:

2022 թվականին՝ 2016 թվականի համեմատ աճել է վերջին մեկ տարվա ընթացքում բժշկի կողմից կատարված քոլեստերինի մակարդակի չափումների մակարդակը՝ 18.1%-ից մինչև 20.0%: Աճել է քոլեստերինի մակարդակի կարգավորման նպատակով բժիշկի կողմից տրված խորհրդատվության մակարդակը և նվազել է դեղորայքի նշանակման մակարդակը:

Արյան մեջ գլուկոզի մակարդակը 2022 թվականին՝ 2016 թվականի համեմատ աճել է 35 և բարձր տարիքի անձանց քանակը՝ 17.5%-ից մինչև 24.9%, որոնց արյան մեջ գլուկոզի պարունակությունը 6.1 մմոլ-ից բարձր է:

Գլուկոզի բարձր մակարդակը հարաբերականորեն ավելի տարածված է միջնակարգից ցածր կրթությամբ անձանց շրջանում՝ 40.7% և Երևանում՝ 29,8%: Այդ մակարդակը նշանակալիորեն աճում է տարիքի աճին զուգահեռ: Եթե 35-49 տարիքային խմբի շրջանում այն կազմում է 16.6%, ապա 50-64 տարիքային խմբի շրջանում՝ 27.9%, իսկ 65 և բարձր տարիքային խմբի շրջա-

նում՝ 36.7%:

2022 թվականին՝ 2016 թվականի համեմատ աճել է վերջին մեկ տարվա ընթացքում բժշկի կողմից կատարված գլուկոզի մակարդակի չափումների մակարդակը՝ 20.0%-ից մինչև 24.0%: Աճել է գլուկոզի մակարդակի կարգավորման նպատակով բժիշկի կողմից տրված խորհրդատվության մակարդակը, դեղորայքային բուժման նշանակման մակարդակը, դեղորայքի արդյունավետությունը գլուկոզի մակարդակի կարգավորման հարցում:

Ավելցուկային քաշ

2022 թվականին 2016 թվականի համեմատ Հայաստանում աճել է ավելցուկային քաշ (մարմնի զանգվածի ինդեքսը՝ 25.0 – 30.0 միջակայքում) կամ ճարպակալում (մարմնի զանգվածի ինդեքսը՝ 30-ից բարձր) ունեցող անձանց քանակը՝ 51.2%-ից մինչև 55.1%: Այդ աճը տեղի է ունեցել ճարպակալում ունեցող անձանց քանակի աճի հետևանքով՝ 22.3%-ից մինչև 27.7%:

Ավելցուկային քաշի տարածվածությունն արագորեն աճում է տարիքային աճին զուգահեռ: Եթե 15-19 տարիքային խմբի շրջանում այն կազմում է 12.8%, ապա 65 -ից բարձր տարիքի անձանց շրջանում՝ 37.8% է:

Ճարպակալումը հարաբերականորեն ավելի տարածված է կանանց շրջանում՝ 33.8% և 50-64 տարիքային խմբի շրջանում՝ 41.6%:

Ծխախոտի օգտագործում

Քանի որ ծխողների բացարձակ գերակշիռ մասը տղամարդիկ են, այդ պատճառով ծխախոտի օգտագործման հիմնական ցուցանիշը ամեն օր ծխող տղամարդկանց քանակն է: Այդ ցուցանիշը 2022 թվականին կազմել է 53.2%, որը 2016-ի համեմատ չի փոխվել՝ 53.4%: Նույնը վերաբերվում է նաև կանանց՝ 2022 և 2016 թվականներին ամեն օր ծխող կանանց քանակը կազմել է համապատասխանաբար՝ 2.0% և 2.3%:

Ծխող տղամարդկանց քանակը թռիչքաձև աճում է 15-19 տարիքային խմբից 20-34 տարիքային խմբին անցումով՝ 14.7%-ից մինչև 60.6%: Կանանց շրջանում հարաբերականորեն ավելի շատ են ամեն օր ծխողները՝ 50-64 տարիքային խմբում՝ 3.1% և հատկապես ամուսնալուծված կանանց շրջանում՝ 15.2%:

Ամեն օր ծխողների 96.5%-ն օգտագործում է ֆիլտրով սիգարետներ: Նրանք օրական միջին հշվով ծխում են 24.6 սիգարետ: Էլեկտրոնային ծխախոտ օգտագործում է ամեն օր ծխողների 3.3%-ը՝ օրական ծխելով միջին հաշվով 9.7 սիգարետ, իսկ տաքացվող ծխախոտ օգտագործում է ամեն օր ծխողների 3.0%-ը՝ օրական օգտագործելով 12.7 սիգարետ:

Ֆիլտրով սիգարետներ առաջին անգամ ծխել սկսելու միջին տարիքը 18.3 տարեկանն է, նկատենք, որ դա բանակային ծառայությունը սկսելու սկիզբն է: Էլեկտրոնային ծխախոտ առաջին անգամ ծխելու միջին տարիքը 26.5 տարեկանն է, իսկ տաքացվող ծխախոտի դեպքում՝ 29.8 տարեկանը:

Ծխախոտ գնելու համար միջին հաշվով ամեն օր ծխողը ծախսում է 612.8 դրամ: Ծխողների 96.8%-ը ծխախոտ գնում են խանութից կամ սուպերմարկետից: Վերջին 12 ամիսների ընթացքում ամեն օր ծխողների 33.3% փորձել է ծխելը թողնել, որը 2016 թվականի համեմատ՝ 46.2%-ով նվազել է:

Ծխախոտի երկրորդային ծխի ազդեցության տակ ամեն օր գտնվում է հարցվածների 47.0%-ը, իսկ հանրային բաց տարածքում ծխողների նկատել են հարցվածների 49.9%-ը, հանրային փակ տարածքներում՝ 7.8%-ը: Վերջին 30 օրվա ընթացքում իրենց աշխատավայրի փակ տարածքում ծխող անձանց է նկատել աշխատողների 19.4%-ը: Աշխատավայրերի 24.2%-ում ծխելու վերաբերյալ որևէ կանոնակարգ չի գործում:

Ծխախոտային գովազդի տարածվածությունը շատ ցածր է: Վերջին 30 օրվա ընթացքում հարցվածների 3.0% տեսել է հեռուստատեսային գովազդ, 3.0%-ը՝ գովազդ խանութի ներսում, 2.4%-ը՝ սոցիալական մեդիա կայքերում:

Հակածխախոտային գովազդ տեսել են հեռուստատեսությամբ հարցվածների 49.9%-ը, խանութի ներսում՝ 23.1%-ը, սոցիալական մեդիա կայքերում՝ 19.4%-ը, պաստառների և գովազդային վահանակների վրա՝ 13.5%-ը:

Ալկոհոլի օգտագործում

Հարցվածների 85%-ը երբևէ օգտագործել է ալկոհոլ, 67.7%-ը՝ օգտագործել է վերջին 12 ամիսների ընթացքում, 37.9%-ը՝ վերջին 30 օրերի ընթացքում:

Ալկոհոլի օգտագործման հիմնական ցուցանիշը - օրական 20 գրամ սպիրտին համարժեք ալկոհոլ օգտագործողների քանակը 2022 թվականին կազմել է 2.8%, որը նշանակալիորեն ավելի ցածր է, քան 2016 թվականին (7.9%): Այդ ցուցանիշը տղամարդկանց շրջանում կազմում է 6.2%, իսկ կանանց շրջանում չի հայտնաբերվել (2016 թվականին այն կազմել էր 0,7%):

Մյուս կողմից, ալկոհոլի օգտագործումը կանանց շրջանում սկսել է «երիտասարդանալ»: Դրա մասին է վկայում այն, որ երբևէ ալկոհոլ օգտագործած կանանց և տղամարդկանց հարաբերությունը տարիքի նվազմանը զուգահեռ աճում է՝ 15-19 տարիքային խմբի աղջիկների և 20-34 տարիքային խմբի կանանց մոտ, այն հավասար է 82%-ի, իսկ ավելի բարձր տարիքային խմբերում

նվազում է՝ հաջորդաբար ընդունելով 78%, 72%, 68% արժեքները: Նույն միտումն առկա է նաև վերջին 12 ամիսների և վերջին 30 օրերի ընթացքում ալկոհոլ օգտագործած անձանց շրջանում:

Ալկոհոլ չարաշահող՝ միանգամից 6 և ավելի չափաբաժին (60 գրամ մաքուր սպիրտին համարժեք) ալկոհոլի օգտագործումը, տղամարդկանց շրջանում հետևյալն է՝ նրանց 62.5%-ը վերջին 30 օրվա ընթացքում ոչ մի անգամ չի օգտագործել 6 և ավելի չափաբաժին սպիրտին համարժեք ալկոհոլային խմիչք, այդ քանակով մեկ անգամ ալկոհոլ օգտագործել է տղամարդկանց 19.3%-ը, 2 անգամ՝ 6.6%-ը, 3 անգամ՝ 3.3%-ը, 4 անգամ՝ 2.8%-ը, 5 անգամ՝ 1.8%-ը, 6 և ավելի անգամ՝ 3.6%-ը:

Կանանց շրջանում այդ ցուցանիշները հետևյալն են՝ նրանց 92.9%-ը վերջին 30 օրվա ընթացքում ոչ մի անգամ չի օգտագործել 6 և ավելի չափաբաժին սպիրտին համարժեք ալկոհոլային խմիչք, մեկ անգամ՝ 4.8%-ը, երկու անգամ՝ 1.4%-ը, 6 և ավելի անգամ՝ 0.4%-ը:

Ըստ ալկոհոլի տեսակների վերահաշվարկված մաքուր սպիրտի համարժեքով սպառումը կազմել է՝ խանութից գնված ալկոհոլը 64.9%, տնական օղին՝ 26.2%, տնական գինին՝ 2.8%, տնական գարեջուրը՝ 0.6%, խմելու համար չնախատեսված ալկոհոլը՝ 0.1%, ակցիզային հարկումից ազատված ալկոհոլ՝ 5.4%:

Խանութից գնված ալկոհոլի 84.8%-ն օգտագործել են տղամարդիկ, իսկ կանայք՝ 15.2%-ը, տնական քաշած օղու 96.1%-ն օգտագործել են տղամարդիկ, կանայք՝ 3.9%-ը, տնական գինու 66.3%-ն օգտագործել են տղամարդիկ, իսկ կանայք՝ 34.8%-ը:

Կովիդ-19-ի կանխարգելման նպատակով ալկոհոլ է օգտագործել բնակչության 11.0%-ը: Այդ անձանց քանակը հարաբերականորեն ավելի մեծ էր գյուղերում (14.0%), տղամարդկանց շրջանում (12.2%), 50-64 տարիքային խմբի շրջանում (17.5%), միջնակարգից ցածր կրթամակարդակով անձանց շրջանում (17.3%):

Ֆիզիկական ակտիվություն

Ֆիզիկական ակտիվությունը ԱՀԳԳ 2022 հետազոտությունում գնահատվել է STEPS հետազոտության մեթոդաբանությամբ և համադրելի չէ նախորդ հետազոտությունների հետ:

2022 թվականին ֆիզիկապես թերակտիվ բնակչությունը Հայաստանում հաշվարկված STEPS մեթոդաբանությամբ 18-64 տարիքային խմբում կազմել է 17.3%: 2016 թվականին Հայաստանում կատարված STEPS հետազոտության այդ ցուցանիշը կազմել է 21.3%:

Ֆիզիկական թերակտիվությունը սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերում ուներ հետևյալ

պատկերը՝ ֆիզիկական թերակտիվությունը հարաբերականորեն ավելի բարձր է Երևանում՝ 20.4%, կանանց շրջանում՝ 18.0%, միջնակարգից ցածր կրթամակարդակով անձանց շրջանում՝ 20.7%: Ֆիզիկական թերակտիվությունը նվազում է կրթամակարդակի աճին զուգահեռ, սակայն բարձրագույն և ավելի կրթությամբ անձանց շրջանում կտրուկ աճում է մինչև 21.0%: Ֆիզիկական թերակտիվությունը հարաբերականորեն ավելի բարձր է բարեկեցության I կվինտիլում՝ 19.0%, հարաբերականորեն ավելի ցածր է II, III և IV կվինտիլներում և նորից աճում է բարեկեցության V կվինտիլում:

Մանդակարգ. մրգերի և բանջարեղենի օգտագործում

Ըստ ԱՀԿ-ի՝ չափահաս մարդու համար անհրաժեշտ է օրական 5 կամ ավելի չափաբաժին մրգերի և/կամ բանջարեղենի օգտագործումը: Այն գնահատվում է վերջին շաբաթվա ընթացքում մրգերի և բանջարեղենի օգտագործման հաշվառմամբ: Հետևաբար այն ունի սեզոնի նկատմամբ բարձր զգայնություն: ԱՀԳԳ 2022 Հետազոտությունը կատարվել է հունիս – օգոստոս ամիսներին:

Հայաստանում օրական մինչև 5 չափաբաժին օգտագործող մարդկանց քանակը 2022 թվականի հունիս – օգոստոս ամիսներին կազմել է 52.6%:

Երևանում այդպիսի անձանց քանակը (59.0%) ավելի մեծ է, քան այլ քաղաքներում (50.5%) և գյուղերում (48.6%), Օրական 5 և ավելի չափաբաժին միրգ կամ բանջարեղեն օգտագործող տղամարդկանց և կանանց քանակը հավասար է (52.6%): Միջինից ցածր կրթամակարդակով անձանց շրջանում այդ ցուցանիշը նշանակալիորեն ավելի ցածր է (35.8%): Միջնակարգ, միջին մասնագիտական և թերի բարձրագույն կրթությամբ անձանց շրջանում ցուցանիշը գտնվում է 51-53% միջակայքում, իսկ բարձրագույն կրթությամբ անձանց շրջանում ամենաբարձրն է (56.4%): Բարեկեցության խմբերում ցուցանիշը ամենացածրն է II կվինտիլում (44.8%), իսկ ամենաբարձրն է՝ III (57.6%) և V (57.4%) կվինտիլներում:

Տարիքի աճին զուգահեռ արական 5 և ավելի չափաբաժին օգտագործող մարդկանց քանակը նվազում է: 18-29 տարիքային խմբում նրանք կազմում են 54.9%, իսկ 60+ տարիքային խմբում՝ 48.2%:

Մանդակարգ. աղի օգտագործում

Կերակրի աղի օգտագործման սովորություններն ուսումնասիրվել են մի քանի տեսակետներից: Արդեն պատրաստի ճաշին՝ առանց համտեսելու «միշտ» աղ է ավելացնում բնակչության

14.5%-ը, հաճախ՝ 12.4%-ը, երկուսը միասին՝ 37.5%: Վերջին ցուցանիշը 2016 թվականին կազմել էր 39.0%:

Կերակուր պատրաստելիս «միշտ» աղ, աղային համեմունքներ կամ սոուսներ (թանձրուկներ) են ավելացնում տանը ճաշը պատրաստողների 37.8%-ը, «հաճախ»՝ 13.7%-ը:

Աղի մեծ պարունակություն ունեցող վերամշակված մթերքներ՝ ապխտած մսամթերք կամ ձկնատեսակներ, ճարպ, մարինացված վարունգ, աղի չիպսեր կամ ընդեղեն, «միշտ» օգտագործում է բնակչության 4.8%-ը, «հաճախ»՝ 18.9%-ը:

Բնակչության ինքնազնահատմամբ «չափից շատ» աղ կամ աղ պարունակող սոուսներ է օգտագործում բնակչության 3.5%-ը, «շատ է» օգտագործում՝ 11.6%-ը, երկուսը միասին՝ 15.1%-ը:

Բնակչության 98.9%-ն օգտագործում է յոդացված աղ, ծովային աղ օգտագործում է 3.8%-ը, առանց յոդի աղ 0.4%-ը, այլ տիպի աղ՝ 0.3%-ը (հարցվողներին թույլատրվել է նշել մի քանի պատասխան):

Բնակչության 82.2%-ը տեղեկացված է, որ աղի չարաշահումը վնասակար է առողջության համար, իսկ 27.8%-ը կարևոր է համարում իրենց սննդակարգում աղի օգտագործման նվազեցումը:

Աղի օգտագործման նվազեցումը «շատ կարևոր» կամ «կարևոր» համարող անձանց 19.6%-ը աղի օգտագործումը նվազեցնելու նպատակով խուսափում է «դրսում» պատրաստված կերակուրներից, 12.5%-ը՝ սահմանափակում է վերամշակված մսնդի օգտագործումը իսկ 10,2% կերակուր պատրաստելիս օգտագործում է աղ չպարունակող համեմունքներ:

Մանդակարգ. ճարպերի օգտագործում

2022 թվականին 2016 թվականի համեմատ Հայաստանում աճել է բոլոր տեսակի ճարպերի օգտագործումը:

Հայաստանի բնակչության շրջանում առավել տարածված է բուսական յուղի օգտագործումը: 2022 թվականին բուսական յուղ օգտագործում էր բնակչության 93.2%-ը: 2016 թվականի համեմատ ցուցանիշն աճել է 6.2%-ով: Տարածվածությամբ երկրորդն է կարագի օգտագործումը՝ 59.9%, երրորդը՝ հալած յուղի օգտագործումն է՝ 43.4%: Բնակչության 9.8%-ը օգտագործում է խոզի յուղ կամ ճարպ, մարգարին օգտագործում է 7.9%-ը:

Շրջակա միջավայրի (կենցաղային) դիսկի գործոններ

2022 թվականին Հայաստանում առավել տարածված կենցաղային դիսկի գործոններն էին՝ օդի աղտոտվածությունը փոշու պատճառով

45.6%, օդի աղտոտվածությունը ավտոմոբիլային ծխով 28.8%, տրանսպորտային աղմուկը 20.0%, խմելու ջրի աղտոտվածությունը 18.4%:

2022 թվականին 2016 թվականի համեմատ աճել են հետևյալ ռիսկի գործոնների տարածվածությունները՝ օդի աղտոտվածությունը փոշու պատճառով, տրանսպորտային աղմուկը, կենցաղային աղմուկը:

2022 թվականին 2016 թվականի համեմատ նվազել են հետևյալ ռիսկի գործոնների տարածվածությունները՝ խմելու ջրի աղտոտվածությունը, կենցաղային աղբի կուտակումները, ոռոգման ջրի աղտոտվածությունը, օդի աղտոտվածությունը արտադրական արտանետումներով, արտադրական թունավոր թափոնների կուտակումները, ծառահատումները, ճառագայթման ընկալումը, արտադրական աղմուկը:

Սանիտարահիգիենիկ պայմաններ

Սանհանգույցի (զուգարան) տեղադրությունը. 2022 թվականին՝ 2016 թվականի համեմատ գյուղական բնակավայրերում նշանակալիորեն ավելացել է բնակարանի ներսում սանհանգույց ունեցող անձանց քանակը՝ 48.8%-ից մինչև 64.6%: Քաղաքներում նույնպես ավելացել է տան ներսում սանհանգույց ունեցող անձանց քանակը՝ 90.6%-ից մինչև 92.6%: Գյուղերում նշանակա-

լի նվազել է բակում սանհանգույց ունեցողների քանակը՝ 51.1%-ից մինչև 34.8%:

Կոյուղու առկայությունը. 2022 թվականին Երևանի բնակիչների 96.0%-ը բնակվում էր կոյուղի ունեցող բնակարաններում: Քաղաքներում այդ թիվը կազմում էր 89.7%, իսկ գյուղերում՝ 34.6%: Գյուղերում այդ ցուցանիշը 2016 թվականի համեմատ (43.0%) նվազել է: Չի բացառվում, որ դա պայմանավորված է գյուղական բնակավայրերում նոր կառուցվող տների առանձնահատկություններով, որոնց մեծ մասը չի միացվում միասնական ջրահեռացման կոյուղուն:

Բնակարանների ջեռուցումը.

2022 թվականին 2016 թվականի համեմատ Հայաստանում աճել է տանը անհատական ջեռուցման համակարգ ունեցողների քանակը՝ 23.1%-ից մինչև 35.7%, աճել է տունը գոմաղբով տաքացնող տ/տ քանակը՝ 3.0%-ից մինչև 5.4%: Նվազել է բնակարանը փայտով կամ քարածխով տաքացնող տ/տ քանակը՝ 37.7%-ից մինչև 23.9%, նվազել է տունը գազօջախով տաքացնող տնային տնտեսությունների քանակը՝ 2.9%-ից մինչև 1.8%: Կենտրոնական ջեռուցմամբ տաքացվող բնակարանների քանակը նվազել է 0.9%-ից մինչև 0.2%: 2022 թվականին, ինչպես նաև 2016 թվականին բնակարանը չեն տաքացնում հարցվածների 0.4%-ը:

3.2 Բաժին Բ Ներդրումներ/ միջամտություններ

Ներդրումների տիրույթը ներառում է ցուցանիշներ, որոնք բնութագրում են բնակչության մատուցվող բժշկական օգնության ծառայությունների և խնամքի ֆիզիկական հասանելիությունը, ֆինանսական մատչելիությունը, բժշկական օգնության մարդակենտրոնությունը, բժշկական ծառայությունների որակը և առողջապահական համակարգում կատարված ծախսերը: Այս տիրույթը բաղկացած է հետևյալ բաժիններից՝

- Բ. Մուտք (Access),
- Գ. Արժեք
- Դ. Մարդակենտրոն
- Ե. Որակ:

3.2.1. Հասանելիություն

Բնակչության և յուրաքանչյուր անհատի համար բժշկական օգնության ծառայությունների և խնամքի առկայությունը գնահատվում է բժշկական ծառայությունների ֆիզիկական հասանելիությամբ և ֆինանսական մատչելիությամբ: Երկու ենթաբաժինների ստանդարտ ձևաչափը նախատեսում է հետևյալ ցուցանիշները՝

Բ.1. Ֆինանսական մատչելիություն

Ցուցանիշները բնութագրում են երկրում բժշկական օգնության և խնամքի ծառայությունների ֆինանսական մատչելիությունը, բնակչության չբավարարված առողջապահական կարիքները, տնային տնտեսությունների բյուջեներում առողջապահական ծախսերի բեռն ու առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման կառուցվածքում տնային տնտեսությունների ծախսերի մասնաբաժինը:

Բժշկական ծառայությունների ֆինանսական մատչելիությունը Առողջապահության համապարփակ ֆինանսավորման հայեցակարգի կարևորագույն բաղադրիչն է, քանզի բնութագրում է նաև բնակչության ֆինանսական պաշտպանվածությունը:

Բ.1.1 Ֆինանսական, աշխարհագրական կամ սպասման ժամանակի պատճառով բժշկական ծառայությունների չբավարարված կարիք

Առողջապահության չբավարարված կարիքներ.

Վերը նշված ցուցանիշը Առողջապահության չբավարարված կարիքների մասին բնակչության

Աղյուսակ 3.2.1 Առողջապահական համակարգում ծառայությունների հասանելիության ստանդարտացված ցուցանիշներ

Ենթաբաժին	Ցուցանիշ
Բ.1 Ֆինանսական մատչելիություն	Բ.1.1 Ֆինանսական, աշխարհագրական կամ սպասման ժամանակի պատճառով բժշկական ծառայությունների չբավարարված կարիք
	Բ.1.2 Առողջության վրա գրգռանքից կատարվող ծախսերը՝ որպես տնային տնտեսությունների վերջնական սպառման ծախսերի մասնաբաժին
	Բ.1.3 Առողջության վրա տնային տնտեսությունների գրգռանքից կատարվող ծախսերի մասնաբաժինը առողջապահական ընթացիկ ծախսերի նկատմամբ
	Բ.1.4 Աղետալի առողջապահական ծախսեր ունեցող տնային տնտեսությունների մասնաբաժինը ըստ սպառման քվինտիլի
	Բ.1.5 Աղքատացնող առողջապահական ծախսեր ունեցող տնային տնտեսությունների մասնաբաժինը ըստ սպառման քվինտիլի
	Բ.1.6 Կամավոր մասնավոր առողջության ապահովագրություն և պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնության ծառայություններ
Բ.2 Ֆիզիկական հասանելիություն	Բ.2.1.1 Գործող բժիշկներ 1000 բնակչի հաշվով
	Բ.2.2 Բժիշկների մասնաբաժինը ըստ պրակտիկայի բնագավառի
	Բ.2.3 Պրոֆեսիոնալ ակտիվ բուժքույրեր 1000 բնակչի հաշվով
	Բ.2.4 Գործող բուժքույրերի և գործող բժիշկների հարաբերակցությունը
	Բ.2.5 Գործող թերապևտներ (օրինակ՝ ֆիզիոթերապևտներ, դիետոլոգներ և այլն) 1000 բնակչի հաշվով
	Բ.2.6 Գործող թերապևտների տարբեր կատեգորիաներ
	Առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետներ 1000 բնակչի հաշվով
	Բ.2.7 Առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետներ՝ 65 և ավելի տարեկան 1000 բնակչի հաշվով
Բ.2.8 Տարեց մարդկանց տնային պայմաններում մատուցվող ծառայությունների մասնաբաժինը ըստ տեսակի	

սուբյեկտիվ ինքնագնահատականն է, որի վերաբերյալ տվյալները, որպես կանոն, հավաքագրվում են ԱՀԳԳ-ի համատեքստում իրականացվող հատուկ ընտրանքային հետազոտությունների միջոցով:

Ցուցանիշը ներկայացնում է Առողջապահական խնամքի կարիք ունեցող մարդկանց մասնաբաժինը, որոնք նախորդ 12 ամիսների ընթացքում բուժօգնություն չեն ստացել կամ ստանալը հետաձգվել է ֆինանսական խոչընդոտների, երկար սպասման ցուցակների, հեռավորության կամ տրանսպորտի և այլ խնդիրների պատճառով:

Հայաստանում բնակչության բժշկական օգնության և խնամքի ծառայությունների չբավարարված կարիքների կամ առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններին չդիմելու հիմնական պատճառների վերաբերյալ տեղեկատվություն հավաքագրվում է ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի կողմից յուրաքանչյուր տարի իրականացվող տնային տնտեսությունների կենսապայմանների ամբողջացված հետազոտության (SSԿԱՀ) միջոցով:

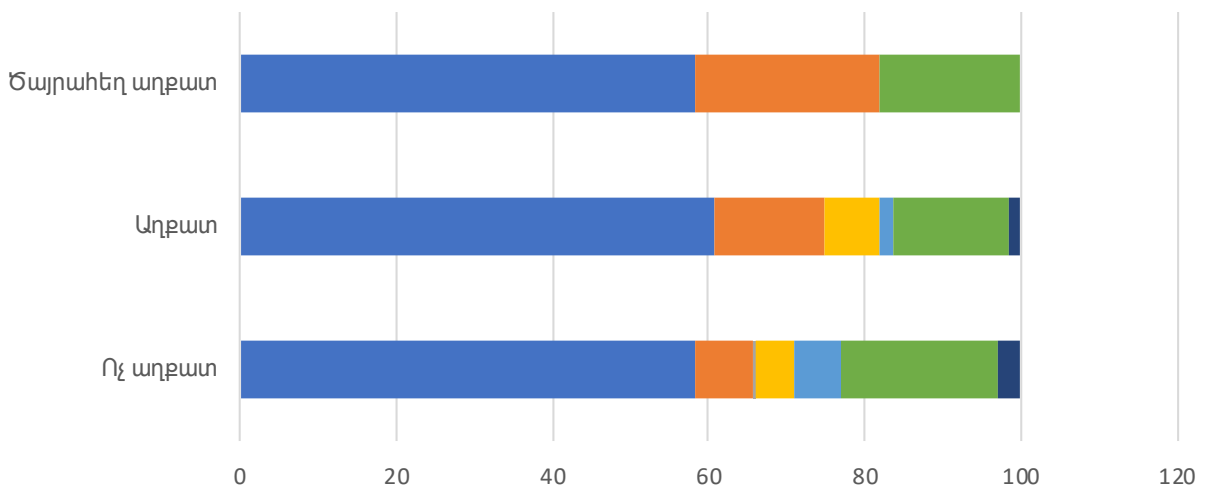
Առողջապահության հետ կապված հատուկ ծառայությունների համար չբավարարված կարիքների ինքնագնահատական.

Առողջապահության կարիք ունեցող մարդկանց մասնաբաժինը, որոնք հայտնում են, որ նախորդ 12 ամիսների ընթացքում չեն կարողացել օգտվել կոնկրետ տեսակի բժշկական ծառայություններից ֆինանսների պատճառով:

Համապարփակ Առողջապահական Ծածկույթով երաշխավորվող առողջապահական ծառայություններն են՝ բժշկական օգնությունը, ատամնաբուժությունը, դեղատոմսով բաղ թողնվող դեղերը և հոգեկան առողջության խնամքը:

Բժշկական և ատամնաբուժական հետազոտությունների չբավարարված կարիքների վերաբերյալ տվյալներ հավաքագրվում են նաև տնային տնտեսությունների Եկամուտների և կենսապայմանների եվրոպական հետազոտությունից (EU-SILC): Երկու հետազոտությունների ցուցանիշների միջև եղած տարբերություններն այն են, որ (ա) EHIS հարցումը ներառում է առանձին հարցեր, որոնք համապատասխանում են առողջապահական ոլորտում չբավարարված կարիքներ:

Գծապատկեր 3.2.1 Հետազոտվող ամսվա վերջին այցի ժամանակ առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններին չդիմելու հիմնական պատճառներն ըստ աղքատության մակարդակի, 2023թ.



	Ոչ աղքատ	Աղքատ	Ծայրահեղ աղքատ
■ ինքնաբուժում	58.1	60.8	58.3
■ անվճարումակություն	7.6	14	23.7
■ շատ հեռու է	0.2	0	0
■ խնդիրը լուրջ չէր	5	7.1	0
■ կարիք չի եղել	5.9	1.8	0
■ բժիշկը բարեկամ/ընկեր է	20.2	14.9	18
■ այլ	3.0	1.4	0

- ինքնաբուժում
- անվճարումակություն
- շատ հեռու է
- խնդիրը լուրջ չէր
- կարիք չի եղել
- բժիշկը բարեկամ/ընկեր է
- այլ

Աղբյուրը՝ SSԿԱՀ 2023թ.

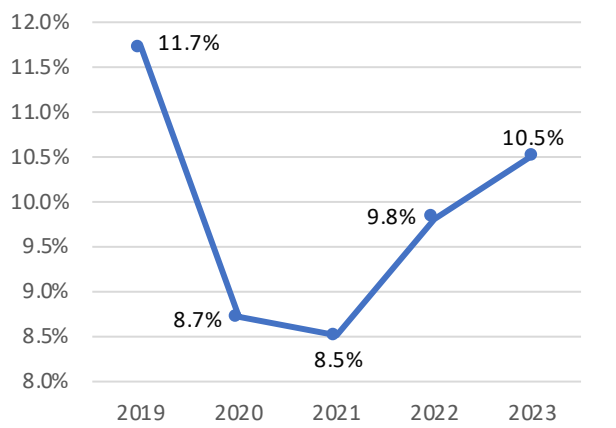
րի պատճառներին, մինչդեռ EU-SILC հետազոտության ժամանակ բացահայտվում է միայն հիմնական պատճառը: Բժշկական օգնության չբավարարված կարիքները, (բ) EU-SILC-ից տարածված տոկոսները հաշվարկվում են 16 և բարձր տարիքի ողջ բնակչության վրա, մինչդեռ EHIS-ից ստացված տոկոսները հաշվարկվում են 15 և ավելի տարեկան բնակչության վրա, ովքեր առողջության կարիք ունեն: Հարցմանը նախորդող 12 ամիսների ընթացքում խնամքը, (գ) հարցերի հաջորդականությունը նույնը չէ EHIS-ի և EU-SILC-ի միջև, և երկու հարցումները տարբերվում են իրենց հայեցակարգով և համատեքստով:³³

Բ.1.2 Առողջության վրա գրպանից կատարվող ծախսերը՝ որպես տնային տնտեսությունների վերջնական սպառման ծախսերի մասնաբաժին

Համաձայն 2023թ.-ի ՏՏԿԱՀ տվյալների՝ բժշկական ծառայությունների համար կատարված ծախսերը կազմել են հետազոտված ՏՏ-ների սպառողական ծախսերի 6.4%-ը կամ միջինում 3513 դրամ:

Հետազոտված ՏՏ-ների ծախսերի մեջ դեղորայքի ձեռք բերման համար կատարված ծախսերը կազմել են 4.1%: Դեղորայքի ձեռք բերման համար կատարած ամսական ծախսերը հետազոտված ՏՏ մեկ շնչի հաշվով կազմել են ընդամենը 2 234 դրամ:

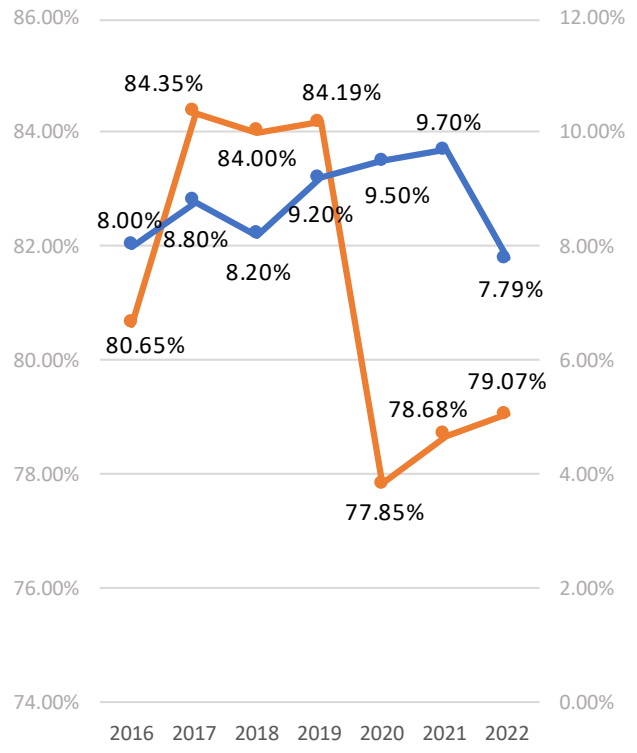
Գծապատկեր 3.2.2 Տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերի մասնաբաժինը անվանական սպառողական ծախսերի կառուցվածքում, մեկ շնչի հաշվով միջին ամսական, տոկոս



Աղբյուրը՝ Արմատատ: ՏՏԿԱՀ 2020-2023թ.

Բ.1.3 Առողջության վրա տնային տնտեսությունների գրպանից կատարվող ծախսերի մասնաբաժինը առողջապահական ընթացիկ ծախսերի և ՀՆԱ-ի նկատմամբ

Գծապատկեր 3.2.3 Տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերի մասնաբաժինը առողջապահական ընթացիկ ծախսերի և ՀՆԱ-ի նկատմամբ 2016-2022թթ.



— Տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումները առողջապահական ընթացիկ ծախսերի նկատմամբ, տոկոս (Ձախ առանցք)
 — Տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումները ՀՆԱ-ի նկատմամբ, տոկոս (Մջ առանցք)

Աղբյուրը՝ Հայաստանի ազգային առողջապահական հաշիվներ -2023թ.

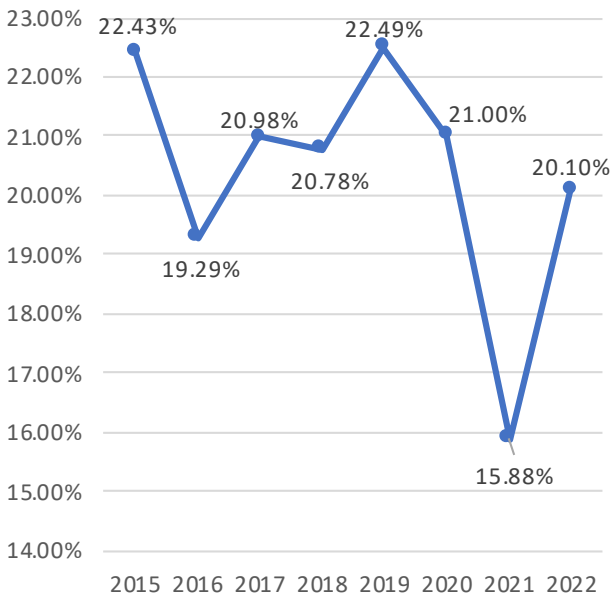
Բ.1.4 Աղետալի առողջապահական ծախսեր ունեցող տնային տնտեսությունների մասնաբաժինը ըստ սպառման քվինտիլի

Կայուն Զարգացման Նպատակների շրջանակներում Համապարփակ Առողջապահական Ծածկույթի հասնելու ուղղությամբ երկրի առաջընթացը գրանցվում է երկու ցուցանիշներով: Առաջին ցուցանիշը՝ ՀԱԾ առողջության ծածկույթի ցուցիչը գնահատվում է 0-ից մինչև 100 սանդղակով և հանդիսանում է առողջապահական ծառայության ծածկույթի 14 հենակետերի երկրաչափական միջինը:³⁴

33 European Health Interview Survey (EHIS)
 34 Դրանք ներառում են մոր և մանկան խնամքի ցուցանիշները, վարակիչ հիվանդությունները, ոչ վարակիչ հիվանդությունները (ՌՎՀ), ինչպես նաև ընդհանուր և անսպառիչ բնակչության շրջանում սպասարկման կարողությունները և հասանելիությունը:

Երկրորդ ցուցանիշը՝ առողջապահական աղետալի ծախսը, չափվում է որպես տնային տնտեսությունների ընդհանուր ծախսերի կամ եկամտի 10 տոկոսը գերազանցող առողջապահական ծախսեր կատարող բնակչության տոկոսը: Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի տարածաշրջանային միջին ցուցանիշի համեմատությամբ, Հայաստանն ունի ծառայությունների ավելի ցածր ծածկույթ և առողջապահական ավելի մեծ աղետալի ծախսեր: Հայաստանում տնային տնտեսությունների այն մասը, որը եկամտի ավելի քան 10 տոկոսը ծախսում է առողջապահության վրա, 2022 թվականին կազմել է 20.1 տոկոս, ինչը գերազանցում է տարածաշրջանային միջին ցուցանիշը՝ 7.4 տոկոսը (Աղյուսակ 2):³⁵

Գծապատկեր 3.2.4 Աղետալի առողջապահական ծախսեր ունեցող տնային տնտեսությունների մասնաբաժինը 2015-2022թթ.



Աղբյուրը՝ Արմատատ

F.1.6 Կամավոր մասնավոր առողջության ապահովագրություն և պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնության ծառայություններ

Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության իրավունք ունեցել է բնակչության միայն 32.3%-ը: Ըստ աղքատության մակարդակի՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության իրավունք ունեցողներից ծայրահեղ աղքատ են եղել 2.0%-ը, աղքատ՝ 27.8%-ը և ոչ աղքատ՝ 70.2%-ը, իսկ բժշկական ապահովագրություն ունեցողներից ծայրահեղ աղքատ է եղել 0.1%-ը, աղքատ՝ 15.2%-ը և ոչ աղքատ՝ 84.7%-ը:

Աղյուսակ 3.2.2 Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն ու ապահովագրություն ունեցողներն ըստ աղքատության մակարդակների, 2023թ., տոկոս

	Ոչ աղքատ	Աղքատ	Ծայրահեղ աղքատ
Բժշկական ապահովագրություն ունեցողներ	84.7	15.2	0.1
Անվճար բժշկական օգնություն ստացածներ	70.2	27.8	2.0

Աղբյուրը՝ SSԿԱՀ 2023թ.

F.2 Ֆիզիկական հասանելիություն

Աղյուսակ 3.2.3 ԱՀԳԳ հայեցակարգի համատեքստում Առողջապահական ծառայությունների ֆիզիկական հասանելիության ցուցանիշների օրինակ

F.2 Ֆիզիկական հասանելիություն	Ֆ.2.1 Գործող բժիշկներ 1000 բնակչի հաշվով
	Ֆ.2.2 Բժիշկների մասնաբաժինը ըստ պրակտիկայի բնագավառի
	Ֆ.2.3 Պրոֆեսիոնալ ակտիվ բուժքույրեր 1000 բնակչի հաշվով
	Ֆ.2.4 Գործող բուժքույրերի և գործող բժիշկների հարաբերակցությունը
	Ֆ.2.5 Գործող թերապևտներ (օրինակ՝ ֆիզիոթերապևտներ, դիետոլոգներ և այլն) 1000 բնակչի հաշվով
	Ֆ.2.6 Գործող թերապևտների տարբեր կատեգորիաներ
	Ֆ.2.7 Առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետներ 1000 բնակչի հաշվով
	Ֆ.2.8 Առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետներ՝ 65 և ավելի տարեկան 1000 բնակչի հաշվով
	Ֆ.2.9 Տարեց մարդկանց տնային պայմաններում մատուցվող ծառայությունների մասնաբաժինը ըստ տեսակի

35 World Health Organization, “Global Health Observatory: Universal Health Coverage,” 2020, <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major>

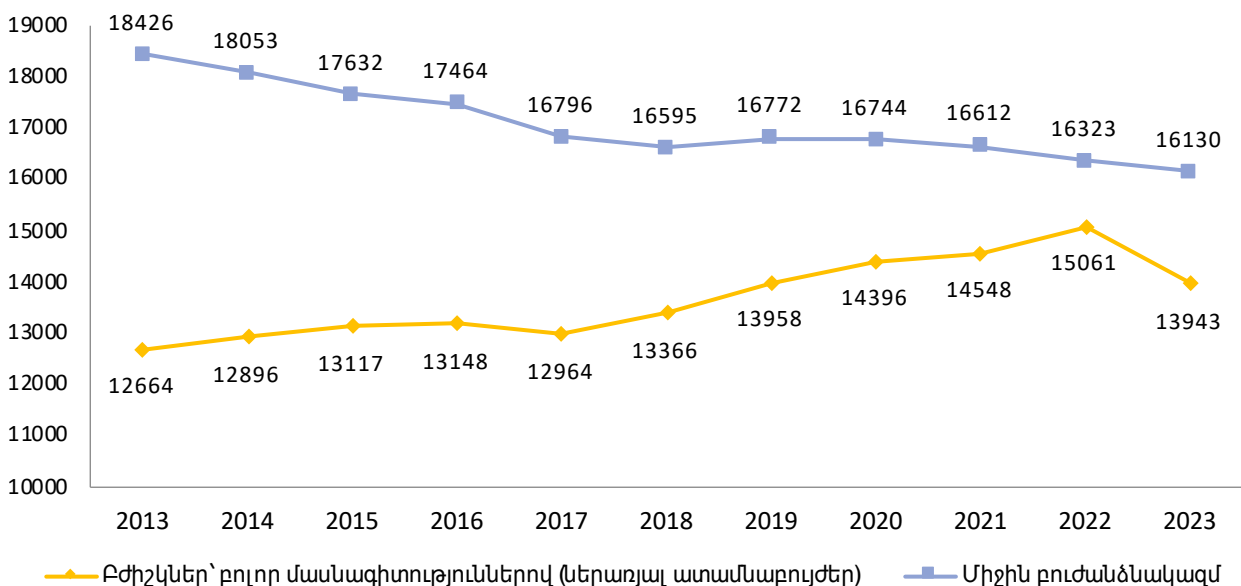
Աղյուսակ 3.2.4 Առողջապահական համակարգի ընդհանրացված ցուցանիշները, 2023թ.

		Հնդամենը
Բոլոր մասնագիտությունների բժիշկների թվաքանակը, մարդ	ընդամենը	13,943
	10 000 բնակչի հաշվով	46.6
Միջին բժշկական անձնակազմի թվաքանակը, մարդ	ընդամենը	16,130
	10 000 բնակչի հաշվով	53.9
Հիվանդանոցների քանակը, միավոր		125
Հիվանդանոցային մահճակալների քանակը, միավոր	ընդամենը	12,480
	10 000 բնակչի հաշվով	41.7
Հիվանդանոցներ ընդունված հիվանդների թվաքանակը, մարդ	ընդամենը	480,942
	100 բնակչի հաշվով	16.2
Մեկ մահճակալի տարեկան միջին զբաղվածությունը, օր		267
Մեկ հիվանդի ստացիոնար բուժման միջին տևողությունը (մեկ հիվանդի կողմից հիվանդանոցային մահճակալի զբաղեցրած օրերի միջին քանակը), օր		6.9
ԱԱՊ ծառայություն մատուցող հաստատությունների (բացառությամբ ԲՄԿ-ների, մասնավոր բուժական և ստոմատոլոգիական կաբինետների)	քանակը, միավոր	466
	10 000 բնակչի հաշվով	1.6
	հաճախումների քանակը, հազ. միավոր	11,318.9
	մեկ բնակչի հաշվով	3.8
Հղի կանանց և ծննդկանների համար նախատեսված մահճակալների քանակը, միավոր	ընդամենը	1,172
	Ֆերտիլային տարիքի (15-49 տարեկան) 10 000 կնոջ հաշվով	16.9
Հիվանդ երեխաների համար նախատեսված մահճակալների քանակը, միավոր	ընդամենը	1,717
	10 000 երեխայի հաշվով	30.3
Շտապ բժշկական օգնության	կայանների քանակը, միավոր	63
	կանչերի քանակը, միավոր	584,900
	կանչերով սպասարկված անձանց թվաքանակը, 1 000 բնակչի հաշվով	199.4
	բժիշկների թվաքանակը 100 000 բնակչի հաշվով, մարդ	9.2

Աղբյուրը՝ Արմատատ

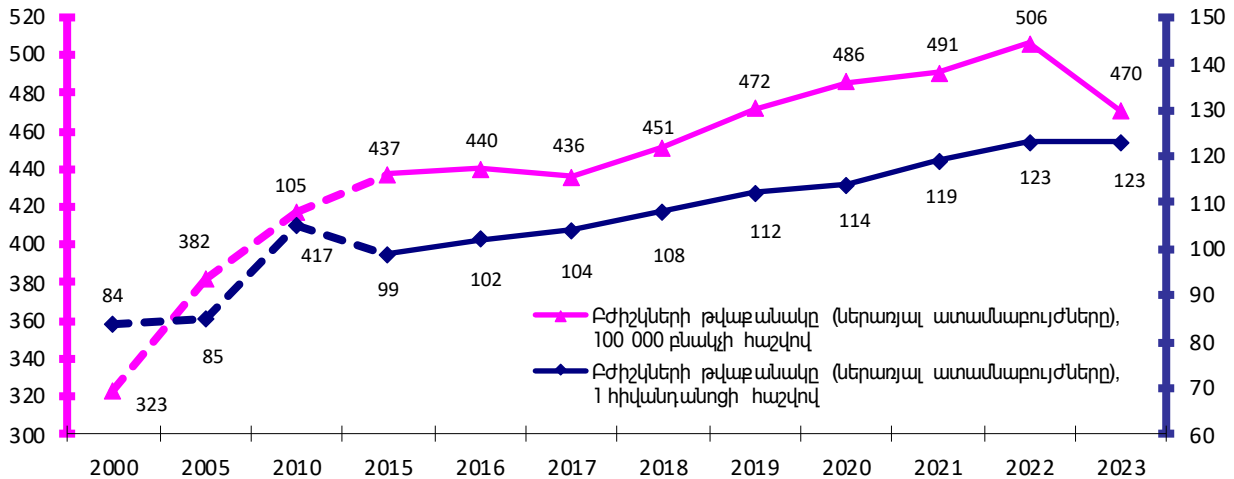
Բ.2.1 Գործող բժիշկներ և միջին բուժանձնակազմ

Գծապատկեր 3.2.5 ՀՀ բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի թվաքանակը, 2013-2023



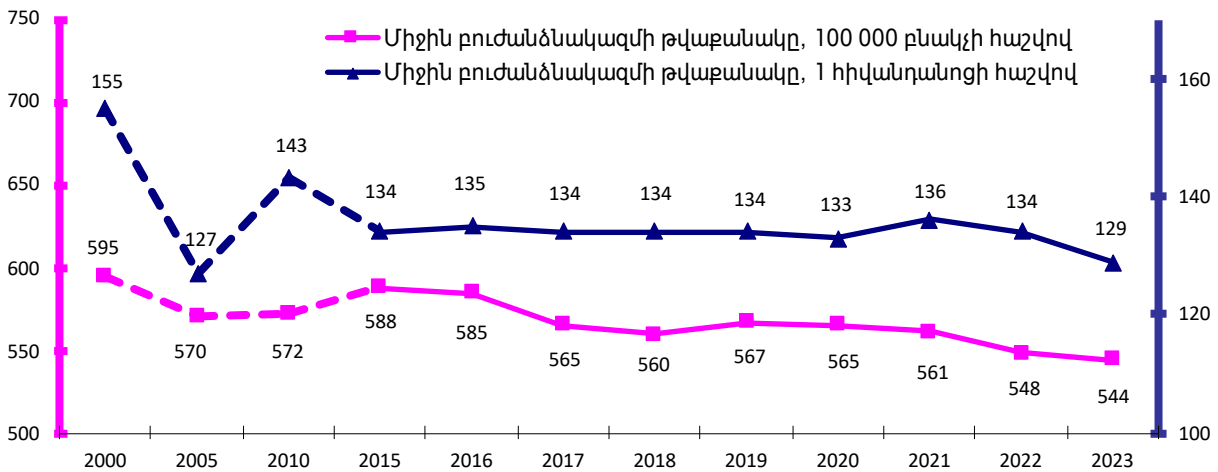
Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ

Գծապատկեր 3.2.6 ՀՀ բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի թվաքանակը 100,000 բնակչի հաշվով, 2000-2023



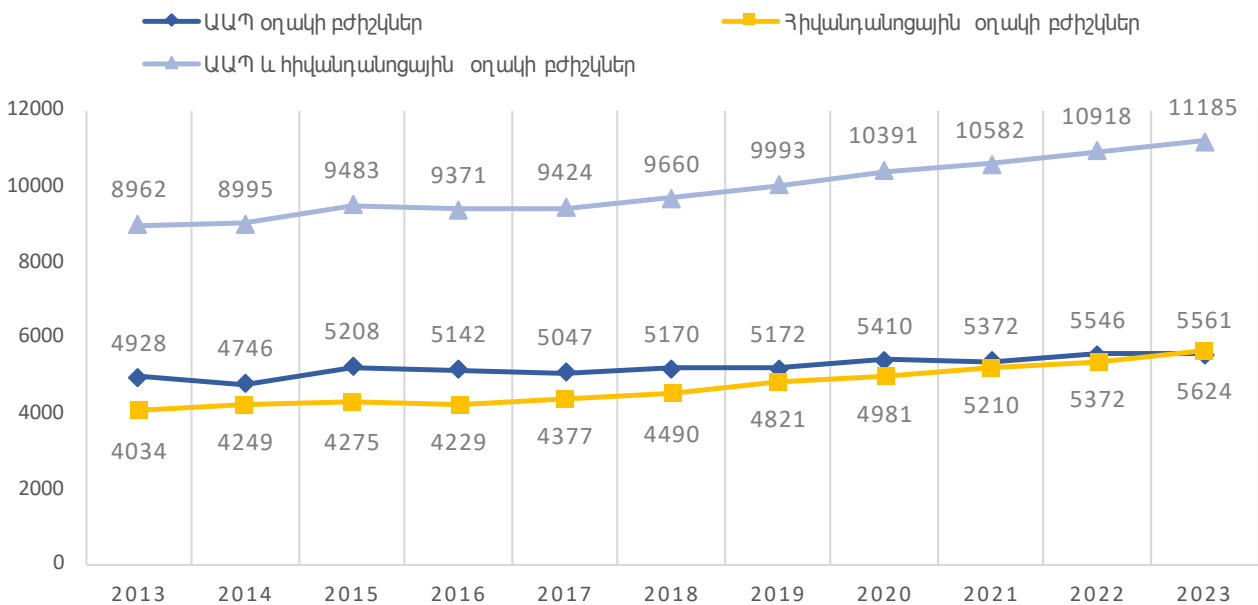
Աղբյուրը՝ Արմստատ

Գծապատկեր 3.2.7 Միջին բուժանձնակազմի թվաքանակի շարժը, 2000-2023թթ

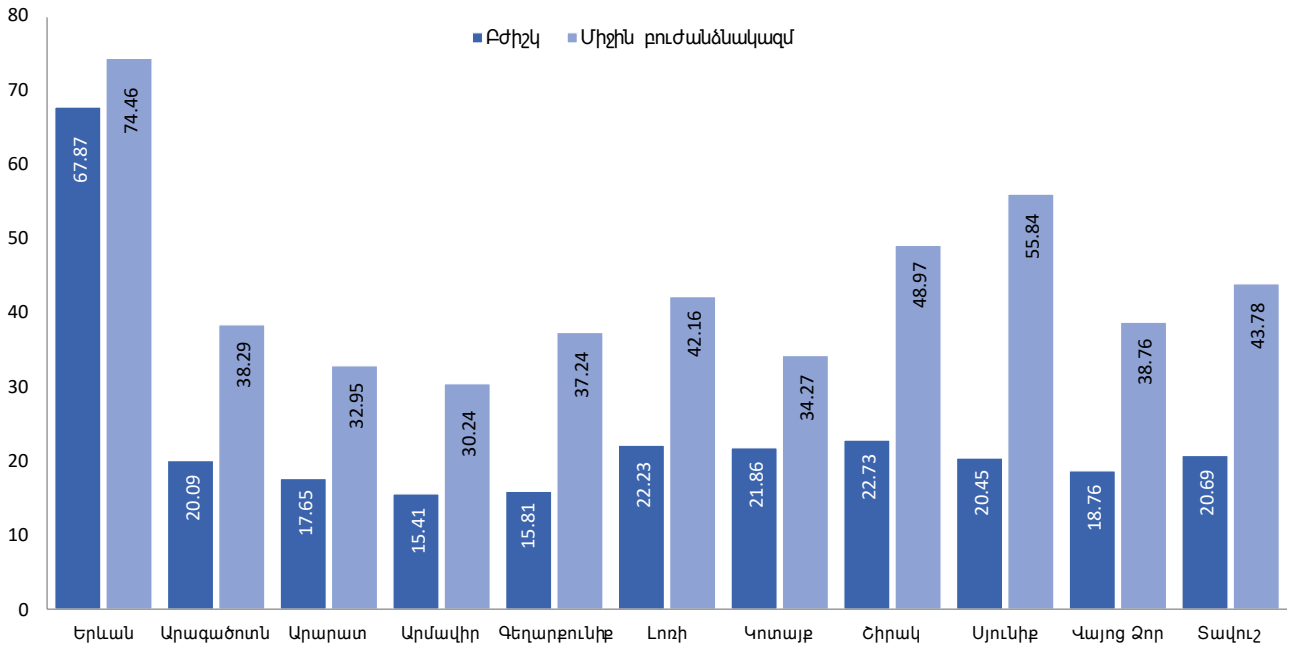


Աղբյուրը՝ Արմստատ

Գծապատկեր 3.2.8 Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպությունների բժիշկների թիվը, 2013-2023



Գծապատկեր 3.2.9 Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի բաշխվածությունը, մարզեր, 10 000 բնակչի, 2023



Բ.2.2 Բժիշկների մասնաբաժինը ըստ պրակտիկայի բնագավառի

- Թերապևտիկ պրոֆիլի բժիշկների թվաքանակի մեջ մտնում են՝ թերապևտներ, թոքաբաններ, ռևմատոլոգներ, աղեստամոքսաբաններ, երիկամաբաններ, ալերգոլոգներ, դիետոլոգներ/նուտրիցիոլոգներ, արյունաբաններ, ֆիզիոթերապևտներ, շտապօգնության բժիշկներ, գենետիկներ, ինֆեկցիոնիստներ, պրոֆաթաբոլոգներ, ինտենսիվ թերապևտներ, սրտաբաններ, ուռուցքաբաններ, նյարդաբաններ, ներզատաբաններ, ընտանեկան բժիշկներ:
- Հոգեբուժական պրոֆիլ – հոգեբույժներ, հոգեթերապևտներ, հոգեբույժ-թմրաբաններ:
- Վիրաբուժական պրոֆիլ – վիրաբույժներ, վիրաբուժական նեղ մասնագետներ՝ սրտանոթային, կրծքային, որովայնային, էնդոկրին, ուռուցքաբան, պլաստիկ և վերակառուցողական, էսթետիկ, նյարդավիրաբույժներ, անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգներ, վնասվածքաբան-օրթոպեդներ, ուրոլոգներ, էնդոսկոպիստներ, պրոկտոլոգներ, միկրովիրաբույժներ, այրվածքաբան, սրտաբան-ռեանիմատոլոգներ, ինտերվենցիոն սրտաբաններ, անոթանյարդավիրաբույժներ(ներառյալ էնդովասկուլյար նյարդավիրաբույժներ), դիմածնոտային վիրաբույժներ:
- Ստոմատոլոգիական պրոֆիլ – ընտանեկան

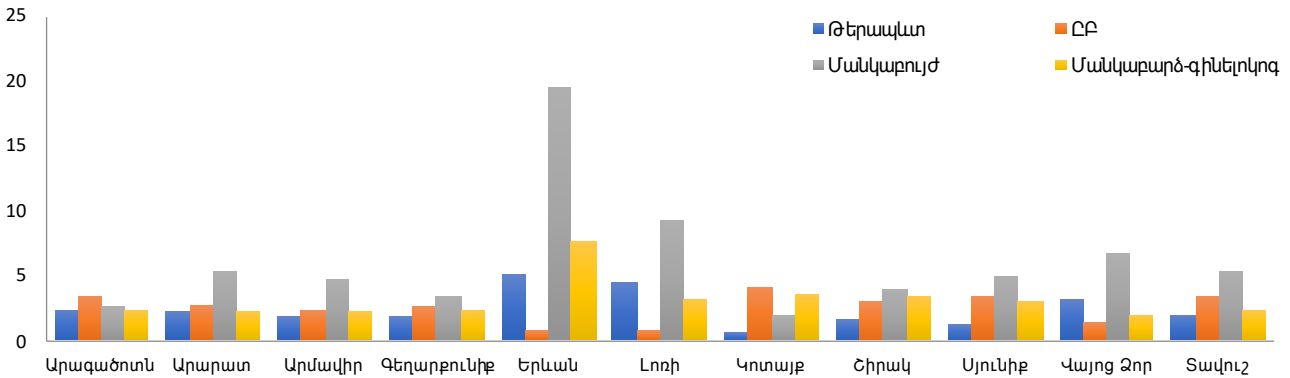
- ստոմատոլոգներ, թերապևտ ստոմատոլոգներ, վիրաբույժ ստոմատոլոգներ, օրթոդոնտ ստոմատոլոգներ և օրթոպեդ ստոմատոլոգներ:
- Մանկաբուժական պրոֆիլ – մանկաբույժներ, նեոնատոլոգներ, մանկական նեղ մասնագետներ՝ սրտաբան, ներզատաբան, ուռուցքաբան, նյարդաբան, ակնաբուժ, ալերգոլոգներ, զարգացման մանկաբույժ, թոքաբաններ, երիկամաբաններ, աղեստամոքսաբաններ, ռևմատոլոգներ, ինֆեկցիոնիստներ, մաշկաբաններ, արյունաբաններ, քիթ-կոկորդ-ականջաբան, երեխաների և դեռահասների հոգեբույժ:
- Մանկական վիրաբուժական պրոֆիլ – մանկական վիրաբույժներ, վնասվածքաբան-օրթոպեդներ, նյարդավիրաբույժներ, ուրոլոգներ, անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգներ:
- Մանկական ստոմատոլոգիական պրոֆիլ – մանկական ստոմատոլոգ թերապևտներ, մանկական ստոմատոլոգ վիրաբույժներ, մանկական օրթոպեդ ստոմատոլոգներ, մանկական օրթոդոնթ ստոմատոլոգներ:
- Հիգիենիկ համաճարակային պրոֆիլ – թունաբաններ, մանրէաբաններ, համաճարակաբաններ, մակաբուժաբաններ, վիրուսաբաններ:
- Գործիքային և լաբորատոր պրոֆիլ – ռադիոլոգ-տոպային մասնագետներ, ՀՏՄ մասնագետներ, սոնոգրաֆիստներ, ռենտգենոլոգներ ճառագայթաբաններ, սնկաբաններ, բակտերիոլոգներ, լաբորանտներ տարբեր պրոֆիլների

Աղյուսակ 3.2.5 Բժիշկների բաշխվածությունն ըստ մասնագիտական պրոֆիլների, 2023

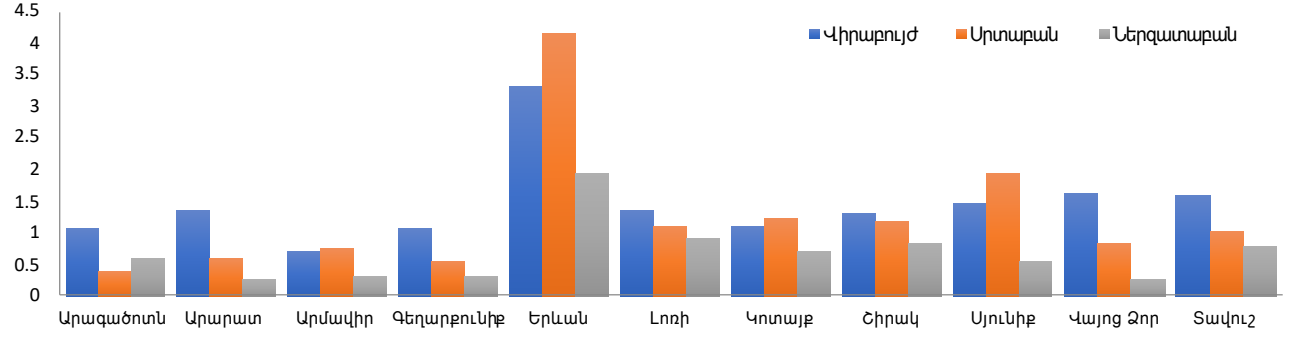
Մասնագիտական պրոֆիլներ	Ընդամենը	10000 բնակչի հաշվով
Թերապևտիկ պրոֆիլ	3968	2189
այդ թվում՝		
Թերապևտ	840	3.62
Ընտանեկան բժիշկ	702	2.35
Սրտաբան	594	2.56
Ուռուցքաբան	131	0.57
Նյարդաբան	344	1.48
Ներզատաբան	300	1.29
Ակնաբույժ	398	1.72
Քիթ-կոկորդ-ականջաբան	306	1.32
Հոգեբուժական պրոֆիլ	215	0.93
Մաշկաբան-վեներոլոգ	233	1.01
Մանկաբարձ գինեկոլոգ	825	5.23
Մանկական գինեկոլոգ	26	0.79
Վիրաբուժական պրոֆիլ	2303	9.93
Ստոմատոլոգիական պրոֆիլ	1160	5.00
Մանկաբուժական պրոֆիլ	1216	18.07
Մանկական վիրաբուժական պրոֆիլ	238	3.54
Մանկական ստոմատոլոգիական պրոֆիլ	94	1.40
Հիգիենիկ համաճարակային պրոֆիլ	316	1.06
Գործիքային և լաբորատոր հետազոտության պրոֆիլ	1378	4.61

Աղբյուրը՝ Առողջություն և առողջապահություն 2024:

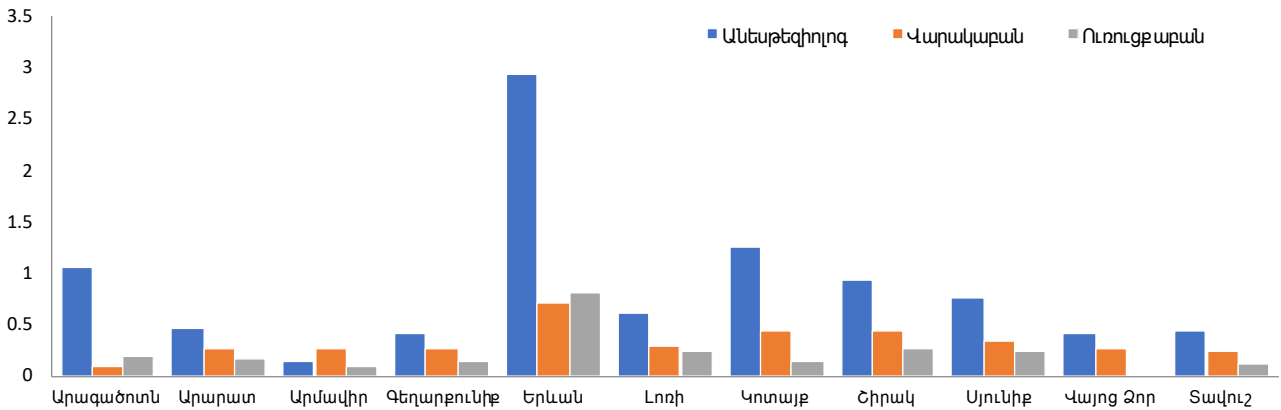
Գծապատկեր 3.2.10 Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում թերապևտների, ԸԲ, մանկաբույժների և մանկաբարձ-գինեկոլոգների բաշխվածությունը, մարզեր, 10,000 բնակչի, 2023



Գծապատկեր 3.2.11 Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում վիրաբույժների, սրտաբանների, ներզատաբանների բաշխվածությունը, մարզեր, 10 000 բնակչի, 2023

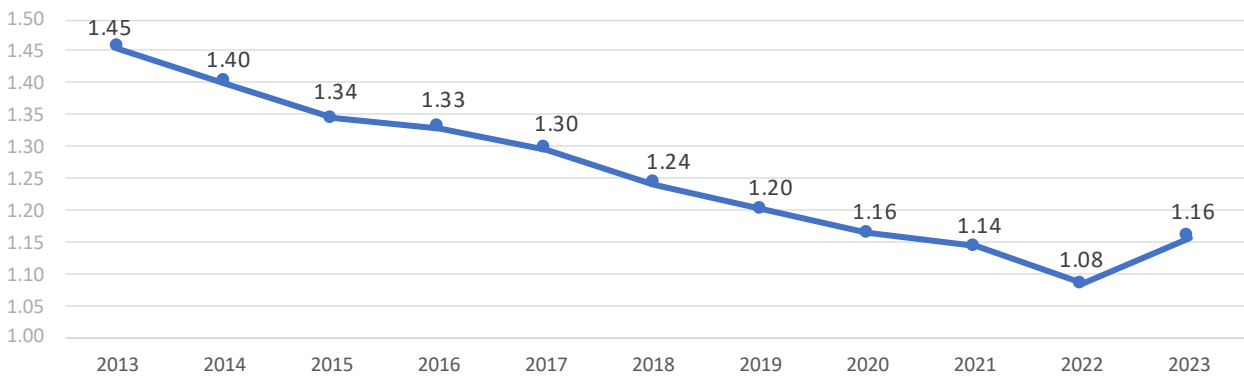


Գծապատկեր 3.2.12 Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում անեսթեզիոլոգների, վարակաբանների, ուռուցքաբանների բաշխվածությունը, մարզեր, 10,000 բնակչի, 2023



Բ2.4 Գործող բուժքույրերի և գործող բժիշկների հարաբերակցությունը

Գծապատկեր 3.2.13 Բուժքույր/բժիշկ հարաբերակցությունը 2013-2023թթ.



Բ.2.5 Գործող թերապևտներ (օրինակ՝ ֆիզիոթերապևտներ, դիետոլոգներ և այլն) 1000 բնակչի հաշվով

Աղյուսակ 3.2.6 Թերապևտ բժիշկների թվաքանակը ըստ մասնագիտությունների 2023թ.

Մասնագիտություններ	Ընդամենը բժիշկներ	10000 բնակչի հաշվով
Թերապևտներ - ընդամենը	757	3.27
Որից՝		
Ալերգոլոգ և իմունոլոգ	24	0.10
Հերանտոլոգ	2	0.01
Հոմեոպաթ	5	0.02
Սեռախտաբան	11	0.04
Երիկամաբան	41	0.18
Ներզատաբան	256	1.10
Աղեստամոքսաբան	74	0.32
Ռևմատոլոգ	53	0.23
Դիետոլոգ	1	0.00
Պրոֆպաթոլոգ	0	0.00
Ինտենսիվ թերապևտ	29	0.10
Ֆիզիոթերապևտ	64	0.21
Մանուալ թերապևտ	3	0.01
Ռեֆլեքսոթերապևտ	20	0.07
Կինեզոթերապևտ	31	0.10
Բարոթերապևտ	2	0.01

3.2.2 Բաժին Գ Արժեք

Ծախսերի տիրույթը ներառում է ցուցիչներ, որոնք գնահատում են ազգային առողջապահական համակարգի ծախսերի մակարդակը՝ կապված անձնակազմի աշխատավարձերի, սարքավորումների, դեղագործության, ծերանոցների և հանրային առողջության հետ: Այս տիրույթը կենտրոնանում է միայն մեկ ենթաբաժնի վրա՝ Ծախսեր:

Աղյուսակ 3.2.7 Ծախսեր բաժնի հիմնական ցուցանիշները

Գ.	Արժեքը
Գ.1. Ծախսեր	
Գ.1.1	Առողջապահական ծախսերը ըստ մատակարարների (HP) ԱԱՀ դասակարգմամբ
Գ.1.2	Առողջապահական ծախսերը ըստ գործառույթների (HC) ԱԱՀ դասակարգմամբ
Գ.1.3	Անձնակազմի աշխատանքի վարձատրությունը և մասնաբաժինը առողջապահական ընդհանուր ծախսերի նկատմամբ, տոկոս
Գ.1.4	Անձնակազմի աշխատանքի վարձատրության համախառն շահույթի մասնաբաժինները առողջապահության ավելացված արժեքի կառուցվածքում, տոկոս
Գ.1.5	Դեղերի և բժշկական նշանակության ապրանքների ծախսը առողջապահական ընդհանուր ծախսերի նկատմամբ, տոկոս
Գ.1.6	Կապիտալ ծախսերը ՀՆԱ-ի նկատմամբ, տոկոս
Գ.1.7	Սարքավորումների ծախսերը ՀՆԱ-ի նկատմամբ, տոկոս
Գ.1.8	Առողջապահության հանրային ծախսեր

Գ.1.1 Առողջապահական ծախսերը ըստ մատակարարների (HP) ԱԱՀ դասակարգմամբ

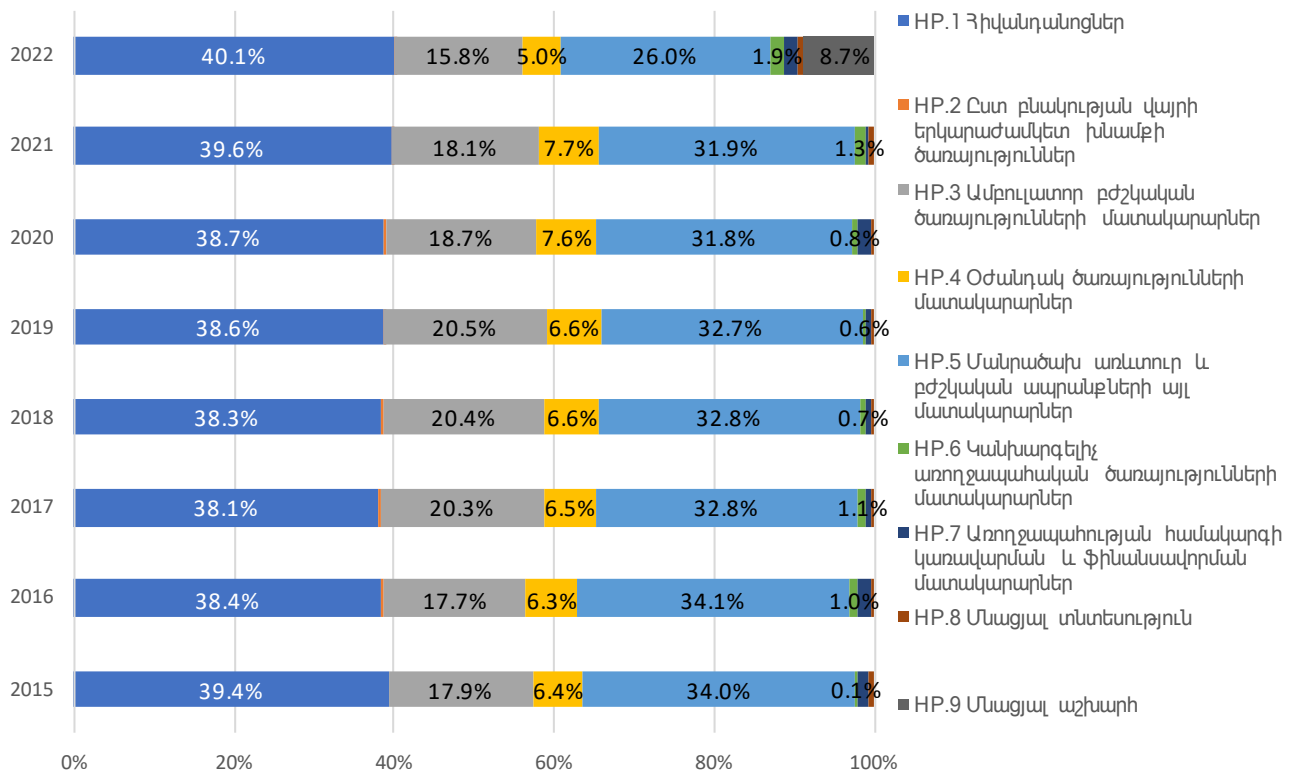
Առողջապահության ազգային հաշիվները ներկայացնում է տեղեկատվություն, թե ֆինանսավորման աղբյուրներից ստացված միջոցները ֆինանսական գործակալների կողմից և ֆինանսավորման համապատասխան մեխանիզմներով ինչպես են բաշխվել առողջապահական և հարակից ծառայությունների մատակարարներին:

Առողջապահության ծախսերն ըստ մատակարարի տեսակի դասակարգումը ցույց է տալիս ընթացիկ առողջապահական ծախսերը՝ ըստ մատակարարի տեսակի և գործառույթի և նկարագրում է, թե ինչպես են տարբեր առողջապահական գործառույթների ծախսերը հոսում մատակարարների տարբեր տեսակների միջով:

Այս տեղեկատվությունը ներկայացնում է երկրի առողջապահության շուկայի համառոտ ակնարկը, այսինքն՝ ինչպիսին է առողջապահական կարիքների կառուցվածքը և ովքեր են մատակարարողները:

2022 թվականին առողջապահական ծախսերի բաշխումն ըստ բժշկական օգնության և հարակից ծառայությունների մատակարարների հետևյալ տեսքն է ունեցել:

Գծապատկեր 3.2.14 Ֆինանսական միջոցների բաշխումն ըստ բժշկական ծառայության մատակարարների 2015 - 2022թթ., տոկոս



Աղյուսակ 3.2.8 Ծախսերը ըստ առողջապահական ծառայությունների մատակարարների (HP)

	Արժեքը (Միլիոն դրամ)	Ընթացիկ առողջապահական ծախսերի նկատմամբ	ՀՆԱ-ի նկատմամբ
Հիվանդանոցներ	335,769.6	40.1%	3.95%
Երկարաժամկետ առողջապահական խնամքի հաստատություններ	800.4	0.1%	0.01%
Արտահիվանդանոցային առողջապահական ծառայություններ մատուցողներ	132,350.5	15.8%	1.56%
Օժանդակ ծառայություններ մատուցողներ	41,677.0	5.0%	0.49%
Մանրածախ առևտրով զբաղվողներ և բժշկական ապրանքների այլ մատակարարներ	217,506.8	26.0%	2.56%
Կանխարգելի բժշկական օգնության ծառայություններ մատուցողներ	16,307.1	2.0%	0.19%
Առողջապահության համակարգի կառավարման և ֆինանսավորման մատակարարներ	13,668.9	1.6%	0.16%
Տնտեսության մնացած մասը	6,507.3	0.8%	0.08%
Մնացած աշխարհը	73,230.8	8.7%	0.86%

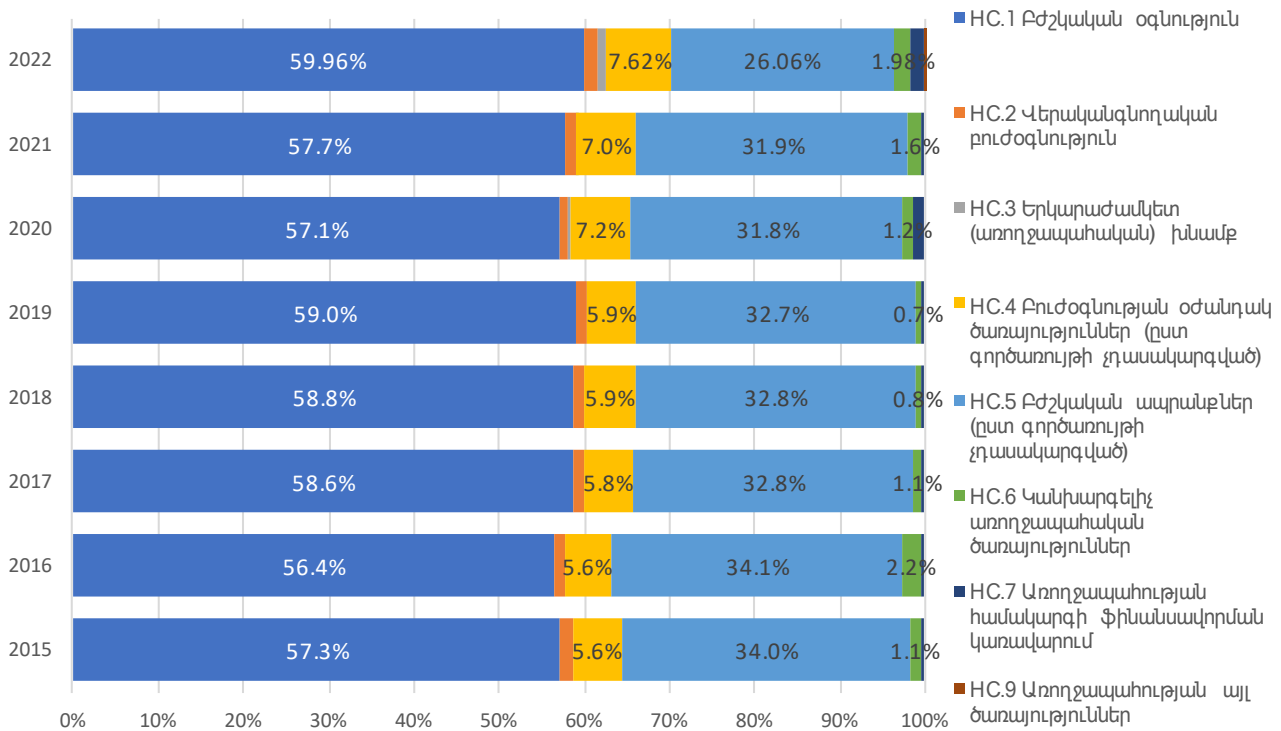
Գ.1.2 Առողջապահական ծախսերը ըստ գործառույթների (HC) ԱԱՀ դասակարգմամբ

Առողջապահության ազգային հաշիվները ներկայացնում է առողջապահական ծախսերը առողջապահական գործառույթների/ ծառայության հիմնական տեսակների:

Աղյուսակ 3.2.9 Ծախսերը ըստ առողջապահական գործառույթների (HC)

Ցուցանիշ	ԾԱՎԱԼԸ (միլիոն դրամ)	Տեսակարար կշիռը ԱԸԾ-ում	ՀՆԱ-ի նկատմամբ
Բժշկական օգնության ծախսեր, որից՝	502,346.70	59.96%	5.91%
Ստացիոնար բուժօգնության ծախս	347,811.70	41.51%	4.09%
Ցերեկային ստացիոնար բուժօգնության ծախս	7,683.20	0.92%	0.09%
Արտահիվանդանոցային բուժօգնության ծախս	138,651.00	16.55%	1.63%
Տնային պայմաններում բժշկական օգնություն	5,890.60	0.70%	0.07%
Զճշտված բժշկական օգնություն (n.e.c.)	2,310.20	0.28%	0.03%
Վերականգնողական բուժօգնության ծախս	14,736.10	1.76%	0.17%
Երկարաժամկետ (առողջապահական) խնամք	7,670.00	0.92%	0.09%
Բուժօգնության օժանդակ ծառայություններ (ըստ գործառույթի չդասակարգված)	63,880.60	7.62%	0.75%
Բժշկական ապրանքներ (ըստ գործառույթի չնշված)	218,297.00	26.06%	2.57%
Կանխարգելիչ բուժօգնության ծախս	16,572.40	1.98%	0.19%
Առողջապահության համակարգի և ֆինանսավորման կառավարում	13,668.90	1.63%	0.16%
Այլ առողջապահական ծառայություններ չդասակարգված (n.e.c.)	646.5	0.08%	0.01%

Գծապատկեր 3.2.15 Ֆինանսական միջոցների բաշխումն ըստ առողջապահական գործառույթների/ ծառայությունների 2015 - 2022թթ., տոկոս



Գ.1.3 Անձնակազմի աշխատանքի վարձատրությունը և մասնաբաժինը առողջապահական ընդհանուր ծախսերի նկատմամբ, տոկոս

Տեղեկատվությունը այն մասին, թե որքան գումար են ծախսում առողջապահական ծառայություններ մատուցողները առողջապահական ապրանքների և ծառայությունների արտադրության համար անհրաժեշտ միջոցների վրա (արտադրության գործոններ) կարող է բազմաթիվ հետևանքներ ունենալ առողջապահության ոլորտի զարգացման ռազմավարական գերակայությունների քաղաքականության վրա:

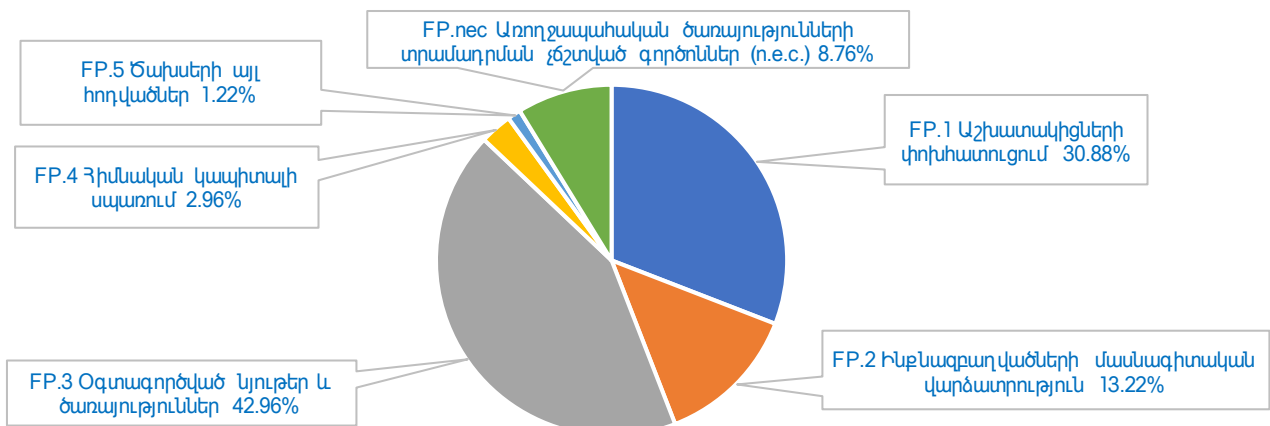
Այս տեղեկատվությունը սովորաբար հետազոտվում է ազգային մակարդակում բավարարելու

համար քաղաքականության կարիքները՝ ապահովելու ռեսուրսների արդյունավետ և պատշաճ բաշխում առողջապահական ծառայությունների արտադրության մեջ:

Քաղաքականության որոշ կարիքներ կարող են պահանջել տեղեկատվություն մարդկային ռեսուրսների ընդհանուր ծախսերի, դեղագործական ծախսերի և այլ նշանակալի ներդրումների վերաբերյալ: Ավելին, առողջապահական ծրագրերի և ծառայությունների ֆինանսական պլանավորումը հաճախ կախված է մուտքային ծախսերի ծավալի և կազմի մասին տեղեկատվությունից:³⁶

Արտադրության գործոնների համակցության մասին տեղեկատվությունը հիմնական մոնիտոր-

Գծապատկեր 3.2.16 Ծախսերը ըստ առողջապահական գործառույթների (HC)



36 OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>

րինգի գործիքն է համակարգի ընդհանուր կատարողականը որոշելու համար և հիմք է տալիս վերլուծելու արտադրության և ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետությունը:

FP.1 Աշխատակիցների փոխհատուցում

Աշխատակիցների փոխհատուցումը վերաբերում է ձեռնարկության կողմից աշխատողին վճարվող ընդհանուր վարձատրությանը՝ կանխիկ կամ բնեղենով, վերջինիս կողմից հաշվետու ժամանակաշրջանում կատարած աշխատանքի դիմաց:

Այն ներառում է աշխատավարձերը և սոցիալական նպաստների բոլոր ձևերը, արտաժամյա կամ գիշերային աշխատանքի համար վճարումները, բոնուսները, նպաստները, ինչպես նաև բնեղեն վճարումների արժեքը, ինչպիսին է բժշկական անձնակազմի համար համազգեստի տրամադրումը:

Աշխատակիցների փոխհատուցումը չափում է առողջապահական ծառայություններ մատուցողների մոտ աշխատող բոլոր անձանց վարձատրությունը՝ անկախ նրանից՝ նրանք առողջապահական մասնագետ են, թե ոչ:

Գ.1.4 Անձնակազմի աշխատանքի վարձատրության համախառն շահույթի մասնաբաժինները առողջապահության ավելացված արժեքի կառուցվածքում, տոկոս

ՀՆԱ-ի ձևավորումն ըստ եկամուտների աղբյուրների արտացոլում է անմիջապես արտադրական գործընթացին մասնակցող միավորների, ինչպես նաև պետական հիմնարկների և տնային տնտեսությունները սպասարկող ոչ առևտրային կազմակերպությունների կողմից ստացված սկզբնական եկամուտները: Այս հաշվարկներում համախառն շահույթը (համախառն խառը եկամուտը) հանդիսանում է հաշվեկշռող հոդված և որոշվում է որպես արտադրական եղանակով հաշվարկված ՀՆԱ-ի (շուկայական գներով) և աշխատողների աշխատանքի վարձատրության և արտադրության ու ներմուծման զուտ հարկերի տարբերություն:

Եկամուտների ձևավորման հաշիվը եկամուտների սկզբնական բաշխման հաշվի բաղկացուցիչ մասն է: Այն արտացոլում է անմիջականորեն ապրանքների ու ծառայությունների արտադրությանը մասնակցող կառուցվածքային ռեզիդենտ միավորների կողմից վճարած սկզբնական եկա-

Աղյուսակ 3.2.10 Անձնակազմի աշխատանքի վարձատրություն, միլիոն դրամ

Ծածկագիր	Առողջապահական ծառայությունների մատակարարներ	FP.1		
		Աշխատակիցների աշխատանքի վարձատրություն	Կառուցվածքը	Առողջապահական ընթացիկ ծախսերի նկատմամբ
HP.1	Հիվանդանոցներ	151,380.40	58.50%	18.07%
HP.2	Ըստ բնակության վայրի երկարաժամկետ խնամքի հաստատություններ	337.0	0.13%	0.04%
HP.3	Ամբուլատոր բժշկական ծառայությունների մատակարարներ	61,717.50	23.85%	7.37%
HP.4	Օժանդակ ծառայություններ մատուցողներ	20,869.30	8.07%	2.49%
HP.5	Մանրածախ առևտուր և բժշկական ապրանքների այլ մատակարարներ	10,465.20	4.04%	1.25%
HP.6	Կանխարգելիչ առողջապահական ծառայությունների մատակարարներ	5,493.40	2.12%	0.66%
HP.7	Առողջապահության համակարգի կառավարման և ֆինանսավորման մատակարարներ	3,644.60	1.41%	0.44%
HP.8	Մնացյալ տնտեսություն	4,842.00	1.87%	0.58%
Ընդամենը		258,749.40	100.00%	30.88%

Աղյուսակ 3.2.11 Ավելացված արժեքի կառուցվածքն ըստ եկամուտների ձևավորման եղանակի³⁷

	Տարի	Ռեսուրսներ		Օգտագործում	
		համախառն ավելացված արժեք	վարձու աշխատողների աշխատանքի վարձատրություն	արտադրության այլ զուտ հարկեր	համախառն շահույթ և համախառն խառը եկամուտ
Առողջապահություն և բնակչության սոցիալական սպասարկում	2020	333,839.5	135,230.6	1,253.4	197,355.5
	2021	474,050.5	163,320.8	2,260.0	308,469.7
	2022	468,674.4	157,043.3	1,912.9	309,718.2
	Կառուցվածքը				
	2020	100.0%	40.5%	0.4%	59.1%
	2021	100.0%	34.4%	0.5%	65.1%
	2022	100.0%	33.5%	0.4%	66.1%

մուտները: Բացի այդ, այն արտացոլում է սկզբնական եկամուտների տեսակներն՝ ըստ տնտեսական գործունեության տեսակների և հատվածների:

Աշխատողների աշխատանքի վարձատրությունը որոշվում է հաշվետու ժամանակաշրջանում վարձու աշխատողներին կատարած աշխատանքների համար գործատուի կողմից դրամական կամ բնեղեն ձևով վճարած բոլոր վարձատրությունների գումարով: Աշխատողների աշխատանքի վարձատրությունը հաշվառվում է հաշվեգրված գումարներով և իր մեջ ընդգրկում է նաև սոցիալական ապահովագրության վճարները, եկամտահարկը և այլ վճարները, որոնք աշխատողների կողմից ենթակա են վճարման:

Գ.1.5 Դեղերի և բժշկական նշանակության ապրանքների ծախսը առողջապահական ընդհանուր ծախսերի նկատմամբ, տոկոս

Սա ներառում է դեղագործական արտադրանք և ոչ երկարատև բժշկական ապրանքներ, որոնք նախատեսված են հիվանդության ախտորոշման, բուժման, մեղմացման կամ բուժման համար օգտագործելու համար, ներառյալ՝ դեղատոմսով տրվող դեղերը և առանց դեղատոմսի առանց դեղատոմսի դեղերի, որոնց գործառույթը և տրամադրման եղանակը նշված չեն:

Գ.1.6 - Գ.1.7 Կապիտալ ծախսերը ՀՆԱ-ի նկատմամբ, տոկոս

Տեղեկատվությունը առողջապահական համակարգում կատարված ներդրումների վերաբերյալ (ենթակառուցվածքներ, մեքենաների և սարքավորումներ) չափազանց կարևոր է առողջապահական համակարգի զարգացման ռազմավարությունների և քաղաքականության մշակման և վերլուծության համար:

Չնայած առողջապահական համակարգերը շարունակում են մնալ խիստ աշխատուժի ինտենսիվ ոլորտ, կապիտալը որպես առողջապահական ծառայությունների արտադրության գործոն դարձել է ավելի ու ավելի կարևոր վերջին տասնամյակների ընթացքում:

Կապիտալի վերաբերյալ վիճակագրության առկայությունը էական նշանակություն ունի առողջապահական համակարգի արտադրական կարողությունների վերլուծության համար (այսինքն՝ արդյոք կարողությունները համապատասխան են, թերի կամ չափից ավելի են), որն իր հերթին անհրաժեշտ է քաղաքականության իրականացմանը տեղեկացնելու համար (օրինակ, եթե առկա է ավելորդ հզորություն, Ծածկույթի ընդլայնման սահմանային արժեքը կլինի ավելի ցածր, քան եթե առողջապահական համակարգն ար-

Աղյուսակ 3.2.12 Դեղերի և բժշկական նշանակության ապրանքների վրա կատարված ծախսեր 2016-2022թթ., միլիոն դրամ

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Դեղերի և բժշկական նշանակության ապրանքների ծախսեր	171,987	189,134	197,444	243,434	240,061	286,724	218,465
որից՝							
Ծախսեր դեղագործական և այլ բժշկական երկարատև ապրանքների վրա	170,995	188,188	196,789	243,389	230,462	277,955	207,487
Ծախսեր դեղատոմսոց բաց թողնվող (նշանակված) դեղերի վրա	1	10	12	7	3,810	4,721	17,870
Ծախսեր առանց դեղատոմսի դեղերի համար	170,994	188,178	196,766	243,370	221,675	266,526	184,221
Ծախսեր այլ բժշկական ոչ երկարատև ապրանքների վրա	-	-	11	12	4,977	6,709	5,396
Ծախսեր թերապևտիկ սարքերի և այլ բժշկական ապրանքների վրա	992	925	642	45	9,599	8,734	10,978
Ծախսեր չճշտված բժշկական ապրանքների վրա (n.e.c.)	0	21	13	-	-	35	-

37 Հայաստանի ազգային հաշիվներ 2024, ՀՀ ՎԿ Վիճակագրական ժողովածու, 2024

Աղյուսակ 3.2.13 Կապիտալ ծախսեր, միլիոն դրամ

	HK.1	HK.1.1	HK.1.1.1	HK.1.1.2	HK.1.1.3	ՀՆԱ-ի նկատմամբ, %
	Համախառն կապիտալի ձևավորում	Համախառն հիմնական կապիտալի ձևավորում	Ենթակառուցվածք	Մեքենաներ և սարքավորումներ	Մտավոր սեփականության արտադրանք	
2000	2,754	2,754	-	-	-	0.27%
2001	2,065	2,065	-	-	-	0.18%
2002	2,202	2,202	-	-	-	0.16%
2003	3,217	3,217	-	-	-	0.20%
2004	6,778	6,778	-	-	-	0.36%
2005	10,935	10,935	5,339	5,596	-	0.49%
2006	18,192	18,192	8,882	9,310	-	0.68%
2007	24,982	24,982	12,197	12,785	-	0.79%
2008	14,032	14,032	6,851	7,181	-	0.39%
2009	16,015	16,015	7,819	8,196	-	0.51%
2010	6,116	6,116	2,986	3,130	-	0.18%
2011	5,587	5,587	2,728	2,859	-	0.15%
2012	3,043	3,043	1,486	1,557	-	0.07%
2013	1,668	1,668	814	854	-	0.04%
2014	3,468	3,468	2,232	1,236	-	0.07%
2015	5,073	5,073	2,809	2,264	-	0.10%
2016	7,256	7,257	5,246	2,011	-	0.14%
2017	3,767	3,767	2,222	1,541	5	0.07%
2018	1,724	1,724	412	1,312	-	0.03%
2019	913	913	113	800	-	0.03%
2020	2,779	2,779	257	2,522	1	0.06%
2021	1,969	1,969	614	1,356	-	0.03%
2022	42,667	42,667	5,276	37,387	4	0.51%

դեն ջանում է լրացնել ընթացիկ պահանջարկը): Կապիտալի մասին տեղեկատվությունը կարող է նաև օգնել արտադրողականության, կապիտալի ինտենսիվության և եկամտաբերության ցուցանիշների գնահատմանը:

Գ.1.8 Առողջապահության հանրային ծախսեր

Հանրային ծախսերը վերաբերում են առողջապահության նպատակներով կառավարության ներքին եկամուտներից հատկացված միջոցներին: Ապակենտրոնացված պետական կառավարում (և պետական եկամուտների ապակենտրոնացված հավաքագրում) ունեցող երկրներում

հանրային ծախսերը ներառում են կառավարության և տեղական ինքնակառավարման մարմինների առողջապահության վրա կատարած ծախսերը:

Ներառում է՝ պետական սխեմաներին հատկացված եկամուտները, որոնք կարող են լինել ներքին փոխանցում կառավարման նույն մակարդակի շրջանակներում կամ փոխանցում կենտրոնական և տեղական իշխանությունների միջև: Ներառում է՝ ազգային առողջապահական ծառայությունների բյուջեն. Սոցիալական ապահովագրություն ունեցող երկրներում կենտրոնական կառավարության առողջապահական ծրագրերին հատկացված միջոցները և այլն:³⁸

38 OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>

Աղյուսակ 3.2.14 Առողջապահության հանրային ծախսեր 2000–2013թթ.

	Հանրային ծախսեր, միլիոն դրամ	Հանրային ծախսերը Առողջապահական ընթացիկ ծախսերի նկատմամբ, %	ՀՆԱ-ի նկատմամբ, %
2000	9,846	22.75%	0.95%
2001	15,746	28.82%	1.34%
2002	15,966	15.39%	1.17%
2003	19,599	16.80%	1.21%
2004	24,691	21.37%	1.29%
2005	33,159	25.22%	1.48%
2006	42,138	27.12%	1.59%
2007	50,826	29.35%	1.61%
2008	53,100	22.41%	1.49%
2009	56,917	21.46%	1.81%
2010	58,349	18.26%	1.69%
2011	63,200	17.84%	1.67%
2012	67,332	17.28%	1.58%
2013	62,670	13.33%	1.38%
2014	72,694	14.79%	1.51%
2015	81,213	15.91%	1.61%
2016	82,969	16.45%	1.64%
2017	76,373	13.24%	1.37%
2018	74,291	12.34%	1.23%
2019	92,370	12.41%	1.41%
2020	145,691	19.25%	2.36%
2021	153,028	17.76%	2.19%
2022	145,830	17.22%	1.72%

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Զեկույցում ներկայացված են ԱՀԳԳ հայեցակարգով նախատեսված բոլոր այն ցուցանիշները, որոնք հասանելի են միջազգային և ազգային տեղեկատվական աղբյուրներից:

Բացակայող տեղեկատվությունը կլրացվի ԱՀԳԳ շրջանակում հերթական ընտրանքային հետազոտության միջոցով:

Օգտագործված գրականություն

Տպագիր աղբյուրներ

1. «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2024թ., ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ, 2024:
2. Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան 2022 / Ա. 720 Դ. Անդրեասյան, Ա. Բազարյան, Ս. Մանուկյան.- Եր.: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2022.-243 էջ:
3. ՀՀ օրենքը անձի ֆունկցիոնալության գնահատման մասին, ՀՕ-195-Ն, 05.05.2021
4. ՀՀ կառավարության «Անձի ֆունկցիոնալության գնահատման կարգը հաստատելու մասին» 28.07.2022թ. 1180-Ն որոշում:
5. «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահական համակարգի հնգամյա (2020-2025 թվականներ) զարգացման ռազմավարություն», Նախագիծ, ՀՀ ԱՆ
6. «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգի 2023-2026 թվականների զարգացման ռազմավարություն», ՀՀ կառավարության 2023 թվականի փետրվարի 9-ի N 174-Լ որոշման Հավելված, հասանելի է՝ <https://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=156402>
7. Հայաստանի ժողովրդագրական ժողովածու, 2023, ՀՀ ՎԿ, Ե. 2023:
8. Հայաստանի ազգային հաշիվներ 2024, ՀՀ ՎԿ Վիճակագրական ժողովածու, 2024
9. Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը 2024, վիճակագրական-վերլուծական զեկույց, ՀՀ ՎԿ, 2024
10. Հայաստանի Հանրապետության սոցիալական վիճակը 2023 թվականին, վիճակագրական ժողովածու, ՀՀ ՎԿ, 2024
11. Arah OA et al. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5):377–398.
12. European Observatory on Health Systems and Policies (2010). *Health Systems in Transition series*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
13. *European Health Interview Survey (EHIS)*
14. Murray CJL, Frenk J (2000) A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health*

15. Nulia Homedes, The Disability-Adjusted Life Year (DALY) Definition, Measurement and Potential Use, Human Capital Development, Working Papers, July 1996 <http://documents.worldbank.org/curated/en/482351468764408897/pdf/multi0page.pdf>
16. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; 2022 (Health Policy Series, No. 57). [https://www.who.int/europe/health-topics/health-systems-governance/conducting-health-system-performance-assessment-\(hspa\)#tab=tab_1](https://www.who.int/europe/health-topics/health-systems-governance/conducting-health-system-performance-assessment-(hspa)#tab=tab_1)
17. OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>
18. OECD (2024), Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/107182c8-en>.
19. Smith PC et al. (eds) (2009). *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press.
20. USAID (2018). *The Health System Assessment Approach: A How-To Manual*. Version 3.0. Washington, D.C., USAID.
21. WHO (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva, World Health Organization.
22. WHO (2000). *World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization.
23. WHO (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization Document Production Services.
24. World Health Organization, “Global Health Observatory: Universal Health Coverage,” 2020, <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major>
25. **Final Report** Performance accountability for the Irish health system, Academic Medical Centre of the University of Amsterdam (AMC), February 2021, **Dr. Dionne Kringos, Prof. Dr. Niek Klazinga**

Ինտերնետ աղբյուրներ

Data Catalog – Our World in Data
<https://data.who.int/countries/051>
 2024–2027 Strategic Framework – UHC2030
 Raw dataset dashboard – UHC2030
[https://www.who.int/europe/health-topics/health-systems-governance/conducting-health-system-performance-assessment-\(hspa\)#tab=tab_1](https://www.who.int/europe/health-topics/health-systems-governance/conducting-health-system-performance-assessment-(hspa)#tab=tab_1)
<https://www.who.int/europe/tools-and-toolkits>
<https://www.who.int/europe/health-topics/health-financing>
 OECD temporary archive
 Assessing Health System Performance : Proof of Concept for a HSPA Dashboard of Key Indicators | OECD iLibrary (oecd-ilibrary.org)
 Rethinking Health System Performance Assessment | OECD Policy_brief_A4 (oecd-ilibrary.org)
 Performance of the Belgian health system: Report 2024 | KCE (fgov.be) Health system performance assessment: new framework for policy analysis (who.int)
 Health services distribution – For a Healthy Belgium
<https://www.healthybelgium.be/en/health-system-perfor->

mance-assessment
 gov – Health System Performance Assessment (HSPA) Framework (www.gov.ie)
<https://www.aihw.gov.au/reports-data/australias-health-performance/australias-health-performance-framework>
<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-publications.htm>
 Health Financing and Economics (who.int)
 International Journal of Health Policy and Management – Articles List (ijhpm.com)
 Monitoring universal health coverage – WHO
 Health system performance assessment: A renewed global framework for policy-making (who.int)
 WHO Barcelona course on health financing for universal health coverage
<https://data.who.int/indicators/i/A21CFC2/90E2E48>
<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-age-60>
<https://www.who.int/data/gho/data/indicators>
<https://www.who.int/data/inequality-monitor>
<https://openwho.org/channels/inequality-monitoring>

