



ԱԶԳԱՅԻՆ
ԶԵԿՈՒՅՑ

2025

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ
ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ
ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ
ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

ՋԵԿՈՒՅՑ

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ
ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ
ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում, Հայաստան 2025 /
Դ. Անդրեասյան, Ա. Աղազարյան, Ա. Արզումանյան, Գ. Դավթյան, Ա. Միմոնյան.- Եր.:
ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային
ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2025.-113 էջ:

Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման (ԱՀԳԳ) տասնհինգերորդ
գեկույցն ընդգրկում է հետևյալ թեմաները՝

- առողջապահական համակարգերի գնահատման հայեցակարգային մոտեցումները
և գործիքները,
- Հայաստանի ժողովրդագրական բնութագիրը,
- առողջության վիճակ, հաշմանդամություն, հիվանդացություն/հիվանդություններ,
մահացություն,
- ներդրումներ/միջամտություններ. ֆինանսական մատչելիություն, ֆիզիկական
հասանելիություն, արժեք,
- կադրային ներուժ՝ ավագ և միջին բուժաշխատողների առկայություն և
բաշխվածություն
- առողջապահության հանրային ծախսեր:

ԱՀԳԳ գեկույցը նախատեսված է առողջապահության համակարգի կազմակերպիչների,
ուրտի փորձագետների, բժիշկների և առողջապահության համակարգի գործունեությամբ
հետաքրքրվող այլ մասնագետների համար:

© ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային
ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2025

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ	6
Գլուխ 1. Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման հայեցակարգը Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի համատեքստում.....	11
Ներածություն.....	11
1.1 Առողջապահական համակարգերի գնահատման հայեցակարգային մոտեցումներ և գործիքներ	12
1.2 Առողջապահական համակարգերի գործունեության շրջանակը Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի համար	13
Գլուխ 2. Հայաստանի ժողովրդագրական բնութագիրը	20
2.1. Բնակչության կազմը.....	20
2.2 Ծնելիությունը	22
2.3. Բնակչության բնական շարժը.....	24
Գլուխ 3. Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման հիմնական ցուցանիշները.....	26
3.1 Արդյունքային ցուցանիշներ	27
3.1.1 Բաժին Ա. Առողջության վիճակ	27
3.1.1.1 Ա.1 Առողջական վիճակի ինքնագնահատական	27
3.1.1.2 Ա.2 Հաշմանդամություն	29
Ա.2.1 Առողջական խնդիրների պատճառով սովորական գործունեության մեջ երկարատև սահմանափակումներ ունեցող անձինք	29
Ա.2.2 Հաշմանդամություն ունեցող անձինք աշխատունակ բնակչության շրջանում	33
Ա.2.3 Հաշմանդամությամբ ճշգրտված կյանքի տարիներ (DALYs)	41
3.1.1.3 Ա.3 ՀՀ բնակչության հիվանդացությունն ըստ նոզոլոգիաների	45
Ա.3.1 Ընդհանուր հիվանդացությունը.....	48
3.1.1.4 Ա.4 Մահացություն	63
Ա.4.1 Կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից	63
Ա.4.2 Առողջ կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից	66
Ա.4.3 Մահացության մակարդակի խուսափելի (այսինքն՝ կանխարգելելի և բուժելի) պատճառները	66

Ա. 4. 4 Մանկական մահացություն	67
Ա. 4. 5. Մայրական մահացություն	70
Ա.4.6 Մահացության հիմնական պատճառները (մահվան բոլոր պատճառները)	71
Ա. 4. 7 Մահացությունը ոչ վարակիչ հիվանդություններից (ՈՎՀ)	74
Ա. 4.8 Մահացությունը զննվածքներից և արտաքին պատճառներից	81
Ա. 4. 9 Միջազգային վիճակագրություն.....	81
3.2 Բաժին Բ Ներդրումներ / միջամտություններ	88
3.2.1. Հասանելիություն.....	88
Բ.1. Ֆինանսական մատչելիություն.....	89
Բ.1.1 Ֆինանսական, աշխարհագրական կամ սպասման ժամանակի պատճառով բժշկական ծառայությունների չբավարարված կարիք	89
Բ.1.2 Առողջության վրա գրպանից կատարվող ծախսերը՝ որպես տնային տնտեսությունների վերջնական սպառման ծախսերի մասնաբաժին.....	91
Բ.1.3 Առողջության վրա տնային տնտեսությունների գրպանից կատարվող ծախսերի մասնաբաժինը առողջապահական ընթացիկ ծախսերի և ՀՆԱ-ի նկատմամբ.....	92
Բ.1.4 Աղետալի առողջապահական ծախսեր ունեցող տնային տնտեսությունների մասնաբաժինը ըստ սպառման քվինտիլի	92
Բ.1.5 Կամավոր մասնավոր առողջության ապահովագրություն և պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնության ծառայություններ.....	93
Բ.2 Ֆիզիկական հասանելիություն	94
Բ.2.1 Գործող բժիշկներ և միջին բուժանձնակազմ	95
Բ.2.2 Բժիշկների մասնաբաժինը ըստ պրակտիկայի բնագավառի.....	96
Բ.2.3 Գործող բուժքույրերի և գործող բժիշկների հարաբերակցությունը.....	99
3.2.2 Բաժին Գ Արժեք	101
Գ.1.1 Առողջապահական ծախսերը ըստ մատակարարների (HP) ԱԱՀ դասակարգմամբ	101
Գ.1.2 Առողջապահական ծախսերը ըստ գործառույթների (HC) ԱԱՀ դասակարգման	103
Գ.1.3 Անձնակազմի աշխատանքի վարձատրությունը և մասնաբաժինը առողջապահական ընդհանուր ծախսերի նկատմամբ, %.....	104
Գ.1.4 Անձնակազմի աշխատանքի վարձատրության համախառն շահույթի մասնաբաժինները առողջապահության ավելացված արժեքի կառուցվածքում, %..	106

Գ.1.5 Դեղերի և բժշկական նշանակության ապրանքների ծախսը առողջապահական ընդհանուր ծախսերի նկատմամբ, %.....	107
Գ.1.6 - Գ.1.7 Կապիտալ ծախսերը ՀՆԱ-ի նկատմամբ, %	107
Գ.1.8 Առողջապահության հանրային ծախսեր	108
ԱՄՓՈՓՈՒՄ	109
Օգտագործված գրականություն	110
Տպագիր աղբյուրներ	110
Համացանցային աղբյուրներ	112

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատումը (ԱՀԳԳ) հայեցակարգային և հուսալի շրջանակ է, որն արտացոլում է երկրի առողջապահական համակարգի գործունեության ընդհանուր պատկերը և հիմք է հանդիսանում համադրելի վերլուծությունների իրականացման, ռազմավարությունների և քաղաքականությունների մշակման, ինչպես նաև սահմանված նպատակների իրագործման 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 գեկույցը յուրահատուկ հարթակ է՝ հասանելի տվյալների հիման վրա առողջապահական համակարգի գործունեության թափանցիկությունն ապահովելու և ազգային առողջապահական համակարգի գործառնության 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 առողջությունն ու կյանքի որակը՝ որպես մարդու և ողջ հասարակության առողջության վիճակ:

Զեկույցում ներկայացվող տեղեկատվությունը համապատասխանում է առողջության վիճակը բնութագրող հիմնական ցուցիչների 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 դրույթների, 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

ԽԱՉԱԶՆՎՈՒՄ	ԱՐԴՅՈՒՆՔ				
	Առողջական վիճակ				
	ԵԼՔԱՅԻՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ				
	Հասանելիություն և մատչելիություն	Մարդակենտրոն	Որակ	Ծախսեր	
	ԳՈՐԾԼՑԱՑՆԵՐ				
	Առողջապահության համակարգում	Ծառայությունների ինտեգրում		Խնամքի շարունակականություն	
	ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔՆԵՐ				
	Աշխատուժ	Ծառայությունների կառույցներ	Տեխնոլոգիաներ	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 և 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 օգնություն 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. **Առաջնային առողջապահության համակարգի ամրապնդում**
 - առաջնային օղակի ծառայությունների որակի և հասանելիության բարձրացում,
 - կանխարգելիչ ծառայությունների ընդլայնում,
 - համայնքային առողջապահական ծառայությունների զարգացում:
2. **Առողջապահական ապահովագրության համակարգի ներդրում և զարգացում**
 - համընդհանուր առողջության ապահովագրության ներդրման շարունակական իրականացում,
 - ֆինանսավորման արդյունավետ մեխանիզմների ձևավորում,
 - բնակչության համար ֆինանսական պաշտպանության մակարդակի բարձրացում:
3. **Առողջապահական ծառայությունների հավասար և արդար հասանելիության ապահովում**
 - սոցիալապես խոցելի խմբերի համար ծառայությունների մատչելիության բարելավում,
 - տարածաշրջանային անհավասարությունների կրճատում,
 - ծառայությունների որակի միասնական չափանիշների կիրառում:

4. Հանրային առողջության և հիվանդությունների կանխարգելման համակարգի զարգացում

- ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման ծրագրերի ընդլայնում,
- վարակիչ հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ուժեղացում,
- առողջ ապրելակերպի խթանման միջոցառումների իրականացում:

5. Առողջապահական համակարգի կառավարման և մարդկային ռեսուրսների զարգացում

- առողջապահության կառավարման կարողությունների հզորացում,
- բուժանձնակազմի շարունակական մասնագիտական զարգացման ապահովում,
- առողջապահական տեղեկատվական համակարգերի արդիականացում:

6. Առողջապահական անվտանգության և արտակարգ իրավիճակներին պատրաստվածության բարձրացում

- համաճարակային պատրաստվածության համակարգի ուժեղացում,
- արտակարգ իրավիճակներին արձագանքման մեխանիզմների կատարելագործում,
- միջազգային համագործակցության ընդլայնում առողջապահական անվտանգության ոլորտում:

7. Մոր և մանկան առողջության բարելավում

- վերարտադրողական առողջության ծառայությունների զարգացում,
- մայրական և մանկական մահացության նվազեցում,
- ընտանիքի առողջության պահպանման ծրագրերի ընդլայնում:

8. Ժողովրդագրական կայունության

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՝ ՌՎՀ) հիվանդացությունը, այդ հիվանդություններից առաջացած վաղաժամ մահացությունը, առողջության վրա ՌՎՀ 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 իրականացնել համակողմանի վերլուծություն: Անհրաժեշտ տվյալներն ու վերլուծությունները կօժանդակեն քաղաքականություն մշակողներին որոշակիացնելու գերակայություններն ու առաջնահերթությունները՝ ռեսուրսներն առավել արդյունավետ բաշխելու և սահմանված թիրախներին հասնելու համար:

Այս համատեքստում, առողջապահական համակարգերի գործունեության կանոնավոր մշտադիտարկումը, գնահատումը և վերլուծությունը կարևորվում են, հատկապես՝ համակարգի ուժեղ կողմերի և հնարավորությունների, թերությունների և սահմանափակումների վերաբերյալ հիմնավոր պատկերացում կազմելու տեսանկյունից:³

Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթը (ՀԱԾ) բոլորի, հատկապես՝ բնակչության ամենից խոցելի խմբերի համար անհրաժեշտ ծավալով որակյալ առողջապահական ծառայությունների հասանելիությունն է՝ առանց ֆինանսական դժվարությունների: Այն ընդգրկում է էական առողջապահական ծառայությունների ամբողջական շարքը՝ առողջության խթանումից մինչև կանխարգելում, բուժում, վերականգնում և պալիատիվ խնամք ողջ կյանքի ընթացքում:⁴

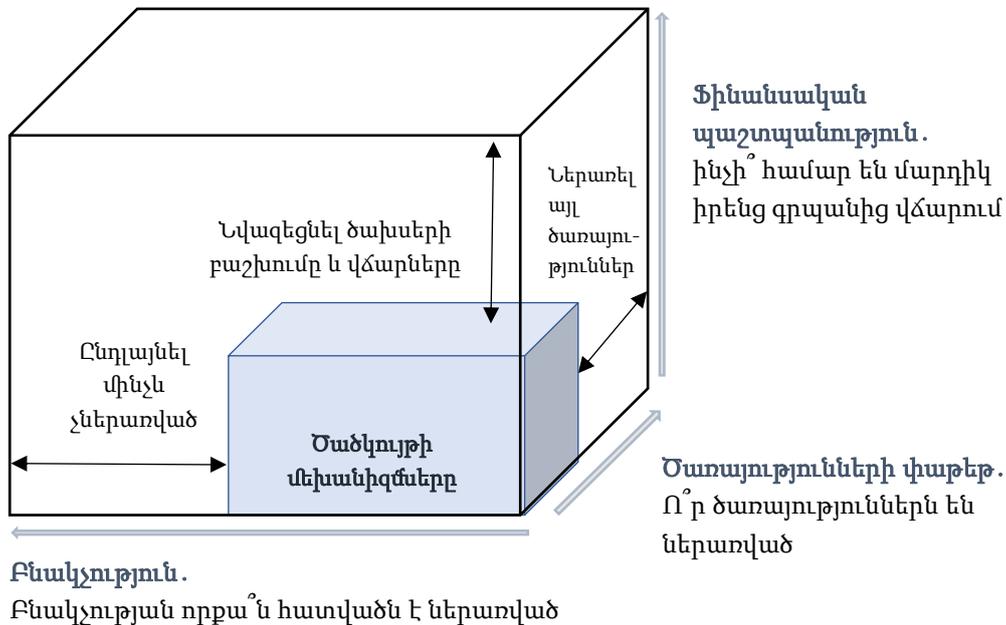
² Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; 2022 (Health Policy Series, No. 57). [[հղում](#)]

³ Նույն տեղում:

⁴ World Health Organization. *Universal health coverage data portal*. Geneva: WHO; Available: [[հղում](#)]

Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի հիմնական հասկացություններն են բնակչության ծածկույթը, մատուցվող առողջապահական ծառայությունների շրջանակը և գրպանից իրականացվող անձնական ծախսերը:⁵

Գծապատկեր 2. Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի 3 չափումները



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 և պարբերական մշտադիտարկման համար:⁶ Դրանցից շատերը նաև հիմք են հանդիսացել հստակ չափորոշիչների օգնությամբ առողջապահական համակարգի կատարողականը (արդյունքները) չափելու համար:

Զուգահեռաբար, 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

⁵ Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. *High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution in health systems performance. Lancet Glob Health.* Available: [\[հղում\]](#)

⁶ 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.

ռեսուրսներ, տեխնոլոգիաներ, առողջապահական ծրագրեր և միջոլորտային թեմաներ:⁷

Այս բոլոր ջանքերը նպատակ ունեն ապահովել ընդհանուր ելակետ առողջապահական համակարգում՝ առողջապահական քաղաքականության նպատակներին հասնելու գործընթացը գնահատելու համար:

1.2 Առողջապահական համակարգերի գործունեության շրջանակը Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի համար

2022 թվականին ԱՀԿ կողմից հրապարակված «Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատում. Քաղաքականության վերլուծության շրջանակ» մեթոդական ուղեցույցը⁸, 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՝ իր սահմաններով,
- սահմանում է առողջապահական համակարգի հիմնական նպատակներն ու արդյունքները,
- բացահայտում և նկարագրում է առողջապահական համակարգի հիմնական գործառույթները,
- ապահովում է յուրաքանչյուր գործառույթի կատարումը գնահատելու չափորոշիչների շրջանակ,
- ուրվագծում է կապը յուրաքանչյուր գործառույթի արդյունավետության և առողջապահական համակարգի նպատակների ու արդյունքների միջև:⁹

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

- Ի՞նչ է առողջապահական համակարգը:
- Որո՞նք են այն գործոնները, որոնք ազդում են առողջապահական համակարգի գործունեության վրա:
- Որո՞նք են առողջապահական համակարգի նպատակները:

⁷European 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.

⁸Papanicolas 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). [[հղում](#)]

⁹Նույն տեղում:

- Ինչպե՞ս են արդյունավետության վրա ազդող գործոնները կապված առողջապահական համակարգի նպատակների հետ:¹⁰

Առողջապահական համակարգ

Առողջապահական համակարգի գործունեության շրջանակի համաձայն¹¹, առողջապահական համակարգի սահմանները ներառում են 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 ԱՀԳ-ն իրականացնել հետևյալ գործոնների վիճակն արտացոլող տեղեկատվության հիման վրա՝ ֆինանսավորում, բժշկական ծառայությունների մատակարարում, կառավարում և ռեսուրսների *ձևավորում*: Առողջապահության համաշխարհային գեկույցը (2000)¹², միաժամանակ դիտարկում էր դրանք որպես համակարգի չորս հիմնական գործառույթներ՝ ըստ այդմ գնահատելով նաև առողջապահական համակարգի հիմնական գործառույթների արդյունավետությունը:

2007 թվականին հրապարակված ԱՀԿ Առողջապահական համակարգի գնահատման նորացված հայեցակարգային շրջանակը¹³ գործառույթների վրա կենտրոնանալու փոխարեն ներդրեց վեց կառուցակարգային հիմնասյուներ՝ առողջապահական համակարգի մուտքերը ներկայացնելու համար: Դրանք են՝ ծառայությունների մատուցում, առողջապահական աշխատուժ, տեղեկատվություն և հետազոտություններ, բժշկական արտադրանք, պատվաստանյութեր և տեխնոլոգիաներ, առողջապահության ֆինանսավորում, առաջնորդություն և կառավարում:¹⁴

Առողջապահական համակարգի նպատակները

Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատումը միտված է վերլուծելու, նկարագրելու, վերահսկելու և գնահատելու առողջապահական համակարգի գործառնության համապատասխանությունը իր հիմնական նպատակներին:¹⁵

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

¹⁰ 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).

¹¹ Murray C, Frenk J (2000). *A WHO Framework for Health System Performance Assessment*. Geneva, World Health Organization.

¹² WHO (2000). *World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization.

¹³ WHO (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization Document Production Services.

¹⁴ Նույն տեղում, էջ 15:

¹⁵ 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.

ստեղծված իրավիճակի վերլուծության, սահմանում են առողջապահական համակարգի 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:¹⁶

Աղյուսակ 1. Առողջապահական համակարգի նպատակները ըստ տարբեր հայեցակարգերի

Հայեցակարգային շրջանակ/գործիք	Միջանկյալ նպատակներ	Առողջապահության համակարգի վերջնական նպատակներ
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
	Ապահովություն/ Safety	Արդյունավետություն / Efficiency
Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատում (WHO/EURO) / Health System Performance Assessment (WHO/EURO)	Արդարացի հավասարություն / Equity	Առողջության բարելավում / Health improvement
	Արդյունավետություն / Efficiency	Ռիսկերից պաշտպանություն / Risk protection
		Արձագանքման արագություն / Responsiveness
Առողջապահական համակարգի գնահատման մոտեցում (ԱՄՆ ԱԶԾ) / Health System Assessment Approach: A How-To Manual (USAID)	Արդարացի հավասարություն / Equity	Բարելավված առողջություն / Improved Health
	Արդյունավետություն / Efficiency	Արձագանքման արագություն / Responsiveness
	Հասանելիություն / Access	Ռիսկերից պաշտպանություն / Risk protection
	Որակ / Quality	
	Կայունություն / Sustainability	

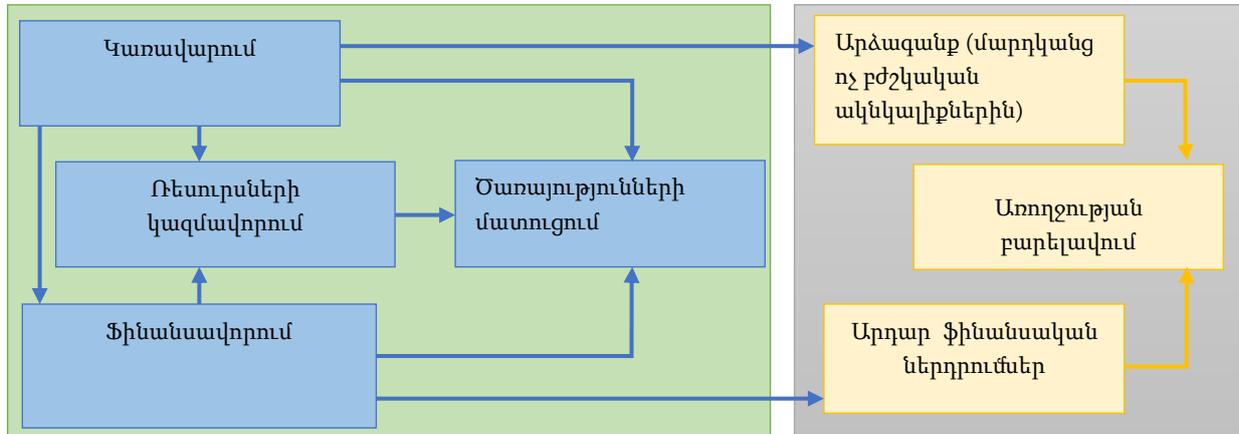
Աղբյուրը՝ Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; 2022 (Health Policy Series, No. 57).

2000 թվականի Առողջապահության համաշխարհային զեկույցի հիմնական նորամուծություններից մեկը առողջապահական համակարգի շրջանակի ներկայացումն էր, որը կապում էր առողջապահական համակարգի գործառույթները, մասնավորապես՝

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).

այն գործոնները, որոնք ազդում են առողջապահական համակարգի գործունեության վրա, առողջապահական համակարգի նպատակների հետ:¹⁷

Գծապատկեր 3. Առողջապահական համակարգի գործառնությունների և նպատակների շրջանակ



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

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 գործունեության գնահատման սահմաններից: Նույն կերպ, ԱՀԳԳ-ն նպատակ չունի չափել սոցիալական, տնտեսական, քաղաքական և մշակութային գործոնների ազդեցությունը առողջապահական համակարգի գործունեության վրա: Միննույն 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:

¹⁷ WHO (2000). World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization.

Նման գործունեւորից շատերը հանդիսանում են առողջության և առողջապահական համակարգի գործունեւորության դետերմինանտներ դրական կամ բացասական իմաստով: Բացասական ազդեցության դեպքում, առողջապահական ոլորտի մասնագետները նման գործունեւորը համարում են ռիսկեր, որոնց մի մասը ունակ են վատթարացնելու մարդկանց առողջութունը, մինչդեռ մյուսները՝ զուտ հասցնելու առողջապահական համակարգի գործունեւորանք:

Առողջապահական համակարգի գործունեւորության գնահատման հայեցակարգային շրջանակի համառոտագրում

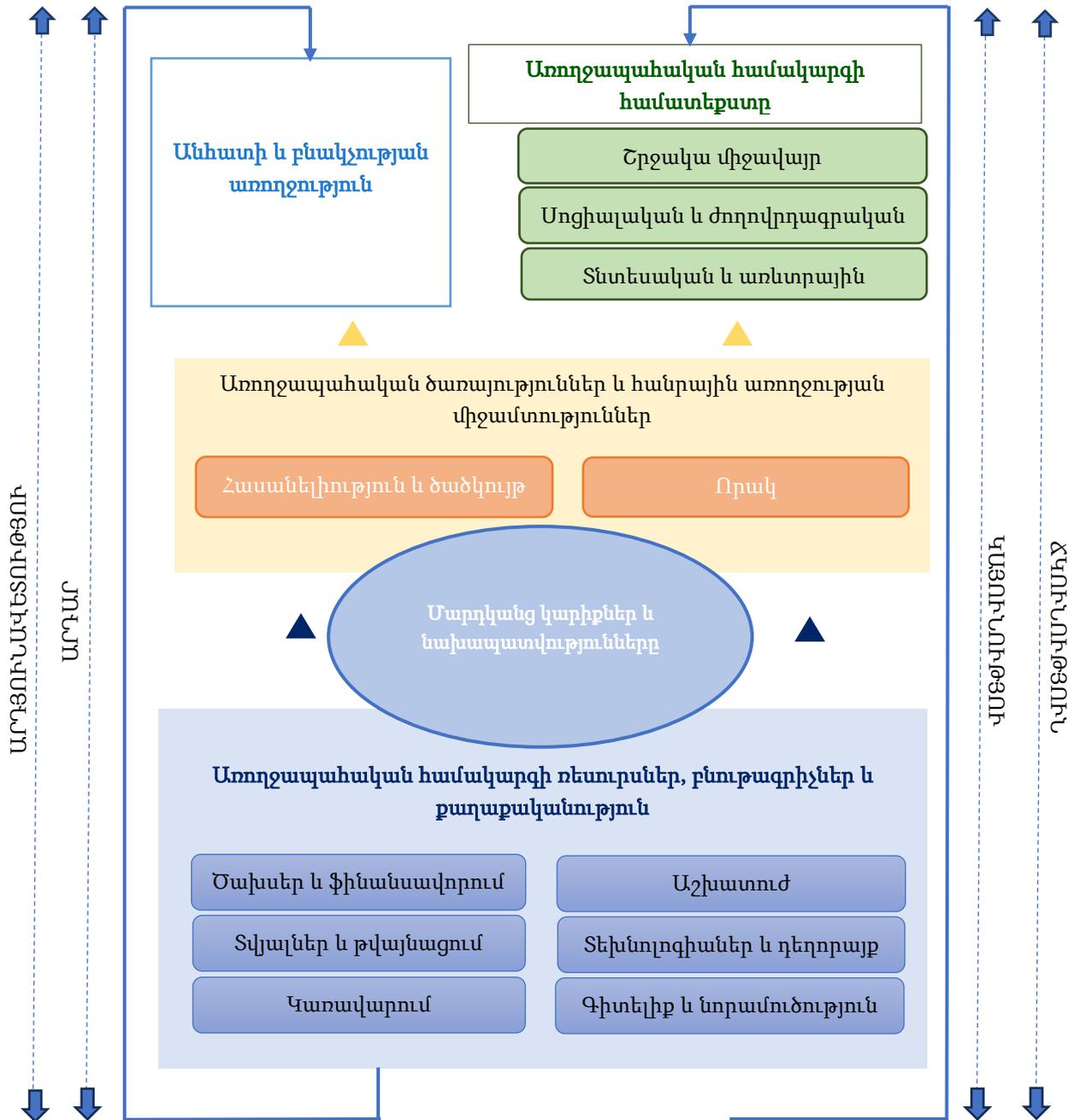
Առողջապահական համակարգի արդյունքները դիտարկվում են ինչպես անհատական, այնպես էլ բնակչության մակարդակներում և վերաբերում են առողջապահական համակարգի գործունեւորության, քաղաքականութան և միջամտութունների ազդեցութունը բնակչության առողջութան վրա:

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

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

ԱՀԳԳ նորացված Շրջանակը նաև ուշադրութուն է հրավիրում առողջապահական համակարգի գործունեւորության չորս «խաչաձև» չափութների վրա՝ մի կողմից արդյունավետութունն ու արդար հավասարութունը, մյուս կողմից՝ կայունութունն ու ճկունութունը:

Գծապատկեր 4. ԱՀԳԳ շրջանակի սխեմատիկ պատկեր



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

Խաչաձևվող չափուժների բնութագրիչ առանձնահատկությունն այն է, որ դրանք չեն պատկանում ԱՀԳԳ Շրջանակի որևէ առանձին բաղադրիչի, 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, շաքարային դիաբետով 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: Ճկունությունը պայմանավորված է ինչպես առողջապահական համակարգերի գործոններով, ներառյալ՝ կարողությունները, ֆիզիկական ռեսուրսները, աշխատուժը և տեղեկատվական համակարգերը, արդյունավետ կառավարումը, այնպես էլ համակարգից դուրս գործոններով, ինչպիսիք կարող են լինել երկրի սոցիալ-տնտեսական 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 ներկա կարիքները՝ չգնասելով ապագա սերունդների՝ սեփական կարիքները բավարարելու կարողությունը:¹⁸

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:

Գլուխ 2. Հայաստանի ժողովրդագրական բնութագիրը

2.1. Բնակչության կազմը

ՀՀ մշտական բնակչության թվաքանակի ընթացիկ հաշվառումը 2023 թվականի հունվարի 1-ից իրականացվում է¹⁹, հաշվարկի հիմք ընդունելով ՀՀ 2022 թվականի մարդահամարի արդյունքները, որոնք արդիականացվել են հաշվետու ժամանակաշրջանում արձանագրված բնակչության բնական հավելաճի և միգրացիայի փաստորդի ցուցանիշների տվյալներով:

2025 թվականի հունվարի 1-ի դրությամբ ՀՀ մշտական բնակչության թվաքանակի ցուցանիշը կազմել է 3,076.2 հազար մարդ, 2024 թվականի տարեսկզբին արձանագրված 2,989.5 հազար մարդու համեմատ:

ՀՀ մշտական բնակչության կազմում 2025 թվականի տարեսկզբի դրությամբ քաղաքային և գյուղական բնակչության մասնաբաժինները կազմել են, համապատասխանաբար՝ 64.1% և 35.9%: Հայաստանի Հանրապետության մշտական բնակչության 47.3 %-ը կազմել են տղամարդիկ, իսկ 52.7%-ը՝ կանայք: 2025 թվականի տարեսկզբի դրությամբ բնակչության միջին տարիքը կազմել է 39.5 տարի, իսկ տղամարդկանց և կանանց համար, համապատասխանաբար՝ 37.4 և 41.4 տարի:

Աղյուսակ 2. Մշտական բնակչության թվաքանակն ըստ սեռի և տարիքի 2025 թվականի հունվարի 1-ի դրությամբ, մարդ

Տարիքը	Քաղաքային բնակչություն			Գյուղական բնակչություն			Ամբողջ բնակչություն		
	տղա-մարդ	կին	ընդամենը	տղա-մարդ	կին	ընդամենը	տղա-մարդ	կին	ընդամենը

¹⁸ OECD (2024), Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, [հղում].

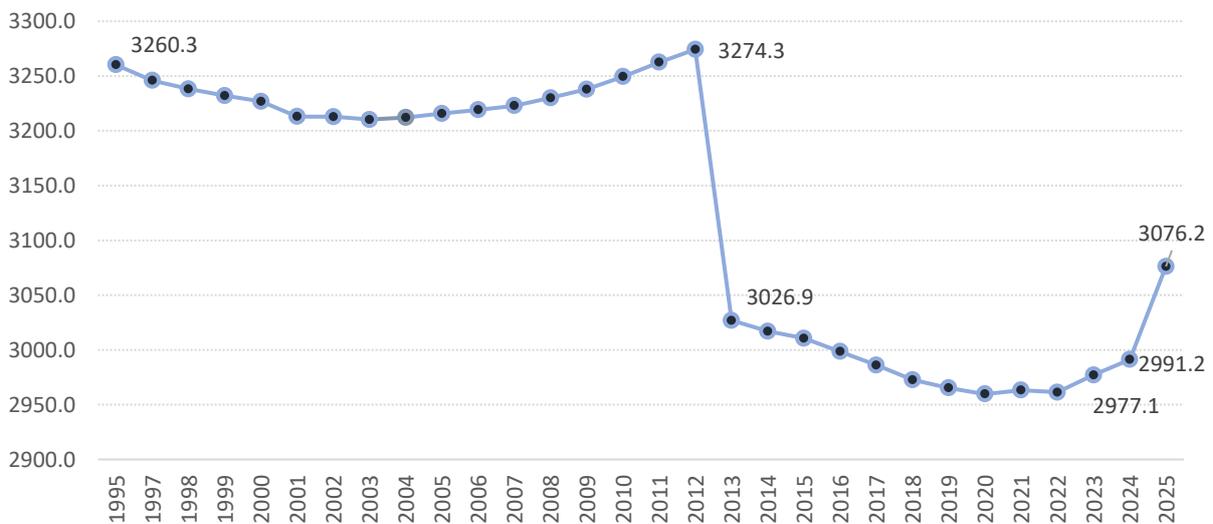
¹⁹ Հայաստանի Հանրապետության 2022թ. մարդահամարի (անցկացված՝ 2022թ. հոկտեմբերի 13-22-ը) տվյալներով Հայաստանի մշտական բնակչության թվաքանակը կազմել է՝ 2 932 731 մարդ, իսկ առկա բնակչության թվաքանակը՝ 2 689 438 մարդ:

0-4	51500	48354	99854	41888	38046	79934	93388	86400	179 788
5-9	59204	54565	113769	41720	35640	77360	100924	90205	191 129
10-14	64693	59720	124413	41914	35515	77429	106607	95235	201 842
15-19	59606	55313	114919	36306	31830	68136	95912	87143	183 055
20-24	51770	55449	107219	30742	27759	58501	82512	83208	165 720
25-29	53505	58014	111519	35834	30992	66826	89339	89006	178 345
30-34	65988	75980	141968	45785	39432	85217	111773	115412	227 185
35-39	70175	83909	154084	44606	39854	84460	114781	123763	238 544
40-44	69531	80995	150526	36497	35780	72277	106028	116775	222 803
45-49	58792	68422	127214	28677	32100	60777	87469	100522	187 991
50-54	49751	60453	110204	27593	30998	58591	77344	91451	168 795
55-59	43684	58244	101928	33369	37728	71097	77053	95972	173 025
60-64	55052	79454	134506	42126	44410	86536	97178	123864	221 042
65-69	57072	86126	143198	32883	37501	70384	89955	123627	213 582
70-74	44308	67884	112192	17582	22916	40498	61890	90800	152 690
75-79	24523	38812	63335	7651	12552	20203	32174	51364	83 538
80-84	11759	21066	32825	4428	8232	12660	16187	29298	45 485
85+	9055	18534	27589	4471	9633	14104	13526	28167	41 693
Ընդամենը	899968	1071294	1971262	554072	550918	1104990	1454040	1622212	3076252

Աղբյուրը՝ ԱՐՄՍՍՍՍ

Բոլոր մարզերում և ք. Երևանում 2025 թվականին նախորդ տարվա ցուցանիշի համեմատ արձանագրվել է մշտական բնակչության թվաքանակի աճ: Ինչպես և նախորդ տարիներին, բնակչության 1/3-ից ավելին բնակվել է Երևան քաղաքում:

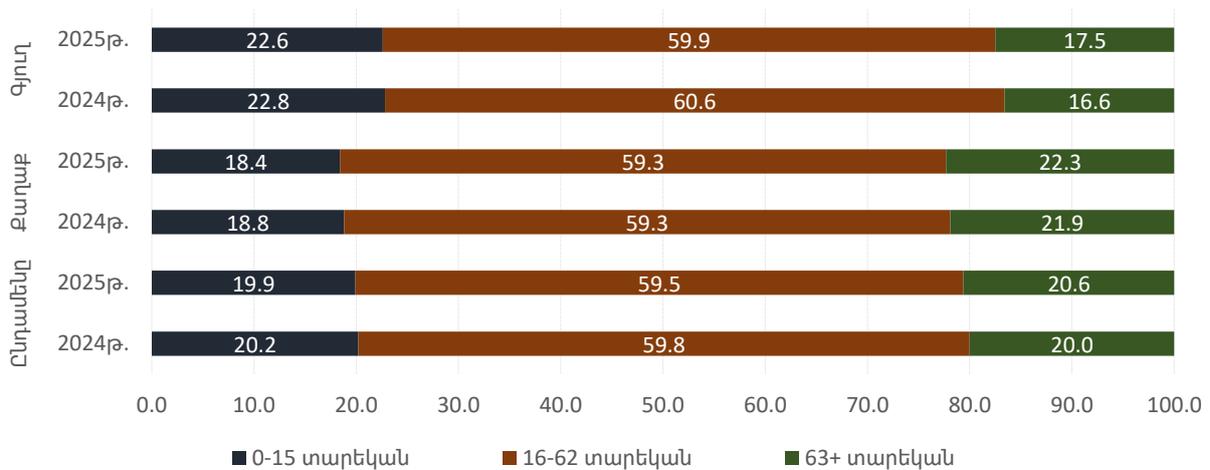
Գծապատկեր 5. ՀՀ մշտական բնակչության թվաքանակը 1995-2025, հազար մարդ



Աղբյուրը՝ ԱՐՄՍՍՍՍ

ՀՀ մշտական բնակչության տարիքային բուրգը ցույց է տալիս, որ Հայաստանի բնակչությունն ունի ծերացման միտում: Ըստ ՄԱԿ-ի կողմից սահմանված ժողովրդագրական ծերացման սանդղակի, եթե երկրի բնակչության կառուցվածքում 65 և բարձր տարիքի բնակչության մասնաբաժինը կազմում է 7%-ից ավելի, ապա տվյալ բնակչությունը համարվում է ծերացող: Այդ ցուցանիշը 2025թ. տարեկազմի դրությամբ ՀՀ-ում կազմել է 17.5%:²⁰

Գծապատկեր 6. Քաղաքային և գյուղական բնակչության կառուցվածքն ըստ հիմնական տարիքային խմբերի, 2024-2025 տարեկազմի դրությամբ, %



Աղբյուրը՝ ԱՐՄՍՍՍՍ

2025թ. տարեկազմի դրությամբ ՀՀ մշտական բնակչության թվաքանակի 59.5%-ը կազմել է աշխատունակ տարիքի բնակչությունը (16-62 տարեկան), 19.9%-ը՝ աշխատունակ տարիքից ցածր (0-15 տարեկան), իսկ 20.6%-ը՝ աշխատունակ տարիքից բարձր (63 և ավելի տարեկան) բնակչությունը:

ՀՀ բնակչության կառուցվածքում՝ 1,000 աշխատունակ տարիքի բնակչության հաշվարկով՝ անաշխատունակ տարիքի բնակչության թվաքանակը կազմել է 681 մարդ, որից՝ 63 և բարձր տարիքի տարեցները կազմել են 346, իսկ 0-15 տարեկան երեխաները՝ 335 մարդ:

Աղյուսակ 3. Բնակչության խնամատրության գործակիցները, 2023-2024

Տարի	Խնամատրության գործակիցը, %		
	Ընդամենը	Երիտասարդների (0-15)	Տարեցների (63+)
2023	67.2	33.8	33.4
2024	68.1	33.5	34.6

Աղբյուրը՝ ԱՐՄՍՍՍՍ

2.2 Ծնելիությունը

²⁰Statistical Committee of the Republic of Armenia (ArmStat), “Health and Healthcare Indicators”, <https://www.armstat.am/am/?nid=82&id=2786>

Պտղաբերության (ծնելիության գումարային) գործակիցը՝ ֆերտիլ (ծնունակ) տարիքի (15-49 տարեկան) մեկ կնոջ հաշվով 2024թ. կազմել է 1.714 միավոր, բնակչության վերարտադրության Բրուտո գործակիցը¹ կազմել է 0.818, իսկ բնակչության վերարտադրության Նետո գործակիցը²՝ 0.786 միավոր:

Աղյուսակ 4. Ծնելիության տարիքային գործակիցները 2024

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	9.1	87.2	112.8	79.9	42.5	10.2	1.1	47.7
Քաղաքային	4.7	56.5	89.8	70.9	39.2	9.8	1.2	38.3
Գյուղական	16.8	148.4	155.1	97.3	49.7	11.1	0.8	66.4

Աղբյուրը՝ ԱՐՄՍՍՍ

2024 թվականին մայրանալու միջին տարիքը երեխայի ծննդյան ժամանակ կազմել է 29.2 տարի, առաջին երեխայի ծննդյան ժամանակ՝ 26.2 տարի:

Ըստ ծննդի հաջորդականության՝ երրորդ և բարձր կարգի ծնունդները 2024 թվականին կազմել են կենդանի ծնվածների ընդհանուր թվաքանակի 35.6%՝ գերազանցելով նախորդ տարվա ցուցանիշը 1.6 %-ային կետով:

Գծապատկեր 7-ում ներկայացված են Հայաստանում ծնելիության տարիքային գործակիցները 2003, 2013 և 2023 թվականներին՝ ըստ տարիքային խմբերի: Ցուցանիշները չափվում են 1000 կնոջ հաշվով՝ համապատասխան տարիքային խմբում:

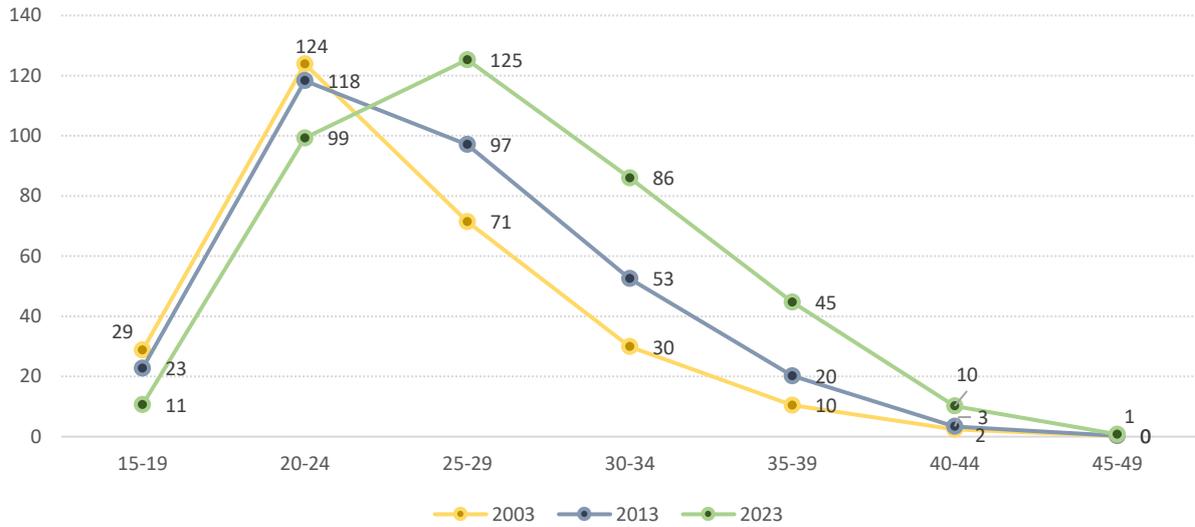
Ծնելիության տարիքային գործակիցների նվազում է 15-19 և 20-24 տարիքային խմբերում՝ 2003 թվականից մինչև 2023 թվականը: Միննույն ժամանակ, ծնելիության գործակիցները զգալիորեն աճել են ավելի բարձր տարիքային խմբերում (25-44), ինչը ցույց է տալիս, որ կանայք ավելի ուշ են երեխա ունենում: 2023 թվականին 25-29 տարեկան կանանց ծնելիության գործակիցը գերազանցում է 20-24 տարեկանների ցուցանիշը, ինչը նախկինում տեղի չի ունեցել:

Ծնելիության ամենաբարձր գործակիցները եղել են 20-24 և 25-29 տարիքային խմբերում բոլոր երեք տարիներին:

¹ Ֆերտիլ/Ծնունակ տարիքում (15-49 տարեկան) միջին հաշվով քանի աղջիկ երեխա կծնի կինը, ծնելիության տվյալ տարվա մակարդակի պահպանման դեպքում:

² 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:

Գծապատկեր 7. Ծնելիության տարիքային գործակիցները, 2003, 2013, 2023, համապատասխան տարիքային խմբի՝ 1000 կնոջ հաշվով



2.3. Բնակչության բնական շարժը

2024 թվականին արձանագրվել է 33,593 ծնունդ, իսկ ծնելիության ընդհանուր գործակիցը, 1,000 բնակչի հաշվով, կազմել է 11.1 պրոմիլ:

2024 թվականին գրանցված կենդանի ծնվածների 26.2%-ը չգրանցված ամուսնություններից են, որոնք արձանագրվել են ծնողների համատեղ կամ մոր հայտարարությամբ:

2024 թվականին արձանագրվել է 25 435 մահվան դեպք, որը նախորդ տարվա համեմատ աճել է 1 122-ով, կամ 4.6%-ով: Մահացության ընդհանուր գործակիցը 2024 թվականին կազմել է 8.4 ‰: Ընդ որում, քաղաքային բնակչության շրջանում մահացության գործակիցը կազմել է 8.8‰, իսկ գյուղականում՝ 7.6‰:

Աղյուսակ 5. Ծնելիության ու մահացության ցուցանիշները, 2014-2024, 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

2024	33.6	18.0	15.6	25.5	17.2	8.3	8.1	0.8	7.3
------	------	------	------	------	------	-----	-----	-----	-----

Աղբյուրը՝ ԱՐՄՍՍՍՏ

Ծննդյան և մահվան ցուցանիշների տարբերությունով ձևավորված բնակչության բնական հավելաճը 2024 թվականին կազմել է 8.1 հազ. մարդ՝ 2023թ. 12.3 հազ. մարդու համեմատ: 2024 թվականին ՀՀ բնակչության բնական հավելաճի ընդհանուր գործակիցը կազմել է 2.7 ‰ (1,000 բնակչի հաշվով), նախորդ տարում արձանագրված՝ 4.1 ‰ համեմատ:

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:²¹

Աղյուսակ 6. Կլաստերների, տիրույթների, ենթատիրույթների ակնարկի օրինակ

Կլաստեր	Տիրույթ	Ենթատիրույթ	
Արդյունքներ	Առողջական վիճակ	Առողջական վիճակի ինքնագնահատական	
	Հաշմանդամություն	Հաշմանդամության տեսակներ	
	Հիվանդացություն	Հիվանդությունների բեռ Հիվանդացությունն ըստ հիվանդությունների խմբերի	
	Մահացություն	Մահացություն	Կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից
			Վաղաժամ մահացություն
			Մահացության պատճառներ
	Ռիսկի գործոններ	Ռիսկի գործոններ	Ավելորդ քաշ/ճարպակալում
			Կենսակերպ/չրջակա միջավայր
Առողջական գրագիտություն/վարք			
Ներդրումներ	Հասանելիություն	Ֆիզիկական հասանելիություն Ֆինանսական մատչելիություն	
	Մարդակենտրոն	Մարդակենտրոն	Ծառայությունների որակի վերաբերյալ խնամյալների գնահատական
			Անձնակազմի փորձառության վերաբերյալ խնամյալների գնահատական
			Խնամակալի փորձառություն
			Բժշկական անձնակազմի փորձառություն
	Որակ	Կլինիկական արդյունավետություն	
	Ծախսեր	Ապահովվածություն Ծախսեր	
	Գործընթացներ	Համակարգում	Առողջության ինքնագնահատական Ընթացիկ կառավարում
Ինտեգրում		Բժշկական օգնություն Կրկնակի հոսպիտալացում	
Շարունակականություն		Տեղեկատվական Խնամյալների հետ հարաբերություն	
Կառուցվածքներ	Բժշկական անձնակազմ/աշխատուժ	Բժշկական անձնակազմի կառուցվածք և կարողությունների պլանավորում	
	Առողջապահական ծառայությունների կառուցվածք	Ենթակառուցվածքներ	
	Առողջապահական տեխնոլոգիաներ	Տեխնոլոգիաների ներդրում և օգտագործում	
	Առողջապահական տեղեկատվական համակարգ	Գրանցման համակարգ Թվայնացում	
Ֆինանսներ	Ծախսեր Փոխհատուցման մեխանիզմներ Ներդրումներ		
Խաչաձևվող-չափումներ	Արդար հավասարություն	Բնակչության սոցիալական խմբեր Ըստ եկամտի չափի բնակչության խմբեր Աշխարհագրական կառուցվածք	
	Արդյունավետություն	Կարճաժամկետ Միջնաժամկետ Արկարաժամկետ	
	Ճկունություն	Մոտիվացված 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 7. 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 զանգվածային սոցիոլոգիական հետազոտությունների փջոցով:

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 Զունգի սանդղակի կիրառմամբ,

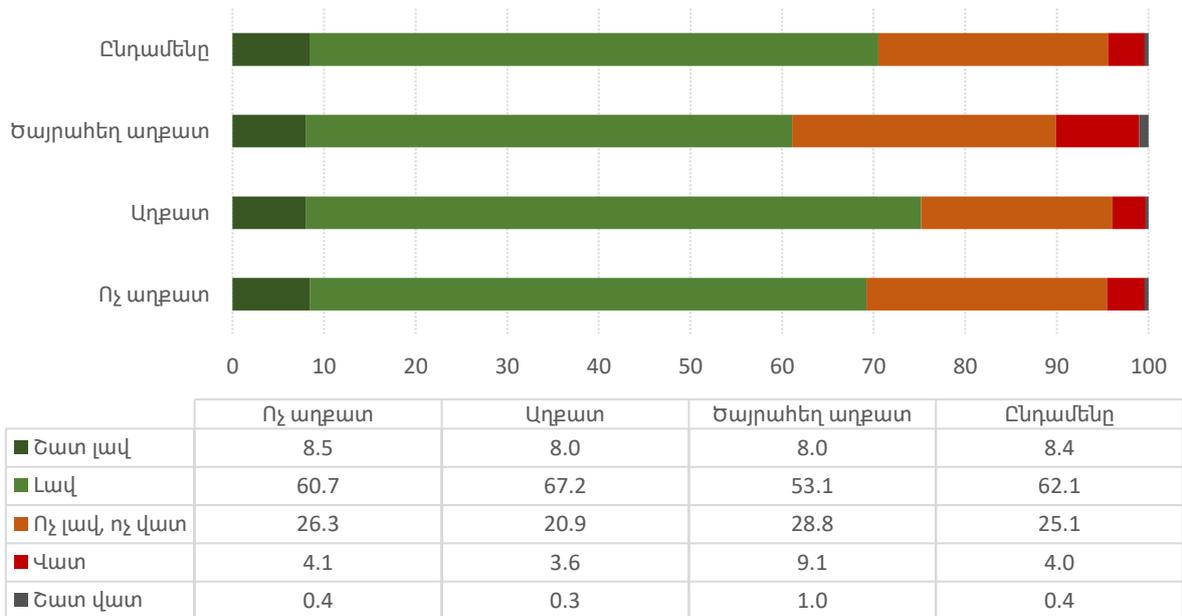
1.4 Քրոնիկական հիվանդությունների տարածվածության գնահատում, որում ներկայացված են տվյալներ բժշկի կողմից ախտորոշված հիմնական քրոնիկ հիվանդությունների դեպքերը և բժշկի կողմից դրանց բուժման կամ դեղորայքի նշանակման դեպքերի տոկոսը:²²

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 2024 թվականի SSԿԱՀ-ի արդյունքների, առողջական վիճակի՝ սուբյեկտիվ գնահատականները բաշխվել են հետևյալ կերպ՝ շատ լավ, լավ, ոչ լավ, ոչ վատ գնահատականը ստացվել է 95.6% բնակչության կողմից, իսկ վատ և շատ վատ գնահատականը՝ 4.4%-ի կողմից:

Գծապատկեր 8. Առողջական վիճակի սուբյեկտիվ գնահատականները ըստ աղքատության մակարդակների, 2024, %



Աղբյուրը՝ SSԿԱՀ 2024թ.

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:

3.1.1.2 Ա.2 Հաշմանդամություն

Հաշմանդամության կամ ֆունկցիոնալության սահմանափակության ինքնագնահատականի և հաշմանդամություն ունեցող անձանց վերաբերյալ ներկայացված են հետևյալ ցուցանիշները.

Աղյուսակ 8. 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.	Հաշմանդամություն ունեցող անձինք աշխատունակ բնակչության շրջանում
Ա.2.3.	Հաշմանդամությամբ ճշգրտված կյանքի տարիներ (DALYs)

Ա.2.1 Առողջական խնդիրների պատճառով սովորական գործունեության մեջ երկարատև սահմանափակումներ ունեցող անձինք

Հայաստանում բնակչության բնականոն գործունեության և առողջապահական ծառայությունների հասանելիության և մատչելիության վերաբերյալ տվյալներ հավաքագրվում են ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի կողմից ամենամյա պարբերականությամբ իրականացվող «Տնային տնտեսությունների կենսապայմանների ամբողջացված հետազոտության (SSԿԱՀ)» բազմաչափ աղբատության գնահատման բաղադրիչով: Բազմաչափ աղբատությունն ուսումնասիրելու համար ընտրվել են Հայաստանում աղբատությունը բնութագրող զրկանքներ, որոնց քննարկումը կարող է նպաստել բնակչության կենսամակարդակի բարձրացմանն ուղղված քաղաքականությունների մշակմանը: Բազմաչափ աղբատության գնահատման համար 2024 թվականի SSԿԱՀ-ով Հայաստանում դիտարկվել են հետևյալ հինգ չափումները՝ հիմնական կարիքներ, բնակարանային պայմաններ, կրթություն, աշխատանք և առողջապահություն: Գնահատումը կատարվել է SSԿԱՀ-ի միջոցով հավաքված տվյալների հիման վրա, ինչը հնարավորություն է տվել ձևավորել համապետական մակարդակով ներկայացուցչական տվյալներ:

Աղյուսակ 9. Բազմաչափ աղքատության գնահատման համար ընտրված չափումները և ցուցանիշները

Չափում. առողջապահություն	Բովանդակությունը	Ցուցանիշ
Բնականոն գործունեության դադարեցում	Առնվազն մեկ անդամ հիվանդության, վնասվածքի կամ վատառողջության պատճառով դադարեցրել է բնականոն գործունեությունը	4.9%
Առողջապահական ծառայությունների մատչելիություն	Չունի ֆինանսական միջոցներ բուժհաստատությունների կողմից մատուցվող առողջապահական (բացառությամբ ատամնաբուժական) ծառայությունների, բժշկի կողմից նշանակված ստուգումների, ուսումնասիրությունների և պրոցեդուրաների դիմաց վճարելու համար (անվճար ծառայությունների անհասանելիության կամ դժվար հասանելիության դեպքում)	38.0%
Առողջապահական հաստատությունների հասանելիություն	Չունի հարևանությամբ գործող բուժհաստատությունից, շտապօգնության ծառայություններից, դեղատնից օգտվելու հնարավորություն	7.9%
Առողջապահական ծառայությունների որակ	Գոհ չէ առողջապահական ծառայություններից	0.0%

Աղբյուրը՝ ԱՐՄԱՍՍ, ՏՏԿԱՀ 2024:

Միաժամանակ, ՀՀ ԱՍՀՆ տեղեկատվություն է հավաքագրում հիվանդության պատճառով աշխատունակ տարիքի բնակչության ժամանակավոր աշխատունակության դեպքերի և անաշխատունակության/բացակայության օրերի թվի վերաբերյալ:

Աղյուսակ 10. Աշխատանքային տարիքի զբաղված բնակչության աշխատանքից բացակայության կամ կորցրած աշխատանքային օրեր

Հիվանդություն	Ժամանակավոր աշխատունակության կորստի դեպքերի քանակ	Ժամանակավոր աշխատունակության օրեր / հիվանդության օրեր
Հիվանդություններ	1299	9867
Չարորակ հիվանդություններ	36	702
Ներգտական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	8	51
2 տիպի ինսուլինակախ շաքարային դիաբետ	17	155
Արյան շրջանառության հիվանդություններ	22	199
Գերձնշումային հիվանդություններ	16	141
Մրտի իշեմիկ հիվանդություն	21	211

Սրտամկանի սուր ինֆարկտ, սրտամկանի կրկնակի ինֆարկտ	5	115
Ուղեղանոթային հիվանդություններ	4	54
Սուբառախնդիդալ, ներուղեղային, ոչ զննարկված քային ներզանգային արյունազեղում, ուղեղի ինֆարկտ, ինսուլտ չճշտված	17	131
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	315	1956
Քրոնիկ բրոնխիտ՝ չճշտված	17	256
Ալերգիկ եղնջացան	1	4
Թուրքի վիրահատություն	3	36
Հղիություն և ծննդաբերություն	8	1120
Հղիություն	8	522
Ընտանիքի հիվանդ անդամի խնամք	26	165
Սալջարդ կրծքավանդակի	1	16
Աբսցես կրծքավանդակի	2	25
Խոլեցիստիտ	1	9
Գոնարտրոզ	1	20
Կրծքագեղձի ադենոմա	3	59
Ալերգիկ դերմատիտ	3	17
Գ/ՈՒ փակ զննարկված	2	52
Զրծաղիկ	3	37
Ստաֆիլոկոկային ինֆեկցիա	3	20
Լյումբալգիա	1	4
Մահացած պտուղ	1	5
Բազմահոդաբորբ	1	12
Դորսալգիա	1	5
Բունոցային մազաթափություն	1	4
Ոսկրային հիվանդություն, կոտրվածք, սալջարդ	7	94
Սուր էնտերիտ	1	5
Միզապարկի բորբոքում	1	16
Արգանդի միոմա/ կանացի հիվանդություններ	9	160
Լեղաքարային խոլեցիստիտ	6	83
Հետվիրահատական վիճակ խոլեցիստիտէկտոմիայից հետո	3	49
COVID 19	1	7
Քթի միջնապատի հետվիրահատակ բուժում	5	49
Վարիկոզ ստորին վերջույթների վենեկտոմիա	7	77
Բազկային վզիկի կոտրվածք	2	53

Ողնաշարի գոտկասրբանային հատվածի էքստրալիա	1	21
Ստենոզացնող լիգամենտիտ	1	6
Հայմոռյան ծոցերի բորբոքում	2	9
Վենեկտոմիա ա/վերջույթների	1	7
Դիսպեպսիա	1	3
Պսորիազ	1	9
Սրտային անբավարարություն կանգային	2	16
Գաստրոդուոդենիդ	1	3
Ճողվածք/Որովայնի ճողվածքահատում	8	172
Կրծքագեղձի պապիլոմայի հեռացում	2	21
Կոկսարթրոզ	1	13
Տարիքային կատարակտա	5	73
Աջ ծնկի հետվիրահատական վիճակ	2	60
Աջակոմյան քրոնիկ պոլիպոզ հեմիսինուսիտ	3	19
Գոտկային օստիոլտնոդոզ	1	3
Կարմրուկ	2	9
Ռադիկուլոպատիա	4	34
Աջ ստորին վերջույթի ֆլեբեկտոմիա	2	5
Դիսցիրկուլյար էնցեֆալոպատիա	1	6
Ս/Վ վարիկոզ հիվանդություն	1	12
Հաստ աղու ադենոկարցինոմա	1	36
Հիստերոսկոպիա, պոլիպի հեռացում	1	8
Ադենոմիոզ	1	7
Մարսոդական	27	196
Միզաքարային	8	57
Հետվիրահատական	54	388
Նյարդեր՝ աչք	53	29
Մաշկային	4	379
Ռինոպլաստիկա	6	92
Գաստրիտ	2	26
Լումբագո	6	119
Պոչուկի կիստա	1	21
Շականակագեղձի հիվանդություն	1	7
Թոքաբորբ	6	48
Նևրոզ	1	7
Ռևմատոիդ արտրիտ	1	15
Այլ՝ վերը չնշված հիվանդություններ	244/1543	2621/12488

Ա.2.2 Հաշմանդամություն ունեցող անձինք աշխատունակ բնակչության շրջանում 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 «թեթև, 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 բժշկատոցիալական 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:

Առաջին անգամ հաշմանդամություն ունեցող անձ ճանաչվածների վերաբերյալ տվյալները ներկայացված են (Աղյուսակ 11) ըստ 4 հիմնական տարիքային խմբերի, ֆունկցիոնալության աստիճանների և հաշմանդամության տեսակի: Ըստ տարիքային խմբերի հաշմանդամություն ունեցող անձանց գրեթե կեսը կազմել են 40-65 տարեկանները, այնուհետ 65 տարեկանից բարձր տարիք ունեցողները: Հաշմանդամության տեսակներից գերակշռում են քրոնիկ հիվանդությունները ու հենաշարժական խնդիրները: Հաշմանդամություն ունեցողների ճնշող մեծամասնությունը ունեն ֆունկցիոնալության միջին աստիճանի սահմանափակում:

Առաջին անգամ հաշմանդամություն ունեցող պացիենտների կառուցվածքում ըստ բոլոր

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

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

բաղադրիչների գերակշռում է տղամարդկանց տեսակարար կշիռը:

Աղյուսակ 11. Առաջին անգամ հաշմանդամություն ունեցող անձ ճանաչվածների թիվն ըստ հաշմանդամության տեսակի, ֆունկցիոնալության սահմանափակման աստիճանի և տարիքային խմբերի, 2024., մարդ

	Ընդամենը	Ֆունկցիոնալության խորը աստիճանի սահմանափակմամբ	Ֆունկցիոնալության ծանր աստիճանի սահմանափակմամբ	Ֆունկցիոնալության միջին աստիճանի սահմանափակմամբ
Հենաշարժական խնդիրներով	3850	186	908	2756
Տեսողական խնդիրներով	926	58	206	662
Լսողական, խոսքի, ձայնի խնդիրներով	232	-	77	155
Հոգեկան (մտավոր)	1156	28	410	718
Քրոնիկ խնդիրներով	7152	27	1620	5505
Ընդամենը	13316	299	3221	9796
0-18 տարեկան				
Հենաշարժական խնդիրներով	255	20	64	171
Տեսողական խնդիրներով	30	1	2	27
Լսողական, խոսքի, ձայնի խնդիրներով	44	-	13	31
Հոգեկան (մտավոր)	585	8	241	336
Քրոնիկ խնդիրներով	195	-	27	168
Ընդամենը	1109	29	347	733
18-40 տարեկան				
Հենաշարժական խնդիրներով	531	22	100	409
Տեսողական խնդիրներով	94	1	9	84
Լսողական, խոսքի, ձայնի խնդիրներով	18	-	4	14
Հոգեկան (մտավոր)	259	3	64	192
Քրոնիկ խնդիրներով	547	1	87	459
Ընդամենը	1449	27	264	1158
40-65 տարեկան				
Հենաշարժական խնդիրներով	1848	57	326	1465
Տեսողական խնդիրներով	367	9	69	289
Լսողական, խոսքի, ձայնի խնդիրներով	107	-	27	80
Հոգեկան (մտավոր)	227	2	59	166
Քրոնիկ խնդիրներով	3555	11	693	2851
Ընդամենը	6104	79	1174	4851
65 տարեկանից բարձր				
Հենաշարժական խնդիրներով	1216	87	418	711
Տեսողական խնդիրներով	435	47	126	262
Լսողական, խոսքի, ձայնի խնդիրներով	63	-	33	30
Հոգեկան (մտավոր)	85	15	46	24
Քրոնիկ խնդիրներով	2855	15	813	2027

Ընդամենը	4654	164	1436	3054
-----------------	-------------	------------	-------------	-------------

Աղյուսակ 12. Առաջին անգամ հաշմանդամություն ունեցող անձ ճանաչվածների թիվն ըստ հաշմանդամության տեսակի, ֆունկցիոնալության սահմանափակման աստիճանի և սեռի, 2024 տարեվերջի դրությամբ, մարդ

արական	Ընդամենը	Ֆունկցիոնալության խորը աստիճանի սահմանափակմամբ	Ֆունկցիոնալության ծանր աստիճանի սահմանափակմամբ	Ֆունկցիոնալության միջին աստիճանի սահմանափակմամբ
Հենաշարժական խնդիրներով	2014	105	505	1404
Տեսողական խնդիրներով	505	36	105	364
Լսողական, խոսքի, ձայնի խնդիրներով	171	-	64	107
Հոգեկան (մտավոր)	778	7	282	489
Քրոնիկ խնդիրներով	3655	18	925	2712
Ընդամենը	7123	166	1881	5076
իգական	Ընդամենը	Ֆունկցիոնալության խորը աստիճանի սահմանափակմամբ	Ֆունկցիոնալության ծանր աստիճանի սահմանափակմամբ	Ֆունկցիոնալության միջին աստիճանի սահմանափակմամբ
Հենաշարժական խնդիրներով	1836	81	403	1352
Տեսողական խնդիրներով	421	22	101	298
Լսողական, խոսքի, ձայնի խնդիրներով	61	-	13	48
Հոգեկան (մտավոր)	378	21	128	229
Քրոնիկ խնդիրներով	3497	9	695	2793
Ընդամենը	6193	133	1340	4720

Աղբյուրը՝ ԱՐՄՄՍՍՍ

Հաշմանդամություն

2024 թվականի վերջի դրությամբ հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվաքանակը կազմում է ավելի քան 161,459 մարդ, որից մոտ 149,545 մարդ ունի անժամկետ հաշմանդամություն:

Աղյուսակ 13. Հաշվառված հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվաքանակն ըստ տարիքային խմբերի, 2024 տարեվերջ, մարդ

	Ընդամենը	նրանցից՝ կանայք
Մինչև 18 տարեկան	6,492	2,108
18-ից մինչև 40 տարեկան	16,306	4,973
նրանցից՝ անժամկետ	15,048	4,542
40-ից մինչև կենսաթոշակային տարիքի	48,329	20,125
նրանցից՝ անժամկետ	44,581	18,268
Կենսաթոշակային տարիքի և բարձր	90,332	50,861
Ընդամենը	161,459	78,067
նրանցից՝ անժամկետ ²	149,545	73,473

Աղբյուրը՝ ԱՐՄՍՍՍՍ

² 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:

Աղյուսակ 14. Հաշվառված հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվաքանակն ըստ հաշմանդամության պատճառների և հաշմանդամության խմբերի, 2024 տարեվերջ, մարդ

	I խումբ		II խումբ		III խումբ		Հաշմանդամություն ունեցող երեխա	
	ընդամենը	նրանցից՝ իգական	ընդամենը	նրանցից՝ իգական	ընդամենը	նրանցից՝ իգական	ընդամենը	նրանցից՝ իգական
Ընդհանուր հիվանդություններ	4346	1999	40416	21272	75543	43522	-	-
Մանկուց հիվանդություն	3317	1402	10196	4001	10432	2936	6490	2107
Զինձառայության հետ կապված	521	8	4 015	79	3 889	127	-	-
այդ թվում՝								
ՀՀ սահմանները պաշտպանելիս	164	6	1736	43	1061	34	-	-
զինձառայության ընթացքում	196	2	1401	26	1902	89	-	-
զինվորական պարտականությունները կատարելիս	90	-	757	6	667	3	-	-
հակառակորդի հետ շփման գծում մարտական հերթապահության կամ հատուկ առաջադրանք կատարելու ժամանակ	63	-	47	-	253	-	-	-
Հայրենական մեծ պատերազմի և այլ պետություններում մարտական գործողությունների ժամանակ	8	-	74	4	6	1	-	-
Աշխատանքային խեղում	69	18	396	108	825	153	-	-
Մասնագիտական հիվանդություն	3	-	64	28	79	24	1	-
Չեռնոբիլի ԱԷԿ-ի վթարի վերացման հետ կապված	3	-	249	4	196	2	-	-
Տարերային, տեխնածին և այլ աղետների, ինչպես նաև դրանց վերացման աշխատանքների ժամանակ ստացած հիվանդություն, խեղում, փաստվածք	42	31	268	176	98	69	1	1
Ընդամենը	8301	3458	55604	25668	91062	46833	6492	2108

Աղբյուրը՝ ԱՐՄՍՍՍ

Աղյուսակ 15. Հաշվառված հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվաքանակն ըստ հիվանդությունների և հաշմանդամության խմբերի, 2024 տարեվերջ, մարդ

	I խումբ		II խումբ		III խումբ		Հաշմանդամություն ունեցող երեխա	
	Ընդամենը	նրանցից՝ հգական	Ընդամենը	նրանցից՝ հգական	Ընդամենը	նրանցից՝ հգական	Ընդամենը	նրանցից՝ հգական
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	1228	530	14539	6850	29045	15904	37	11
Նորագոյացություններ	369	206	4675	2435	7533	4752	161	81
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	1872	822	5180	2351	5062	2534	1473	517
Հոգեկան և վարքի խանգարումներ	1797	709	10861	4143	6474	2311	2279	542
Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	465	87	2343	539	4264	1167	53	22
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	21	10	1984	1137	3126	1890	42	7
Տուբերկուլյոզ	24	11	460	131	936	239	7	1
Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	19	11	626	271	1460	658	21	5
Մկանակմախքային (ոսկրամկանային) համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	281	158	3212	2138	7361	4689	103	40
Ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	127	66	2788	1674	5815	4039	582	276
Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ	1439	633	2974	1465	10349	4043	325	100
Ականջի և պտկաձև ելունի հիվանդություններ	12	4	1281	620	1380	715	304	118
Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	90	35	1145	593	1594	1064	32	4
Բնածին զարգացման արատներ, դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	129	70	979	601	2278	1265	935	347
Այլ հիվանդություններ	428	106	2557	720	4385	1563	138	37
Ընդամենը	8301	3458	55604	25668	91062	46833	6492	2108

Աղբյուրը՝ ԱՐՄԱՍՍ

Աղյուսակ 16. Հաշվառված հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվաքանակն ըստ հաշմանդամության խմբերի, ՀՀ մարզերի և Երևան քաղաքի, 2024 տարեվերջ, մարդ

այդ թվում՝ ըստ հաշմանդամության խմբերի

	Հաշմանդամների թվաքանակը		I		II		III		հաշմանդամություն ունեցող երեխա	
	Ընդամենը	նրանցից՝ իգական	Ընդամենը	նրանցից՝ իգական	Ընդամենը	նրանցից՝ իգական	Ընդամենը	նրանցից՝ իգական	Ընդամենը	նրանցից՝ իգական
ք.Երևան	48049	23402	3167	1331	16986	8102	25752	13287	2144	682
Արագածոտն	7290	3334	373	162	2575	1148	4054	1940	288	84
Արարատ	15483	7478	856	365	4978	2218	8972	4691	677	204
Արմավիր	11066	4796	549	228	3712	1499	6237	2893	568	176
Գեղարքունիք	15330	7411	635	251	5282	2427	8954	4604	459	129
Լոռի	15811	7931	664	266	5455	2729	9200	4754	492	182
Կոտայք	12432	5672	573	229	3854	1656	7483	3617	522	170
Շիրակ	15944	8090	654	293	5605	2610	8929	4926	756	261
Սյունիք	9084	4413	402	162	3234	1410	5205	2750	243	91
Վայոց ձոր	3815	1951	124	48	1355	626	2246	1244	90	33
Տավուշ	7155	3589	304	123	2568	1243	4030	2127	253	96
Ընդամենը ՀՀ	161459	78067	8301	3458	55604	25668	91062	46833	6492	2108

Աղբյուրը՝ ԱՐՄՍՍՍՍ

Աղյուսակ 17. Հաշվառված հաշմանդամություն ունեցող անձանց երաշխավորված վերականգնողական միջոցառումների քանակն ըստ վերականգնողական միջոցառումների տեսակների, 2024 տարեվերջ, միավոր

	Վերականգնողական միջոցառումների քանակը		դրանցից՝ հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին	
	Ընդամենը	դրանցից՝ իգականին	Ընդամենը	դրանցից՝ իգականին
Բժշկական վերականգնում այդ թվում՝	176259	84186	7627	2538
վերականգնողական բուժում	150591	73187	5595	1797
վերակառուցողական վիրաբուժություն	1253	628	61	19
առողջարանային բուժում	3093	1620	2	2
պրոթեզաօրթոպեդիկ օգնություն	7973	2518	1158	434
վերականգնողական տեխնիկական միջոցներ	13349	6233	811	286
Մասնագիտական վերականգնում	62209	31492	609	187
Սոցիալական վերականգնում	90416	45038	4815	1609
Ընդամենը	328884	160716	13051	4334

Աղբյուրը՝ ԱՐՄՍՍՍՍ

Աղյուսակ 18. Հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվաքանակը ըստ խմբերի և ֆունկցիոնալության սահմանափակման աստիճանների, 2024

	Ընդամենը	3-րդ խումբ և ֆունկցիոնալության միջին սահմանափակման աստիճան	2-րդ խումբ և ֆունկցիոնալության ծանր սահմանափակման աստիճան	1-ին խումբ և ֆունկցիոնալության խորը սահմանափակման աստիճան	Աշխատունակ տարիքի հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվաքանակը
Բոլոր հիվանդություններ	21898	16464	5003	431	10863

Չարորակ հիվանդություններ	4384	3247	1117	20	2366
Ներգատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	1250	881	342	27	649
2 տիպի ինսուլինանկախ շաքարային դիաբետ	446	317	120	9	213
Արյան շրջանառության հիվանդություններ	8691	6614	1895	182	4228
Գերձնշումային հիվանդություններ	1517	1176	314	27	779
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն	3231	2678	536	17	1544
սրտամկանի սուր ինֆարկտ, սրտամկանի կրկնակի ինֆարկտ	91	81	10	0	32
Ուղեղանոթային հիվանդություններ	1320	779	429	112	596
Սուբառախնդալ, ներուղեղային, ոչ ժսասվածքային ներգանգային արյունազեղում, ուղեղի ինֆարկտ, ինսուլտ չճշտված	343	198	118	27	142
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	613	483	120	10	306
Քրոնիկ բրոնխիտ՝ չճշտված	12	10	2	0	8
Պետական վճարումներ մեկ անձի համար ամսական		40800	45600	48000	

Ա.2.3 Հաշմանդամությամբ ճշգրտված կյանքի տարիներ (DALYs)

DALY հայեցակարգը

DALY-ն առողջության համալիր գնահատման ցուցանիշ է, որը չափում է հիվանդությունների բեռը՝ միավորելով վաղաժամ մահվան հետևանքով կորսված կյանքի տարիները և հիվանդություններով կամ հաշմանդամությամբ ապրած տարիները: Այն արտացոլում է կորսված առողջության ընդհանուր քանակը՝ անկախ պատճառից:

DALY հայեցակարգը մշակվել է Համաշխարհային բանկի և ԱՀԿ-ի կողմից և առաջին անգամ կիրառվել է 1993 թ. «Ներդրումներ առողջության մեջ» զեկույցում՝ առողջապահական միջամտությունների գերակայությունները գնահատելու և ծախս-արդյունավետությունը չափելու նպատակով:²⁵

Ի տարբերություն ավանդական ցուցանիշների (հիվանդացություն, մահացություն, հաշմանդամություն), DALY-ն թույլ է տալիս քանակապես գնահատել առողջ կյանքի տարիների կորուստը և հիվանդությունների սոցիալ-տնտեսական բեռը: Այն նաև հնարավորություն է տալիս ժամանակի ընթացքում գնահատել առողջապահական քաղաքականությունների և ծրագրերի ազդեցությունը, ինչպես նաև սահմանել ապագա առաջնահերթությունները՝ համահունչ համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի և Կայուն զարգացման նպատակներին:

DALY ինդեքսի հիմնական բաղադրիչները և հաշվարկման մեթոդը

DALY ինդեքսի հայեցակարգն ու հաշվարկման մեթոդը ներկայացվել են 1996 թ. հրապարակված աշխատանքային փաստաթղթում՝ որպես ուղեցույց հիվանդությունների հետևանքով կորսված կյանքի տարիների քանակական գնահատման համար:

DALY-ն հիմնված է մի քանի հիմնական բաղադրիչների վրա .

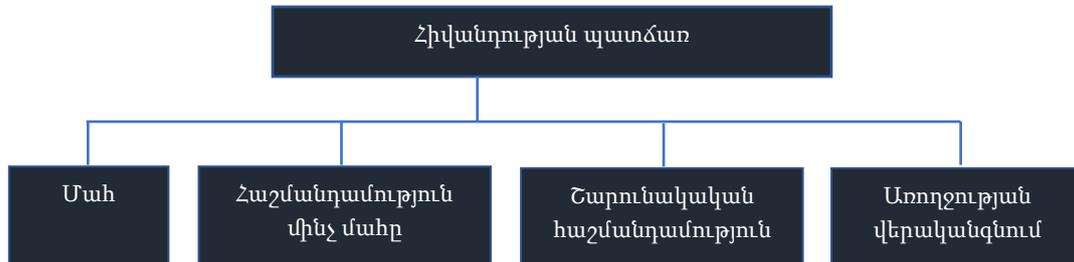
- **Վաղաժամ մահվան պատճառով կորսված կյանքի տարիներ (YLL)**, որոնք հաշվարկվում են ստանդարտ կյանքի սպասվող տևողության հիման վրա (որպես ստանդարտ ընդունվել է Ճապոնիայում կանանց կյանքի ամենաբարձր սպասվող տևողությունը):
- **Հաշմանդամությամբ ապրած կյանքի տարիներ (YLD)**, որոնք գնահատվում են հիվանդություններին համապատասխան հաշմանդամության կշռային գործակիցներով՝ 0-ից (լիարժեք առողջություն) մինչև 1 (մահ) միջակայքում:
- **Տարիքային կշռային գործակիցներ**, որոնք արտացոլում են տարբեր տարիքներում առողջ կյանքի հարաբերական կարևորությունը՝ աճելով մինչև երիտասարդ տարիքը և հետագայում աստիճանաբար նվազելով:

Այս բաղադրիչների համադրումը թույլ է տալիս համապարփակ կերպով գնահատել հիվանդությունների բեռը և առողջության կորուստը բնակչության մակարդակում:

²⁵ World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press, 1993

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

Գծապատկեր 9. DALY ինդեքսի հաշվարկման շրջանակի սխեմատիկ պատկեր



Քանի որ այս չորս սցենարներն էլ պրակտիկայում առկա են, 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 թիվը ըստ սեռի և տարիքի**, որոնք կիրառվում են վաղաժամ մահվան պատճառով կորսված կյանքի տարիների (YLL) հաշվարկման համար: Հայաստանում այս տվյալները ստացվում են ՀՀ ԱՆ ՔԿԱԳ գործակալության մահվան ակտերի գրանցումների հիման վրա:
- **Մահվան պատճառների վերաբերյալ տեղեկատվությունը** վերցվում է մահվան բժշկական վկայագրերից: Մինչև 2003 թ. կիրառվել է Հիվանդությունների միջազգային դասակարգչի 9-րդ, իսկ 2004 թ-ից՝ 10-րդ վերանայումը, ինչի հետևանքով որոշ հիվանդությունների համար երկարաժամկետ համադրելիությունը սահմանափակ է: Այնուամենայնիվ, Հայաստանում մահացության վիճակագրությունը ըստ պատճառների, սեռի և տարիքի համեմատաբար լիարժեք է:
- **Հաշմանդամությամբ ապրած կյանքի տարիների (YLD) հաշվարկման համար** անհրաժեշտ են տվյալներ հիվանդացության, ընդհանուր հիվանդացության, հաշմանդամության տարածվածության, դրա վրա հասնելու միջին տարիքի և հաշմանդամության ծանրության աստիճանների մասին՝ ըստ սեռի և տարիքի:

Քանի որ այս տվյալների մեծ մասը ամբողջությամբ հասանելի չէ, հիվանդությունների բեռի հաշվարկման ժամանակ հաճախ կիրառվում են գնահատողական գործակիցներ, որոնք բնութագրվում են անորոշության համեմատաբար բարձր աստիճանով:²⁶

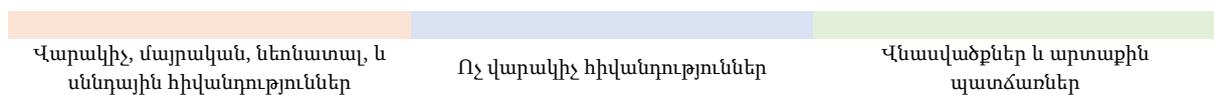
²⁶ Nura Homedes, *The Disability-Adjusted Life Year (DALY): Definition, Measurement and Potential Use*, HCD Working Papers No. 68 (Washington, D.C.: Human Capital Development, The World Bank, July 1996).

Գծապատկերն արտացոլում է հիվանդությունների կառուցվածքի ժամանակային փոփոխությունները՝ ընդգծելով ոչ վարակիչ հիվանդությունների գերակշռությունը, առանձին պատճառների դիրքերի փոփոխությունը և վարակիչ հիվանդությունների ու վնասվածքների պահպանվող ազդեցությունը:

Գծապատկերում հիվանդությունների բեռը խմբավորված է երեք հիմնական տեսակների՝ ոչ վարակիչ հիվանդություններ, վարակիչ, մայրական, նորածնային և սննդային հիվանդություններ, ինչպես նաև ժառանգական և արտաքին պատճառներ: Առավել մեծ բաժինը կազմում են ոչ վարակիչ հիվանդությունները, որոնք գերակշռում են ամբողջ ժամանակահատվածում, մինչդեռ վարակիչ հիվանդությունները և ժառանգական և արտաքին պատճառները ներկայացված են համեմատաբար փոքր բաժնով:²⁷

Գծապատկեր 10. Գծապատկեր 10. Հայաստանում հիվանդությունների բեռի հիմնական պատճառների դասակարգման փոփոխությունը 2013 և 2023 թվականների միջև՝ հաշմանդամությամբ ճշգրտված կյանքի տարիների (DALY) ցուցանիշով՝ 100 000 բնակչի հաշվով, երկու սեռերի և բոլոր տարիքային խմբերի համար

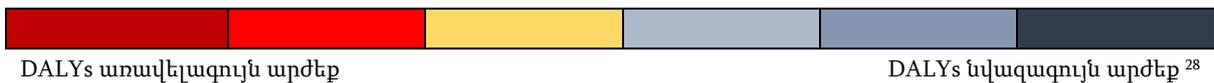
2013		2023
1. Սրտանոթային հիվանդություններ	—	1. Սրտանոթային հիվանդություններ
2. Նորագոյացություններ	—	2. Նորագոյացություններ
3. Հենաշարժողական համակարգի խանգարումներ	—	3. Հենաշարժողական համակարգի խանգարումներ
4. Այլ ոչ վարակիչ հիվանդություններ	—	4. Հոգեկան խանգարումներ
5. Հոգեկան խանգարումներ	—	5. Շնչառական վարակներ և տուբերկուլոզ
6. Շաքարային դիաբետ և երիկամների քրոնիկ հիվանդություն	—	6. Այլ ոչ վարակիչ հիվանդություններ
7. Մարսողական համակարգի հիվանդություններ	—	7. Ոչ կանխամտածված ժառանգություններ
8. Ոչ կանխամտածված ժառանգություններ	—	8. Նյարդաբանական հիվանդություններ
9. Նյարդաբանական հիվանդություններ	—	9. Շաքարային դիաբետ և երիկամների քրոնիկ հիվանդություն
10. Քրոնիկ շնչառական հիվանդություններ	—	10. Լսողության և տեսողության հիվանդություններ
11. Շնչառական վարակներ և տուբերկուլոզ	—	11. Մարսողական համակարգի հիվանդություններ
12. Մայրական և նորածնային հիվանդություններ	—	12. Քրոնիկ շնչառական հիվանդություններ
13. Լսողության և տեսողության հիվանդություններ	—	13. Մայրական և նորածնային հիվանդություններ
14. Ինքնաժառանգում և բռնություն	—	14. Տրանսպորտային ժառանգություններ
15. Տրանսպորտային ժառանգություններ	—	15. Ինքնաժառանգում և բռնություն
16. Հոգեներգործուն նյութերի օգտագործում	—	16. Հոգեներգործուն նյութերի օգտագործում
17. Սնուցման անբավարարություն	—	17. Մաշկային հիվանդություններ
18. Մաշկային հիվանդություններ	—	18. Սնուցման անբավարարություն
19. Այլ վարակիչ հիվանդություններ	—	19. Այլ վարակիչ հիվանդություններ
20. Անտեսված արևադարձային հիվանդություններ և մալարիա	—	20. Անտեսված արևադարձային հիվանդություններ և մալարիա
21. ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ և ՍՃՓՎ (սեռավարակներ)	—	21. ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ և ՍՃՓՎ (սեռավարակներ)
22. Աղիքային վարակներ	—	22. Աղիքային վարակներ



²⁷ Institute for Health Metrics and Evaluation, *GBD Compare*, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Աղյուսակ 19. Հայաստանի և այլ երկրների DALY մակարդակը, 100 000 բնակչի հաշվով, երկու սեռերի և բոլոր տարիքային խմբերի համար, 2023

	Հայաստան	ՌԴ	Իրան	Ռուսիա	Չինիա	Լեհաստան	Ֆրանսիա	Գերմանիա
Սիրտ-անոթային հիվանդություններ	1	1	1	1	1	1	2	2
Նորագոյացություններ	2	2	3	2	2	2	1	1
Հենաշարժողական համակարգի խանգարումներ	3	4	4	3	3	3	5	4
Հոգեկան խանգարումներ	4	7	2	6	5	8	4	6
Շնչառական վարակներ և տուբերկուլյոզ	5	13	11	7	10	9	10	13
Այլ ոչ վարակիչ հիվանդություններ	6	8	5	10	9	10	7	8
Ոչ կանխամտածված ժառանգություններ	7	5	8	4	4	4	3	5
Նյարդաբանական խանգարումներ	8	9	7	8	7	6	6	3
Շաքարային դիաբետ և Երիկամների քրոնիկ հիվանդություն	9	11	6	9	6	5	8	7
Լսողության և տեսողության հիվանդությունները	10	12	10	12	12	11	12	11
Մարսողական համակարգի հիվանդություններ	11	6	15	5	8	7	9	9
Քրոնիկ շնչառական հիվանդություններ	12	14	12	11	11	13	11	10
Մայրական և նորածնային հիվանդություններ	13	18	13	15	17	17	17	15
Տրանսպորտային վնասվածքներ	14	15	9	13	15	15	15	17
Ինքնաձագարում և բռնություն	15	3	14	14	13	14	13	14
Հոգեներգործուն նյութերի օգտագործում	16	10	17	16	14	12	14	12
Մաշկային հիվանդություններ	17	17	16	17	16	16	16	16
Մուգման անբավարարություն	18	19	18	18	18	18	18	18
Այլ վարակիչ	19	20	19	19	20	20	19	20
Տրոպիկական հիվանդություններ և մալարիա	20	21	21	21	22	21	22	22
ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ և ՍՃՓՎ	21	16	22	22	21	22	21	21
Աղիքային վարակներ	22	22	20	20	19	19	20	19

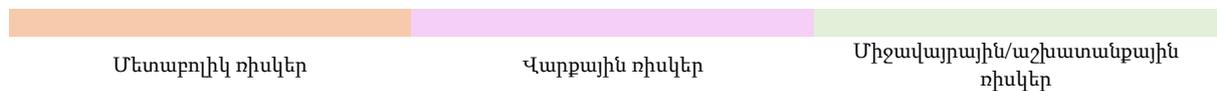


²⁸ “Global Burden of Disease Compare – 2023 DALYs per 100,000, Both Sexes, All Ages.” Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *GBD Compare*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>

Գծապատկերը ներկայացնում է 2013–2023 թվականներին հաշմանդամությամբ ճշգրտված կյանքի տարիների (DALY) ձևավորմանը նպաստող 20 հիմնական ռիսկերի դասակարգման փոփոխությունը՝ բոլոր տարիքային խմբերի համար: Այն ցույց է տալիս, թե ինչպես են առանձին ռիսկերի հարաբերական դիրքերը փոխվել ժամանակի ընթացքում՝ պահպանելով որոշ ռիսկերի կայուն գերակայությունը և ընդգծելով մյուսների աճը կամ նվազումը հիվանդությունների բեռի կառուցվածքում: Գույները տարբերակում են ռիսկերի հիմնական խմբերը, իսկ կապող գծերը արտացոլում են դրանց դիրքային փոփոխությունները 2013-ից դեպի 2023 թվականը:²⁹

Գծապատկեր 11. Հաշմանդամության հետ կապված կյանքի տարիների (DALY) 2013-2023 թվականներին փոփոխությունը նպաստող 20 հիմնական ռիսկերը՝ երկու սեռերի և բոլոր տարիքային խմբերի համար

2013		2023
1. Արյան բարձր ճնշում	—	1. Արյան բարձր ճնշում
2. Ծխախոտ	—	2. Ծխախոտ
3. Անառողջ սնունդ	—	3. Անառողջ սնունդ
4. Օդի ախտոտվածություն	—	4. Օդի ախտոտվածություն
5. Մարմնի զանգվածի բարձր ինդեքս	—	5. Մարմնի զանգվածի բարձր ինդեքս
6. Պլազմայում գլյուկոզի բարձր մակարդակ	—	6. Պլազմայում գլյուկոզի բարձր մակարդակ
7. Ցածր խտության լիպոպրոտեին	—	7. Ցածր խտության լիպոպրոտեին
8. Շրջակա միջավայրի այլ գործոններ	—	8. Շրջակա միջավայրի այլ գործոններ
9. Երիկամների դիսֆունկցիա	—	9. Երիկամների դիսֆունկցիա
10. Թերսնուցում	—	10. Թերսնուցում
11. Ալկոհոլի չարաշահում	—	11. Աշխատանքային ռիսկեր
12. Աշխատանքային ռիսկեր	—	12. Ոչ օպտիմալ ջերմաստիճան
13. Ոչ օպտիմալ ջերմաստիճան	—	13. Ալկոհոլի չարաշահում
14. Սեռական բռնություն և ծաղր երեխաների նկատմամբ	—	14. Սեռական բռնություն և ծաղր երեխաների նկատմամբ
15. Ցածր ֆիզիկական ակտիվություն	—	15. Ցածր ֆիզիկական ակտիվություն
16. Թմրամիջոցների օգտագործում	—	16. Ցածր ոսկրային խտություն
17. Չպաշտպանված սեռական հարաբերություն	—	17. Թմրամիջոցների օգտագործում
18. Ցածր ոսկրային խտություն	—	18. Չպաշտպանված սեռական հարաբերություն
19. Բռնություն գուզնկերոջ կողմից	—	19. Բռնություն գուզնկերոջ կողմից
20. Ջուր, սանիտարահիգիենիկ պայմաններ	—	20. Ջուր, սանիտարահիգիենիկ պայմաններ



3.1.1.3 Ա.3 ՀՀ բնակչության հիվանդացությունն ըստ նոզոլոգիաների

Հայաստանի Հանրապետությունում բնակչության հիվանդացության վերլուծությունը հանդիսանում է առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման և քաղաքականության պլանավորման կարևոր բաղադրիչներից: Հիվանդացության

²⁹ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2024. *GBD Compare Data Visualization*. Seattle, WA: IHME, University of Washington. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>

ցուցանիշների ուսումնասիրությունը հնարավորություն է տալիս գնահատել բնակչության առողջության հիմնական միտումները, բացահայտել գերակշռող հիվանդությունների խմբերը և սահմանել միջամտությունների առաջնահերթությունները:

Վերջին տարիներին ՀՀ-ում ձևավորվել է հիվանդացության կառուցվածք, որը բնորոշ է համաճարակաբանական անցում ապրող երկրներին. հիվանդությունների ընդհանուր բեռում գերակշռող տեղ են զբաղեցնում ոչ վարակիչ հիվանդությունները, մինչդեռ վարակիչ հիվանդությունների հարաբերական մասնաբաժինը աստիճանաբար նվազում է:

հիվանդացության ընդհանուր բեռի ամենամեծ մասնաբաժինը բաժին է ընկնում **ոչ վարակիչ հիվանդություններին**, որոնք հանդիսանում են ինչպես հիվանդացության, այնպես էլ մահացության հիմնական պատճառը:

3. Ոչ վարակիչ հիվանդությունների գերակշռություն

Ոչ վարակիչ հիվանդությունները ներկայումս հանդիսանում են Հայաստանի առողջապահական համակարգի գլխավոր մարտահրավերը: Դրանց տարածվածությունը պայմանավորված է մի շարք գործոններով՝ բնակչության ծերացում, կենսակերպի փոփոխություն, անառողջ սննդակարգ, ֆիզիկական պասիվություն և վարքագծային ռիսկի գործոնների լայն տարածում:

Առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների հիմնական խմբերն են.

3.1 Սրտանոթային համակարգի հիվանդություններ

Սրտանոթային հիվանդությունները կազմում են հիվանդացության կառուցվածքի ամենամեծ բաժինը: Այս խմբին են պատկանում՝

- զարկերակային հիպերտենզիան,
- իշեմիկ սրտային հիվանդությունը,
- ուղեղանոթային հիվանդությունները:

Այս հիվանդությունների բարձր տարածվածությունը պայմանավորված է ծխախոտի օգտագործման, աղի ավելցուկային օգտագործման, անառողջ սննդակարգի, ակոնոլի փասսակար օգտագործման և ֆիզիկական պասիվության լայն տարածմամբ:

3.2 Էնդոկրին համակարգի հիվանդություններ

Էնդոկրին հիվանդությունների շարքում առանձնահատուկ տեղ ունի շաքարային դիաբետը, հատկապես տիպ 2 շաքարային դիաբետը: Վերջին տարիներին դիտվում է հիվանդացության աճող միտում, ինչը պայմանավորված է.

- գիրության տարածմամբ,
- անառողջ սննդային վարքագծով,
- նստակյաց կենսակերպով:

Այս հիվանդությունները զգալի ծանրաբեռնվածություն են առաջացնում ինչպես առողջապահական համակարգի, այնպես էլ սոցիալ-տնտեսական ոլորտի համար:

3.3 Չարորակ նորագոյացություններ

Քաղցկեղային հիվանդությունները հանդիսանում են հիվանդացության կարևորագույն բաղադրիչներից մեկը: ՀՀ-ում առավել հաճախ գրանցվում են.

- թոքերի քաղցկեղ,
- կրծքագեղձի քաղցկեղ,
- հաստ աղիքի քաղցկեղ,
- ստամոքսի քաղցկեղ:

Չարորակ նորագոյացությունների աճող բեռը ընդգծում է վաղ հայտնաբերման, սկրինինգային ծրագրերի և կանխարգելիչ միջոցառումների անհրաժեշտությունը:

3.4 Քրոնիկ շնչառական հիվանդություններ

Քրոնիկ օբստրուկտիվ թոքային հիվանդությունը և բրոնխիալ ասթման շարունակում են մնալ տարածված առողջապահական խնդիրներ: Դրանց առաջացման հիմնական պատճառներն են.

- ծխախոտի օգտագործումը,
- օդի աղտոտվածությունը,
- մասնագիտական փասակար գործոնները:

3.5 Հոգեկան առողջության խնդիրներ

Վերջին տարիներին աճում է նաև հոգեկան առողջության հետ կապված հիվանդությունների նշանակությունը: Դեպրեսիան, անհանգստային խանգարումները և այլ հոգեկան խնդիրներ զգալի ազդեցություն ունեն բնակչության կյանքի որակի և աշխատունակության վրա:

4. Վարակիչ հիվանդություններ

Չնայած ոչ վարակիչ հիվանդությունների գերակայությանը, վարակիչ և մակարոնային հիվանդությունները շարունակում են պահպանել հանրային առողջապահական նշանակություն: Առավել տարածված են.

- շնչառական սուր վարակները,
- աղիքային վարակները,
- վիրուսային հեպատիտները,
- սեզոնային վարակիչ հիվանդությունները:

Այս խմբի հիվանդությունների տարածվածությունը մեծապես կախված է կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունավետությունից, իմունիզացիայի ծածկույթից և սանիտարահիգիենիկ պայմաններից:

5. Վնասվածքներ և թունավորումներ

Հիվանդացության ընդհանուր կառուցվածքում կարևոր տեղ են զբաղեցնում վասսվածքներն ու թունավորումները: Դրանք հատկապես տարածված են աշխատունակ տարիքի բնակչության շրջանում և հաճախ հանգեցնում են ժամանակավոր կամ մշտական անաշխատունակության: Առանձնահատուկ նշանակություն ունեն ճանապարհատրանսպորտային պատահարների հետևանքով առաջացած վասսվածքները:

6. Մայրական և մանկական առողջությանը վերաբերող հիվանդություններ

Այս խմբի հիվանդությունները ընդհանուր հիվանդացության համեմատաբար փոքր մասն են կազմում, սակայն ունեն բարձր սոցիալական նշանակություն: Հղիության, ծննդաբերության և նորածնային շրջանի հետ կապված հիվանդությունների արդյունավետ կանխարգելումն ու կառավարումը շարունակում են Վսալ առողջապահական քաղաքականության առաջնահերթ ուղղություններից: Հիվանդացության վերաբերյալ տվյալները ներկայացված են ըստ հետևյալ ցուցանիշների՝

Սույն գլխում բնակչության առողջական վիճակի ընդհանուր պատկերը ներկայացնում է հիվանդությունների խմբերի դեպքերի թիվը և դինամիկան: Այն արտացոլվում է երկու ցուցանիշներով. ընդհանուր հիվանդացությունը/տարածվածություն և հիվանդացությունն՝ առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով՝ ըստ հիվանդությունների խմբերի:

Աղյուսակ 21-ում ներկայացված են բնակչության հիվանդությունների տարածվածությունն ըստ հիմնական դասերի 2024թ. դրությամբ, համաձայն որի բոլոր պատճառներից հիվանդությունների տարածվածություննը կազմել է 1885511, իսկ հիվանդացությունը՝ 977039:

Հիվանդությունների տարածվածության տեսակետից առաջին տեղում են՝ շնչառական համակարգի հիվանդությունները, որի բարձր հիվանդացության ցուցանիշը պայմանավորված է թոքաբորբով, ԱՇՀՀ, ներզատական համակարգի հիվանդությունները, վարակային հիվանդությունները, ՉՆ, Աչքի և դրա օժանդակ ապարատի հիվանդությունները պայմանավորված են կատարակտայով:

Ա.3.1 Ընդհանուր հիվանդացությունը

2024 թվականին Հայաստանի Հանրապետությունում հիվանդացության կառուցվածքը շարունակել է պահպանել վերջին տարիներին ձևավորված միտումները՝ բնութագրվելով ոչ վարակիչ հիվանդությունների գերակշռությամբ: Հիվանդացության ցուցանիշների վերլուծությունը փաստում է, որ բնակչության առողջության հիմնական բեռը պայմանավորված է քրոնիկ ոչ վարակիչ հիվանդություններով, մինչդեռ վարակիչ հիվանդությունների հարաբերական մասնաբաժինը շարունակում է նվազել:

Հիվանդացության վերաբերյալ տվյալները հավաքագրվել են բուժհաստատություններից ստացվող պաշտոնական հաշվետվությունների հիման վրա և խմբավորվել են ըստ

«Հիվանդությունների և առողջության հետ կապված խնդիրների միջազգային դասակարգման» (ՀԴ-10) հիմնական խմբերի:

Աղյուսակ 20. Ընդհանուր հիվանդացությունն՝ ըստ հիվանդությունների խմբերի, 2024

	Մեծահասակներ և դեռահասներ		0-14 տարեկան երեխաներ		Ընդամենը, դեպք	100 000 բնակչի հաշվով
	ընդամենը, դեպք	15 և բարձր տարիքի 100 000 բնակչի հաշվով	ընդամենը, դեպք	0-14 տարեկան 100 000 բնակչի հաշվով		
Վարակային և մակարոնային հիվանդություններ	58078	2358.0	33096	5799.2	91174	3005.3
դրանցից						
Քոլիդ-19 ²	1114	45.2	145	25.4	1259	41.5
Նորագոյացություններ	69094	2805.3	1579	276.7	70673	2329.6
Ներգատական (էնդոկրին) համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	174164	7071.2	6 149	1077.4	180313	5943.6
Արյան և արյունաստեղծ օրգանների առանձին խանգարումներ՝ արյան խմուսային մեխանիզմների ներգրավմամբ	18726	760.3	9104	1595.2	27830	917.4
Հոգեկան և վարքի խանգարումներ	82933	3367.2	4019	704.2	86952	2866.2
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	58355	2369.3	8392	1470.5	66747	2200.2
Աչքի և դրա օժանդակ ապարատի հիվանդություններ	125381	5090.6	45600	7990.2	170981	5636.0
Ականջի և պտկաձև ելունի հիվանդություններ	43025	1746.9	18857	3304.2	61882	2039.8
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	297486	12078.2	1015	177.9	298501	9839.4
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	229096	9301.5	145146	25433.0	374242	12336.0
Սարսոռական օրգանների հիվանդություններ	74564	3027.4	18061	3164.7	92625	3053.2
Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	99999	4060.0	7020	1230.1	107019	3527.6
Հղիության, ծննդաբերությունների և հետծննդյան ժամանակաշրջանի բարդություններ ³	21909	889.4	-	-	21909	722.2
Մաշկային և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	54001	2192.5	22124	3876.6	76125	2509.3
Ոսկրամկանային համակարգի և շարակցական հյուսվածքների հիվանդություններ	67418	2737.2	5889	1031.9	73307	2416.4
Բնածին շեղումներ (զարգացման արատներ)	2738	111.2	5299	928.5	8037	264.9
Ախտանիշներ, նշաններ և շեղումներ նորմայից	19449	789.6	5270	923.4	24719	814.8
Պերինատալ շրջանում առաջացող առանձին վիճակներ ⁴	-	-	1671	292.8	1671	55.1
Վնասվածքներ և թունավորումներ	39213	1592.1	11591	2031.0	50804	1674.6
Ընդամենը	1535629	62347.9	349882	61307.5	1885511	62151.6

Աղբյուրը՝ ԱՐՄՍՍՍ

² Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում գրանցված դեպքեր:

³ 100 000 բնակչի հաշվով ցուցանիշը հաշվարկվում է ֆերտիլային տարիքի կանանց հաշվով:

⁴ 100 000 բնակչի հաշվով ցուցանիշը հաշվարկվում է 0-14 տարեկան երեխաների հաշվով:

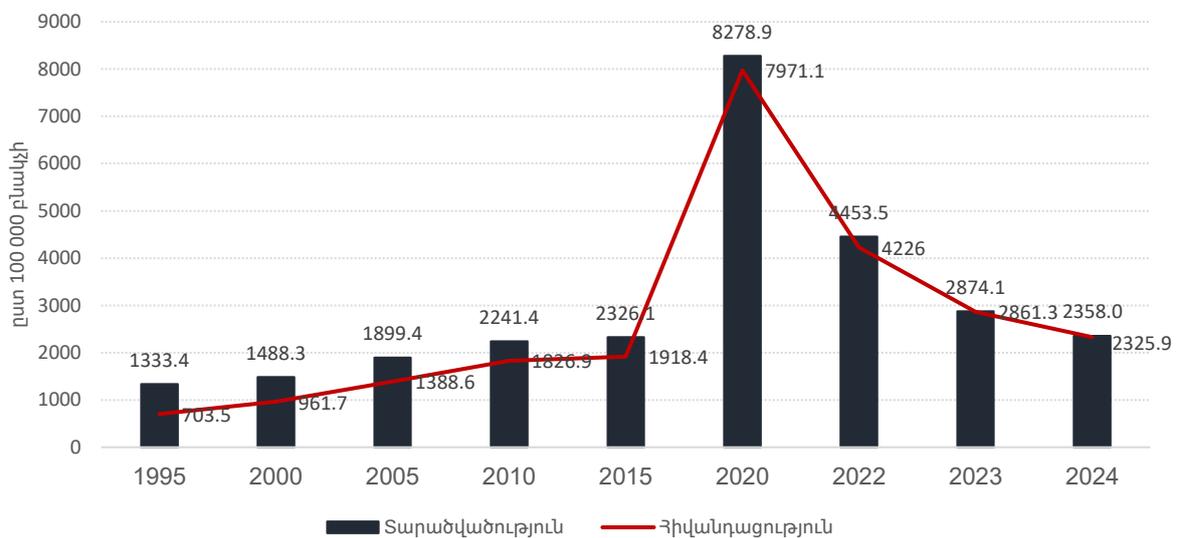
Ա.3.2 Հիվանդությունների տարածվածությունն՝ ըստ խմբերի

1995–2024թթ. ընթացքում վարակիչ և մակարուծական հիվանդություններով հիվանդացությունն ու հիվանդությունների տարածվածությունը 1995թ. մինչև 2020թ. բնութագրվում է աննշան աճով, վացատությանը 2020թ., որը պայմանավորված է Քովիդ-19: Հարկ է նշել, որ հետագա 2021թ. մինչև 2024թթ. արձանագրվում է հիվանդացության նվազեցում, որի արդյունքում հիվանդացության մակարդակը մոտ է 2015թ. ցուցանիշին:

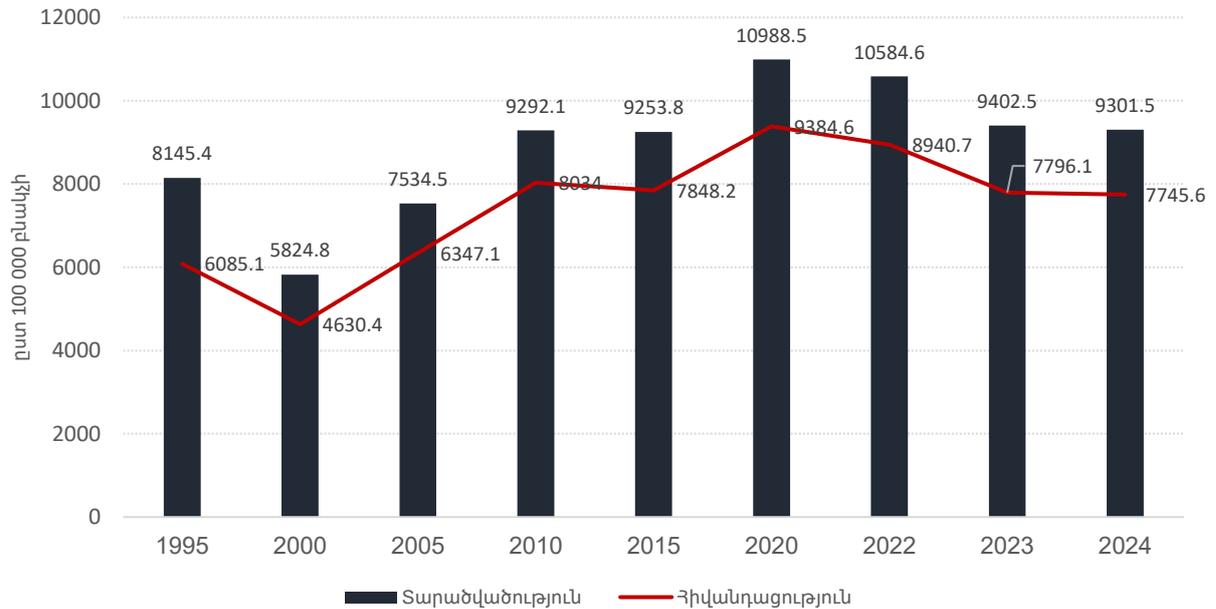
Շնչառական օրգանների գրանցել են միաժամանակ տատանվող, բայց ընդհանուր առմամբ բարձր մակարդակ ունեցող միտուսներ: Հիվանդացությունը 1995–2010թթ. աճել է՝ 8145-ից հասնելով մոտ 9292 դեպքի 100 000 բնակչի հաշվով, ապա 2020թ. հասել առավելագույն ցուցանիշի՝ 10988, ինչը մեծապես պայմանավորված է COVID-19 հիվանդության դեպքում առաջացած թոքաբորբերով: Հետագայում դիտվել է նվազում, սակայն ցուցանիշը շարունակում է մսալ բարձր՝ 2024թ. շուրջ 9300:

Տարածվածությունը նույնպես եղել է փոփոխական. 1995–2000թթ. նկատվել է նվազում, սակայն 2000-ից հետո գրանցվել է աճ, 2010–2020թթ. հասնելով շուրջ 8034–9384, այնուհետև վերջին տարիներին որոշակի նվազում՝ 2024թ. մոտ 7746: Երկու ցուցանիշներն էլ ցույց են տալիս, որ շնչառական հիվանդությունները շարունակում են մսալ ծանր առողջապահական բեռ, իսկ համավարակային տարիներն ընդգծել են դրանց նկատմամբ համակարգային զգայունությունը:

Գծապատկեր 12. Վարակիչ և մակարուծական հիվանդություններով հիվանդացությունը և տարածվածությունը, 1995 – 2024



Գծապատկեր 13. Շնչառական օրգանների հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը, 1995-2024թթ.



Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ

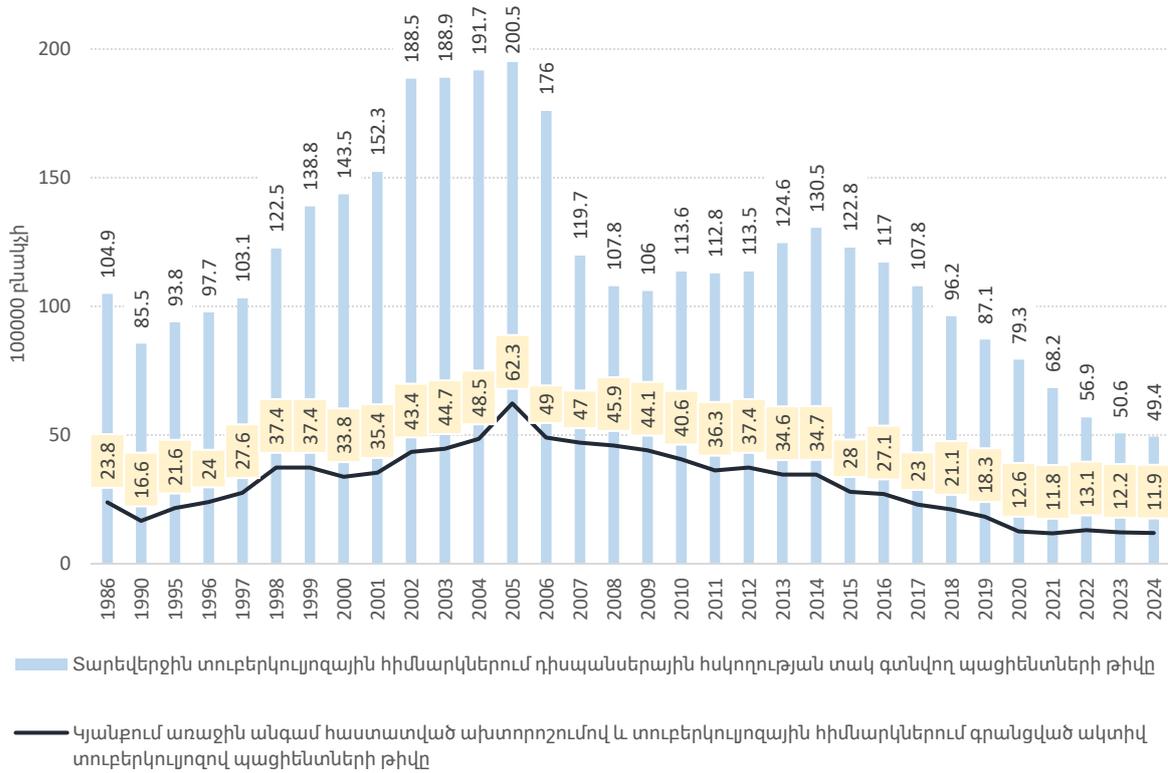
1986–2024 թվականների ընթացքում տուբերկուլյոզով պացիենտների թիվը բնութագրվել է երկարաժամկետ փոփոխվող միտումներով՝ ներառելով շրջադարձային փուլեր:

1990-ականներին արձանագրվել է ինչպես նոր դեպքերի, այնպես էլ հաշվառված պացիենտների թվի կտրուկ աճ: Եթե 1986 թվականին գրանցվել է մոտ 105 նոր դեպք, ապա 2005 թվականին այդ ցուցանիշը հասել է առավելագույնին՝ շուրջ 200-ի: Նույն ժամանակահատվածում հաշվառված պացիենտների թիվը նույնպես զգալիորեն աճել է՝ 24–38-ից հասնելով 62-ի:

2005 թվականից հետո երկու ցուցանիշներն էլ արձանագրել են կայուն նվազման միտում: Նոր դեպքերի թիվը շարունակաբար նվազել է՝ 2024 թվականին հասնելով շուրջ 49-ի, իսկ հաշվառված հիվանդների թիվը նվազել է մինչև 12: Վերջին տասնամյակում նկատվում է հատկապես արտահայտված բարելավում, ինչը վկայում է վաղ հայտնաբերման, բուժման մատչելիության ապահովման և տուբերկուլյոզի վերահսկման ծրագրերի արդյունավետ իրականացման մասին:

Ընդհանուր միտումը ցույց է տալիս, որ տուբերկուլյոզը, լինելով նախկինում լուրջ հանրային առողջական խնդիր, ներկայումս զգալիորեն վերահսկելի է՝ պահպանելով կայուն նվազման ուղղվածություն:

Փծապատկեր 14. Կյանքում առաջին անգամ հաստատված ախտորոշումով և տուբերկուլյոզային հիմնարկներում գրանցված ակտիվ տուբերկուլյոզով պացիենտների թիվը, 1986-2024

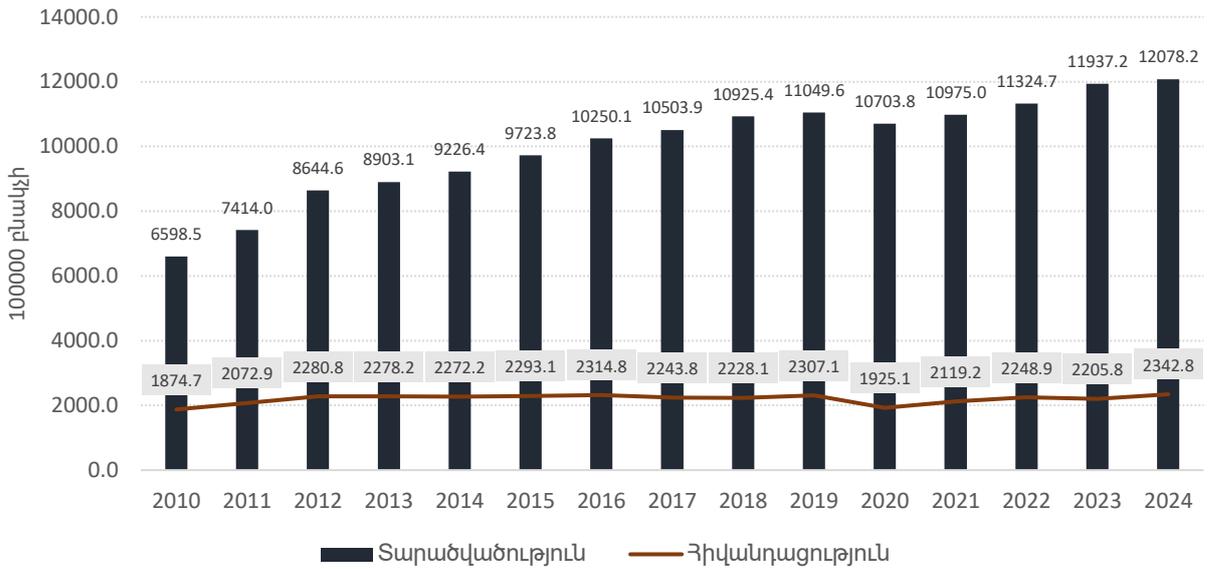


Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ

Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդացությունը (ԱՇՀՀ) 2010թ. 100 000 բնակչի հաշվով 6599 դեպքից կայուն աճել է և 2024թ. հասել 12 078՝ գրեթե կրկնակի բարձրանալով: Աճի դինամիկան հատկապես արագացել է 2015-ից հետո:

Նույն ժամանակահատվածում տարածվածության ցուցանիշը պահպանել է համեմատաբար փոքր, սակայն կայուն աճի միտում՝ 2010 թվականին գրանցված 1 875-ից հասնելով 2 343-ի՝ 2024 թվականին: Թեպետ աճը հիվանդացության ցուցանիշի նման կտրուկ չէ, այն արտացոլում է ԱՇՀ-ներով պացիենտների թվի աստիճանական ավելացում, որը հիմնականում պայմանավորված է դիմելիության աճով և սրբինինգային հետազոտությունների շրջանակում հայտնաբերված դեպքերով:

Գծապատկեր 15. ԱՇՀՀ հիվանդացությունը և տարածվածությունը, 2010-2024



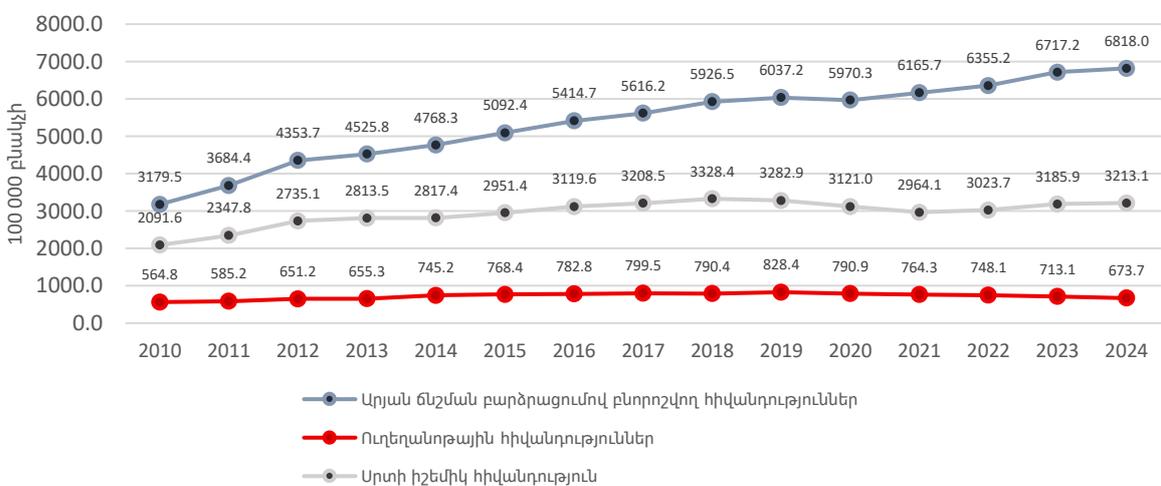
Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԲ

2010–2024 թթ. տվյալների համաձայն՝ արյան ճնշման բարձրացումով բնորոշվող հիվանդությունները կազմում են արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների ամենամեծ բաժինը. ամբողջ ժամանակահատվածում նկատվում է կայուն աճ:

Սրտի իշեմիկ հիվանդությունները զբաղեցնում են երկրորդ տեղը. ցուցանիշները տարիների ընթացքում աստիճանաբար աճել են՝ արտացոլելով դրանց բարձր տարածվածությունն ու ծանր բեռը առողջապահական համակարգի վրա:

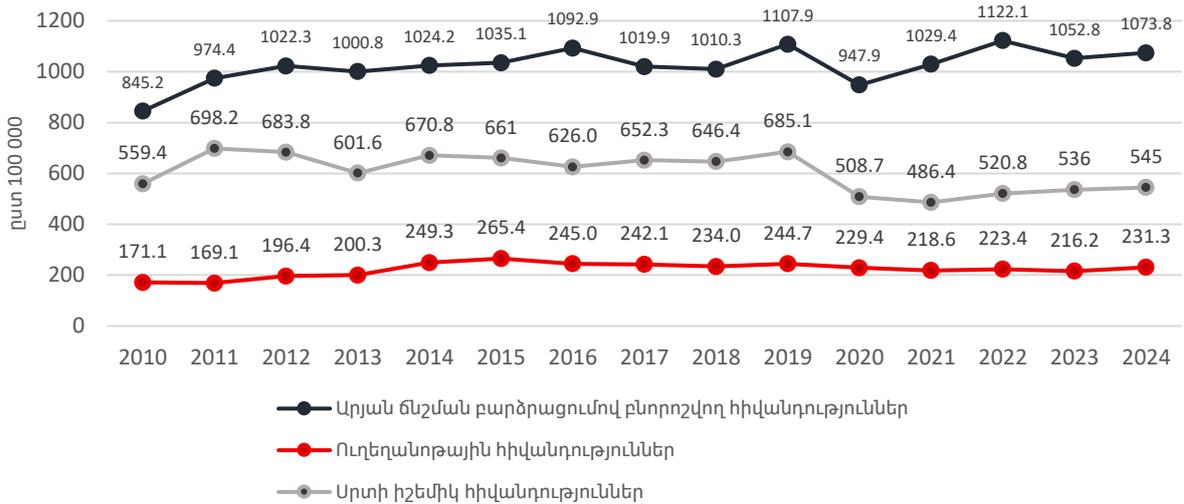
Ուղեղանոթային հիվանդությունները ունեն համեմատաբար ցածր, բայց ընդհանուր առմամբ աճող մակարդակ՝ որոշ տարիներին նկատվող տատանումներով: Վերջին տարիներին միտումը հիմնականում պահպանվում է կայուն կամ թեթև աճի շրջանակում:

Գծապատկեր 16. ԱՇՀՀ տարածվածությունն ըստ նոզոլոգիաների, 2010-2024



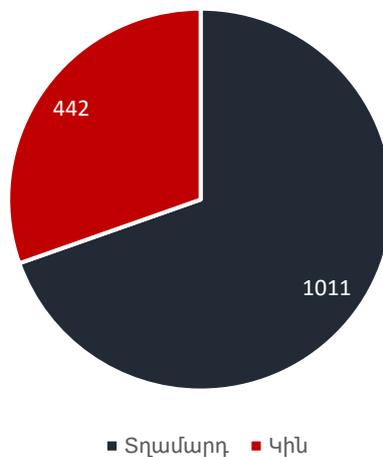
Ըստ գծապատկեր 15-ի, ԱՇՀՀ հիվանդացության ամենաբարձր ցուցանիշներն ամբողջ ժամանակահատվածում գրանցվում են ընդհանուր սրտանոթային հիվանդությունների դեպքում՝ նկատելի տատանումներով և աճով հատկապես 2016, 2019 և 2022 թվականներին: Սրտի իշեմիկ հիվանդությունների հիվանդացությունը միջին մակարդակում է՝ 2019-ից հետո նկատելի նվազումով: Ուղեղանոթային հիվանդությունները ունեն ամենացածր ցուցանիշները՝ 2015–2016 թթ. աճից հետո հիմնականում կայուն կամ թեթև նվազման միտումով:

Գծապատկեր 17. ԱՇՀՀ հիվանդացությունն ըստ նոզոլոգիաների, 2010-2024



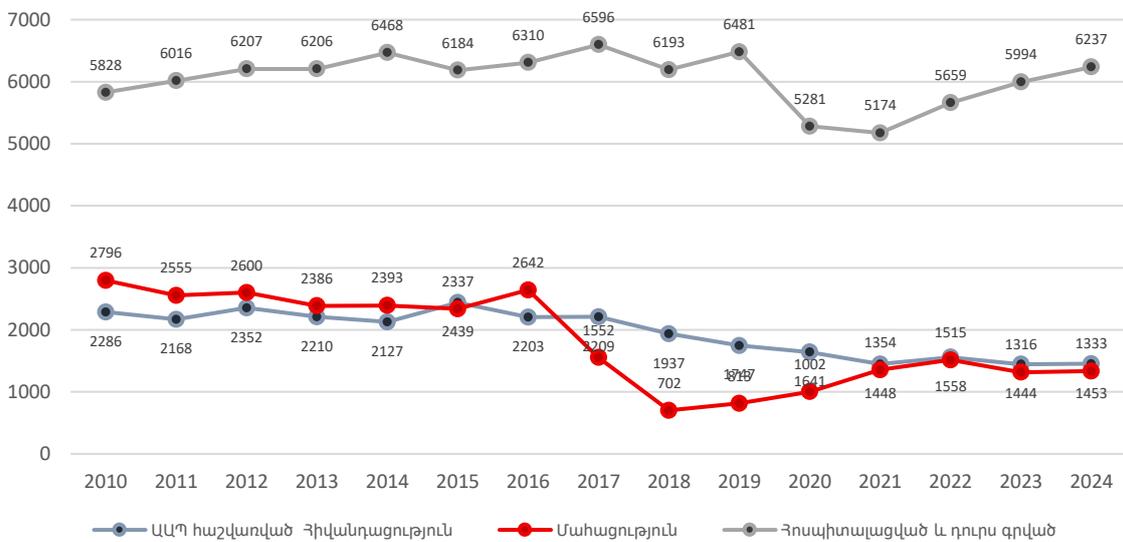
2024 թվականին սրտամկանի սուր ինֆարկտով հիվանդացության սեռային բաշխումը վկայում է, որ հիվանդացությունը էականորեն ավելի բարձր է տղամարդկանց շրջանում: Տղամարդիկ կազմել են դեպքերի գերակշիռ մասը: Նշված տարբերությունը արտացոլում է սեռային ռիսկի անհամաչափությունը և ընդգծում է հատկապես տղամարդկանց շրջանում կանխարգելիչ միջոցառումների և վաղ հայտնաբերման ռազմավարությունների կարևորությունը:

Գծապատկեր 18. Սրտամկանի սուր ինֆարտով հիվանդացությունն ըստ սեռի, 2024



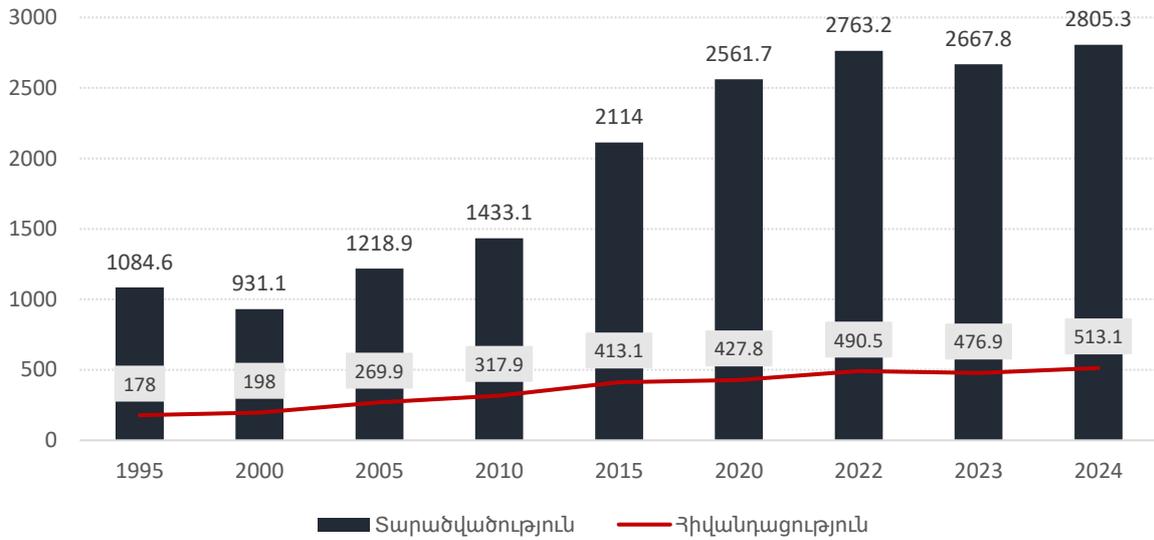
Գծապատկերում ներկայացված են 2010-2024թթ. ՍՄԻ հոսպիտալված և դուրս գրված, մահացության և ԱԱՊ հաստատություններում գրանված պացիենտների թիվը: 2015-ից պետությունն անվճար իրականացնում է «Stent for life» կյանքեր փրկող ծրագիրը, որը 2018 թվականներից ընդլայնվել է: Եթե 2015 թվականին սրտամկանի սուր ինֆարկտից մահացությունն ընդհանուր մահացության կառուցվածքում կազմել է 8.4%, իսկ ԱՇՀՀ հառուցվածքում՝ 18.3%, ապա 2024-ին՝ 5.2%, 9.8%: Հարկ է նաև նշել, որ ՍՄԻ հոսպիտալացված և դուրս գրված պացիենտների միայն 23.2% հետագայում հաշվառման կանգնում ԱԱՊ հաստատությունների սրտաբանների մոտ:

Գծապատկեր 19. ՍՄԻ արտահիվանդանոցային հաստատություններում գրանցված պացիենտների, հիվանդանոցային հոսպիտալացման և մահացության դեպքերը, 2010-2024



Նորագոյացություններից հիվանդացությունը (100 000 բնակչի հաշվով) 1995 թվականին արձանագրված 1 085 դեպքից ցուցաբերել է կայուն աճ՝ 2015 թվականին հասնելով 2114-ի, իսկ 2024 թվականին՝ արդեն 2805-ի: Նույն միտումը դիտվում է նաև տարածվածության ցուցանիշի դեպքում, որը 1995 թվականին կազմել է 178 և աստիճանաբար աճելով՝ 2024 թվականին հասել է 513-ի: Ընդհանուր պատկերը վկայում է, որ թե՛ նոր դեպքերի մակարդակը, թե՛ նորագոյացություններով ապրող անձանց թիվը տարիների ընթացքում շարունակաբար ավելացել են, ինչի արդյունքում նորագոյացությունները ներկայումս հանդիսանում են առողջապահական համակարգի հիմնական և արագ աճող մարտահրավերներից մեկը:

Գծապատկեր 20. Նորագոյացություններից հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը, 1995-2024



Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԲ

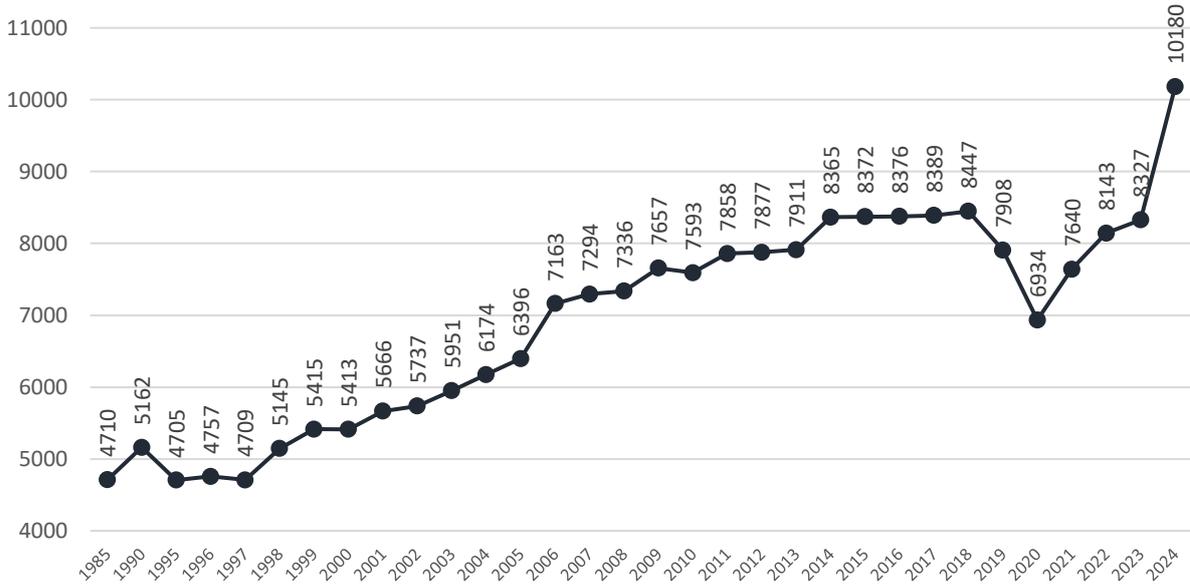
1985–2024թթ. չարորակ նորագոյացություններով հիվանդությունների տարածվածությունը գրանցել է կայուն և երկարաժամկետ աճող միտում:

1985–2000թթ. տարածվածությունը աճել է 4700-ից մինչև 5400–5600, իսկ 2000-ականներին աճի տեմպը արագացել է՝ 2010թ. հասնելով 7500–7600: 2015–2019թթ. տվյալները ցույց են տալիս հարաբերական կայուն բարձր մակարդակ՝ 8300–8400, ինչը ցույց է տալիս քաղցկեղի հետ ապրող հիվանդների աճող բնակչություն:

2020թ. նկատվել է անկում՝ 6934, սակայն հետհամավարակային տարիներին ցուցանիշը արագ վերականգնվել է և 2024թ. հասել է իր ամենաբարձր մակարդակին:

Ընդհանուր առմամբ, քաղցկեղով ապրող մարդկանց թիվը վերջին երեք տասնամյակներում շարունակաբար աճում է, ինչը մատնանշում է հիվանդության աճող բեռը և առողջապահական համակարգում շարունակական պլանավորման անհրաժեշտությունը:

Գծապատկեր 21. Չարորակ նորագոյացությունների հիվանդությունների տարածվածությունը, 1985-2024



Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻԲ

Շնչափողի, բրոնխների, թոքի քաղցկեղի հիվանդացությունը 100 000 բնակչի հաշվով 2010 40.4 դեպքից աստիճանաբար աճել է՝ 2017–2018թթ. հասնելով 66–78, ապա 2020-ից սկսած գրանցել է աճ և 2024թ. հասել առավելագույն ցուցանիշին՝ 140:

Տարածվածությունը 2010–2017թթ. եղել է չափավոր՝ 100 000 բնակչի հաշվով 37–45 միջակայքում, սակայն 2018-ից հետո գրանցել է նվազում՝ համավարակի տարիներին նվազելով մինչև 26–27: 2021-ից սկսած այն կրկին բարձրացում է գրանցել և 2024թ. հասել 32.5:

Գծապատկեր 22. Շնչափողի, բրոնխների, թոքի քաղցկեղ – հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը 2010-2024



Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻԲ

Արգանդի վզիկի քաղցկեղի հիվանդացությունը 100 000 բնակչի հաշվով 2010թ. 147.8 դեպքից գրանցել է կայուն աճ՝ 2019թ. հասնելով առավելագույն 212.9 ցուցանիշին: 2020. այն նվազել է մինչև 166.2, սակայն հետհամավարակային տարիներին կրկին աճել է և 2024թ. հասել 194.7, պահպանելով բարձր մակարդակ:

Տարածվածությունը ամբողջ ժամանակահատվածում եղել է տատանվող՝ 2010–2019թթ. 14.6–19.0 միջակայքում: 2020թ. այն նվազել է մինչև 13.2, իսկ 2021–2024թթ. հասել է 15-ի:

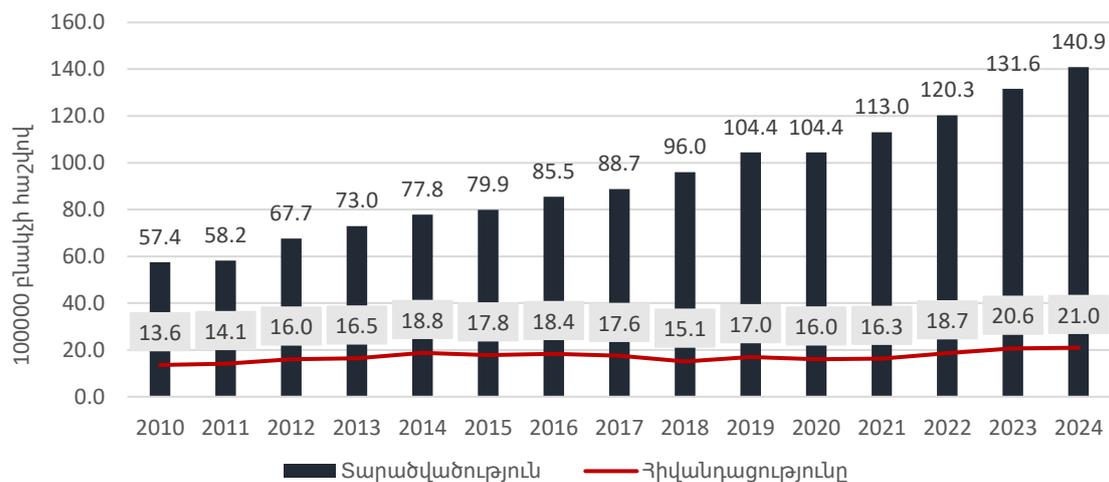
Գծապատկեր 23. Արգանդի վզիկի քաղցկեղից հիվանդացություն և տարածվածություն 2010–2024



Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԲ

Հաստ աղու քաղցկեղի հիվանդացությունը 100 000 բնակչի հաշվով 2010թ. 57.4 դեպքից գրանցել է կայուն աճ՝ 2017թ. հասնելով 88.7, ապա շարունակելով աճի միտումը՝ 2024թ. հասել առավելագույն 140.9 ցուցանիշին: Դինամիկան հստակ ցույց է տալիս հիվանդացության շարունակական բարձրացում ամբողջ ժամանակահատվածում: Տարածվածությունը 2010թ. 13.6-ից աստիճանաբար աճել է՝ 2014–2016թթ. հասնելով 17.8–18.7, ապա որոշ նվազումով 2018–2021թթ. պահպանվել է 15–17 միջակայքում: 2022-ից տարածվածությունը գրանցել է աճ՝ 2024թ. հասնելով 21.0:

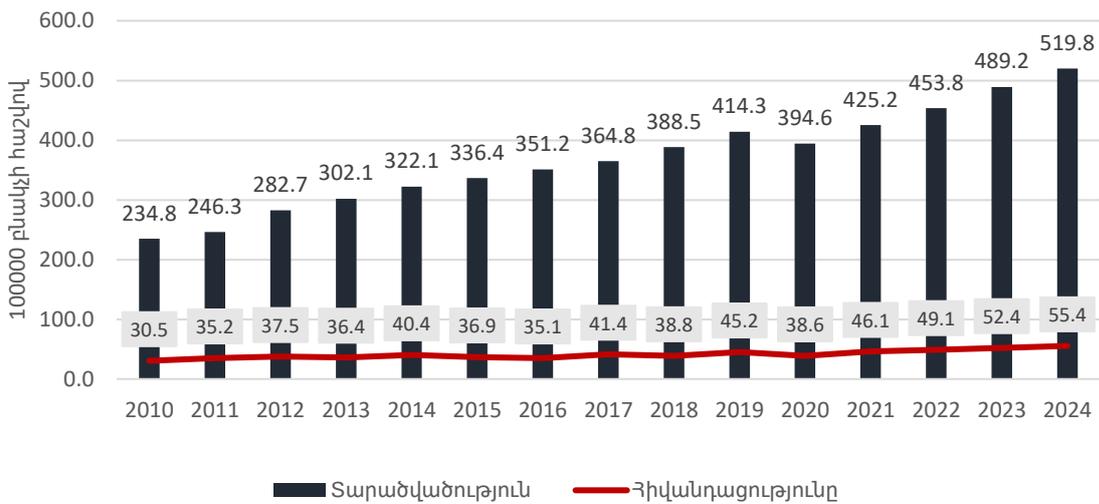
Գծապատկեր 24. Հաստ աղու քաղցկեղ – հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը 2010–2024



Կրծքագեղձի քաղցկեղի հիվանդացությունը 100 000 բնակչի հաշվով 2010թ. 234.8 դեպքից գրանցել է շարունակական աճ՝ 2017թ. հասնելով 364.8, 2020թ.՝ 394.6, իսկ 2024թ.՝ առավելագույն 519.8 ցուցանիշին: Աճի միտումը կայուն է ամբողջ դիտարկվող ժամանակահատվածում՝ հատկապես արագընթաց բարձրացումով 2020-ից հետո:

Տարածվածությունը 2010թ. 30.5-ից աճել է մինչև 35-45 միջակայք՝ 2016-2019թթ. ընթացքում, ապա որոշ տատանումներով շարունակել է բարձրանալ: 2021թ. այն դարձյալ աճել է՝ 46.1, 2023թ.՝ 52.4, իսկ 2024թ. հասել է առավելագույն 55.4-ին:

Գծապատկեր 25. Կրծքագեղձի քաղցկեղ- հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը 2010-2024

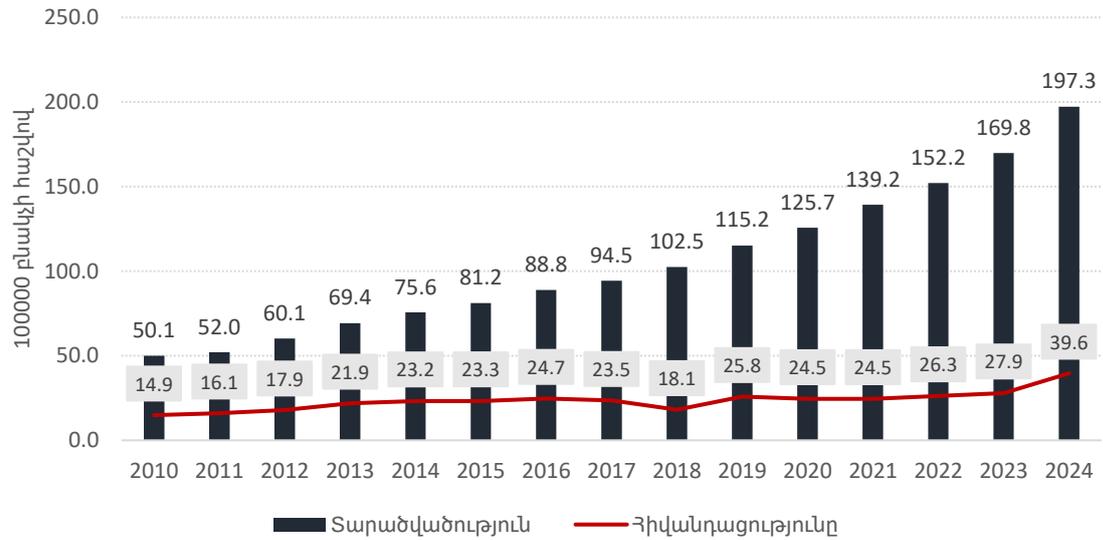


Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ

Շականակագեղձի քաղցկեղի հիվանդացությունը 100 000 բնակչի հաշվով 2010թ. 50.1 դեպքից աստիճանաբար աճել է՝ 2015-2018թթ. հասնելով 81-102 միջակայքին, իսկ 2020-ից հետո ձևավորելով հատկապես արագ աճող միտում: 2022թ. հիվանդացությունն արդեն կազմել է 152.2, 2023թ.՝ 169.8, իսկ 2024թ. հասել է առավելագույն 197.3 ցուցանիշին: Աճը տևական և շարունակական է ամբողջ տվյալ ժամանակահատվածում:

Տարածվածությունը 2010թ. 14.9-ից բարձրացել է մինչև 21-24 ցուցանիշի՝ 2013-2017թթ. ընթացքում, ապա 2018թ. արձանագրել է նվազում՝ հասնելով 18.1: 2019-ից սկսած տարածվածությունը կրկին վերականգնվել և աճել է՝ 2023թ. կազմելով 27.9, իսկ 2024թ.՝ հասնելով առավելագույն 39.6 ցուցանիշին:

Գծապատկեր 26. Շականակագեղձի քաղցկեղ- հիվանդացությունը և հիվանդության տարածվածությունը 2010-2024

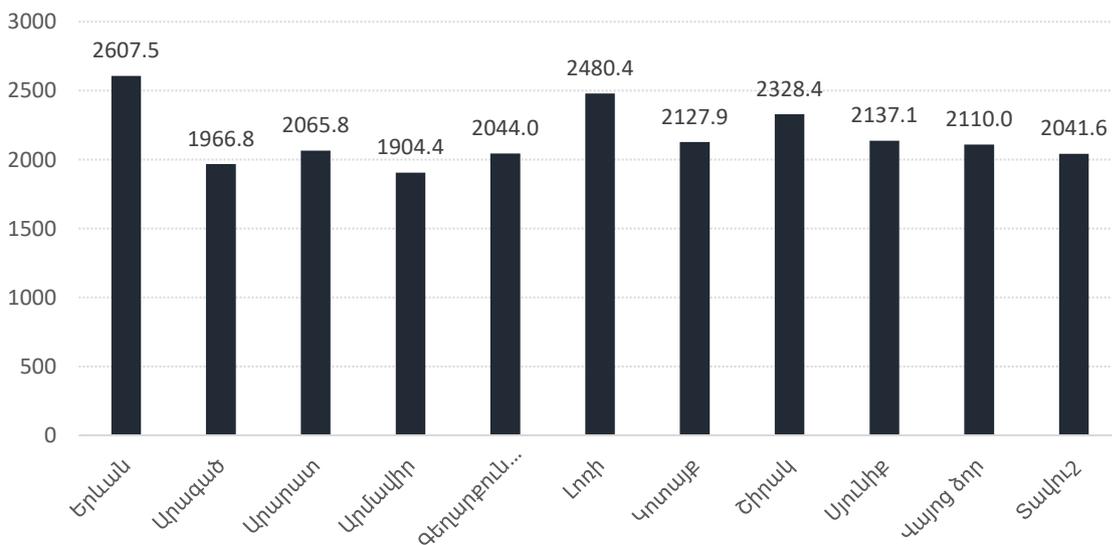


Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ

Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդությունների տարածվածությունը 2024թ. տարբերվում է Երևանի և մարզերի միջև: Երևանում ցուցանիշն ամենաբարձրն է՝ 2607.5:

Մարզերում տարածվածությունը տատանվում է 1900–2500 միջակայքում: Համեմատաբար բարձր մակարդակ ունեն Լոռին (2480.4) և Շիրակը (2328.4) : Ատոսավել ցածր ցուցանիշներ գրանցվել են Արագածոտնում (1966.8) և Արմավիրում (1904.4):

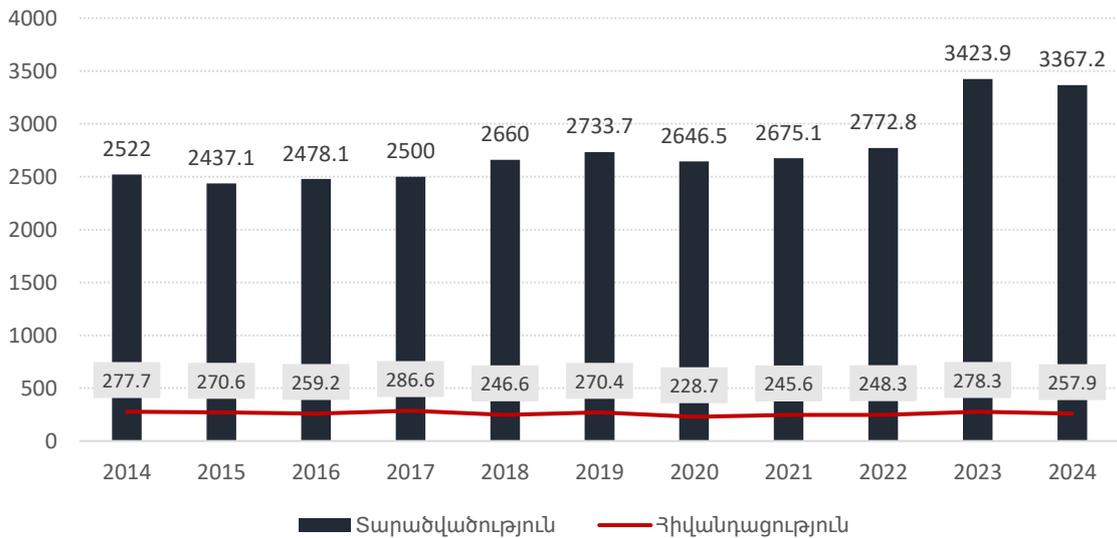
Գծապատկեր 27. Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդությունների տարածվածությունը, մարզեր, 2024



Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ

2014–2024 թթ. ընթացքում հոգեկան հիվանդությունների տարածվածությունը ցուցաբերել է ընդհանուր աճող միտում: Չնայած առանձին տարիներին արձանագրված տատանումներին, վերջին տարիներին, հատկապես 2023–2024 թթ., տարածվածությունը հասել է ամենաբարձր մակարդակին: Մինչդեռ ժամանակ, հիվանդացության ցուցանիշը պահպանվել է համեմատաբար կայուն՝ ամբողջ ժամանակահատվածում փոքր տատանումներով:

Գծապատկեր 28. Հոգեկան հիվանդության տարածվածությունը և հիվանդացությունը 2014-2024

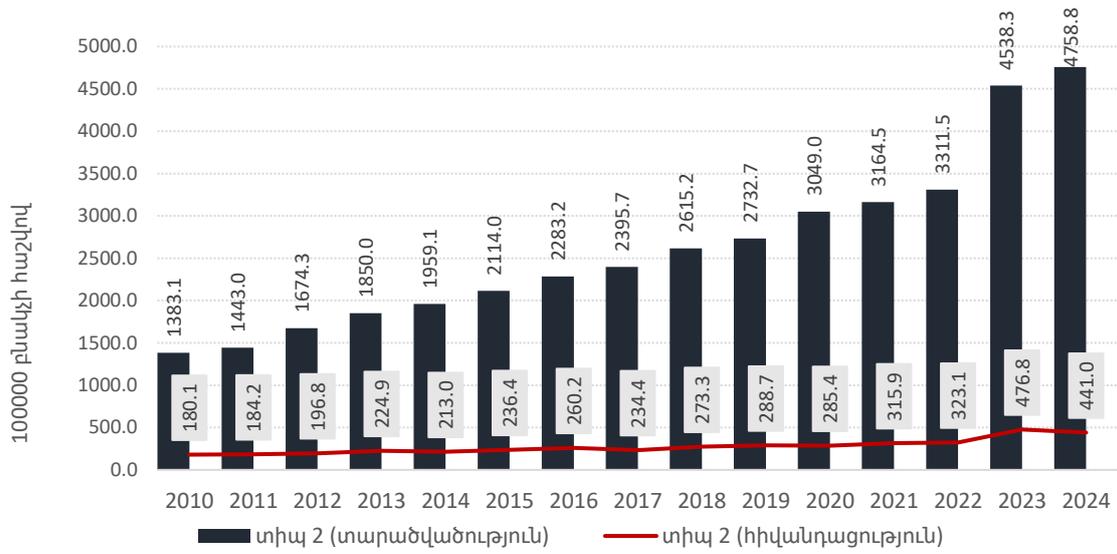


Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱՍԻ

2010–2024 թթ. տիպ 2 շաքարային դիաբետի տարածվածությունը ցուցաբերում է հստակ և շարունակական աճ: 2010 թ. արձանագրված համեմատաբար ցածր մակարդակից այն տարեցտարի ավելացել է՝ հատկապես արագ աճելով վերջին տարիներին և 2024 թ. հասնելով ամենաբարձր ցուցանիշին:

Հիվանդացության ցուցանիշը նույն ժամանակահատվածում աճել է ավելի դանդաղ, սակայն կայուն միտումով՝ որոշ տարիներին ունենալով փոքր տատանումներ: 2023–2024 թթ. նկատվում է հիվանդացության էական բարձրացում:

Գծապատկեր 29. Շաքարային դիարետով հիվանդացություն և տարածվածություն, տիպ 2, 2010-2024



Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱՍԻ

3.1.1.4 Ա.4 Մահացություն

Մահացության բաժնում ներկայացված են հետևյալ ցուցանիշները:

Աղյուսակ 21. Մահացության վերաբերյալ ցուցանիշներ

Ա.4	Մահացություն
Ա.4.1	Կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից
Ա.4.2	Առողջ կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից
Ա.4.3	Մահացության մակարդակի խուսափելի (կանխարգելելի և բուժելի) պատճառները
Ա.4.4	Մանկական մահացություն
Ա.4.5	Մայրական մահացություն
Ա.4.6	Մահացության հիմնական պատճառները (մահվան բոլոր պատճառները)
Ա.4.7	Մահացությունը ոչ վաչակիչ հիվանդություններից
Ա.4.8	Մահացությունը վնասվածքներից և արտաքին պատճառներից
Ա.4.9	Միջազգային վիճակագրություն

Ա.4.1 Կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից

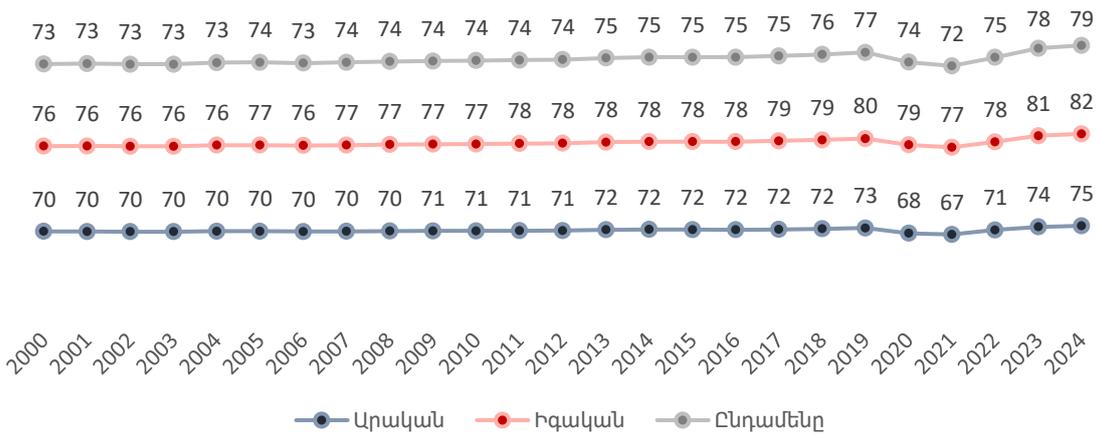
Կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից տարիների այն թիվն է, որ ծնվող սերունդը, միջին հաշվով, կապրի, պայմանով, որ այդ սերնդի ողջ կյանքի ընթացքում մի տարիքից հաջորդին անցնելիս մահացությունը յուրաքանչյուր տարիքում հավասար կլինի բնակչության մահացության տվյալ ժամանակահատվածի մակարդակին:

Վերջին երկու տասնամյակների ընթացքում Հայաստանը ցուցաբերել է ծննդյան պահին կյանքի տևողության կայուն և շարունակական աճ, ինչն արտացոլում է բնակչության առողջության, կենսապայմանների և բժշկական օգնության հասանելիության աստիճանական բարելավումները:

Համաձայն ազգային տվյալների՝ Հայաստանում կյանքի սպասվող միջին տևողությունը 2000 թվականի 73 տարուց բարձրացել է մինչև 79 տարի 2024 թվականին, նշելով ակնհայտ դեպի վեր ուղղված հետագիծ, չնայած 2020–2021 թթ. ժամանակավոր անկումներին, որոնք ամենայն հավանականությամբ կապված էին ԶՈՎԻԴ-19 համավարակի և տարածաշրջանային հակամարտությունների հետ:

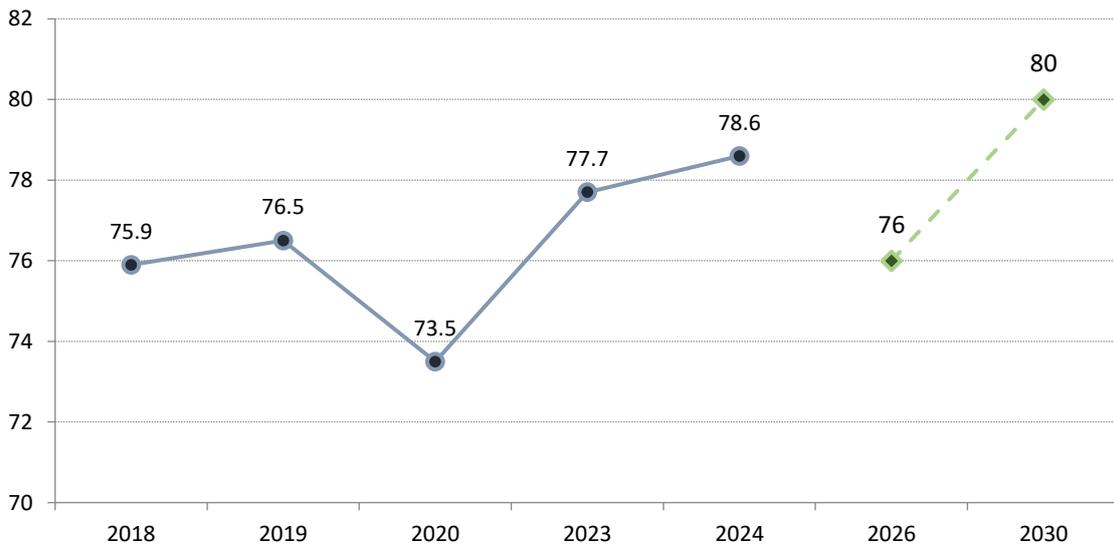
Կյանքի սպասվող տևողության սեռային անհամաչափությունը մնում է զգալի. կանանց կյանքի տևողությունը 76-ից աճել է մինչև 82 տարի, հետևողականորեն գերազանցելով տղամարդկանց ցուցանիշին, որն աճել է 70-ից մինչև 75 տարի: Այս 6-7 տարվա բացը ընդգծում է առողջական վարքագծի, մասնագիտական ռիսկերի և կանխարգելիչ ծառայությունների հասանելիության ոլորտում տղամարդկանց և կանանց միջև առկա անհամապատասխանությունները:

Գծապատկեր 30. Կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահին՝ ըստ սեռի և տարիների



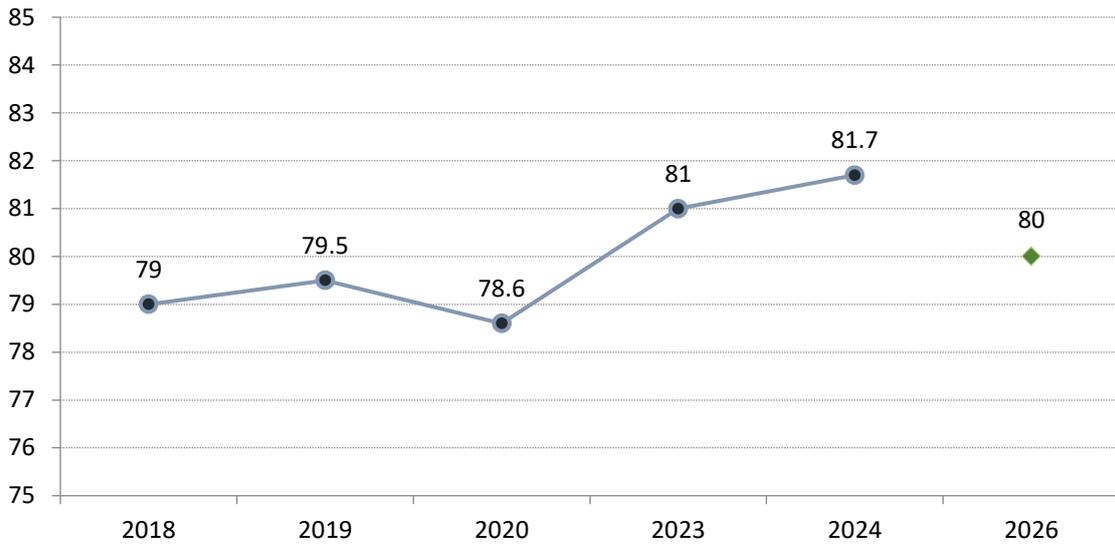
Կյանքի սպասվող միջին տևողությունը 2018–2024թթ. գրանցել է աճ՝ 75.9-ից հասնելով 78.6-ի և դրսևորելով դրական միտում՝ ռազմավարության սահմանված ցուցանիշներին հասնելու ուղղությամբ:

Գծապատկեր 31. Կյանքի սպասվող միջին տևողությունը



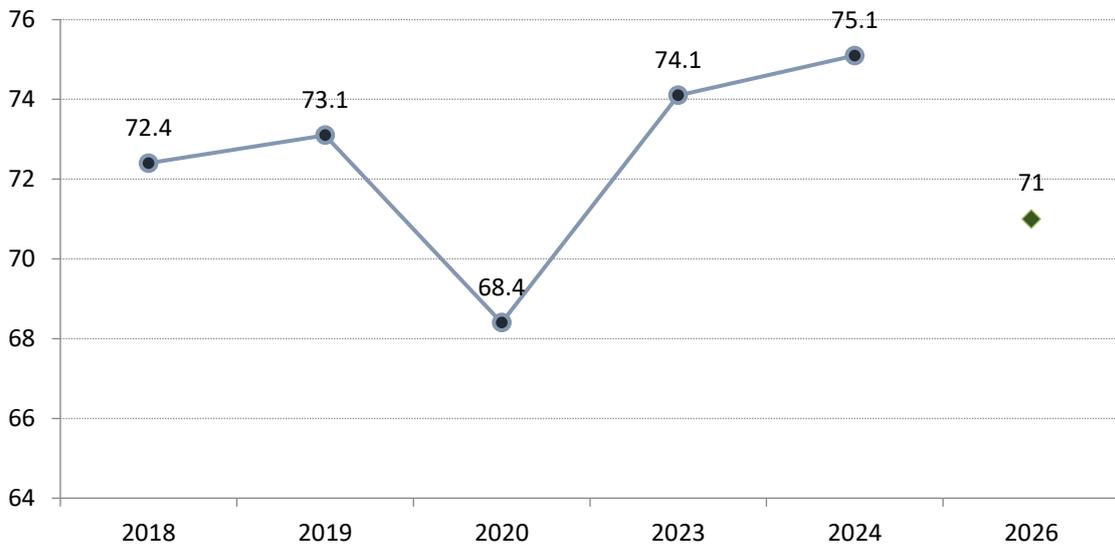
Կանանց կյանքի տևողությունը բարձր է և 2018–2024թթ. ընթացքում աճել է 79-ից մինչև 81.7: Ցուցանիշն արդեն հասել է 2026թ. սահմանված թիրախային նպատակին:

Գծապատկեր 32. Կանանց կյանքի սպասվող միջին տևողություն



Տղամարդկանց կյանքի սպասվող միջին տևողության ցուցանիշը զգալի տատանումներից հետո 2024թ. հասել է 75.1-ի: Այս ցուցանիշը գերազանցել է ՀՀ առողջապահության համակարգի 2023-2026թթ. զարգացման ռազմավարությամբ սահմանված թիրախին:

Գծապատկեր 33. Տղամարդկանց կյանքի սպասվող միջին տևողություն

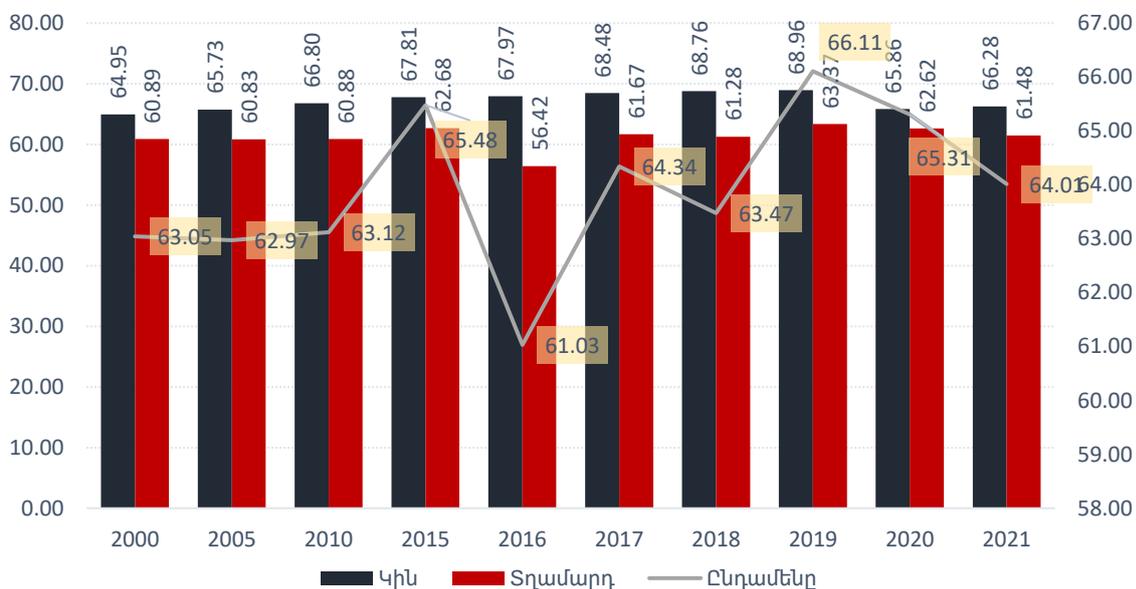


Ա.4.2 Առողջ կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից

Առողջ կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից սահմանվում է որպես «լիարժեք առողջությամբ» ապրելու կանխատեսված տարիների միջին՝ հաշվի առնելով հիվանդության և/կամ վնասվածքի պատճառով լիարժեք առողջությունից պակաս ապրած տարիները:³⁰

2000–2021թթ. ընթացքում առողջ կյանքի տևողությունը ընդհանուր առմամբ պահպանել է կայուն մակարդակ՝ փոքր աճով մինչև 2019թ. և հետագա նվազումով: 2019թ. արձանագրվել է առավելագույն արժեքը՝ մոտ 66.1 տարի, իսկ 2021թ. ցուցանիշը նվազել է մինչև 64: Տղամարդկանց ցուցանիշը մշտապես մնացել է կանանցից ավելի ցածր: Ընդհանուր միտումը վկայում է առողջ կյանքի տևողության դանդաղ աճի և վերջին տարիներին կայունացման միտման մասին:

Գծապատկեր 34. Առողջ կյանքի սպասվող տևողությունը ծննդյան պահից ըստ սեռի



Աղբյուրը՝ WHO Global progress dashboard [հղում]

Ա.4.3 Մահացության մակարդակի խուսափելի (այսինքն՝ կանխարգելելի և բուժելի) պատճառները

Մահացության կանխարգելելի և բուժելի պատճառները սահմանվում են հետևյալ կերպ.

- Կանխարգելելի մահացություն.

Մահվան պատճառներ, որոնցից հիմնականում կարելի է խուսափել արդյունավետ հանրային առողջապահության և առաջնային կանխարգելման միջամտությունների միջոցով (այսինքն՝ հիվանդությունների/վնասվածքների սկսվելուց առաջ՝ հիվանդացության մակարդակը նվազեցնելու համար):

- Բուժելի (կամ կարգավորվող) մահացություն.

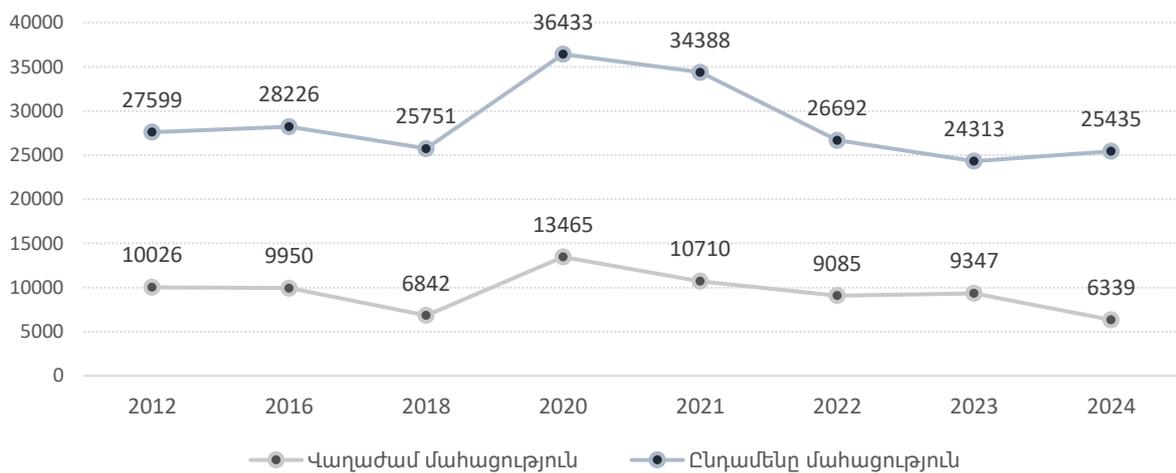
³⁰ World Health Organization. *Healthy Life Expectancy (HALE) Metadata*. Geneva: WHO, 2023. [հղում]

Մահվան պատճառներ, որոնք հիմնականում կարելի է խուսափել ժամանակին և արդյունավետ առողջապահական միջամտությունների միջոցով՝ ներառյալ երկրորդային կանխարգելումը և բուժումը (հիվանդությունների սկսվելուց հետո մահացության մակարդակը նվազեցնելու համար):

2012–2024թթ. ընթացքում ընդհանուր մահացությունը պահպանել է տատանվող միտում: 2020թ. արձանագրվել է առավելագույն ցուցանիշը՝ 36,433 մահ, որից հետո նկատվել է աստիճանական նվազում՝ մինչև 24,313 2023թ., իսկ 2024թ. գրանցվել է փոքր աճ՝ 25,435:

Վաղաժամ մահացությունը ևս հետևել է նմանատիպ ընթացքի՝ 2020թ. հասնելով գագաթնակետին՝ 13,465 մահ, ապա շարունակաբար նվազելով մինչև 6,339 2024թ.: Ընդհանուր միտումը ցույց է տալիս, որ թեև վերջին տարիներին արձանագրվել է մահացության նվազում, վաղաժամ մահերի մակարդակը շարունակում է ժամանակակից և պահանջում է նպատակային կանխարգելիչ միջամտությունների ուժեղացում:

Գծապատկեր 35. Վաղաժամ մահացությունը 2012-2024



Աղբյուրը՝ ԱՄՄՍՍՍ

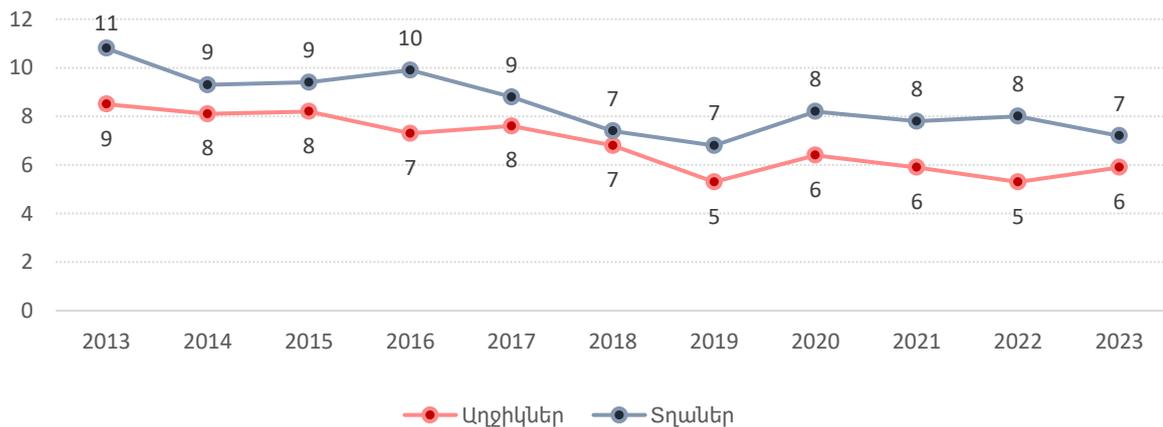
Ա. 4. 4 Մանկական մահացություն

Վերջին տասնամյակի ընթացքում Հայաստանը կայուն առաջընթաց է գրանցել ինչպես մինչև մեկ տարեկան (նորածնային), այնպես էլ մինչև հինգ տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշների նվազեցման գործում: Մինչև հինգ տարեկան երեխաների մահացության մակարդակը 2013-ի 1000 կենդանի ծնունդի դիմաց 12 մահից նվազել է մինչև 9 (արական) և 10 մահից մինչև 7 (իգական)՝ 2023-ին, մինչդեռ նորածնային մահացությունը նույն ժամանակահատվածում մոտ 11-ից իջել է 7/1000-ից (արական) և 9-ից՝ 6/1000 (իգական): Այս բարելավումներն արտացոլում են մոր և մանկան առողջության ծառայությունների զարգացումը, պատվաստումների ծածկույթի ընդլայնումը և հղիության ու ծննդաբերության ընթացքում մասնագիտացված խնամքի ավելի լավ հասանելիությունը:

Չնայած ընդհանուր առաջընթացին, տղաները հետևողականորեն ունեցել են ավելի բարձր մահացություն, քան աղջիկները: Տղաների այս ցուցանիշը համահունչ է հայտնի կենսաբանական խոցելիությանը, սակայն նաև ընդգծում է բարձրորակ նորածնային և վաղ մանկության խնամքի հավասար հասանելիությունն ապահովելու անհրաժեշտությունը:³¹

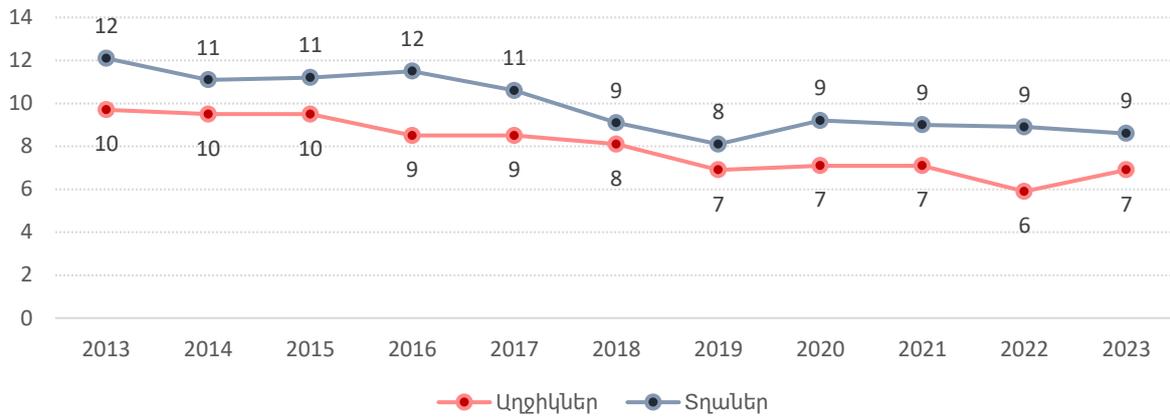
Մահացության ցածր ցուցանիշները կայուն պահելու և լավարկելու նպատակով Հայաստանը կարիք ունի կենտրոնանալու մահվան պերինատալ և նորածնային պատճառների վրա, ամրապնդելու ուղղորդման և շտապ օգնության համակարգերը, ինչպես նաև ապահովելու հետևողական որակ բոլոր մարզերում: Շարունակական ներդրումը նորածնային ինտենսիվ թերապիայի, մայրական սնուցման և հղիության բարդությունների վաղ հայտնաբերման մեջ էական նշանակություն կունենան առաջընթացը արագացնելու և մինչև 2030 թվականը երեխաների մահացության համար սահմանված Կայուն զարգացման նպատակ (ԿԶՆ) 3.2-ի թիրախներին հասնելու համար:

Գծապատկեր 36. Մանկական մահացության հարաբերական արժեքը՝ ըստ սեռի և տարիների (մինչև 1 տարեկան)



³¹ Kraemer S. *The fragile male*. *BMJ*. 2000;321(7276):1609–1612. [[հղում](#)]

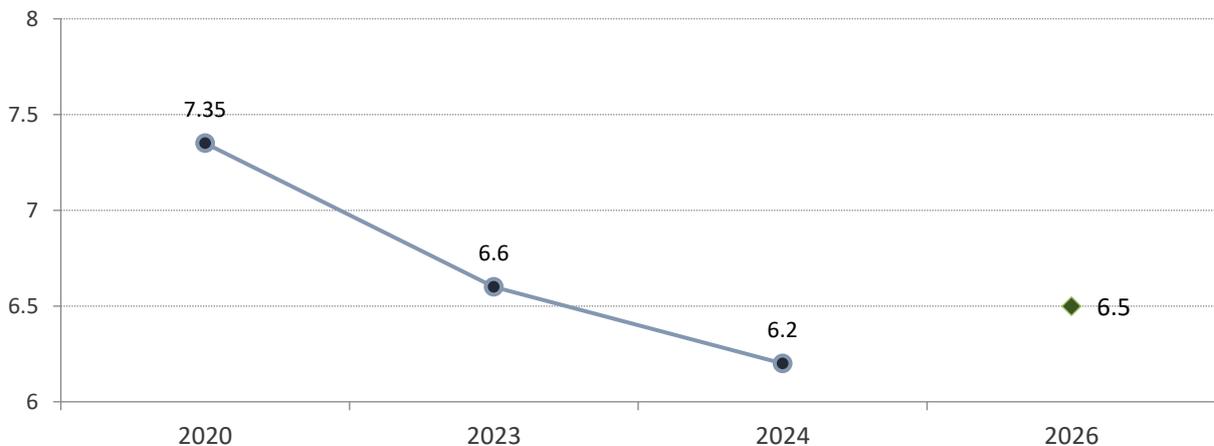
Գծապատկեր 37. Մանկական մահացության հարաբերական արժեքը՝ ըստ սեռի և տարիների (մինչև 5 տարեկան)



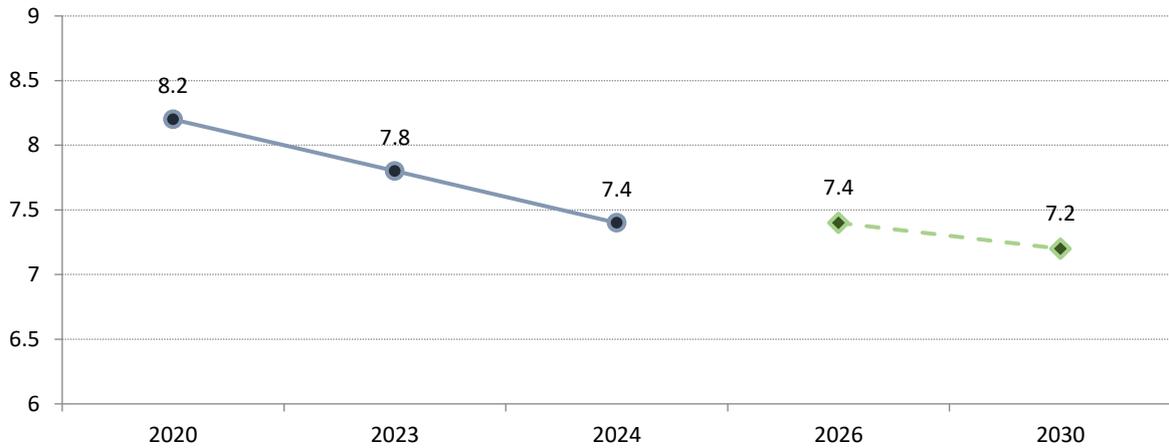
2020–2024թթ. ընթացքում 0–1 տարեկան երեխաների մահացության ցուցանիշը գրացել է կայուն անկում՝ 7.35-ից հասնելով 6.2-ի, ինչը վկայում է նորածնային և մանկական առողջապահական ծառայությունների բարելավումների մասին: 2026թ. համար սահմանված 6.5 թիրախային ցուցանիշը, համաձայն Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգի 2023–2026 թվականների զարգացման ռազմավարության, և ընթացիկ դինամիկան ցույց են տալիս, որ Հայաստանը արդեն գերազանցել է սահմանված թիրախային ցուցանիշը՝ հասնելով ավելի ցածր, 6.2 մակարդակի: Սա փաստում է, որ ոլորտում իրականացվող ծրագրերը համահունչ են ռազմավարական նպատակներին, սակայն առաջիկա տարիներին կարևոր է պահպանել ընթացիկ դրական միտումը և ապահովել բարելավումների կայունությունը:

Մինչև 5 տարեկան մանկական մահացության վերջին տարիների արդյունքները ձևավորում են դրական միտում, որը մոտեցնում է ՀՀ առողջապահության համակարգի 2023-2026թթ. զարգացման ռազմավարությամբ սահմանված թիրախներին:

Գծապատկեր 38. 0-1 տարեկան մանկական մահացությունն թիրախային ցուցանիշ, 1000 կենդանածինների հաշվով



Գծապատկեր 39. Մինչև 5 տարեկան մանկական մահացություն, ցուցանիշ և թիրախային ցուցանիշ, 1000 կենդանածինների հաշվով



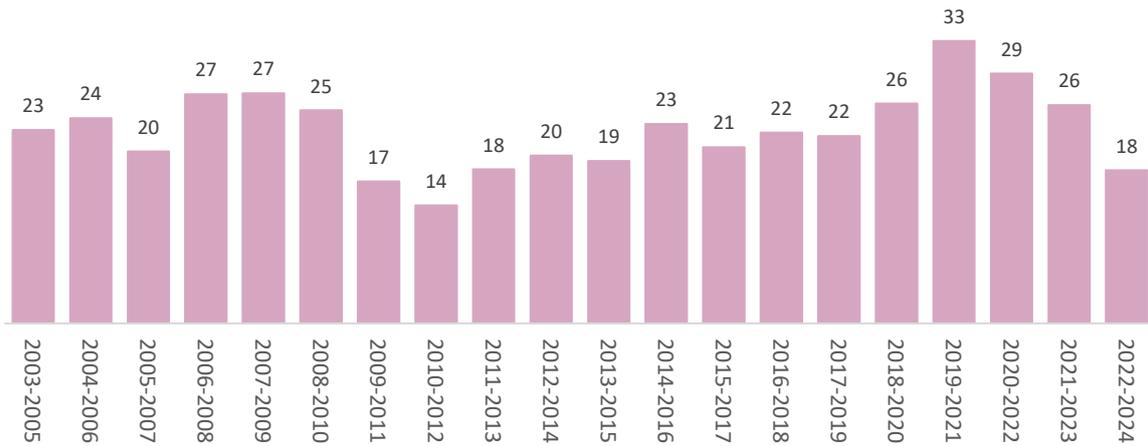
Ա.4.5. Մայրական մահացություն

Հայաստանում մայրական մահացության գործակիցը (ՄՄԳ), որը չափվում է երեք տարվա միջին ցուցանիշով, վերջին տասնամյակում զգալի տատանումներ է ցուցաբերել՝ արտացոլելով մայրական առողջության ոլորտում առկա ինչպես առաջընթացը, այնպես էլ շարունակական մարտահրավերները: Ընդհանուր առմամբ, մայրական մահացության գործակիցը (*ՄՄԳ-ն*) նվազել է 2014–2016 թթ. շուրջ 23 մահից 100,000-ի դիմաց մինչև 2022–2024 թթ. 18 մահ 100,000-ի դիմաց, ինչը վկայում է մայրական դիմակայունության բարելավման մասին:

Սակայն, միտումը գծային չի եղել: 2014–2018 թթ. որոշակի անկումից հետո, մայրական մահացությունը կտրուկ աճել է՝ հասնելով զագաթնակետին՝ 100,000-ից 33 մահ 2019–2021 թթ.: Այս ժամանակավոր աճը, հավանաբար, պայմանավորված է մի քանի նպաստող գործոններով, այդ թվում՝ ՔՈՎԻԴ-19 համավարակի ազդեցությամբ առողջապահական համակարգի կարողությունների վրա, մայրական խնամքի ծառայությունների խաթարումներով և այդ ժամանակահատվածում հղիության նախաձեռնողան ու շտապ մանկաբարձական խնամքի պոտենցիալ թերկիրառությամբ:

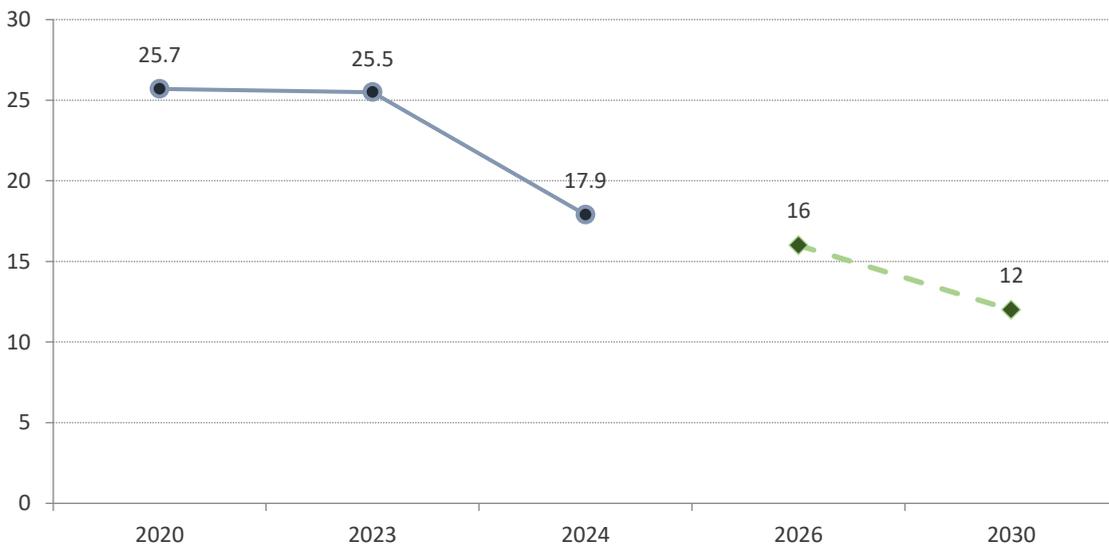
2021 թվականից ի վեր գործակիցը կրկին նվազել է: Եռամյա միջին ցուցանիշի անկումը մինչև 18 ներկայացնում է վերջին տասնամյակում գրանցված ամենացածր մակարդակներից մեկը և ընդգծում է մանկաբարձական խնամքի ամրապնդման, ուղղորդման ուղիների բարելավման և բարձր ռիսկային հղիությունների ավելի լավ կառավարման նորացված ջանքերի արդյունավետությունը:

Գծապատկեր 40. Մայրական մահացություն, եռամսյա միջին ցուցանիշ՝ 100 հազար բնակչի հաշվով



2020–2024 թթ. մայրական մահացության ցուցանիշը նվազել է 25.7-ից մինչև 17.9 հաշվով: Սա ձևավորում է դրական միտում, որը մոտեցնում է ՀՀ առողջապահության համակարգի 2023-2026թթ. զարգացման ռազմավարությամբ սահմանված թիրախներին:

Գծապատկեր 41. Մայրական մահացության վերջին տարիների և թիրախային ցուցանիշները, 1000 կենդանածինների հաշվով



Ա.4.6 Մահացության հիմնական պատճառները (մահվան բոլոր պատճառները)

2024թ. մահվան դեպքերի տվյալները ցույց են տալիս, որ մահացության հիմնական բերը շարունակում են ձևավորել ոչ վարակիչ հիվանդությունները:

Տղամարդկանց մոտ արձանագրվել է 13139 մահ, իսկ կանանց մոտ՝ 12296, ինչը համարժեք է համապատասխանաբար 916.4 և 768.5 մահվան՝ 100 000 բնակչի հաշվով:

Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները պահպանել են իրենց գերակշռող տեղը՝ կազմելով ինչպես տղամարդկանց, այնպես էլ կանանց մահացության մոտ կեսը (6646 և 6847 մահ համապատասխանաբար): Երկրորդ խոշոր խումբը չարորակ նորագոյացություններն են, որոնք տղամարդկանց մոտ կազմում են 2858, իսկ կանանց մոտ՝

2326 մահ: Շնչառական համակարգի հիվանդությունները ևս գրանցել են զգալի մասնաբաժին՝ 1198 մահ տղամարդկանց և 1365 մահ կանանց շրջանում: Մարսողական համակարգի հիվանդությունները, փասվածքները և թունավորումները տղամարդկանց շրջանում զգալիորեն ավելի շատ են, քան կանանց մոտ, ինչը արտացոլում է սեռային տարբերությունները ռիսկային վարքագծի և առողջական ռիսկերի մեջ: Միաժամանակ, շաքարային դիաբետի, ինչպես նաև շնչառական օրգանների այլ հիվանդությունների պատճառով մահացությունը հարաբերականորեն բարձր է կանանց շրջանում:

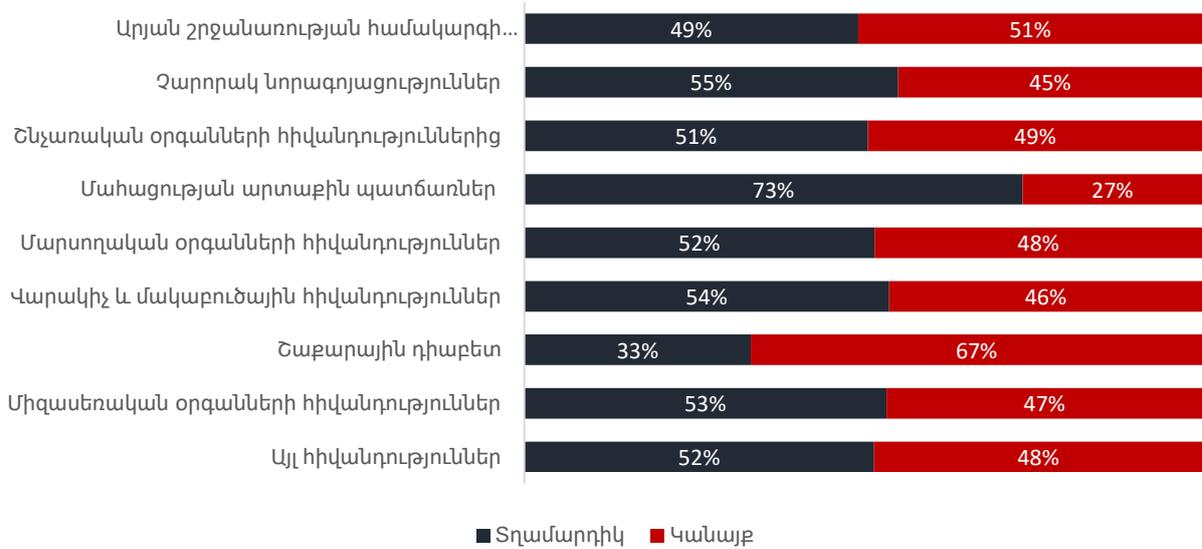
Ընդհանուր առմամբ, մահացության կառուցվածքը հաստատում է, որ ոչ վարակիչ հիվանդությունները շարունակում են ժամառային հանրային առողջության մարտահրավերը, և սեռային տարբերությունները առավել նկատելի են հատկապես նորագոյացությունների, մարսողական և փասվածքներից մահացության դեպքում:

Աղյուսակ 22. Մահվան դեպքերի բաշխումն ըստ մահացության հիմնական պատճառների և սեռի, 2024

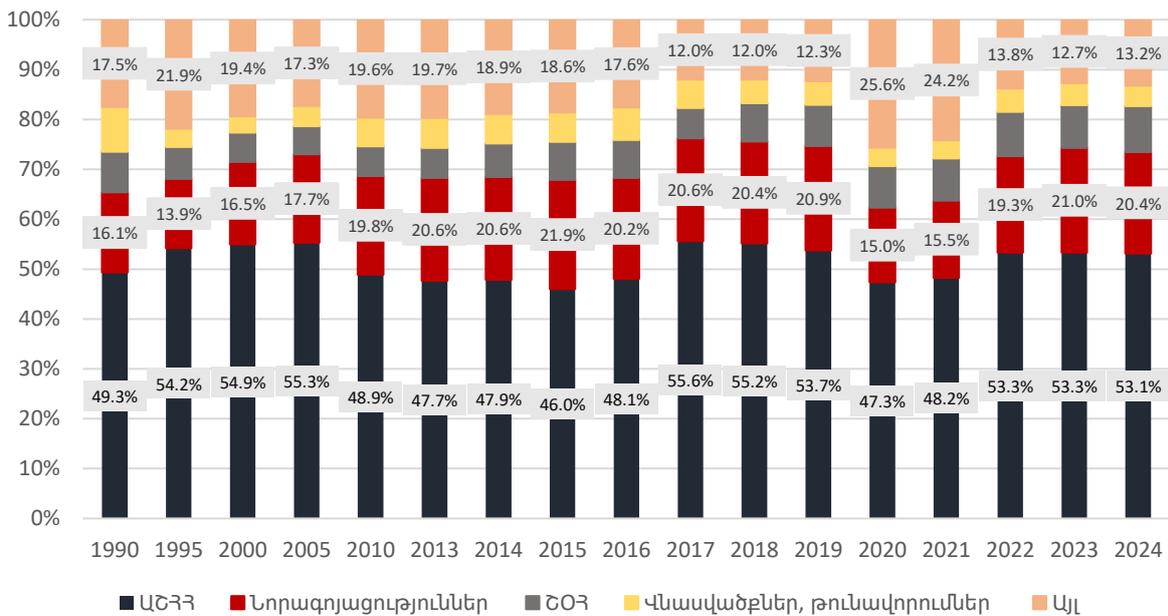
Մահացության պատճառները	Բացարձակ թվաքանակ, մարդ		Ցուցանիշը, 100 000 բնակչի հաշվով	
	Տղամարդիկ	Կանայք	Տղամարդիկ	Կանայք
Մահացածներ, ընդամենը	13 139	12 296	916.4	768.5
այդ թվում՝ ըստ մահվան հիմնական պատճառների.				
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից	6 646	6 847	463.5	428.0
Չարորակ նորագոյացություններից	2 858	2 326	199.3	145.4
Շաքարային դիաբետից	122	243	8.5	15.2
Մահացություն արտաքին պատճառներից (ղծբախտ պատահարներ, թունավորումներ, փասվածքներ և այլն)	757	273	52.8	17.1
Շնչառական օրգանների հիվանդություններից	1 198	1 165	83.6	72.8
Մարսողական օրգանների հիվանդություններից	683	639	47.6	39.9
Միզասեռական օրգանների հիվանդություններից	109	95	7.6	5.9
Վարակիչ և մակարոնային հիվանդություններից	134	115	9.4	7.2
Այլ հիվանդություններից	632	593	44.1	37.0

Աղբյուրը՝ ԱՐՄՄՍՍՍ

Գծապատկեր 42. Մահվան դեպքերի բաշխումն ըստ մահացության հիմնական պատճառների և սեռի, 2024



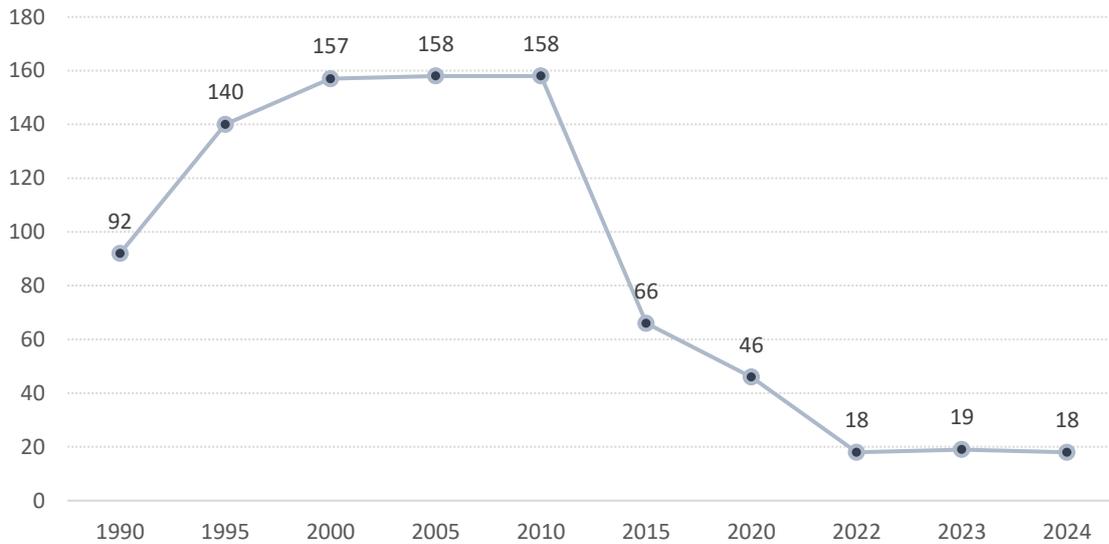
Գծապատկեր 43. Մահացության հիմնական պատճառները 1990-2024, %



Աղբյուրը՝ ԱՐՄՍՍՍՍ

1990–2010թթ. տուբերկուլյոզից մահացությունը եղել է շատ բարձր՝ հասնելով շուրջ 155–160 դեպքի, սակայն 2010-ից հետո գրանցել է կտրուկ անկում և շարունակական նվազում: 2015թ. մահացության ցուցանիշը հասել է 66-ի, իսկ 2020–2024թթ. այն կայունացել է շատ ցածր ցուցանիշների հասնելով՝ մոտ 18-19: Այս երկարաժամկետ կտրուկ նվազումը վկայում է տուբերկուլյոզի վերահսկման, բուժման և վաղ հայտնաբերման ծրագրերի արդյունավետության մասին:

Գծապատկեր 44. Մահացության բոլոր դեպքերը տուբերկուլյոզի բոլոր ձևերից՝ 1990-2024



Ա. 4.7 Մահացությունը ոչ վարակիչ հիվանդություններից (ՌՎՀ)

Ոչ վարակիչ հիվանդությունները (ՌՎՀ)՝ ներառյալ սրտի հիվանդությունները, ինսուլտը, քաղցկեղը, շաքարային դիաբետը և թոքերի քրոնիկ հիվանդությունները, համատեղ կազմում են աշխարհում բոլոր մահերի 74%-ը³²: ՌՎՀ-ներն անհամաչափորեն ազդում են ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրների բնակիչների վրա, որտեղ տեղի է ունենում ՌՎՀ-ներից գրեթե մահերի գրեթե երեք քառորդը (32 միլիոն):³³

ՌՎՀ-ները կլիսում են հինգ հիմնական ռիսկի գործոն. ծխախոտի օգտագործումը, ֆիզիկական ակտիվության պակասը, ալկոհոլի փասասկար օգտագործումը, անառողջ սննդակարգերը և օդի աղտոտվածությունը:

ՌՎՀ-ների համաճարակը կործանարար առողջական հետևանքներ է թողնում անհատների, ընտանիքների և համայնքների վրա և սպառնացող բեռ է առողջապահական համակարգերի համար: ՌՎՀ-ների հետ կապված սոցիալ-տնտեսական ծախսերը դարձնում են այս հիվանդությունների կանխարգելումն ու վերահսկումը 21-րդ դարի զարգացման կարևորագույն հրամայականներից մեկը:

Նյութափոխանակության (մետաբոլիկ) ռիսկի գործոններ

Վարքային ռիսկի գործոնները նպաստում են չորս հիմնական նյութափոխանակային փոփոխությունների, որոնք մեծացնում են ՌՎՀ-ների ռիսկը.

- Բարձր զարկերակային ճնշումը (ներառյալ հիպերտենզիան)
- Ավելորդ քաշը/զիրությունը

³² World Health Organization. *Noncommunicable diseases*. Geneva: [\[հղում\]](#)

³³ World Health Organization. *Noncommunicable diseases: Key facts (fact sheet)*. Geneva: WHO; 25 September 2025. [\[հղում\]](#)

- Արյան գլյուկոզայի բարձր մակարդակը (ներառյալ դիաբետը)
- Արյան լիպիդների աննորմալ մակարդակը (ներառյալ բարձր խոլեստերինը):

Մահացության բաժիններով գլոբալ առաջատար նյութափոխանակային ռիսկի գործոնը բարձր զարկերակային ճնշումն է (որին վերագրվում է ՌՎՀ-ներից գլոբալ մահերի 25%-ը), որին հաջորդում են արյան բարձր գլյուկոզան և ավելորդ քաշը/գիրությունը:

Բնապահպանական ռիսկի գործոններ

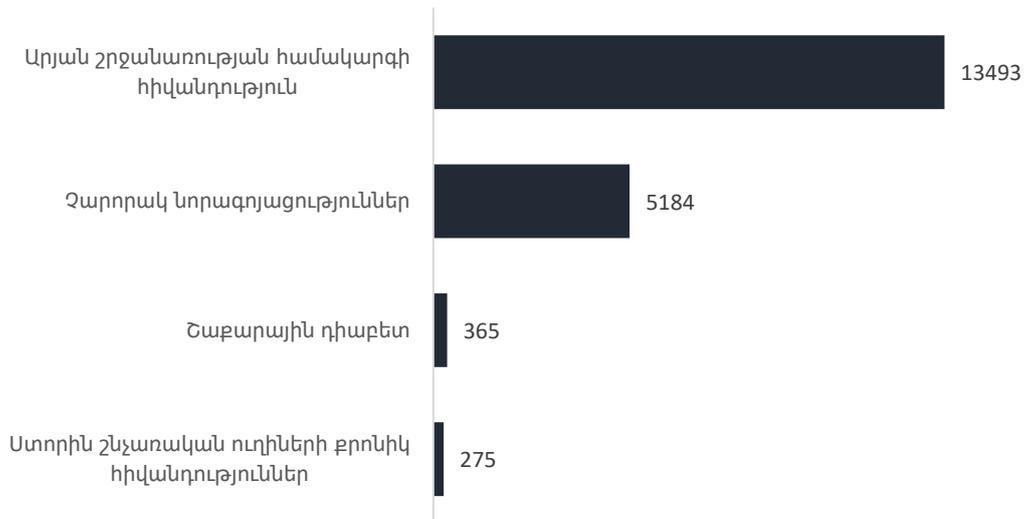
Մի շարք բնապահպանական ռիսկի գործոններ նպաստում են ՌՎՀ-ներին: Դրանցից ամենամեծը օդի աղտոտվածությունն է՝ ինչպես ներքին, այնպես էլ արտաքին միջավայրի, որին բաժին է ընկնում 6.7 միլիոն մահ ամբողջ աշխարհում, որից մոտ 5.6 միլիոնը պայմանավորված է ՌՎՀ-ներով, ներառյալ ինսուլտը, սրտի իշեմիկ հիվանդությունը, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունը և թոքերի քաղցկեղը:

Սոցիալ-տնտեսական ազդեցություն

ՌՎՀ-ները սպառնում են Կայուն զարգացման 2030 օրակարգի առաջնությանին, որը ներառում է 30-ից 70 տարեկան հասակում չորս հիմնական ՌՎՀ-ներից մահացության հավանականությունը մինչև 2030 թվականը մեկ երրորդով նվազեցնելու նպատակը: Աղքատությունը սերտորեն կապված է ՌՎՀ-ների հետ: Կանխատեսվում է, որ ՌՎՀ-ների արագ աճը կարգելակի աղքատության նվազեցմանն ուղղված նախաձեռնությունները ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում, հատկապես՝ մեծացնելով առողջապահության հետ կապված տնային տնտեսությունների ծախսերը: Խոցելի և սոցիալապես անապահով մարդիկ ավելի շուտ են հիվանդանում ու մահանում, քան ավելի բարձր սոցիալ-տնտեսական դիրք ունեցող մարդիկ, հատկապես այն պատճառով, որ նրանք կարող են սահմանափակ մուտք ունենալ առողջապահական ծառայություններին: Այս անհավասարությունները նվազեցնելու համար կառավարությունները պետք է ներդրուժներ կատարեն առողջապահական համակարգերում, որոնք արձագանքում են բուժառուների սպասելիքներին և կարիքներին: Ներկայացված է առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդություններից մահվան դեպքերի պատկերը:

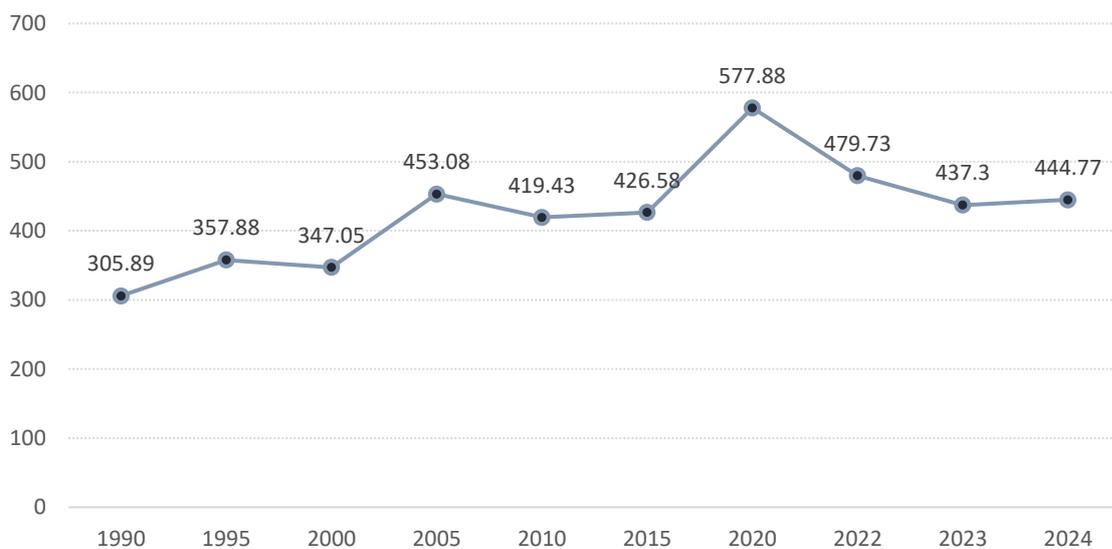
- Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ – ամենաբարձր ցուցանիշը՝ 13,493 մահ, ինչը կազմում է ոչ վարակիչ հիվանդություններից մահերի ճնշող մեծամասնությունը
- Չարորակ նորագոյացություններ (քաղցկեղներ) – երկրորդ խումբը՝ 5,184 մահ, ավելի քան երկու անգամ քիչ, քան սրտանոթային հիվանդություններից մահերը
- Շաքարային դիաբետ – 365 մահ, համեմատաբար փոքր, բայց կարևոր բեռ
- Քրոնիկական շնչառական հիվանդություններ – 275 մահ, չորս խմբերից ամենացածրը:

Գծապատկեր 45. Մահերը առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդություններից, 2024



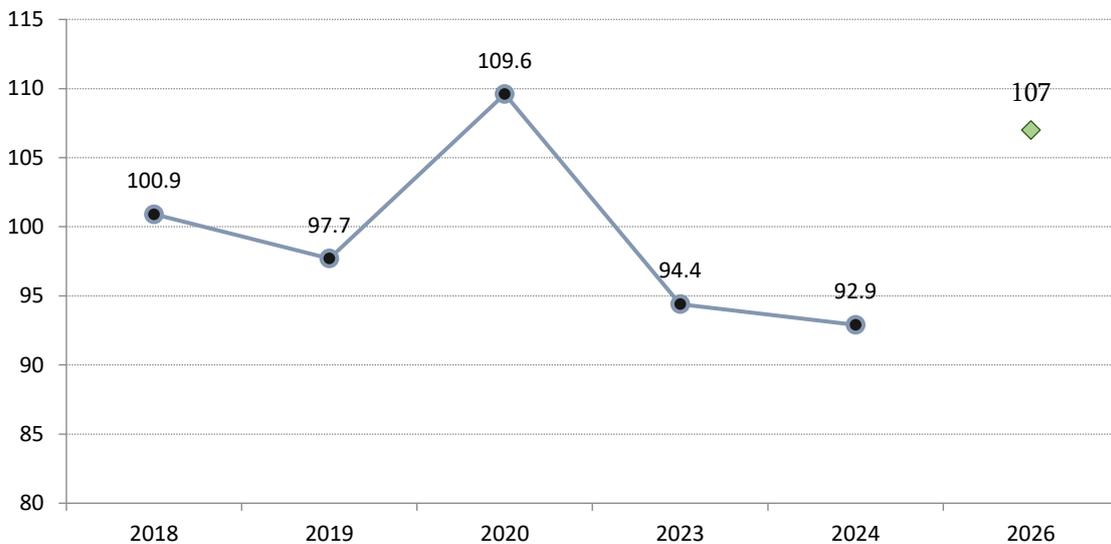
1990–2024թթ. ընթացքում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից մահացությունը գրանցել է ընդհանուր աճող, տատանվող միտում: 1990-ականների սկզբին հարաբերական ցուցանիշը կազմել է շուրջ 306, ապա աստիճանաբար բարձրացել՝ 2005թ. հասնելով 453-ի: Հաջորդ տարիներին նկատվել են տատանումներ, սակայն 2020թ. արձանագրվել է ամենաբարձր մակարդակը՝ 578 մահ 100 000 բնակչի հաշվով: 2021–2023թթ. մահացությունը նվազել է՝ հասնելով մոտ 437-ի, իսկ 2024թ. դիտվում է փոքր աճ՝ 445: Ընդհանուր պատկերն ընդգծում է, որ սրտանոթային հիվանդությունները շարունակում են կազմել ոչ վարակիչ հիվանդություններից մահացության հիմնական բեռը՝ պահանջելով շարունակական կանխարգելիչ և բուժական միջոցառումներ:

Գծապատկեր 46. Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից մահացությունը, 100 000 բնակչի հաշվով, 1990-2024



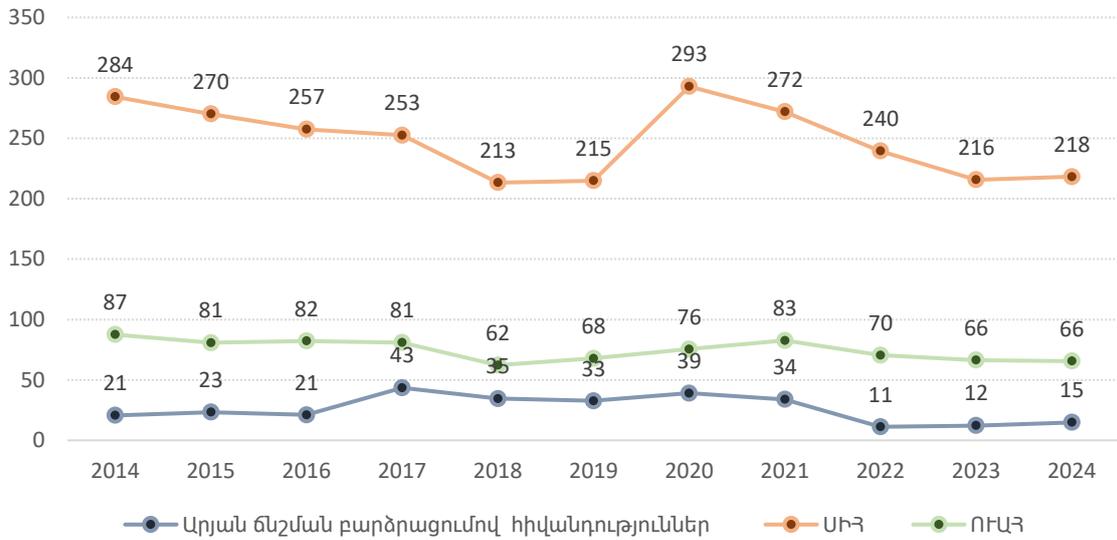
2018–2024թթ. ընթացքում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից վաղաժամ մահացությունը գրանցել է տատանվող, սակայն ընդհանուր առմամբ նվազող միտում՝ 100.9-ից հասնելով 92.9 մահ 100 000 բնակչի հաշվով: Չնայած 2020թ. կտրուկ աճին (109.6), հետագա տարիներին արձանագրվել է շարունակական նվազում, ինչը վկայում է սրտանոթային հիվանդությունների կանխարգելման և բուժման որոշակի բարելավման մասին: Արդյունքներն արտացոլում են դրական միտում, որը մոտեցնում է ՀՀ առողջապահության համակարգի 2023-2026թթ. զարգացման ռազմավարությամբ սահմանված թիրախներին:

Գծապատկեր 47. Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից վաղաժամ (մինչև 65 տարեկան) ընդհանուր մահացություն, 100 000 բնակչի հաշվով



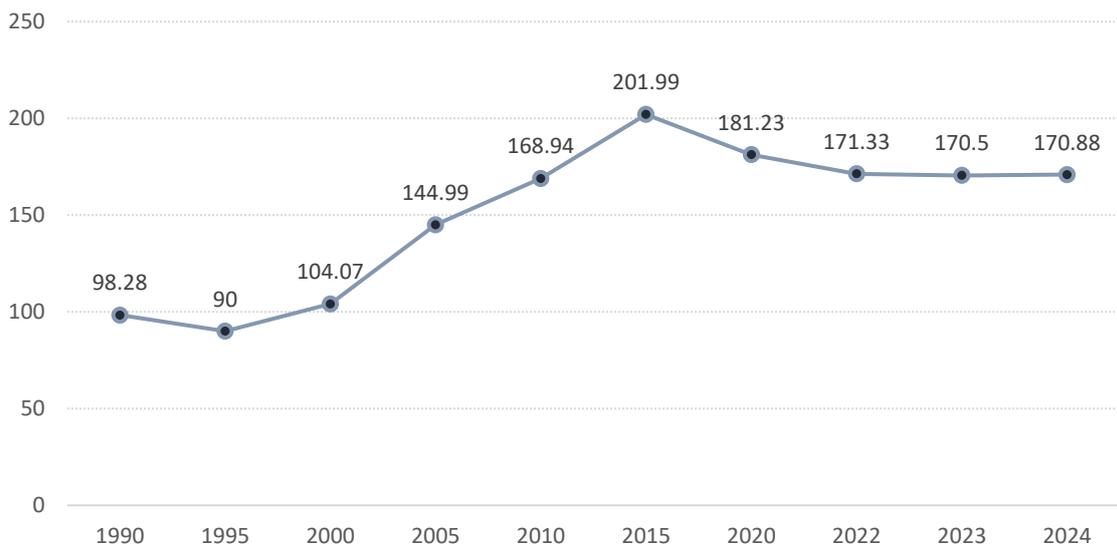
Արյան շրջանառության համակարգի մահացության կառուցվածքում շարունակում են գերակշռել սրտային իշեմիկ հիվանդությունները, որոնք 2020թ. հասել են 293-ի, ապա 2024թ. -ին նվազել 218-ի: Ուղեղային անոթային հիվանդություններից մահացությունը նույնպես նվազման միտում ունի՝ 87-ից մինչև 66: Այլ հիվանդություններից մահացությունը պահպանվել է ցածր մակարդակի վրա: Ընդհանուր առմամբ, նկատվում է որոշակի նվազման միտում, սակայն սրտանոթային հիվանդությունները շարունակում են փսալ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից մահացության հիմնական պատճառը:

Գծապատկեր 48. Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների առավել տարածված տեսակներից մահացությունը, ընդամենը, 2014-2024



1990–2024թթ. ընթացքում չարորակ նորագոյացություններից մահացությունը գրանցել է երկարաժամկետ աճող միտում: 1990-ականներին հարաբերական ցուցանիշը կազմել է մոտ 98, ապա 2000-ականների կեսերից սկսած կայուն աճ է գրանցվել՝ 2015թ. հասնելով առավելագույնին՝ 202 մահ 100 000 բնակչի հաշվով: Հետագա տարիներին նկատվել է որոշ նվազում, սակայն 2020–2024թթ. ցուցանիշը շարունակում է պահպանվել բարձր՝ մոտ 170–181 միջակայքում: Ընդհանուր միտումը ցույց է տալիս, որ քաղցկեղը ժամանակակից մահացության հիմնական և կայուն բարձր բեռ ունեցող պատճառներից մեկը՝ ընդգծելով կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և բուժման շարունակական ուժեղացման անհրաժեշտությունը:

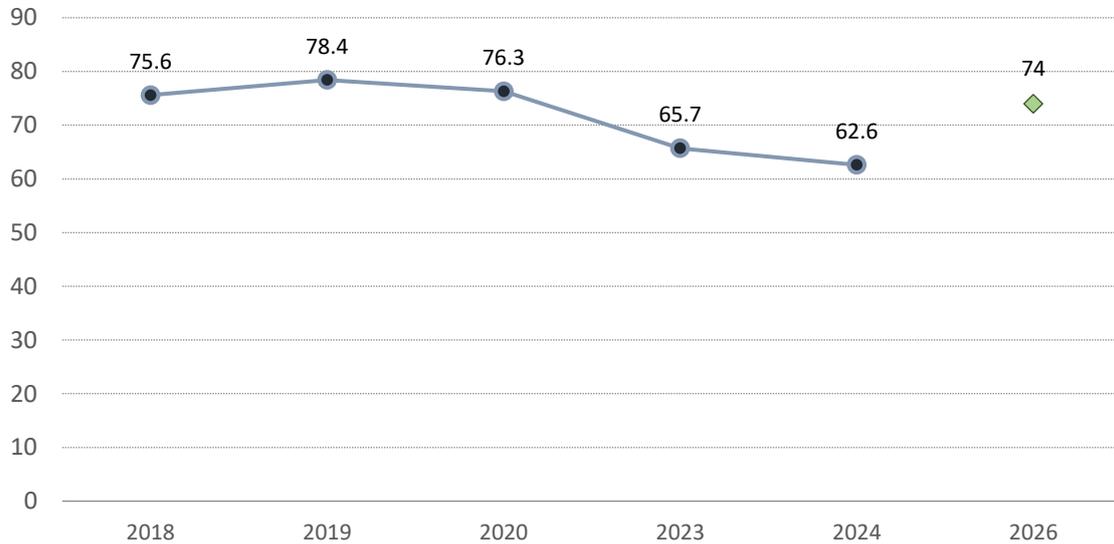
Գծապատկեր 49. Մահացությունը չարորակ նորագոյացություններից, 100 000 բնակչի հաշվով, 1990-2024



2018–2024թթ. ընթացքում չարորակ նորագոյացություններից վաղաժամ մահացությունը գրանցել է նվազման միտում՝ 75.6-ից նվազելով մինչև 62.6 մահ 100 000 բնակչի հաշվով:

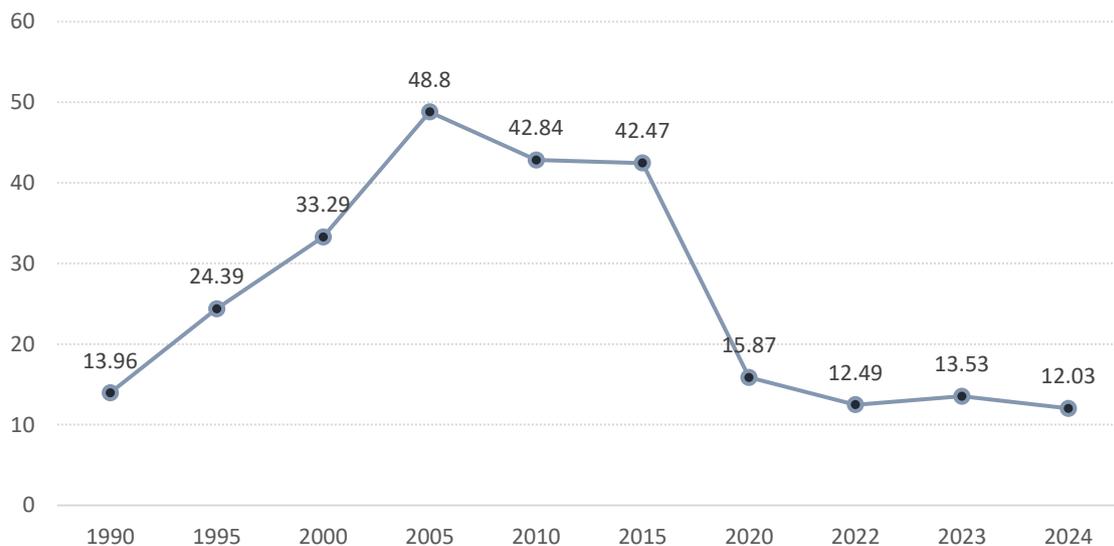
Ցուցանիշը հասել է 2026թ. համար սահմանված թիրախային ցուցանիշին (74), քանի որ ներկայիս ցուցանիշը զգալիորեն ավելի ցածր է:

Գծապատկեր 50. Չարորակ նորագոյացություններից վաղաժամ (մինչև 65 տարեկան) ընդհանուր մահացություն, 100 000 բնակչի հաշվով



1990–2015թթ. շաքարային դիաբետից մահացությունը գրանցել է կայուն աճ՝ 13.96-ից բարձրանալով մինչև շուրջ 48.8 մահ 100 000 բնակչի հաշվով: 2015-ից հետո նկատվում է կտրուկ նվազում, և 2020–2024թթ. ցուցանիշը կայունացել է զգալիորեն ցածր մակարդակում՝ մոտ 12–15: Ներկայիս մակարդակը ավելի ցածր է 1990-ականների սկզբի ցուցանիշներից՝ ընդգծելով արդյունավետ միջոցառումների էական աճը վերջին տասնամյակում:

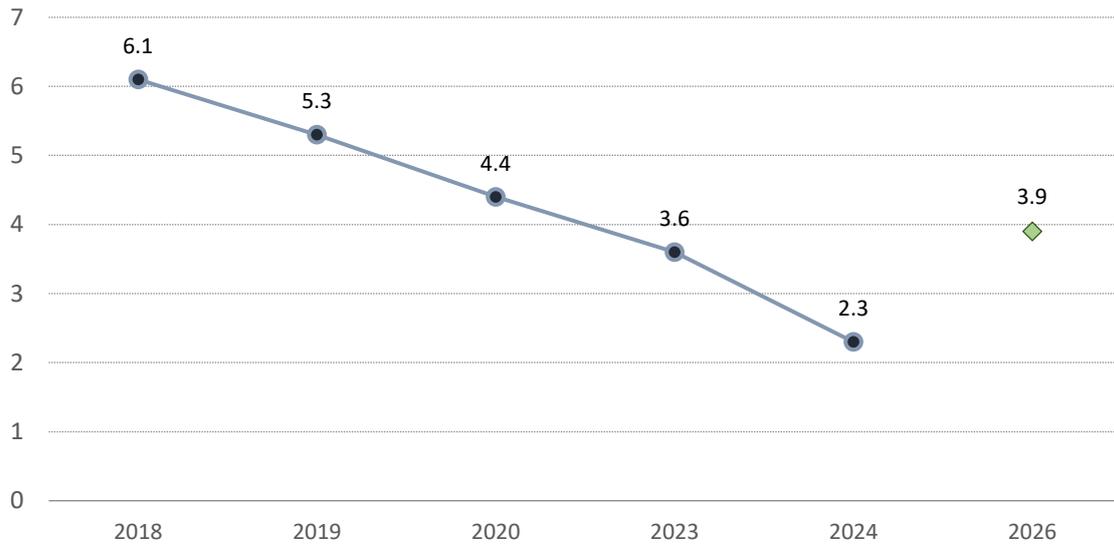
Գծապատկեր 51. Մահացությունը շաքարային դիաբետից, 100 000 բնակչի հաշվով, 1990-2024



2018–2024թթ. շաքարային դիաբետից վաղաժամ մահացությունը գրանցել է կայուն և արագ նվազման միտում՝ 6.1-ից նվազելով մինչև 2.3 մահ 100 000 բնակչի հաշվով:

ՀՀ առողջապահության համակարգի 2023-2026թթ. զարգացման ռազմավարությամբ թիրախը սահմանված է 3.9, իսկ ներկայիս ցուցանիշը արդեն դրանից զգալիորեն ցածր է, ինչը ցույց է տալիս, որ երկիրը ոչ միայն համապատասխանում է նախատեսված նպատակին, այլև գերազանցում է այն՝ ապահովելով առավել բարենպաստ դինամիկա:

Գծապատկեր 52. Շաքարային դիաբետից վաղաժամ (մինչև 65 տարեկան) ընդհանուր մահացություն, 100 000 բնակչի հաշվով



Ա. 4.8 Մահացությունը վնասվածքներից և արտաքին պատճառներից

Ըստ ԱՀԿ-ի մահվան արտաքին պատճառը մահ է՝ պայմանավորված դժբախտ պատահարներով և բռնությամբ, ներառյալ՝ շրջակա միջավայրի իրադարձությունները, հանգամանքները և պայմանները՝ որպես վնասվածքի, թունավորման և այլ անբարենպաստ հետևանքների պատճառ:

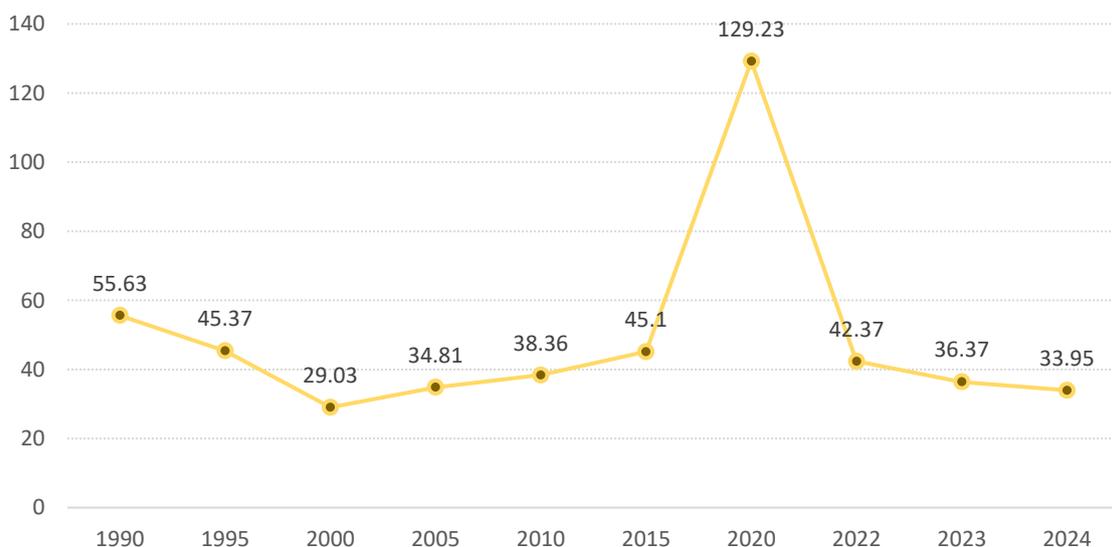
Ընդհանուր կատեգորիաները ներառում են.

- դժբախտ պատահարներ
- սպանություն
- պատերազմական գործողություններից ստացված վնասվածք
- իրավական միջամտություն
- բժշկական անհաջողություններ կամ աննորմալ ռեակցիաներ
- ինքնասպանություններ:³⁴

1990–2024թթ. վնասվածքներից և արտաքին պատճառներից մահացությունը գրանցել է նվազող ընդհանուր միտում՝ 1990թ. 55.6-ից հասնելով 2024թ. 34-ի՝ 100 000 բնակչի հաշվով: 1990-ականներից հետո ցուցանիշը կայուն նվազել է և մոտ 2000–2015թթ. պահպանվել է համեմատաբար ցածր՝ 29–45 միջակայքում: 2020թ. արձանագրված կտրուկ աճը՝ 129.2, անհամաչափ շեղում է, պայմանավորված 2020 թվականի պատերազմով: Հետագա տարիներին մահացությունը շարունակել է նվազել:

Ընդհանուր առմամբ, գծապատկերը ցույց է տալիս, որ վնասվածքներից և արտաքին պատճառներից մահացության ընդհանուր մակարդակը, չնայած ժամանակավոր տատանումներին, ունի դրական զարգացում՝ երկարաժամկետ հեռանկարում նվազման ուղղությամբ:

Գծապատկեր 53. Մահերը վնասվածքներից և արտաքին պատճառներից, 100 000 բնակչի հաշվով, 1990-2024



Ա. 4.9 Միջազգային վիճակագրություն

³⁴ Eurostat. *Glossary: External cause of death*. Luxembourg: Eurostat. [[հղում](#)]

Ներկայացված է կյանքի սպասվող տևողությունը տարբեր երկրներում և տարածաշրջաններում՝ 2000, 2019 և 2023թթ.: Բոլոր երկրներում նկատվում է աճ 2000–2019թթ., իսկ շատերում 2023թ. ցուցանիշը կամ կայունացել է, կամ փոքր-ինչ նվազել:

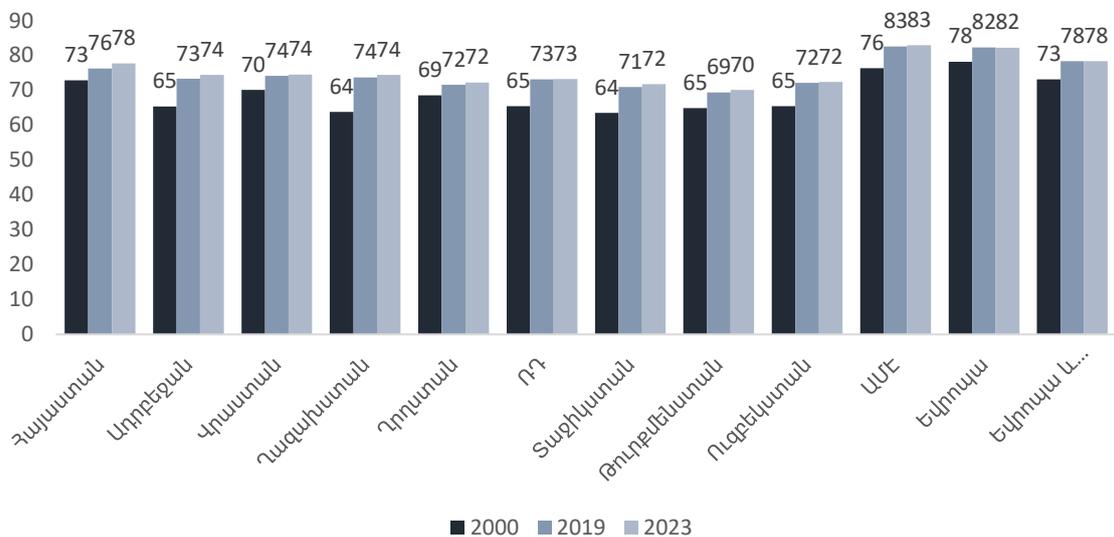
Հայաստանը 2000թ. ունեցել է մոտ 73 տարի, 2019թ.՝ 76, իսկ 2023թ.՝ 78 տարի կյանքի սպասվող տևողություն: Սա ցույց է տալիս կայուն աճ և համեմատաբար բարձր արդյունք, որը 2023թ. մոտ է զարգացած երկրների մակարդակին:

Այն երկրները, որոնց հետ համեմատվում է Հայաստանը, բաժանվում են 3 խմբի.

- Բարձր ցուցանիշ ունեցող երկրներ (ԵՄԵ, Եվրոպա), որտեղ կյանքի տևողությունը 2023թ. գերազանցում է 82–83 տարին: Հայաստանը դրանցից մոտ 4–5 տարով ցածր կյանքի սպասվող տևողության ցուցանիշ ունի, բայց ունի նույն ուղղությամբ աճ:
- Միջին ցուցանիշ ունեցող երկրներ (Վրաստան, Ադրբեջան, Ուկրաինա), որտեղ 2023թ. կյանքի տևողությունը կազմում է 70–74 տարի: Հայաստանը այս խմբի երկրների համեմատ բարձր դիրքում է:
- Ավելի ցածր ցուցանիշ ունեցող պետություններ (ԱՊՀ, Ռուսաստան), որտեղ արժեքները 2023թ. կազմում են 70–72 տարի: Հայաստանը դարձյալ առավել բարենպաստ դիրք ունի:

Ընդհանուր առմամբ, Հայաստանը 2000–2023թթ. ընթացքում գրանցել է զգալի առաջընթաց և ներկայում գտնվում է տարածաշրջանում համեմատաբար բարձր մակարդակի վրա:³⁵

Գծապատկեր 54. Կյանքի սպասվող տևողությունն ըստ երկրների, 2000, 2019, 2023



Հայաստանում մահացությունը ոչ վարակիչ հիվանդություններից պահպանվել է բարձր մակարդակի վրա՝ հիմնականում 700–770 մահ 100 000 բնակչի հաշվով, և 2023թ. ցուցանիշները թեթևակի նվազել են:

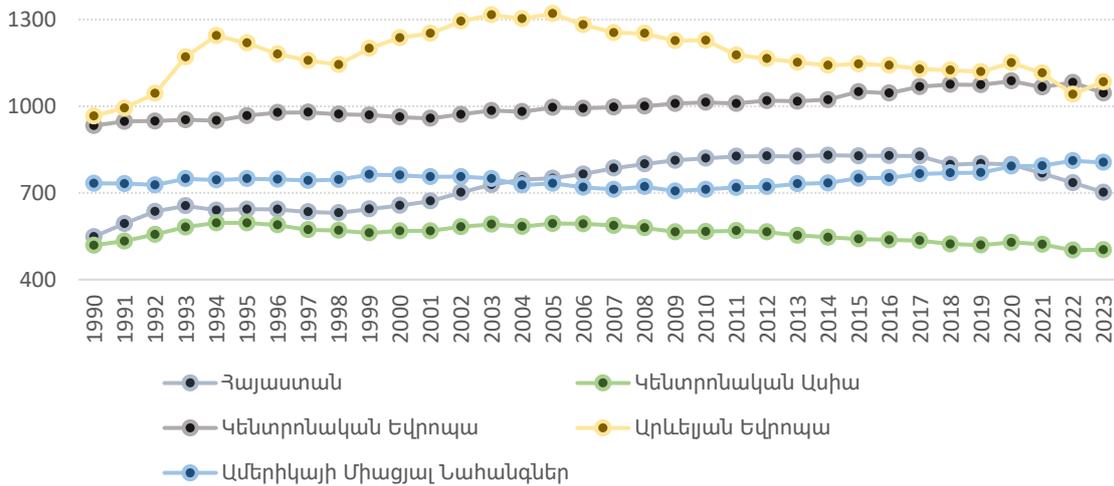
Կենտրոնական Ասիայում մահացության մակարդակը նույնպես նվազող է, սակայն ավելի ցածր է Հայաստանից՝ մոտ 500: Կենտրոնական և Արևելյան Եվրոպայի երկրները

³⁵ World Bank. Life expectancy at birth, total (years). World Bank Indicators. [[հղում](#)]

ցուցաբերում են ավելի բարձր մակարդակ՝ մոտ 900–1000, թեև այստեղ նույնպես նկատվում է երկարաժամկետ նվազման միտում:

Դիտարկվող տարածաշրջանների մեջ Արևելյան Եվրոպան ունի ամենաբարձր ցուցանիշները՝ 1990–ականներին հասնելով մոտ 1300, իսկ 2023թ. ժամանակ մոտ 1000:³⁶

Գծապատկեր 55. Ուշ մահացություն (100 000 բնակչի հաշվով) ըստ տարածաշրջանների, 1990- 2023



Դիտարկված տարբեր տարածաշրջաններում ԱՇՀՀ-ից մահացության մակարդակները զգալիորեն տարբերվում են, և Հայաստանը գտնվում է միջին դիրքում:

Հայաստանում մահացությունը ամբողջ շրջանում փասցել է միջին բարձրության, մոտավորապես 300–450 մահ 100 000 բնակչի հաշվով, և 2023թ. մոտ է 400-ի:

Կենտրոնական Եվրոպան գտնվում է Հայաստանից բարձր մակարդակի վրա՝ 1990–2005թթ. շատ բարձր (մինչև 900), իսկ վերջին տարիներին նվազել է, սակայն դեռևս էականորեն բարձր ցուցանիշներ ունի՝ Հայաստանի հետ համեմատությամբ:

Արևելյան Եվրոպան ցուցադրում է ամենաբարձր մահացությունը՝ հասնելով 900–950, ապա աստիճանաբար նվազելով մինչև մոտ 700, սակայն շարունակում է փախ չափազանց բարձր դիրքում:

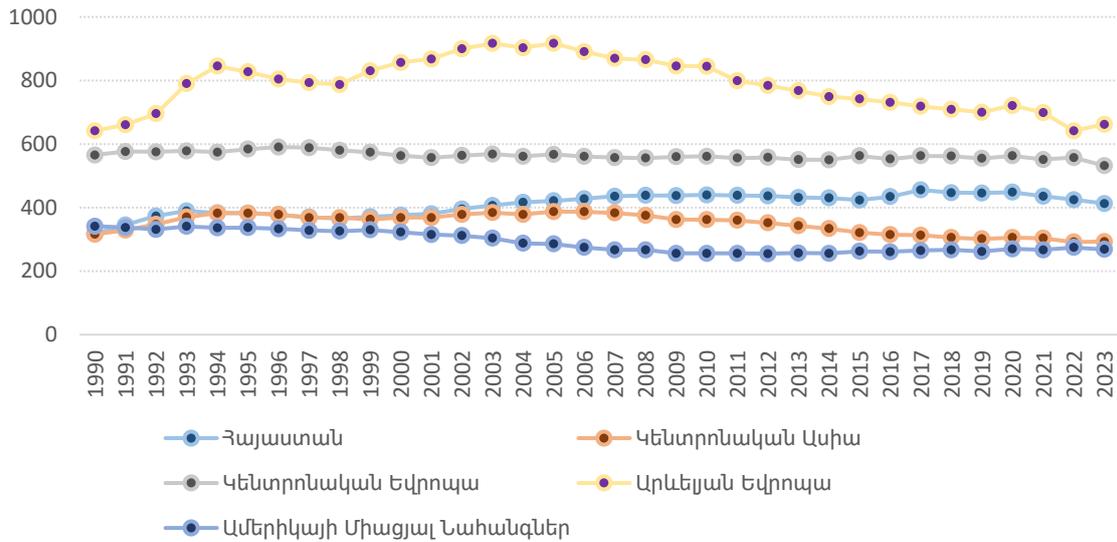
Կենտրոնական և Արևելյան Եվրոպան գրեթե ամբողջ շրջանում պահպանում են մոտ 550–600 մահ՝ ամբողջ դիտարկվող ժամանակահատվածում Հայաստանից ավելի բարձր ցուցանիշներով:

Ի տարբերություն այս տարածաշրջանների՝ ԱՄՆ-ի ցուցանիշները զգալիորեն ցածր են:³⁷

³⁶ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. [\[հղում\]](#)

³⁷ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. [\[հղում\]](#)

Գծապատկեր 56. ԱՇՀՀ մահացությունն (100 000 բնակչի հաշվով) ըստ տարածաշրջանների, 1990-2023



Հայաստանում մահացությունը շաքարային դիաբետից 1990–2007թթ. աճ է գրանցել, հասնելով շուրջ 50 մահ 100 000 բնակչի հաշվով, ապա որոշ տատանումներից հետո 2015-ից սկսած գրանցել է շարունակական նվազում: 2023թ. ցուցանիշը կազմում է 21, ինչը Հայաստանիում շաքարային դիաբետից մահերի նվազագույն մակարդակներից մեկն է:

Կենտրոնական Եվրոպական երկրներում մահացության մակարդակը վերջնական շրջանում կայուն է և շուրջ 50–53: Այս տարածաշրջանը այժմ գերազանցում է Հայաստանի ցուցանիշը:

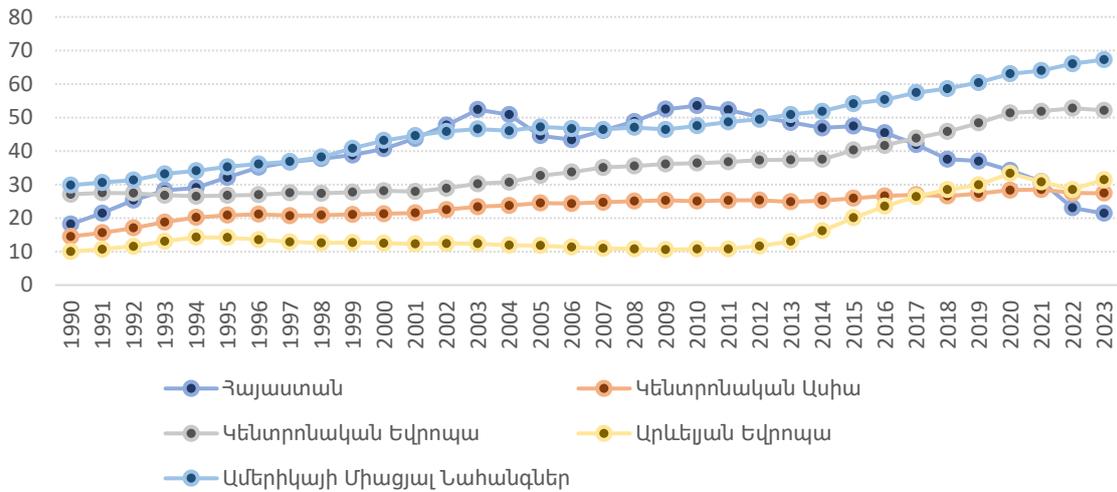
Կենտրոնական Ասիայում ցուցանիշը համեմատաբար ցածր է՝ 25–30, և վերջին տարիներին գրանցել է կայուն աճ, ինչի արդյունքում Ասիայի ցուցանիշը 2023թ. արդեն մոտ է Հայաստանի մակարդակին:

Արևելյան Եվրոպան համեմատաբար ցածր մահացություն ունի՝ 15–25 միջակայքում, և 2015-ից գրանցել է շարունակական աճ՝ մոտենալով 30 մահի:

ԱՄՆ-ն ունի ամենաբարձր ցուցանիշները, ամբողջ ժամանակահատվածում գրանցելով աճ և 2023թ. հասնելով շուրջ 70 մահի՝ զգալիորեն բարձր, քան մյուս տարածաշրջաններում:³⁸

³⁸ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. [[հղում](#)]

Գծապատկեր 57. Մահացությունը ՇԴ-ից (100 000 բնակչի հաշվով) ըստ տարածաշրջանների, 1990-2023

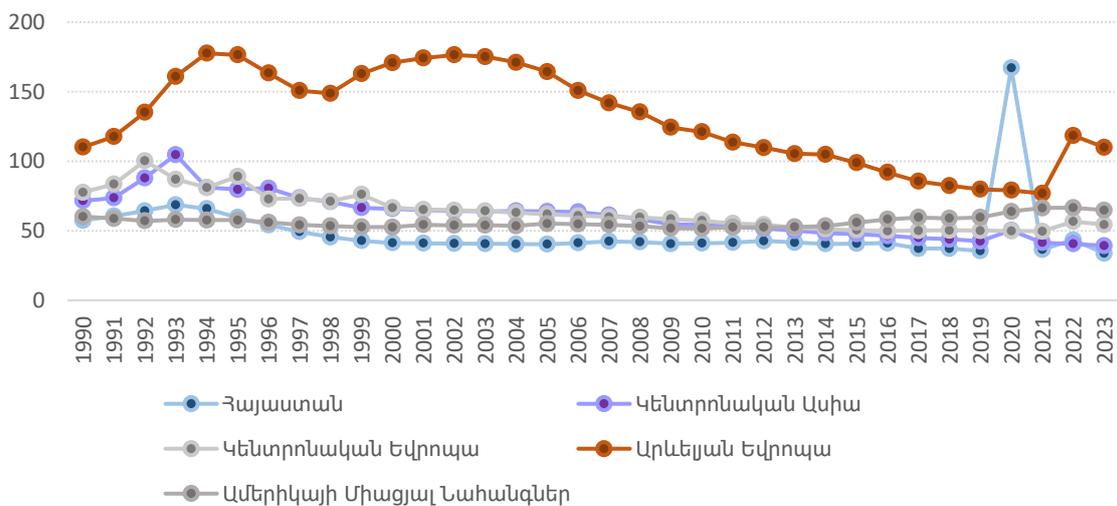


Հայաստանի ցուցանիշները փաստվածքներից մահացությունից դիտարկման բոլոր տարեթվերին եղել են համեմատաբար ցածր, և ընդհանուր միտումը երկարաժամկետում գրանցել է նվազում: 2023թ. մահացությունը կազմել է է մոտ 35 մահ 100 000 բնակչի հաշվով, ինչը համեմատաբար դրական ցուցանիշ է:

Հայաստանում 2020թ. ցուցանիշի կտրուկ աճը (մոտ 170 մահ՝ 100 000 բնակչի հաշվով) պայմանավորված է ռազմական գործողությունների հետ: 2021 թվականից ցուցանիշը վերադարձել է ցածր մակարդակի:

Հայաստանը փաստվածքներից մահացությամբ գտնվում է լավագույն դիրքերում՝ համեմատած Արևելյան և Կենտրոնական Ասիայի հետ, և մոտ է զարգացած երկրների՝ ԱՄՆ-ի և Կենտրոնական Եվրոպայի ցուցանիշներին: Այս ոլորտում երկրի համեմատական իրավիճակը դրական է:³⁹

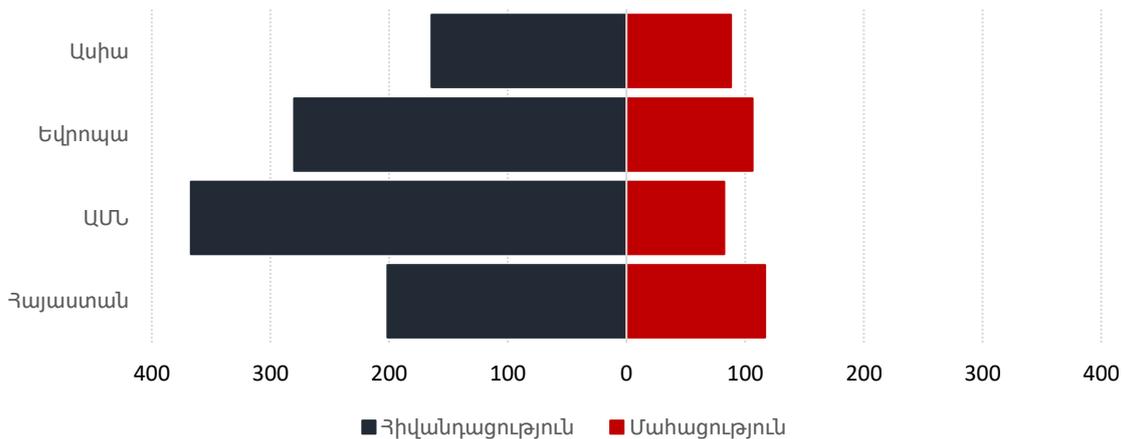
Գծապատկեր 58. Մահացությունը վնասվածքներից (100 000 բնակչի հաշվով)՝ ըստ տարածաշրջանների, 1990-2023



³⁹ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. [[հղում](#)]

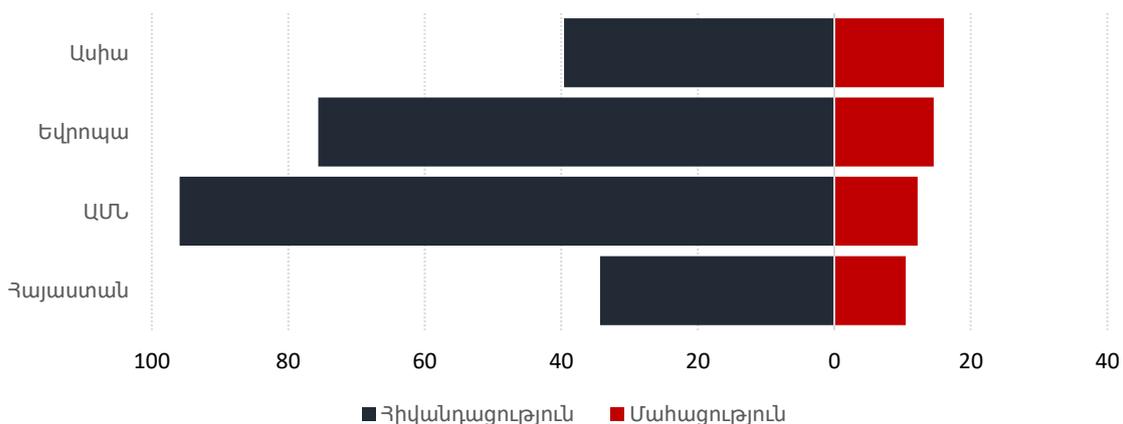
Հայաստանի ցուցանիշները չարորակ նորագոյացություններից գտնվում են միջին դիրքում՝ հիվանդացությունը մոտ է Ասիայի մակարդակին, բայց զգալիորեն ավելի ցածր է, քան ԱՄՆ-ում և Եվրոպայում: Միևնույն ժամանակ մահացությունը Հայաստանում համեմատաբար բարձր է՝ մոտենալով Եվրոպայի և Ասիայի ցուցանիշներին, և բարձր է Միացյալ Նահանգների ցուցանիշից:⁴⁰

Գծապատկեր 59. Չարորակ նորագոյացությունների տարիքով ճշգրտված հիվանդացությունը և մահացությունը (100 000 բնակչի հաշվով), Հայաստան, ԱՄՆ, Եվրոպա, Ասիա, 2022



Հայաստանում կրծքագեղձի քաղցկեղից հիվանդացությունը դիտարկված տարածաշրջանների համեմատ ցածր դիրքում է՝ մոտ 35՝ 100 բնակչի հաշվով, ինչը մոտ է Ասիայի ցուցանիշին, բայց զգալիորեն ցածր է Եվրոպայի և հատկապես ԱՄՆ-ի ցուցանիշներից: Կրծքագեղձի քաղցկեղի հիվանդացությունը և մահացությունը դրական դիրքերում է՝ դիտարկված տարածաշրջանների համեմատ:⁴¹

Գծապատկեր 60. Կրծքագեղձի քաղցկեղի տարիքով ճշգրտված հիվանդացությունը և մահացությունը (100,000 բնակչի հաշվով)՝ Հայաստան, ԱՄՆ, Եվրոպա, Ասիա, 2022



⁴⁰ International Agency for Research on Cancer (IARC). GLOBOCAN: Global cancer statistics – population data visualization. [[հղում](#)]

⁴¹ International Agency for Research on Cancer (IARC). GLOBOCAN Data Visualization: Cancer Incidence by Population. [[հղում](#)]

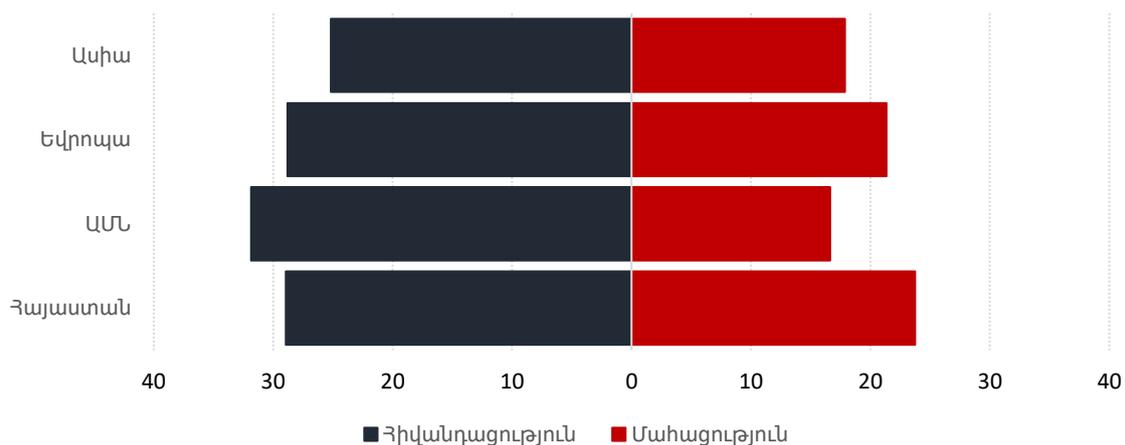
Հայաստանում նշափողի, բրոնխների և թոքերի քաղցկեղի հիվանդացության հարաբերական արժեքը մոտ 30 է, ինչը համեմատաբար բարձր չէ, սակայն մահացության հարաբերական արժեքը համեմատաբար բարձր է՝ 24: Դիտարկված տարածաշրջաններից ԱՄՆ-ում հիվանդացությունն ամենաբարձր է (32), սակայն մահացությունը ավելի ցածր է:

Եվրոպայում հիվանդացությունն ու մահացությունը մոտ են ԱՄՆ-ի մակարդակներին՝ հիվանդացություն՝ 28, մահացություն՝ մոտ 21, ինչը մոտ է Հայաստանի ցուցանիշին, բայց ընդհանուր ներառական կառավարման արդյունավետությունը ավելի բարձր է:

Ասիայում հիվանդացությունն ամենացածր է՝ մոտ 20, բայց մահացությունը համեմատաբար բարձր՝ մոտ 18–19, ինչն արտացոլում է բուժօգնության սահմանափակ հնարավորությունները:

Հայաստանը հիվանդացությամբ մոտ է Եվրոպային, բայց ունի մահացության ավելի բարձր տոկոսային բեռ, ինչը մատնանշում է ախտորոշման և բուժման ծառայությունների ուղղությամբ քաղաքականությունների զարգացման կարիք:⁴²

Գծապատկեր 61. Շնչափողի, բրոնխների և թոքերի քաղցկեղի տարիքով ճշգրտված հիվանդացությունը և մահացությունը (100,000 բնակչի հաշվով)՝ Հայաստան, ԱՄՆ, Եվրոպա, Ասիա, 2022



⁴² International Agency for Research on Cancer (IARC). GLOBOCAN Data Visualization: Global cancer estimates. [\[հղում\]](#)

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՝

Աղյուսակ 23. 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 գրպանից կատարվող ծախսերը՝ որպես տնային տնտեսությունների վերջնական սպառման ծախսերի մասնաբաժին
	Բ.1.3 Առողջության վրա տնային տնտեսությունների գրպանից 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	

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

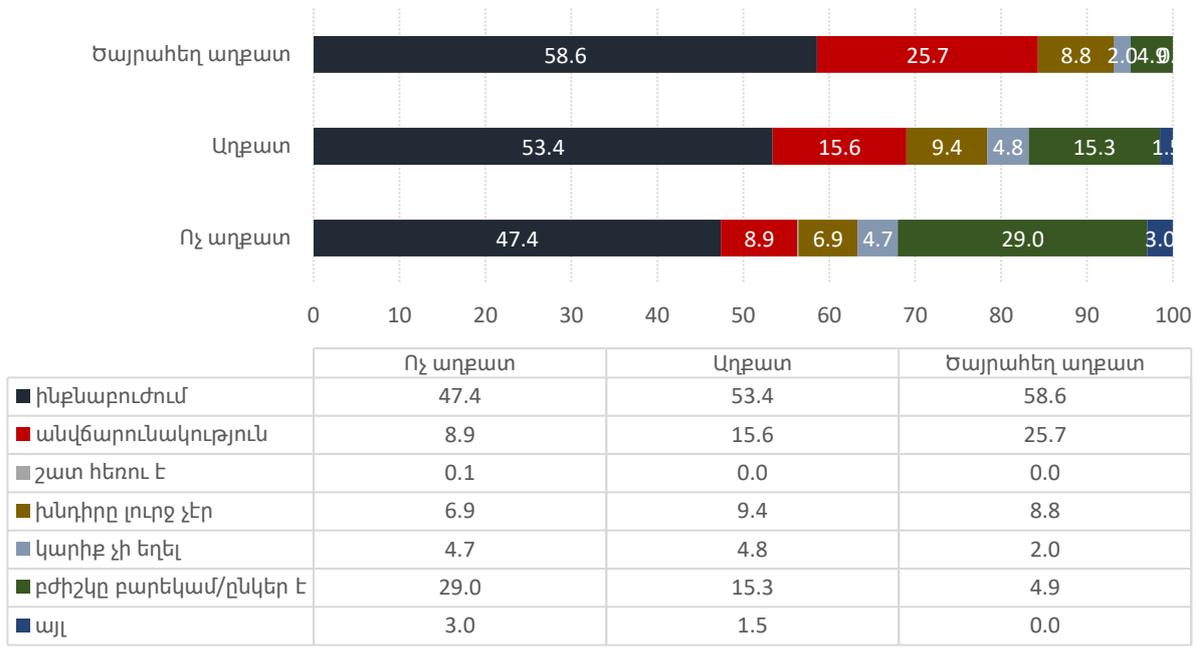
Առողջապահության չբավարարված կարիքներ.

Վերը նշված ցուցանիշը Առողջապահության չբավարարված կարիքների մասին բնակչության 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:

Գծապատկեր 62. Հետազոտվող ամսվա վերջին այցի ժամանակ առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններին չդիմելու հիմնական պատճառներն ըստ աղքատության մակարդակի, 2024թ.



Աղբյուրը՝ *SSYUZ 2024թ.*

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 բաց 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 կարիքների 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

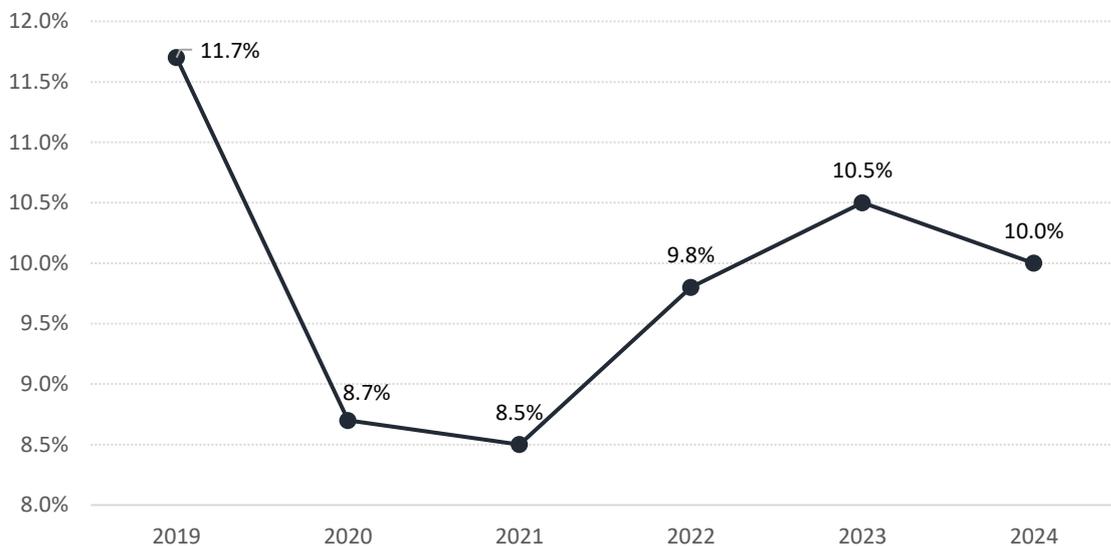
տարբերվում են իրենց հայեցակարգով և համատեքստով:⁴³

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

Համաձայն 2024 թվականի ՏՏԿԱՀ տվյալների՝ բժշկական ծառայությունների համար կատարված ծախսերը կազմել են հետագոտված ՏՏ-ների սպառողական ծախսերի 6.2%-ը կամ միջինում ամսական 3,800 դրամ:

Հետագոտված ՏՏ-ների ծախսերի մեջ դեղորայքի ձեռք բերման համար կատարված ծախսերը կազմել են 3.8%: Դեղորայքի ձեռք բերման համար կատարված ամսական ծախսերը հետագոտված ՏՏ մեկ շնչի հաշվով կազմել են ընդամենը 2,307 դրամ:

Գծապատկեր 63. Տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերի մասնաբաժինը անվանական սպառողական ծախսերի կառուցվածքում, մեկ շնչի հաշվով միջին ամսական

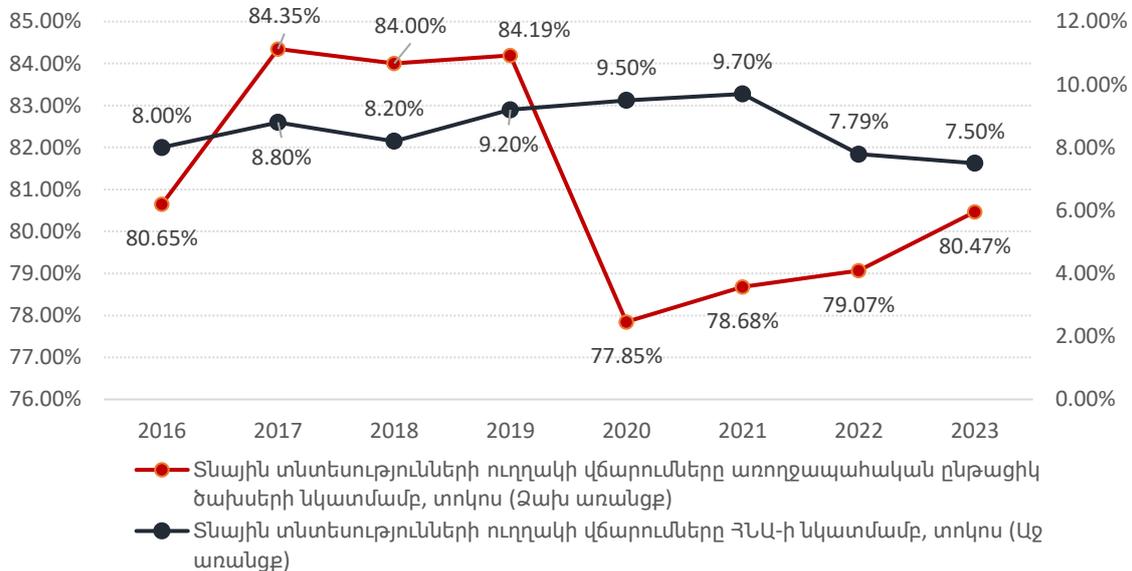


Աղբյուրը՝ ԱՐՄՍՍՍՍ, ՏՏԿԱՀ 2019-2024թ.

⁴³ European Health Interview Survey (EHIS). n.d. Eurostat. European Commission. [\[հղում\]](#)

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

Գծապատկեր 64. Տնային տնտեսությունների առողջապահական ծախսերի մասնաբաժինը առողջապահական ընթացիկ ծախսերի և ՀՆԱ-ի նկատմամբ 2016-2023թթ.



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:^{44,45,46}

Աղյուսակ 24. Առողջապահության համընդհանուր ծածկույթի ինդեքս և միջին տարեկան աճ, 1990-2020

Տարիներ	ՀԱԾ արդյունավետ ծածկույթի ինդեքս	Միջին տարեկան տոկոսային փոփոխությունը
1990	46.9	Կիրառելի չէ
2000	44	Կիրառելի չէ
2010	55.7	Կիրառելի չէ
2019	62.4	1.3%, 2010-2019 վիճակագրորեն նշանակալի տարեկան աճ
2021	68	Կիրառելի չէ

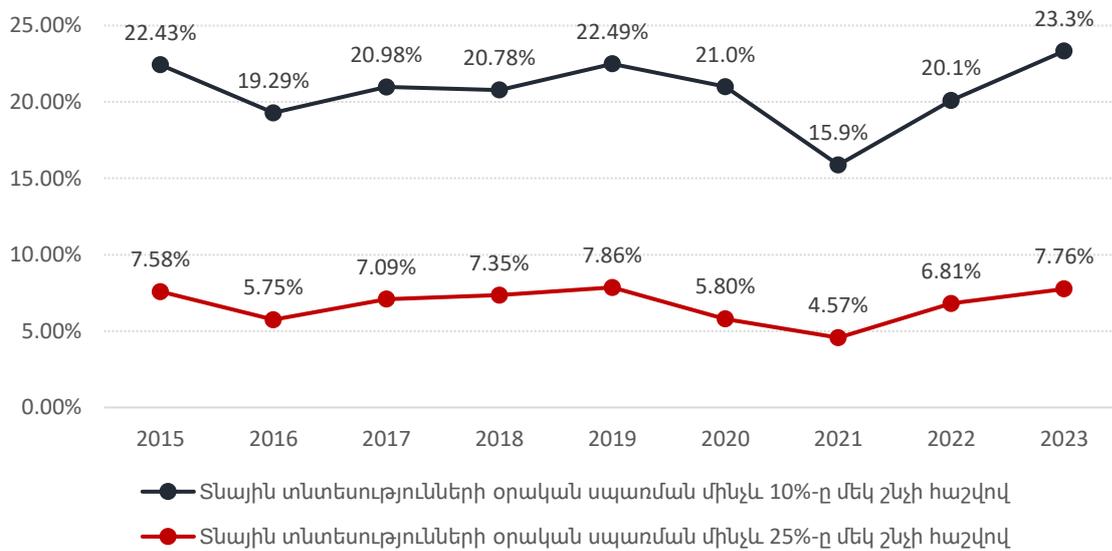
⁴⁴ Դրանք ներառում են մոր և մանկան խնամքի ցուցանիշները, վարակիչ հիվանդությունները, ոչ վարակիչ հիվանդությունները (ՈՎՀ), ինչպես նաև ընդհանուր և անապահով բնակչության շրջանում սպասարկման կարողությունները և հասանելիությունը:

⁴⁵ GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. (2020). Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 396(10258), pp.1250–1284. [հղում]

⁴⁶ World Bank. (2024). Armenia – Enabling Universal Health Coverage Program: Program Appraisal Document (Report No. PAD00022). International Bank for Reconstruction and Development. [հղում]

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, 2023 թվականին կազմել է 23.3 տոկոս, ինչը գերազանցում է տարածաշրջանային միջին ցուցանիշը՝ 7.5 տոկոսը:⁴⁷

Գծապատկեր 65. Աղքատացնող և աղետալի առողջապահական ծախսեր ունեցող տնային տնտեսությունների մասնաբաժինը (տնային տնտեսությունների օրական սպառման սպառման 25% և 10%-ը մեկ շնչի հաշվով), 2015-2023



Աղբյուրը՝ ԱՄՄՍՍՍ

Բ.1.5 Կամավոր մասնավոր առողջության ապահովագրություն և պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնության ծառայություններ

Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության իրավունք ունեցել է բնակչության միայն 31.9%-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:

⁴⁷ World Health Organization, “Global Health Observatory: Universal Health Coverage,” 2020

Աղյուսակ 25. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն ու ապահովագրություն ունեցողներն ըստ աղքատության մակարդակների, 2024, %

	Ոչ աղքատ	Աղքատ	Ծայրահեղ աղքատ
Բժշկական ապահովագրություն ունեցողներ	87.5	12.5	0.0
Անվճար բժշկական օգնություն ստացածներ	73.1	26.9	0.9

Բ.2 Ֆիզիկական հասանելիություն

Աղյուսակ 26. ԱՀԳԳ հայեցակարգի համատեքստում Առողջապահական ծառայությունների ֆիզիկական հասանելիության ցուցանիշների օրինակ

Բ.2 Ֆիզիկական հասանելիություն	Բ.2.1 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
	Բ.2.7 Առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետներ 1000 բնակչի հաշվով
	Բ.2.8 Առողջապահության և սոցիալական խնամքի մասնագետներ՝ 65 և ավելի տարեկան 1000 բնակչի հաշվով
	Բ.2.9 Տարեց մարդկանց տնային պայմաններում մատուցվող ծառայությունների մասնաբաժինը ըստ տեսակի

Աղյուսակ 27. Առողջապահական համակարգի ընդհանրացված ցուցանիշները, 2024

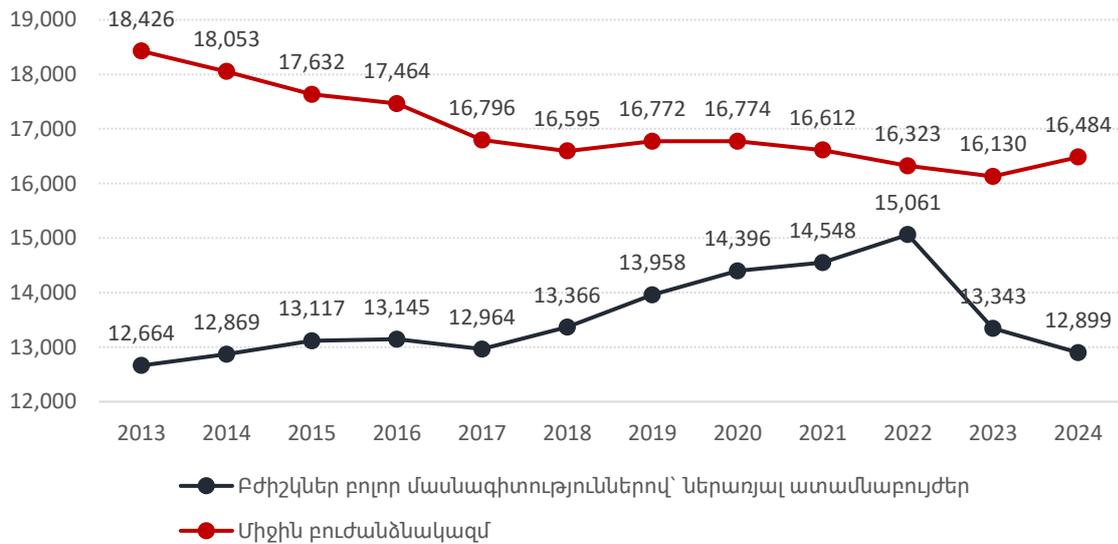
		Ընդամենը
Բոլոր մասնագիտությունների բժիշկների	ընդամենը	12,899
	10 000 բնակչի հաշվով	41.9
Թվաքանակը, մարդ	ընդամենը	16,484
	10 000 բնակչի հաշվով	53.6
Հիվանդանոցների քանակը, միավոր		119
Հիվանդանոցային մահճակալների քանակը, միավոր	ընդամենը	11,963
	10 000 բնակչի հաշվով	38.9
Հիվանդանոցներ ընդունված հիվանդների թվաքանակը, մարդ	ընդամենը	528,834
	100 բնակչի հաշվով	17.4
Մեկ մահճակալի տարեկան միջին զբաղվածությունը, օր		278
Մեկ հիվանդի ստացիոնար բուժման միջին տևողությունը (մեկ հիվանդի կողմից հիվանդանոցային մահճակալի զբաղեցրած օրերի միջին քանակը), օր		6.3
ԱԱՊ ծառայություն մատուցող հաստատությունների (բացառությամբ ԲՄԿ-ների, մասնավոր բուժական և ստոմատոլոգիական կաբինետների)	քանակը, միավոր	438
	10 000 բնակչի հաշվով	1.4
	հաճախումների քանակը, հազ. միավոր	12,112.6
	մեկ բնակչի հաշվով	4.0
Հղի կանանց և ծննդկանների համար նախատեսված մահճակալների քանակը, միավոր	ընդամենը	1,137
	ֆերտիլային տարիքի (15-49 տարեկան) 10 000 կնոջ հաշվով	15.9
	ընդամենը	1,627

Հիվանդ երեխաների համար նախատեսված մանհճակայլների քանակը, միավոր	10 000 երեխայի հաշվով	28.5
Շտապ բժշկական օգնության	կայանների քանակը, միավոր	58
	կանչերի քանակը, միավոր	592,641
	կանչերով սպասարկված անձանց թվաքանակը, 1 000 բնակչի հաշվով	197.8
	բժիշկների թվաքանակը 100 000 բնակչի հաշվով, մարդ	9.0

Աղբյուրը՝ ԱՐՄՄՍՍՍ

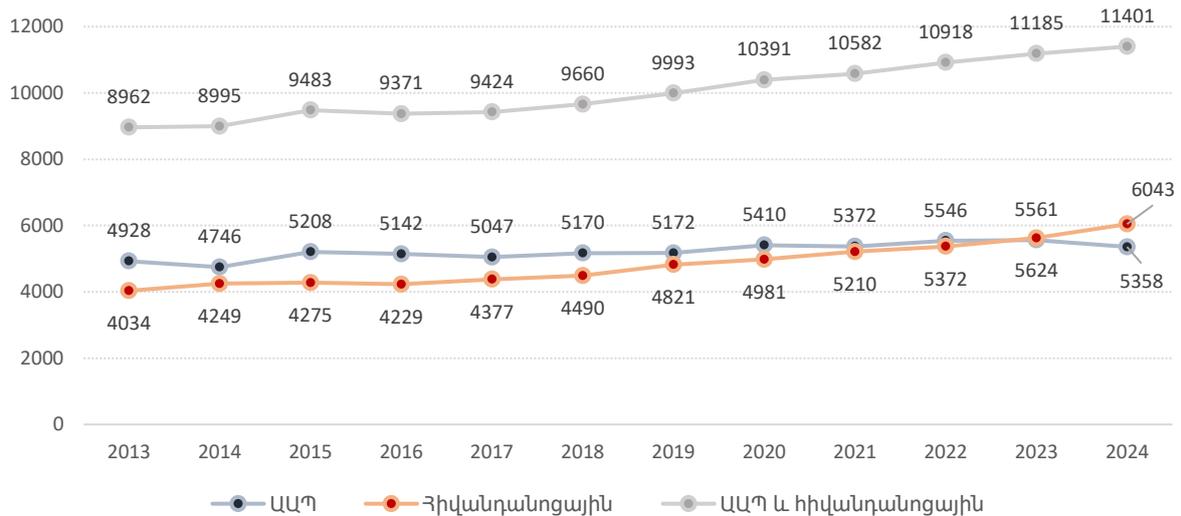
Բ.2.1 Գործող բժիշկներ և միջին բուժանձնակազմ

Գծապատկեր 66. ՀՀ բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի թվաքանակը, 2013-2024, մարդ



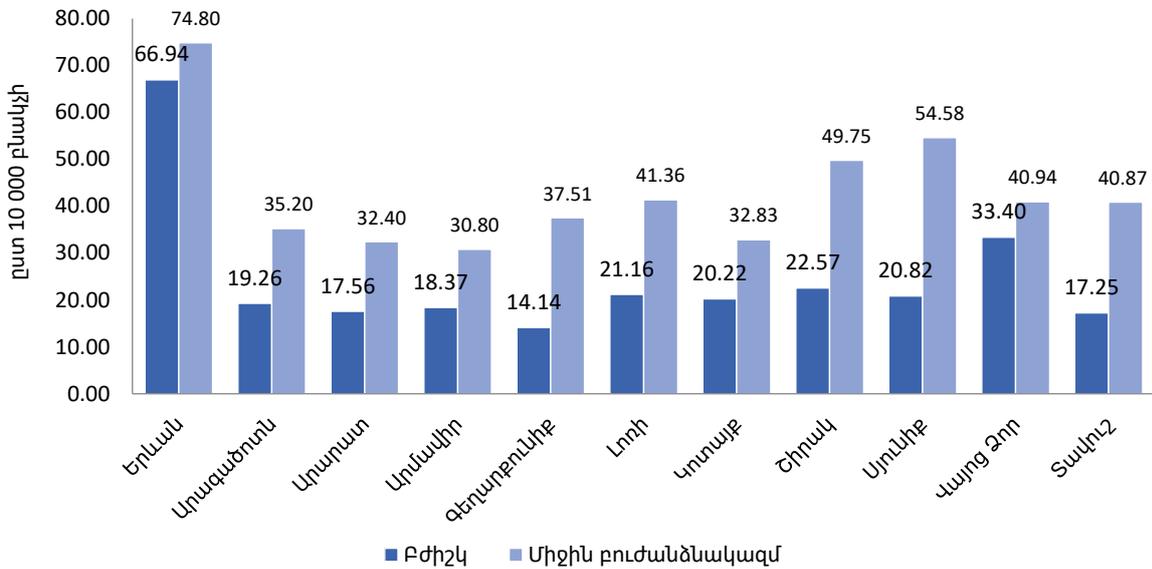
Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ

Գծապատկեր 67. Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպությունների բժիշկների թվաքանակը, 2013-2024



Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ

Գծապատկեր 68. Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի բաշխվածությունը, մարզեր, 10 000 բնակչի, 2024



Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ՍԱԻ

Բ.2.2 Բժիշկների մասնաբաժինը ըստ պրակտիկայի բնագավառի

- **Թերապևտիկ պրոֆիլի բժիշկների** թվաքանակի մեջ մտնում են՝ թերապևտներ, թոքաբաններ, ռևմատոլոգներ, աղեստամոքսաբաններ, երիկամաբաններ, պլերգոլոգներ, դիետոլոգներ/նուտրիցիոլոգներ, արյունաբաններ, ֆիզիոթերապևտներ, շտապօգնության բժիշկներ, գենետիկներ, ինֆեկցիոնիստներ, պրոֆպաթոլոգներ, ինտենսիվ թերապևտներ, սրտաբաններ, ուռուցքաբաններ, նյարդաբաններ, ներզատաբաններ, ընտանեկան բժիշկներ:
- **Հոգեբուժական պրոֆիլ** – հոգեբույժներ, հոգեթերապևտներ, հոգեբույժ-թմբաբաններ:
- **Վիրաբուժական պրոֆիլ** – վիրաբույժներ, վիրաբուժական նեղ մասնագետներ՝ սրտանոթային, կրծքային, որովայնային, էնդոկրին, ուռուցքաբան, պլաստիկ և վերակառուցողական, էսթետիկ, նյարդավիրաբույժներ, անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգներ, փասվածքաբան-օրթոպեդներ, ուրոլոգներ, էնդոսկոպիստներ, պրոկտոլոգներ, միկրովիրաբույժներ, այրվածքաբան, սրտաբան -ռեանիմատոլոգներ, ինտերվենցիոն սրտաբաններ, անոթանյարդավիրաբույժներ(ներառյալ էնդովասկուլյար նյարդավիրաբույժներ), դիմաձևոտային 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, պլերգոլոգներ, զարգացման մանկաբույժ, թոքաբաններ, երիկամաբաններ, աղեստամոքսաբաններ, ռևմատոլոգներ, ինֆեկցիոնիստներ, մաշկաբաններ, արյունաբաններ, քիթ-կոկորդ-ականջաբան, երեխաների և դեռահասների հոգեբույժ:

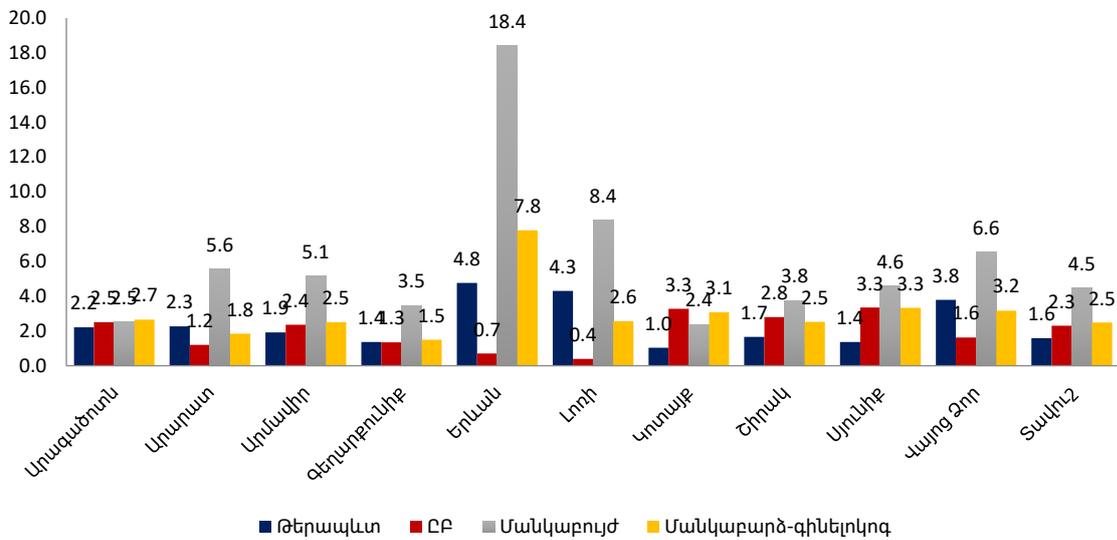
- **Մանկական վիրաբուժական պրոֆիլ** – մանկական վիրաբույժներ, փաստվածքաբան-օրթոպեդներ, նյարդավիրաբույժներ, ուրոլոգներ, անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգներ:
- **Մանկական ստոմատոլոգիական պրոֆիլ** - մանկական ստոմատոլոգ թերապևտներ, մանկական ստոմատոլոգ վիրաբույժներ, մանկական օրթոպեդ ստոմատոլոգներ, մանկական օռթոդոնթ ստոմատոլոգներ:
- **Հիգիենիկ համաճարակային պրոֆիլ** – թունաբաններ, մանրէաբաններ, համաճարակաբաններ, մակաբուժաբաններ, վիրուսաբաններ:
- **Գործիքային և լաբորատոր պրոֆիլ** – ռադիոլոգոտոպային մասնագետներ, ՀՏՄ մասնագետներ, սոնոգրաֆիստներ, ռենտգենոլոգներ ճառագայթաբաններ, սնկաբաններ, բակտերիոլոգներ, լաբորանտներ տարբեր պրոֆիլների

Աղյուսակ 28. Բժիշկների բաշխվածությունն ըստ մասնագիտական պրոֆիլների, 2024

Մասնագիտական պրոֆիլներ	Ընդամենը	10000 բնակչի հաշվով
Թերապևտիկ պրոֆիլ	3677	15.38
այդ թվում՝		
Թերապևտ	839	3.51
Ընտանեկան բժիշկ	516	1.68
Սրտաբան	466	1.95
Ուռուցքաբան	108	0.45
Նյարդաբան	312	1.30
Ներզատաբան	240	1.00
Ակնաբույժ	366	1.53
Քիթ-կոկորդ-ականջաբան	278	1.16
Հոգեբուժական պրոֆիլ	166	0.69
Մաշկաբան-վեներոլոգ	186	0.78
Մանկաբարձ գինեկոլոգ	782	4.82
Մանկական գինեկոլոգ	19	0.58
Վիրաբուժական պրոֆիլ	2035	8.51
Ստոմատոլոգիական պրոֆիլ	857	3.58
Մանկաբուժական պրոֆիլ	1165	17.01
Մանկական վիրաբուժական պրոֆիլ	212	3.09
Մանկական ստոմատոլոգիական պրոֆիլ	97	1.42
Հիգիենիկ համաճարակային պրոֆիլ	322	1.05
Գործիքային և լաբորատոր հետազոտության պրոֆիլ	1309	4.26

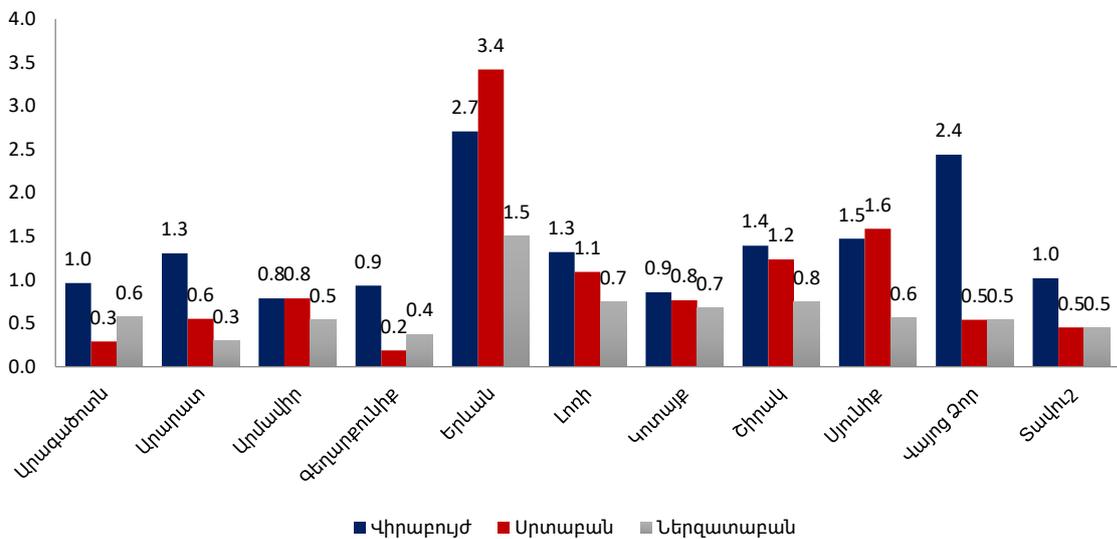
Աղբյուրը՝ Առողջություն և առողջապահություն 2025

Գծապատկեր 69. Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում թերապևտների, ՀԲ, մանկաբույժների և մանկաբարձ-գինեկոլոգների բաշխվածությունը, մարզեր, 10,000 բնակչի, 2024



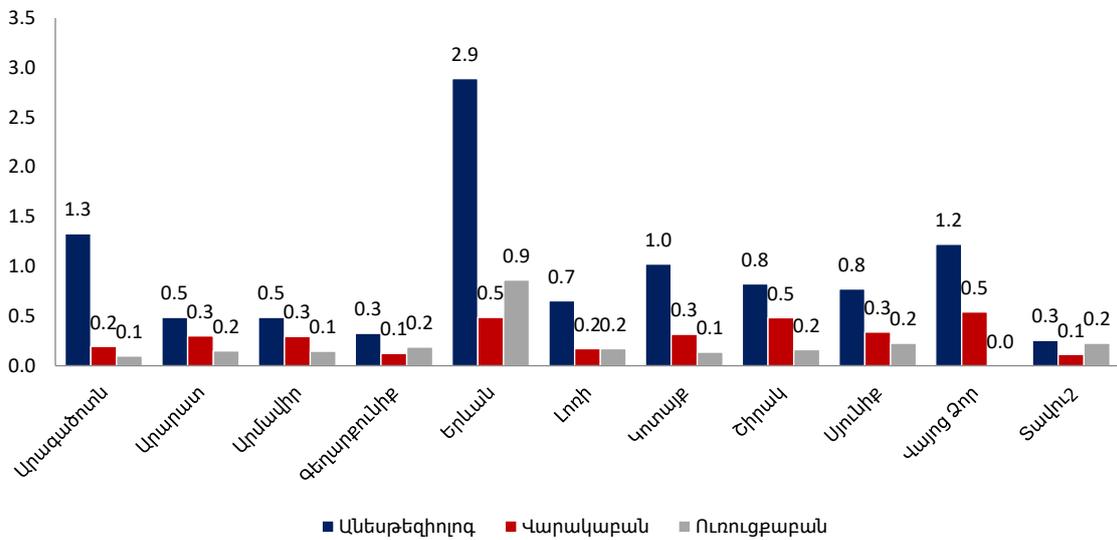
Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ

Գծապատկեր 70. Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում վիրաբույժների, սրտաբանների, ներզատաբանների բաշխվածությունը, մարզեր, 10,000 բնակչի, 2024



Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ

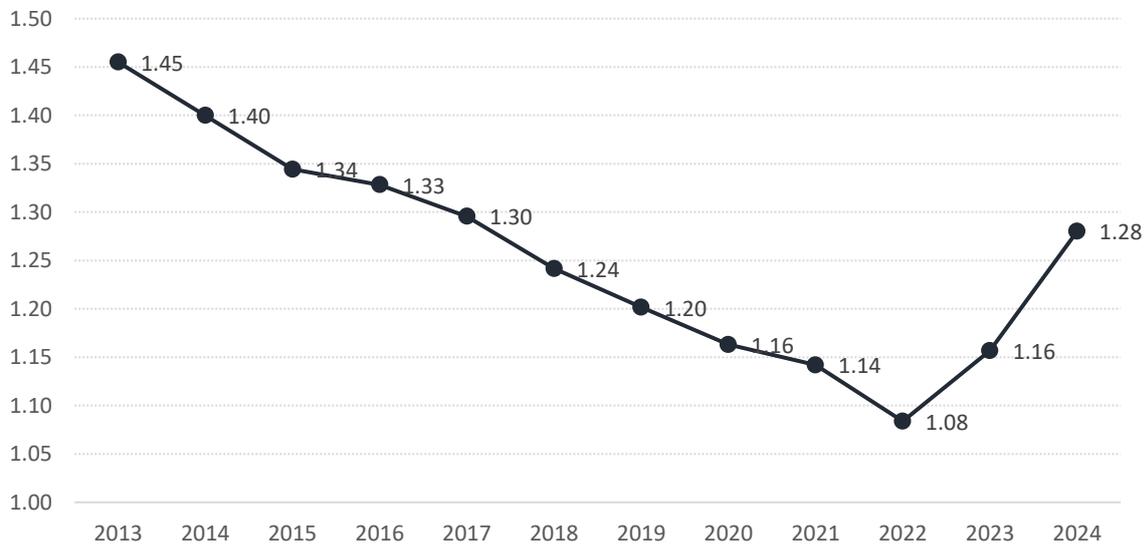
Գծապատկեր 71. Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններում անեսթեզիոլոգների, վարակաբանների, ուռուցքաբանների բաշխվածությունը, մարզեր, 10,000 բնակչի, 2023



Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ

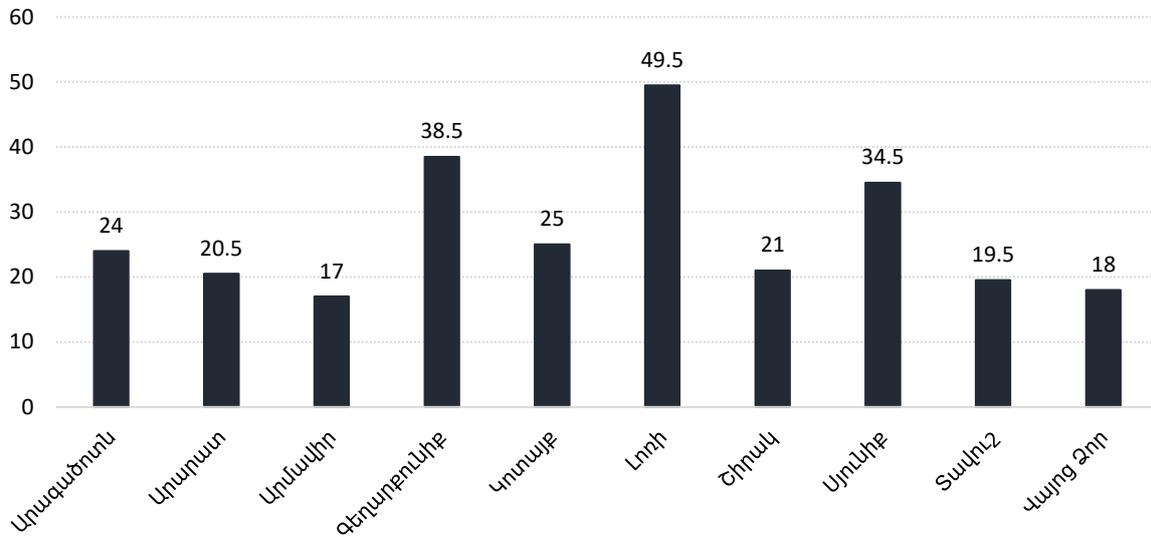
Բ.2.3 Գործող բուժքույրերի և գործող բժիշկների հարաբերակցությունը

Գծապատկեր 72. Միջին բուժանձնակազմ/բժիշկներ հարաբերակցությունը 2013-2024



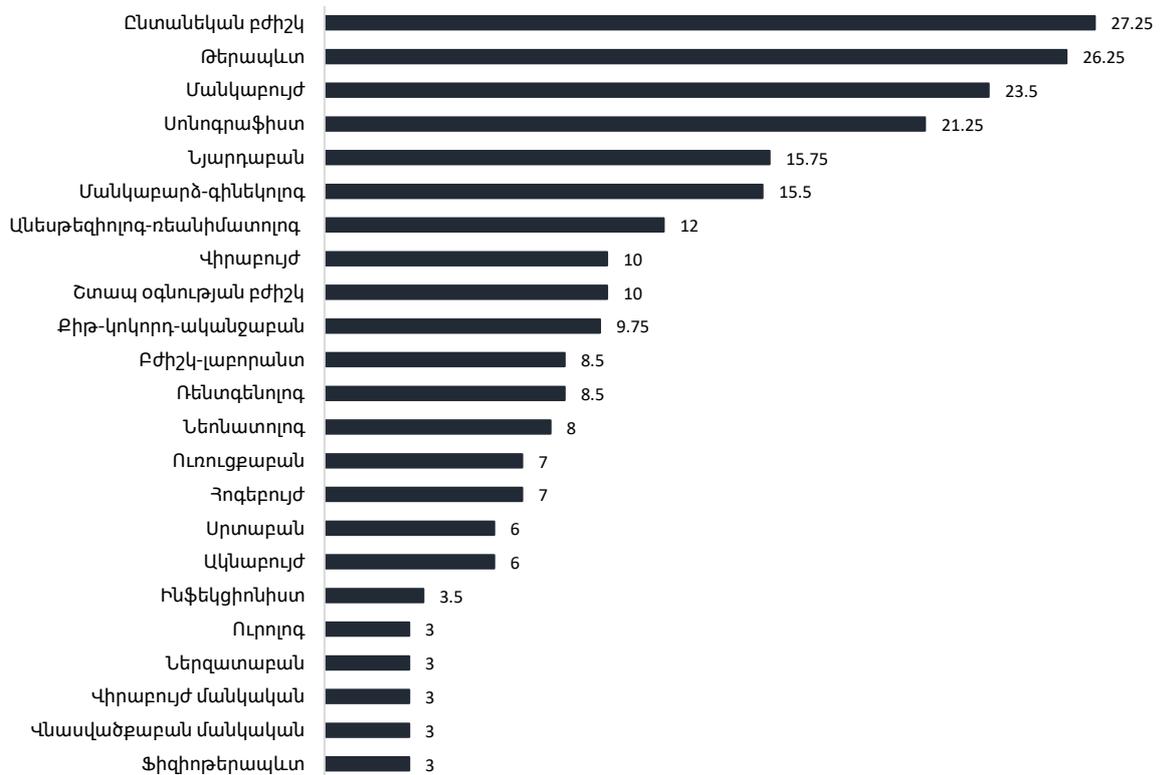
Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ

Գծապատկեր 73. ՀՀ կադրային ներուժի թափուր աշխատատեղեր, մարզեր, 01.09.2025



Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ

Գծապատկեր 74. ՀՀ կադրային ներուժի ըստ մասնագիտությունների թափուր աշխատատեղեր, 01.09.2025



Աղբյուրը՝ ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ

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 29. 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

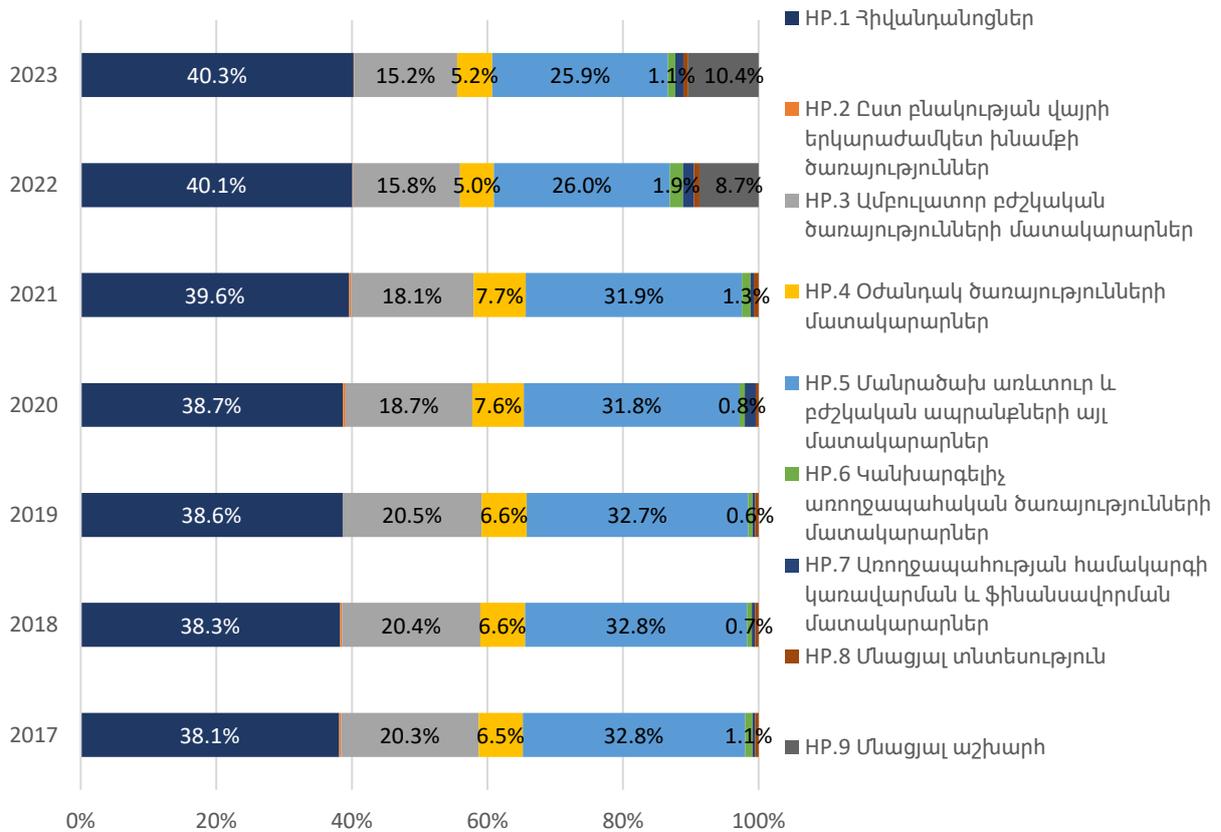
Առողջապահության ազգային հաշիվները ներկայացնում է տեղեկատվություն, թե ֆինանսավորման աղբյուրներից ստացված միջոցները ֆինանսական գործակալների կողմից և ֆինանսավորման համապատասխան մեխանիզմներով ինչպես են բաշխվել առողջապահական և հարակից ծառայությունների մատակարարներին:

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՝ ինչպիսի՞ն է առողջապահական կարիքների կառուցվածքը և ովքեր են մատակարարողները:

2023 թվականին առողջապահական ծախսերի բաշխումն ըստ բժշկական օգնության և հարակից ծառայությունների մատակարարների հետևյալ տեսքն է ունեցել:

Գծապատկեր 75. Ֆինանսական միջոցների բաշխումն ըստ բժշկական ծառայության մատակարարների 2017 - 2023, %



Աղյուսակ 30. Ծախսերը ըստ առողջապահական ծառայությունների մատակարարների (HP)

	Արժեքը (Միլիոն դրամ)	Ընթացիկ առողջապահական ծախսերի նկատմամբ	ՀՆԱ-ի նկատմամբ
Հիվանդանոցներ	356,818.9	40.1%	3.76%
Երկարաժամկետ առողջապահական խնամքի հաստատություններ	803.3	0.1%	0.01%
Արտահիվանդանոցային առողջապահական ծառայություններ մատուցողներ	134,214.8	15.8%	1.41%
Օժանդակ ծառայություններ մատուցողներ	46,015.3	5.0%	0.48%
Մանրածախ առևտրով զբաղվողներ և բժշկական ապրանքների այլ մատակարարներ	229,677.3	26.0%	2.42%
Կանխարգելիչ բժշկական օգնության ծառայություններ մատուցողներ	9,512.0	2.0%	0.10%
Առողջապահության համակարգի կառավարման և ֆինանսավորման մատակարարներ	10,608.3	1.6%	0.11%
Տնտեսության մնացած մասը	6,212.6	0.8%	0.07%
Մնացած աշխարհը	92,137.4	8.7%	0.97%

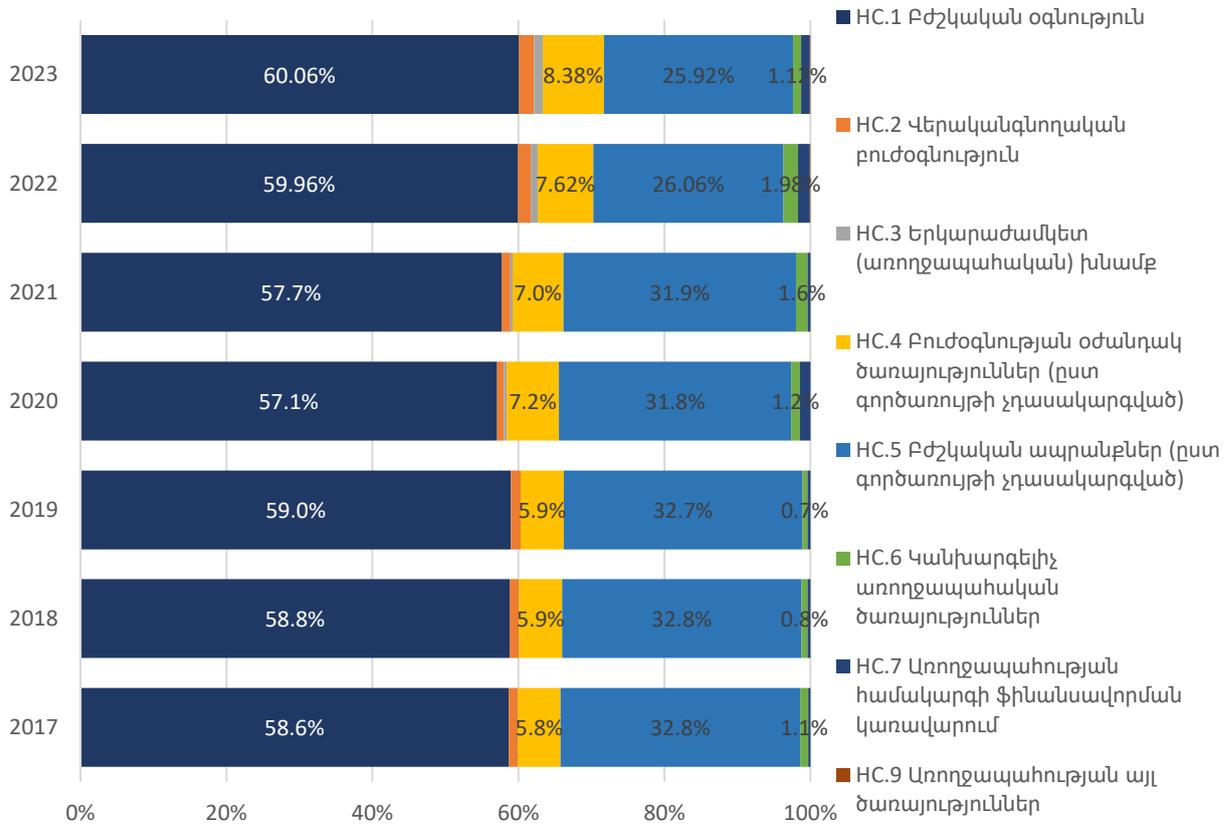
Գ.1.2 Առողջապահական ծախսերը ըստ գործառույթների (HC) ԱԱՀ դասակարգման

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

Աղյուսակ 31. Ծախսերը ըստ առողջապահական գործառույթների (HC)

Ցուցանիշ	ԾԱՎԱԼԸ (միլիոն դրամ)	Տեսակարար կշիռը ԱԸԾ-ում	ՀՆԱ-ի նկատմամբ
Բժշկական օգնության ծախսեր, որից`	532,173.9	60.06%	5.61%
Ստացիոնար բուժօգնության ծախս	378,808.5	42.75%	3.99%
Ցերեկային ստացիոնար բուժօգնության ծախս	10,009.2	1.13%	0.11%
Արտահիվանդանոցային բուժօգնության ծախս	134,746.8	15.21%	1.42%
Տնային պայմաններում բժշկական օգնություն	6,197.6	0.70%	0.07%
Չճշտված բժշկական օգնություն (n.e.c.)	2,411.8	0.27%	0.03%
Վերականգնողական բուժօգնության ծախս	18,349.3	2.07%	0.19%
Երկարաժամկետ (առողջապահական) խնամք	10,598.2	1.20%	0.11%
Բուժօգնության օժանդակ ծառայություններ (ըստ գործառույթի չդասակարգված)	74,257.6	8.38%	0.78%
Բժշկական ապրանքներ (ըստ գործառույթի չնշված)	229,677.3	25.92%	2.42%
Կանխարգելիչ բուժօգնության ծախս	9,883.5	1.12%	0.10%
Առողջապահության համակարգի և ֆինանսավորման կառավարում	10,608.3	1.20%	0.11%
Այլ առողջապահական ծառայություններ չդասակարգված (n.e.c.)	451.7	0.05%	0.005%

Գծապատկեր 76. Ֆինանսական միջոցների բաշխումն ըստ առողջապահական գործառույթների/ծառայությունների 2017 - 2023, %



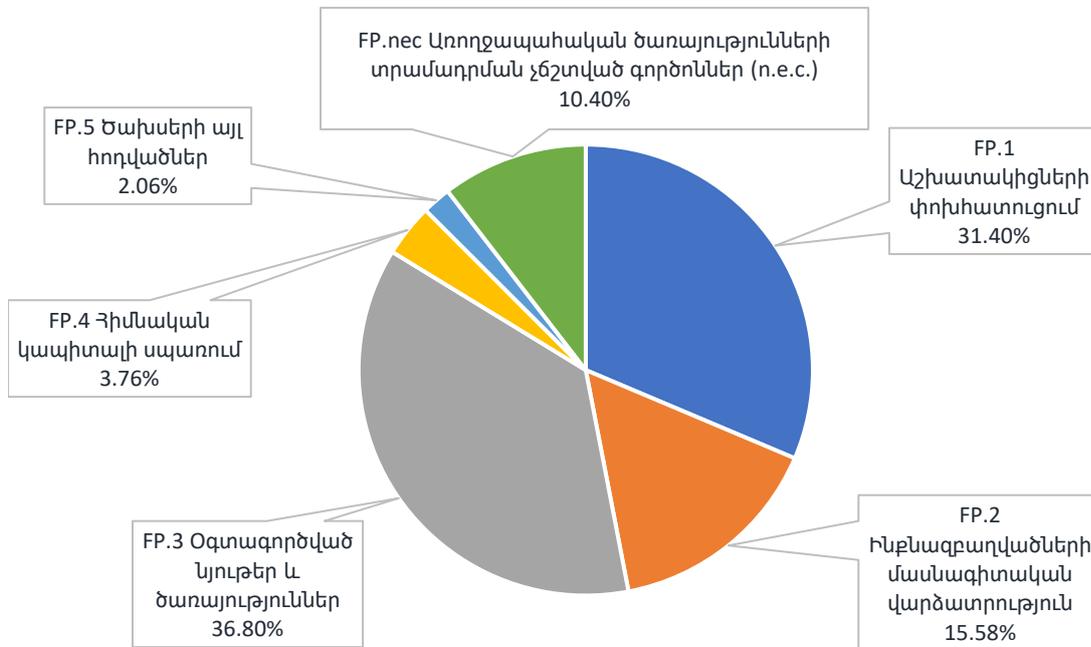
Գ.1.3 Անձնակազմի աշխատանքի վարձատրությունը և մասնաբաժինը առողջապահական ընդհանուր ծախսերի նկատմամբ, %

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 հետազոծվում 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:⁴⁸

⁴⁸ OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris. [[հղում](#)]

Արտադրության գործոնների համակցության մասին տեղեկատվությունը հիմնական մոնիտորինգի գործիքն է համակարգի ընդհանուր կատարողականը որոշելու համար և հիմք է տալիս վերլուծելու արտադրության և ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետությունը:

Գծապատկեր 77. Ծախսերը ըստ առողջապահական գործառնությունների (HC)



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:

Աղյուսակ 32. Անձնակազմի աշխատանքի վարձատրություն, միլիոն դրամ

Ծածկագիր	Առողջապահական ծառայությունների մատակարարներ	FP.1		
		Աշխատակիցների վարձատրություն	Կառուցվածքը	Առողջապահական ընթացիկ ծախսերի նկատմամբ

HP.1	Հիվանդանոցներ	174,056.91	67.27%	48.78%
HP.2	Ըստ բնակության վայրի երկարաժամկետ խնամքի հաստատություններ	515.9458404	0.20%	64.23%
HP.3	Ամբուլատոր բժշկական ծառայությունների մատակարարներ	59,378.45	22.95%	44.24%
HP.4	Օժանդակ ծառայություններ մատուցողներ	19,242.09	7.44%	41.82%
HP.5	Մանրածախ առևտուր և բժշկական ապրանքների այլ մատակարարներ	12,012.00	4.64%	5.23%
HP.6	Կանխարգելիչ առողջապահական ծառայությունների մատակարարներ	2,872.62	1.11%	30.20%
HP.7	Առողջապահության համակարգի կառավարման և ֆինանսավորման մատակարարներ	4,516.58	1.75%	42.58%
HP.8	Մնացյալ տնտեսություն	5,632.41	2.18%	90.66%
	Ընդամենը	258,749.40	100.00%	31.40%

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

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 հողված և որոշվում է որպես արտադրական եղանակով հաշվարկված ՀՆԱ-ի (շուկայական գներով) և աշխատողների աշխատանքի վարձատրության և արտադրության ու ներմուծման գուտ 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 եկամուտները: 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 հաշվեկշռված գումարներով և իր մեջ ընդգրկում է նաև սոցիալական ապահովագրության վճարները,

եկամտահարկը և այլ վճարները, որոնք աշխատողների կողմից ենթակա են վճարման:⁴⁹

Աղյուսակ 33. Ավելացված արժեքի կառուցվածքն ըստ եկամուտների ձևավորման եղանակի

	Ռեսուրսներ		Օգտագործում		
	Տարի	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
	2023	522,527.0	164,948.7	3,807.3	353,771.0
	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%
	2023	100.0%	31.6%	0.7%	67.7%

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

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 գործառնությունը և տրամադրման եղանակը նշված չեն:

Աղյուսակ 34. Դեղերի և բժշկական նշանակության ապրանքների վրա կատարված ծախսեր 2020-2023, միլիոն դրամ

	2020	2021	2022	2023
Դեղերի և բժշկական նշանակության ապրանքների ծախսեր	240,061	286,724	218,465	229,677
որից՝				
Ծախսեր դեղագործական և այլ բժշկական երկարատև ապրանքների վրա	230,462	277,955	207,487	217,738
Ծախսեր դեղատոմսով բաց թողնվող (նշանակված) դեղերի վրա	3,810	4,721	17,870	18,524
Ծախսեր առանց դեղատոմսի դեղերի համար	221,675	266,526	184,221	196,604
Ծախսեր այլ բժշկական ոչ երկարատև ապրանքների վրա	4,977	6,709	5,396	2,610
Ծախսեր թերապևտիկ սարքերի և այլ բժշկական ապրանքների վրա	9,599	8,734	10,978	11,939
Ծախսեր չճշտված բժշկական ապրանքների վրա (n.e.c.)	-	35	-	-

Աղբյուրը՝ Հայաստանի Առողջապահության ազգային հաշիվներ

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

Տեղեկատվությունը առողջապահական համակարգում կատարված ներդրումների վերաբերյալ (ենթակառուցվածքներ, մեքենաների և սարքավորումներ) չափազանց կարևոր

⁴⁹ Հայաստանի ազգային հաշիվներ 2024, ՀՀ ՎԿ Վիճակագրական ժողովածու, 2024

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

Աղյուսակ 35. Կապիտալ ծախսեր, միլիոն դրամ

	HK.1	HK.1.1	HK.1.1.1	HK.1.1.2	HK.1.1.3	
	Համախառն կապիտալի ձևավորում	Համախառն հիմնական կապիտալի ձևավորում	Ենթակառուցվածք	Մեքենաներ և սարքավորումներ	Մտավոր սեփականության արտադրանք	ՀՆԱ-ի նկատմամբ, %
2022	42,667	42,667	5,276	37,387	4	0.51%
2023	43,932	43,932	7,851	36,077	4	0.46%

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. Մոցիալական ապահովագրություն ունեցող երկրներում կենտրոնական կառավարության առողջապահական ծրագրերին հատկացված միջոցները և այլն:⁵⁰

⁵⁰ OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris. [\[հղում\]](#)

Աղյուսակ 36. Առողջապահության հանրային ծախսեր 2000-2013

	Հանրային ծախսեր, միլիոն դրամ	Հանրային ծախսերը Առողջապահական ընթացիկ ծախսերի նկատմամբ, %	ՀՆԱ-ի նկատմամբ, %
2000	9,846	22.75%	0.95%
2005	33,159	25.22%	1.48%
2010	58,349	18.26%	1.69%
2015	81,213	15.91%	1.61%
2020	145,691	19.25%	2.36%
2021	153,028	17.76%	2.19%
2022	145,830	17.22%	1.72%
2023	139,195	15.71%	1.47%

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, 2025թ., ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ, 2025:
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, 2025, ՀՀ ՎԿ, Ե. 2025:
8. Հայաստանի ազգային հաշիվներ 2025, ՀՀ ՎԿ Վիճակագրական ժողովածու, 2025
9. Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը 2025, վիճակագրական-վերլուծական զեկույց, ՀՀ ՎԿ, 2025
10. Հայաստանի Հանրապետության սոցիալական վիճակը 2024 թվականին, վիճակագրական ժողովածու, ՀՀ ՎԿ, 2025
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 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.
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

Համացանցային 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-performance-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>

World Bank. Life expectancy at birth, total (years). World Bank Indicators:

<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> - settings=6a29a2fa9220c9cf43b45efbb12fdb76495632a

International Agency for Research on Cancer (IARC). GLOBOCAN: Global cancer statistics – population data visualization

https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=population&populations=51_840_908_935&types=0_1&sortBy=value1&ssexes=0&key=asr&group_cancers=0&multiple_cancers=0&group_populations=0

