



ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԱՄԵՐԻԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

Հանրային առաղջապահության անբիոն

**Առաղջապահական ծառայությունների
հետազոտական կենտրոն**

**ԼԵՌՆԱՅԻՆ ՂԱՐԱԲԱՂԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԱՌՈՂՋԱՊԱՐՈՒԹՅԱՆ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԱԶԳԱՅԻՆ ԾՐԱԳԻՐԸ
1997-2000 թթ.**

*Կազմած է՝ Ալինե Դուրյան
Ծրագրի ղեկավար*

ԼԵՌՆԱՅԻՆ ՂԱՐԱԲԱՂԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՐՈՒԹՅԱՆ ՋԱՐԳԱՑՄԱՆ ԱԶԳԱՅԻՆ ԾՐԱԳԻՐԸ 1997-2000 թթ.

ՀԱՄԱՌՈՏ ԱՍՓՈՓՈՒՄ

Անցած տարվա (1996 թ.) ընթացքում Լեռնային Ղարաբաղի հանրապետության (ԼՂՀ) Առողջապահության նախարարությունը (ԱՆ), Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի (ՀԱՀ) Առողջապահական ծառայությունների հետազոտական կենտրոնի (ԱԾՀԿ) օգնությամբ և Ամերիկյան կարմիր խաչի և Հայ Օգնության Միության աջակցությամբ, ձեռնարկել էր առողջապահական ոլորտի ընդարձակ վերլուծություն՝ որը պետք է հիմք հանդիսանար ԼՂՀ-ի 1997-2000 թթ. Առողջապահության ազգային պլանի մշակման համար: Իրավիճակին որքան հնարավոր է ամբողջությամբ տիրապետելու համար օգտագործվել են գնահատման տարբեր մեթոդներ:

Իրավիճակի սկզբնական գնահատումը կազմված էր բուժօգնությունների գրանցումների վերլուծությունից, առողջապահական համակարգի գործունեությանը լավատեսյակ անձանց հետ ունեցած հարցազրույցներից և հիմնարկների և մարդկային ռեսուրսների ծավալի գնահատումից: Բացի այդ, հավաքվել են նաև լրացուցիչ ժողովրդագրական և առողջապահական տվյալներ, որոնց համար կատարվել է բնակչության լայն խավերը ընդգրկող հարցում՝ հիմնված պատահական ընտրության վրա: Կիրառվել են նաև իրավիճակի գնահատման որակական մեթոդներ՝ առողջապահության համակարգի մասին ավելի ընդարձակ պատկեր ստանալու համար: Հավաքված ինֆորմացիան վերլուծվել, մեկնաբանվել և օգտագործվել է առողջապահական պրոբլեմների բացահայտման և առաջնահերթության հաստատման համար:

Հիմնական առողջապահական պրոբլեմների առաջնահերթության սահմանումից հետո, յուրաքանչյուր պրոբլեմի լուծման համար համեմատվել են այլընտրանքային մոտեցումներ: Գրվել և գնահատվել են տարբեր նախագծեր ըստ հետևյալ չափանիշների. 1) տեխնիկական, աշխատակազմի և հիմնարկների կարիքները, 2) անհրաժեշտ կազմակերպչական աշխատանքների շրջանակը, 3) ֆինանսական կարիքները և 4) ակնկալվող հատույցը: Այնուհետև մշակվել են մանրամասն պլաններ՝ հիմնված ամենամապտակահարմար և արդյունավետ լուծումների վրա: Դրանից հետո կատարվել է պլանավորում և ծրագրավորում երեք մակարդակներով. ընդհանուր, ծրագրային և նախագծային:

Ընդհանուր պլանավորումը իրենից ներկայացնում է մի համընդհանուր շրջանակ՝ առողջապահական ոլորտի զարգացման համար: Այն հիմնականում ստեղծում է համակարգեր վերադիտարկման համար և ապահովում է սխեմատիկ համընդհանուր շրջանակ, որի ներսում իրականացվում է ծրագրի և նախագծի պլանավորումը: Ծրագրի պլանավորումը ուղղված է լայն

ազդեցության գործողությունների և ուղեցույցների, ինչպես նաև առողջապահական համակարգի բաղադրյալ մասերի մշակմանը: Նախագծի պլանավորումը խիստ մանրամասնված է, որովհետև այն գործ ունի լայն ազդեցության առողջապահական գործողությունների հետ, որոնք ուղղված են որոշակի առողջապահական պրոբլեմի լուծմանը: Սիստեմատիկ վերանայման և պլանավորման պրոցեսից հետո ստեղծվել է այս փաստաթուղթը՝ **ԼՂՀ 1997-2000 թթ. Առողջապահության ազգային պլանը:**

Տնտեսական և քաղաքական իրավիճակը ԼՂՀ-ում լուրջ դժվարություններ է ստեղծել բնակչությանը առողջապահական խնամքով ապահովելու համար: Առանձին անհատների և ընտանիքների առջև հառնում են տնտեսական խիստ դժվարություններ, որոնք խոչընդոտում են մարդկանց՝ առողջության պահպանման և բուժման հարցերով դիմելու առողջապահական համապատասխան ծառայություններին: Սոցիալական և ընտանեկան ոլորտները, որոնք սովորաբար ապահով օղակներ են առողջապահական պրոբլեմների և տնտեսական դժվարությունների լուծման համար, լարված են: Բացի այդ, կտրուկ փոփոխվել են շրջակա միջավայրի պայմանները, որոնք իրենց վրա են կրում պատերազմի վնասների և նրան հաջորդած անկախության հաստատման դժվարին ժամանակաշրջանի պատկերը: Ներկայումս հանրապետությունում հիվանդությունների բեռը տատանվում է նախահամաճարակաբանական անցումային առողջապահական պրոբլեմների՝ ինչպիսիք են ինֆեկցիաները և պարազիտային հիվանդությունները, և այնպիսի հիվանդությունների միջև, որոնք ավելի շատ հատուկ են հետանցումային փուլի համար, այսինքն, մեծահասակների քրոնիկ և դեգեներատիվ հիվանդությունները, ներառյալ սիրտանոթային հիվանդությունները, նորագոյացությունները և շաքարախտը: Չնայած 1988 թ. սկսած ԼՂՀ-ում չի գրանցվել վարակիչ հիվանդությունների ոչ մի լայն համաճարակ, այնուամենայնիվ, հասարակական առողջապահության բազմաթիվ դժվարությունները սաստկացել են: Առողջապահական ծառայությունների իրականացումը ընդհատվել է անկանոն ձևով և զգացվում է դեղորայքների քրոնիկ պակաս:

Երեխաների մոտ բավականին տարածված են փորլուծությունը և շնչառական ուղիների սուր ինֆեկցիաները: Պարզվել է, որ կարևոր առողջապահական պրոբլեմներ են երեխաների վնասվածքները և վերքերը: Սակայն, իրական իրավիճակի վերաբերյալ տվյալներ առայժմ գոյություն չունեն: Կատարված դիտարկումները վկայում են, որ տրավմաների հիմնական պատճառներն են կտրվածքները, այրվածքները և ականներից ստացած վնասվածքները: Էական անհրաժեշտություն է դարձել բարձրացնել առողջապահական ծառայություններից օգտվելու հարցը՝ կապված քրոնիկ հիվանդությունների հետ: Հիվանդներից շատերը երբեք չեն դիմում բուժօգնության կամ դիմում են հիվանդության շատ ուշացած փուլերում: Այս վիճակը պայմանավորված է բազմաթիվ գործոններով: Դրանցից ամենակարևորներն են. բուժսպասարկման ուղղակի և անուղղակի գները, կամ ուղղակի անվճարունակությունը, աշխատանքը թողնելու անհնարինությունը,

բժշկական սարքավորումների և դեղորայքի պակասը, ինչպես նաև համակարգի նկատմամբ հավատի պակասը:

ԱՆ նշում է, որ ԼՂՀ-ում առողջապահական ոլորտի հիմնական նպատակներն են՝ խրախուսել առողջությունը և կանխարգելել հիվանդությունները, կատարելագործել առողջապահական ծառայությունների նպատակակետին հասցնելու արդյունավետությունը և բազմազան դարձնել առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուրները, դրանով իսկ՝ նվազեցնելով նրա կախվածությունը ազգային բյուջեից: Նախարարությունը ուշադրություն կդարձնի նաև առողջապահական ծառայությունների որակի բարձրացման վրա և ռեսուրսների բաշխման մեջ կձգտի հասնել առավել արդարացիության և արդյունավետության:

Նպատակները

ԱՆ նշում է, որ ԼՂՀ-ում առողջապահական ոլորտի հիմնական նպատակներն են՝ խրախուսել առողջությունը և կանխարգելել հիվանդությունները, կատարելագործել առողջապահական ծառայությունների արդյունավետությունը և բազմազան դարձնել առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուրները, դրանով իսկ՝ նվազեցնելով նրա կախվածությունը ազգային բյուջեից: Նախարարությունը ուշադրություն կդարձնի նաև առողջապահական ծառայությունների որակի բարձրացման վրա և ռեսուրսների բաշխման մեջ կձգտի հասնել առավել արդարացիության և արդյունավետության:

Առողջապահության ազգային պլանի հաջողությունը պայմանավորված է հետևյալով.

- քաղաքական կայունություն
- ռեսուրսների բավարար քանակություն
- համայնքի մոբիլիզացում
- բժշկական և հարբժշկական մասնագետների ներգրավում և ուսուցանում
- կենտրոնական և ծայրամասային կառուցվածքների և պետական ու ոչ պետական կազմակերպությունների համատեղ աշխատանք
- առողջապահական տեղեկատվական համակարգի ստեղծում
- հեռանկարային գնահատումներ և հետազոտություններ

Խնդիրները

Առողջապահության ազգային պլանը իր **սխեմատիկ մակարդակում** կառաջնորդվի հետևյալ 4 սկզբունքներով.

- Ապակենտրոնացում
- Ինտեգրացված պլանավորում և միջգերատեսչական համագործակցություն
- Առողջության առաջնային պահպանման շրջանային կոնսորցիումների ստեղծում
- Համայնքի մասնակցություն

Ծրագրի մակարդակում խնդիրները կբաժանվեն 5 հիմնական ոլորտների.

- Առողջության խրախուսում և հիվանդությունների կանխարգելում
- Բուժաշխատակազմի ձևավորում
- Բժշկական սարքավորումներ և միջոցներ

- Առողջապահական տեղեկատվական համակարգի ստեղծում
- Տրանսպորտ և հաղորդակցություն

Նախագծի մակարդակում հիմնական ուշադրությունը կդարձվի.

- Մոր և մանկան առողջություն
- Պատվաստումներ
- Անտենաթալ խնամք
- Կրծքով կերակրում
- Շնչառական ուղիների սուր հիվանդություններ/ Փորլուծություն
- Տուբերկուլոզ
- Ընտանիքի պլանավորում
- Վարակիչ այլ հիվանդություններ
- Քրոնիկ հիվանդություններ և մեծահասակներ
- Վնասվածքներ և վերքեր

ԱՆ ծրագրել է առողջապահության ֆինանսավորման գործում կիրառել կոմբինացված մոտեցում, վստահ լինելու համար, որ սահմանափակ հնարավորություններից քաղվում է հնարավոր ամեն ինչ: Այս հարցերը կարող են լուծվել երեք գլխավոր ստրատեգիական միջոցներով, որոնք, ըստ առողջապահության ծառայությունների ապահովման մարզում ունեցած իրանց դերերի կարող են որդեգրվել ԱՆ կողմից: Դրանք են.

- շարունակել ներկայումս բոլոր քաղաքացիներին մատուցվող անվճար ծառայությունները, և աշխատել գտնել այլ աղբյուրներ առողջապահական ծառայությունների ֆինանսավորման համար
- առողջապահական ծառայությունների համար մշակել վճարման համակարգ
- մշակել ապահովագրական բուժսպասարկման ազգային համակարգ՝ պետական բյուջեից լրացնելու համար:

I. Ներածություն

Ղարաբաղի դարեր ձգվող պատմությունը եղել է խիստ բարդ ու անհանգիստ: Հարյուրամյակների ընթացքում Լեռնային Ղարաբաղը հանդես է եկել որպես Հայաստանի պատմական պատվար և մշակութային օջախ: Այն եղել է Հայաստանի թագավորության կազմում մինչև 428 թվականը՝ այսինքն մինչև հայոց թագավորության անկումը: Սա, փաստորեն, Ղարաբաղի Հայաստանից քաղաքական մեկուսացման և անեքսիայի սկիզբն էր¹:

Լեռնային Ղարաբաղը իր պատմության ընթացքում ունեցել է տեղական ինքնակառավարման կառույցներ: 9-10-րդ դարերում տարածաշրջանի հայ իշխանները ուժեղացրել են իրենց դիրքը և սահմանել են թագավորական իշխանություն: Նրանք հաստատեցին երկու թագավորություններ, որոնք գոյատևեցին մինչև 12-րդ դարը: Տարածաշրջանը այնուհետև բաժանվեց երեք թագավորական ընտանիքների միջև: Ջալալյան ընտանիքը ամենահզորն էր և ամենաանկախը: 16-17-րդ դարերում տարածաշրջանը բաժանված էր հայկական հինգ տոհմերի միջև, որոնք պահպանեցին իշխանությունը Լեռնային տարածքների վրա: Նրանք հայտնի էին որպես Խամզայի “մելիքություններ”: Տարածաշրջանի ղեկավար ընտանիքների ավագները թուրք կամ պարսիկ առաջնորդներից ստանում էին մելիք (իշխան) տիտղոսը: Պաշտոնապես նրանք կցված էին պարսկական նահանգին, որը ղեկավարվում էր Գանձակից, սակայն նրանք առավելագույն ինքնավարություն ունեին, հատկապես պաշտպանության և ներքին քաղաքականության հարցերում:

Այդ ժամանակաշրջանում Հայաստանը բաժանված էր Թուրքիայի և Պարսկաստանի միջև և կորցրել էր իր քաղաքական ինքնուրույնությունը: Եվ փաստորեն մելիքությունները միակ իշխանություններն էին, որոնք ընդունակ էին դիմակայել արտաքին սպառնալիքներին և պաշտպանել ազգային ավանդները և մշակութային արժեքները: Այդպիսով, Լեռնային Ղարաբաղը Հայաստանի միակ մասն էր, որտեղ ազգային ինքնուրույնության ավանդությունները պահպանվեցին անընդմեջ մինչև ուշ միջնադար:

¹ Պատմական տեղեկությունները քաղված են *Armenia and Karabagh: The Struggle for Unity*, edited by Christopher J. Walker, Minority Rights Publications, UK 1991 գրքից:

Չետևաբար, կարելի է համարձակորեն պնդել, որ Ղարաբաղը ազգային յուրօրինակության կարևոր օրինակ է:

Սակայն, չնայած իր հայ ազգաբնակչության մեծամասնությանը, Ղարաբաղը 1917 թվականին Ռուսական կայսրության կազմալուծումից հետո չմիացվեց Հայաստանին: Իսկ 1921թ. Ստալինի կողմից տարածաշրջանը հանձնվեց Խորհրդային Ադրբեջանին: Լեռնային Ղարաբաղին տրվեց ինքնավարության կարգավիճակ: Սակայն 1922-1987թթ. Լեռնային Ղարաբաղի բնակչության համար ազգային, մշակութային և նաև տնտեսական և սոցիալական ճնշման տարիներ էին: 1988թ. նոր թափով վերսկսվեց պայքարը Հայաստանի հետ միավորվելու համար:

Ստորև բերված է Ղարաբաղյան պայքարի վերջին ութ տարիների համառոտ ժամանակագրությունը:

1988 :

Փետրվարի 11 - Լեռնային Ղարաբաղի ինքնավար մարզում ցույցերի և հանրահավաքների սկիզբ, որոնցում հնչում էին Հայկական ՍՍՀ հետ միավորման պահանջներ:

Փետրվարի 20 - Լեռնային Ղարաբաղի մարզային խորհուրդը (պառլամենտը) հայտարարում է Ադրբեջանի կազմից դուրս գալու և Հայկական ՍՍՀ հետ միավորվելու մասին, հիմնվելով Խորհրդային Միության սահմանադրությամբ ամրագրված ինքնորոշման իրավունքի վրա:

Փետրվարի 26 - Մեկ միլիոն հայերի ցույցը Երևանի օպերայի հրապարակում ի պաշտպանություն Հայաստանի հետ Լեռնային Ղարաբաղի միավորման:

Փետրվարի 28 - Հայ բնակչության ջարդերը Ադրբեջանի Սումգայիթ քաղաքում:

1989:

Օգոստոս - Ադրբեջանը ձեռնարկում է Հայաստանի և Լեռնային Ղարաբաղի առաջին շրջափակումը:

1990:

Հունվար - Հայերի զանգվածային տեղահանությունները Ադրբեջանի մայրաքաղաք Բաքվում:

Օգոստոս 27 - Ադրբեջանի Գերագույն խորհուրդը վերացնում է ինքնավարության կարգավիճակը և լուծարում է Լեռնային Ղարաբաղի ինքնավար հանրապետությունը:

1991:

Սեպտեմբերի 2 - Լեռնային Ղարաբաղի մարզխորհուրդը հայտարարում է Լեռնային Ղարաբաղի հանրապետության ստեղծման մասին:

1992:

Հունվարի 6 - Լեռնային Ղարաբաղի հանրապետության (ԼՂՀ) անկախության հռչակումը:

Հունվարի 18 - Ձևավորվում է ԼՂՀ խորհրդարանը և ընտրվում է նրա առաջին արեգիդենտը՝ Արթուր Մկրտչյանը:
Մայիսի 18 - Լաչինի «մարդասիրական» միջանցքի բացումը, որը ԼՂՀ-ն կապում է Հայաստանի հետ:

1993:

Հունվարի 21 - Եվրոպառլամենտը ընդունում է մի որոշում, որը Ադրբեջանի կողմից Հայաստանի և ԼՂՀ-ի բլոկադան գնահատում է որպես մարդու իրավունքների կոպիտ խախտում:

1994:

Մայիսի 12 - Կրակի դադարեցման համաձայնություն է կնքվում ընդդիմադիր կողմերի միջև:
Դեկտեմբեր 22 - ԼՂՀ-ի խարհրդարանը հանրապետության նախագահ է ընտրում Ռոբերտ Քոչարյանին:

1995:

Ապրիլի 30 - Ընտրվում են ԼՂՀ-ի Ազգային ժողովի անդամները: Հաստատվում են նախարարություններ, ներառյալ Առողջապահության նախարարությունը (ԱՆ):

1996:

Նոյեմբեր 23 - Համաժողովրդական քվերկությամբ երկրորդ ժամկետով ԼՂՀ-ի նախագահ է ընտրվում Ռոբերտ Քոչարյանը:

Ներկայումս կրակի դադարեցման համաձայնությունը դեռ ուժի մեջ է: Դժբախտաբար, հանրապետությունում տնտեսական պայմանները և իրադրությունը կտրականապես փոխվել են և իրենց վրա են կրում պատերազմի վնասների և անկախությանը հաջորդած դժվարին ժամանակաշրջանի դրոշմը:

2. Առողջապահության պլանավորման գործընթացը. Հիմնական մասերը

Պլանավորումը մեթոդ է, որը հնարավորություն է տալիս որոշակի խնդիրներ լուծելու համար գոյություն ունեցող ռեսուրսները օգտագործել առավել արդյունավետ: Ակնհայտ է, որ ԼՂՀ-ն ներկայումս ունի սահմանափակ ռեսուրսներ: Այս պայմանը ստիպում է հաշվի առնել այն հանգամանքը, թե, արդյո՞ք, առողջապահության ներկա համակարգը արդյունավետ է կատարում ծառայությունները՝ բավարարելու համար հանրապետության բնակչության բուժսպասարկման ներկա և ապագա պահանջները: ԼՂՀ առողջապահության համակարգի բարեփոխումների նպատակն է՝ գոյություն ունեցող համակարգն այնպես վերափոխել, որ այն հնարավորություն ունենա առավել արդյունավետ ձևով հասնելու նպատակադրված խնդիրների իրականացմանը:

Խորհրդային շրջանում առողջապահության պլանավորումը կենտրոնացված էր: Բժշկական անձնակազմի և ծառայությունների գործունեության գնահատումը հիմնված էր քանակական ցուցանիշների վրա, և փաստորեն համակարգի արդյունավետությունը որոշվում էր յուրաքանչյուր շնչին ընկնող առկա կարդիոլոգների, հիվանդանոցային տեղերի, ռենտգենյան սարքավորումների քանակով: Որակական գործոնները պլանավորման փուլում հաշվի չէին առնվում: Խորհրդային Միության կազմալուծումից հետո բազմաթիվ օրինակներով ակնհայտ դարձավ, որ պլանավորման այս մեթոդը արդյունավետ չէ: ԼՂՀ ԱՆ-ը որդեգրել է պլանավորման ավելի սխտեմատիկ և վերլուծական մոտեցում: Պլանավորման այս փորձը ներկայացված է դիագրամում (նկ.1):

Պլանավորման փուլը սկսելու համար անհրաժեշտ էր ճիշտ պատկերացնել ԼՂՀ-ում ներկա իրավիճակը: Կարևոր էր նաև, որ նպատակները և խնդիրները հստակ որոշվեին հենց սկզբից: Առողջությունը դիտվում էր որպես անհատների նեղ անձնական գործ: Յետևաբար, պլանավորման այս փուլում կարևոր էր առողջության բնորոշումը: Առողջության ամենամեղ բնորոշումը այն դիտում է որպես մարմնի ֆիզիկական աշխատունակության չափանիշ: Ի տարբերություն ֆունկցիոնալ հատկանիշի հիման վրա հիմնված այս սահմանման, առողջության առավել գերադասելի սահմանումը առողջությունը դիտում է որպես մարդու ֆիզիկական, մտավոր, սոցիալական և տնտեսական բարեկեցության ներդաշնակություն, այլ ոչ թե հիվանդության կամ տկարության ուղղակի բացակայություն: Այս դիրքորոշումը կարող է կիրառվել և՛ անհատի, և՛ համայնքի, և՛ ամբողջ ազգի նկատմամբ:

