



Ֆինանսավորվում է  
Եվրոպական միության կողմից

«Աջակցություն ՀՀԳՀ-ի մշտադիտարկմանը, իրականացմանը և հաղորդակցությանը»  
ENI/2023/442-873

## **Ձեկույց**

**ԵՄ-Հայաստան Համապարփակ և ընդլայնված գործընկերության  
համաձայնագրի՝ առողջապահության ոլորտին վերաբերող դրույթների  
կիրարկման շուրջ**

**Հեղինակ՝ Վիոլետա Զոփունյան**

**Երևան 2025**



Ֆինանսավորվում է  
Եվրոպական միության կողմից

«Աջակցություն ՀՀԳՀ-ի մշտադիտարկմանը, իրականացմանը և հաղորդակցությանը»  
ENI/2023/442-873

**Սույն հրապարակումը պատրաստվել է Եվրոպական միության ֆինանսական աջակցությամբ: Դրա բովանդակության պատասխանատվությունը կրում է բացառապես հեղինակը՝ Վիոլետա Չոփունյանը, և պարտադիր չէ, որ այն արտահայտի Եվրոպական միության տեսակետները:**



## Բովանդակություն

1. Հապավումների ցանկ.....	4
2. Հակիրճ նկարագրություն.....	4
Համատեքստ և նպատակներ.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Մեթոդաբանություն.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Հիմնական բացահայտումներ.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Ռազմավարական առաջարկություններ.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Եզրակացություն.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3. Ներածություն.....	8
4. Մեթոդաբանություն.....	9
5. Հիմնական եզրահանգումներ և վերլուծություն.....	11
6. Առաջարկություններ.....	26
Ամփոփում.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
ՀԸԳՀ ճանապարհային քարտեզ. առողջապահության ոլորտում համագործակցություն (N34–N52). նախատեսված միջոցառումները և ներկա կարգավիճակը.....	29



## 1. Հապավումների ցանկ

ՀԸԳՀ – Համապարփակ և ընդլայնված գործընկերության համաձայնագիր  
 ԵՄ – Եվրոպական միություն  
 ԱՆ – Առողջապահության նախարարություն  
 ԱՀԿ – Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն  
 ՎՁՄԲ – Վերակառուցման և զարգացման միջազգային բանկ  
 ԲՈՒԵԱ – Բժշկական ուռուցքաբանության եվրոպական ասոցիացիա  
 ՀԱԾ – Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթ  
 Էլ. առողջապահություն – Էլեկտրոնային առողջապահության համակարգ  
 ԱԱԻ – Առողջապահության ազգային ինստիտուտ  
 ՈՎՀ – Ոչ վարակիչ հիվանդություններ  
 ՀՄԿ – Հակամանրէային դեղերի նկատմամբ կայունություն  
 ՀՄՕ – Հակամանրէային դեղերի օգտագործում

## 2. Հակիրճ նկարագրություն

Սույն զեկույցը ներկայացնում է Հայաստանի Հանրապետության և Եվրոպական միության միջև ստորագրված Համապարփակ և ընդլայնված գործընկերության համաձայնագրի (ՀԸԳՀ) շրջանակներում առողջապահության ոլորտին առնչվող դրույթների կիրարկման վերաբերյալ քաղաքացիական հասարակության կողմից իրականացված մոնիթորինգի արդյունքները: Չեկույցը գնահատում է արձանագրված առաջընթացը, առանձնացնում հիմնական մարտահրավերները և ներկայացնում կոնկրետ, իրագործելի առաջարկություններ՝ ուղղված ՀՀ առողջապահության ոլորտի բարեփոխումների համապատասխանեցմանը եվրոպական չափանիշներին, ՀԸԳՀ ճանապարհային քարտեզին և այդ ճանապարհային քարտեզով նախատեսված 2021-2025 թվականների ժամանակացույցին:



## Համատեքստ և նպատակներ

2017 թվականին ստորագրված և 2021 թվականից ուժի մեջ մտած Համապարփակ և ընդլայնված գործընկերության համաձայնագիրը (ՀԸԳՀ) ռազմավարական հիմք է ապահովում Հայաստանում համապարփակ բարեփոխումների համար, այդ թվում՝ առողջապահության ոլորտում: ՀԸԳՀ ճանապարհային քարտեզը հաստատվել է 2019 թվականին և վերանայվել 2021 թվականին՝ բարեփոխումների իրականացման ընթացքը համակարգելու նպատակով: Մույն մոնիթորինգի զեկույցը գնահատում է, թե ինչպես են Հայաստանում քաղաքականության և գործնական կիրառման մակարդակում կյանքի կոչվում ՀԸԳՀ-ի շրջանակում ստանձնված առողջապահության ոլորտին առնչվող հանձնառությունները՝ հատկապես այնպիսի ոլորտներում, ինչպիսիք են քաղցկեղի բուժումը, համընդհանուր առողջապահական ծածկույթը, թվային առողջապահությունը, պալիատիվ խնամքը և ծառայությունների որակի բարելավումը: Նպատակն է՝ թափանցիկության ապահովումը, հաշվետվողականության խթանումը և բարեփոխումների գործընթացին կառուցողական մասնակցությունը՝ համապատասխան շահակիրներին նպատակային առաջարկություններ ներկայացնելու միջոցով:

## Մեթոդաբանություն

Չեկույցը հիմնված է խառը մեթոդաբանության վրա, որը համադրում է՝

- ազգային ռազմավարական առողջապահական քաղաքականությունների և ՀԸԳՀ-ին առնչվող իրավական ակտերի փաստաթղթային վերլուծություն:
- ՀՀ առողջապահության նախարարության և այլ պետական մարմինների հետ պաշտոնական նամակագրություն:
- առողջապահության ոլորտի մասնագետների, քաղաքացիական հասարակության ներկայացուցիչների և ինստիտուցիոնալ շահակիրների հետ փորձագիտական հարցազրույցներ:
- ԵՄ լավագույն փորձի և միջազգային առողջապահական շրջանակների (օրինակ՝ ԱՀԿ, ԲՈՒԵԱ) համեմատական վերլուծություն:

Այս մոտեցումը հնարավորություն է տալիս համապարփակ պատկերացում կազմել ՀԸԳՀ-ի առողջապահության ոլորտին առնչվող դրույթների կիրարկման ընթացքում արձանագրված առաջընթացի և առկա բացերի վերաբերյալ:

## Հիմնական բացահայտումներ

### 1. Քաղցկեղի կանխարգելում և բուժում

Առաջընթաց է արձանագրվել հաստ աղիքի, կրծքագեղձի և արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սրբինինգի կազմակերպման հարցում: Այնուամենայնիվ, դեռևս առկա են լուրջ խնդիրներ հավաքագրվող տվյալների ամբողջականության, հանրային իրազեկվածության,



կոռուպցիոն ռիսկերի և անհրաժեշտ դեդորայքի հասանելիության ոլորտներում: Թեև մեկնարկվել է քաղցկեղի էլեկտրոնային ռեգիստրների ներդրումը, դրանք դեռևս լիովին գործունակ և այլ համակարգերի հետ փոխգործելի չեն: Գոյություն ունեն քաղցկեղի որոշ տեսակների բուժման ուղեցույցներ, սակայն դրանք դեռևս ամբողջական չեն և չեն ներդաշնակեցվել ԲՈՒԵԱ-ի կամ ԵՄ չափանիշների հետ: Առավել խոցելի խմբերը, հատկապես՝ ուշ փուլերի հիվանդները, շարունակում են բախվել ֆինանսական և հասանելիության խոչընդոտների:

## **2. Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթ (ՀԱԾ)**

Չնայած ստանձնած քաղաքական հանձնառություններին՝ Հայաստանը դեռևս չի ընդունել Համընդհանուր առողջապահական ապահովագրության մասին օրենքը: Չնայած ՀԱԾ-ի ներդրմանն աջակցելու համար Վերակառուցման և զարգացման միջազգային բանկից (ՎԶՄԲ) 102 միլիոն եվրո վարկի ներգրավմանը՝ իրավական դաշտի անպատրաստությունը խոչընդոտում է պլանավորմանը, բյուջետավորմանը և հաշվետվողականությանը: Այս իրավական վակուումը հղի է առողջապահական բարեփոխումների արդյունավետությունն ու հավասարությունը հետաձգելու կամ խաթարելու վտանգով:

## **3. Բժշկական ծառայությունների որակ և պացիենտնի անվտանգություն**

Թեև Հայաստանի առողջապահության որակի ռազմավարությունում որոշ ցուցանիշներ և գործիքներ ընդգրկված են, դրանց կիրարկումը շարունակում է անկայուն բնույթ կրել: Տվյալների մուտքագրման, հիվանդներից հետադարձ արձագանքների հավաքագրման և արտաքին վերահսկողության մեխանիզմները թույլ են զարգացած: Ինստիտուցիոնալ կառույցների միջև համակարգվածությունը և ծառայություններ մատուցողների հաշվետվողականությունը սահմանափակ են: Կառավարման գործընթացներում պացիենտները հիմնականում լսված չեն, իսկ նրանց շահերը ներկայացնող կազմակերպությունների գործունեությունը կարգավորող իրավական դաշտը դեռևս բավարար չափով չի ձևավորվել:

## **4. Թվային առողջապահություն և էլեկտրոնային առողջապահության համակարգ**

Չնայած այս ոլորտում ավելի քան մեկ տասնամյակ ներդրումների իրականացմանը՝ Հայաստանի էլեկտրոնային առողջապահության համակարգը թերի է գործում օրենսդրական բացերի, օգտատերերի սահմանափակ պատրաստվածությունից և տվյալների պաշտպանության թույլ մեխանիզմներից: Առողջապահության ոլորտի մասնագետները հաճախ շարունակում են օգտագործել ինչպես թղթային, այնպես էլ թվային համակարգեր, ինչը խոչընդոտում է արդյունավետությանը: Այլ ոլորտների (օրինակ՝ սննդի անվտանգություն, էկոլոգիա) հետ փոխգործելիությունը դեռևս չի հաստատվել, իսկ պացիենտների կողմից իրենց բժշկական տվյալներին հասանելիության և դրանց թափանցիկության մեխանիզմները բացակայում են:



## 5. Պալիատիվ խնամք

Օփիոիդային դեղամիջոցների հասանելիությունը ծայրահեղ սահմանափակ է, իսկ ցավի կառավարման ուղղությամբ բուժաշխատողների վերապատրաստումը՝ անբավարար: Պալիատիվ խնամք մատուցող լիցենզավորված բազմաթիվ հաստատություններ գործում են վճարովի հիմունքներով, ինչը սահմանափակում է ծառայությունների հասանելիությունը ցածր եկամուտ ունեցող և կյանքին սպառնացող հիվանդություններ ունեցող անձանց համար<sup>1</sup>: Ցավագրկման իրավունքահեն մոտեցումները բավարարորեն չեն կիրառվում գործնականում, իսկ կյանքի ավարտի խնամքի վերաբերյալ հանրային իրազեկվածությունը շարունակում է մնալ նվազագույն մակարդակում:

## Ռազմավարական առաջարկություններ

Ձեկույցում ներկայացված են մանրամասն առաջարկություններ՝ դասակարգված ըստ շահակիցների (Առողջապահության նախարարություն, Ազգային ժողով և ԵՄ) և մակարդակների (քաղաքական, օրենսդրական, ծառայությունների) համատեքստում: Դրանք ներառում են՝

- Հանրնդհանուր առողջապահական ապահովագրության մասին օրենքի ընդունում՝ որպես առաջնահերթ օրենսդրական միջոցառում.
- Քաղցկեղի բուժման նոր և առավել ընդգրկուն ուղեցույցերի մշակում՝ համապատասխանեցում ԲՈՒԵԱ-ի և ԵՄ չափանիշներին.
- Էլեկտրոնային ռեգիստրների ընդլայնում և հաստատությունների միջև տվյալների անվտանգ փոխանակման ապահովում.
- Որակի մոնիթորինգի մեխանիզմների ինստիտուցիոնալացում և պացիենտակենտրոն բարեփոխումների իրականացում.
- Հանրային իրազեկման արշավների և առողջապահական անձնակազմի թվային կարողությունների զարգացման ուղղությամբ ներդրումների իրականացում.
- Պալիատիվ խնամքի ենթակառուցվածքների ամրապնդում և ցավագրկող հիմնական դեղամիջոցների հասանելիության ապահովում:

<sup>1</sup> 2025 թվականին հրապարակված «Ցավագրկման հասանելիությունը և պացիենտների իրավունքները Հայաստանում» զեկույցի համաձայն՝ Հայաստանում լիցենզավորված է պալիատիվ խնամք ցուցաբերող ավելի քան 30 կազմակերպություն, սակայն դրանց մեծ մասը գործում է վճարովի հիմունքներով <https://shorturl.at/TvNe2>



## Եզրակացություն

ՀԸԳՀ-ով նախատեսված առողջապահական բարեփոխումների իրականացման ներկայիս ընթացքը մասնակի է և անհավասարաչափ: Չնայած նրան, որ Հայաստանը մշակել է ռազմավարական փաստաթղթեր և ապահովել է նաև արտաքին ֆինանսավորում, համակարգային խնդիրները շարունակում են պահպանվել օրենսդրության, ծառայությունների մատուցման և միջգերատեսչական համագործակցության ոլորտներում: ՀԸԳՀ-ի պարտավորություններին համահունչ գործողությունների ապահովման և բնակչության առողջական արդյունքների բարելավման համար անհրաժեշտ է վերանայել ճանապարհային քարտեզը՝ արտացոլելով ոլորտի ներկա իրողությունները, և շարունակել բարեփոխումները՝ շահառուների ավելի ընդգրկումն մասնակցությամբ, իրավական հստակությամբ և ապացույցների վրա հիմնված կառավարման միջոցով:

### 3. Ներածություն

Հայաստանի Հանրապետությունը և Եվրոպական Միությունը (ԵՄ) 2017 թվականին ստորագրեցին Հայաստան-ԵՄ Համապարփակ և ընդլայնված գործընկերության համաձայնագիրը (ՀԸԳՀ)<sup>2</sup>, որն ուժի մեջ մտավ 2021 թվականին: Համաձայնագրով սահմանված են մի շարք պարտավորություններ, որոնք ուղղված են ՀՀ օրենսդրության, կառավարման և ոլորտային քաղաքականությունների՝ ԵՄ չափանիշներին համահունչ համապարփակ բարեփոխմանը, ներառյալ՝ առողջապահական քաղաքականությունների զարգացումը և ամրապնդումը:

ՀԸԳՀ-ի արդյունավետ իրականացումն ապահովելու նպատակով մշակվել է ճանապարհային քարտեզ<sup>3</sup>, որը ներառում է կոնկրետ գործողություններ՝ համապատասխան ոլորտների բարեփոխման և զարգացման համար: Գործընթացի մոնիթորինգին ներգրավված են քաղաքացիական հասարակության տարբեր խմբեր, որոնք հետևում են նախատեսված միջոցառումների ընթացքին, վեր հանում հիմնական խոչընդոտները և նպաստում դրանց ավելի արդյունավետ իրականացմանը: Այս գործընթացի մոնիթորինգը կենսական նշանակություն ունի համակարգի կայունությունն ապահովելու և բնակչության կյանքի որակը բարելավելու համար:

Սույն ուսումնասիրության նպատակը ՀԸԳՀ-ի՝ առողջապահությանը վերաբերող դրույթների իրականացման ընթացքի գնահատումն է, հիմնական մարտահրավերների և բացերի բացահայտումը, ինչպես նաև հնարավոր լուծումների ու բարեփոխումների վերաբերյալ առաջարկությունների ներկայացումը: Ուսումնասիրությունը

<sup>2</sup> <https://img1.wsimg.com/blobby/go/5752ebf7-1b3a-495a-a100-10a10049469c/downloads/CEPA%20-%20English-%20with%20Annexes.pdf?ver=1741107943989>

<sup>3</sup> <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=131232>



մասնավորապես կենտրոնանում է ճանապարհային քարտեզում ներառված հետևյալ ոլորտների վրա՝

- Քաղցկեղի դեմ պայքարի շրջանակում իրականացված միջոցառումները, ներառյալ՝ էլեկտրոնային ռեգիստրների ներդրումը և ախտորոշիչ ծառայությունների հասանելիության բարելավումը.
- Քաղցկեղի բուժման նոր և ավելի համապարփակ ալգորիթմների մշակում, որոնք կհամապատասխանեն ԵՄ չափանիշներին.
- Քաղցկեղով պացիենտների վարման որակի բարձրացմանը և բուժման արդյունավետության բարելավմանն ուղղված գործիքների մշակում և կիրարկում.
- Էլեկտրոնային առողջապահական համակարգը և դրա ֆունկցիոնալությունը.
- Պալիատիվ խնամքի ծառայությունների զարգացումը.
- Առողջապահական քաղաքականությունների առաջնությունը և միջգերատեսչական համագործակցության ամրապնդումը՝ հատկապես շրջակա միջավայրի պաշտպանության, ջրային ռեսուրսների կառավարման և հանրային առողջապահության հիմնահարցերի համատեքստում:

#### 4. Մեթոդաբանություն

Սույն ուսումնասիրությունը հիմնված է փաստահեն մեթոդաբանության վրա, որը համադրում է որակական ու քանակական հետազոտական մեթոդները՝ ՀԸԳՀ-ի առողջապահության ոլորտին առնչվող դրույթների համապարփակ գնահատումն ապահովելու համար:

Սույն ուսումնասիրությունը հիմնված է փաստահեն մեթոդաբանության վրա, որը ներառում է՝

- Տեղեկատվության հավաքագրում պետական մարմիններից.
- Փորձագիտական հարցազրույցներ.
- ԵՄ և ՀՀ օրենսդրությունների համեմատական վերլուծություն:

Այս մոտեցումը հնարավորություն է տալիս ճշգրիտ գնահատել ոլորտում արձանագրված առաջընթացը, բացահայտել հիմնական մարտահրավերները և մշակել համապատասխան քաղաքականական առաջարկություններ:

Ուսումնասիրությունը ներառում է հետևյալ բաղադրիչները.

#### Փաստաթղթերի վերլուծություն

Իրականացվել է Հայաստանի առողջապահության ոլորտի ռազմավարական փաստաթղթերի խորքային վերանայում, ներառյալ՝ Առողջապահության համակարգի 2023-



2026 թվականների զարգացման ռազմավարությունը<sup>4</sup> և ՀԸԳՀ ճանապարհային քարտեզով նախատեսված միջոցառումները: Կատարվել է ՀՀ համապատասխան օրենսդրության և ԵՄ կարգավորող ակտերի միջև համեմատական վերլուծություն՝ օրենսդրական բարեփոխումների ծավալը գնահատելու նպատակով: Բացի այդ, վերլուծվել են քաղցկեղի կանխարգելման և բուժման վերաբերյալ ինչպես ազգային, այնպես էլ միջազգային ուղեցույցները:

### **Պետական մարմիններից տեղեկատվության հավաքագրում**

ՀՀ առողջապահության նախարարություն (ԱՆ) ներկայացվել են պաշտոնական հարցումներ, որոնք վերաբերել են ՀԸԳՀ-ի շրջանակում նախատեսված առողջապահական միջոցառումների իրականացմանը, դրանց ընթացքին և առկա խնդիրներին: Ստացված տվյալները համեմատվել են նախկինում հրապարակված պաշտոնական զեկույցների հետ և վերլուծվել ոլորտային թերությունների բացահայտման նպատակով: Ուսումնասիրությունը դիտարկել է նաև միջգերատեսչական համագործակցության մակարդակը, մասնավորապես՝ շրջակա միջավայրին և առողջության վրա դրա ազդեցությանն առնչվող քաղաքականությունների համատեքստում:

### **Փորձագիտական հարցազրույցներ**

Հարցազրույցներ են անցկացվել առողջապահության ոլորտի փորձագետների, բժշկական հաստատությունների ներկայացուցիչների և քաղցկեղի բուժման ոլորտի մասնագետների հետ: Այս քննարկումները անդրադարձել են հետևյալ հարցերին՝

- Քաղցկեղի ախտորոշման և բուժման գործընթացում առկա խնդիրները.
- Էլեկտրոնային ռեգիստրների ներդրման խոչընդոտները.
- պացիենտների վարման բարելավման հնարավորությունները.
- պալիատիվ խնամքի ծառայությունների հասանելիության և որակի հետ կապված հարցերը:

### **Միջազգային լավագույն փորձի հետ համեմատական վերլուծություն**

Ուսումնասիրությունը դիտարկել է ԵՄ անդամ պետությունների մոտեցումները քաղցկեղի կանխարգելման, բուժման, պալիատիվ խնամքի և թվային առողջապահության զարգացման ոլորտներում: Կատարվել է ԵՄ չափանիշների և ՀՀ առողջապահական քաղաքականությունների համեմատական վերլուծություն՝ գնահատելով կարգավորող և կառուցվածքային տարբերությունները, ինչպես նաև ինտեգրման հնարավոր ուղիները:

<sup>4</sup> <https://www.arlis.am/hy/acts/174219>



## 5. Հիմնական եզրահանգումներ և վերլուծություն

### Հիմնական դիտարկումներ

Առողջության իրավունքին վերաբերող կոնկրետ դրույթները քննարկելուց առաջ անհրաժեշտ է ուսումնասիրել ՀԸԳՀ-ի<sup>5</sup> երկու հիմնական հոդվածները, որոնք վերաբերում են առողջապահության ոլորտում համագործակցությանը:

Թեև կարող է թվալ, թե 91-րդ հոդվածն ունի ընդհանուր բնույթ, դրա դրույթները կարող են ծառայել որպես կարևոր հիմք երկրի զարգացման համար: Այնուամենայնիվ, ՀԸԳՀ ճանապարհային քարտեզում ներառված՝ այս հոդվածից բխող գործողությունները լիովին չեն արտացոլում դրա հիմնական նպատակները:

Այս դրույթն ընդունելով որպես հիմք՝ 2024 թվականի փետրվարի 28-ին ընդունվեց «Հանրային առողջության մասին» ՀՀ օրենքը: Չնայած օրենքն առաջին հերթին անդրադառնում է համաճարակաբանական անվտանգության և պատվաստումների հարցերին, կանխարգելիչ բժշկության բազմաթիվ կարևոր ասպեկտներ դեռևս պատշաճ կարգավորված չեն: Օրենքի գործնական կիրարկումը պահանջում է մի շարք կարևոր ենթաօրենսդրական ակտերի ընդունում: Դրանք, օրինակ, ներառում են՝

- Կառավարության որոշումներ, որոնք սահմանում են հանրային առողջապահության և արտադրական հիգիենայի ստուգումներ իրականացնելու համար անհրաժեշտ տեխնիկական և մասնագիտական որակավորման պահանջները.
- Հանրային առողջապահության վերաբերյալ պարտադիր վերապատրաստման ընթացակարգ սննդարդյունաբերության, առևտրի, հանրային սննդի, ջրամատակարարման, առողջապահական և կանխարգելիչ հաստատությունների, ինչպես նաև կրթական և երեխաների խնամքի ոլորտների աշխատողների համար.
- Կառավարության կողմից հաստատված կանոնակարգ, որը սահմանում է մասնագիտական հիգիենիկ ծառայությունների նվազագույն ծավալը.
- Կանոններ, որոնք սահմանում են հանրային առողջապահության փորձագիտական գնահատումների անցկացման չափանիշները:

Կանխարգելիչ բժշկությունը նպատակ ունի կանխել հիվանդությունների առաջացումը կամ դանդաղեցնել դրանց զարգացումը և ներառում է տարբեր միջոցառումներ՝ ուղղված առողջության պահպանմանը, ռիսկի գործոնների նվազեցմանը և բնակչության կենսամակարդակի բարելավմանը:

Դրա համար անհրաժեշտ է օրենսդրորեն ամրագրել կանխարգելիչ բժշկությունը երեք հիմնական մակարդակներում.

<sup>5</sup> <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=124389>



### 1. Առաջնային կանխարգելում

Այս մակարդակը նպատակ ունի կանխել հիվանդությունների առաջացումը՝ նվազեցնելով ռիսկի գործոնները: Այն ներառում է առողջ ապրելակերպի, սննդակարգի, ֆիզիկական ակտիվության և վնասակար սովորությունների վերաբերյալ կրթությունը և իրազեկումը, պատվաստումները, շրջակա միջավայրի պաշտպանությունը, վնասակար արտանետումների նվազեցումը, ջրի և սննդի աղտոտման կանխարգելումը, ինչպես նաև առողջ ապրելակերպի խթանումը:

### 2. Երկրորդային կանխարգելում

Այս մակարդակն ուղղված է հիվանդությունների վաղ հայտնաբերմանն ու բուժմանը՝ մինչև դրանք լուրջ խնդիր դառնան: Այն ներառում է սրբինինգի ծրագրերը, կանոնավոր բժշկական զննությունները, որոնք թույլ են տալիս վաղ փուլում հայտնաբերել հիվանդությունները (օրինակ՝ քաղցկեղի, շաքարային դիաբետի և սրտանոթային հիվանդությունների սրբինինգներ), ռիսկի գործոնների վերահսկումը և բժշկական օգնության ապահովումը՝ վաղ ախտանիշների դեպքում:

### 3. Երրորդային կանխարգելում

Այս մակարդակը նպատակ ունի կանխել առկա հիվանդությունների բարդությունները և բարելավել պացիենտի կյանքի որակը: Այն ներառում է վերականգնումը, ֆիզիկական և հոգեբանական ապաքինումը հիվանդություններից կամ վիրահատություններից հետո, քրոնիկ հիվանդությունների վարումը և աջակցությունը, բարդությունների ռիսկի նվազեցումը, ինչպես նաև պացիենտներին տրամադրվող տեղեկությունները ու աջակցությունը՝ իրենց հիվանդության հետ կապված խնդիրների կառավարման համար:

Հայաստանում առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման արդյունավետությունը բարձրացնելու համար կարևոր է ապահովել պետական բյուջետային ռեսուրսների օպտիմալ բաշխումը, ինչպես նաև խթանել մասնավոր հատվածի ներդրումները: Այս համատեքստում, ՀԸԳՀ-ի շրջանակներում հնարավոր է կիրառել ԵՄ փորձը՝ կենտրոնանալով ծախսերի թափանցիկության և հաշվետվողականության վրա, ինչը կնպաստի համակարգի կայունությանը:

Հարկ է նշել, որ ՀԸԳՀ ճանապարհային քարտեզի 16-րդ գլուխը չի անդրադառնում համընդհանուր առողջապահական ապահովագրությանը, որն առանցքային դեր է խաղում առողջության իրավունքի մատչելիության ապահովման գործում: 91-րդ և 92-րդ հոդվածները ևս ենթադրում են, որ որակյալ բժշկական ծառայությունների մատուցման ապահովումն առողջապահական բարեփոխումների հիմնական նպատակներից մեկն է: Այս ուղղությամբ անհրաժեշտ է ներդնել ԵՄ պահանջներին համապատասխան բժշկական ծառայությունների որակի և անվտանգության չափանիշներ:



Բացի այդ, բժշկական անձնակազմի մասնագիտական կարողությունների բարձրացումը և շարունակական կրթական համակարգի ստեղծումը կարևոր քայլեր են, որոնք կնպաստեն ծառայությունների որակի բարելավմանը: ՀԸԳՀ-ի շրջանակներում հնարավոր է իրականացնել կրթական փոխանակման ծրագրեր և օգտվել ԵՄ երկրների փորձից: Թեև ճանապարհային քարտեզում ներկայացված գործողությունները մասնակիորեն անդրադառնում են այս հարցերին, սակայն գործնականում դրանք դեռևս լիարժեք տեսանելի չեն:

Տեղեկատվական տեխնոլոգիաների և թվային առողջապահության ներդրումն առողջապահության բարեփոխումների մեկ այլ կարևոր ուղղություն է: Էլեկտրոնային առողջապահության համակարգերի (էլ. առողջապահություն) զարգացումը և բժշկական տվյալների թվայնացումը կարող են զգալիորեն բարելավել ծառայությունների որակը և մատչելիությունը: Հեռաբժշկական ծառայությունների ընդլայնումը հատկապես կարևոր նշանակություն ունի գյուղական և հեռավոր բնակավայրերում, որտեղ բժշկական ծառայությունների հասանելիությունը սահմանափակ է: Չնայած Հայաստանն իր ռազմավարական փաստաթղթերում անդրադարձել է թվային առողջապահության և դրա բաղադրիչների զարգացմանը, ՀԸԳՀ ճանապարհային քարտեզը չի ներառում այս ոլորտում որևէ կոնկրետ գործողություն կամ համագործակցություն ԵՄ այն երկրների հետ, որոնք արդեն իսկ մեծ փորձ ունեն թվային առողջապահության ոլորտում: Այս բացթողումը պետք է լրացվի ՀԸԳՀ վերանայված ճանապարհային քարտեզում՝ ներառելով թվային առողջապահության ոլորտում համագործակցության և դրա ներդրման վերաբերյալ կոնկրետ գործողություններ:

Վերջապես, կարևոր նշանակություն ունի նաև դեղորայքի եւբժշկական սարքավորումների հասանելիության ապահովումը: Դեղորայքի որակի և անվտանգության չափանիշների ապահովումը, ինչպես նաև դեղերի գների կարգավորումը կարող են բարելավել դրանց հասանելիությունը: Բժշկական սարքավորումների արդիականացումը և դրանց օգտագործման արդյունավետության բարձրացումը կարևոր քայլեր են, որոնք կնպաստեն առողջապահական ծառայությունների որակի բարձրացմանը:

Հայաստանի Հանրապետության հանրային առողջապահական համակարգի բարեփոխումները ԵՄ չափանիշներին համապատասխանեցնելու նպատակին հետամուտ լինելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որ այդ բարեփոխումները պետք է ուղղված լինեն ոչ միայն բնակչության առողջության պահպանմանը, նաև համակարգի կայունության ապահովմանը և ԵՄ լավագույն փորձի ներառմանը: Հետևաբար անհրաժեշտություն է առաջանում թարմացնել ճանապարհային քարտեզը՝ վերոնշյալ մոտեցումների հանգույն:

Ըստ ՀԸԳՀ ճանապարհային քարտեզի 35-րդ կետի՝ պետք է մշակվի Միջազգային առողջապահական կանոնների արդյունավետ ներդրման կայուն ծրագիր: Այս համատեքստում հղում է արվում Եվրոպական խորհրդարանի և ԵՄ խորհրդի 2013 թվականի հոկտեմբերի 22-ի թիվ 1082/2013/ԵՄ որոշմանը՝ առողջության նկատմամբ լուրջ



միջսահմանային սպառնալիքների և համաճարակաբանական վերահսկման ու արձագանքման համակարգի ստեղծման վերաբերյալ:

Մասնավորապես՝ Գլուխ 2-ի Հոդված 4-ի «դ» ենթակետը սահմանում է պատրաստվածության և արձագանքման ծրագրեր մշակելու և դրանք թարմացնելու, ինչպես նաև դրանց փոխգործելիությունն ապահովելու անդամ պետությունների պարտավորությունը:

Ըստ ՀՀ առողջապահության նախարարության<sup>6</sup> այս գործառույթի շրջանակներում մշակվել է «Հանրային առողջապահության անվտանգության ազգային գործողությունների ծրագրի» նախագիծ: Նախագիծը քննարկվել է 2024 թվականի հուլիս–օգոստոս ամիսներին, սակայն դեռևս չի ընդունվել:

Առողջապահության նախարարության պաշտոնական պատասխանի համաձայն՝ մշակվել է համաճարակաբանական հսկման ենթակա վարակիչ հիվանդությունների նախագիծ-ցանկը (2018 թվականի հուլիսի 22-ի թիվ 945/2018/ԵՄ որոշում<sup>7</sup>), որը սահմանում է համաճարակաբանական հսկման շրջանակը՝ ինչպես ազգային, այնպես էլ միջազգային մակարդակով (ՀԸԳՀ ճանապարհային քարտեզի 37-րդ կետ): Վերոնշյալ նախագիծն ևս դեռ ընդունված չէ:

### **Ոլորտային ռազմավարական մոտեցումներ**

Դեռևս 2019 թվականին Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը՝ մարդկային կապիտալի զարգացման իր նպատակների շրջանակում, իր ծրագրում<sup>8</sup> ընդգրկեց առողջապահության ոլորտի արդիականացումն ու կատարելագործումը, որակյալ առողջապահական ծառայությունների հասանելիության և մատչելիության ապահովումը, ինչպես նաև առողջապահական ապահովագրական համակարգի ներդրումը: Ծրագրում արդարացիորեն նշվում է, որ քաղաքացիների համար առողջապահական ծառայությունների հասանելիությունն ու մատչելիությունն ապահովելու նպատակով անհրաժեշտ է հետևողականորեն շարունակել առողջապահական ապահովագրության համակարգի ներդրումը, որը երաշխավորում է ժամանակին և համապատասխան բժշկական օգնության և ծառայությունների տրամադրում՝ անկախ սեռից, տարիքից, բնակության վայրից կամ սոցիալական կարգավիճակից:

Հետագայում՝ 2021 թվականին, ՀՀ կառավարությունը N 1902-Լ որոշմամբ հաստատեց «ՀՀ կառավարության 2021-2026 թվականների գործունեության միջոցառումների ծրագիրը<sup>9</sup>», ինչից հետո ընդունվեց նաև «Առողջապահության համակարգի 2023-2026 թթ. զարգացման

<sup>6</sup> Հարցման պատասխան թիվ ԱՄ/10.2/8266-25  
<sup>7</sup> [https://eur-lex.europa.eu/eli/dec\\_impl/2018/945/oj](https://eur-lex.europa.eu/eli/dec_impl/2018/945/oj)  
<sup>8</sup> <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=128281>  
<sup>9</sup> <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=172772>



ռազմավարությունը» և դրանից բխող գործողությունների ծրագիրը<sup>10</sup>: Այս փաստաթղթերում ընդգրկված մի շարք միջոցառումներ համահունչ են ՀԸԳՀ նանապարհային քարտեզում ներկայացված առողջապահության ոլորտում համագործակցության ուղղություններին :

ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից հրապարակված հաշվետվությունների և պաշտոնական հարցումների պատասխանների հիման վրա կարելի է եզրակացնել, որ ռազմավարության շրջանակում նախատեսված միջոցառումների մեծ մասը իրականացվել է, իսկ որոշները՝ մասնակիորեն: Այդուհանդերձ համընդհանուր առողջապահության ապահովագրության ներդրումը 2024 թվականի դրությամբ չի իրականացվել, թեև փոխհատուցումների առաջին փուլի մեկնարկը նախապես նախատեսված էր 2023 թվականին: «Համապարփակ առողջապահական ապահովագրության մասին» ՀՀ օրենքի և դրա հետ կապված օրենսդրական փոփոխությունների փաթեթը դեռևս չի ընդունվել: Ներկայումս վերոնշյալ օրենսդրական փաթեթը վերանայվել է ՀՀ վարչապետի աշխատակազմի ղեկավարի հանձնարարությամբ և կրկին ներկայացվել հանրային քննարկման:

2025 թվականի ապրիլի 18-ին Հայաստանի Հանրապետության Ազգային ժողովը վավերացրել է<sup>11</sup> Հայաստանի Հանրապետության և Վերակառուցման և զարգացման միջազգային բանկի (ՎԶՄԲ) միջև 2024 թվականի հուլիսի 25-ին ստորագրված «Համընդհանուր առողջապահական ապահովագրության ծրագրի իրականացում» վերնագրով վարկային համաձայնագիրը: Այս 102 միլիոն եվրո արժողությամբ արդյունքահեն վարկը նպատակ ունի աջակցել ՀՀ կառավարությանը, մասնավորապես՝ ՀՀ առողջապահության նախարարությանը՝ համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի (ՀԱԾ) ներդրման, առաջնային առողջապահական ծառայությունների որակի և մատուցման բարելավման, առողջապահական ծախսերի արդյունավետության բարձրացման և ծառայությունների մատչելիությանը խոչընդոտող ֆինանսական արգելքների նվազեցման գործում: Վարկային միջոցների տրամադրումը կախված է նախապես սահմանված արդյունքահեն ցուցանիշների իրականացումից, որոնք մշակվել են ՀՀ առողջապահության և ֆինանսների նախարարությունների ու Համաշխարհային բանկի կողմից՝ մեկ տարվա ընթացքում:

Կարևոր է նշել, որ չնայած վարկը ուղղված է հենց համընդհանուր առողջապահական ապահովագրության ներդրմանը, դրա հիմնարար իրավական հիմք հանդիսացող «Համընդհանուր առողջապահական ապահովագրության մասին» օրենքը դեռևս չի ընդունվել: Սա ստեղծում է մի իրավիճակ, երբ առողջապահության ֆինանսավորման խոշոր բարեփոխում իրականացնելու համար ներգրավվում է զգալի միջազգային փոխառություն՝ չնայած այն կարգավորող և սպասարկող օրենսդրական շրջանակի բացակայությանը: Նման անհամապատասխանությունը մտահոգություններ է առաջացնում՝ կապված իրավական որոշակիության, իրականացման ռիսկերի և

<sup>10</sup><https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=192002>  
<sup>11</sup> [http://www.parliament.am/draft\\_history.php?id=15472&lang=arm](http://www.parliament.am/draft_history.php?id=15472&lang=arm)



ռեսուրսների օգտագործման հաշվետվողականության վերաբերյալ: Ծրագիրը համահունչ է ՀՀ կառավարության 2021-2026 թվականների գործունեության միջոցառումների ծրագրին<sup>12</sup> և Առողջապահության համակարգի 2023-2026 թթ. զարգացման ռազմավարությանը, որտեղ նախատեսված է ավարտել մինչև 2029 թվականի սեպտեմբերի 30-ը: Այնուամենայնիվ, դրա նպատակների լիարժեք իրագործումը մեծապես կախված է «Համընդհանուր առողջապահական ապահովագրության մասին» օրենքի ժամանակին ընդունումից և արդյունավետ կիրառումից:

ՀԸԳՀ մոնիթորինգի շրջանակում 2021 թվականի ապրիլի 7-ին ՀՀ առողջապահության նախարարի թիվ 1126-Լ հրամանով<sup>13</sup> ընդունվել է մեկ այլ կարևոր ռազմավարական փաստաթուղթ, որը վերաբերում է չարորակ նորագոյացությունների դեմ պայքարի միջոցառումների ծրագրի հաստատմանը: Հատկանշական է, որ այս կարևոր փաստաթղթի իրականացման և արդյունքների վերաբերյալ հրապարակային հաշվետվություն առայժմ հասանելի չէ:

### **Քաղցկեղի կանխարգելման և բուժման ոլորտի զարգացում**

Քաղցկեղի կանխարգելման ուղղությամբ սրբինինգն ունի կարևոր նշանակություն, և համաձայն ՀԸԳՀ ճանապարհային քարտեզի՝ սրբինինգային և հիվանդությունների միասնական ռեգիստրերի ստեղծումը, փորձարկումը, մասնագետների պատրաստումը, տեխնիկական վերազինումը և ամբողջական գործարկումը պետք է ավարտված լիներ մինչև 2023 թվականը: Սակայն 2025 թվականի փետրվարի դրությամբ այս գործառնությունը դեռ լիարժեքորեն չի իրականացվել: ՀՀ առողջապահության նախարարության ներկայացրած հաշվետվության<sup>14</sup> մեջ նշվում է՝

- Վերջին տարիներին իրականացվել են հետազոտություններ՝ կոլոռեկտալ քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման նպատակով: 2024 թվականին 50-75 տարեկան բնակչության շրջանակներում իրականացվել է 4,893 սրբինինգ (նախապես նախատեսված 3,900-ի փոխարեն): 332 անձի մոտ իմունաքիմիական թեստերն ունեցել են դրական արդյունքներ, 204 քաղաքացի էլ պետական պատվերի շրջանակներում ուղեգրվել է կոլոնոսկոպիկ հետազոտության: Ավելացել է ծրագրում ընդգրկված բժշկական կազմակերպությունների թիվը (երեքը՝ Երևանում, երեքը՝ Գյումրիում), ինչպես նաև շահառուների խումբը:

Ըստ պացիենտների իրավունքների պաշտպանության ոլորտում ներգրավված քաղաքացիական հասարակության կազմակերպությունների ներկայացուցիչների՝ անորոշ է, թե հատկապես ինչ հետազոտություններ են իրականացվել, որոնց արդյունքում

<sup>12</sup> ՀՀ կառավարության 2023թ. փետրվարի 9-ի թիվ 174-Լ որոշում

<https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=192002>

<sup>13</sup> <https://www.moh.am/images/legal-743.pdf>

<sup>14</sup> <https://moh.am/uploads/dzev%20%201902.pdf>



քաղաքացիներն ուղեգրվել են լրացուցիչ սրբինինգների: Բացի այդ, դեռևս հստակ սահմանված չեն կոյոռեկտայ քաղցկեղի կանխարգելման ուղեցույցները և չափանիշները:

- Սրբինինգային ծրագրի<sup>15</sup> շրջանակում իրականացվել են նաև հետազոտություններ՝ կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման նպատակով: 2024 թվականին թիրախային խմբի կանանց շրջանում իրականացվել է 4,166 անվճար մամոգրաֆիկ սրբինինգ: Բացի այդ, 2024 թվականին թիրախային խումբը ընդլայնվել է՝ ներառելով նաև 45-68 տարեկան կանանց:

Կրծքագեղձի քաղցկեղի սրբինինգային ծրագիրը քաղաքացիական հասարակության կազմակերպությունների<sup>16</sup> կողմից, ընդհանուր առմամբ, դրական է գնահատվում: Սակայն արձանագրվել են դեպքեր, երբ սկրինինգ անցնելու խնդրանքին ի պատասխան՝ գյուղական համայնքների բնակիչները բուժաշխատողներին առաջարկել են գրանցել իրենց՝ իբր մասնակցած հետազոտությանը, դրամական վճարի դիմաց: Այսպիսի պրակտիկան վկայում է թիրախային բնակչության շրջանում իրագեկվածության ցածր մակարդակի, ինչպես նաև՝ հիվանդության և դրա վաղ հայտնաբերման կարենորության չհասկացվածության մասին: Մա ցույց է տալիս, որ կրթության և հանրային իրագեկման ուղղությամբ դեռ զգալի աշխատանք կա կատարելու:

Ինչ վերաբերում է կրծքագեղձի քաղցկեղի սրբինինգի իրականացման նոր փուլին, ապա պետք է նշել, որ ՀՀ առողջապահության նախարարությունը 2025 թվականի ապրիլի 8-ին ընդունել է թիվ 2110-Ա հրամանը<sup>17</sup>՝ «Հայաստանի Հանրապետության տարածքում կրծքագեղձի քաղցկեղի սրբինինգային հետազոտությունների իրականացման և փոխհատուցման ընթացակարգը հաստատելու և կրծքագեղձի քաղցկեղի սրբինինգային հետազոտություններ իրականացնող բժշկական կազմակերպությունների ցանկը հաստատելու մասին»:

ՀՀ առողջապահության նախարարության տվյալներով<sup>18</sup>՝ 2020 թվականին մեկնարկած դրական «Her2/Neu» կրծքագեղձի քաղցկեղի տրաստուգումար (Հերցեպտին) դեղով բուժման ծրագրի շրջանակներում 2024 թվականի դրությամբ կրծքագեղձի քաղցկեղ ախտորոշմամբ 1-ից 3-րդ փուլի Her2 դրական ենթատիպով հաշվառված շուրջ 1,100 պացիենտի շարունակաբար տրամադրվել է հակառուռուցքային «Տրաստուգումար» դեղը: Միայն 2024 թվականին դեղամիջոցը տրամադրվել է 200 պացիենտի: Սակայն պացիենտների իրավունքների պաշտպանության ոլորտում գործող քաղաքացիական հասարակության կազմակերպությունները<sup>19</sup>, որոնք զբաղվում են կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման, բուժման և առնչվող խնդիրներով, մի շարք մտահոգություններ են

<sup>15</sup> <https://www.oncology.am/hy/about-us/programs/krckagegji-kagckegi-skriningayin-cragri-masin>

<sup>16</sup> «Չենարան» հիմնադրամ

<sup>17</sup> <https://moh.am/uploads/2110%202025%2008.04.pdf>

<sup>18</sup> <https://moh.am/uploads/dzev%20%201902.pdf>

<sup>19</sup> Համաձայն «Չենարան» հիմնադրամի և «Եվրոպա Դոնա Հայաստան» ՀԿ-ի հետ անցկացված հարցազրույցների



բարձրաձայնել: Մասնավորապես՝ նրանք նշում են, տրաստուզումաբ դեղամիջոցը, որը բավականին թանկ արժե, տրամադրվում է միայն այն պացիենտներին, ովքեր ունեն միայն 1-ից 3րդ փուլերի աշտորոշում: Իսկ 4-րդ փուլում գտնվող պացիենտների մեծ մասը բախվում է լուրջ ֆինանսական դժվարությունների, քանի որ նրանց ախտորոշումը համարվում է ոչ նպաստավոր, և նրանք դուրս են մնում ծրագրից: Ավելին՝ այդ պացիենտները, բացի մի շարք բժշկական ծառայությունների և դեղերի արժեքը սեփական միջոցներով հոգալուց, ստիպված կրում են նաև հավելյալ ֆինանսական բեռ: Հատկանշական է նաև այն հանգամանքը, որ պացիենտները երկար ժամանակ չեն դիմել կրծքագեղձի քաղցկեղի Her2 դրական ենթատիպի ախտորոշիչ թեստի համար, քանի որ այն արժեք մոտ 100,000 ՀՀ դրամ (մոտավորապես 250 ԱՄՆ դոլար), ինչը խոչընդոտում էր ծրագրին նրանց մասնակցությանը: Սակայն այժմ այս թեստը ներառվել է պետական պատվերով առողջապահական ծրագրում:

Մեկ այլ մտահոգություն էլ վերաբերում է հաշվետվությունում նշված արդյունավետության գնահատմանը, որի համաձայն տրաստուզումաբի կիրառումը բարելավում է պացիենտների կյանքի որակը և բարձրացնում է 10 տարվա առանց ռեցիդիվի ապրելիությունը՝ հասցնելով այն 73.3 տոկոսի: Այնուամենայնիվ, առաջանում է հարց՝ ինչպե՞ս կարող է գնահատվել 10 տարվա առանց ռեցիդիվի ապրելիության ցուցանիշ մի ծրագրի շրջանակում, որը գործել է միայն 2020-ից մինչև 2024 թվականները:

- Լիազոր մարմնի հաշվետվությունների համաձայն՝ իրականացվել են նաև արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման սքրինինգներ: 2024 թվականին իրականացվել է ընդհանուր 33,258 ՊԱՊ-քսուրի հետազոտություն (2023 թվականին կատարված 28,462-ի համեմատ) :

Փորձագետները պնդում են, որ այս հիվանդությունը հնարավոր է լիովին վերացնել, ինչը գիտականորեն ապացուցված է և համարվում է լիովին իրատեսական: Ավելին՝ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ) բոլոր երկրներին առաջարկել է հիվանդության վերացման ճանապարհային քարտեզ, և ակնկալվում է, որ մի շարք պետություններ կհասնեն այս ցանկալի արդյունքին՝ շնորհիվ պատշաճ կազմակերպման և իրականացման: Հայաստանում արգանդի պարանոցի քաղցկեղի կանխարգելման սքրինինգային ծրագրին իրականացվել է 2015–2021 թվականներին, սակայն դրա արդյունքներն ու արդյունավետությունը երբևէ չեն գնահատվել: Ծրագրի իրականացման համար հատկացվել են զգալի ֆինանսական միջոցներ, սակայն դրա արդյունավետությունը գնահատման չի ենթարկվել:

Հիվանդությունների միասնական ռեգիստրի ստեղծման, փորձարկման, մասնագետների պատրաստման, տեխնիկական վերագինման և լիարժեք գործարկման առնչությամբ ՀՀ առողջապահության նախարարությունը նշում է, որ մշակված և ներդրված էլեկտրոնային ռեգիստրներ են առկա քաղցկեղի և շաքարային դիաբետի համար, որոնք շարունակաբար բարելավվում են: Այնուամենայնիվ, ինչպես փորձագետները, այնպես էլ քաղաքացիական հասարակության կազմակերպությունների ներկայացուցիչները պնդում են, որ քաղցկեղի



ռեզիստրները դեռ լիովին չեն աշխատում, և բոլոր բժշկական կազմակերպություններից էլ էլեկտրոնային եղանակով բոլոր տեսակի քաղցկեղների վերաբերյալ տվյալներ չեն հավաքագրվում: Որոշ նախնական աշխատանքներ իրականացվել են, սակայն առկա տվյալները դեռևս չեն փոխանցվել էլեկտրոնային հարթակ, նոր տվյալներն էլ պատշաճ ձևով չեն հավաքագրվում:

Քաղցկեղի բուժման արդյունավետության տեսանկյունից կարևոր է մշակել նոր և ավելի ամբողջական բուժման այգորիթմներ՝ դրանք համապատասխանեցնելով Բժշկական ուռուցքաբանության եվրոպական ասոցիացիայի (ԲՈՒԵԱ) ուղեցույցներին<sup>20</sup>, ինչպես նշված է ՀԸԳՀ ճանապարհային քարտեզում:

2024 թվականին հաստատվել են մի շարք չարորակ ուռուցքների բուժման ուղեցույցներ, սակայն դրանց համապատասխանությունը ԵՄ չափանիշներին ամբողջությամբ ապահովված չէ՝ համաձայն մեջբերված աղբյուրների: Քանի որ լիազոր մարմինը ձգտում է ներդնել համընդհանուր առողջապահական ապահովագրություն, իսկ բուժման պրոտոկոլների ընդունումն այս գործընթացի կարևոր նախապայմանն է, տարբեր ոլորտային ասոցիացիաներ մշակել են նմանատիպ ոլորտային բուժման ուղեցույցներ: Այնուամենայնիվ, այս պրոտոկոլները կիրառելի չեն բոլոր տեսակի հիվանդությունների համար:

Տարբեր տեսակի չարորակ ուռուցքների բուժման գործում կարևոր խնդիր է մնում դեղորայքի հասանելիությունը: Այս դեղերից որոշները Հայաստանում ընդհանրապես գրանցված չեն, քանի որ դեղարտադրողները հետաքրքրված չեն նման փոքր շուկայում ներկայությամբ: «Դեղերի մասին» ՀՀ օրենքի համաձայն<sup>21</sup>, ֆիզիկական անձինք կարող են ներմուծել ոչ գրանցված դեղեր անձնական օգտագործման նպատակով (ներառյալ լիարժեք բուժման կուրսի համար): Այնուամենայնիվ, դեղերի ներմուծման այսպիսի մեթոդը բազմաթիվ ռիսկեր է պարունակում: Փորձագետները նշում են, որ ներմուծվող հակաքաղցկեղային դեղամիջոցների ջերմային պայմանները տեղափոխման ընթացքում միշտ չէ, որ պահպանվում են, դրանց բաղադրությունը միշտ չէ, որ հնարավոր է որոշել, իսկ պացիենտների կամ նրանց ընտանիքների ֆինանսական բեռը զգալիորեն ավելի է ծանրանում: Այդպիսի դեպքերում սովորաբար բարեգործական կազմակերպությունները, հիմնադրամներն ու առցանց դրամահավաք արշավներն են, որ օգնում են հաղթահարել քաղցկեղով պացիենտների առջև ծառայած խնդիրները:

ՀԸԳՀ-ի շրջանակում ևս մեկ կարևոր միջոցառում է քաղցկեղով պացիենտների աջակցության միասնական առցանց հարթակի ստեղծումը: Սակայն 2025 թվականի մայիսի դրությամբ նման հարթակ դեռևս գոյություն չունի՝ քաղցկեղով պացիենտներին կամ նրանց ընտանիքի անդամներին կենտրոնացված աջակցություն և օգնություն տրամադրելու նպատակով: Ներկայումս այս գործառույթը հիմնականում իրականացվում է հասարակական կազմակերպությունների կողմից՝ իրենց հարթակների միջոցով (օրինակ՝

<sup>20</sup> <https://www.esmo.org/guidelines>  
<sup>21</sup> «Դեղերի մասին» ՀՀ օրենք, Հոդված 16 <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=192617>



cancer.am և henaran-fund.org), ինչպես նաև ոլորտի բժիշկ-մասնագետների կողմից: վերջիններս փորձում են տեղեկատվություն տարածել ժամանակակից սոցիալական ցանցերով, տրամադրել ուղեցույցներ և կիսվել քաղցկեղը հաղթահարած պացիենտների հաջողության պատմություններով:

ՀԸԳՀ ճանապարհային քարտեզում (N34, N42) ներառված է նաև քաղցկեղով պացիենտների վարման որակի բարելավման գործիքների մշակումը և գործարկումը: Ընդհանուր առմամբ, բոլոր բժշկական ծառայությունների և հիվանդությունների վարման որակի բարելավման նպատակով լիազոր մարմինը 2022 թվականին հաստատել է «Առողջապահական ծառայությունների որակի բարելավման ռազմավարությունը»<sup>22</sup>, որն անդրադառնում է առողջապահության ոլորտում որակի կառավարման համակարգի վերաբերյալ Ասիական զարգացման բանկի կողմից տրամադրված վարկի<sup>23</sup> շրջանակում իրականացված ուսումնասիրության հետ կապված մի շարք ասպեկտների:

Արդյունքում ակնհայտ է դառնում, որ ներկայումս գործարկված են մի շարք որակի վերահսկման մեխանիզմներ, ներառյալ՝ բժշկական օգնության որակի գնահատմանն ուղղված կոնկրետ գործիքների, փաստաթղթերի և ծրագրերի տեսքով (օրինակ՝ առաջնային առողջապահության համար նախատեսված կատարողականի ցուցանիշների փաթեթ և հիվանդանոցային բուժման որակի ցուցանիշների համակարգ), տվյալների հավաքագրման ակտիվ մեխանիզմ՝ էլեկտրոնային առողջապահական տեղեկատվական համակարգի միջոցով, բժշկական կազմակերպությունների լիցենզավորման գործող համակարգ, ինչպես նաև կարգավորող մեխանիզմներ և բժշկական անձնակազմի շարունակական մասնագիտական զարգացման համակարգ:

Այդուհանդերձ նշված մեխանիզմները դեռևս լիարժեքորեն չեն գործում: Օրինակ՝

- Էլեկտրոնային առողջապահական համակարգ տվյալների մուտքագրումը դեռևս պատշաճ կերպով չի իրականացվում:
- Առողջապահական ծառայությունների որակի կառավարման գործընթացում պացիենտների և հանրության մասնակցության հնարավորությունները բացակայում են:
- Շարունակական մասնագիտական զարգացման դասընթացներին մասնակցող առողջապահության ոլորտի որոշ աշխատողներ դրանք անցնում են առցանց ձևաչափով, ինչը նույնպես համարվում է ոչ արդյունավետ:

Այս առումով դրական փոփոխություն է «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքում կատարված փոփոխությունը<sup>24</sup>, ըստ որի՝ առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է անցնեն նաև անհատական

<sup>22</sup> <https://www.moh.am/uploads/1614-havelvac1.pdf>

<sup>23</sup> <https://www.adb.org/news/adb-supports-armenia-health-care-reform-50-million-funding>

<sup>24</sup> <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=200927> Գլուխ 6.1



լիցենզավորում: Մակայն այս դրույթը դեռևս ուժի մեջ չի մտել, քանի որ գործընթացը կազմակերպելու իրավական կարգավորումները դեռ բացակայում են:

Այնուամենայնիվ, ինչպես քաղցկեղով պացիենտների բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտում, այնպես էլ առողջապահական մյուս ծառայությունների մասով գոյություն ունեն մի շարք խնդիրներ՝ կապված պացիենտների վարման որակի բարելավման գործընթացի հետ, այդ թվում՝

- Համակարգման, վերահսկողության և խորհրդատվական մեխանիզմների բացակայություն՝ ինչպես ազգային, այնպես էլ մարզային մակարդակներում.
- Որակի կառավարման անբավարար մակարդակ, հատկապես կենտրոնական մակարդակում, որտեղ ներկայումս պատասխանատու մարմին գոյություն չունի.
- Բժշկական անձնակազմի շրջանում ներգրավվածության և պատասխանատվության ցածր մակարդակ, ինչպես նաև որակի շարունակական մոնիտորինգի և վերահսկման թույլ մեխանիզմներ.
- Հանրային իրազեկման, մասնակցության և գոհունակության գնահատման մեխանիզմների բացակայություն.
- Բժշկական կազմակերպությունների և առողջապահության ոլորտի աշխատողների շրջանում որակի կառավարման վերաբերյալ գիտելիքների և հմտությունների պակաս, ինչը պահանջում է համապատասխան վերապատրաստում.
- Մասնավոր առողջապահական հատվածի անբավարար վերահսկողություն.
- Ֆինանսավորման վրա չափազանց մեծ ուշադրություն, և միևնույն ժամանակ՝ որակի գործընթացների և արդյունքների վրա անբավարար կենտրոնացում:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության տվյալներով՝ առողջությանը վնասող միջադեպեր են գրանցվում յուրաքանչյուր 100 պացիենտից 8-ի դեպքում, և դրանցից 5-ից 4-ը կանխելի են<sup>25</sup>: Նման միջադեպերը հաճախ առաջանում են սանիտարահիգիենիկ պայմանների խախտումների, վարակների տարածման, անփութության հետևանքով պացիենտների ընկնելու և բժշկական ծառայությունների մատուցման ընթացքում առաջացող այլ դեպքերի պատճառով: Այս միջադեպերը հնարավոր է կանխել՝ որակի չափորոշիչների բարելավման միջոցով:

Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահության որակի բարելավման ռազմավարության իրականացման տեխնիկական աջակցության շրջանակում 2025 թվականի մարտին կայացած ԹԱՅԵԶՍ-ի (TAIEX) փորձագետների առաքելության ընթացքում վերջիններս քաղաքացիական հասարակության ներկայացուցիչների հետ քննարկման ժամանակ ընդգծել են, որ պացիենտների հետ հետադարձ կապի և որակի գնահատման առկա գործիքները ներառականություն, արդյունավետություն և թափանցիկություն չեն ապահովում: Մասնավորապես՝ այս գործիքները բավարար կերպով չեն արտացոլում խոցելի կամ մարզինալ խմբերի կարիքներն ու ձայները, չեն ներառում

<sup>25</sup> [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety?utm_source=chatgpt.com)



խորքային որակի ցուցանիշներ և չեն հանդիսանում հանրամատչելի կամ համակարգային ձևով օգտագործվող միջոցներ՝ որակի բարելավման գործընթացներում:

Հաշվի առնելով պացիենտակենտրոն բժշկական ծառայությունների և արձագանքող առողջապահական համակարգերի կարևորությունը՝ այս ոլորտը որպես առանձին միջոցառում կարող է ներառվել ՀԸԳՀ-ի վերանայված ճանապարհային քարտեզում՝ նպատակ ունենալով մշակել և ինստիտուցիոնալացնել առողջապահության որակի գնահատման ներառական, ստանդարտացված և թափանցիկ գործիքներ:

### **Էլեկտրոնային առողջապահության համակարգի վերլուծություն**

Հայաստանում էլեկտրոնային առողջապահության համակարգի (Էլ. առողջապահություն) զարգացումը մեկնարկել է ավելի քան մեկ տասնամյակ առաջ, սակայն մինչ օրս այն լիարժեքորեն չի ներդրվել և բախվում է կազմակերպչական, տեխնիկական և իրավական խնդիրների: Համակարգի նպատակը բժշկական ծառայությունների մատչելիության, արդյունավետության, թափանցիկության և հաշվետվողականության բարձրացումն է, ինչպես նաև համապարփակ առողջապահական ապահովագրության ներդրմանը նպաստելը:

Չնայած վերջին տարիներին իրականացված ներդրումներին՝ մի շարք հիմնարար խնդիրներ խոչընդոտում են համակարգի լիարժեք և արդյունավետ գործարկմանը: Դրանք են՝

- Օրենսդրական բացերը, որոնք հակասություններ են ստեղծում գործող կարգավորումների և գործնական կիրառման միջև.
- Բուժանձնակազմի թվային հմտությունների պակասը, ինչը դժվարացնում է համակարգի ամբողջական օգտագործումը.
- Տվյալների անվտանգության ապահովման անհրաժեշտությունը՝ հաշվի առնելով պացիենտների անձնական տեղեկատվության զգայունության խնդիրը.
- Համակարգի փոխգործելիության հետ կապված խնդիրները, որոնք խոչընդոտում են տեղեկատվության ճշգրիտ և ամբողջական շրջանառությանը:

Համակարգի ներդրման համար անհրաժեշտ օրենսդրական հիմքը մնում է թերի: Թեև 2017 թվականից պետության կողմից երաշխավորված բժշկական ծառայությունների տվյալները պետք է արտացոլվեին համակարգում, սակայն գործնականում բազմաթիվ կարգավորումներ շարունակում են մնալ անորոշ: Գոյություն ունեն մի շարք իրավական անհամապատասխանություններ, որոնք խոչընդոտում են համակարգի լիարժեք ներդրմանը:

- Օրինակ՝ բժշկական տվյալներ մուտքագրող անձանց կարգավիճակի հարցը: Համակարգի ներդրման նախնական փուլում ներգրավվել էին օպերատորներ՝ բժշկական աշխատակիցներին աջակցելու նպատակով, սակայն նրանք չունեն



հստակ իրավական կարգավիճակ, ինչը ռիսկեր է ստեղծում տվյալների գաղտնիության պաշտպանության տեսանկյունից:

- Բժշկական գաղտնիքի պահպանման անբավարար մեխանիզմներ: Չնայած նրան, որ Հայաստանում գործում է «Անձնական տվյալների պաշտպանության մասին» ՀՀ օրենքը, իսկ ՀՀ Քրեական օրենսգրքի 205-րդ հոդվածով<sup>26</sup> բժշկական գաղտնիքի հրապարակումը համարվում է քրեական հանցագործություն, գործնականում միշտ չէ, որ ապահովվում են պացիենտի հասանելիության և վերահսկողության իրավունքները՝ իր էլեկտրոնային բժշկական տեղեկատվության նկատմամբ: Տվյալների անվտանգության և առողջապահական համակարգում վստահության ապահովման տեսանկյունից սա լուրջ մարտահրավեր է:

Լուրջ խնդիր է շարունակում լինել բուժանձնակազմի վերապատրաստման բացակայությունը: Բազմաթիվ ավագ և միջին բուժաշխատողներ ստիպված են աշխատել միաժամանակ երկու ձևաչափով՝ թղթային և էլեկտրոնային, ինչը մեծացնում է վարչական բեռը և նվազեցնում աշխատանքի արդյունավետությունը: Համակարգի օգտատերերի վերապատրաստումը պետք է լինի պարտադիր, սակայն ներկայումս այն թերի է և որպես պրակտիկա դեռևս չի հաստատվել բազմաթիվ բժշկական հաստատություններում:

Հայաստանում էլեկտրոնային առողջապահության համակարգը նախատեսված է բժշկական տվյալների անվտանգ պահպանումն ապահովելու համար, սակայն այդ ոլորտում դեռևս առկա են ռիսկեր: Տվյալների արտահոսքը կանխարգելող մեխանիզմները լիարժեք մշակված չեն: Թեև էլեկտրոնային առողջապահության ազգային օպերատոր «Արմեդ»-ը 2021 թվականին ստացել է ISO/IEC 27001 միջազգային հավաստագրում, պացիենտների տվյալների անվտանգության հետ կապված մտահոգությունները մնում են արդիական: Պացիենտների տվյալների նկատմամբ մուտք ապահովելու հստակ մեխանիզմներ չկան: Օրինակ՝ շատ դեպքերում պացիենտները լիարժեք տեղեկացված չեն, թե ով կարող է հասանելիություն ունենալ իրենց բժշկական գրառումների նկատմամբ և տիրապետել դրանց:

Հայաստանում թվային առողջապահության համակարգի զարգացման հիմնական խնդիրներից մեկը տարբեր հարթակների միջև փոխգործելիության բացակայությունն է: Տարբեր համակարգերի միջև տվյալների փոխանակումը սահմանափակ է, ինչը խոչընդոտում է պացիենտների առողջության վերաբերյալ տեղեկատվության ամբողջական գրանցմանը: Տարբեր գերատեսչությունների միջև տեղեկատվության փոխանակումը դանդաղ է և ոչ ամբողջական: Օրինակ՝ առողջապահական համակարգի ինտեգրումը շրջակա միջավայրի, սննդի անվտանգության և սոցիալական պաշտպանության համակարգերի հետ դեռևս իրականացված չէ: Արդյունավետ տվյալների փոխանակման համակարգի ներդրումը կարևոր է նաև հիվանդությունների ռեգիստրների լիարժեք գործարկման համար:

<sup>26</sup> <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=204754>



## Պալիատիվ խնամքի ծառայությունների զարգացում

Վերջին տարիներին Հայաստանը զգալի առաջընթաց է գրանցել պալիատիվ խնամքի և արդյունավետ ցավազրկման հասանելիության բարելավման ուղղությամբ: Նախորդ տասնամյակի ընթացքում հատկապես նշանակալի առաջընթաց է գրանցվել համապատասխան իրավական ակտերի ընդունման միջոցով, որոնք հիմք են դրել պալիատիվ խնամքի կլինիկական ուղեցույցների հաստատմանը, պարզեցրել են ցավազրկող դեղերի անխոչընդոտ նշանակման գործընթացները և ներդրել են լիցենզավորման կարգավորող շրջանակներ: Ավագ և միջին բուժաշխատողների և առողջապահության ոլորտի վարչական անձնակազմի համար իրականացվել են բազմաթիվ ուսուցողական ծրագրեր, ինչպես նաև տարբեր մարզերում ստեղծվել են լիցենզավորված ստացիոնար, հիվանդանոցային և շարժական պալիատիվ խնամքի ծառայություններ՝ ինչպես մեծահասակների, այնպես էլ երեխաների համար: Սակայն մի շարք խնդիրներ<sup>27</sup> դեռևս պահպանվում են, որոնք խոչընդոտ են հանդիսանում այս ծառայությունների լիարժեք հասանելիության և որակի համար:

Հիմնական խնդիրներն են՝

- Օպիոիդային ցավազրկողների ցածր օգտագործումը. չնայած 2022 թվականին արձանագրված մորֆինի օգտագործման ծավալների որոշակի աճին, այն շարունակում է մնալ միջազգային չափանիշներից զգալիորեն ցածր մակարդակի վրա: ԱՀԿ գնահատականներով՝ 2022 թվականին Հայաստանը պետք է օգտագործեր<sup>28</sup> 25.5 կգ մորֆինին համարժեք օպիոիդային ցավազրկողներ, սակայն օգտագործվել է ընդամենը մոտ 1.6 կգ, ինչը չի բավարարում պացիենտների ցավի կառավարման կարիքները: 2022 թվականին ներկրվել է 2,254 գրամ մորֆին, ինչը զգալիորեն ցածր է հաստատված 8,500 գրամ քվոտայից և անհրաժեշտ 25,560 գրամից:
- Բուժանձնակազմի վերապատրաստման պակասը. բազմաթիվ բուժաշխատողներ չունեն բավարար գիտելիքներ և հմտություններ ժամանակակից պալիատիվ խնամքի և ցավի կառավարման ոլորտում: Սա հանգեցնում է օպիոիդային ցավազրկողների սխալ նշանակման և պացիենտների համար անբավարար ցավի վերահսկման:
- Պացիենտների իրավունքների խախտումը. պալիատիվ խնամքի և արդյունավետ ցավազրկման սահմանափակ հասանելիությունը խախտում է պացիենտների՝ ցավից ազատ լինելու և որակյալ բժշկական ծառայություններ ստանալու իրավունքները, ինչը երաշխավորված է մարդու իրավունքների միջազգային փաստաթղթերով:
- Պալիատիվ խնամք ցուցաբերող լիցենզավորված կազմակերպությունների սահմանափակ թիվը. չնայած վերջին տարիներին լիցենզավորված ծառայություն մատուցողների թիվը գերազանցել է 30-ը, այն դեռևս բավարար չէ ամբողջ երկրում պալիատիվ խնամքի ծառայությունների հասանելիություն սպահովելու համար:

<sup>27</sup> <https://shorturl.at/TvNe2>

<sup>28</sup> [https://moqc.org/wp-content/uploads/MOQC11651PalliativeCareHospiceFlyer\\_Armenian.pdf](https://moqc.org/wp-content/uploads/MOQC11651PalliativeCareHospiceFlyer_Armenian.pdf)



Ավելին՝ բազմաթիվ հիվանդանոցային և շարժական ծառայություններ մատուցվում են վճարովի հիմունքներով, ինչը ֆինանսապես անհասանելի է հիվանդության պալիատիվ փուլում գտնվող պացիենտների և նրանց հարազատների համար:

Նշված խնդիրները լուծելու համար անհրաժեշտ է շարունակել առողջապահական համակարգի բարեփոխումները, բարելավել բուժաշխատողների մասնագիտական վերապատրաստումը, ապահովել օպիոիդային ցավազրկողների հասանելիությունը, կանխել իրավապահ մարմինների անհարկի միջամտությունը ցավազրկման գործընթացին և պաշտպանել պացիենտների իրավունքները՝ համապատասխանելով միջազգային չափանիշներին: Չուգահեռաբար, Առողջապահության նախարարությունը պետք է առաջնահերթությամբ բարձրացնի հանրության իրազեկվածությունը և խթանի որակյալ պալիատիվ խնամքի պահանջարկը՝ իրականացնելով շարունակական կրթական արշավներ՝ ուղղված պացիենտներին, խնամողներին և հասարակության լայն շերտերին՝ այդպիսով ամրապնդելով առողջական իրավունքների իրացման մշակույթը:



## 6. Առաջարկություններ

Վերը նշված վերլուծությունը հաշվի առնելով՝ անհրաժեշտ է ձեռնարկել հետևյալ քայլերը՝ ՀԸԳՀ-ում ներառված առողջապահական դրույթների լիարժեք իրականացման ուղղությամբ: Ստորև ներկայացված են առաջարկությունները՝ դասավորված ըստ ոլորտների:

### Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն

#### Քաղաքականության իրականացման մակարդակ

- ՀԸԳՀ-ի ճանապարհային քարտեզում ներառել համընդհանուր առողջապահական ապահովագրությունը (ՀԱԱ)՝ հաշվի առնելով ԵՄ փորձը՝ որպես առողջապահական ծառայություններին հասանելիություն ապահովելու հիմնական մոտեցում:
- Առաջատար դեր ստանձնել պատասխանատվության ուղղությունների պարզաբանման և շարունակական որակի վերահսկողության ապահովման գործում՝ հստակ սահմանված ցուցանիշների և համագործակցային մեխանիզմների միջոցով:
- Խթանել շահագրգիռ կողմերի միջև համագործակցությունը, ապացույցների վրա հիմնված պրակտիկաները և որոշումների կայացման թվային գործիքների կիրառումը՝ ծառայությունների որակի բարելավման համար:
- Ընդլայնել քաղցկեղի սքրինինգի կարևորության վերաբերյալ հանրային իրազեկման արշավները:
- Չարգացնել ազգային ռազմավարություն՝ բուժաշխատողների շրջանում թվային հմտությունների շարունակական զարգացում ապահովելու համար:
- Բարելավել համակարգերի փոխգործելիությունը՝ առողջապահական համակարգն ինտեգրելով այլ ոլորտների համակարգերի հետ, ինչպիսիք են բնապահպանությունը, ջրային անվտանգությունը և սննդի վերահսկողությունը:

#### Օրենսդրական մակարդակ

- Օրենսդրորեն ամրագրել կանխարգելիչ բժշկության երեք մակարդակները (առաջնային, երկրորդային, երրորդային) և ապահովել դրանց իրականացումը:
- Սահմանել ԵՄ և ԱՀԿ չափորոշիչներին համապատասխան սքրինինգի ուղեցույցներ:
- Բարելավել էլեկտրոնային առողջապահության համակարգի իրավական կարգավորումը՝ հստակեցնելով, թե ովքեր կարող են մուտքագրել և մշակել բժշկական տվյալներ, ինչպես նաև հասանելիություն ունենալ դրանց նկատմամբ:
- Ամրապնդել պացիենտների բժշկական տվյալների ամբողջականությունը և ներդնել առողջության անձնագրի թվային տարբերակը, բարելավել տվյալների գաղտնիության իրավական պաշտպանությունը և ապահովել մուտքի իրավունքի տրամադրումը միայն լիազորված անձանց:



- Բարելավել պացիենտների միավորումների իրավական ճանաչումն ու նրանց իրավունքները՝ առողջապահական քաղաքականության մշակման և կառավարման գործընթացներում մասնակցություն ապահովելու համար:

### **Ծառայությունների մակարդակ**

- Բարելավել քաղցկեղի սրբինինգների արդյունավետությունը՝ ամրապնդելով վաղ հայտնաբերման և կանխարգելման մեխանիզմները, բարձրացնելով անվճար սրբինինգային ծրագրերի թափանցիկությունը: Չուզահեռաբար՝ մշակել և գործարկել ավելի ազդեցիկ և նպատակային իրազեկման արշավներ՝ մասնակցությունն ու վստահությունը բարձրացնելու համար:
- Ապահովել քաղցկեղի վերաբերյալ տվյալների ամբողջական թվայնացում՝ ինչպես պետական, այնպես էլ մասնավոր բժշկական հաստատություններում:
- Հիվանդությունների ռեգիստրների շրջանակում մշակել ապահով տվյալների փոխանակման մեխանիզմներ:
- Յուրաքանչյուր բժշկական հաստատությունում նշանակել թվային առողջապահության պատասխանատու՝ համապատասխան վերապատրաստմամբ:
- Բուժանձնակազմի համար ներդնել թվային առողջապահության պարտադիր ուսուցում:
- Ստեղծել և կառավարել քաղցկեղով պացիենտների համար նախատեսված պետական աջակցության հարթակ՝ նրանց տրամադրելով ուղեցույց, ռեսուրսներ և առցանց խորհրդատվություն:
- Բազմապատկել պետության կողմից ցավազրկող դեղամիջոցների գնումները՝ վերացնելու համար պալիատիվ խնամքի համար անհրաժեշտ դեղերի պակասը:
- Մշակել պալիատիվ խնամքին և ցավի կառավարմանն ուղղված շարունակական մասնագիտական կրթության ծրագրեր:
- Հատկացնել բավարար պետական ֆինանսավորում՝ պալիատիվ և կյանքի վերջնափուլում խնամքի ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների ազգային ցանցի ընդլայնման համար:
- Բժշկական հաստատություններում ներդնել պարբերական գնահատումներով որակի ապահովման շրջանակային համակարգ՝ ներառելով ինչպես պետական, այնպես էլ մասնավոր հատվածները:
- Ստեղծել պացիենտների իրավունքների անկախ մեխանիզմներ, այդ թվում՝ բողոքարկման ընթացակարգեր և առողջապահական համակարգի բարեփոխումներին մասնակցության հնարավորություններ:



## Հայաստանի Հանրապետության Ազգային ժողով

### Օրենսդրական մակարդակ

Արագացնել «Համընդհանուր առողջապահական ապահովագրության մասին» օրենքի ընդունումը՝ համակարգի ներդրման համար իրավական հիմք ստեղծելու նպատակով: Այդպիսի օրենսդրության բացակայություն ուշացնում է առողջապահական ծառայություններին հավասար հասանելիություն ապահովող հիմնարար մեխանիզմների ներդրումը: Չնայած այն հանգամանքին, որ Հայաստանն արդեն ստացել է զգալի միջազգային վարկ՝ համընդհանուր առողջապահական ապահովագրության ներդրումը խթանելու նպատակով, համապատասխան օրենքի բացակայությունը շարունակում է խոչընդոտել արդյունավետ պլանավորումն ու իրականացումը: Օրենքի ժամանակին ընդունումը կարևոր նշանակություն ունի ՀԸԳՀ-ով ստանձնված հանձնառությունները կատարելու, ֆինանսական կայունություն ապահովելու, ինչպես նաև ներառական առողջապահական ապահովագրության փուլային ներդրումը մեկնարկելու համար՝ սկսած խոցելի խմբերից:

### Եվրոպական միություն / Հայաստանում ԵՄ պատվիրակություն

#### Քաղաքականության իրականացման մակարդակ

- Աջակցել Հայաստանին՝ քաղցկեղի բուժման ուղեցույցները ԲՈՒԵԱ ուղեցույցներին համապատասխանեցնելու գործընթացում:
- Խթանել հանրային առողջապահության ոլորտում փոխգործակցությունը՝ ներառելով փորձի փոխանակման առաքելություններ, գիտական համագործակցություններ և վերապատրաստումներ:

#### Ծառայությունների մակարդակ

- Նպաստել հակաքաղցկեղային դեղամիջոցների գրանցման և ներմուծման ընթացակարգերի պարզեցմանը:
- Տեխնիկական և ֆինանսական աջակցություն ցուցաբերել առողջապահական տվյալների համակարգերի արդիականացմանը՝ ներառյալ գաղտնիությունն ու համակարգերի փոխգործելիությունը բարելավելու նպատակով նորարարական գործիքների, օրինակ՝ բլոկչեյն տեխնոլոգիաների և արհեստական բանականության կիրառումը:

### Ամփոփում

ՀԸԳՀ-ի ճանապարհային քարտեզի ընթացիկ վերանայումը կարևոր հնարավորություն է՝ համապարփակորեն անդրադառնալու վեր հանված խնդիրներին՝ դրանք ներառելով հստակ հիմնական կատարողականի ցուցանիշներով, ժամկետներով և գործնական



իրականացման պլանով նորացված փաստաթղթում: Արդեն իսկ ընդունված, բայց թերի չիրականացվող ռազմավարական փաստաթղթերի գործնական իրագործման ուժեղացումը, ինչպես նաև եվրոպական լավագույն փորձի հետ համապատասխանեցումը և պետական ու քաղաքացիական հասարակության դերակատարների արդյունավետ համագործակցության խթանումը զգալիորեն կրարելավեն առողջապահության ոլորտում մատչելիությունը, որակը, արդյունավետությունն ու թափանցիկությունը:

ՀԸԳՀ ճանապարհային քարտեզ. առողջապահության ոլորտում համագործակցություն (N34–N52). նախատեսված միջոցառումները և ներկա կարգավիճակը

Միջոցառման համար	Միջոցառման նկարագրություն	Միջոցառման ներկա կարգավիճակը
N34	Քաղցկեղով հիվանդներին աջակցելու նպատակով միասնական առցանց հարթակի ստեղծում, քաղցկեղի բուժման նոր ալգորիթմների մշակում՝ եվրոպական ուղեցույցներին համապատասխան, մեծահասակների և մանկական պալիատիվ ծառայությունների զարգացում:	Մասամբ իրականացված է: Առցանց աջակցության հարթակը չի ստեղծվել: Քաղցկեղի որոշ տեսակների բուժման ալգորիթմներ, ինչպես նշված է նախարարության պատասխանում, մշակվել են, սակայն դրանց համապարփակ կիրառումը բացակայում է: Մանկական պալիատիվ խնամքի կենտրոններ բացվել են: Մեծահասակների պալիատիվ խնամքի դեպքում առկա են ցավազրկման հասանելիության խոչընդոտներ:
N35	Միջազգային առողջապահական կանոնների կայուն ներդրման ծրագրի մշակում և ԵՄ N 1082/2013 որոշման հիման վրա իրավական ակտի ընդունում:	Մասամբ իրականացված է: Մշակվել, բայց դեռևս չի ընդունվել միջազգային առողջապահական կանոնների ընդունման իրավական նախագծի տարբերակը:
N36	Սքրինինգների և հիվանդությունների միասնական ռեեստրների ստեղծում, փորձարկում, մասնագետների վերապատրաստում, վերազինում և ամբողջական ներդրում:	Մասամբ իրականացված է: Ռեեստրերը տեխնիկապես մշակվել են, սակայն ամբողջական տեղեկատվություն դեռևս չի հավաքագրվում, քանի որ դրանցում սքրինինգային համապարփակ տվյալներ



		ներառված չեն: Բացի այդ, այս ռեզիստրն ընդգրկված չէ «Արմեդ» էլեկտրոնային առողջապահության համակարգում:
N37	Ազգային լաբորատոր համակարգի զարգացման ռազմավարական ծրագրի հաստատում և համաճարակաբանական հսկողության դեպքերի ԵՄ ստանդարտ բնորոշումների կիրառում:	Մասամբ իրականացված է: Մշակվել է վարակիչ հիվանդությունների ցուցակի նախագծային տարբերակը՝ համապատասխանեցված ԵՄ N 945/2018 որոշմանը, որը սահմանում է հսկողության շրջանակը: Սակայն այն դեռևս պաշտոնապես չի ընդունվել կամ լիարժեքորեն չի կիրառվում:
N38	Գիտական համատեղ աշխատանքների իրականացում պատվաստանյութերի ներդրման ծախսարդյունավետության և հիվանդությունների տարածվածության վերաբերյալ: Աջակցություն COVID-19-ի արձագանքման վերաբերյալ հետազոտություններին:	Մասամբ իրականացված է: Ընդունվել և մինև 2023 թ. նոյեմբերը գործել է COVID-19-ի կանխարգելման, ախտորոշման և բուժման վերաբերյալ ազգային ծրագիրը: Սակայն գիտական ավելի լայնածավալ համագործակցությունը՝ ներառյալ նոր պատվաստանյութերի ծախսարդյունավետության, ազդեցության և հիվանդությունների տարածվածության վերաբերյալ ուսումնասիրությունները, ինչպես նշված է ՀԸԳՀ ճանապարհային քարտեզում, դեռևս ամբողջությամբ չեն իրականացվել:
N39	Հեպատիտի ազգային ծրագրի իրականացում՝ Հեպատիտ Բ-ի էլիմինացման և Հեպատիտ Ց-ի դեպքերի 30%-ով և դրանից մահացության դեպքերի 10%-ով նվազեցման նպատակով:	Մասամբ իրականացված է: Հեպատիտի ծրագիրն իրականացվել է՝ կոնկրետ թիրախներով, սակայն ընդգրկման ծածկույթը հստակ չէ:
N40	Առողջ ապրելակերպի խթանմանն ուղղված միջոցառումների ծրագրի	Մասամբ իրականացված է:



	իրականացում, այդ թվում՝ սննդային ուղեցույցի մշակում:	Առողջապահության նախարարությունն իրականացրել է առողջ ապրելակերպի խթանմանն ուղղված իրազեկման արշավներ, ներառյալ կրթական միջոցառումներ դպրոցներում: Սակայն դեռևս ավարտին չեն հասել համապարփակ ազգային ծրագրի և սննդակարգի ուղեցույցների պաշտոնական ընդունման գործընթացները, ինչպես որ նշված է ՀԸԳՀ ճանապարհային քարտեզում:
N41	Քույրական գործի զարգացմանն ուղղված ծրագրի մշակում և ներդրում	Մասամբ իրականացված է: Մշակվել է քույրական գործի ծրագրի նախագիծ, սակայն վերապատրաստման և գործնական կիրառման ծավալները սահմանափակ են:
N42	Սիրտ-անոթային հիվանդությունների դեմ պայքարի միջոցառումների իրականացում, այդ թվում՝ պացիենտներին բժշկական օգնության տրամադրման ավգործիքի մշակում, սննդում կերակրի աղի քանակի և տրանսճարպերի քանակի սահմանափակում, պացիենտների վարման որակի բարելավման նոր գործիքների մշակում և ներդրում:	Մասամբ իրականացված է: Սիրտ-անոթային հիվանդությունների ուղեցույցը և սննդում կերակրի աղի քանակի և տրանսճարպերի քանակի սահմանափակման հարցերը քննարկվել են, սակայն դեռևս ինստիտուցիոնալացված չեն:
N43	Թ-ԶՕՀ-ի ռիսկի գործոնների (ծխելը, անառողջ սննդակարգը և ֆիզիկական անգործությունը) մասին բնակչության իրազեկմանն ուղղված միջոցառումների իրականացում՝ տեղեկատվական թերթիկների, պաստառների տպագրման և տարածման միջոցով:	Մասամբ իրականացված է: Պատրաստվել են իրազեկման նյութեր, բայց դրանց ընդգրկման ծավալները հստակ չեն:
N44	Հոգեբուժական հաստատությունների աշխատակիցների	Մասամբ իրականացված է: Հոգեբուժության ոլորտի բարեփոխումներն ընթացքի մեջ



	վերապատրաստում և համայնքային հոգեբուժական ծառայության մոդելի ստեղծում և զարգացում:	են, պիլոտային մոդելները գործարկվել են, սակայն դրանց ազդեցությունը սահմանափակ է:
N45	Ծխախոտային արտադրատեսակների վերահսկման միջոցառումների իրականացում և ոլորտը կարգավորող օրենսդրության կիրառումն ապահովող երկրորդական իրավական ակտերի մշակում:	Մեծամասամբ իրականացված է: Մշակվել և ընդունվել են Հայաստանում ծխախոտային արտադրատեսակների վերահսկման օրենքի իրականացմանն աջակցող օրենսդրական ակտերը: Հանրային իրազեկման արշավներն ու ինստիտուցիոնալ քայլերը վկայում են զգալի առաջընթացի մասին: Այնուամենայնիվ, որոշ հանրային տարածքներում օրենքի կիրարկումը գոհացուցիչ չէ, ինչը վկայում է գործնական իրագործման ուղղությամբ անելիքի առկայության մասին:
N46	Ծխախոտային արտադրատեսակների վերահսկման օրենսդրության կիրարկման մոնիթորինգի համար պատասխանատու շահագրգիռ կողմերի վերապատրաստում:	Մասամբ իրականացված է: Վերապատրաստումներն անցկացվել են, բայց մոնիթորինգն ու հետադարձ կապը թույլ են:
N47	Հակամանրէային դեղերի նկատմամբ կայունության համակարգի մշակում, EUCAST մեթոդաբանության ներդրում:	Մասամբ իրականացված է: Մշակվել է ՀՄԿ ազգային ռազմավարության և EUCAST-ի սկզբունքների վրա հիմնված հսկողության մեթոդաբանության նախագծերը: Կիրառումը սկսվել է որոշ հաստատություններում, սակայն դեռևս համապարփակ չէ:
N48	Կենդանիների համար կիրառվող հակամանրէային դեղերի ռեեստրի ստեղծում, մասնագետներին համապատասխան մեթոդաբանության ուսուցում:	Մասամբ իրականացված է: Մշակման փուլում է անասնաբուժական ՀՄՕ ռեեստրը` ՀՄԿ ռազմավարության նախագծի



		համաձայն, սակայն այն դեռևս գործարկված չէ, իսկ ռազմավարությունը դեռ չի ընդունվել:
N49	Իմունականխարգելման ոլորտի մասնագետների վերապատրաստում և կարողությունների զարգացում՝ ԵՄ լավագույն փորձին համապատասխան:	Մասամբ իրականացված է: Անձնակազմի վերապատրաստման աշխատանքներ են սկսվել ԱԱԻ շրջանակում, սակայն ԵՄ չափանիշներին համապատասխանող համակարգված և շարունակական պատվաստումային կարողությունների զարգացումը և փորձագետների փոխանակման մեխանիզմները դեռ սահմանափակ են կամ փաստաթղթավորված չեն:
N50	Առողջապահության բնագավառի մասնագիտությունների ցանկի արդիականացում և ԵՄ միասնական ցանկին համապատասխանեցում:	Իրականացված է:
N51	Ընտանեկան բժիշկների մանկաբույժների, դեռահասային բժիշկների և դպրոցական բուժքույրների պատրաստում և շարունակական մասնագիտական զարգացման գործընթացի ապահովում:	Մասամբ իրականացված է: Առկա են որոշ վերապատրաստման ծրագրեր, բայց շարունակական զարգացման գործընթացը լիարժեք կառուցվածքային չէ:
N52	Առողջապահության ոլորտում մարդկային ներուժի ռեգիստրի ստեղծում, Ռեգիդենտուրայի կրթական ծրագրերի իրականացման գործընթացի շուրջ համագործակցություն:	Իրականացված է: