Հավելված N 1

2019 թվականի

N - որոշման

ՉԱՐՈՐԱԿ ՆՈՐԱԳՈՅԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

2019-2023 թթ.

ԵՐԵՎԱՆ – 2019թ.

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ .................................................................................................... 3

ՆԱԽԱԲԱՆ ...............................................................................................................4

ԻՐԱՎԻՃԱԿԻ ՆԿԱՐԱԳԻՐ, ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ ............................................................................................4

ՉԱՐՈՐԱԿ ՆՈՐԱԳՈՅԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՈւՂՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԸ ..............................................................30

ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄ ..............................................................................................41

ՄՇՏԱԴԻՏԱՐԿՈՒՄ ԵՎ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ ................................................. ..................42

ԱԿՆԿԱԼՎՈՂ ԱՄՓՈՓ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ .................................................................43

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱԱՊ - առողջության առաջնային պահպանման օղակ

ԱՀԿ - Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն

ԱԱԻ ԱՏՎԱԿ- ակադեմիկոս Ս.Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ, առողջապահության տեղեկատվական վերլուծական կենտրոն

ՀՀ - Հայաստանի Հանրապետություն

ՀՀ ԱՆ - Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն

ՈՎՀ - Ոչ վարակիչ հիվանդություններ

ՏՀԶԿ (OECD) - Տնտեսական համագործակցության և զարգացման կազմակերպության

ԱՇՀՀ - Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ

ՈւԱԿ - Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվան ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն

ՄՌՏ - Մագնիսա ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա

ՉՆ - Չարորակ նորագոյացություններ

ՇԴ - Շաքարային դիաբետ

ԹՔՕՀ - Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություններ

ՊԷՏ/ՀՇ - Պոզիտրոն-էմիսիոն տոմոգրաֆիա/ համակարգչային շերտագրություն

ՊԱՊ - Պապանիկոլաուի մեթոդով (ՊԱՊ թեսթ) արգանդի պարանոցի քսուքի

բջջաբանական հետազոտության

**ՆԱԽԱԲԱՆ**

**1.Ռազմավարության անհրաժեշտությունը** Համաձայն 2018թ. վիճակագրական տվյալների ՀՀ բնակչության շրջանում առավել տարածված չորս ոչ վարակիչ հիվանդություններից (ՈՎՀ) մահացության բեռը կազմել է մոտ 80%: Ընդ որում մահացության բուրգում սրտանոթային հիվանդությունները զբաղեցնում են առաջին տեղը` 55.2%, որոնց հաջորդում են չարորակ նորագոյացությունները (ՉՆ)` 20.2%, շաքարային դիաբետը (ՇԴ)` 2.2%, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունները (ԹՔՕԲ` բրոնխիտ, ասթմա, քրոնիկական այլ թոքային և բրոնխոէկտատիկ հիվանդություններ)` 1.5%: Մահացության ընդհանուր կառուցվածքում առավել տարածված ՈՎՀ-ով պայմանավորված վաղաժամ մահացությունը կազմում է շուրջ 20%:[[1]](#footnote-1)

2. 2018թ. Միջազգային փորձագետների կողմից իրականացվել է ՈՎՀ տնտեսական բեռի գնահատում, որի արդյունքում պարզվել է, որ.

* Չորս առավել տարածված ՈՎՀ-երի (արյան շրջանառության համակարգի/սրտանոթային հիվանդություններ, չարորակ նորագոյացություններ, շաքարային դիաբետ, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություններ) հետ կապված ընդհանուր գնահատված ծախսերը (***ուղղակի և անուղղակի ծախսեր***) 2017թ. դրությամբ կազմել են ***362,7 մլրդ դրամ (ՀՆԱ-ի 6.5%):***
* ՉՆ տնտեսական վնասը (ուղղակի և անուղղակի ծախսեր) կազմել է 98.1 մլրդ դրամ, պետական ծախսը կազմել է 9.1% (8 մլրդ դրամ)[[2]](#footnote-2)

3. Այսպիսով, Հայաստանոմ ՉՆ հանդիսանում են ժողովրդագրական, սոցիալ-տնտեսական և առողջապահական հրատապ լուծում պահանջող հույժ կարևոր հիմնախնդիր:

4. Ռազմավարության մշակման համար հիմք են հանդիսացել Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2019-2023 թվականների գործունեության միջոցառումների ծրագիրը հաստատելու մասին ՀՀ կառավարության 2019թ. մայիսի 16-ի թիվ 650-Լ որոշման 23.2 կետի պահանջները:

**5. Իրավիճակի նկարագիր. ներածություն և միջազգային վիճակագրություն:** Համաձայն 2018թ. ԱՀԿ տվյալների աշխարհում տարեկան արձանագրվում է շուրջ 12 մլն քաղցկեղի նոր դեպք և շուրջ 9,6 մլն մահացության դեպք: Յուրաքանչուր 6-րդ մահվան դեպքը պայմանավորված է ՉՆ:

6. Չարորակ նորագոյացություններից մահվան դեպքերի 70% գրանցվում են ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում (ԱՀԿ, 2017թ.):

7. ԱՀԿ փորձագետների կանխատեսմամբ, համապատասխան կանխարգելիչ, բուժմանը և ախտորոշմանն ուղղված միջոցառումների ոչ լիարժեք իրականացման դեպքում, մինչև 2030 թվականը ՉՆ նոր դեպքերի թիվը կկազմի 27 մլն., իսկ մահերի թիվը` 17 մլն[[3]](#footnote-3):

**8.Հիվանդացության, տարածվածության և մահացության միտումներ.**

**9. Մահացություն միտումները.** 2018թ. ՀՀ գրանցվել է ՉՆ 5199 մահվան դեպք, որը կազմում է ընդհանուր մահերի 20.2% (ՀՀ յուրաքանչյուր հինգերորդ բնակիչը մահանում է ՉՆ պատճառով): ՉՆ առաջացած վաղաժամ մահացությունը կազմել է 38% (1981 դեպք, տղամարդիկ` 56% (1108), 44% կանայք (873):

10. ՉՆ մահացության դեպքերը 2018թ.-ին (5199) 1990թ.-ի (3484) համեմատությամբ աճել է 1.5 անգամ:

11. Միևնույն ժամանակ 2018թ.-ին 2017թ.-ի (5550) համեմատությամբ ՉՆ մահացության դեպքերը նվազել են 351 դեպքով (6%): Ընդհանուր մահերը ՀՀ նվազել են 1406 դեպքով[[4]](#footnote-4):

17. **Չարորակ նորագոյացություններից մահացությունն ըստ մարզերի, 2013-2018**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **2014** | | **2015** | | **2016** | | **2017** | | **2018** | |
|  |  | հ.ա | բ.ա. | հ.ա | բ.ա. | հ.ա | բ.ա. | հ.ա | բ.ա. | հ.ա | բ.ա. |
| **1** | **ՀՀ** | 188.6 | 5685 | 202 | 6069 | 189.2 | 5662 | 186.3 | 5550 | 175.1 | 5199 |
| **2** | **Երևան** | 205.3 | 2196 | 212.9 | 2283 | 188.6 | 2027 | 183.5 | 1976 | 176.8 | 1909 |
| **3** | **Արագածոտն** | 155.5 | 205 | 176.9 | 231 | 165.6 | 215 | 186.2 | 238 | 196.4 | 248 |
| **4** | **Արարատ** | 157.5 | 410 | 175.7 | 456 | 159.6 | 413 | 149.2 | 385 | 124.0 | 319 |
| **5** | **Արմավիր** | 143.4 | 383 | 155.2 | 414 | 147.6 | 393 | 155.4 | 412 | 129.4 | 342 |
| **6** | **Գեղարքունիք** | 120.3 | 281 | 146.3 | 340 | 160.5 | 271 | 155.1 | 357 | 162.4 | 372 |
| **7** | **Լոռի** | 262.9 | 603 | 279.9 | 634 | 256.1 | 571 | 267.8 | 587 | 259.7 | 562 |
| **8** | **Կոտայք** | 185.5 | 473 | 219 | 557 | 218.3 | 553 | 204.2 | 515 | 184.8 | 465 |
| **9** | **Շիրակ** | 210.2 | 520 | 226.3 | 554 | 214.8 | 518 | 222.9 | 529 | 206.1 | 483 |
| **10** | **Սյունիք** | 229 | 322 | 212.5 | 297 | 221.3 | 308 | 201.9 | 280 | 158.7 | 219 |
| **11** | **Վայոց ձոր** | 180.2 | 93 | 211,4 | 108 | 146,5 | 74 | 150.1 | 75 | 164,3 | 81 |
| **12** | **Տավուշ** | 156.6 | 199 | 154,6 | 195 | 176 | 220 | 158.1 | 196 | 161,9 | 199 |

*Աղբյուր` «Առողջություն և առողջապահություն», 2019 վիճակագրական տարեգիրք*

12. ՉՆ մահացության վերլուծությունը մարզային կտրվածքով փաստում է, որ ամենաբարձր ցուցանիշները գրանցվել են Լոռու, Շիրակի, Արագածոտնի և Կոտայքի մարզերում[[5]](#footnote-5):

13. Համաձայն ԱՀԿ [**«Health for all»** («Առողջություն բոլորի համար»)](http://data.euro.who.int/hfadb/)շտեմարանի տվյալների Եվրոպական տարածաշրջանի մի շարք երկրներում ՉՆ առաջացած մահացության ցուցանիշները ավելի բարձր են քան Հայաստանում: Տվյալները վերլուծվել են ըստ շտեմարանում հասանելի վերջին` 2016թ. տվյալների հիման վրա:

14. Հայաստանում չարորակ նորագոյացություններից մահացությունն ավելի ցածր է, քան Հունգարիայում (վաղաժամ մահացությունը կազմել է 110, բոլոր տարիքային խմբերում՝ 226` 100 000 բնակչի հաշվով), Խորվաթիայում (84, 206), Լատվիայում (88 և 184), Լեհաստանում (191.8), Ռումինայում (98, 186), Մոլդովայում (90 և 165), Հայաստանում այդ ցուցանիշը կազմել է 77/180:

15. Սակայն բնակչության շրջանում առավել տարածված թոքի և կրծքագեղձի քաղցկեղից մահացության ցուցանիշների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ դրանք զգալիորեն բարձր են Հայաստանում ի համեմատ ԱՊՀ և ԵՏ զարգացած երկրների [[6]](#footnote-6):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Կրծքագեղձ** | | **Կրծքագեղձ կանայք** | | **Շնչափող, բրոնխներ, թոք** | | **Շնչափող, բրոնխներ, թոք, տղամարդիկ** | |
|  | **0-65** | **Ընդամ.** | **0-65** | **Ընդամ.** | **0-65** | **Ընդամ.** | **0-65** | **Ընդամ.** |
| Հայաստան | 8.5 | 15.4 | 15.4 | 26.3 | 18.37 | 40.25 | 35.24 | 81.51 |
| Հունգարիա | 7.2 | 15.3 | 13.7 | 26 | 36.67 | 66.37 | 51.56 | 100.9 |
| Լիտվա | 7.3 | 12.2 | 13.7 | 20.7 | 16.48 | 33.3 | 31.77 | 71.17 |
| Մոլդովա | 8.1 | 13.9 | 14.6 | 23.8 | 17.3 | 30.12 | 33.53 | 59.85 |
| Ռումինիա | 7.1 | 12.7 | 13.7 | 22.7 | 24.94 | 42.2 | 42.33 | 75.25 |
| Խորվաթիա | 6.1 | 14.6 | 11.9 | 25.3 | 23.53 | 47.27 | 36.81 | 82 |
| ԱՀԿ Եվոպական տարածաշրջան | 6.2 | 11.3 | 11.7 | 20 | 16.24 | 33.57 | 25.89 | 57.3 |
| ԵՄ 15 ԵՄ անդամներմինչև 2004 թ.-իմայիսը (EU15) | 5.8 | 11.6 | 11.4 | 21.2 | 14.8 | 34.58 | 19.56 | 51.01 |
| ԵՄ 13 ԵՄ անդամներ 2004 թ.-իմայիսիցհետո | 6.6 | 12.8 | 12.6 | 22.3 | 23.46 | 45.44 | 35.92 | 76.69 |
| ԱՊՀ (2015) | 7.1 | 11.7 | 12.9 | 19.7 | 14.93 | 26,18 | 29.17 | 55.4 |
| Իսլանդիա | 4.2 | 11.9 | 8.5 | 22.6 | 10.97 | 36.94 | 10.84 | 36.64 |
| Կիպրոս | 4.9 | 10.2 | 9.4 | 18.8 | 7.8 | 23.83 | 11.39 | 39.2 |
| Շվեդիա | 4.2 | 9.3 | 8.5 | 17.6 | 6.76 | 23.24 | 6.32 | 25.08 |

*Աղբույր` ԱՀԿ, HFA*[*https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/#hfamdb*](https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/#hfamdb)*)*

16.**Հիվանդացության և տարածվածության միտումներ.** 2018թ.-ին ՀՀ գրանցվել է ՉՆ հիվանդացության 6847 դեպք: Վերջին քսանամյակում հիվանդացությունը (1990թ.` 5162, 2017թ.` 8389, 2018թ. 8441) աճել է 1.6 անգամ:

17. Չարորակ նորագոյացությունները առավել տարածված են մեծահասակ ազգաբնակչության շրջանում:

18. ՉՆ հիվանդացության տվյալները 0-14 տարեկան երեխանների փաստում են, որ 2018թ.-ին 1990թ.-ի համեմատությամբ հիվանդացությունը նվազել է շուրջ 2 անգամ, իսկ ընդհանուր հիվանդների թիվը` 1.5 անգամ

19.Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացությունը կտրուկ աճում է 35 և բարձր տարիքային խմբում և հասնում է գագաթնակետին 65 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում (կանանց շուրջ 48% և տղամարդկանց շուրջ 55%)[[7]](#footnote-7):

20. ՉՆ հիվանդացության` առաջնակի ախտորոշման տեսակետից զգալիորեն բարձր է հիվանդացությունը Շիրակի ()272.3 ըստ 100 000 բնակչի), Երևանում (0248.9, Կոտայքում, (246,4) Լոռիում (243,1), Արարատում 209,6:[[8]](#footnote-8)

21. Ընդհանուր պացիենտների տարածվածությունը` Լոռիում (1903), Երևանում (1851), Շիրակում (1699.9), Կոտայք (1495.2)[[9]](#footnote-9):

**22. ՀՀ բնակչության հիվանդաղությունը և մահացությունն ըստ մարզերի**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Հիվանդացություն** | | | **Տարածվածություն** | | |
| 2016 | 2017 | 2018 | 2016 | 2017 | 2018 |
| **Երևան** | 282.7 | 289.6 | 248.9 | 1697.9 | 1717.4 | 1851.5 |
| **Արագածոտն** | 247.7 | 240.2 | 194.8 | 1256.2 | 1258.1 | 1386.5 |
| **Արարատ** | 243.9 | 240.2 | 209.6 | 1158.5 | 1206.4 | 1326.0 |
| **Արմավիր** | 249.8 | 257.2 | 199.4 | 1086.0 | 1138.3 | 1228 |
| **Գեղարքունիք** | 218.9 | 239.8 | 182.5 | 1149.7 | 1230.7 | 1321.1 |
| **Լոռի** | 359.2 | 374.1 | 243.1 | 1692.4 | 1848.7 | 1903.3 |
| **Կոտայք** | 322.5 | 319.6 | 246.4 | 1272.8 | 1378.8 | 1495.2 |
| **Շիրակ** | 309.7 | 306.8 | 272.3 | 1528.6 | 1560.3 | 1699.9 |
| **Այունիք** | 296.7 | 240.1 | 193.5 | 1092.7 | 1121.4 | 1224 |
| **Վայոց Ձոր** | 239.6 | 250.0 | 188.6 | 1168.3 | 1262.1 | 1221.1 |
| **Տավուշ** | 253.6 | 240.3 | 232.7 | 1285.6 | 1162.8 | 1276.2 |
| **ՀՀ** | 279.9 | 281.6 | 230.6 | 1431.0 | 1474.4 | 1587.9 |

**Աղբյուր` «Առողջություն և առողջապահություն», 2019 վիճակագրական տարեգիրք**

**23. ՉՆ հիվանդացությունն ըստ նոզոլոգիաների** Վիճակագրական տվյալների վերլուծությունը փաստում է, որ բմակչության շրջանում առավել տարածված են ստորև ներկայացված նոզոլոգիաները:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Տղամարդիկ** | **ՀՄԴ 10** | **Մահացություն** | **Կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված** | **Ընդհանուր հիվանդների թիվը** |
| **Շնչափող, բրոնխներ, թոք** | C33-34 | 831 | 779 | 1926 |
| **Կոկորդ** | C32 | 58 | 136 | 1211 |
| **Ստամոքս** | C16 | 250 | 257 | 1072 |
| **Հաստ աղու** | C18 | 146 | 219 | 1367 |
| **Լյարդ և ներլյարդային լեղուղիներ** | C22 | 218 | 54 | - |
| **Շագանակագեղձ** | C61.0 | 208 | 254 | 1436 |
| **Միզապարկ** | C67 | 147 | 332 | 2536 |

*Աղբյուր` «Առողջություն և առողջապահություն», 2019 վիճակագրական տարեգիրք*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Կանայք** | **ՀՄԴ 10** | **Մահացություն** | **Կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված** | **Ընդհանուր հիվանդների թիվը** |
| **Կրծքագեղձ** | C50 | 403 | 1135 | 11462 |
| **Արգանդի պարանոց** | C53 | 58 | 228 | 3199 |
| **Արգանդի մարմն** | C54 | 90 | 223 | 2029 |
| **Ձվարան** | C56 | 99 | 160 | 1317 |
| **Շնչափող,բրոնխներ, թոք** | C33-34 | 189 | 120 | 394 |
| **Ստամոքս** | C16 | 168 | 172 | 640 |
| **Հաստ աղու** | C18 | 185 | 229 | 1483 |

*Աղբյուր` «Առողջություն և առողջապահություն», 2019 վիճակագրական տարեգիրք*

**24. ՉՆ ախտորոշումն ըստ փուլերի.** Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդների ապրելիության ցուցանիշը փոխկապակցված է հիվանդության վաղ հայտնաբերմամբ: Մտահոգիչ է այն փաստը, որ ամեն երկրորդ դեպքը հայտնաբերվում է հիվանդության III և IV փուլերում:

25. III-IV փուլերում են հայտնաբերվում շնչափողի, բրոնխների և թոքի քաղցկեղների 81.4%-ը, ստամոքսի` 74%-ը, հաստ աղու` 64.4%, շագանակագեղձի 62.9%, արգանդի պարանոցի քաղցկեղը` 61.1%:

26. Դրական տեղաշարժ է նկատվում կրծքագեղձի և միզապարկի քաղցկեղների վաղ ախտորոշման գործընթացում, I-II փուլերում համապատասխանաբար կազմելով 74% և 66%:

**27. Առավել տարածված ՉՆ հայտնաբերման փուլերը, 2018**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ՉՆ ըստ նոզոլիաների** | **Փուլ** | | | | | |
| I-II | | III | | IV | |
| բ.ա | % | բ.ա | % | բ.ա | % |
| **Կրծքագեղձ** | 751 | 73.6% | 66 | 6.5% | 204 | 20% |
| **Հաստ աղիք** | 143 | 35.6% | 124 | 30.8% | 135 | 33.6% |
| **Շնչափող, բրոնխներ, թոք** | 119 | 18.6% | 106 | 16.6% | 414 | 64.8% |
| **Շագանակագեղձ** | 73 | 33% | 52 | 24% | 95 | 44% |
| **Արգանդի պարանոց** | 68 | 33.8% | 104 | 51.7% | 29 | 14.4% |
| **Արգանդի մարմին** | 138 | 67,3% | 47 | 22.9% | 20 | 9.8% |
| **Ստամոքս** | 92 | 26.2% | 82 | 23.4% | 177 | 50.4% |
| **Միզապարկ** | 239 | 74.7% | 33 | 10.3% | 48 | 15% |

*Աղբյուր` «Առողջություն և առողջապահություն», 2019 վիճակագրական տարեգիրք*

28.Վերջին տարիներին ՀՀ բնակչության շրջանում արձանագրվել է քաղցկեղով հիվանդացության որոշակի կայունացում։ Այսպես, եթե 2014թ. բնակչության շրջանում առաջին անգամ ախտորոշված նորագոյացությունների թիվը կազմել 8.365, ապա 2017թ-ին այն եղել է 8.389 (տղամարդիկ` 50.3%, կանայք` 49.7%), ավելանալով ընդամենը 0.02%-ով: Միևնույն ժամանակ, 2017թ.-ին 2008 թվականի նկատմամբ արձանագրվել է դեպքերի թվի ավելացում 14%-ով, իսկ 1998թ.-ի նկատմամբ` 63%-ով:

29. Այսպիսով, քաղցկեղների թվի ավելացումն անհերքելի իրողություն է: Քաղցկեղի առաջացմանը մեծապես նպաստում են ռիսկի գործոնները, որոնց ազդեցությունը մարդու օրգանիզմի վրա էապես բարձրացնում է չարորակ նորագոյացության առաջացման հնարավորությունը: Մասնավորապես, առաջատար ռիսկի գործոն է ծխախոտի օգտագործումը, որը առաջացնում է 16 տեսակի չարորակ նորագոյացություններ: Ապացուցված է, որ ծխելու հետևանք է քաղցկեղից մահացության 21-30%-ը, իսկ երբեք ծխախոտ չօգտագործած մարդկանց շրջանում չարորակ նորագոյացությունների 10-15%-ը պասիվ ծխելու հետևանք են: Հարկ է նշել, որ թոքի քաղցկեղից մահացությունը տղամարդկանց շրջանում 5-6 անգամ բարձր է կանանց համեմատությամբ, որը պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ ՀՀ չափահաս տղամարդկանց յուրաքանչյուր երկրորդը (STEPS հետազոտություն) ծխում է, բնակչության յուրաքանչյուր երկրորդը (56.4%) տանը ենթարկվում է երկրորդային ծխի ազդեցությանը, իսկ 26.6%-ը` աշխատավայրի փակ տարածքներում:

30. Կարևոր ռիսկի գործոններ են նաև ինֆեկցիաները, որոնցով է պայմանավորված քաղցկեղների 15-20%-ը: Դրանք են մարդու պապիլոմայի վիրուսը, հեպատիտ B և C-ի վիրուսները, Էպշտեյն-Բառի վիրուսը և այլն: Քաղցկեղի առաջացման գործում նշանակություն ունեն նաև ալկոհոլի չարաշահումը, սխալ սննդակարգը, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթումը, ճարպակալումը, նստակյաց կյանքը և այլն:

31. Մահացության կրճատմանը զուգահեռ, 2017թ.-ին շուրջ 13%-ով ավելացել է տարեվերջին դիսպանսեր հսկողության տակ գտնվող քաղցկեղով հիվանդների թիվը 2014թ-ի համեմատ, իսկ 2016թ-ի նկատմամբ աճը կազմել է 2%: Թեև դեռևս ամբողջովին ներդրված չէ երկրում քաղցկեղի կառավարման միասնական համապետական համակարգը, այնուամենայնիվ ի շնորհիվ վերջին տարիներին իրականացված կանխարգելիչ ծրագրերի, բուժման արդյունավետության ու հասանելիության բարձրացման, ինչպես նաև բուժանձնակազմի անձնվիրական աշխատանքի հնարավոր է դարձել բարձրացնել քաղցկեղի կառավարման արդյունավետությունը Հայաստանում:

**32. Հիվանդացության կանխատեսական գնահատում** ՀՀ Ազգային-վիճակագրական ծառայության տվյալների համաձայն 2017թ. տարեսկզբին Հայաստանի մշտական բնակչության (de jure) թվաքանակը կազմել է 2986.1 հազար, ինչը 12.5 հազարով պակաս է քան նախորդ տարի: Վերոնշյալ միտումներին զուգահեռ, Հայաստանում նկատվում է բնակչության հարաբերական ծերացման գործընթաց, մասնավորապես` եթե 2016թ. 60 և բարձր տարիքի անձանց տեսակարար կշիռը կազմել է 16.22%, ապա 2017թ.-ին արդեն 16.75% կամ 13.7 հազար մարդով ավելին:

33. Այսպիսով, Հայաստանը հայտնվել է ծերացող հասարակությունների վերին շեմին, իսկ ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի կանխատեսումները վկայում են, որ Հայաստանը շուտով կհատի այդ շեմը։ Ըստ կանխատեսումների, 2050թ. 65-ից բարձր տարիք ունեցողները կկազմեն բնակչության 22-23%-ը:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Տարեթիվ** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **Դինամիկա** |
| **ՀՀ բնակչության շրջանում 60 և բարձր տարիքի անձանց տեսակարար կշիռ (%):** | 15,35 | 15,72 | 16,22 | 16,75 | 🡅0,53% |

**34. Ախտորոշման տարիք.** Չարորակ նորագոյացությունները հիմնականում մեծահասակների հիվանդություններ են: Վերջին տարիներին Հայաստանում չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացությունը կտրուկ աճել է 35-ից բարձր տարիքային խմբերում և հասնում է գագաթնակետին 65 և բարձր տարիքի բնակչության շրջանում՝ կանանց շուրջ 48% և տղամարդկանց շուրջ 55% մոտ չարորակ նորագոյացությունն ախտորոշվել է 65 տարեկան և ավելի բարձր տարիքում: Չարորակ նորագոյացությունների ըստ տարիքային խմբերի ախտորոշման դեպքում՝ 45-65 տարեկան կանանց շրջանում առավել հաճախ հանդիպում են կրծքագեղձի և՝ ըստ նվազման կարգի՝ արգանդի պարանոցի ու մարմնի, ձվարանի և հաստ աղիքի չարորակ նորագոյացությունները: Նույն տարիքային խմբի (45-65) տղամարդկանց մոտ առավել հաճախ հանդիպում են շնչափողի, բրոնխների, թոքի չարորակ նորագոյացությունները և՝ ըստ նվազման կարգի՝ ստամոքսի, միզապարկի, հաստ աղիքի ու շագանակագեղձի չարորակ նորագոյացությունները[[10]](#footnote-10):

46. Քաղցկեղի ախտորոշման տարիքի տվյալների համեմատությունը 2015 և 2016թթ.-ի հետ ցույց է տալիս, որ նշանակալի փոփոխություններ տեղի չեն ունեցել:

35.**Ապրելիություն.** Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդների ապրելիության հավանականության աճը մեծապես պայմանավորված է երկու գործոններում՝ ուռուցքների վաղ փուլերում հայտնաբերմամբ և բուժման ու պացիենտի նկատմամբ շարունակական հսկողության որակով:

36. Ինչպես արդեն նշվել է, Հայաստանում ցածր է քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման տեսակարար կշիռը, որն բուժման ու շարունակական հսկողության համակարգերի զարգացման անհրաժեշտության հետ մեկ տեղ հանգեցնում է ապրելիության համեմատաբար անբարենպաստ ցուցանիշների:Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդների ապրելիության հավանականության աճը մեծապես պայմանավորված է՝ ուռուցքների վաղ փուլերում հայտնաբերմամբ, բուժման ընթացքից և պացիենտի նկատմամբ շարունակական հսկողության որակից:

37. Չարորակ նորագոյացությունների ախտորոշումից հետո 5 տարվա ապրելիության ցուցանիշներն ըստ նոզոլոգիաների բավականին տարաբնույթ են (ՀՀ ԱՆ ՈՒԱԿ, 2019). Ապրելիության ցուցանիշը զգալիորոն բարձր է արգանդի պարանոցի, կրծքագեղձի քաղցկեղի դեպքում, ինչը պայմանավորված է վաղ ախտորոշմամբ, բուժմամբ, ինչպես նաև հիվանդության ընթացքի կառավարման դրական շարժընթացով:

|  |  |
| --- | --- |
| **Ապրելիություն** | **ՀՀ** |
| Շնչափող, բրոնխներ, թոքերի | 9.5% |
| Ստամոքս | 17% |
| Կոլոռեկտալ | 24.7% |
| Շագանակագեղձ | 33.4% |
| Արյան և ավշային համակարգ | 47.8% |
| Միզապարկ | 49.8% |
| Կերակրափող | 58.5% |
| Արգանդի պարանոց | 59.2% |
| Արգանդի մարմին | 50.8% |

*Աղբյուր` ՀՀ ԱՆ ՈՒԱԿ, 2019*

**38. Ռիսկի գործոններ.** Ստեղծված իրավիճակը պայմանավորված է բնակչության շրջանում ՈՎՀ զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոնների բարձր տարածվածությամբ: 2016-2017թթ. ԱՀԿ աջակցությամբ հանրապետությունում իրականցված STEPS ազգային հետազոտության արդյունքների համաձայն [[11]](#footnote-11) յուրաքանչուր երկրորդ տղամարդը ծխում է: Այդ իսկ պատճառով թոքի քաղցկեղից մահացությունը և հիվանդացությունը տղամարդկանց շրջանում 5-6 անգամ բարձր է[[12]](#footnote-12):

39. Հանրապետության յուրաքանչուր երկրորդ բնակիչը տնային պայմաններում, յուրաքանչուր չորրորդը` աշխատավայրում գտնվում են երկրորդային ծխի վնասակար ազդեցության տակ: Մտահոգիչ է նաև այն փաստը, որ մեծահասակ բնակչության 51%-ի մոտ առկա է ավելցուկային քաշ, 22%-ը ֆիզիկապես թերակտիվ է, 38%-ն ունի գերճնշում, բնակչության շրջանում աղի օգտագործումը 2 անգամ բարձր է ԱՀԿ-ի կողմից սահմանված նորմից:

**40. Քաղցկեղի կառավարման հնարավորությունները Հայաստանում. Կանխարգելում և վաղ հայտնաբերում:** Հայաստանը առաջին երկրներից էր, որ 2004թ.-ին միացավ Ծխախոտի դեմ պայքարի ԱՀԿ շրջանակային կոնվենցիայի (WHO FCTC), որից հետո 2004թ.-ի դեկտեմբերի 24-ին ընդունվեց և 2005թ.-ի հունվարի 19-ին ուժի մեջ մտավ Ծխախոտի իրացման, սպառման և օգտագործման սահմանափակումների մասին ՀՀ օրենքը, որը այդ ժամանակաշրջան համար նախատեսում էր ծխելու դեմ պայքարի մի շարք առաջադեմ միջոցառումներ: Այնուամենայնիվ, համաձայն 2016-2017թթ-ին Հայաստանում իրականացված STEPS հետազոտության տվյալների, տղամարդկանց 51.5% ծխող են, ինչը շեշտակի բարձր է ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանի միջին ցուցանիշից, որն էլ ուղղակի անդրադառնում է թոքի քաղցկեղով հիվանդացության ցուցանիշների վրա:

41. Ծխողների բարձր թվի պատճառներից են գործող օրենքի պահանջների կատարման նկատմամբ անբավարար վերահսկողությունը, ծխելը թողնելը խրախուսող համակարգված ծրագրերի բացակայությունը, ծխախոտի ցածր գները, բուժաշխատողների շրջանում ծխախոտ օգտագործողների բարձր տեսակարար կշիռը, ինչպես նաև քաղաքական գործոնները:

42. Մտահոգիչ են նաև ալկոհոլի օգտագործման ցուցանիշները: Համաձայն ԱՀԿ տվյալների, Հայաստանում 2014թ.-ին ալկոհոլի սպառումը 15 և բարձր տարիքային խմբում կազմել է 3.9 լիտր մաքուր ալկոհոլ մեկ շնչի հաշվով, որը զգալի ցածր է ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանի երկրների ցուցանիշից` 8.6: Այնուամենայնիվ խնդրահարույց է, որ մաքուր ալկոհոլում պարունակվող սպիրտի օգտագործման ցուցանիշը կազմելով 3.3 լիտր մեկ շնչի հաշվով գերազանցում է ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանի երկրների համանուն ցուցանիշը` 2.5, ընդ որում, եթե եվրոպական երկրների արձանագրվում է ցուցանիշի կայուն նվազման միտում, ապա Հայաստանում այն ունի բացասական դինամիկա գերազանցելով օրինակ, Վրաստանի (2.1) և Մոլդովայի ցուցանիշները (2.5): Համապատասխանաբար շեշտակի ցածր է գինու գարեջրի սպառումը: Այսպես, գինու սպառումը Հայաստանում կազմում է 0.1 լիտր մաքուր ալկոհոլում 15 և բարձր տարիքի մեկ շնչի հաշվով` Վրաստանում` 2.5, Մոլդովայում` 4.9, ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանի երկրներում 2.4, իսկ գարեջրինը` Հայաստանում` 0.5 լիտր 15 և բարձր տարիքի մեկ շնչի հաշվով` Վրաստանում` 1.5, Մոլդովայում` 1.9, ԱՀԿ Եվրոպական տարածաշրջանի երկրներում` 3.4:

43. Վերոնշյալ տվյալներից ակնհայտ է, որ թեև Հայաստանում ալկոհոլի սպառման ծավալները համեմատաբար մեծ չեն, սակայն սպառման կառուցվածքում գերակշռում է թունդ ալկոհոլը, որը քաղցկեղի առաջացման ռիսկի գործոններից մեկն է: Նման իրավիճակի պատճառներից է ալկոհոլի չարաշահման դեմ պայքարի հայեցակարգի բացակայությունը, Գովազդի մասին ՀՀ օրենքիանկատար կարգավորումները և այլն:

44. Գիրությունը, ավելցուկային քաշը, սննդակարգը ևս շարունակում են լուրջ մարտահրավեր հանդիսանալ Հայաստանի համար, ինչն էլ իր ազդեցությունն է ունենում քաղցկեղի հիվանդացության ու մահացության ցուցանիշների վրա: STEPS հետազոտության տվյալները վկայում են, որ ավելցուկային քաշով մարդկանց տեսակարար կշիռը կազմում է 47.7%, գիրությունը` 19.5%, ընդ որում երկու ցուցանիշներն ավելի բարձ են կանանց մոտ, քան տղամարդկանց:

45. Հարկ է նշել, որ գիրությունը, ավելցուկային քաշը հանդիսանում են Հայաստանում տարածված այնպիսի քաղցկեղների ռիսկի գործոն, ինչպիսինն են կրծքագեղձի, ձվարանի, շագանակագեղձի, լյարդի, երիկամի, հաստ աղու և այլն :

46. Ներկայում, քաղցկեղի կանխարգելման նպատակով` 2015թ.-ից ՀՀ-ում իրականացվում է արգանդի պարանոցի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման սքրինինգային ծրագիր` Համաշխարհային բանկի «Հիվանդությունների կանխարգելում և վերահսկում» ծրագրի շրջանակներում, ինչպես նաև Պատվաստումների ազգային ցանկին համահունչ պատվաստումներ հեպատիտ Բ-ի և մարդու պապիլոմա վիրուսային վարակի դեմ:

47.Դրական արդյունքներ է գրանցվում լյարդի քաղցկեղի առաջացման առաջատար գործոններից մեկը հանդիսացող վիրուսային հեպատիտ Բ-ի պատվաստումների գործընթացը: Այն երեխաների շրջանում իրականացվում է 2005թ.-ից և ընդգրկման ցուցանիշները 2014-2017թթ.-ի ընթացքում մշտապես եղել են 97%-ից ավելին:

48. ԱԱՊ օղակում կանխարգելումն իրականացվում է ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013թ.-ի սեպտեմբերի 13-ի թիվ 47-Ն հրամանի պահանջներին համապատասխան, որի շրջանակներում յուրաքանչյուր քաղաքացի տարեկան մեկ անգամ իրավունք ունի կանխարգելիչ այցի իրավունք: Այցի շրջանակներում, ի թիվս այլ հարցերի, պացիենտին պետք է կրթեն հետևյալ թեմաների վերաբերյալ, որոնք անմիջականորեն կապված են չարորակ նորագոյացությունների կանխարգելման և վաղ ախտորոշման հետ.

* առողջ ապրելակերպի քարոզչություն, որը ներառում է.
* հրաժարում ծխելուց, խուսափում երկրորդային ծխի ազդեցությունից
* ալկոհոլի սահմանափակում,
* առողջ սննդի ընդունում
* բավարար ֆիզիկական ակտիվության ապահովում
* կրծքագեղձի զննում և ինքնազննման տեխնիկայի ուսուցում պացիենտին

49. Սակայն, հաշվի առնելով ՀՀ ԱԱՊ օղակի պասիվ դերակատարումը մարդու առողջության պահպանման գործում, վերոնշյալ կարգավորումներ չեն հանգեցնում որևէ շոշափելի դրական արդյունքի: Մասնավորապես, հայտնի է, որ դեռևս 2006թ.-ից ԱԱՊ օղակում մատուցվող հիմնական ծառայություններն անվճար են բնակչության համար, սակայն դրանց սպառումը դեռևս մնում է ոչ գոհացուցիչ մակարդակի վրա` 2017թ-ին կազմելով տարեկան մեկ բնակչի հաշվով շուրջ 4.0 հաճախում[[13]](#footnote-13), ինչը շուրջ 2 անգամ ցածր է 1990թ., ինչպես նաև Եվրոմիության 27 երկրների ներկայի ցուցանիշից:

50. **Չարորակ նորագոյացությունների ախտորոշում և բուժում.**

51. Հայաստանում քաղցկեղի բուժման նպատակով կիրառվում են բուժման հետևյալ եղանակները և դրանց զուգակցումները` վիրաբուժական, ճառագայթային, քիմիաթերապևտիկ, իմունաթերապևտիկ, հորմոնալ , թիրախային և պալիատիվ խնամքի:

52. Ծառայությունը կազմակերպված է ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների ցանցի, ինչպես նաև լիցենզավորված հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպությունների միջոցով՝ համաձայն Առողջապահության նախարարի 2019թ- հունիսի 28-ի թիվ 1771-Լ հրամանի:

53. Նախատեսված է, որ ընդհանուր 86 պոլիկլինիկաներում, այդ թվում 36 Երևանում պետք է գործի ուռուցքաբանի կաբինետ, որի հիմնական գործառույթն է չարորակ նորագոյացությունների կանխարգելումը, վաղ հայտնաբերումը, բուժման կազմակերպումը և համակարգումը: Սակայն, ընդհանուր առմամբ Հայաստանում նկատվող կադրային անբարենպաստ միտումների արդյունքում բազմաթիվ ուռուցքաբանական կաբինետների ուռուցքաբանների հաստիքները համալրված են այլ մասնագետներով: Ընդորում նման իրավիճակ է ինչպես Երևանում, այնպես էլ մարզերում:

**54. Մարդկային ներուժի բաշխումը Հայաստանում և Երևանում**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **հ/հ** | **Մասնագիտություն** | **Ընդամենը** | **Այդ թվում,**  **ստացիոնար** | **ԱԱՊ** | **Այդ թվում, Երևանում** | | |
| Ընդամենը | Ստացիոնար | ԱԱՊ |
| 1. | Ուռուցքաբան | 52 | 13 | 39 | 31 | 11 | 20 |
| 2. | Ուռուցքաբան վիրաբույժ | 56 | 31 | 5 | 53 | 50 | 3 |
| 3. | Ճառագայթային ուռուցքաբան | 15 | 15 | - | 13 | 13 | - |
| 4. | Քիմիաթերապևտ | 28 | 28 | - | 25 | 25 | - |
| 5. | Մանկական ուռուցքաբան | 6 | 6 | - | 6 | 6 | - |
| 6. | Արյունաբան | 20 | 20 | - | 19 | 20 | - |

*Աղբյուր` («Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2019թ*

55. Մարդկային ներուժի բաշխման վերլուծությունը վկայում է, որ թերապևտիկ պրոֆիլի ուռուցքաբանների շուրջ 60%-ը աշխատում են Երևանում, ԱԱՊ օղակում աշխատող վերջինների թիվը (20) համադրելով մայրաքաղաքի պոլիկլինիկաների թվի հետ ակնհայտ է դառնում մարդկային ներուժի անբավարար վիճակը:

56 .Մտահոգիչ պատկեր է ի հայտ գալիս քիմիաթերապիաներից թվի վերլուծության արդյունքում: Այսպես, թեև մարզային մի շարք բժշկական հաստատություններ (առնվազն 4) ունեն քիմիաթերապևտիկ ծառայությունների մատուցման լիցենզիա, սակայն համաձայն վիճակագրական տվյալների քիմիաթերապևտներից շուրջ 89%-ը աշխատում է Երևանում: Ակնհայտ է, որ չարորակ նորագոյացությունների դեմ համալիր պայքարի առանցքում է, մասնագետը, ուստի սույն Ռազմավարության հրատապ խնդիրներից է մարդկային ներուժի պլանավորման իրականացումը և պետական պատվերի միջոցների հաշվին նախապատրաստումն ու գործուղումը համաձայն պահանջարկի:

57. Չարորակ նորագոյացությունների գերակշիռ մասը բուժվում է Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվան ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնում (ՈւԱԿ), որը հանրապետական նշանակության **430** մահճակալ հզորությամբ պետական հիվանդանոց է` ախտորոշիչ և բուժական հնարավորություններով։ Կենտրոնը բնակչությանը մատուցում է վիրաբուժական, ճառագայթային և հակաուռուցքային դեղորայքային բուժման ծառայություններ` ստացիոնար, ցերեկային ստացիոնար և ամբուլատոր եղանակներով: ՈւԱԿ-ը բժշկական ծառայություններ է մատուցում ինչպես Երևանի, այնպես էլ ՀՀ բոլոր մարզերի բնակչությանը։ Կենտրոնի կազմում գործում է նաև Հանրապետական ուռուցքաբանական վիճակագրական խումբը, որը զբաղվում է քաղցկեղի դեպքերի հաշվառմամբ, գրանցմամբ և վերլուծությամբ:

*530 մահճակալ ունեցող ՈւԱԿ-ում տարեկան ստացիոնար բուժվում է ավելի քան 6500 հիվանդ, իրականացվում է շուրջ 3500 վիրահատություն, շուրջ 1300 հիվանդ ստանում է ճառագայթային բուժում, ցերեկային ստացիոնարը սպասարկում է մոտ 5100 հիվանդի*

58. Ուռուցքաբանական ծառայություններ է մատուցում նաև «Հիվանդությունների կանխարգելում և վերահսկում» թիվ 5222-ԱՄ վարկային ծրագրի շրջանակներում արդիականացած 64 մահճակալ (22 մանկական, 35 մեծահասակների և 7 փոխպատվաստման) հզորությամբ ՀՀ ԱՆ պրոֆ. Ռ.Հ. Յոլյանի անվան արյունաբանական կենտրոնը, որտեղ ստեղծվել է տարածաշրջանային նշանակություն ունեցող ոսկրածուծի փոխպատվաստման բաժանմունքը և ցողունային բջիջների լաբորատորիան:

59. ՀՀ Շիրակի մարզի Գյումրու ուռուցքաբանական դիսպանսերում իրականացվում են չարորակ նորագոյացությունների վիրաբուժական, ճառագայթային (ներկայումս կարիք ունի տեխնիկական լուրջ վերազինման), քիմիաթերապևտիկ ծառայություններ, ինչպես նաև Վանաձորի բժշկական կենտրոնի 4 մահճակալային ուռուցքաբանական բաժանմունքը, որտեղ իրականացվում են վիրաբուժական, քիմիաթերապևտիկ ծառայություններ:

60. Քիմիաթերապևտիկ բժշկական օգնության և սպասարկման լիցենզիա ունի նաև Կապանի բժշկական կենտրոնը, որը ներկայում մասնագետի բացակայության պատճառով գործնականում չի գործում:

* + Երևանում` ՀՀ ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն 460 մահճակալ, տարեկան հզորություն-340 մահճակալ -ուռուցքաբանական, 80 մահճակալ- քիմիաթերապևտիկ, 70մահճակալ- ճառագայթային, ցերեկային ստացիոնար- 40մահճակալ, 20 մահճակալ- քիմիաթերապևտիկ, 20 մահճակալ- ճառագայթային:
  + Վիրաբուժական, ճառագայթային, քիմիաթերապևտիկ ծառայություններ
  + Սարքեր՝ 1 գծային արագացուցիչ (6 ՄէՎ), հեռահար գամմա-թերապիայի *Տերագամ* և սարք (ռադիոակտիվ կոբալտի (Co60) կիրառմամբ), ճառագայթային բուժման համակարգչային պլանավորման երեք համակարգ, որոնցից մեկն եռաչափ է, բրախիթերապիայի համար նախատեսված՝ երկու սարք
* **Գյումրիի ուռուցքաբանական դիսպանսեր՝ 33 մահճակալ**
  + Վիրաբուժական, ճառագայթային, քիմիաթերապևտիկ ծառայություններ
  + Սարքեր՝ *Ագաթ (սարքը կարիք ունի փոխարինման)* և *Bebig GyneSource*, իրականացվում է հիվանդների հեռահար և ներխոռոչային ճառագայթային բուժում
* **Վանաձորի բժշկական կենտրոն՝ 4 մահճակալային ուռուցքաբանական բաժանմունք**
  + Վիրաբուժական, քիմիաթերապևտիկ ծառայություններ:

61. Պետական պատվերի շրջանակներում ևս 9 բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններ հիվանդանոցային ձևով մատուցում են մասնատված ուռուցքաբանական ծառայություններ (քիմիաթերատևտիկ և վիրաբուժական): Դեպքերի քննարկման և չարորակ նորագոյացություններով պացիենտների բժշկական օգնության գործընթացը կազմակերպելու համար գործում է մշտապես գործող ուռուցքաբանական խմբեր, կազմված վիրաբույժ-ուռուցքաբան, քիմիաթերապևտ, հյուսվածքաբան, ճառագայթային ուռուցքաբան, ճառագայթային ախտորոշման մասնագետների:

62. Ընդհանուր առմամբ, հիմնական (ռենտգեն, ուլտրաձայնային ախտորոշման սարքավորում) ճառագայթային ախտորոշիչ ծառայությունները հասանելի են Հայաստանի բնակչության համար, ի շնորհիվ 2008թ.-ից մեկնարկած և ներկայում շարունակվող մարզային բժշկական կենտրոնների արդիականացման ծրագրի, որի շրջանակներում հիմնանորոգվել կամ կառուցվել և վերազինվել է 23 բժշկական կենտրոն ևս 2-ի կառուցման աշխատանքները կմեկնարկեն առաջիկա ամիսներին:

63. Համակարգչային շերտագրության սարքավորումներ առկա են ՀՀ 10 մարզերից 7-ում, իսկ ՄՌՏ` մեկում, թեև առողջապահության նախարարության կողմից իրականացված վերլուծությունը վկայում է, որ հաճախ առկա միջոցները թերծանրաբեռնված են:

64. Ցածր է միջուկային բժշկության ծառայությունների հասանելիությունը բնակչության համար: Մասնավորապես, ծառայությունը առկա է ՈւԱԿ-ում, ճառագայթային բժշկության և այրվածքների գիտական կենտրոնում, Էրեբունի Բժշկական կենտրոնում, ինչպես նաև Սրտաբանության գիտահետազոտական ինստիտուտում, սակայն առկա սարքավորումները կարիք ունեն արդիականացման:

65. Միակ ժամանակակից ՊԷՏ/ՀՇ սարքավորումներ տեղադրված են Ռադիոիզոտոպների արտադրության կենտրում, որը ներկայում գտնվում է գործարկման փուլում և բնակչությանը դեռևս ծառայություններ չի մատուցում, ինչի արդյունքում մի քանի հարյուր ՀՀ քաղաքացիներ ՊԷՏ հետազոտության համար մեկնում են հարևան երկրներ` Ռուսաստանի Դաշնություն և Վրաստան:

66. Ապացուցված է, որ ճառագայթային բուժումը հանդիսանում է չարորակ նորագոյացությունների բուժման առավել տարածված և ծախսարդյունավետ մեթոդներից մեկը և կիրառվում է ինչպես քաղցկեղի, այնպես էլ համակցված բուժման նպատակով: Ճառագայթային բուժումն ապահովվում է նվազագույն ընթացիկ ծախսերի իրականացմամբ առավելագույն բուժման արդյունք և ցուցված է չարորակ նորագոյացություններով հիվանդների շուրջ 40%-ին:

67. Հայաստանում ճառագայթային բուժման կարիք ունի տարեկան շուրջ 4.000 հիվանդ: Ժամանակակից սարքավորումներով ներկա հագեցվածությունը բավարար չէ հիվանդների հոսքը սպասարկելու համար: Միաժամանակ, այնպիսի ժամանակակից մոտեցումներ, ինչպիսիք են Փոփոխական ինտենսիվությամբ ճառագայթային բուժումը, Պատկերներով ուղղորդվող ճառագայթային բուժումը, ճառագայթային բուժման ստերեոտակտիկ մոտեցումները և այլն, հասանելի չեն առկա տեխնիկական միջոցներով:

***Հայաստանում գործում է ընդամենը 2 բժշկական գծային արագացուցիչ:***

***Պահանջարկը համաձայ ԱԷՄԳ խոշորացված ցուցանիշների կազմում է 12-13:***

68. Ելնելով այն հանգամանքից, որ յուրաքանչյուր գծային արագացուցիչ կարող է տարեկան բուժում տրամադրել շուրջ 500 հիվանդի՝ վերոնշյալ պահանջարկը բավարարելու համար անհրաժեշտ է Հայաստանում ունենալ լրացուցիչ 12-13 գծային արագացուցիչ, ինչը ամբողջությամբ համընկնում է Ատոմային էներգիայի միջազգային գործակալության խոշորացված ցուցանիշների հետ` 1 գծային արագացուցիչ 250.000 բնակչի հաշվով և 1 բրախիթերապիայի սարք 500.000-ին:

69. Միավորված ազգերի կազմակերպության կողմից 2015թ-ին հավանության արժանացած կայուն զարգացման 3-րդ նպատակն է ապահովել առողջ կյանք և խթանել բարեկեցություն բոլորի համար, իսկ 3.8 ենթակետը նախատեսում է հասնել առողջապահության համընդհանուր ընդգրկմանը, ինչն ենթադրում է, որ բոլոր մարդիկ առանց խոչընդոտների պետք է կարողանան օգտվել նաև պալիատիվ ծառայություններից: 2017թ.-ի փետրվարի 2-ի թիվ 4 արձանագրային որոշումով **ՀՀ կառավարությունը** հավանության արժանացրեց **պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման զարգացման ռազմավարությունը և ներդրման միջոցառումների ծրագրին:**

**70. Ռազմավարության շրջանակներում էապես պարզեցվեց ցավազրկող դեղամիջոցների դուրսգրման գործընթացը, իրականացվեցին օրենսդրական փոփոխություններ, մշակվեցին և հաստատվեցին ուղեցույցներ ու չափորոշիչներ, վերապատրաստվեցին մասնագետներ:**

**71. Վերոնշյալի հետ մեկ տեղ նախատեսվում էր** երկրում ստեղծել ինչպես հիվանդանոցային, այնպես էլ արտահիվանդանոցային պալիատիվ բժշկական հաստատությունների ցանց, որը մատչելի ու հասանելի կդարձներ այդ ծառայությունը հայաստանցիների համար, ինչը ֆինանսական խոչընդոտների հնարավոր չեղավ կյանքի կոչել և ներկայում, պալիատիվ բժշկական օգնությունը գործնականում հասանելի չէ Հայաստանի բնակիչներին:

72. Չարորակ նորագոյացությունների ախտորոշման և բուժման համար մեծ կարևորություն ունեն ձևաբանական (բջջաբանական, հյուսվածաբանական, իմունոհիստոքիմիական) հետազոտությունները: Քաղցկեղի կառավարման մուլտիդիսցիպլինար մատուցման պարագայում ձևաբանական հետազոտությունից է կախված ճիշտ ախտորոշումը ու հետագա բուժման տակտիկայի ընտրությունը: Հետևաբար, առաջնահերթ է, որ քաղցկեղի բուժմամբ զբաղվող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունները ունենան պատշաճ մարդկային և նյութական միջոցներով համալրված ներքին ծառայություններ կամ կայուն իրավական հիմքերով ամրագրված համագործակցություն արտաքին ծառայությունների հետ: Ներկայում, գործնականում բացակայում է պետական վերահսկողությունը ձևաբանական ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների գործունեության նկատմամբ, առկա չեն որակի գնահատման հաստատված ցուցանիշներ, ուղեցույցներ և գործելակարգեր, ինչը հանգեցնում է կրկնակի հետազոտությունների իրականացմանը, ժամանակի և ֆինանսական միջոցների կորուստների

73. Ճշգրիտ պաթոհյուսվածքաբանական ախտորոշմանը՝ որպես քաղցկեղի բուժման մուլտիդիսցիպլինար վարման հիմնաքար, քաղցկեղի բազմաթիվ տեսակներում հաջորդում է մոլեկուլային ֆարմակոգենետիկական թեստավորումը՝ քաղցկեղի զարգացման կանխորոշման, մոլեկուլային դասակարգման, բուժման արդյունավետության և մոնիտորինգի, տոքսիկ ազդեցության և դեղամիջոցի դոզայի որոշման նպատակներով: Հայաստանում ֆարմակոգենետիկական թեստեր իրականացվում են երեք մասնավոր լաբորատորիաներում: Միայն մեկ կենտրոնում իրականացվող ֆարմակոգենետիկական թեստերը համապատասխանում են թիրախային բուժման նպատակով թեստավորման որակական և մեթոդական միջազգային (ASCO/ESMO) պահանջներին: Ներկայում, բացակայում է պետական վերահսկողությունը ֆարմակոգենետիկական ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների գործունեության նկատմամբ և առկա չեն որակի գնահատման հաստատված ցուցանիշներ, ուղեցույցներ և գործելակարգեր:

74. Ժառանգական քաղցկեղի գենետիկական ախտորոշումը զուտ կանխարգելիչ նշանակությունից ժառանգական նախատրամադրվածությամբ հիվանդների համար դարձել է նաև բուժման նախապայման, քանի որ դրանից է կախված հետագա վիրահատական, քիմիաթերապևտիկ կամ թիրախային բուժման տարբերակների ընտրությունը: Ներկայում, ժառանգական քաղցկեղի ծառայությունը Հայաստանում գտնվում է անբավարար մակարդակում և չունի պետական աջակցություն կամ ֆինանսավորում: Ժառանգական քաղցկեղի միջազգային չափորոշիչներին համապատասխանող համապարփակ մասնագիտացված գենետիկական ծառայությունները՝ խորհրդատվություն, լաբորատոր թեստավորում և ստացված տվյալների մեկնաբանում: Ժառանգական քաղցկեղի միջազգային չափորոշիչներին համապատասխանող համապարփակ մասնագիտացված գենետիկական ծառայությունը՝ լաբորատոր թեստավորումը և գենետիկական խորհրդատվությունը իրականացվում է միայն մեկ մասնագիտացված կենտրոնում, իսկ որոշ մասնավոր և ոչ մասնագիտացված լաբորատորիաներում իրականացվում է թերի թեստավորում: Ներկայում, բացակայում է պետական վերահսկողությունը գենետիկական ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների գործունեության նկատմամբ և առկա չեն որակի գնահատման հաստատված ցուցանիշներ, ուղեցույցեր և գործելակարգեր: Գենետիկական թեստավորման ֆինանսական բացակայության պատճառով ժառանգական քաղցկեղային համախտանիշներով հիվանդների հիմնական մասը դուրս է մնում ախտորոշման և հետագա ճիշտ վարման գործընթացից:

75. Ընդհանուր առմամբ, ուռուցքաբանական ծառայությունների մատուցման ոլորտում կարելի է առանձնացնել հետևյալ հիմնական խնդիրները.

* Մուլտիդիսցիպլինար մոտեցման բացակայություն
* Մասնատված ծառայությունների մատուցում
* Ուղեգրումների և շարունակական հսկողության թերի համակարգի
* Որակի վերահսկողության համակարգի անկատարություն

76. **Ուռուցքաբանության ծառայության ֆինանսավորումը Հայաստանում.** 2019թ. ՀՀ պետական բյուջեի մասին օրենքով ուռուցքաբանական և արյունաբանական հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայությունների մատուցման համար նախատեսվել է ավելի քան 1,9 մլրդ դրամ, ինչը շուրջ 72%-ով ավել է քան 2018թ.-ին:

77. Տարիներ շարունակ ուռուցքաբանության ոլորտին հատկացումները գտնվել են խիստ անբավարար մակարդակի, ինչն խոչընդոտել է ծառայության զարգացումը և մեծապես պայմանավորել ներկա իրավիճակը: Համեմատության համար պետք է նշել, որ մինչև 2019թ. ուռուցքաբանության ոլորտին հատկացվող գումարներն ավելի քիչ էին քան օրինակ, հեմոդիալիզի, տուբերկուլյոզի, աղիքային և այլ ինֆեկցիոն հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններին:

78. Համաձայն Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման մասին ՀՀ կառավարության 2004թ.-ի մարտի 4-ի թիվ 318-Ն որոշման 13-րդ կետի 1-ին ենթակետի «գ» պարբերության` ուռուցքաբանական և արյունաբանական հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայությունները մատուցվում են արտոնյալ պայմաններով (համավճարով), բացառությամբ նույն որոշման հավելված 1-ով հաստատված բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի վրա՝ դիսպանսեր հաշվառման տակ գտնվող հիվանդների շարունակական հսկողության և հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման նպատակով իրականացվող սքրինինգին ծրագրերի լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների մասով, ինչպես նաև բժշկական գծային արագացուցիչով ճառագայթային բուժման մասով:

79. Համաձայն առողջապահության նախարարի 2019թ-ի հունվարի 10-ի թիվ 20-Ա հրամանի բնակչության բոլոր խմբերի համար անվճար է չարորակ նորագոյացությունների վիրահատական, ինչպես նաև ճառագայթային բուժումը:

80. Քիմիաթերապևտիկ բուժման փոխհատուցումը ՀՀ կառավարության 04.03.2004թ.-ի թիվ 318-Ն Հավելված N 1-ում նշված սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց համար կատարվում է ՀՀ ԱՆ կողմից հաստատված քիմիաթերապևտիկ միջոցառումների նվազագույն սխեմաների շրջանակներում, կազմակերպության միջոցներով գնված և հիվանդին հատկացված քիմիապրեպարատների փաստացի ծախսի չափով` ոչ ավելին` քիմիաթերապևտիկ 1 կուրսի համար 60.0 հազար դրամ, իսկ մեկ հիվանդի համար տարեկան 300,0 հազար դրամի չափով: Համապատասխանաբար, սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերում չընդգրկված անձանց համար 1 կուրսի համար 30.0 հազար դրամ, իսկ մեկ հիվանդի համար տարեկան 150,0 հազար դրամի չափով:

81. Ակնհայտ է, որ վերոնշյալ հատկացումները բավարար չեն պատշաճ մակարդակով քիմիաթերապևտիկ բժշկական օգնություն կազմակերպելու համար և պետք է հետևողական ավելացվեն առաջիկա տարիների ընթացքում՝ առողջապահական համընդհանուր ծածկույթ ապահովելու պետության դրական պարտավորությունների շրջանակներում :

82. **Նորագոյացությունների կառավարման միջազգային փորձ.** ԱՀԿ կողմից առաջարկվող քաղաքականությունը և քաղցկեղի դեմ պայքարի ռազմավարությունների մշակման շրջանակային փաստաթուղթը հիմնված է ապացուցողական հենք ունեցող միջոցառումների, քաղցկեղի կառավարման համապարփակ մոտեցումների վրա, ինչի արդյունքում հնարավոր է միավորել անհրաժեշտ միջոցները քաղցկեղի բեռի նվազեցման ուղղությամբ առավելագույն արդյունք ստանալու նպատակով:

83. Քաղցկեղի ռազմավարությունները մշակվում եւ թարմացվում են տարբեր երկրներում շարունակական հիմունքներով: Այդ ռազմավարությունների նպատակները տարբեր են, կախված առկա ծառայություններից, դրանց արդյունավետությունից ու հասանելիությունից, մշտադիտարկման առկայությունից, շահագրգիռ կողմերի ներգրավման չափից և այլն:

84. Ընդհանուր առմամբ այդ ռազմավարությունները հիմնված են հետևյալ սկզբունքների վրա.

* ավելի մեծ ուշադրություն դարձնել կանխարգելման և վաղ ախտորոշման վրա
* անվտանգ, բարձրորակ և մարդակենտրոն ծառայությունների մատուցում
* անհավասարության նվազեցում
* աջակցություն քաղցկեղով պացիենտներին և վերապրածներին
* չափելի արդյունքների վերլուծություն
* նորարարության ու արդի մոտեցումների կիրառում

85. Չարորակ նորագոյացությունների առաջնային այնպես էլ երկրորդային կանխարգելումը միջազգայնորեն ճանաչված է, որպես բնակչության շրջանում քաղցկեղի բեռի նվազեցման հիմնական ուղղությունը: Պոպուլյացիոն մոտեցումը, քաղաքականության և օրենսդրական միջամտությունների հետ միասին պետք է խրախուսի մարդկանց վարել առողջ ապրելակերպ, նվազեցնելով քաղցկեղի ապացուցված ռիսկի գործոնների ազդեցությունը, ինչպիսինն են ծխախոտի և ալկոհոլի օգտագործումը, ավելցուկային քաշը և գիրությունը ցածր ֆիզիկական ակտիվությունը, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթումը և այլն:

86. Ի հավելում վերոնշյալի, մեծ ուշադրություն պետք է դարձնել քաղցկեղի վաղ ախտորոշման ցուցանիշների բարելավման վրա, քանի որ ապացուցված է, որ վաղ ախտորոշումն ուղղակի պայմանավորում է ապրելիության հավանականությունը: Վաղ ախտորոշման դեպքում, որպես կանոն օգտագործվում են բուժման առավել ոչ ագրեսիվ միջոցներ: Վաղ ախտորոշման հաջողված գործիքներից են ապացուցողական հենք ունեցող սքրինինգային ծրագրերը, մասնավորապես արգանդի պարանոցի, հաստ աղու և կրծքագեղձի քաղցկեղների:

87. Արտերկրի առաջադեմ փորձը վկայում է նաև, որ բուժումը պետք է լինի մարդակենտրոն, ինչը հանդիսանում է բարձրորակ ծառայությունների նախապայման: Մասնավորապես՝ պացիենտները պետք է հնարավորինս տեղեկացված լինեն իրենց ախտորոշման, բուժման և հետագա վարման գործընթացի մասին՝ կայացնելով տեղեկացված որոշումներ: Բուժաշխատողների և պացիենտների միջև արդյունավետ հաղորդակցությունը կարևոր է գործընկերային հարաբերությունների ձևավորման համար, որն էլ իր հերթին ազդում է արդյունքի վրա: Պացիենտը պետք է գիտակցի և իմանա ինչ է տեղի ունենում և ինչու է տեղի ունենում:

88. Միջազգայնորեն ընդունված է, որ անվտանգ և որակյալ ծառայությունները պացիենտներին պետք է հասանելի լինեն դրա կարիքի առաջացման պահին: Տվյալ երկրում առկա առավելագույն ծառայությունները պետք է մատուցվեն պացիենտին: Վերջինները պետք է լինեն ինտեգրացված, ստանդարտացված և հիմնված ապացուցողական բժշկության սկզբունքների վրա:

89. Ծառայությունների հասանելիությունը, կախված սոցիալական կարգավիճակից մնում է լրջագույն խնդիր անգամ զարգացած երկրների համար: Նման իրավիճակ է նաև սքրինինգային ծրագրերին մասնակցության, բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտներում: Ուստի այդ անհավասարությունների վերացումը համարվում է զարգացած երկրների առաջնահերթ խնդիրներից մեկը:

90. Տարեց տարի ավելի ու ավելի շատ մարդ է վերապրում քաղցկեղը, ինչպես նաև ապրում այդ ախտորոշմամբ: Պացիենտների և վերապրածների ընթացիկ կարիքների նկատմամբ հարգանքը, ինչպես նաև խնամքի ծրագրերի անհատականացված մոտեցումների ներդրումը շատ երկրներում համարվում է մարդկանց ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական կարիքների ապահովման արդյունավետ գործիք: Կյանքի վերջում պատշաճ, արժանավայել խնամքի մատուցումը առողջապահության համակարգի կողմից համարվում է քաղցկեղի դեմ պայքարի ռազմավարության անբաժանելի մասը:

**ՉԱՐՈՐԱԿ ՆՈՐԱԳՈՅԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՈՒՂՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԸ**

91. ՀՀ կառավարության կողմից չարորակ նորագոյացությունների դեմ պայքարի համապարփակ համակարգի ստեղծումը դիտարկեց որպես 2019 թվականի առաջնահերթ խնդիրներից մեկը, որից հետո մեկնարկեցին 2019-2023թթ. չարորակ նորագոյացությունների դեմ պայքարի ազգային նոր երկարաժամկետ ռազմավարության ծրագրի մշակման աշխատանքները: Նոր ռազմավարությունը ուղղված է Հայաստանում ուռուցքաբանության ծառայության կազմակերպման ավելի բարձր որակին, բնակչության բոլոր շերտերի համար հավասար հասանելիությանը, քաղցկեղով հիվանդների բազմագործառութային կառավարման խնդիրներին՝ ուշադրության կենտրոնում պահելով հիվանդության հավաստի ախտորոշումը և բուժման ճշգրիտ պլանավորումը, ինչպես նաև չարորակ նորագոյացությունների վաղ հայտնաբերման և կանխարգելման գործընթացի շարունակական ապահովմանը, կլինիկական ուղեցույցների և հիվանդի վարման գործելակարգերի մշակմանը և ներդրմանը, ուռուցքաբանության ծառայության վերահսկմանը, ուռուցքաբանության ոլորտի մասնագետների լայն շրջանակի ներգրավմանը և այլ:

92. Ծրագրի նպատակն է` նվազեցնել չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացության, հաշմանդամության և մահացության ցուցանիշները, բարձրացնելով ապրելիության ցուցանիշը՝ հիմնական շեշտը դնելով արդյունավետ կանխարգելման և վաղ ախտորոշման վրա: Այս ռազմավարության նպատակներից է նաև ստեղծել այնպիսի միջավայր, որը թույլ կտա պացիենտներին ակտիվ մասնակցել իրենց առողջության խնդիրներին և բուժման վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու գործընթացին:

93. Ռազմավարությունն ուղղված է արձանագրված խնդիրների լուծմանը և արդյունավետ, ապացուցված համալիր միջոցառումների մշակման ու ներդրման արդյունքում նպաստել չարորակ նորագոյացությունների կանխարգելման, վաղ ախտորոշման, կառավարման արդյունավետության բարելավմանը, ինչն իր հերթին կարող է դրական անդրադառնալ բնակչության մահացության ցուցանիշների նվազեցման վրա։

94. Վերոնշյալ նպատակին հասնելու հիմնական ուղղություններն են լինելու.

1. Չարորակ նորագոյացությունների կանխարգելմանն ուղղված նոր օրենսդրական նախաձեռնությունների ընդունում, մասնավորապես՝ ծխախոտի դեմ պայքարի, ալկոհոլի չարաշահման, առողջ սննդի ապահովման, առողջ ապրելակերպի խթանման ոլորտներում.
2. Չարորակ նորագոյացությունների կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և հիվանդացության նվազեցման համար ընթացիկ սքրինինգային ծրագրերի շարունակական իրականացում և նոր ծրագրերի մեկնարկ, ապահովելով ծառայությունների հասանելիություն հատկապես սոցիալապես անապահով բնակչության շրջանում.
3. Բնակչության շրջանում իրազեկվածության բարձրացում քաղցկեղի առաջացման նպաստող հիմնական ռիսկի գործոնների վերաբերյալ, այդ թվում ծխելու, գիրության, ալկոհոլի օգտագործման, սահմանափակ ֆիզիկական ակտիվության, ինչպես նաև ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների բացասական ազդեցության և ժառանգական գործոնների վերաբերյալ.
4. քաղցկեղի բեռի նվազեցման (կանխարգելման) նպատակով՝ պատվաստումների իրականացման գործընթացի խթանում.
5. Բնակչության բոլոր շերտերի համար բժշկահիգիենիկ գիտելիքների ուսուցում և առողջ ապրելակերպի քարոզչություն, ինչպես նաև բնակչության տեղեկացվածության բարձրացում քաղցկեղի անհատական կանխարգելման գիտելիքների և չարորակ նորագոյացությունների ախտորոշման և բուժման արդի հաջողությունների վերաբերյալ` հիմնված ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման առաջադեմ միջազգային փորձի վրա.
6. Հիմնվելով ապացուցողական բժշկության սկզբունքների վրա չարորակ նորագոյացությունների բուժման ստանդարտացման նպատակով՝ քաղցկեղի կանխարգելման, ախտորոշման, բուժման և վարման ուղեցույցների ու գործելակարգերի շարունակական մշակում, տեղայնացում և ներդնում.
7. Չարորակ նորագոյացությունների կառավարման միասնական համակարգի ներդնում՝ հիմնված արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների միջև հստակ ուղեգրման մեխանիզմների ներդրման, ախտորոշման և բուժման բոլոր փուլերում պացիենտի նկատմամբ հսկողության, բուժման ավարտից հետո վերջինի վարման պարզ, հստակ և չափելի մոտեցումների վրա.
8. Հանրապետության ուռուցքաբանական ծառայության նյութատեխնիկական բազայի արդիականացման նպաստում: Մասնավորապես, աջակցություն քիմիաթերապիայի և ուռուցքաբանական վիրաբուժության ծառայությունների զարգացմանը ՀՀ Շիրակի և Սյունիքի մարզերում: Մայրաքաղաքում և Շիրակում ճառագայթային բուժման նոր ենթակառուցվածքների ստեղծմանը: Վերջինների կարողությունների հզորացման միջոցառումների պլանի մշակում և ներդնում.
9. Ճառագայթային ուռուցքաբանության և Միջուկային բժշկության ոլորտների զարգացմանն աջակցություն՝ զարգացման երկարաժամկետ հայեցակարգի ձևավորման միջոցով
10. Մարդկային ներուժի պլանավորում և աջակցություն մասնագետների համար բժշկական բարձրագույն ուսումնական և միջին մասնագիտական ուսուցման կրթական ծրագրերի իրականացմանը.
11. Ախտորոշման և բուժման որակի գնահատման ու մշտադիտարկման համակարգի ստեղծում, մասնավորապես չարորակ նորագոյացությունների ազգային ռեգիստրի կարողությունների ընդլայնում և ինտեգրում միասնական էլեկտրոնային առողջության համակարգին.
12. Պացիենտների և վերապրածների կյանքի որակի բարելավմանն ուղղված, ծրագրերի մշակում և ներդրում, այդ թվում նաև պացիենտների հոգեբանական աջակցության գործընթացի ընդլայնում.
13. Համաճարակաբանական հսկողության համակարգի հզորացում՝ քաղցկեղի ռեգիստրի լիարժեք ծավալով գործարկման միջոցով, հաշվի առնելով բնակչության առողջության վիճակի, առողջության ռիսկերը և դետերմինանտները, ապրելիությունը, ելքերը և այլն:
14. Աջակցություն միջազգային համագործակցության ընդլայնմանը, արտերկրի առաջատար բժշկական կենտրոնների հետ կայուն կապերի ստեղծման և սերտացման միջոցով:
15. Չարորակ նորագոյացությունների դեմ պայքարի 2020-2029թթ. ծրագրի իրականացման նկատմամբ մշտադիտարկման աշխատանքները համակարգելու է Հայաստանի Հանրապետությունում չարորակ նորագոյացությունների բուժման արդյունավետության բարձրացման և կառավարման համակարգող խորհուրդը:

95.**Ռազմավարության նպատակներն են` Նպատակ 1` Քաղցկեղի բեռի նվազեցում:**

96.**Քաղցկեղի բեռի նվազեցման հիմնական ուղղությունները.** Չարորակ նորագոյացությունների դինամիկայի կանխատեսական վերլուծության արդյունքները վկայում են, որ հիվանդության նոր դեպքերի թվի ավելանալու մասին, որոնց դեմ պայքարելու նպատակով սույն ռազմավարությամբ առաջարկվում է առանձնացնել երեք հիմնական ուղղություններ, որոնք դրական կանդրադառնան հիվանդացության մակարդակի կայունացման վրա և հետագայում վաղ ախտորոշման վրա.

* Կանխարգելիչ ծրագրերի, այդ թվում նաև օրենսդրական փոփոխությունների և պատվաստումների իրականացում՝ նոր դեպքերի նվազեցման նպատակով.
* Քաղցկեղի վաղ ախտանիշների վերաբերյալ բնակչության իրազեկվածության բարձրացում, առողջ ապրելակերպ վարելու նկատմամբ մարդկանց դրական վերաբերմունքի խթանման ծրագրերի մշակում և իրականացում
* Վաղ փուլերում ախտորոշված քաղցկեղների տեսակարար կշռի ավելացում, այդ թվում նաև նոր սքրինինգային ծրագրերի ներդրման և ընթացիկ սքրինինգային ծրագրերի արդյունավետության և որակի բարելավման միջոցով:

97. Գնահատված է, որ քաղցկեղի հիվանդացության 30%-40%-ը պայմանավորված է կառավարվող ռիսկի գործոնների ազդեցությամբ: Աջակցելով հայաստանցիներին թողնել ծխախոտի օգտագործումը, ալկոհոլի չարաշահումը, նվազեցնել ավելցուկային քաշը, բարձրացնել ֆիզիկական ակտիվությունը, նվազեցնել ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների ազդեցության ենթարկվելը, ապագայում կունենա զգալի ազդեցություն հիվանդությունների նոր դեպքերի թվի կրճատման վրա:

98. Ընթացիկ և ապագա սքրինինգային ծրագրերի շահառուների մասնակցության խթանումը կնպաստի հիվանդության վաղ ախտորոշմանը և հետևաբար ապրելիության ցուցանիշների բարելավմանը:

99. Մարդկանց իրազեկվածության բարձրացումը հիվանդության վաղ ախտանիշների վերաբերյալ, պետության կողմից երաշխավորված ծառայությունների մասին տեղեկատվության լայն տարածումը՝ հատկապես բնակչության սոցիալական խմբերի շրջանում, ինչպես նաև բժշկական ծառայությունների դիմելու տարիներ շարունակ արմատացած կարծրատիպերի վերացումը ևս էական ազդեցություն կունենա ելքերի բարելավման վրա:

100.**Նպատակի հասնելու ապահովմանն ուղղված միջոցառումներն են.**

1. «Ծխախոտի օգտագործման և ծխախոտի ծխի ազդեցության հետևանքով առողջությանը հասցվող վնասի նվազեցման և կանխարգելման մասին» նոր օրենքի ընդունում.
2. **«Առողջ ապրելակերպի խթանման ռազմավարական ծրագրին և ծրագրի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկին հավանություն տալու մասին»** նոր ծրագրի մշակում և ընդունում (ընթացիկ ծրագրի միջոցառումներն ավարտվում են 2019-2020թթ-ին), որտեղ ամրագրված կլինեն պետական քաղաքականության և դրա իրականացման գործնական քայլերը Հայաստանի բնակչության շրջանում առողջ ապրելակերպի խթանման ուղղությամբ.
3. Ծխախոտի և ալկոհոլի չարաշահման վնասակարության վերաբերյալ բնակչության իրազեկվածության բարձրացման համալիր՝ 5 ամյա միջոցառումների ծրագրի մշակում, հաստատում և ներդրում.
4. Վիրուսային հեպատիտ Բ-ի պատվաստումների ծրագրի շարունակում.
5. Մարդու պապիլոմա վիրուսի դեմ պատվաստումների ծրագրի շարունակում.
6. Արգանդի պարանոցի քաղցկեղի սքրինինգային ծրագրի շարունակում: ՊԱՊ թեստի փոխարեն ՄՊՎ թեսթի անցնելու ծախսարդյունավետության հաշվարկի իրականացում:
7. Կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ հայտնաբերման նոր փորձարարական սքրինինգային ծրագրի իրականացում և արդյունքների գնահատում երեք մարզերում՝ Լոռի, Տավուշ և Սյունիք:
8. Հաստ աղու քաղցկեղի կանխարգելման ու վաղ հայտնաբերման նոր փորձարարական սքրինինգային ծրագրի մշակում, իրականացում և արդյունքների գնահատում՝ Երևանի մեկ վարչական շրջանի և մեկ մարզային տարածաշրջանի սահմաններում:
9. Չարորակ նորագոյացությունների վաղ հայտնաբերմանն ուղղված ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների գործունեության նոր կարգի մշակում ու ներդրում, ներառյալ քաղցկեղների վաղ հայտնաբերմանն ուղղված կատարողականի նոր ցուցանիշների, խրախուսական վարձատրության նոր խթանների սահմանումը:

101. **Նպատակ 2՝ Չարորակ նորագոյացություններով պացիենտների օպտիմալ ախտորոշման և բուժման տրամադրում:**

102. **Պացիենտների օպտիմալ բուժման տրամադրման հիմնական ուղղությունները.** Մարդակենտրոնհամակարգված բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպումը նախատեսում է ծառայությունների այնպիսի կառուցվածք, որոնք ներառում են կանխարգելումը, վաղ հայտնաբերումը, ապացուցողական հենք ունեցող որակյալ բժշկական օգնության տրամադրումը և շարունակական հսկողությունը: Իրական համակարգված ծառայության կարելի է հասնել միայն ԱԱՊ, երկրորդային և նեղ մասնագիտացված բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հաստատությունների միջև համագործակցության բարելավման միջոցով (ծառայությունների մատուցման հստակ երթուղիներ), ինչն առավել դյուրին կդարձնի պացիենտի տեղաշարժը համայնքային և հիվանդանոցային (և հակառակը) օղակների միջև:

103. Միջազգային փորձը վկայում է, որ անգամ սահմանափակ միջոցների առկայության պարագայում որակական բարելավման հասնելու կարևոր նախապայման է քաղցկեղի բուժման մուլտիդիսցիպլինար թիմերի վրա հիմնված ծառայությունների մատուցման մոդելի ներդրումը: Կարևոր է նաև պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման հասանելիության բարձրացումը պացիենտների համար:

104. Անվտանգությունը և ծառայությունների բարձր որակը հանդիսանում են քաղցկեղների արդյունավետ բուժման, ապրելիության բարելավման ևս մեկ կարևոր բաղադրիչը, սույն ռազմավարությունը նպաստելու է Հայաստանում ապացուցողական բժշկության սկզբունքների ներդրման ընդլայնմանն ուռուցքաբանության ոլորտում:

105. **Նպատակի հասնելու ապահովմանն ուղղված միջոցառումներն են.**

1. Ուռուցքաբանական բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների կազմակերպման նոր կարգի մշակում և ներդրում, որը կներառի ծառայությունների մատուցման երթուղիները, տարբեր մակարդակների ծառայություններ մատուցողների միջև համագործակցության ու ուղեգրման կարգը, մուլտիդիսցիպլինար թիմերի գործունեության հիմնական մոտեցումները, ինչպես նաև շարունակական հսկողության սկզբունքները:
2. ՀՀ-ում առավել տարածված քաղցկեղների տեսակների գույքագրում և վերջինների ախտորոշման և բուժման կլինիկական ուղեցույցների և պացիենտների վարման գործելակարգերի մշակման (թարգմանություն և տեղայնացում) 5-ամյա ժամանակացույցի կազմում և հաստատում առողջապահության նախարարի հրամանով՝ նախատեսելով տարեկան առնվազն 4 ուղեցույց և 8 գործելակարգ:
3. Ուռուցքաբան մասնագետների (քիմիաթերապևտների, վիրաբույժների, ճառագայթային ուռուցքաբանների, բժշկական ֆիզիկոսների, ճառագայթային տեխնիկների շարունակական համալրման միջոցառումների ժամանակացույցի մշակում և հաստատում առողջապահության նախարարի հրամանով:
4. Չարորակ նորագոյացությունների վաղ ախտորոշման, կառավարման և հիվանդանոցային օղակի հետ համագործակցության հիմնական սկզբունքների վերաբերյալ ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների վերապատրաստման 3-ամյա ժամանակացույցի մշակում և հաստատում առողջապահության նախարարի հրամանով: Վերապատրաստման աշխատանքների ֆինանսավորման աղբյուրները պետք է նախատեսվեն յուրաքանչյուր տարվա պետական բյուջեի առողջապահությանն առնչվող բաժնում՝ առողջապահության նախարարության կողմից:
5. Օտարերկրյա առաջատար ուռուցքաբանական կլինիկաներում պետական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բուժհաստատությունների ուռուցքաբանների վերապատրաստման 3-ամյա ժամանակացույցի մշակում և հաստատում առողջապահության նախարարի հրամանով՝ յուրաքանչյուր տարի նախատեսնելով առնվազն 5 ուռուցքաբանի (վիրաբույժ, քիմիաթերապևտ, արյունաբան,պաթոլոգներ, քաղցկեղի կլինիկական գենետիկայի ոլորտի պաթոլոգի) վերապատրաստում, առնվազն մեկ ամիս ժամկետով: Վերապատրաստման աշխատանքների ֆինանսավորման աղբյուրները պետք է նախատեսվեն յուրաքանչյուր տարվա պետական բյուջեի առողջապահությանն առնչվող բաժնում՝ առողջապահության նախարարության կողմից:
6. Ուռուցքաբանության ոլորտի որակի ցուցանիշների, դրանց գնահատման և մշտադիտարկման կարգի մշակում, ներդրում միասնական էլեկտրոնային առողջապահության համակարգ և հաստատում առողջապահության նախարարի հրամանով:
7. Չարորակ նորագոյացությունների ձևաբանական (բջջաբանական, հյուսվածաբանական, և իմունոհիստոքիմիական)ախտորոշման կարգի մշակում և հաստատում առողջապահության նախարարի հրամանով:
8. Չարորակ նորագոյացությունների գենետիկական և ֆարմակոգենետիկական ծառայությունների իրականացման մասնագիտական պահանջների մշակում և հաստատում առողջապահության նախարարի հրամանով:
9. Չարորակ նորագոյացությունների գենետիկական ծառայությունների իրականացման մասնագիտական պահանջների մշակում և հաստատում առողջապահության նախարարի հրամանով:
10. Չարորակ նորագոյացությունների ձևաբանական (բջջաբանական, հյուսվածաբանական, իմունոհիստոքիմիական և մոլեկուլային) ախտորոշման կարգի մշակում և հաստատում առողջապահության նախարարի հրամանով,
11. Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների հասանելիության ապահովման նպատակով՝ յուրաքանչյուր տարի նախատեսել պետական պատվերի տեղադրում 2-4 արտահիվանդանոցային և 1 հիվանդանոցային ձևով լիցենզավորված պալիատիվ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում՝ տասնամյա կտրվածքով վերջինների թիվը հասցնելով համապատասխանաբար առնվազն 20-ի և 5-ի:

97. **Նպատակ 3՝ պացիենտների և հաղթահարածների կյանքի որակի բարելավում:**

98. **Պացիենտների և հաղթահարածների կյանքի որակի բարելավման հիմնական ուղղությունները.** Տարեց տարի ավելանում են քաղցկեղը հաղթահարած և քաղցկեղով ապրող մարդկանց թիվը և անգամ առկա վիճակագրությունը վկայում է, որ այդ թիվը միայն ավելանալու է: Հետևաբար` մարդկանց մասնակցությունը որոշումների կայացմանը և վերադարձը բնականոն ակտիվ կյանքին պետք է հանդիսանա սույն ռազմավարության կարևոր նպատակներից մեկը:

106.**Նպատակի հասնելու ապահովմանն ուղղված միջոցառումներն են.**

1. Քաղցկեղի վերաբերյալ տեղեկատվական վերլուծական ինտերակտիվ հարթակի ստեղծում.
2. Հաղթահարածների մասնակցությամբ հանրային միջոցառումների իրականացման ամենամյա ժամանակացույցերի մշակում և հաստատում առողջապահության նախարարի հրամանով.
3. ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակներում հաղթահարածների և քաղցկեղով ապրող մարդկանց հետ տարվող աշխատանքների հիմնարար սկզբունքների մշակում և ներդրում՝ առնվազն ուռուցքաբանության ոլորտում պետական պատվերի իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում.
4. Հասարակական կազմակերպությունների, այդ թվում նաև մասնագիտացված ասոցիացիաների որոշումների կայացման գործընթացում ներգրավվածության բարձրացում.

107.**Նպատակ 4`** **Հայաստանի Հանրապետության ուռուցքաբանական ծառայության նյութատեխնիկական բազայի արդիականացում:**

108.**Ուռուցքաբանական ծառայության նյութատեխնիկական բազայի արդիականացման հիմնական ուղղությունները.** Ապրելիությունը, բուժման արդյունավետությունը, որակը և անվտանգությունը մեծապես պայմանավորված են երկրում առկա ախտորոշիչ և բուժական ենթակառուցվածքների առկայությամբ, դրանց արդիականությամբ և բնակչության համար ֆիզիկական հասանելիությամբ: Ռազմավարությունը միտված է նախադրյալներ ստեղծել առաջիկա 10 տարիների ընթացքում առկա ենթակառուցվածքների ամբողջովին նորացմանը, այդ թվում նաև ցածր հասանելիություն ունեցող ճառագայթային բուժման և միջուկային բժշկության ոլորտի ծառայությունների առնվազն 90% հասանելիության ապահովմանը.

102.**Նպատակի հասնելու ապահովմանն ուղղված միջոցառումներն են.**

1. Ուռուցքաբանական ծառայությունների (հատկապես ճառագայթային բուժման և միջուկային բժշկության ծառայությունների) պահանջարկի գնահատում և պետական պատվերի տեղադրման սկզբունքների՝ որակական ցուցանիշների, աշխարհագրական հասանելիության և ռացիոնալ կազմակերպման սկզբունքների վրա.
2. Պահանջարկի վրա հիմնված ուռուցքաբանական ծառայության նյութատեխնիկական հիմնական և վերջինի արդիականացման համար անհրաժեշտ ֆինանսական միջոցների գնահատում և ներկայացնում Վարչապետի աշխատակազմ:

109.**Նպատակ 5` Համաճարակաբանական հսկողության համակարգի ներդնում:**

110.**Համաճարակաբանական հսկողության համակարգի ներդրման հիմնական ուղղություններն են.** Ուռուցքաբանության ոլորտում տիրող իրավիճակի, արձանագրված հաջողությունների և նոր ի հայտ եկած մարտահրավերների վերլուծության, գնահատման և մշտադիտարկման ճանաչված գործիքն է չարորակ նորագոյացությունների ազգային ռեգիստրի ստեղծումը և վարումը:

111.**Նպատակի հասնելու ապահովմանն ուղղված միջոցառումներն են.**

1) Չարորակ նորագոյացությունների ռեգիստրի ստեղծում Առողջապահության ազգային կենտրոնում.

2) Չարորակ նորագոյացությունների ռեգիստրի աշխատակիցներին վերապատրաստում, տվյալների շտեմարանի ինտեգրում միասնական էլեկտրոնային առողջապահության համակարգին.

**ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄ**

112.Ռազմավարության ծրագրի գործողությունների ֆինանսավորումը ակնկալվում է հետևյալ աղբյուրներից`

1) Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջե` առողջապահության ոլորտի բյուջետային հատկացումների շրջանակներում [[14]](#footnote-14).

2) Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ չարգելված այլ ֆինանսական աղբյուրներ`

ա. Միջազգային դոնոր կազմակերպությունների կողմից նպատակային ֆինանսավորում,

բ. Հայաստանի Հանրապետությունում գործող մասնավոր կազմակերպությունների միջոցների հաշվին ֆինանսավորում (պետություն-մասնավոր հատված համագործակցության շրջանակներում),

գ. Հասարակական կազմակերպությունների կողմից նպատակային ֆինանսավորում:

**ՄՇՏԱԴԻՏԱՐԿՈՒՄ ԵՎ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ**

113.Չարորակ նորագոյացությունների դեմ պայքարի ռազմավարության մշտադիտարկումը և գնահատումն իրականացվում են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության և շահագրգիռ գերատեսչությունների կողմից` յուրաքանչյուրն իր իրավասության շրջանակներում:

108.Չարորակ նորագոյացությունների դեմ պայքարի ռազմավարության մշտադիտարկումն իրականացվում է վարչական վիճակագրական հաշվետվություններով` սահմանված տեղեկատվական հոսքերով, ինչպես նաև հատուկ ուսումնասիրությունների և հետազոտությունների ժամանակ ստացած արդյունքներով: Մասնավորապես նախատեսվում է ցուցանիշների դինամիկայի մասին տեղեկատվությունը հավաքագրել «Հայաստանի առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման» տարեկան ազգային զեկույցի, ժողովրդագրական և առողջապահական հետազոտությունների և այլ գործիքների կիրառմամբ:

109.Մշտադիտարկման և արդյունքների վերաբերյալ կատարվում են տարեկան վերլուծություններ և մշակվում են առաջարկություններ` ապահովելով հետադարձ կապ հաշվետվություններ կայացնող կազմակերպությունների հետ:

**ԱԿՆԿԱԼՎՈՂ ԱՄՓՈՓ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐ**

114.Ռազմավարության իրականացման արդյունքում ակնկալվում է բարելավել բնակչության առողջությունը և հասնել հետևյալ ցուցանիշներին`

* Մահացության ցուցանիշների նվազեցում 2,5%-ով
* 5 և 10 տարվա ապրելիության ցուցանիշների բարելավում` մինչև 55% և 10%
* ՀՀ և ԵՄ երկրների միջև առկա ապրելիության տարբերության կրճատում՝ 20-%
* Քաղցկեղի կառավարման համապետական միասնական համակարգի ներդրում
* Ախտորոշիչ և բուժական ծառայությունների հավասար հասանելիության ապահովում բնակչության բոլոր խավերի համար
* Հիվանդների կյանքի որակի էական բարելավում և նրանց ներգրավվածություն որոշումների կայացման գործընթացում
* Հայաստանի ազգաբնակչության շրջանում քաղցկեղի, դրա ռիսկի գործոնների և ելքերի ընկալման փոփոխություն, առնվազն բնակչության 50%-ի շրջանում:

1. («Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2019թ., http://nih.am/assets/pdf/atvk/b49a4d17ceaeb9c650b10fa6e7b83542.pdf): [↑](#footnote-ref-1)
2. («Ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելումը և հսկողությունը Հայաստանում Ներդրումները հիմնավորող փաստարկներ», 2019: ԱՀԿ http://nih.am/assets/pdf/researches/d5446d89cfcbde6e1893d9fe28d70daa.pdf): [↑](#footnote-ref-2)
3. (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer) [↑](#footnote-ref-3)
4. («Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2019թ., http://nih.am/assets/pdf/atvk/b49a4d17ceaeb9c650b10fa6e7b83542.pdf):: [↑](#footnote-ref-4)
5. («Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2019թ., http://nih.am/assets/pdf/atvk/b49a4d17ceaeb9c650b10fa6e7b83542.pdf): [↑](#footnote-ref-5)
6. (<https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/#hfamdb>): [↑](#footnote-ref-6)
7. («Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2019թ., http://nih.am/assets/pdf/atvk/b49a4d17ceaeb9c650b10fa6e7b83542.pdf): [↑](#footnote-ref-7)
8. («Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2019թ., http://nih.am/assets/pdf/atvk/b49a4d17ceaeb9c650b10fa6e7b83542.pdf): [↑](#footnote-ref-8)
9. («Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2019թ., http://nih.am/assets/pdf/atvk/b49a4d17ceaeb9c650b10fa6e7b83542.pdf): [↑](#footnote-ref-9)
10. («Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2019թ., http://nih.am/assets/pdf/atvk/b49a4d17ceaeb9c650b10fa6e7b83542.pdf): [↑](#footnote-ref-10)
11. (<http://nih.am/assets/pdf/researches/335576b5d179a3b7c6e89a0a44832c25.pdf>), [↑](#footnote-ref-11)
12. («Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2019թ., <http://nih.am/assets/pdf/atvk/b49a4d17ceaeb9c650b10fa6e7b83542.pdf)>:): [↑](#footnote-ref-12)
13. («Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2019թ,) [↑](#footnote-ref-13)
14. Ռազմավարության իրագործման համար անհրաժեշտ ֆինանսական միջոցների հաշվարկը ներկայացված է Հավելված 1-ում [↑](#footnote-ref-14)