ԼՂՀ-ի առողջապահական համակարգում իրավիճակի սկզբնական գնահատումը բաղկացած էր հիվանդանոցային գրանցումների վերլուծությունից, առողջապահության համակարգին լավատեղյակ անձանց հետ հարցազրույցներից և բուժօգնականների ու մարդկային ռեսուրսների ծավալի գնահատումից: Բացի դրանից, հավաքվել են նաև լրացուցիչ ժողովրդագրական և առողջապահական տվյալներ, որի ընթացքում կատարվել է բնակչության լայն խավերը ընդգրկող հարցում՝ հիմնված պատահական ընտրության վրա: Կիրառվել են նաև իրավիճակի գնահատման որակական մեթոդներ, օրինակ, հարցազրույցներ առողջապահական գործին քաջատեղյակ անձանց հետ և փոքր խմբերում, որը հնարավորություն է տվել ավելի ընդարձակ պատկեր ստանալ առողջապահության համակարգի մասին: Հավաքված ինֆորմացիան վերլուծվել, մեկնաբանվել և օգտագործվել է առողջապահական պրոբլեմների բացահայտման և առաջնահերթության սահմանման համար:

Սահմանափակ ռեսուրսներով նպատակադրված խնդիրներին հասնելու համար առաջարկվեց սահմանել առողջապահական պրոբլեմների առաջնահերթություն: Առաջնահերթության սահմանումից հետո բոլոր հաջորդական քայլերը արդեն կարելի էր դիտարկել որպես դեպի պլանի իրականացմանը տանող առաջընթաց: Առաջնահերթության սահմանումից հետո յուրաքանչյուր պրոբլեմի լուծման համար դիտարկվել են տարբեր

մոտեցումներ: Գրվել և գնահատվել են տարբեր նախագծեր ըստ հետևյալ չափանիշների. 1) աշխատակազմի և հիմնարկների տեխնիկական կարիքները, 2) անհրաժեշտ կազմակերպչական գործունեության շրջանակը, 3) ֆինանսական կարիքները և 4) սպասելիք արդյունքները: Այնուհետև մշակվել են մանրամասն պլաններ՝ հիմնված ամենամապատակահարմար լուծումների վրա:

Առողջապահության ազգային պլանի ծրագրավորման պրոցեսը կարող է բաժանվել երեք մակարդակների. ընդհանուր պլանավորում, ծրագիր և նախագիծ (նկ. 2): Ընդհանուր պլանավորումը դա մի համընդհանուր շրջանակ է առողջապահական ոլորտի զարգացման համար: Այն հիմնականում ստեղծում է համակարգեր վերադիտարկման համար և ապահովում է սխեմատիկ համընդհանուր դաշտ, որում իրականացվում է ծրագրի և նախագծի պլանավորումը: Ծրագրի պլանավորումը ուղղված է լայն ազդեցության գործողությունների և ուղեցույցների, առողջապահական համակարգի բաղադրյալ մասերի մշակմանը: Նախագծի պլանավորումը առավել մանրամասն է, և այն գործ ունի ավելի լայն ազդեցության առողջապահական գործողությունների հետ, որոնք ուղղված են որոշակի առողջապահական պրոբլեմի լուծմանը:

Պլանավորման հաջորդ փուլը կընդգրկի նախատեսված պլանների իրականացումը, անընդմեջ վերահսկումը և գնահատումը: Պլանավորման այս դինամիկ պրոցեսին անընդմեջ նպաստելու համար, պլանի իրականացման ընթացքում անհրաժեշտ է իրականացնել դրա վերահսկում և գնահատում: Գնահատման արդյունքում կբացահայտվեն պլանի սխալները և հաջողությունները, որը սկիզբ կհանդիսանա պլանավորման նոր փուլի համար:

Սխեմատիկ պլանավորումից ակնհայտ է դառնում, որ Առողջապահության ազգային պլանը պլանավորման գործունեության միայն սկիզբն է: Պլանավորման պրոցեսը շարունակական պրոցես է: Առողջապահության ազգային պլանը բոլոր մակարդակներում պետք է լինի այնքան դինամիկ, որ այն կարողանա զարգանալ և հարմարվել բնակչության առողջապահական վիճակի փոփոխություններին և նրա ինչպես կոնկրետ, այնպես էլ ենթադրվող կարիքներին:

3. Իրադրության վերլուծություն

3.1 Ընդհանուր հայացք

Պարզաբանման համար ասենք, որ ԼԴՅ-ում կատարվող ցանկացած պրոցես և զարգացում իրենց վրա կրում են լքվածության և պատերազմի տխուր հետևանքները, որոնք դեռ ծանրորեն են անդրադառնում նաև առողջապահական համակարգի վրա: Դժվար է բացատրել, և միշտ էլ անհնար է քանակապես որոշել, պատերազմի հոգեբանական, տնտեսական հետևանքները հասարակական առողջապահության վրա: Պատերազմի

վնասներից են նաև անապահովության զգացումը և քաղաքական իրավիճակի անկայունությունն ու հակասականությունը:

Պատերազմի դառն վիճակագրության թվերի ետևում թաքնված են բազմաթիվ խեղված ճակատագրեր, մարդիկ, ովքեր ուղղակի ֆիզիկական կորուստ չեն կրել, սակայն այդուհանդերձ պատերազմի զոհեր են: Պատերազմը խախտել է անհատների և համայնքների կյանքը, նրանց զրկելով ապրելու միջոցներից՝ հողից, բերքից, տներից, ունեցվածքից և նաև առողջությունից: Այն մեծապես խոչընդոտել է գյուղացու բնականոն կյանքի ընթացքը, նրան զրկել վարուցանք անելու և աճեցրած բերքը հավաքելու հնարավորությունից: Դրությունը բարդանում է նաև նրանով հանգամանքը, որ բերքատու շատ դաշտեր պատված են ականներով: Մոտավորապես 100.000 ականներ են տեղադրվել Լեռնային Ղարաբաղի տարածքում: Նրանք ուղղակիորեն սպառնում են բնակիչների և զինվորականների կյանքին, ինչպես նաև անուղղակի խանգարում են սննդի արտադրությանը, զարգացմանը և հասարակական առողջապահությանը:

Տնտեսական և քաղաքական իրավիճակը ԼՂՀ-ում դժվարություններ է ստեղծել նաև առողջապահության ոլորտի համար: Առանձին անհատների և ընտանիքների առջև հառնում են դաժան տնտեսական դժվարություններ, որոնք բացասաբար են անդրադառնում մարդկանց առողջության վրա: Սոցիալական և ընտանեկան ոլորտները, որոնք սովորաբար ապահով օղակներ են առողջապահական պրոբլեմների և տնտեսական դժվարությունների լուծման համար, ներկայումս գտնվում են լարված վիճակում: Բացի այդ, կտրուկ փոփոխվել են շրջակա միջավայրի պայմանները, որոնք իրենց վրա կրում են պատերազմի և նրան հաջորդած անկախության հաստատման դժվարին ժամանակաշրջանի դրոշմը: Շրջակա միջավայրի թերությունները լրջորեն սպառնում են հասարակության ապահովությանը և առողջությանը: Խմելու ջրի մատակարարումը և որակը վատ վիճակում են: Խմելու ջրի մշակումը իրականացվում է պարզագույն և սահմանափակ մեթոդներով: Մատակարարումը կատարվում է ընդհատումներով, ցածր ճնշմամբ և կորուստներով՝ ջրատար խողովակների վնասվածքների և անպաշտպան լինելու պատճառով: Հիվանդանոցները և առողջապահական այլ հաստատություններ մատակարարվում են ջրի շատ սահմանափակ քանակությամբ: Բաշխիչ կայանները երկրի տարբեր շրջաններում տարբեր բնութագիր ունեն. որոշ վայրերում նրանք ավելի անապահով են, քան մյուսներում: Բացի այդ, կանոնավոր ձևով և ինչպես հարկն է չեն ոչնչացվում կենցաղային թափոնները: Թերություններ կարելի է տեսնել նաև այլ ոլորտներում, կապված շրջակա միջավայրի հիգիենայի հետ, օրինակ, սննդի հիգիենան, բնակարանային և սանիտարական պայմանները և այլն:

3.2 Բնակչության առողջապահական վիճակը

Անկախության ձեռքբերման դժվարին ճանապարհը դժգույն հետքն է թողել բնակչության առողջական վիճակի և առողջապահական ծառայությունների

իրականացման վրա: Նախքան պատերազմը ԼՂՀ առողջապահական ոլորտը առանձնապես չէր տարբերվում նախկին Խորհրդային Միության առողջապահական համակարգից: Ինֆեկցիոն հիվանդությունները քիչ էին և առողջապահական ծառայությունները կատարվում էին անընդմեջ: Ներկայումս հանրապետությունում հիվանդությունների բեռը տատանվում է նախահամաճարակաբանական անցումային փուլի առողջապահական պրոբլեմների՝ ինչպիսիք են ինֆեկցիաները և պարազիտային հիվանդությունները, և այնպիսի հիվանդությունների միջև, որոնք ավելի շատ հատուկ են հետանցումային փուլի համար՝ մեծահասակների քրոնիկ և դեգեներատիվ հիվանդություններ, ներառյալ սիրտանոթային հիվանդությունները, նորագոյացությունները և շաքարախտը: Այսպիսի ձգված համաճարակաբանական անցումը բնորոշ է նախկին Խորհրդային Միության բոլոր հանրապետություններին, որտեղ դեռ լրիվ անցում տեղի չի ունեցել, որի հետևանքով էլ բնակչության շրջանում համատեղ գոյություն ունեն ինչպես սուր վարակիչ, այնպես էլ քրոնիկ հիվանդությունները:

Չնայած 1988 թ. սկսած ԼՂՀ-ում չի գրանցվել վարակիչ հիվանդությունների ոչ մի լայն համաճարակ, այնուամենայնիվ հասարակական առողջապահության առկա պրոբլեմները նկատելիորեն սրվել են: Անկանոն ձևով ընդհատվել է առողջապահական ծառայությունների իրականացումը և զգացվում է դեղորայքների քրոնիկ անբավարարություն: Այս գործոնները ազդում են առողջապահական ծառայությունների մատչելիության և օգտագործման վրա: Բացի այդ, հանրապետության տարածքում մոր և մանկան առողջության շատ հիմնահարցեր սուր բնույթ են ստացել: Փորլուծությունը և շնչառական ուղիների սուր ինֆեկցիաները երեխաների մոտ շատ տարածված են: Վերջին առողջապահական հարցման ժամանակ մինչև 5 տարեկան երեխաների 22%-ը վերջին երկու շաբաթների ընթացքում ունեցել են փորլուծություն: Կարևոր հասարակական առողջապահական պրոբլեմներ են նաև երեխաների վնասվածքները և վերքերը. սակայն այս ցավոտ հիմնահարցի առնչությամբ հավաստի տվյալներ առայժմ չկան: Խեղումների հիմնական պատճառներն են՝ կոտրվածքները, այրվածքները և ականներից ստացած վերքերը: Մանկահասակ երեխաների կերակրման համար մեծ չափով օգտագործվում է արհեստական կեր, այն ժամանակ, երբ բացառապես կրծքով կերակրման տոկոսը իջել է: ՀԱրցման ենթարկված մայրերի 39,4% պատասխանել են, որ իրենք արհեստական կեր են տվել իրենց երեխաներին ծննդյան առաջին երեք ամիսների ընթացքում:

Չնայած այս դժվարություններին, վերջին ժամանակներում ընդունված առողջապահական ծրագրերը, առաջադրված խնդիրները լուծելիս, հաջողությամբ են կատարվել: 1993 թ. վերականգնվել են պատվաստումների ծառայությունները և կատարվում է ինտենսիվ իմունիզացիա: 0-5 տարեկան երեխաների 97% ստացել են որոշակի պատվաստումներ: Հանրապետության տարածքում առաջարկվել է անտենաթալ խնամքի հիմնական փաթեթ, ներառյալ վտանգի գնահատումը և կոնսուլտացիաները: Հղիության ընթացում և ծննդաբերությունից հետո կատարվում է վտանգի գնահատում և վերահսկում: Բացի այդ, 1995 թ. ստեղծվել է կենտրոնական հունանիտար

պահեստ: Մատակարարումները սահմանափակ են, սակայն արդյունավետ, լավ է կազմակերպված մատակարարումների և վերահաշվարկման համակարգը:

3.3 Ծառայությունները և ռեսուրսները

Պատերազմի ընթացքում առողջապահական հաստատությունները բազմիցս վնասվել, թալանվել և հրազեններից ավերվել են: Առողջապահական ծառայությունները այս ութ տարիների ընթացքում հանդես են բերել ակնառու ճկունություն և բավարարել են շատ պահանջներ, օգտագործելով տեղական ռեսուրսները: Բացի այդ, սահմանափակ ֆինանսավորման հետևանքով, անհուսալի վիճակում են հայտնվել նաև առողջապահության համակարգի շենքերը, որոնք պահպանության, վերականգնման և վերակառուցման խիստ կարիքը ունեն: Համակարգն ինքը անընդունակ է լուծել այս հիմնահարցերը, և կարոտ է արմատական բարեփոխումների և օգնության:

ԼՂՀ առողջապահական համակարգը ամբողջությամբ գտնվում է կառավարության վերահսկողության ներքո և դեռ պահպանում է խորհրդային տարիներից ժառանգություն ստացած շատ կառուցվածքներ: Առաջին օղակները, դրանք բուժկետներն են՝ գյուղերում և պոլիկլինիկաները՝ քաղաքներում: Ավելի մեծ շրջկենտրոններում գոյություն ունեն մասնագիտացված դիսպանսերներ և հիվանդանոցներ (հավելված A): Խորհրդային համակարգը պլանավորված էր և ղեկավարվում էր կենտրոնացված ձևով: Դրա հետևանքով ծրագրավորումը և իրականացումը կատարվում էր վերևից՝ ներքև, որի պատճառով հաշվի չէին առնվում տեղամասերի առանձնահատկությունները:

Դժբախտաբար, առողջապահական ծառայությունների ներկայիս համակարգի շատ պրոբլեմներ ժառանգվել են նախկին համակարգից և սրվել են պատերազմի և շրջափակման հետևանքով: Առողջապահական ծառայությունների իրականացման առկա անարդյունավետությունը կարող է բնորոշվել հետևյալ պատճառներով. 1) կենտրոնացվածություն և այդ գործին տեղական համայնքների մասնակցության անբավարարություն, 2) առողջության պահպանման խրախուսման և հիվանդությունների կանխարգելման բացակայություն, 3) բուժաշխատողների պակաս, 4) բուժաշխատողների անբավարար պատրաստվածություն և վերապատրաստման բացակայություն, 6) շենքերի, գործիքների և դեղորայքի անբավարարություն, 7) առողջապահական անբավարար ինֆորմացիա, և 8) հաղորդակցության ու տրանսպորտի բացակայություն:

Ինչպես նշվեց վերևում, ԼՂՀ-ում հիվանդությունների բեռը ընդգրկում է և՛ վարակիչ, և՛ ոչ-վարակիչ հիվանդությունները: Բնակչության առողջապահական կարիքները բուրգի ձև ունեն, որի հիմքում գտնվում են առաջնային խնամք պահանջող հիվանդությունները և առողջության պահպանման խրախուսումը, այսինքն՝ ամենամեծ հատվածը (նկ. 3): Դժբախտաբար, ռեսուրսների բաշխումը և ծառայությունների ապահովումը

հիմնված է շրջված բուրգի վրա, որտեղ ամենամեծ ուշադրությունը և ռեսուրսները ստանում է երրորդային բուժումը: Այս անհամապատասխանությունը ընդհանուր է շատ երկրների համար և հանդիսանում է առողջապահական ծառայությունների անբավարար ու անարդարացի բաշխման հիմքը: Օրինակ, հանրապետությունում առողջության պահպանման խրախուսման և հիվանդությունների կանխարգելման գործողություններից շատերը հիմնված են մի համակարգի վրա, որը բացառապես բուժական է: Ինչպես հասարակության, այնպես էլ բուժաշխատողների համար նախատեսված առողջապահական ինֆորմացիան խիստ անբավարար է: Առողջապահական կազմակերպությունների ծրագրերում բացակայում են առողջապահական կրթական ծրագրերը և ուսուցանումը՝ կոնսուլտացիաներ անց կացնելու համար: Բացի այդ, 1988թ. սկսած բուժաշխատողներից շատերը վերապատրաստման հնարավորություն չեն ունեցել:

Ներկայումս անհրաժեշտ է լուծել առողջապահական ծառայությունների օգտագործման հարցը՝ կապված քրոնիկ հիվանդությունների հետ: Հիվանդներից շատերը երբեք չեն այցելում բուժօգնության կամ այցելում են հիվանդության խիստ ուշացած փուլերում: Այս իրավիճակը բազմաթիվ պատճառներ ունի: Դրանցից ամենակարևորներն են՝ բուժսպասարկման ուղղակի և անուղղակի գները, բուժօգնության գնալու համար անհրաժեշտ ժամանակ ծախսը, ուղղակի անվճարունակությունը, աշխատանքը թողնելու անհնարինությունը, բժշկական սարքավորումների և դեղորայքի պակասը, ինչպես նաև համակարգի նկատմամբ հավատի պակասը: Առողջապահական ծառայություններից օգտվելու մեկ այլ պրոբլեմ է նաև այն, որ հիվանդները հաճախ, սեփական նախաձեռնությամբ բուժման համար դիմում են երրորդական մակարդակի հիմնարկների, շրջանցելով սկզբնական մակարդակները: Մեր հարցաթերթիկին պատասխանողների 57,2% մատնանշել են, որ, եթե ինքը կամ իր ընտանիքի որևէ անդամ կարիք ունենա անմիջական բժշկական միջամտության՝ կդիմեն հիվանդանոց, շրջանցելով բուժման ցածր մակարդակները: Նման պրակտիկան անհարմար է և թանկ արժե, և պետք է փոխարինվի բուժման դիմելու այլ համակարգերով: Այս հարցերը պետք է լուծվեն, որպեսզի բժշկական ծառայությունները բնակիչների համար դառնան ավելի մատչելի ու ընդունելի:

Ի լրումն այդ ամենի, բնակիչները առողջապահական ծառայությունը կամ բուժաշխատողին ընտրելու հնարավորություն չունեն: Համակարգը հիվանդներին կամ աշխատակազմին չի խրախուսում ծառայությունների օգտագործման կամ կատարելագործման համար: Առողջապահության մասնագետները դժվարին աշխատանքային պայմանների պատճառով հայտնվել են հուսահատական վիճակում: Առողջապահության համակարգի ղեկավարները, կազմակերպիչները և գլխավոր բժիշկները, ովքեր պատասխանատու են հիվանդանոցների ղեկավարման համար, զուրկ են ինքնավարությունից, չունեն ժամանակակից պայմաններում կառավարման հմտություններ, որոնք անհրաժեշտ են ծառայությունների որակն ու արդյունավետությունը բարձրացնելու համար: Բացի այդ, համակարգում

գոյություն ունի ֆինանսական միջոցների, հիմնական գործիքների և դեղորայքների, ինչպես նաև ախտորոշումների, բուժման և վարակազերծման նորագույն տեխնիկայի պակաս: Այս բոլոր գործոնները ազդում են ԼՂՀ-ում առողջապահական ծառայությունների բարձրորակ իրականացման վիճակի վրա:

3.3.1 Առողջապահության նախարարություն

ԼՂՀ Առողջապահության նախարարությունը (ԱՆ) առողջապահության ազգային քաղաքականությունը մշակող և համակարգող առաջնային մարմինն է (նկ. 4): ԱՆ պատասխանատու է առողջապահության ազգային քաղաքականության ձևավորման, այն առողջապահական լայն ծրագրերի վերածման, ինչպես նաև համապատասխան ռեսուրսների և հեղինակավոր մասնագետների հայտնաբերման և տեղաբաշխման համար:

ԱՆ գլխավոր ֆունկցիաները հետևյալներն են.

- Առողջապահության ազգային քաղականության ձևակերպումը, ներառյալ միջգերատեսչական համագործակցության ծրագրավորումը և ազգային առաջնային խնդիրների և գործողությունների սահմանումը:
- Առողջապահության ազգային պլանների և շրջանային ու տեղամասային պլանավորման ուղեցույցների մշակումը:
- Առողջապահության ազգային ռեսուրսների տեղաբաշխումը:
- Մոր և մանկան առողջության (ՄՄԱ) համընդհանուր ապահովումը, ներառյալ պատվաստումները և անտենաթալ խնամքը:
- Ազգային առողջապահական համակարգի արդյունավետության և հնարավորությունների գնահատումը և վերահսկումը:
- Դեղորայքների և գործիքների որակի վերահսկումը և բաշխումը:
- Դեղատների սեփականաշնորհման, որակի և արտոնագրման կարգավորումը:
- Առողջապահության աշխատակազմի ձևավորման կարգավորումը, ներառյալ կրթությունը, վերապատրաստումը և ինտերնատուրան:
- Ազգային մակարդակի առողջապահական կազմակերպությունների և գիտա-հետազոտական ինստիտուտների գործունեության վերահսկումը և համակարգումը:
- Կապերի հաստատումը այլ երկրների, միջազգային առողջապահական կազմակերպությունների և հումանիտար օգնություն ցուցաբերող կազմակերպությունների հետ:

Հումանիտար օգնություն

Լեռնային Ղարաբաղը, իր անկախացումից սկսած, մեծ քանակությամբ օգնություն չի ստացել: Ցուցաբերվող օգնությունը այս տարի փաստացիորեն նվազել է՝ որը պայմանավորված է ԼՂՀ-ում մի քանի կազմակերպությունների գործունեության ավարտման հետ: Շատ կազմակերպություններ ստիպված էին դադարեցնել իրենց գործունեությունը, ֆինանսավորման և իրենց

աշխատակիցների անվտանգության ապահովման հետ առնչվող դժվարությունների պատճառով:

Ոչ կառավարական կազմակերպությունները (ՈԿԿ), որոնք աշխատել կամ ներկայումս աշխատում են ԼՂՀ-ում, հետևյալներն են.

- Աշխարհի բժիշկներ
- “Արփեն” կենտրոն և Հայ առողջապահական միություն
- Բժիշկներ առանց սահմանի
- Բժշկական միջազգային շտապ օգնության միություն
- Եվրոպայում անվտանգության և համագործակցության կազմակերպություն
- Երեխաների ստոնատոլոգիական Կարագոյոյան կլինիկա
- “Էքվիլիբր”
- Հայ օգնության միություն
- Միջազգային կարմիր խաչի կոմիտե (Հայկական կարմիր խաչի հետ համտեղ)
- Միջազգային քրիստոնեական համերաշխություն
- “Վստահության լուսապսակ”

ԼՂՀ-ը ձգտում է կապեր հաստատել դոնոր կազմակերպությունների հետ՝ հանրապետության առջև ծառայած առողջապահական խնդիրները նրանց օգնությամբ վճռելու համար: Դոնոր կազմակերպությունները սկզբնապես կարող են օգնել ծրագրեր մշակելու գործում, որպեսզի առավելագույնս օգտագործվեն տեղական հնարավորությունները: Արդյունքում այդ համագործակցությունը կարող է դրվել ավելի հավասար հարթության վրա.

ԴԿ \Rightarrow ԼՂՀ ԴԿ \rightarrow ԼՂՀ ԴԿ \Leftrightarrow ԼՂՀ
ԴԿ = Դոնոր կազմակերպություն

3.4 Պրոբլեմների լուծման հիմնական խոչընդոտները

Ներկայումս առողջապահության համակարգի առջև կան բազմաթիվ խոչընդոտներ և արգելքներ, որոնցից շատերը համառոտ նշվեցին “Իրադրության վերլուծությունը” բաժնում: Տնտեսական և քաղաքական մթնոլորտը բժշկական խնամքի իրականացման համար ստեղծում է դժվարին իրավիճակ: Անհատների և ընտանիքների առջև կանգնած են սուր տնտեսական դժվարություններ, որոնք բացասաբար են ազդում բժշկական խնամքի և առողջապահական ծառայություններին դիմելու վրա: Շրջակա միջավայրի պրոբլեմները սրվել են, լուրջ սպառնալիք դառնալով հասարակության անվտանգության և առողջության համար: Հիմնական խոչընդոտներից են՝ առողջապահական ծառայությունների իրենց սպառած և ոչ արդյունավետ համակարգը, կախվածությունը սուղ հասարակական ֆոնդերից, պատերազմի հետևանքները և կրակի դադարեցման անկայուն, հակասական վիճակը:

Առողջապահության համակարգը ամբողջովին խարսխված է ազգային սահմանափակ ռեսուրսների վրա: Եվ որպես հետևանք գոյություն ունի ֆինանսների անբավարարություն և դեղորայքի, բժշկական գործիքների ու

սարքավորումների, առողջապահական շենքերի պակաս: Ծառայությունների կատարման շարունակման համար կարևոր գործոն էր հանդիսանում միջազգային օգնությունը: Սակայն, այս մոտեցումը երկար ժամանակ չի կարող գոյություն ունենալ:

Բացի այդ, չկա առողջապահական տվյալների հուսալի վիճակագրություն և տեղեկատվություն: Առողջապահության համակարգի պրոբլեմներից շատերը բացահայտվել են բնակչության ընտրովի, ոչ-ներկայացուցչական խավերի, այսինքն, մայրաքաղաքի և պետական հիմնարկություններում աշխատող անհատների միջոցով: Հավաքված տվյալների մեծ մասը չեն վերլուծվել է, և չեն մեկնաբանվել: Բացի այդ, չի կատարվել որևէ որակական հետազոտություն:

4. 1997 - 2000թթ. Առողջապահության ազգային պլանի նպատակներն ու խնդիրները

Նպատակները

ԱՆ-ը որոշել է, որ առողջապահության համակարգի նպատակները պետք է լինեն առողջության պահպանման խրախուսումը և հիվանդությունների կանխարգելումը, առողջապահական ծառայությունների իրականացման արդյունավետության կատարելագործումը և առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուրների բազմազան դարձնելը, դրանով իսկ պակասեցնելով կախվածությունը ազգային բյուջեից: Նախարարությունը ուշադրությունը կկենտրոնացնի ծառայությունների որակի և ռեսուրսների բաշխման արդարացիության և արդյունավետության վրա:

Այս նպատակներին հասնելու համար ԱՆ-ը գտնում է, որ նշված խնդիրների իրականացման համար պետք է բարձրացնել անհատների, ընտանիքների և համայնքների առողջապահական իրազեկությունը:

Առողջապահության ազգային պլանի հաջողությունը պահանջում է հետևյալը.

- քաղաքական կայունություն
- բավարար ռեսուրսներ
- համայնքների համախմբում
- բժշկական և հարբժշկական մասնագետների ներգրավում և ուսուցանում
- ինչպես կենտրոնական, այնպես էլ ծայրամասային մակարդակներում պետական և ոչ պետական կազմակերպությունների համախմբված աշխատանք
- առողջապահական տեղեկատվական համակարգ
- հեռանկարային գնահատումներ և հետազոտություններ

Խնդիրները

Սխեմատիկ մակարդակի խնդիրները

- 1) Մշակել ստրատեգիաներ առողջապահական համակարգի ապակենտրոնացումը դյուրին դարձնելու համար: Կրճատել կենտրոնացված պլանավորումը, ղեկավարումը և բյուջետային ֆինանսավորումը, ավելի շատ հնարավորություններ ընձեռնելով տեղամասերին:
- 2) Ստեղծել Առողջության առաջնային պահպանման շրջանային կոնսորցիումներ (ԱԱՊՇԿ), որոնք կծառայեն որպես շրջանակ և մեխանիզմ առողջապահական խնամքի իրականացման ապակենտրոնացման համար:
- 3) Ապահովել ռեսուրսների արդարացի բաշխում և արդյունավետ օգագործում առողջապահական ծառայությունների համար, համայնքների մասնակցության և շրջանների մակարդակով պլանավորում կատարելու միջոցով:
- 4) Մշակել ինտեգրացնող պլանավորում, առողջապահության համակարգի բոլոր օղակների հետ ավելի սերտ կապեր հաստատելու համար:

Օգտագործել և կատարելագործել գոյություն ունեցող կառուցվածքները և ռեսուրսները:

- 5) Քաջարելել միջգերատեսչական համագործակցությունը առողջապահության պլանավորման և կիրառման գործում:
- 6) Դյուրին դարձնել համայնքների ներգրավումը և խրախուսել առանձին անձանց և համայնքների ակտիվ մասնակցությունը առողջապահական ծրագրերի իրականացմանը:

Ծրագրային մակարդակի խնդիրներ

I. Առողջության պահպանման խրախուսում և հիվանդությունների կանխարգելում

- 1) Շեշտը դնել առողջության պահպանման խրախուսման և հիվանդությունների կանխարգելման վրա, դրանով իսկ նվազեցնելով հիմնական առողջապահական պրոբլեմների տարածվածությունը:
- 2) Ուժեղացնել առողջապահական կրթական ծրագրերը ազգային և տեղական մակարդակներում:
- 3) Ապահովել բուժանձնակազմի համապատասխան վերապատրաստում՝ հիվանդների և համայնքների խորհրդատվության ուղղությամբ:
- 4) Բարձրացնել համայնքների ներգրավումը առողջության պահպանման խրախուսման և հիվանդությունների կանխարգելման գործում:

II. Բուժանձնակազմի ստեղծում

- 1) Ճշտել բոլոր մակարդակների բուժանձնակազմի վերապատրաստման պահանջները:
- 2) Ապահովել համապատասխան ձևով պատրաստված բուժաշխատողների բավարար քանակություն, առողջապահության համակարգի մատակարարումների և կազմակերպչական պահանջները բավարարելու համար:
- 3) Բարձրացնել ֆելդշերների պատասխանատվությունը և կատարելագործել նրանց ուսուցանման ծրագրերը:
- 4) Ներմուծել “Որակի ապահովման” մեթոդներ, ապահովելու համար բարձրորակ ծառայությունների իրականացումը և հիվանդների բավարարվածությունը:
- 5) Բարձրացնել բուժաշխատողների կազմակերպական և վերահսկողական հմտությունները:

III. Բժշկական միջոցներ և կառուցվածքներ

- 1) Ապահովել հիմնական դեղերի առկայությունը առողջապահության ամբողջ համակարգում:
- 2) Ապահովել բուժմիջոցների համապատասխան և արագ բաշխում:

IV. Առողջապահության տեղեկատվական համակարգ

- 1) Ներդնել առողջապահական տեղեկատվական համակարգ, որը կընդգրկի անհրաժեշտ տվյալների հիմնական բազան, վերահսկելու համար

հիվանդությունների բնույթը և ծառայությունների օգտագործման միտումները:

- 2) Ապահովել առողջապահական տվյալների մատչելիությունը և օգտագործումը առողջապահության պլանավորման համար:
- 3) Անցկացնել ԱՆ աշխատակիցների վերապատրաստում և նրանց ցույց տալ տեխնիկական օգնություն, որպեսզի նրանք նպաստեն առողջապահության տվյալների բազայի ստեղծմանը և օգտագործեն հավաքված տեղեկությունները առողջապահության համակարգի արդյունավետ կառավարման համար:
- 4) Դյուրին դարձնել տեղական կարիքների վերաբերյալ տվյալների հավաքումն ու վերլուծությունը:

V. Չաղորդակցությունը և տրանսպորտը

- 1) Առողջապահական կենտրոնները պահովել հաղորդակցության համապատասխան միջոցներով, նրանց տրամադրելով պատճենահանող սարքավորումներ, ֆաքս և հեռախոսներ:
- 2) Ստեղծել շտապ օգնության հիմնական տրանսպորտ և շտապ օգնության կանչի համակարգ:

Նախագծի մակարդակի խնդիրները

I. Սոր և մանկան առողջություն

A) Պատվաստումներ

- 1) Ապահովել պատվաստների, սարքավորումների և սառնարանների առկայությունն ու մատչելիությունը առողջապահության համակարգում:
- 2) Առողջապահության համակարգը ապահովել վերապատրաստում ստացած կադրերով, որոնք կանոնավորապես կկատարեն երեխաների պատվաստումների կարիքները, կկատարեն պատվաստումները և համապատասխան ձևով կգրանցեն անհրաժեշտ ինֆորմացիան:
- 3) Ավելացնել մինչև 5 տարեկան երեխաների լրիվ պատվաստումների ծավալը, հետևելով ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի և Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության գրաֆիկին:

B) Անտենաթալ խնամք

- 1) Կատարելագործել հղի կանանց անտենաթալ խնամքի մակարդակը և իրականացումը:
- 2) Առողջապահության համակարգը ապահովել վերապատրաստված կադրերով, որոնք կանոնավորապես կկատարեն հղի կանանց խնամքի չափակարգված գրաֆիկը և փաթեթը:
- 3) Ապահովել բուժմիջոցներով և մատակարարման համակարգով կանոնավոր լաբորատոր ախտորոշումների համար:
- 4) Ապահովել առողջապահության համակարգի աշխատակազմի համապատասխան վերապատրաստումը, որպեսզի նրանք պատրաստ լինեն հղի կանանց և նրանց ընտանիքների անդամների

հետ համապատասխան կոնսուլտացիաների անցկացմանը՝ հղիության, ծննդաբերության և երեխային կրծքով կերակրման անհրաժեշտության շուրջ:

C) Կրծքով կերակրում

- 1) Քաջալերել երեխային կրծքով կերակրումը առողջապահական լուսավորության և գովազդի միջոցով:
- 2) Առողջապահության համակարգը ապահովել վերապատրաստված կադրերով, որոնք կրծքով կերակրման պրոպագանդայի համար ապահովված կլինեն համապատասխան ցուցադրական նյութերով և տեղեկատվությամբ:
- 3) Իջեցնել առողջապահության համակարգի միջոցով բաշխվող արհեստական կերերի քանակությունը: Ապահովել երեխաների քաշի հետևողական վերահսկում, որոշելու համար լրացուցիչ կերի անհրաժեշտությունը:

D) Շնչառական ուղիների սուր հիվանդություններ (ՍՇՀ)/ Փորլուծություն

- 1) Իջեցնել ՇՍՀ/փորլուծության տարածվածությունը հիվանդության վերահսկման, կանխարգելման և արդյունավետ բուժման միջոցով:
- 2) Ապահովել ՇՍՀ-ի և փորլուծության համար անհրաժեշտ դեղամիջոցների առկայություն և մատչելիությունը առողջապահության համակարգի միջոցով:
- 3) Առողջապահության համակարգը ապահովել վերապատրաստված կադրերով, որոնք կանոնավոր կկազմեն ՇՍՀ/փորլուծության սխեմաներ, կզննահատեն երեխաների վիճակը և անհրաժեշտության դեպքում կիրականացնեն արագ բուժում:
- 4) Փորլուծության բուժման համար ռեհիդրոնի օգտագործման և օժանդակ բուժման այլ ձևերի կիրառման գործում տնային տնտեսուհիների իրազեկությունը բարձրացնելու համար ուժեղացնել համայնքների առողջապահական գործունեությունը:
- 5) ՇՍՀ-ի դեպքերը կրճատելու նպատակով տնային տնտեսուհիներին ծանոթացնել կանխարգելիչ մեթոդներին:

II. Տուբերկուլոզ

- 1) Իջեցնել երեխաների և մեծահասակների շրջանում տուբերկուլոզի տարածվածությունը, հիվանդության փոխանցումը կանխելու, հիվանդության վերահսկման, դեպքերի ակտիվ հայտնաբերման և կատարելագործված վերահսկման միջոցով:
- 2) Ապահովել անհրաժեշտ դեղորայքի առկայությունը և մատչելիությունը տուբերկուլոզի բուժման համար, առողջապահության համակարգի միջոցով:
- 3) Առողջապահության համակարգը ապահովել վերապատրաստված կադրերով՝ հիվանդության դեպքերի ավելի լավ հայտնաբերման, հիվանդների վիճակի կանոնավոր զննահատման և դեպքերի ակտիվ վերահսկման համար:

- 4) Ստեղծել լաբորատոր ծառայություն *Mycobacterium* շտամի մշտական ստուգումների և կայունության վերահսկման համար:
- 5) Տուբերկուլոզի մասին բնակչության իրազեկությունը բարձրացնելու և բուժվելու համար հիվանդների համաձայնությունը ստանալու գործին ներգրավել նաև համայնքների ուժերն ու հնարավորությունները:

III. Ընտանիքի պլանավորում

- 1) Մեծացնել ընտանիքի պլանավորման մեթոդների առկայությունը և օգտագործումը:
- 2) Մեծացնել առողջության պահպանման խրախուսման, կրթության և ռեկլամի դերը ընտանիքի պլանավորման գործում:
- 3) Հանրապետությունում ապահովել ժամանակակից հակաբեղմնավորիչ մեթոդների ընտրության հնարավորություն:

IV. Այլ վարակիչ հիվանդություններ

- 1) Իջեցնել այլ վարակիչ հիվանդությունների տարածվածությունը հիվանդության վերահսկման, դեպքերի ակտիվ հայտնաբերման և կատարելագործված վերահսկման միջոցով:
- 2) Կատարելագործել վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելիչ մեթոդները:

V. Քրոնիկ հիվանդներ և ծերեր

- 1) Կիրառել ընդլայնված կանխարգելիչ ծրագիր, որը ուշադրություն կդարձնի քրոնիկ հիվանդությունների համար վտանգներ կայացնող այնպիսի գործոնների վրա, ինչպիսիք են ծխելը և ալկոհոլի օգտագործումը:
- 2) Քրոնիկ հիվանդների և ծերերի, նրանց անաշխատունակությունը նվազեցնելու համար կատարելագործել վերականգնողական ծառայությունները:
- 3) Տարեց մարդկանց խնամքի բարելավման համար կիրառել նաև այլ միջոցներ (օրինակ, խնամքը տներում և համայնքի ներգրավում):

VI. Վնասվածքներ

- 1) Կանխարգելիչ միջոցառումների շնորհիվ կրճատել վնասվածքների տարածվածությունը (օրինակ, առողջապահական լուսավորության և ականների վնասների մասին լայն իրազեկության միջոցով):
- 2) Մտցնել կառուցվածքային փոփոխություններ դպրոցներում և աշխատանքի վայրերում, վնասվածքների դեպքերի թիվը կրճատելու համար:

- 3) Անաշխատունակությունը նվազեցնելու նպատակով կատարելագործել վերականգնողական ծառայությունները այն հաստատ համոզմամբ, որ վնասվածքներ ստացած անձանց մի զգալի մասը կարող են վերադառնալ աշխատանքային գործունեության:

5. Առողջապահական համակարգի զարգացումը. սխեմատիկ պլանավորում

Շատ պետությունների օրինակով, (ներառյալ Հայաստանը), ԼՂՀ-ն նույնպես, որպես իր առողջապահական ազգային ծառայությունների հիմք ընտրել է Առողջապահության առաջնային պահպանման (ԱՄՊ) ծրագիրը (նկ.5): Ինչպես նշվել է Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) կողմից, ԱՄՊ-ն ազգային առողջապահական համակարգի հետ բնակչության շփման առաջին օղակն է, որը բժշկական ծառայությունները հնարավորին չափ մոտեցնում է անհատին: 1978թ. Ալմա-Աթայում կայացած գագաթաժողովը շեշտեց, որ “առողջություն բոլորի համար” նպատակին հասնելու ուղին առողջապահության կազմակերպման նոր մեթոդների ներդրումն է: Որոշումը բաղկացած էր երեք գլխավոր առաջարկություններից. 1) համայնքի մասնակցություն առողջապահական ծրագրերի իրականացմանը, 2) առողջության առաջնային պահպանության ապակենտրոնացում՝ ինքնավարություն, արդարացիության և մարդկանց ընտրության հնարավորություն տալու միջոցով, և 3) միջգերատեսչական համագործակցություն, որտեղ զարգացման բոլոր գործոնները ինտեգրացված են: Այս սկզբունքները, ԱՆ ուղեցույցների հետ զուգահեռ, կարծում ենք անհրաժեշտ են ԼՂՀ-ում համապատասխան ծրագրավորում իրականացնելու համար: Առողջապահության ազգային պլանը կառաջնորդվի *Առողջություն բոլորի համար* ստրատեգիական սկզբունքով և Ալմա-Աթայի համաձայնագրի պահանջներով:

5.1 Առողջության առաջնային պահպանում

Առողջության առաջնային պահպանումը սահմանվում է որպես ծառայությունների համակարգ, որը ընդգրկում է առողջության պահպանման հարցերի ուսուցանումը, մաքուր և անվտանգ խմելու ջրով մատակարարումը, ապահովվածությունը առողջ սննդով, տարրական հիգիենան, պատվաստումները տեղական ինֆեկցիոն հիվանդությունների դեմ, հիվանդությունների նախնական բուժումը, ապահովվածությունը անհրաժեշտ դեղամիջոցներով, հոգեբանական կոնսուլտացիան, և այլ կանխարգելիչ բժշկական միջոցառումներ: Բացի այդ, ԱՄՊ-ն պետք է ներառի համայնքի զարգացման հարցերը, խրախուսի բժշկին ինքնուրույնաբար դիմելու վարքագիծը, լինի սոցիալապես ընդունելի և՛ հիվանդների, և՛ ոչ-հիվանդների համար, լինի ընտանիքի առանձնահատկությունների հիմքի վրա հիմնված, ընդունելի լինի թե՛ աշխարհագրական, և թե՛ տնտեսական ասպեկտով, ֆունկցիոնալ առումով ինտեգրացված լինի այլ համայնքների գործողությունների հետ, ունենա տեղական պայմանների համար ճիշտ ընտրված տեխնոլոգիաներ և օպտիմալ արժեք, ինչպես նաև հաշվի առնի բարձր ռիսկի և անապահով խմբերի կարիքները: Ծառայությունների կատարումը պետք է ուղղված լինի հիվանդությունների վտանգի նվազեցմանը և հնարավոր

կանխարգելմանը: Մակրո մակարդակի պլանավորման և կառուցվածքային բարեփոխումների հետ միասին անհրաժեշտ է ԼՂՀ համար ստեղծել առողջության առաջնային պահպանում, որը առողջապահության կապող օղակն է *միկրո* մակարդակում:

5.1.1 Ինտեգրացված ծրագրավորում

ԱՆ-ը կարևոր է համարում ուղղահայաց և հորիզոնական ծրագրավորումների միջև հավասարակշռության ստեղծումը: Ավելին, ԱՆ գտնում է, որ ԱԱՊ իսկապես լավ հիմք է բազմամակարդակ համագործակցության հաստատման համար: Կյանքը պետք է դիտվի որպես ինտեգրացված ամբողջություն, իսկ առողջությունը՝ որպես ֆիզիկական, սոցիալ-մշակութային, քաղաքական և տնտեսական համակարգերի փոխգործություն: Առողջապահության համակարգի ցանկացած կատարելագործում չի իրականացվի, եթե հաշվի չեն առնված զարգացման բոլոր ասպեկտները:

Ինչպես նշված է Ալմա-Աթայի հայտարարագրում, առողջությունը ոչ միայն հիվանդության բացակայություն է, այլ նախ և առաջ ֆիզիկական, հոգեկան կացության և սոցիալական բարեկեցության ամբողջություն: Հետևաբար, բոլորի լավ առողջությունն ապահովելու համար, գոյություն ունեցող առողջապահական պրոբլեմները լուծելը դեռևս բավարար չէ: ԱՆ-ը բոլոր հնարավորությունները կօգտագործի այլ նախարարությունների հետ համագործակցելու համար, ավելի մեծ սոցիալական ինֆրակառուցվածք ստեղծելու համար, որպեսզի ԼՂՀ բնակչությունը կարողանա ապրել և աշխատել առողջ միջավայրում: Այս խնդիրը իրականացնելու համար, անհրաժեշտ է փոխադարձ երկխոսություն և ինտեգրացված պլանավորում: ԱՆ կանոնավոր համագործակցություն կհաստատի այլ նախարարությունների՝ օրինակ, Սոցիալական ապահովության և Կրթության նախարարությունների հետ, համոզված լինելով, որ զարգացմանն ուղղված համատեղ ջանքերը զգալի օգուտ կարող են տալ համագործակցող բոլոր կողմերին:

Կարևոր է մշակել մի քաղաքականություն, որը իր հիմքում խրախուսում է լավ առողջությունը: Սա կարող է իրականացվել առողջության համար վտանգավոր այնպիսի ապրանքների սպառման մասին օրենքներ ընդունելով, ինչպիսին ասենք ծխախոտն է, կամ ալկոհոլը: Հասարակական առողջության պահպանմանն ուղղված քաղաքականությունը կօգնի նաև մարդկանց ապրելու համար ավելի լավ միջավայրի ստեղծմանը: ԱՆ գտնում է, որ այս նպատակին հասնելու համար անհրաժեշտ են միջգերատեսչական կապեր: Հարկ կլինի աշխատել այլ նախարարությունների հետ, կատարելագործելու հիմնական կառուցվածքը, դյուրին դարձնելու կարևոր առողջապահական

տեղեկատվության տարածումը, և ծրագրերի համակարգումը: Անհրաժեշտ է, որ կառուցվածքային զարգացման ծրագրերը իրականացվեն առողջապահական ծրագրերի հետ միաժամանակ, քանի որ մի բաժինը առանց մյուսի օպտիմալ գործել չի կարող:

Չնայած օգտակար արդյունքների կարելի է հասնել նաև միմիայն մեկ պրոբլեմի վրա կենտրոնանալով, մասնագիտացված կառուցվածքների և ռեսուրսների ուղղահայաց մեկուսացմամբ, սակայն այդ դեպքում արդյունքը աշխարհագրականորեն սահմանափակ կլինի և չի ապահովի անհրաժեշտ արդարացիությունը: Երկարատև ժամանակաշրջանի համար այս տիպի ծրագիրը շատ ռեսուրսներ են պահանջում և, հետևաբար, ներկա պայմաններում այն անհնարին է իրականացնել: Այսինքն, ուղղահայաց ծրագրավորումը կարող է հանգեցնել ջանքերի մասնատման, սահմանափակ ռեսուրսների փոշիացման, և բնակչությանն ու բուժաշխատողներին աղավաղված պատկերացում կարող է տալ բնակչության առողջապահական կարիքների և վիճակի մասին: Այս է պատճառը, որ ԱՆ կողմ է առողջապահության ծրագրավորման ինտեգրացված մոտեցմանը:

5.1.2 Համայնքի մասնակցությունը

Համայնքի մասնակցությունը, ինչպես նաև տեղական հնարավորությունների օգտագործումը Առողջապահության ազգային ծրագրում հաջողության հասնելու անհրաժեշտ բաղադրամասերն են: Առողջապահության համակարգի բարեփոխման հաջող ընթացքը պահանջում է ոչ միայն կառավարչական աշխատակազմ և ֆինանսական օժանդակություն, այլև կամավորների և համայնքի ակտիվ անդամների ներգրավում և, ի վերջո՝ ամբողջ հասարակության ամենօրյա մասնակցությունը և օգնությունը: Քանի որ ԼՂՀ-ում տնտեսությունը կայուն չէ և գիտության ու տեխնոլոգիաների մակարդակը ներկայումս ցածր է, բժշկին ինքնուրույնաբար դիմելը այն հիմնական միջոցն է, որը կարող է լուծել համայնքի առջև ծառայած պրոբլեմները: Այդ հիմնահարցերի լուծման բանալին առողջության և կյանքի որակի բարելավման համար բնակչության սեփական ջանքերի մոբիլիզացումն է:

Առողջության ամրապնդման և առողջապահության զարգացման ուղղությամբ ավելի արդյունավետ գործելու համար համայնքի ուժերի մոբիլիզացիան կապող օղակ կարող է ծառայել “Առողջությունը բոլորի համար” սկզբունքին: Անցյալում շատ բան է արվել ավելի շուտ համայնքների *համար*, քան համայնքների *հետ*, և առողջապահական միջոցառումները ձեռնարկվում էին

համայնքից դուրս կանգնած մարդկանց կողմից: Դրանք հաճախ չէին համապատասխանում համայնքի առողջապահական պահանջներին և, հետևաբար, հաջողություն ունենալ չէին կարող: Որքան ավելի շատ մարդիկ են ներգրավված առողջապահության ծառայությունների պլանավորման գործում, այնքան ավելի մեծ է այդ ծառայություններից օգտվելու հավանականությունը: Առողջապահական պլանը բոլոր մակարդակներում, կքաջալերի համայնքի ներգրավումը ինչպես պլանավորման, այնպես էլ իրականացման գործում:

5.1.3 Ապակենտրոնացում

Փիլիսոփայական և գաղափարախոսական մակարդակում ապակենտրոնացումը կարևոր հասկացություն է, որը հնարավորություններ է ստեղծում առողջապահության զարգացման գործին համայնքի մասնակցության ապահովման և բժշկին ինքնուրույնաբար դիմելու սովորույթի ձևավորման համար: Բացի այդ, այն հաշվի է առնում քաղաքացիների հանդեպ ԱՆ և առողջապահական համակարգի պարտականությունները: Ծրագրավորման մակարդակում այն միջոց է զարգացման տեղական հիմնահարցերը հասկանալու և համապատասխան լուծումներ գտնելու համար: Տեղական կազմակերպչական հարցերի նկատմամբ կենտրոնացված վերահսկողության նվազեցումը կարող է բարելավել առողջապահական ծրագրերի իրականացումը: Օրինակ, հեռավորության, հաղորդակցության ուղիների բացակայության և ռեսուրսների սղության պատճառով առողջապահական տեղական պրոբլեմները անարձագանք թողնելը կարող են հաղթահարվել շրջանային պլանավորման դեպքում:

Նախկին խորհրդային հանրապետություններից շատերը, ներառյալ Հայաստանը, այժմ ձեռնարկել են լայնամասշտաբ անցում դեպի ապակենտրոնացում: Հայաստանի առողջապահության ազգային ծրագիրը ապակենտրոնացումը դիտում է որպես առողջապահության պլանավորման հիմնական անհրաժեշտություն: Նախկին խորհրդային հանրապետություններում առողջապահության պլանավորումը և բյուջետավորումը իրականացվում էր կենտրոնացված, վերևից՝ ներքև հստակ սկզբունքով: Այժմ հաստատված է, որ կենտրոնական պլանավորումը, բյուջետավորումը և վերահսկողությունը կարող են պարզապես շփման եզրեր չունենալ տեղական իրականության հետ: Վարչական շրջաններին այժմ հնարավորություն է տրված ինքնուրույնաբար կատարելու պլանավորումը, կառավարումը, վերահսկումը, գնահատումը և բյուջետավորումը: Ապակենտրոնացման սկզբունքը որդեգրված է

նաև ԼՂՀ կողմից, որը պլանավորել է ներդնել Առողջության առաջնային պահպանման շրջանային կոնսորցիումներ (ԱԱՊՇԿ)ԼՂՀ-ում: ԱԱՊՇԿ-ը կլինեն առողջապահության համակարգի ապակենտրոնացման շրջանակը և մեխանիզմը: Այս համակարգը հնարավորություն կտա տեղական համայնքներին ավելի լայն մասնակցություն ունենալ ազգբնակչության բուժսպասարկման կառավարման գործին, որն էլ իր հերթին կտանի դեպի ավելի համապատասխան առողջապահական ծրագրերի ստեղծումը, որոնք ուղղված կլինեն տեղական առողջապահական կարիքների ու պրոբլեմների լուծմանը:

Սակայն արագ ապակենտրոնացումը կարող է ստեղծել անկայունություն և հետևապես անցումային այլ գործընթացների պես պետք է ամենայն բժախնդրությամբ բաժանվի փուլերի: Այս գաղափարի կիրառումը երկար պրոցես է, որը պահանջում է քաղաքական և համայնքային երկարատև պարտավորություններ: ԱՆ-ը պետք է շեշտը դնի շրջանային և ծայրամասային առողջապահական կառուցվածքների և կազմակերպությունների ուժեղացման, առողջապահության աշխատակազմի հիմնական կորիզի ստեղծման վրա և մշտապես պարզաբանի բոլոր մասնակիցների դերերը և պարտականությունները: Բացի այդ, կբարձրացվի առողջապահության ազգային և շրջանային պլանավորման արդյունավետությունը:

5.2 Առողջության առաջնային պահպանման շրջանային կոնսորցիում

ԱՆ նախատեսում է հաստատել ԱԱՊՇԿ, որպեսզի ավելի լավ իրականացնի քաղաքացիների առողջապահական սպասարկումը: ԱԱՊՇԿ պատասխանատու կլինի բնակչության առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների ապահովման և ֆինանսավորման համար: Երկրորդային և երրորդային բուժումը կապահովվի պետության կողմից: Երբ կոնսորցիումները կունենան բավականաչափ ֆինանսներ, նրանք աստիճանաբար կառաջարկեն երկրորդային և երրորդային բուժումներ:

Բոլոր ԱԱՊՇԿ պարտավորված կլինեն ապահովելու նվազագույն առողջապահական ծառայություններ: Այնուհետև կավելացվեն լրացուցիչ ծրագրեր, որպեսզի ապահովվի ճկունություն՝ ըստ տեղական կարիքների: Կոնսորցիումի միջոցով տեղական ղեկավարները կարող են հանդես գալ սեփական նախաձեռնություններով, օրինակ, աշխատակազմի կազմակերպումը, նոր շենքերի և սարքավորումների ձեռքբերումը, կամ գոյություն ունեցող ռեսուրսների վերաբաշխումը: ԱԱՊՇԿ կարող են ավելի լավ իրականացնել ծրագիրը հիմք ունենալով տարածքի իրական կարիքները, և առավել արդյունավետ օգտագործելով գոյություն ունեցող տեղական ռեսուրսները:

5.2.1 Ծայրամասային ինքնավարություն և միկրոպլանավորում

Ինչպես քննարկվեց վերևում, ապակենտրոնացումը երկարատև պրոցես է, որը պահանջում է աստիճանական պլանավորում: Այդ սկզբունքի ընդունման և իրականացման ցանկությունը կոնսորցիումը պետք է հարմարեցնի խնդիրը կատարելու շրջանի վարչական հնարավորության հետ: Անպարզ գիտակցում է, որ դա մի միջանկյալ շրջան է, որը տանում է դեպի լրիվ ծայրամասային կառավարման և շրջանային վարչական ինքնավարության:

Բացի այդ, Առողջապահության ազգային պլանը, միկրոպլանների մշակման միջոցով, պետք է հարմարեցվի շրջանային և աշխարհագրական առանձնահատուկ կարիքներին: Այդպիսի միկրոպլանավորումը կերաշխավորի, որ առողջապահական ծառայությունները համապատասխանում են համայնքի առանձնահատուկ պահանջներին:

Ծայրամասային ինքնավարությունը և միկրոպլանավորումը թույլ կտան.

- մշակել համապատասխան ծրագրեր համայնքի կարիքները և առաջնահերթությունը բացահայտելու համար
- արդարացի բաշխել բժշկական ծառայությունները բնակչության շրջանում
- վերահսկել և գնահատել առողջապահության ազգային և տեղական ծրագրերը
- խմբավորել և օգտագործել տեղական նոր և առկա ռեսուրսները

6. Ծրագրի մակարդակ. 1997-2000 թթ ժամանակաշրջանի առաջնահերթ և գլխավոր հարցերը

Ներկայիս ֆինանսական սահմանափակ հնարավորությունների պայմաններում ԱՆ կկենտրոնանա առողջապահական ծառայությունների իրականացման ռեֆորմի երեք հիմնական խնդիրների վրա.

- բարձրացնել գոյություն ունեցող առողջապահական համակարգի արդյունավետությունը և որակը
- ուժեղացնել ստրատեգիական պլանավորումը և ծառայությունների կառավարումը
- քաջալերել առողջապահական համակարգի զարգացմանը և հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված համայնքի ջանքերը:

Այս խնդիրները կկատարվեն հետևյալ ծրագրերի կիրառման միջոցով. 1) առաջնություն տալ առողջության պահպանման խրախուսմանը և

հիվանդությունների կանխարգելմանը, 2) ստեղծել առողջապահության աշխատակազմ, 3) ստեղծել առողջապահության օպերատիվ և դինամիկ տեղեկատվական համակարգ, 4) կոորդինացնել բժշկական միջոցների, տեխնոլոգիական ստանդարտների և բաշխման համակարգը, 5) կատարելագործել և պահպանել գոյություն ունեցող կառուցվածքները, և 6) մեծացնել հաղորդակցության և տրանսպորտային միջոցների հնարավորությունները (նկ. 6):

Այլընտրանքային նախագծերի գնահատման շրջանակ.

ԼՂՀ-ում գոյություն ունեն բազմաթիվ առողջապահական պրոբլեմներ, սակայն ԱՆ պետք է կենտրոնանա առաջնահերթ բարեփոխում պահանջող խնդիրների վրա: Առաջնահերթության սահմանումը պրոցեսը առողջապահության ծառայությունների բարեփոխումների համար պետք է հիմնված լինի գոյություն ունեցող պայմանների վերաբերյալ առկա ինֆորմացիայի վրա: Այն դեպքում, երբ այլընտրանքային ծրագրերի գնահատումը թերի է տվյալների սահմանափակության, ֆինանսական միջոցների սղության և ժամանակի քչության պատճառով, կատարված նախնական վերլուծությունը ընդհանուր ծրագրային և նախագծային մակարդակներում պարզորոշ ցույց է տալիս չբավարարված կարիքները և առաջնահերթ պահանջները: Առողջապահության բարեփոխումները կուղղվեն պատերազմի հետևանքների վերացմանը և անկախության կայացման ընթացքում ծնունդ առած հասարակական առողջապահության յուրահատուկ պրոբլեմների, ինչպես նաև արագ փոփոխվող սոցիալ-տնտեսական պայմանների հաղթահարմանը: Վերակառուցման նպատակն է պահպանել առկա նվաճումները և ճկուն փոփոխություններ իրականացնելու միջոցով պաշտպանել կարիքավոր բնակչության առողջապահական շահերը:

Այն արդյունավետ ծրագրերը, որոնք ուղղված կլինեն բնակչության բուժսպասարկման կարիքների բացահայտմանը, պետք է գնահատվեն ԼՂՀ ներկա իրավիճակի լույսի տակ: Համապատասխան ծրագրեր ընտրելու համար կօգտագործվեն գնահատման հետևյալ չափանիշները.

- Առողջապահական ծառայությունները և ծրագրերը պետք է հենվեն համայնքի աջակցության վրա: Համայնքի մասնակցությունը ինտեգրալ է այն ծառայությունների հաստատման համար, որոնք առավել անհրաժեշտ են:
- Բոլոր ծրագրերը պետք է համապատասխանեն սխեմատիկ մակարդակում առաջադրված չափանիշին: Ծրագրերը պետք է լինեն ինտեգրացված և ապակենտրոնացված:
- Առողջապահության ծառայությունները և ծրագրերը պետք է լինեն ճկուն և դինամիկ: Համակարգը պետք է ընդունակ լինի արագ արձագանքելու բնակչության տարբեր շերտերում կատարվող փոփոխություններին և նոր անհետաձգելի պահանջներին: Այն պետք է ընդունակ լինի նաև բացահայտել պատահական կարիքները, ինչպես նաև շարունակել ամենօրյա խնամքը: Ծրագրերը պետք է լինեն շրջաններին հարմարեցված, որպեսզի բավարարեն տեղական պահանջները:

- Պետք է առաջարկվի առողջապահական ծառայությունների լայն տեսականի, որը կբավարարի առողջապահական կարիքների ամբողջ ծավալը՝ կանխարգելումից սկսած մինչև բուժական և վերականգնող սպասարկումը:
- Առողջապահական ծառայությունները գոյություն ունեցող կառուցվածքների և ռեսուրսների ներսում պետք է լինեն հնարավորին չափ ինտեգրացված: Կենսական անհրաժեշտություն է գոյություն ունեցող համակարգի գործունեության համար պայմանների ստեղծումը, որով նկատելիորեն կնվազեցվի նրա կախվածությունը արտաքին օգնությունից:

6.1 Առողջության պահպանման խրախուսում և հիվանդությունների կանխարգելում

1988թ. սկսած կանխարգելիչ ծառայությունները կամաց-կամաց իրենց դիրքերը զիջեցին առողջապահական խնամքի առավել բուժական համակարգերին: Ներկայումս գործում են համայնքի առողջապահական կրթական շատ քիչ ծրագրեր: Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ նոր սկսված կանխարգելիչ ծրագրերը, օրինակ, պատվաստումները և անտենաթալ խնամքը, գործում են և հաջող: Առողջության պահպանման խրախուսումը և հիվանդությունների կանխարգելումը համեմատաբար էժան մեթոդներ են, որոնք բերում են վարքի օգտակար փոփոխությունների և, հետևաբար, առաջնահերթ են ԱՆ համար:

Նախագծված ծրագիրը.

Առողջության պահպանման խրախուսումը և կանխարգելիչ ծառայությունները խիստ առաջնահերթ դիրք կգրավեն ԱՆ ծրագրերում: Բոլոր առողջապահական ծրագրերը և նախագծերը ԼՂՀ-ում կմիավորեն առողջության պահպանման խրախուսման բաղադրիչը: Առողջության պահպանման խրախուսումը կիրականացվի անհատական, համայնքային և առողջապահական կառուցվածքների մակարդակներում: Լրատվության միջոցների, համայնքների և առողջապահական կառուցվածքների վրա հիմնված գործունեությունները ինտեգրացնելու համար կօգտագործվեն բազմակողմանի մոտեցումներ, որոնք օգտակար փոփոխություններ կառաջացնեն մարդկանց վարքագծում՝ ձևավորելով առողջ կենսակերպ:

Առողջապահական համակարգում կմեծացվի առողջության պահպանման խրախուսման և հիվանդությունների կանխարգելման ծրագրերի ծավալը: ԱՆ կկատարելագործի կանխարգելիչ ծառայությունների մատչելիությունը և հուսալիությունը, ներառյալ պատվաստումները և անտենաթալ խնամքը: Առողջապահական կառուցվածքները ակտիվ դեր կունենան տեղեկություններ հաղորդելու և խորհրդատվության գործում: Այս խնդիրները կիրագործվեն հետևյալ միջոցառումների իրականացման միջոցով. 1) սանիտարա-

համաճարակաբանական հնարավորությունների ձևավորում՝ առողջապահական կրթությունը խրախուսելու համար, 2) առողջապահական ուսուցանման ծրագրի իրականացման համար կադրերի ստեղծում, 3) ներկա և ապագա բուժանձնակազմին վերապատրաստել առողջության պահպանման խրախուսման ծրագիրը սպասարկելու համար, 4) բժշկական ինստիտուտներում և ուսումնարաններում ավելի արդյունավետ դարձնել առողջության պահպանման խրախուսման և հիվանդությունների կանխարգելման ուսուցումը, 5) զանգվածային տեղեկատվության միջոցների օգտագործում, հասարակայնության իրազեկությունը բարձրացնելու և համապատասխան գործողությունները քաջալերելու համար և, 6) Հայաստանի գիտնականների, սփյուռքի և միջազգային կազմակերպությունների հետ համագործակցության հաստատում: Համայնքների խրախուսում, որպեսզի նրանք ակտիվորեն մասնակցեն առողջապահության պլանավորմանը և ծրագրերի իրականացմանը: Հասնել այն բանին, որ համայնքները պատասխանատվության ավելի մեծ բաժին ստանձնեն իրենց տարածքում առողջապահական ընդհանուր վիճակի համար:

6.2 Առողջապահության անձնակազմի ստեղծում

Առողջապահության բարձրորակ կադրերի պակասը մեծ խոչընդոտ է շատ երկրներում: Այդ երկրներում կան շատ քիչ առողջապահության մասնագետներ կամ նրանց քանակությունը չի համապատասխանում բնակչության առողջապահական կարիքներին: Բացի դրանից, բարձրորակ մասնագետներից շատերը հեռանում են երկրից, հետապնդելով ավելի լավ սոցիալական պայմաններ: Այս երկրների պես և ի տարբերություն նախկին Խորհրդային այլ հանրապետությունների, ԼՂՀ-ի ներկայիս բուժանձնակազմային պրոբլեմը և՛ քանակական է, և՛ որակական բնույթ ունի: Գոյություն ունի առողջապահության բարձրորակ մասնագետների պակաս՝ ինչպես առանձին մասնագիտությունների, այնպես էլ ընդհանուր պրակտիկայի ոլորտում: Բացի այդ, աշխատակազմը աշխարհագրականորեն անհավասար է բաշխված: Հաշվարկվել է, որ յուրաքանչյուր 370 բնակչի ընկնում է մեկ բժիշկ, իսկ յուրաքանչյուր 67 բնակչի՝ մեկ բուժքույր/ֆելդշեր, բայց այս թվերը պետք է մեկնաբանվեն ամենայն զգուշությամբ, որովհետև գոյություն ունի բուժանձնակազմի խիստ կուտակում քաղաքային շրջաններում, մասնավորապես՝ Ստեփանակերտում: Դժվարամատչելի գյուղական շրջանները սպասարկվում են գլխավորապես բուժկետի կողմից և ունեն մեկ ֆելդշեր: Բացի այդ, 1996թ. սկզբում, բյուջետային խիստ սահմանափակումների պատճառով, ԱՆ հարկադրված էր աշխատակազմը կրճատել մոտ 50%-ով: Փակվել են շատ փոքր բուժկետներ և աշխատանքից ազատվել միջին բուժանձնակազմի մեծ թվով աշխատողներ:

Չնայած բարձրորակ աշխատակազմի փոքր քանակությանը, ԼՂՀ-ն ունի մեծ թվով միջին բուժաշխատողներ: Ընդհանուր թվով մոտ 2.400

բուժաշխատողների մոտավորապես 80%-ը բուժքույրեր/ֆելդշերներ են: Միջին բուժանձնակազմի ստացած կրթության մակարդակը և մատուցած ծառայությունների որակը պահանջվածից ցածր է (հավելված B): Ներկայումս բուժքույրերը և ֆելդշերները ԼՂՀ-ում չունեն այնպիսի մասնագիտական համարում և պարտականությունների այնպիսի շրջանակ, ինչպիսին ունեն իրենց կոլեգաները արտասահմանում: Սակայն, եթե նրանց հմտությունները կատարելագործվեն, ապա նրանք կարող են կադրային ռեզերվի տեսանկյունից հիմք հանդիսանալ ծրագրված առողջապահական ծառայությունները իրականացնելու համար:

Բացի այդ, ցածր է նաև համակարգի միջոցով ապահովվող ծառայությունների որակը: Գլխավոր բժիշկները, որոնք իրականացնում են առողջապահական հիմնարկների կազմակերպչական, տնտեսական ղեկավարումը, չունեն համապատասխան կրթություն: Անկախությունից հետո ոչ մի մակարդակի բուժանձնակազմի ուսուցանում և վերապատրաստում չի կատարվել:

Նախագծված ծրագիրը.

Հանրապետությունում առողջապահության համակարգի աշխատակազմի սահմանափակվածությունը հաղթահարելու համար պետք է ուսուցանվեն և վերապատրաստվեն այնպիսի բազմապրոֆիլ աշխատողներ, ինչպիսին են ֆելդշերներն են: Առաջնահերթ պահանջ է. 1) կատարելագործել և լրացնել առողջապահական կրթության և վերապատրաստման գոյություն ունեցող ծրագրերը, 2) մշակել կրթական և վերապատրաստման նոր ծրագրեր այն բուժանձնակազմի համար, որոնք ներկայումս կրճատված են, 3) մտցնել մարդկային ռեսուրսների կառավարում և որակի ապահովում, կատարելագործելու համար առողջապահության աշխատակազմի որակն ու արդյունավետությունը, 4) համապատասխանեցնել նպատակների և աշխատակազմի վճարման կառուցվածքը, և 5) առողջապահական քաղաքականության և բժշկական ծառայությունների նորացման գործում դիտարկել առողջապահության մասնագետների դերի բարձրացման խնդիրը:

Համակարգում պետք է կատարելագործվի առողջապահական ծառայությունների որակը: Ուսուցման և վերապատրաստման ծրագրերը առողջապահական անձնակազմի բոլոր մակարդակների համար միջոց են այս նշված նպատակներին հասնելու համար: Որակի ապահովման մեթոդները կարևոր են իրականացվող ծառայությունների որակի կատարելագործման համար: Առողջապահության աշխատակազմի հմտությունները կատարելագործելու ազգային ծրագրի կարևոր մասն է կազմում շարունակվող կրթական ծրագրերի առկայությունը: Միջին բուժանձնակազմը լրացուցիչ պարտավորություններ և պատասխանատվություն ստանձնելու համար պետք է լրջորեն

վերապատրաստվի: Այնպիսի առարկաների ուսուցանումը, ինչպիսին են համաճարակաբանությունը, կենսավիճակագրությունը և վարքագծային գիտությունները, պետք է ուսուցանվեն բոլոր մակարդակների բուժաշխատողներին:

Տեխնիկական ինֆորմացիայի պակասը, որի պատճառը կենսաբժշկական գրականության և առողջապահական քաղականության վերաբերյալ ինֆորմացիայի բացակայությունն է հանրապետությունում, պետք է լրացվի Հայաստանի, սփյուռքի և արտասահմանի հետ գիտնականների և առողջապահության մասնագետների ակտիվ փոխանակության միջոցով: Բժշկական ակադեմիան և առողջապահական այլ մեծ հիմնարկներ պետք է ունենան տեխնիկական հնարավորություն հոդվածների ամփոփումներից և ամսագրերից համակարգչային համակարգից օգտվելու համար:

Կառավարում և վերահսկում

Առողջապահության զարգացման ծրագրերի հաջող կենսագործման համար անհրաժեշտ է մեծացնել շրջանային պլանավորման և կառավարման ծավալը: Այն վերապատրաստման ծրագրերը, որոնք ուսուցանում են կառավարում և վերահսկում, անհրաժեշտ են կազմակերպչական աշխատանք կատարողների, հասարակական առողջապահության մասնագետների և ուսուցման պրոցեսով զբաղվողների համար, որպեսզի առողջապահական հիմնարկները արդյունավետ ղեկավարվեն և նպաստեն հասարակական առողջապահության համակարգի զարգացմանը: ԱԱԴՇԿ- ի իրականացման գործում կարևոր քայլ է տեղական մակարդակներում ծրագրի ղեկավարների հնարավորությունների բարելավումը, որպեսզի նրանք քննադատորեն վերլուծեն և բացահայտեն ծառայությունների հիմնահարցերը և օժանդակեն կատարվող աշխատանքին, առողջապահական խնամքի որակյալ կատարմանը խոչընդոտող պատճառները վերացնելու համար:

Ան համար կարևոր է իրականացնել հետևյալ խնդիրները համակարգի մասնակիցների օժանդակությամբ.

- ստեղծել կառավարման պարզ ծրագրեր՝ առողջապահության բոլոր մակարդակների համար
- կառավարման պատասխանատվությունը և հեղինակայնությունը փոխանցել աստիճանական աճման կարգով
- բացահայտել յուրաքանչյուր մակարդակի պարտականությունները և շփման ուղիներ մշակել ինչպես յուրաքանչյուր մակարդակի ներսում, այնպես էլ մակարդակների միջև:

Ֆելդշերների վերապատրաստումը.

Ֆելդշերների վերապատրաստումը և ուսուցման կատարելագործումը, ինչպես նկարագրվեց վերևում, խիստ կարևոր է: Անհրաժեշտ է նրանց դասընթացները վարել այնպիսի արդյունավետությամբ, որ նրանք կարողանան ստանձնել հավելյալ պարտականություններ: Ֆելդշերները այն բուժաշխատողներն են, ովքեր գործի բերումով ամենամոտն են կանգնած մարդկանց, հատկապես գյուղական վայրերում: Հետևաբար, նրանց դասընթացները պետք է հնարավորություններ ապահովեն առողջապահության առաջնային խրախուսման մոտեցումների համար, ունենան գործնական ուղղվածություն և վերահսկեն գործնական պրակտիկան: Բնակչության առողջությունը բարելավելու նպատակով ֆելդշեր մասնագետը պետք է շեշտի առողջության խրախուսումն ու հիվանդությունների կանխարգելումը և քաջալերվի, որպեսզի վերահսկման և վերապատրաստման համակարգի միջոցով ստանձնի լրացուցիչ պարտականություններ:

Ինչպես ամբողջ համակարգը, այնպես էլ միջին և ցածր բուժանձնակազմի մատուցած ծառայությունների որակը պետք է բարելավվի: Ներկայումս բուժքույրերը և ֆելդշերները չունեն այնպիսի մասնագիտական համարում և պարտականություններ, ինչպիսիք ունեն նրանց կոլեգաները արտասահմանում: Միջազգային կազմակերպությունները կարող են օգնել ավելի լայն ծրագրեր մշակելու գործում: Դոնոր կազմակերպությունները սկզբնապես կարող են համագործակցել ԼՂՀ հետ տեղական առողջապահական աշխատակազմի վերապատրաստման գործում: Արդյունքում, այդ կապը կարող է զարգանալ գիտելիքների փոխանակման ավելի հավասար պայմաններում:

ԴԿ \Rightarrow ԼՂՀ ԴԿ \rightarrow ԼՂՀ ԴԿ \Leftrightarrow ԼՂՀ
ԴԿ= Դոնոր կազմակերպություն

6.3 Բժշկական սարքավորումներ և միջոցներ

1991 թ. սկսած ԼՂՀ-ում տեղի է ունեցել դեղորայքի և բժշկական սարքավորումների խիստ կրճատումներ: Նախկինում դեղերը արտադրվում էին Խորհրդային Միությունում և համեմատաբար էժան էին: Խորհրդային դեղագործության անկումը ստեղծեց դեղամիջոցների պակաս ԽՍՀՄ նախկին բոլոր հանրապետություններում: Պատերազմի և շրջափակման հետևանքով սաստկանալով, ԼՂՀ-ում այդ պակասը ավելի սուր բնույթ է ստացել: Ֆոնդերի քրոնիկական անբավարարությունը ստեղծել է հիմնական միջոցների և տեխնոլոգիաների պակաս ներկա առողջապահական ծառայությունների բոլոր մակարդակներում: Առաջարկվող ծառայությունների արդյունավետ

գնահատման բացակայությունը յուրաքանչյուր մակարդակում ստեղծել է նկատելի անհավասարակշռություն և գնվող սարքավորումների անտեղի ներկայություն առողջապահական հիմնարկներում: Համաձայն տեխնոլոգիաների տեղական ցուցակի, Ստեփանակերտում կան 10 ռենտգեն-ճառագայթման և 12 էԿԳ սարքեր: Ցուցակը ճշգրտվել է 1996 թ. սկզբում, բայց դժբախտաբար, այնտեղ չի հիշատակվում սարքավորման վիճակը: Պետք է ենթադրել, որ ցուցակում նշված սարքավորումների մինչև 30-40% կան չեն աշխատում, կամ վերանորոգման կարիք ունեն:

Անհրաժեշտ դեղորայքի բավարար քանակության հարցը, հատկապես գյուղական վայրերում, շարունակվում է մնալ որպես չլուծված և ցավոտ խնդիր: Բժշկական միջոցներից շատերը ժամկետանց են և բերվել են հունանիտար օգնություն իրականացնող կազմակերպությունների և սփյուռքի կողմից: Դեղամիջոցներից շատերը արևմտյան արտադրության դեղերն են, որոնք ի սկզբանե անձանոթ են տեղի բուժաշխատողներին: Սփյուռքի կողմից մատակարարված սահմանափակ քանակությամբ դեղերը կամ ժամկետանց էին, կամ օգտագործման խիստ սուղ ժամկետով: Քիչ չէին նաև վատ փաթեթավորված կամ բոլորովին անհամապատասխան դեղամիջոցները: Սկզբում դեղամիջոցները վատ են բաշխվել և վատ է կատարվել նաև ներմուծման կարգավորումը:

Կենտրոնական “հունանիտար պահեստի” հիմնումից հետո, սահմանվել և անընդհատ կատարելագործվել են մատակարարման և բաշխման մեխանիզմները: Ներկայումս մատակարարումը սահմանափակ է, բայց լավ կարգավորված: Նկատվում է անտիբիոտիկների, ինսուլինի և այլ կարևոր դեղերի սուր պակաս: Կա նաև քիմիական լաբորատոր նյութերի, ռենտգենյան ֆոտոժապավենների և այլ անհրաժեշտ նյութերի, ինչպես նաև ավելի բարդ գործիքների և սարքավորումների խիստ պակաս:

Բուժսարքավորումների և դեղամիջոցների կենտրոնական պահեստը Ստեփանակերտում է, որը բաժանմունքներ ունի շրջանային հիվանդանոցներում: Շրջանների առողջապահության աշխատողները պատասխանատու են Ստեփանակերտում կամ իրենց շրջանային բաժանմունքում անհրաժեշտ միջոցների ձեռք բերման համար: Բժշկական միջոցների մատակարարումը փաստորեն հենված է սոսկ դեղորայք ճարելու վրա: Համակարգը ամբողջությամբ պասսիվ է և կախված է դեղորայքի առկայությունից և հունանիտար օգնությունից: Ներկայումս կատարված ծախսերի ծածկման ոչ մի ֆինանսական մեխանիզմ չի գործում, հետևաբար, այստեղ դրամական միջոցներ չեն կուտակվում և կապիտալ չի ստեղծվում: Վատ պլանավորումը, անհամապատասխան ֆինանսավորումը, տրանսպորտի պակասը, մատակարարումների թույլ կառավարումը և հիվանդանոցների կողմից գյուղական բուժօգնությունների համար նախատեսված դեղերի առգրավումը, միայն մի քանի օրինակներ են այն բազմաթիվ պրոբլեմներից, որոնք կասկածի տակ են դնում բաշխման համակարգի հուսալիությունը:

Նախագծված ծրագիրը.

Դեղորայքի և տեխնոլոգիաների համապատասխան մատակարարումը երկար ժամանակ գտնվել է առողջապահական ոլորտի պաշտոնյաների իրավասության տակ: ԱՆ գիտակցում է, որ դեղերի և սարքավորումների կանոնավոր մատակարարումը տանում է դեպի հիվանդի խնամքի ավելի բարձր որակ և կրճատում ցածր մակարդակի խնամք ստացող հիվանդների թիվը: ԼՂՀ ԱՆ, այլ երկրների նախարարությունների օրինակով ընդունել է դեղորայքի մատակարարման և բաշխման ազգային քաղաքականություն, որը ներառում է անհրաժեշտ դեղամիջոցների սահմանափակ ցանկ: Ցանկը կազմվել և ներկայացվել է 1995 թ. «Բժիշկներ առանց սահմանի» կազմակերպության օժանդակությամբ (հավելված C):

Պահանջվում է յուրաքանչյուր մակարդակում կատարել անհրաժեշտ սարքավորումների և բժշկական մատակարարումների չափակարգում՝ դեղորայքի համապատասխան օգտագործումը պաշտպանելու համար: Զարգացող շատ երկրներ գնում կամ ստանում են այնպիսի սարքավորումներ, որոնք չեն համապատասխանում իրենց կարիքներին: Սարքավորումներից շատերը թանկ են և կամ չեն կարող հեշտությամբ հարմարեցվել տեղի կարիքներին, առանձին դեպքերում էլ պարզապես ընդունելի չեն: Հաճախ դրանք խիստ բարդ են և շահագործելու ու պահպանելու համար պահանջում են բարձրորակ մասնագետներ: Քանի որ նոր տեխնոլոգիաները մեծ ռեսուրսներ են պահանջում, պետք է ձգտել ծախսերը պահել նվազագույն մակարդակի վրա նաև անհրաժեշտ առկա սարքավորումները շահագործելիս և պահպանելիս: Առկա բժշկական սարքավորումների առավել արդյունավետ օգտագործման և առողջապահական հիմնարկների սարքավորումային պարկը վերանայման, նորացման և վերանորոգման համար հանրապետությունում կկազմվեն հատուկ պլաններ: Սարքավորումների պակասի բացահայտման համար կկատարվեն հեռանկարային գնահատումներ: Կենտրոնական շրջաններում կսահմանափակվի որոշակի սարքավորումների և ծառայությունների թիվը, որպեսզի բացառվի անհարկի կրկնողությունը կամ կորուստը: Կարճ ասած, ուշադրությունը կկենտրոնանա կենսականորեն անհրաժեշտ սարքավորումների վրա, որոնք անհրաժեշտ են տարածաշրջանի առողջապահական կարիքների բավարարման համար:

Բացի այդ, կմշակվի բժշկական սարքավորումների, ռեակտիվների և այլ միջոցների բաշխման ազգային համակարգ: Առողջապահության գործի կազմակերպման համար անհրաժեշտ միջոցների և սարքավորումների առկայությունը և օգտագործումը

վերահսկվի հանրապետությունում: Վերահսկելի դարձնելու համար կկիրառվի մատակարարումների համակարգչային հաշվառման մեթոդը:

6.4 Առողջապահական տեղեկատվական համակարգ

Առողջապահական տեղեկատվական համակարգերը (ԱՏՀ) կարևոր են բժշկական ծառայությունների ապահովման գործում բացթողումների հայտնաբերման, համայնքի կարիքները և միտումները հասկանալու, ինչպես նաև անհրաժեշտ ծրագրերի մշակումը քաջալերելու համար: Անհրաժեշտ տեղեկությունների բացակայությունը ԼՂՀ առողջապահական համակարգի և բարեփոխումների գլխավոր պրոբլեմներից մեկն է: Ներկայումս առողջապահական տեղեկատվական համակարգ պրակտիկորեն գոյություն չունի, իսկ եղածն էլ խիստ մասնատված է: Կա անհրաժեշտ տեղեկությունների միայն սահմանափակ քանակություն, որը բացառապես հենված է հիմնարկներից ստացված տվյալների վրա: Տեղեկությունները հավաքվում և գրանցվում են ձեռքով և դրանց որևէ վերլուծություն կամ մեկնաբանություն չի կատարվում: Հիմնարկներից ստացված տվյալների վրա կառուցված այդպիսի տեղեկությունների օգտագործումը կարող է պատճառ դառնել որոշ հիվանդությունների, հատկապես քրոնիկ և ասիմպտոմատիկ հիվանդությունների դեպքերի և դրանց տարածվածության թերագնահատման: Բացի դրանից, բնակչության կողմից առողջապահական ծառայությունների թերի օգտագործման պատճառով, դժվար է կազմել հիվանդությունների բեռի իսկական պատկերը: Հետևաբար, հաստատությունների վրա հիմնված տեղեկությունները պետք է մեկնաբանվեն զգուշությամբ:

Նախանշված ծրագիրը.

Ան գտնում է, որ առողջապահական նոր համակարգի հիմնումը կարևոր է ու անհրաժեշտ: Ստույգ և համապատասխան տեղեկությունները ԱՆ-ը հնարավորություն կտան ղեկավարել առողջապահական ծառայությունների արդյունավետության բարձրացմանը ուղղված գործողությունները: Հայաստանի տեղեկատվական համակարգի օրինակով, ԼՂՀ առողջապահական տեղեկատվական համակարգը կօգտագործի կանոնավորապես զեկուցվող դինամիկ ցուցանիշների նվազագույն մասը: ԱՆ-ը տեղական պլանավորող մարմինների հետ միասին կընդհանրացնի առողջապահական տեղեկատվական համակարգի յուրաքանչյուր բաժնի ցուցանիշները, ինչպես նաև կնախանշի հետագա գործողությունների մեխանիզմները: Կվերացվի առողջապահական բոլոր գործերի վերաբերյալ փաստորեն ոչինչ չասող բազմազան տվյալների հավաքման պրակտիկան: Բացի այդ, իմունացվող և վարակիչ հիվանդությունների

հայտնաբերման նպատակով կուժեղացվի վերահսկողությունը: Այս բաժնուն կընդգրկվեն ակտիվ դեպքերի հայտնաբերումը և դիտարկումը, ինչպես նաև ստուգիչ չափումների վերահսկումը:

Առողջապահական տեղեկատվական համակարգի նպատակը ապակենտրոնացման և վերլուծության գործընթացի հեշտացումն է: Սրա ներքին միտվածությունն այն է, որ պլանավորման համակարգում համայնքների մակարդակով հավաքված տեղեկությունների օգտագործման մեծացումը կարող է օպտիմումի հասցնել առողջապահական առկա ռեսուրսների օգտագործումը՝ դրանք ծառայեցնելով առողջապահության տեղական առաջնահերթ խնդիրների լուծմանը: ԱՆ և տեղական բժշկական անձնակազմը կվերապատրաստվեն և կստանան տեխնիկական օգնություն, որպեսզի կարողանան վերլուծել ստացված տեղեկությունները և գործեն ըստ դրանց: ԱՏՀ թույլ կտա ԱՆ-ը և տեղական ղեկավարներին կատարելու հետևյալը.

- պարզել, թե ովքեր են սպասարկվում և ինչպիսին են նրանց կարիքները
- պարզել ծրագրերի իրականացման պրոբլեմները
- վերահսկել առաջընթացը
- նախանշել ծրագրի ներդրությունը, ներառյալ առողջապահական ընդհանուր վիճակի վրա ունեցած նրա ազդեցությունը
- նշել իրականացվող ծառայությունների արժեքը

Առողջապահական նոր տեղեկատվական համակարգը բաղկացած կլինի տվյալների բանկից, որը կսահմանի յուրաքանչյուր մակարդակում առողջապահական ծառայության կատարման կամ կառավարման համար անհրաժեշտ տվյալների ցանկը, ինչպես նաև կմշակի տվյալների հավաքման և զեկուցման կարգը: Այս համակարգում մեջ կներդրվեն համակարգչային տարբեր ծրագրեր, առաջնություն կտրվի տեղական կարիքների վերլուծության և ստրատեգիայի մշակման ծրագրերին, ինչպես նաև կիրականացվի տեխնիկական օգնություն:

Տեղեկատվական համակարգը արդյունավետ է միայն ամբողջականության մեջ, երբ արտահայտում է բնակչության և առողջապահության համակարգի կարիքները, որի ներսում գործում է, և նպաստում է առաջադրված նպատակների իրականացմանը: Առողջապահության համակարգում կատարված փոփոխություններին զուգընթաց կգարգանա նաև ԼՂՀ Առողջապահական տեղեկատվական համակարգը, որպեսզի կարողանա բավարարել նոր պահանջները:

6.5 Տրանսպորտ և հաղորդակցություն

ԼՂՀ-ի յուրաքանչյուր բնակիչ ամեն օր բախվում է տրանսպորտի և հաղորդակցության դժվարությունների հետ: Առողջապահական համակարգը ունի տրանսպորտի և հաղորդակցության սահմանափակ միջոցներ: Ստեփանակերտը, ինչպես նաև մի քանի մեծ քաղաքներ, ունեն միայն մեկ շտապ օգնության կենտրոն: Դժբախտաբար, ավտոմեքենաներից շատերը անսարք են: Ավտոմեքենաների պահպանումը դժվար և ծախսատար գործ է: Անվադողերը, բենզինը, և մեքենայի այլ պահեստամասերը և քսանյութերը ներմուծվող են: Հետևաբար, դրանք բավականին թանկ են և դժվար են ձեռք բերվում:

Վառելիքի և տրանսպորտի պակասը ավելի է մեկուսացրել գյուղական շրջանները: Հասարակական տրանսպորտը գործում և աշխատում է կանոնավոր, սակայն շատ շրջաններում ավտոբուսները աշխատում են 2-3 օրը մեկ և համաեմատաբար թանկ են: Բազմաթիվ գյուղեր տրանսպորտի հիմնական ճանապարհից այնքան են կտրված, որ մարդիկ մի քանի ժամ են կորցնում ոտքով այդ տարածությունը անցնելու համար: Հետևաբար, առողջապահական ծառայություններից օգտվելը շատերի համար հասանելի չէ և ժամանակին չի իրականացվում:

Տրանսպորտի անմխիթար վիճակը և հաղորդակցության թերությունները արգելակում են նախագծերի իրականացմանը: Ներկայումս ԱՆ հաղորդակցության միջոցների հասանելիությունը ծայրահեղ վատ վիճակում է: Համակարգիչներ, ֆաքսեր և պատճենահանման մեքենաներ չկան:

Նախանշված ծրագիրը.

Հանրապետությունում պետք է ներդրվեն հաղորդակցության նոր միջոցներ և տեխնոլոգիաներ: Անհրաժեշտ է, որ այս ծառայությունները զարգանան կառավարության այլ բաժինների հետ համամասնորեն:

Ներդրումներ պետք է կատարվեն բժշկական գործիքների և սարքավորումների տնտեսության նորացման և պահպանության համար: ԱԱՊՇԿ-ը կարող են տեղերում օգնել տրանսպորտի և հաղորդակցության միջոցների բաշխման պլանավորմանը: Այդպիսի ծրագրերի իրականացման համար կարող են օգտագործվել նաև տեղական ռեսուրսները:

Անհրաժեշտ է ստեղծել առաջին բժշկական օգնություն ցույց տալու հիմնական տրանսպորտային միջոցներ և կանչի համակարգ: Հանրապետությանը անհրաժեշտ են ժամանակակից սարքավորված շտապ օգնության մեքենաներ: Մեքենաների պահպանությունը և պահեստամասերի ձեռքբերումը ծրագրի կենսունակության անբաժանելի մասն են:

7. Նախագծի մակարդակ. Առաջնահերթ հիվանդությունների բեռը

Անհրաժեշտ է, հանրապետության սահմանափակ ռեսուրսները նպատակաուղղել դեպի այն նախագծերի իրականացմանը, որոնք ուղղված են ամենաճնշող կարիքներին և, որոնց իրականացման համար գոյություն ունեն համապատասխան միջոցներ և հնարավորություններ: Առողջապահական ազգային նախագծեր և միջոցառումների ստրատեգիաներ ընտրելու համար պետք է հաշվի առնել հետևյալ գործոնները.

- պրոբլեմի ծավալը՝ հիվանդության բեռը, համայնքի ամենաբնորոշ կարիքը, հիվանդության տարածվածությունը և ծանրության աստիճանը
- փոփոխությունների նկատմամբ համակերպվածության աստիճանը
- նախատեսվող միջոցառման տեխնիկական և ֆինանսական ճկունությունը

Ինչպես նշվեց վերևում, յուրաքանչյուր առողջապահական պրոբլեմի համար նախանշվել և գնահատվել են այլընտրանքային միջոցառումներ ըստ հետևյալ կետերի.

- տեխնիկական, աշխատակազմային և կառուցվածքային կարիքները
- պահանջված կառուցվածքային շրջանակը
- ֆինանսական կարիքները
- սպասված մոտավոր հատույցը

Հետևյալ նախագծերը նպատակ ունեն օգտագործել և/կամ կատարելագործել առողջապահության համակարգի գոյություն ունեցող ծրագրերը կամ նրա բաղկացուցիչ մասերը (նկ. 7): Նախագծերի իրականացման համար նոր ռեսուրսներ կօգտագործեն միայն այն դեպքում, եթե դրանց կատարման համար համապատասխան կառուցվածքներ գոյություն չունեն: Բազմաթիվ օրինակներով ցույց է տրվել, որ ամենաարդյունավետ միջոցառումները նրանք են, որոնք կարող են հաջողությամբ ինտեգրացվել գոյություն ունեցող առողջապահական համակարգի հետ: Այս ինտեգրացիան հնարավորություն է ստեղծում նախագծի կենսունակության և դրամի խնայողության համար:

Բացի այդ, բոլոր նախագծերը կունենան վերահսկման և գնահատման բաժիններ: Նախագծերի ստրատեգիաները ուղղված կլինեն վերջնական արդյունքին և խարսխված կլինեն որոշակի մինիմում տվյալների ժողովման միջոցով համաճարակաբանական տեղեկություններ ստանալու վրա:

1997-2000թթ. առողջապահության ազգային գործողությունները.

- 7.1 Մոր և մանկան առողջություն
 - 7.1.1 Պատվաստումներ
 - 7.1.2 Անտենաթալ խնամք
 - 7.1.3 Կրծքով կերակրում
- 7.2 Շնչառական սուր հիվանդություններ/ փորլուծություն
- 7.3 Ընտանիքի պլանավորում
- 7.4 Վարակիչ այլ հիվանդություններ
- 7.5 Քրոնիկ հիվանդներ և ծերեր
- 7.6 Վերքեր և վնասվածքներ

Ինչպես նախկինում արդեն նշել ենք, քանի որ առողջապահական կարիքները տարբեր շրջաններում կարող են տարբեր լինել, 1997-2000թթ. համար նախատեսված ազգային գործողությունները հետագայում կհարմարեցվեն տեղական կարիքներին:

7.1 Մոր և մանկան առողջություն

7.1.1 Պատվաստումներ

Նախքան զինված հակամարտությունը և Խորհրդային Միության փլուզումը, տարածաշրջանում գոյություն ուներ պատվաստումների հստակ, բայց բարդ համակարգ: Համակարգը դյուրաշարժ չէր և առաջնորդվում էր հնացած մեթոդներով: Շատ երեխաներ, որոնց նշանակալի մասը ամենակարիքավորն էին, պատվաստումներ չեն անցել հիվանդության կամ թերսնվածության պատճառով, որոնք որպես հակացուցիչներ էին դիտվում: Շատ քիչ կամ ամենևին ուշադրություն չի դարձվել մատակարարման համապատասխան համակարգին և օժանդակ ծառայություններին:

1991-1993 թթ. դաժան պատերազմի ժամանակաշրջանում, պատվաստումներ բոլորովին չեն կատարվել: Հետևաբար, 1993 և 1994թթ. երեխաների պատվաստումները համարվում են հասարակական առողջապահության թիվ մեկ խնդիրը: 1993թ. ԱՆ-ը “Միջազգային բժշկական շտապ օգնության միության” համագործակցությամբ հիմնեց պատվաստումների կատարելագործված համակարգ: Նախքան ծրագրի իրականացումը բոլոր առկա սարքավորումները հնացած էին, անհուսալի և անսարք: Ծրագիրը ստեղծեց մատակարարումների գրաֆիկ և ձեռք բերեց սառնարաններ՝ պատվաստանյութերը պահելու համար: Առողջապահության համակարգի աշխատողները ծանոթացան ԱՀԿ/ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի պատվաստումների ուղեցույցերի և գրաֆիկների հետ: Ներկայումս համակարգը աշխատում է և նախկինում գոյություն ունեցող հակացուցումների քաղաքականությունը վերացվել է (հավելված D): Ձեկուցվել է, որ 0-5 տարեկան երեխաների 97% ստացել են այս կամ այն տեսակի պատվաստումներ: Պատվաստումների ծավալը տատանվում է պոլիոմիելիտի 84,4%-ից մինչև կարմրուկի 37,8%-ի միջև:

Չնայած պատվաստումների համակարգը հենց սկզբից հաջողությամբ ինտեգրացված էր գոյություն ունեցող առողջապահական համակարգի մեջ, այնուամենայնիվ պլանավորումը, մատակարարումների վերահսկումը և պատվաստանյութերի պահպանումը ունեին առանձին թերություններ: Հետևաբար, չնայած ԼՂՀ-ում պատվաստումների բարձր տոկոսին, լուրջ մտավախություններ կան այդ համակարգի քայքայման վերաբերյալ: Համակարգը խիստ տառապում է մատակարարումների քանակի կրճատումներից:

Նախագիծը.

Ան գտնում է, որ պատվաստումները մնում են հասարակական առողջապահության ամենաարդյունավետ և կատարելի միջոցը: Հետևելով ԱՀԿ ուղեցույցներին, Ան գտնում է, որ յուրաքանչյուր երեխա ԼՂՀ-ում պետք է ստանա պատվաստումներ, պաշտպանվելու համար մանկական վեց ընդհանուր հիվանդություններից. տուբերկուլյոզ, պոլիոմիելիտ, դիֆթերիա, կապույտ հազ և կարմրուկ:

Ծառայությունների իրականացման գործողությունների նպատակաուղղվածության ապահովման համար պետք է գնահատվի և կատարելագործվի հետևյալը.

- բացահայտել և բժշկական ծառայությունների ոլորտում ընդգրկել չպատվաստված կամ ոչ լրիվ պատվաստված երեխաներին
- բացահայտել և ապահովել երեխաների պատվաստումների պահանջները
- ձեռք բերել և հավասարապես բաշխել պատվաստները (վակցինաները) և պատվաստումների կատարման համար անհրաժեշտ միջոցները
- ստուգել, վերանորոգել և ախտահանել սառնարանները
- համայնքներում անցկացնել պատվաստումների հետ առնչվող կրթական ծրագրեր

Պատվաստումների վերաբերյալ տեղեկությունները, որոնք հավաքվել են առողջապահական հասարակական հարցման միջոցով, հիմնված էին միայն մայրերի վկայությունների վրա: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ երեխայի պատվաստումների մասին մայրերի վկայությունները միանգամայն արժանահավատ են, սակայն պատվաստի տիպի և կատարման ժամանակի մասին տեղեկությունները ավելի լրիվ են պատվաստումների քարտերում: Ան գտնում է, որ պատվաստումների համակարգը կարող է հետագայում կատարելագործվել, տանը պահվող պատվաստումների քարտեր ներդնելու միջոցով:

Պատվաստումների համար ռեսուրսների ձեռք բերումը կլինի այն օղակը, որը կապահովի ծառայության կատարման անընդմեջությունը: Սկզբում անհրաժեշտ կլինի դիմել հունանիտար օգնության: Կհաստատվեն մատակարարումների մեխանիզմներ պահանջված սարքավորումների և միջոցների ձեռք բերման և վճարումների համար: Կկատարվի սառնարանների, վակցինաների և սարքավորումների ստուգում և տեղակայում:

Առողջապահական տեղեկատվական համակարգ ներդնելու հետ մեկտեղ, կհավաքվեն ավելի ճիշտ տվյալներ սանիտարա-

համաճարակաբանական վիճակի վերաբերյալ, որոնք կօգտագործվեն պատվաստումների ծառայությունների բոլոր բաղկացուցիչ մասերի ցուցանիշները ընդհանրացնելու համար: Նախագծի մշակման ինտեգրալ կլինեն վերահսկումը և գնահատումը: Բուժանձնակազմը կխրախուսվի հավաքված տեղեկությունների օգտագործման և վերլուծության համար: Բացի այդ, կհաստատվի վերահսկիչ համակարգ, պատվաստվող հիվանդությունների դեպքերին հետևելու և հսկողություն սահմանելու համար:

7.1.2 Անտենաթալ խնամք

Ներկայումս ԼՂՀ-ում գործում են անտենաթալ խնամքի ծրագրեր: Խնամքի ստանդարտ փաթեթը, որը առաջարկված է տեսականորեն, ընդգրկում է հիմնական հարցերը և համապատասխանում է առկա պահանջներին: Դժբախտաբար, գործածության մեջ գտնվող փաթեթը վատն է: Կոնսուլտացիաները և առողջապահական կրթությունը կարևոր դեր չեն խաղում: Սովորական լաբորատոր ստուգումները միշտ չէ, որ կատարվում են, հասարակ նյութերի և միջոցների բացակայության պատճառով: Բացի այդ, կոնսուլտացիաներից օգտվելու մակարդակը հատկապես առաջնածին կանանց շրջանում ցանկալիի չափ բարձր չէ: Անտենաթալ խնամք ստացած կանանց 47,7%, ովքեր ստացել են, այն ստացել են առաջին եռամսյակից հետո: Որպեսզի անտենաթալ խնամքը լինի արդյունավետ, այն պետք է ոչ միայն գոյություն ունենա, այլև օգտագործվի:

Նախագիծը.

Անտենաթալ խնամքի ծրագրի հիմնական խնդիրները պետք է նպաստեն հղի կանանց, պտղի, երեխայի և ընտանիքի առողջությանը և բարեկեցությանը: Խնդիրները ընդգրկում են ավելի շատ պրոբլեմներ, քան մոր ու պտղի նեոնաթալ հիվանդության և մահացության կանխարգելումն է: Անտենաթալ խնամքը պետք է դիտվի, որպես հղիության և ծննդաբերության բարդությունների կանխարգելման միջոց, որը խրախուսում է առողջ ապրելակերպը և բացահայտում է ընթացիկ հիմնահարցերը: “Առողջ երեխա՝ առողջ մորից” կարգախոսը հանրապետության առողջապահության համակարգի կարևոր առաջնահերթ խնդիրներից է:

Հղի կանանց նախածննդաբերական խնամքի խնդիրները հետևյալներն են.

- բարձրացնել նրանց բարեկեցությունը հղիությունից առաջ, նրա ընթացքում և ծննդաբերությունից հետո:
- կրճատել մայրական մահացությունների, հիվանդությունների, պտղի կորուստների և ոչ անհրաժեշտ միջամտությունների թիվը:

- կրճատել կանանց առողջությանը սպառնացող վտանգները մինչև հաջորդ հղիությունները և ծննդաբերման տարիքից հետո:
- նպաստել մայրական հմտությունների մշակմանը

Նախածննդաբերական խնամքի խնդիրները պտղի և մինչև մեկ տարեկան երեխաների համար հետևյալն են.

- բարձրացնել բարեկեցությունը
- կրճատել վաղաժամ ծննդաբերությունները, ներարգանդային աճի դանդաղումը, ծննդաբերական անոմալիաները և անհաջող ծննդաբերությունները
- նպաստել մանկան առողջ աճին և զարգացմանը, պատվաստումներին և կրծքով կերակրմանը
- կրճատել նյարդային խանգարումները, զարգացման թերությունները և այլ հիվանդությունները
- կրճատել վնասվածքները, կանխարգելվող սուր և քրոնիկ հիվանդությունները և ծննդաբերությունից հետո հիվանդանոցում երկար ժամանակ գտնվելու անհրաժեշտությունը:

Նախածննդյան խնամքի նախագծի երեք հիմնական բաղադրամասերը կապահովեն. 1) ռիսկի վաղ և հաջորդական գնահատումը, 2) առողջության պահպանման խրախուսումը և առողջապահական կրթությունը, և 3) բժշկական և հոգեբանասոցիալական միջամտությունները և հետծննդաբերական վերահսկողությունը (հավելված E):

1) Ռիսկի գնահատումը կրնդգրկի հիվանդության լրիվ պատմությունը, ֆիզիկական քննությունը, լաբորատոր ստուգումները, պտղի աճի և զգացողության գնահատումը: Ռիսկի գնահատումը դինամիկ պրոցես է: Շատ կանայք հղիության ընթացքում կփոխեն ռիսկի աստիճանը: Ռիսկի պատճառը, ժամանակը և բուժհիմնարկ այցելությունների քանակը կտատանվի ըստ կանանց ներկա ռիսկի վիճակի: Ներկայումս ռիսկի կատեգորիաները բաժանվում են ըստ “հրաման 430”-ի:

2) Առողջության պահպանման խրախուսումը կընդգրկի կոնսուլտացիաները, որոնք կխրախուսեն և կնպաստեն առողջ կենսակերպին և ընդհանուր տեղեկություններ կտան հղիության և մայրության մասին: Հղիության, ծննդաբերության և կերակրման շրջանի հաջող վերահսկումը կլինի նախածննդյան կրթության ուշադրության կիզակետում: Կոնսուլտացիաները կտրվեն անտենաթալ այցելությունների ընթացքում և կշարունակվեն ծննդաբերությունից հետո:

3) Միջամտությունները կընդգրկեն. գոյություն ունեցող հիվանդությունների բուժումը, վարքագծի փոփոխությունը, մասնագիտացված բուժաշխատողներին դիմելը և նրանց հետ

կոնսուլտացիաները, ինչպես նաև հետծննդաբերական ծառայությունները:

7.1.3 Կրճրով կերակրում.

Կրճրով կերակրման նախաձեռնումը ԼՂՀ կանաց համար համընդհանուր է: Առողջապահական վերջին հարցման ժամանակ կանանց 92,7% հաղորդել է կրճրով կերակրման նախաձեռնման մասին: Սակայն, կրճրով կերակրումը առաջին ամսից հետո էականորեն տատանվում է: Մինչև պատերազմը 3-4 ամսից ավելի կրճրով կերակրումը համընդհանուր պրակտիկա էր: Ներկայումս կրճրով կերակրում սկսող կանանց 33% այն դադարեցնում է առաջին երեք ամիսների ընթացքում: Դժբախտաբար, իջել է նաև երեխային բացառապես կրճրով կերակրողների թիվը:

Շատերը գիտեն, որ արհեստական կերը անհրաժեշտ լրացում է կրճրով կերակրման դեպքում կամ փոխարինում է մայրական կաթին: Պատճառներից մի քանիսը, որոնք կրճրով կերակրման ընդհատումը բացատրելու համար նշում են մայրերը, հետևյալներն են. 1) մայրը թույլ է և չի կարող կերակրել, 2) երեխան լավ չի ուտում, 3) մոր կաթը վատ որակի է կամ բավարար չէ, և 4) արհեստական կերը ժամանակակից է և ավելի լավ է ամրապնդում երեխայի օրգանիզմը:

Կարելի է նշել մի քանի գործոններ, որոնք ԼՂՀ-ում անդրադառնում են նշված կրճրով կերակրման ցուցանիշների իջեցման վրա: Դրանք հետևյալն են.

- 1) Բարձր մայրական ստրեսը և/կամ թերսնուցումը, որը պատճառ է դառնում կաթնարտադրության դադարեցման: Չնայած սրանք կարող են իրենց ազդեցությունն ունենալ, բայց թերսնվածության և սննդի պակասի ավելի մեծ չափ ունեցող աշխարհի մի շարք երկրներում մայրերը հաջողությամբ իրականացնում են կրճրով կերակրումը:
- 2) Հետծննդաբերական պրակտիկայում սովորական է մոր և մանկան բաժանումը ծննդաբերությունից անմիջապես հետո: Բարդ ծննդաբերությունների ժամանակ բաժանության այս շրջանը ավելի երկար է ձգվում: Առողջապահության ազգային քաղաքականությունը սահմանել է, որ բոլոր երեխաները իրենց մայրերի մոտ կբերվեն ծննդից 15 րոպե հետո: Դժբախտաբար, մոր և մանկան մույն սենյակում գտնվելու պրակտիկան չի կիրառվում այնպես, ինչպես ցանկալի է: Առողջապահական հարցումը ցույց է տվել, որ կանանց միայն 17% է գտնվել իր երեխայի հետ մույն սենյակում ծննդաբերությունից հետո: Շատ մայրեր ծննդաբերությունից հետո առաջին 24 ժամերի ընթացքում երեխային կրճրով չեն կերակրում, հետևաբար, մեծանում են երեխային խեժից զրկելու և կրճրով կերակրման ընդհատման հնարավորությունները: Մայրերի միայն 33,3%-ն է հայտնել ծննդաբերությունից հետո առաջին օրվա ընթացքում կրճրով կերակրում սկսելու մասին:
- 3) Առողջապահության անձնակազմի մոտ համապատասխան կրթության պակասը: Շատ բուժաշխատողներ գիտեն կրճրով կերակրման

օգտակարության մասին, սակայն նրանք պատրաստված չեն այդ հարցում մայրերին խորհուրդներ տալու համար: ԼՂՀ բուժանձնակազմը չի քաջալերում բացառապես կրծքով կերակրումը կամ կրծքով կերակրումը երեք ամսեկանից հետո: Մայրերին չեն ուսուցանում կրծքով կերակրման կարևորության մասին կամ ցույց չեն տալիս կերակրման ընթացքում երեխայի դիրքի կամ կրծքին ամրանալու ճիշտ ձևը: Բացի այդ, բժիշկները մանկական կերը առատ բաժանում են նոր ծննդաբերած մայրերին, առանց նրանց տալու ինչ-որ ժամանակ կրծքով կերակրում իրականացնելու համար:

Նախագծի.

Կրծքով կերակրման նախագծի հիմնական բաղադրամասերն են առողջապահական կրթությունը և կրծքով կերակրման խրախուսումը: Կանանց և բուժաշխատողներին անհրաժեշտ է ուսուցանել կրծքով կերակրման օգտակարության մասին: Կրթական ծրագիրը պետք է շեշտը դնի այնպիսի հարցերի վրա, ինչպիսիք են նորածնին խեժով կերակրելու կարևորությունը, բացառապես կրծքով կերակրման օգտակարությունը, մայրական կաթի արտադրման ֆիզիոլոգիան, կերակրման ձևերը և երեխայի ճիշտ դիրքը և կրծքին ամրացման տեխնիկան: Անտենաթալ խնամքը կօգտագործվի որպես միջոց անհատական կոնսուլտացիաների և կրծքով կերակրման ուսուցանման համար: Բացի այդ, կձեռնարկվեն նաև այս հարցերում հասարակայնության իրազեկությունը բարձրացնող ծրագրեր:

ԼՂՀ բուժաշխատողներին պետք է բացատրել արհեստական կերերի ազատ բաշխման վնասակարությունը: Բժիշկները պետք է բժախնդրորեն ստուգեն և վերահսկեն երեխայի քաշի ավելացումը, որոշելու համար լրացուցիչ կերի անհրաժեշտությունը: Չեղևաբար, կարևոր է բժիշկների առջև խնդիր դնել և նրանց վերապատրաստել բացառապես կրծքով կերակրման կարևորության գիտակցման և լրացուցիչ կերի անհրաժեշտության ճիշտ որոշման ոգով: Բացի այդ, բուժաշխատողները պետք է վերապատրաստվեն նաև կրծքով կերակրման տեխնիկայի և հիմնական առողջապահական երաշխավորությունների վերաբերյալ կոնսուլտացիաներ անց կացնելու համար:

7.1.4 Շնչառական ուղիների սուր հիվանդություններ և փորլուծություն

Շնչառական ուղիների սուր հիվանդությունները (ՇՍՀ) և փորլուծությունը, ինչպես նախկին Խորհրդային Միության հանրապետություններում, այնպես էլ ԼՂՀ-ում, երեխաների հիվանդության և մանկական մահացության բավականին բարձր տոկոսն են կազմում: Համաճարակաբանական տվյալները, որոնք հավաքվել են տարածաշրջանի բուժհիմնարկներից, վկայում են 1994 և 1995թթ. մինչև հինգ տարեկան երեխաների մոտ փորլուծության և ՇՍՀ բարձր

տարածվածության մասին: 1996թ. կատարված բնակչության համազգային առողջապահական և ժողովրդագրական հարցման տվյալների նախնական վերլուծությունը հաստատեց վերևը նշված փաստը: Ըստ տանտիրուհիների հետ կայացած հարցազրույցների, վերջին երկու շաբաթների ընթացքում 0-5 տարեկան երեխաների 22% ունեցել են փորլուծություն: 17% հայտնել է, որ իրենց երեխան ունեցել է հազ, իսկ 53,2% հայտնել են արագացված շնչառության մասին, որը կապակցված ախտանիշ է:

Հանրապետությունում շրջակա միջավայրի և բնակավայրերի էկոլոգիական վիճակի վատացումը մեծ դեր է խաղացել վերոհիշյալ հիվանդությունների տարածվածության աճի գործում: Խմելու ջրի քանակը և որակը բավարար չեն և չի կիրառվում խմելու ջուրը եռացնելու պրակտիկան: Տներից շատերը ձմեռվա ընթացքում ջեռուցվում են բաց վառարաններով, որտեղ այրում են փայտ, պլաստիկ և այլ դյուրավառ առարկաներ: Ծխի ներշնչումը և մրի կուտակումը տան ներսում ՇՍՀ-ի քանակը ավելացնող գործոններ են:

Բացի այդ, չափակարգված պրակտիկայի բացակայությունը ՇՍՀ և փորլուծության ախտորոշումների համար, բուժաշխատողների անբավարար պատրաստվածությունը, ինչպես նաև դեղորայքի և բուժմիջոցների սուր պակասը նպաստել են երեխաների հիվանդության և մահացության բարձրացմանը: Լաբորատորիաները հնարավորություն չունեն կատարելու ախտորոշիչ փորձաքննություններ կամ հաստատել հիվանդությունների ախտանիշները: Բուժփնմնարկներում գոյություն ունի ռեհիդրոն (ORS), բայց այն հազվադեպ կարելի է հանդիպել տներում: Հարցման ենթարկված տանտիրուհիների 47,4% չի լսել ռեհիդրոնի մասին, իսկ այդ մասին տեղեկություններ ունեցողների 34,8% -ը չի օգտագործել այն: Ռեհիդրոնի քիչ օգտագործումը կարելի է վերագրել միայն ռեհիդրոնի օգտագործման և օգտակարության մասին տանտիրուհիների գիտելիքների պակասին: 1996թ. հունիսին “Բժիշկներ առանց սահմանի” կազմակերպությունը մատակարարեց ռեհիդրոնի փաթեթներ, որոնք բաժանվեցին հանրապետությունում Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտական կենտրոնի կրթական բրոշյուրի հետ միասին: Բրոշյուրում դիտարկված են փորլուծության և դեհիդրատացիայի կանխարգելման, ռեհիդրատացիոն հեղուկների օգտագործման կարևորության և լուծույթների պատրաստման հարցերը: Մինչև այժմ ոչ մի նմանատիպ ծրագիր չի իրականացվել ՇՍՀ-ի բուժման համար:

Նախագիծը.

Դրության բարելավման համար անհրաժեշտ է ձեռնարկել առաջնային կանխարգելում՝ հասարակական առողջապահության այնպիսի հիմնական միջոցներով, ինչպիսիք են մաքուր ջուրը և սանիտարա-հիգիենիկ պայմանների ապահովումը, ինչպես նաև հիվանդության վաղ հայտնաբերումը և համապատասխան բուժումը: Բուժաշխատողների վերապատրաստումը, դեղորայքի բաշխումը և համայնքների առողջապահական գործունեության խրախուսումը համընդհանուր լուծումներ են: Այս ընդարձակ

նախագիծի իրականացումը կկատարելագործի ԱՇՀ-ի հայտնաբերումն ու բուժումը և փորլուծության վերահսկումը: Վաղ ախտորոշումները և բուժումը ծանր հիվանդության և նույնիսկ մահացության կանխարգելման ստրատեգիայի հիմնական մասն են:

Հիվանդների համապատասխան դասակարգման և բուժման համար առողջության առաջնային պահպանման բուժաշխատողների միջոցով կկիրառվեն ԱՀԿ/ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի կողմից նշակված բուժման պարզեցված մեթոդներ (հավելված F): Տանտիրուհիներին, ինչպես նաև հասարակայնությանը կուսուցանվեն ռեհիդրոնային թերապիայի օգտագործման, անտիբիոտիկների լրիվ կուրսի ընդունման կարևորության հարցերը և այն կլինիկական նշանները, որոնք անհրաժեշտություն են դարձնում բժշկական միջամտությունը: Բուժաշխատողների վերապատրաստումը անհրաժեշտ է հիվանդություններն ու հիվանդներին ժամանակին բացահայտելու և բուժումը կատարելագործելու համար: Հիվանդությունների կանխարգելման մասին բնակչության իրազեկությունը բարձրացնելու, ինչպես նաև բուժման առաջարկությանը ժամանակին արձագանքելու համար կարևոր են առողջության պահպանման խրախուսման գործունեությունները, որոնք հիմնված կլինեն նաև համայնքների ակտիվ գործունեության վրա: Ան գտնում է, որ բուժաշխատողների վերապատրաստման, դեղորայքի բաշխման և հասարակայնության առողջության խրախուսման համատեղումը արդյունավետ կլինի տարածաշրջանում հիվանդացության և մահացության կրճատման համար:

Անտիբիոտիկներով և սարքավորումներով ապահովումը և նրանց պահպանումը անհրաժեշտ նախապայման է այս նախագծի կենսունակության համար: Կներդրվի գույքի ու մատակարարումների վերահսկման համակարգ: Ծառայությունների կատարման բոլոր փուլերում կկատարելագործվեն կառավարումը, վերահսկումը և գնահատումը:

7.2 **Տուբերկուլոզ.**

Անցյալ մեկ-երկու տասնամյակների ընթացքում տուբերկուլոզը աշխարհում ամենավատ վերահսկվող և կառավարվող առողջապահական պրոբլեմն էր: Տուբերկուլոզը կրկին ի հայտ է եկել զարգացող երկրներում, որպես հիմնական առողջապահական պրոբլեմ: ԼՂՀ-ում ամեն տարի տուբերկուլոզի 50-60 նոր դեպքեր են հայտնաբերվում: Պատերազմի և անկախության հաստատման փորձություններով հարուստ տարիների հետևանքները, ինչպիսիք են թերսնուցումը, բնակարանային վատ

պայմանները և ընդհատված բժշկական ծառայությունները դյուրին են դարձրել *Mycobacterium*-ի փոխանցումը առաջին անգամ հիվանդացողների համար և նրա վերաակտիվացումը նախկինում վարակված անձանց մոտ: Մինչև այժմ ուղղակիորեն տուբերկուլյոզին է վերագրվում ընդամենը մեկ մահ: Դժբախտաբար, տվյալների բացակայությունը թույլ չի տալիս ինչպես պետք է ընկալել իրադրության բարդությունը և պրոբլեմի մեծությունը:

Հանրապետությունում գոյություն ունեն ֆյուլորոզրաֆիկ սարքավորումներ, ինչպես նաև մեկ շարժական մեքենա, տեղերում ստուգումներ կատարելու համար: Դժբախտաբար, շարժական մեքենայի հետ կապված եղել են բազմաթիվ տեխնիկական պրոբլեմներ և այն ներկայումս չի աշխատում: Հանրապետությունում հնարավոր չէ կատարել կանոնավոր ստուգումներ: Բացի այդ, հիվանդների հայտնաբերմանը խանգարում է առողջապահական ծառայություններից քիչ օգտվելը: Դեպքերի մեծ մասը հայտնաբերվում են ուշ, երկրորդային բարդացումներով: Ան կցանկանար անցկացնել ընդհանուր բժշկական հետազոտում, որը կբացահայտեր ակտիվ դեպքերի թիվը: Ենթադրվում է, որ այդ հետազոտումից պարզ կդառնա, որ ակտիվ դեպքերի թիվը ներկա ցուցանիշից կրկնակի ավելի է:

Այնպիսի դեղերը, ինչպիսիք են ռիֆամպիցինը, իզոնիազիդը և ստրեպտոմիցինը միշտ չէ, որ առկա են բուժօգնականներում և դեղատներում և սովորաբար համտեղ չեն նշանակվում: Դեղերի ոչ համապատասխան համատեղման պատճառով կարող են պատահական ձևով, հեշտությամբ առաջանալ բակտերիայի կայուն շտամներ՝ կրկնապատկման պրոցեսի ընթացքում: Դեղերի նկատմամբ կայունություն կարող է առաջանալ նաև ոչ համապատասխան բուժման ռեժիմի և հիվանդի բուժվել չցանկանալու դեպքում: Տնտեսական դժվարությունների աճի հետ մեկտեղ զգացվում է նաև դեղերի պակաս, որոնց մի զգալի մասը բնակչության համար մատչելի չեն: Հետևաբար, աճել է ոչ լրիվ բուժման հնարավորությունը և հիվանդների բուժվել չցանկանալը:

Հանրապետությունում գոյություն ունեցող տուբերկուլյոզային դիսպանսերը ամբողջությամբ քանդվել էր պատերազմի ընթացքում: Նոր շենքը հարմարեցվել է որպես և՛ դիսպանսեր, և՛ ամբուլատոր բուժման համար: Բացի դրանից, սահմանափակ լաբորատոր միջոցները խանգարում են *Mycobacterium* շտամների ախտորոշմանը և նրանց բացահայտմանը:

Նախագիծը.

Ան կկիրառի տուբերկուլյոզի վերահսկման ազգային ծրագիր: Ծրագիրը ԼՂՀ-ում տուբերկուլյոզի վերացման նկատմամբ կցուցաբերի ստրատեգիական մոտեցում, հաշվի առնելով հետևյալ գործոնները. 1) հիվանդության ներկա միտումները, 2) դեղերի նկատմամբ կայուն *M. tuberculosis* առաջանալու հավանականությունը և , 3) իրականացման հնարավորությունները և ֆինանսական սահմանափակումները: Տուբերկուլյոզային ծրագիրը ուղղված կլինի դեպքերի ակտիվ

հայտնաբերմանը: Բացի այդ, կիսատատվեն արդյունավետ և վստահելի լաբորատոր ծառայություններ, բացահայտելու և վերահսկելու համար Mycobacterium շտամի կայունությունը: Բուժաշխատողները և լաբորանտները կվերապատրաստվեն տուբերկուլյոզի ախտորոշման և բուժման ուղղությամբ: ԱՆ կիստի տուբերկուլյոզի բուժման ԱՀԿ հաստատված ուղեցույցներին: Բարձր ռիսկի խմբերի վերահսկումը, ինչպես նաև հիվանդների թերապիային ուղղակիորեն հետևելը, կլինի ընտանեկան բժիշկների, պոլիկլինիկաների և սանիտար-հիգիենիկ հաստատությունների աշխատակազմի կարևոր պարտականություններից մեկը: Օրենքի համաձայն կպահպանվի դեպքերի մասին տեղեկացնելու և գրանցելու գաղտնիությունը: Ծրագիրը կունենա վերահսկման և գնահատման մաս, որը թույլ կտա, ծրագրի ստրատեգիաները կառուցել համաճարակաբանական տվյալների վրա: Բացի այդ, հասարակայնությունը իրազեկ կպահվի տուբերկուլյոզի առաջացման, վարակման, բուժման և կանխարգելման մասին: Հասարակայնության անդամները կքաջալերվեն BCG վակցինաներ ստանալու, տեղերում վերահսկում անց կացնելու և դեպքերի ակտիվ կառավարմանը օգնելու համար:

ԱՆ գիտակցում է, որ տուբերկուլյոզային ծրագրի սկզբնական պահանջն է անհրաժեշտ դեղամիջոցների կայուն մատակարարումը և բուժման միջոցների արդյունավետ ընտրությունը: Ինտենսիվ փուլի ընթացքում հոսպիտալացումը ռեսուրսների սպառում է, եթե առկա չեն այնպիսի դեղեր, ինչպիսին են ռիֆամպինը և պիրազինամիդը: Հետևաբար, ծրագիրը պետք է հայթայթի ռեսուրսներ, որպեսզի ապահովի անհրաժեշտ դեղորայքի անընդհատ մատակարարումը, հիվանդների համաձայնությունը, ինչպես նաև բացահայտի դեպքերի հայտնաբերման հետ կապված սահմանափակումները և անց կացնի համապատասխան առողջապահական ծառայություններ:

Համայնական պահանջ է հաստատությունների նորացումը: Այնտեղ գտնվելու ժամանակը, այցելության դժվարությունները և հիմնարկության ոչ բավարար վիճակը կարելի է հաղթահարել այնպիսի ծառայություններ հաստատելով, ինչպիսիք են այցելությունները տուն և հաշվի առնելով ավելի շատ հիվանդի հարմարությունը, քան ծառայության:

7.3 Ընտանիքի պլանավորում

ԼԴՀ-ում գոյություն չունեն ընտանիքի պլանավորման համապատասխան ծրագրեր: Ծննդաբերության կարգավորման միակ մեթոդը, ինչպես նախկին Խորհրդային հանրապետություններից շատերում, հանդիսանում է արբորտը:

Ամենավերջին առողջապահական հարցման ընթացքում կանանց 50,5% հայտնել է, որ կատարել է աբորտ, որից 43,9% այն կատարել է 2-3 անգամ: Ժամանակակից հակաբեղմնավորիչ միջոցները անհասանելի են, իսկ գերակշռող մեթոդը՝ ներարգանդային միջոցն է: Հայտնվել է, որ կիրառվում են հղիությունից պաշտպանվելու ավանդական մեթոդներ, հատկապես երեխաների ծնունդների միջև ինտերվալներում: Հարցման ենթարկված կանանց 72% հայտնել է, որ երբեք չի օգտագործել ժամանակակից հակաբեղմնավորիչ միջոցներ: 46,2% հայտնել է ցանկություն ապագայում դրանք օգտագործելու մասին: Հասարակայնության անդամները բազմիցս արտահայտվել են ընտանիքի պլանավորման ծրագրերի և ժամանակակից այլընտրանքային մեթոդների անհրաժեշտության օգտին: Հանրապետությունում կա ընտանիքի պլանավորման անհրաժեշտություն և այդ կարիքը պետք է բավարարվի:

Առողջապահական ծառայությունների կողմից չեն առաջարկվում հակաբեղմնավորիչ հաբեր, քանի որ դրանք համարվում են վտանգավոր և պահանջում են խիստ վերահսկում: Գտնում են, որ կանայք պետք է կատարեն բոլոր տիպի հորմոնալ անալիզներ, նախքան հակաբեղմնավորիչ հաբերի օգտագործումը: Այս կարծիքը խոչընդոտ է հանդիսանում հակաբեղմնավորիչ հաբերի ներմուծման և օգտագործման համար:

Լայնորեն չի ընկալվում և ընդունվում նաև ընտանիքի պլանավորման, ինչպես նաև սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների համար պահպանակի (պրեզերվատիվ) օգտագործման առավելությունները: Այն նույնպես գոյություն ունի սահմանափակ քանակությամբ: Նրա գնմանը և օգտագործմանը խոչընդոտում են ավանդական արգելքները, ինչպես նաև գինը:

Նախագիծը.

Ան գտնում է, որ անհրաժեշտ է ընտանիքի պլանավորման ծրագրերում բարձրացնել իրազեկությունը և հաղթահարել դժվարությունները: Ընտանիքի պլանավորման նախագիծը կլրացնի երեխաների ծնունդների միջև ընդմիջումներ հաստատելու մասին ինֆորմացիայի պակասը և չբավարարված կարիքները: Նախագծի համար ինտեգրալներ կլինեն հասարակայնության կրթությունը և ռեկլամը, որպեսզի ընտանիքի պլանավորման, մեթոդների ընտրության և ընտրված մեթոդների ճիշտ օգտագործման մասին ապահովեն համապատասխան ինֆորմացիա:

Միջոցների և մեթոդների ընտրության ապահովումը՝ ընտանիքի պլանավորման ցանկացած նախագծի հաջողության գրավականն է:

7.4 Վարակիչ հիվանդություններ

Պատերազմից հետո տեղի է ունեցել վարակիչ հիվանդությունների նշանակալից ավելացում, օրինակ, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունները (ՍՃՓՅ), մալարիան, ոջիլները, քոսը և պարազիտ որդերը: Վարակիչ հիվանդություններից շատերը խիստ տարածված են բանակում և դպրոցականների շրջանում:

Հանրապետությունում ինֆեկցիոն հիվանդությունների բացահայտմանը և բուժմանը խոչընդոտում է վերահսկման, դեղորայքի և բուժմիջոցների բացակայությունը, առողջապահական ինֆորմացիոն համակարգում թերությունները, ինչպես նաև առողջապահական ծառայությունների վատ օգտագործումը: ՍՃՓ կլինիկաների այցելուները հիմնականում տղամարդիկ են, որովհետև ազգային և սոցիալական պատմեզները խանգարում են կանանց դիմելու բուժման:

Նախագիծը.

Ան գտնում է, որ այս իրադրության կառավարման բանալին ինտեգրացված նախագծերի կիրառումն է: Այս նախագծերը կմեծացնեն հիվանդությունների մասին բնակչության իրազեկությունը և առողջության պահպանման խրախուսման և կրթական գործողությունների միջոցով կնպաստեն կանխարգելմանը: Թիրախ պոպուլյացիաները կլինեն բարձր ռիսկի խմբերը, այսինքն, զինծառայողները և դպրոցական տարիքի երեխաները:

Կխրախուսվի վարակիչ հիվանդությունների վաղ հայտնաբերումը և բուժումը, ինչպես նաև առողջապահական հաստատությունների ծառայություններից ժամանակին օգտվելը: Նախագծի միջոցով դպրոցներում երեխաներին կբաշխվեն որոշակի քեմոպրոֆիլակտիկ նյութեր, օրինակ, անտիհելմինտիկներ: Գոյություն ունեցող կրթական կառուցվածքը թույլ է տալիս քիչ գումարներով կատարել քեմոպրոֆիլակտիկ նյութերի բաշխում, իրականացնել առողջապահական լուսավորության ծրագրեր, ինչպես նաև այն ծառայեցնել կլինիկական վերահսկման և հասարակայնության մոբիլիզման համար:

Հիվանդությունների վերահսկման ծրագրերի քննության և գնահատման փուլերին օգնելու համար ծրագրում կկիրառվի ստուգման համակարգ: Ինֆեկցիոն հիվանդությունների մասին տեղեկությունների հայտնումը կլինի պարտադիր:

7.5 Քրոնիկ հիվանդներ և ծերեր

Առողջապահական խնամքի կատարման ներկա համակարգում անտեսվել են ծերերի և քրոնիկ հիվանդների կարիքները: Այս կարիքավոր խմբերը սպասարկող ծառայությունները դժվար է վերահսկել և պահանջում են միջոցների երկարատև մատակարարում և անընդմեջ ապահովում: Բնակչության ծերացման հետ, քրոնիկ հիվանդությունները, ինչպիսիք են սիրտանոթային հիվանդությունները, արյան բարձր ճնշումը և

նորագոյացութիւնները կդառնան ավելի կարևոր և կպահանջեն առողջապահության ռեսուրսների ավելի նշանակալի մասը:

Թերսնուցման, շրջակա միջավայրի դեգրադացիայի և այլ գործոնների պատճառով ԼՂՀ-ն դարձել է քրոնիկ հիվանդութիւններով հիվանդների տարիքային պրոֆիլի փոփոխման վկան: Հիվանդության սկիզբը դիտվում է ավելի վաղ տարիքում, լրացուցիչ շեշտ դնելով առողջապահական համակարգի վրա: Ավելին, քրոնիկ հիվանդների և ծերերի համար վաղ հայտնաբերումը, բուժումը և վերականգնողական ծառայութիւնները կամ ընդհանրապէս զոյություն չունեն կամ վատ են կատարվում: Սա կարող է վատ արդյունքի հանգեցնել այնպիսի հիվանդութիւնների համար, ինչպիսիք են շաքարախտը և արյան բարձր ճնշումը, որոնք հետագայում ավելի կբարդացնեն վիճակը:

Նախագիծը.

Ան կցանկանար հաստատել ինտեգրացված նախագիծ քրոնիկ հիվանդութիւնների կանխարգելման և վերահսկման համար: Քանի որ շատ հիվանդութիւնների համար ռիսկի և կարևոր ախտաբանական գործոնները նույնն են, նախագիծը կունենա ստրատեգիական ուղղվածություն և կհամապատասխանի արտակարգ իրավիճակների պահանջներին: Ծրագրերի նպատակակետ կհանդիսանան ռիսկի կարևոր գործոնները, այնպիսիք, ինչպիսիք են վատ սնուցումը, նստակյաց կյանքը, ծխելը, և ալկոհոլի օգտագործումը, որոնք հանրապետությունում շատ մեծ տարածում ունեն: Սոցիալ-տնտեսական կառուցվածքում կատարված վերջին փոփոխութիւնները, ստրեսը և կենսապայմանների բարդացումը նույնպէս նկատելիորեն ազդել են քրոնիկ հիվանդութիւնների տարածվածության վրա, ինչը անտեսել չի կարելի:

Առողջապահական կրթությունը և դեպքերի ակտիվ վերահսկումը ամենաարդյունավետ և արժեքի առումով ամենահարմար երկարատև ստրատեգիաներն են: Առողջության պահպանման խրախուսման գործողութիւնները կիրականացվեն անհատական, համայնքային և հիմնարկութիւնների մակարդակներում: Բազմազան մոտեցումներ կօգտագործվեն մասսայական ինֆորմացիայի միջոցների, համայնքների և հիմնարկութիւնների գործողութիւնները ինտեգրացնելու համար, որը օգտակար փոփոխութիւններ կբերի մարդկանց ապրելակերպում: Համայնքները կխրախուսվեն կրթական ծրագրերին մասնակցելու և իրենց տարածքներում առողջական վիճակի համար ավելի մեծ պատասխանատվություն կրելու համար: Առողջության առաջնային պահպանման գործողութիւնները ուղղված կլինեն ռիսկի գործոններին, օրինակ, ծխախոտի, ալկոհոլի, ճարպի բարձր տոկոս պարունակող սննդի օգտագործումը, ֆիզիկական ակտիվութիւնի բացակայությունը: Այդ գործողութիւնները կբարձրացնեն բնակչության իրազեկութիւնը և կիջեցնեն վտանգի գործոնների ազդեցությունը:

ԱՆ, հետևելով ԱՅԿ առաջարկություններին, կմշակի քրոնիկ հիվանդությունների կանխարգելման և բուժման ազգային ստրատեգաներ, որոնք հիմնված կլինեն վերահսկման և կանխարգելիչ ծրագրերի վրա: Կհաստատվեն դեպքերի վերահսկման մեթոդներ, ցածր արժողությամբ դեղորայքի օգտագործում և քրոնիկ հիվանդությունների բուժման էժան միջոցներ: Անաշխատունակության կանխարգելման համար կբարձրացվի նաև երկրորդական կանխարգելիչ գործողությունների թիվը: Անհրաժեշտ են ախտորոշիչ և բուժիչ ավելի որակյալ հիմնարկներ, այնպես, որ հետազոտությունները կատարվեն ճշտությամբ, որին կհետևեն արդյունավետ միջամտությունով նշանակումները:

Տրված սահմանափակ ռեսուրսների և հնարավորությունների դեպքում կմտցվեն նաև ավանդական երրորդական խնամքի եղանակով քրոնիկ հիվանդությունների բուժման այլընտրանքային մեթոդներ: Կմշակվի ավելի ցածր մակարդակի խնամք, որը հիմնված կլինի համայնքի հնարավորությունների վրա: Օրինակ, ստացիոնար բուժումը կփոխարինվի ամբուլատոր բուժմամբ կամ տնային խնամքով:

7.6 Վնասվածքներ և վերքեր

Վնասվածքների վերահսկումը, ներառյալ նրանց հաճախականությունների, ծանրության չափի և անաշխուտանուկություն բերող հետևանքների կրճատումը, ԼՂՀ-ում առողջապահական կարևոր հարցերից մեկն է: Պատահական, ինչպես նաև կանխամտածված վնասվածքների թիվը հանրապետությունում մեծացել է: Բավականին գերիշխող են երեխաների վնասվածքները: Վնասվածքների հիմնական պատճառներն են՝ վայր ընկնելը, այրվածքները և կամ թունավորումների որոշ տեսակները: Ձինվորականների և խաղաղ բնակիչների համար ամենօրյա սպառնալիք են դաշտերում տեղադրված ականները: 1995թ. հունիսից մինչև 1996թ. մայիսը գրանցվել է ականներից վիրավորվածության 179 դեպք: Չնայած սա համեմատաբար նոր պրոբլեմ է, այնուամենայնիվ վստահորեն կարելի է ասել, որ ականներից ստացած վնասվածքների թիվը աստիճանաբար կընկնի:

Նախագիծը.

Նախագիծը կանխարգելիչ միջոցառումները կմիավորի դեպքերի ակտիվ վերահսկման հետ: Կանխարգելիչ ստրատեգիաները, որոնք ուղղված կլինեն վնասվածքների արտաքին պատճառների վերացմանը, կներառեն առողջապահական կրթությունը և ականների ներկայացրած վտանգի մասին իրազեկությունը բարձրացնող ծրագրերը: Կարևոր են կառուցվածքային փոփոխությունները, որոնք կկանխարգելեն վնասվածքների ստացումը աշխատանքի վայրերում և դպրոցներում: Այս պարագայում էական է նաև պետական կառույցների հետ համագործակցությունը:

Դեպքերի վերահսկման ստրատեգիաները ուղղված կլինեն վնասվածքների բարդությունների սահմանափակմանը կամ կանխարգելմանը: Կվերակառուցվեն և կվերագնահատվեն առողջապահական կենտրոնների վնասվածքաբանական կետերը: Ոչ կառավարական կազմակերպությունների տեխնիկական օգնությամբ պետք է շարունակվի տարածքների ականագերծումը: Ավելի կարևոր կդառնա անդամահատվածների ապահովումը պրոտեզներով, և ԱՆ պլանավորում է աշխատել ՈԿԿ-ի հետ՝ համապատասխան տեխնոլոգիաներից օգտվելու, և գոյություն ունեցող կարիքները բավարարելու համար: Կկատարելագործվեն նաև ինչպես ֆիզիկական, այնպես էլ մասնագիտական վերականգնողական ծառայությունները:

8. Առողջապահության ֆինանսավորումը

ԼՂՀ-ի ֆինանսական սահմանափակ հնարավորությունների պայմաններում, ԱՆ-ը պետք է արդյունավետ օգտագործի գոյություն ունեցող առողջապահական ռեսուրսները: Նախագծված առողջապահական բարեփոխումների անկյունաքարը համապատասխան և կայուն եկամտի ապահովումն է: Ներկայումս, ԱՆ կողմից իրականացվող առողջապահական ծառայությունների ֆինանսավորումը խարսխված է պետական բյուջեի վրա: ԼՂՀ կառավարությունը ներկայումս առողջապահության համար նախատեսում է ազգային եկամտի 10-12 %: Խորհրդային Միությունը առողջապահության վրա ծախսում էր իր ազգային եկամտի մոտավորապես 3-4%: Գորբաչովյան ժամանակաշրջանում նախարարությունում ծախսերի ընդհանուր թիվը մեծացել էր 5 - 6%:

ԼՂՀ ֆինանսական քաղաքականության հիմնական հարցերը հետևյալներն են. 1) ամբողջ բնակչության համար ֆինանսապես ոչ նպաստավոր առողջապահական ծառայությունների մատչելիությունը, որը հանգեցրել է ֆինանսների սխալ օգտագործման և ոչ տեղին սպառման, 2) բյուջեի ոչ արդյունավետ պլանավորման և բաշխման համակարգը, որի վրա ազդեցություն է գործում աշխարհագրական և ենթագերատեսչական անհավասարակշռությունը, և 3) առողջապահական ծառայությունների ֆինանսավորման կախվածությունը անկայուն հասարակական ֆոնդերից:

Այս հարցերը կարող են լուծվել երեք գլխավոր ստրատեգիաների միջոցով, որոնք առողջապահական ծառայությունների ապահովման գործում կարող է որդեգրել ԱՆ: Դրանք են.

- 1) շարունակել առաջարկել քաղաքացիների անվճար բուժսպասարկումը և կենտրոնանալ առողջապահական ծառայությունների ֆինանսավորման այլընտրանքային աղբյուրների հայթայթման վրա:
- 2) մշակել առողջապահական ծառայությունների վճարովի համակարգ:
- 3) մշակել Ապահովագրական առողջապահության ազգային համակարգ՝ պետական բյուջեն լրացնելու համար:

ԱՆ որոշել է իրականացնել համակարգված մոտեցում, համոզվելու համար, որ սահմանափակ ռեսուրսներից քաղվում է առավելագույնը: Սահմանափակ

ռեսուրսների օգտագործումը օպտիմալ դարձնելու պրոցեսում կարևոր է հանդգնել, որ սպասարկման արդարությունը և որակը վտանգի տակ չեն: Երբ կառավարությունը այլևս կարիք չունենա ուղղկիորեն ապահովելու բոլոր առողջապահական ծառայությունները, միևնույն է, նա չի կարող հրաժարվել իր պարտականություններից, քանի որ առողջապահությունը, գործնականորեն, սոցիալական իրավունք է, որը պետք է բաշխվի ըստ կարիքի, այլ ոչ թե դրամով:

8.1 Կառավարությունը

Ներկայումս ԼՂՀ կառավարությունը ամբողջությամբ պատասխանատու է ԱՆ խիստ սահմանափակ ռեսուրսներով ֆինանսավորելու համար: Բյուջեն ընդգրկում է ինչպես բուժանձնակազմի, աղմինիստրացիայի վճարումները, այնպես էլ բուժմիջոցների ֆինանսավորումը: Ինչպես արդեն նշվել է, ազգային բյուջեն ֆինանսները տրամադրում է հանրապետության առողջապահական համակարգը գործուն պահելու համար: Այս ֆինանսները կլրացվեն ապահովագրական առողջապահության ազգային համակարգ և ԱՄՊԾԿ մտցնելու միջոցով:

Լավ առողջական վիճակը՝ դա յուրաքանչյուր դարաբաղցու իրավունքն է, ինչպես նաև այդ վիճակի համար անհրաժեշտ ներդրումը: Դա նաև կառավարության պարտականությունն է ապահովել բժշկական ծառայությունների շարքի արդարացի բաշխումը՝ բնակիչներին: Բոլոր երկրորդային և երրորդային բժշկական սպասարկումները անց կկացվեն պետության միջոցներով և կլրացվեն ապահովագրական առողջապահության ազգային համակարգի և ԱՄՊԾԿ կողմից: Կառավարությունը կիրականացնի պատվաստումների և անտենաթալ խնամքի ծառայությունների համընդհանուր բժշկական ապահովումը, ինչպես նաև նախապես որոշված ցուցակով վարակիչ և քրոնիկ հիվանդությունների բուժումը: Բոլոր բժշկական ծառայությունները թոշակառուների, զոհված ազատամարտիկների ընտանիքների, հաշմանդամների, անաշխատունակ մարդկանց և նրանց համար, ովքեր չեն կարող վճարել կապահովվի կառավարության կողմից: Կառավարությունը ապահովագրական առողջապահության ազգային սխեմայում կներգրավի բոլոր քաղաքացիական ծառայողներին: Բոլորը կամ մի մասը կվճարվի կազմակերպության կողմից, (այս դեպքում՝ կառավարության կողմից), իսկ մնացածը՝ աշխատողի կողմից:

8.2 Ապահովագրական առողջապահության ազգային համակարգ

Նախկին Խորհրդային Միության շատ հանրապետություններ անցել են առողջապահական պարտադիր ապահովագրության համակարգի: ԱՆ որոշել է մտցնել մի համակարգ, որը բաղկացած կլինի պարտադիր վճարման, պարտադիր համընդհանուր ապահովագրման և կամավոր ապահովագրման բաժիններից: Այս համակարգի ներդրումը մեծապես կախված է կառավարության ֆինանսական հնարավորություններից և առողջապահության համակարգի եկամուտների համար այլընտրանքային աղբյուրների քանակից: Ենթադրվում է, որ ապահովագրական համակարգը կնպաստի

առողջապահության համար պահանջվող ֆինանսների ավելացմանը, ինչպես նաև ծառայությունների ապահովման երաշխավորմանը:

Պարտադիր ապահովագրությունը կրնոգրկի հետևյալ խմբերը.

- 1) Պետական կառույցները
- 2) Զինվորականությունը և ընտանիքները
- 3) Կազմակերպությունները/միավորումները. նրանք ունեն > 20 աշխատողներ

Ամբողջ վճարը կամ նրա մի մասը կվճարվի կազմակերպության կողմից, իսկ մնացածը՝ աշխատողի:

Կամավոր ապահովագրությունը կրնոգրկի հետևյալ խմբերը.

Այն անձինք և կազմակերպությունները, ովքեր ցանկանում են ընդգրկվել ապահովագրության պլանում: Նրանք կարող են ապահովագրել ինչպես իրենց, այնպես էլ իրենց ընտանիքի անդամներին:

Ապահովագրական առողջապահության ազգային պլանի կարգավորումը և կազմակերպումը կարող էիրականացվել կամ կառավարության, կամ մասնավոր կազմակերպությունների կողմից: Մասնավոր կազմակերպությունները կարող են լինել ավելի արդյունավետ, քանի դեռ չկան շատ հովանավորներ կամ միջոցներ: Հետևաբար, կառավարությունը համակարգի համար կստեղծի հիմնադրամ: Որպես ԱՆ առանձին մարմին, կհաստատվի ապահովագրության աշխատանքային խումբ, որը սակայն հաշվետու կլինի ԱՆ ներկայացուցիչներից կազմված ղեկավար կոմիտեին: Այս խմբում ընդգրկված կլինեն տարբեր նախարարությունների և գերատեսչությունների ներկայացուցիչներ, ինչպես նաև համայնքի անդամներ:

Կոմիտեի պարտականությունը կլինի.

- 1) Սահմանել ծառայությունների համար չափակարգված գներ.
- 2) Սահմանել ստանդարտ ժամանակային գրաֆիկներ և ծառայություններ.
- 3) Սահմանել համակարգ նվիրատվությունների համար.
- 4) Սահմանել տեղեկատվական համակարգ օգտագործումը, գինը, և որակը վերահսկելու համար:

8.3 Ֆինանսավորման այլընտրանքային աղբյուրներ.

8.3.1 Առողջության առաջնային պահպանման շրջանային կոնսորցիումներ

Հանրապետությունում երկրորդային և երրորդային խնամքի ֆինանսավորման մեծ մասը կապահովվի պետական բյուջեի կողմից, որը կլրացվի ապահովագրական առողջապահության ազգային համակարգի և ԱԱՊՇԿ կողմից: Առողջության առաջնային պահպանման ֆինանսավորման մեծ մասը կապահովվի տեղական և համայնքային մարմինների կողմից:

Կկազմակերպվի ԱԱՊՇԿ-ի համար բյուջետային համակարգ, ուժեղացնելու՝ շրջանային ռեսուրսների համապատասխան տեղաբաշխումը և բյուջետավորումը: Հիմնական ԱԱՊ ծառայությունների, ինչպես նաև շրջանային յուրահատուկ այլ բաղադրամասերի ֆինանսավորման համար ԱԱՊՇԿ-ի միջոցով կօգտագործվեն նաև տեղական ռեսուրսները: Առողջապահության տեղական մարմինների վրա ավելի մեծ պարտավորությունների, պատասխանատվության, և ճկունության փոխանցումը կնպաստի առավել արդյունավետ կառավարմանը և ծառայությունների կատարման ավելի լավ որակին:

8.3.2 Անհատները.

Բոլոր անձինք, ովքեր չեն ընդգրկված ոչ ապահովագրական առողջապահության ազգային ծրագրի մեջ, և ոչ էլ գրանցված են ԱԱՊՇԿ-ում, կարող են ծառայությունները ստանալ ըստ սահմանված գների:

8.3.3 Առողջապահության անձնակազմը

Բոլոր բուժաշխատողները պարտավոր են համաձայն իրենց երդումի ծառայություններ մատուցել բոլոր նրանց, ովքեր դրա կարիքը ունեն: Հետևաբար, առողջապահության անձնակազմից պահանջվում է սպասարկել բոլոր շտապ օգնություն պահանջող հիվանդներին, անկախ այն բանից, հիվանդները ընդգրկված են ապահովագրության մեջ կամ կարող են վճարել, թե՛ ոչ:

Բուժանձնակազմի աշխատավարձերը և շահագրգռվածությունը

Բուժանձնակազմի աշխատավարձերի ներկա համակարգը ճկուն չէ: Ան նախատեսում է բժիշկների վճարման համակարգը հաստատել ըստ հիվանդների թվի: Այս համակարգը իր ամբողջությամբ կամ որոշ ձևափոխություններով կիրառվել է Դանիայում, Նիդեռլանդներում և Մեծ Բրիտանիայում և ապացուցվել է իր դրական կողմերը: Ըստ այս համակարգի, բժիշկներին ամեն ամիս կվճարեն որոշակի գումար յուրաքանչյուր անձի համար, ով կորոշի գրանցվել տվյալ բժշկի մոտ՝ առաջնային խնամքի համար, անկախ այն բանից, թե նա օգտվում է ծառայություններից, թե՛ ոչ: Յուրաքանչյուր բժիշկ կստանա որոշակի թվով հիվանդների սկզբնական ցուցակը: Եվ նրանք պատասխանատու են ցուցակում ընդգրկված հիվանդների համար օրը 24 ժամ, շաբաթվա 7 օրերի ընթացքում: Բժշկի պարտականությունների շրջանակում են ինչպես օգնությունը և բուժումը, այնպես էլ հիվանդի բավարարվածությունը բուժսպասարկմամբ: Հետևաբար, համակարգը կապահովի բժիշկների շահագրգռվածությունը, հիվանդներին արագ, ջանքերի քիչ ծախսով բուժելու համար, վստահություն ներշնչելով նաև, որ հիվանդը ստանում է որակյալ բժշկական սպասարկում: Հիվանդը այդ բժշկին այցելում է մինչև նա գրանցման բաժնին չի տեղեկացնում բժշկին

փոխելու մասին: Հետևաբար, հիվանդը բավականաչափ խնամք է ստանում իր ցանկությամբ ընտրված անձնական բժշկից:

Համակարգի պարզությունը թույլ է տալիս, ադմինիստրատիվ գրանցում կատարել, որը համեմատաբար էժան կլինի: Հիվանդների բժշկական քարտերի պահպանությունից բացի, նրանք նաև բժիշկների ցուցակներում գրանցումներ կանեն հիվանդների թվի ավելացածման կամ նվազման մասին, կկարողանան ունկընդդել հիվանդների բողոքներն ու առաջարկությունները և գրանցումներ կկատարեն այն բժիշկներին տուգանելու համար, ովքեր խախտելով խիստ կանոնը՝ վճար են վերցրել իրենց ցուցակի հիվանդներից:

Համակարգը ճկուն է և կարող է հետագայում ձևափոխվել, հաշվի առնելով յուրահատուկ պրոբլեմները կամ նախագծերը: Օրինակ, ավելի բարձր վճար կարելի է սահմանել ծեր հիվանդների համար և արտոնություններ տալ աշխատանքային ստաժի և հեռավոր շրջաններում աշխատելու համար: Բացի այդ, պարզատրություններ կամ այլ տիպի շահագրգռվածություն կարելի է սահմանել կանխարգելիչ աշխատանքի կամ հիվանդի կողմից կատարած յուրաքանչյուր պրոֆիլակտիկ այցի համար:

8.3.4 Սեփականաշնորհում. դեղորայք

Սեփականաշնորհումը դա պետական ֆունկցիաների փոխանցումն է կամավոր կազմակերպություններին կամ մասնավոր ոչ շահութաբեր ձեռնարկություններին՝ պետական կարգավորման տարբեր աստիճաններով: Կարևոր է նշել, որ սեփականաշնորհումը պետության ուսերից չի վերցնում առողջապահության կառավարման ամբողջ բեռը: Ստեփանակերտում կան չորս դեղատներ, որոնք բոլորն էլ կսեփականաշնորհվեն 1997թ.: Բուժմիջոցների որակի և արտադրության վերահսկման համար անհրաժեշտ կլինեն խիստ օրենքներ և հսկիչ մարմին:

8.4 Հումանիտար օգնություն

Ֆինանսական և մարդկային ռեսուրսների ներկայիս բացակայության պայմաններում, ԼՂՀ-ում պլանի ներդրման համար անհրաժեշտ է հումանիտար օգնություն: Առողջապահության համակարգի նպատակն է խրախուսել առողջությունը և բարելավել բնակչության առողջական վիճակը, հանրապետության առողջապահական կառուցվածքը ուժեղացնելու, այդ գործին համայնքների լայն մասնակցությունը ապահովելու և տեղական ռեսուրսների օգտագործումը առավելագույնի հասցնելու միջոցով: Կարևոր է, որ հումանիտար կազմակերպությունները իրենց կողմից պլանավորած բոլոր գործողություններում ընդունեն և հետևեն այս սկզբունքին: Հույս կա, որ հումանիտար կազմակերպությունների հետ համագործակցությունը կօգնի հանրապետությանը առողջապահության ոլորտում և բնակչության բուժսպասարկման գործում իր պահանջները առավել լրիվ բավարարմանը:

9. Ապագան

Առողջապահության պլանավորման և զարգացման հաջորդ քայլը՝ Առողջապահության ազգային պլանի կիրառումն է, վերահսկումը և գնահատումը: Պլանավորման այս դինամիկ պրոցեսին անընդմեջ նպաստելու համար, պլանի կիրառման ընթացքում կկատարվի վերահսկում և գնահատում: Գնահատումը կապահովի պլանում տեղ գտած սխալների և ձեռքբերումների օբյեկտիվ ըմբռնմանը, որը դրանով իսկ կդառնա պլանավորման նոր օղակի սկիզբ:

Առողջապահության ազգային բոլոր ծրագրերը և նախագծերը հետագայում կփոփոխվեն և կհարմարեցվեն շրջանային կարիքներին և իրադրություններին: Հանրապետությունում անհրաժեշտ է ստեղծել և կիրառել տեղական միկրոպլաններ: Միկրոպլանավորումը կապահովի բնակչության շրջանում բժշկական ծառայությունների բաշխման արդարությունը և, առողջապահական ծառայությունների համապատասխանությունը համայնքի յուրահատուկ պահանջներին:

Առողջապահության ազգային պլանի իրականացման անհրաժեշտ մասն են կազմում համայնքների մասնակցությունը և տեղական հնարավորությունների ստեղծումն ու օգտագործումը: Պլանը պահանջում է ոչ միայն պետական միջամտություն և ֆինանսական օգնություն, այլ նաև կամավորների և հասարակության անդամների ակտիվ ներգրավում, և, ընդհանրապես, հասարակության սրտացավ մասնակցություն և օգնություն: Հետևաբար, նշված ծրագրերի կենսագործմանը պետք է ներգրավել տեղի բնակչությանը, որպեսզի նրանք ջանքեր թափեն իրենց սեփական առողջության և կյանքի որակի բարելավման համար: Ինչպես միջազգային, այնպես էլ տեղական կազմակերպությունների վարած քաղաքականությունը և տրամադրած ռեսուրսները կօժանդակեն մարդկանց առողջության պահպանմանը և բժշկական սպասարկման բարելավմանը ուղղված գործողությունների արդյունավետության բարձրացմանը, ինչն էլ ի վերջո ներկա ծրագրի բուն նպատակն է: