

**Հ Հ Ա Ն Ա Ռ Ո Ղ Ջ Ա Պ Ա Յ Ո Ւ Թ Յ Ա Ն Ա Չ Գ Ա Յ Ի Ն Ի Ն Ս Տ Ի Տ Ո Ւ Տ**

**Լ Ե Վ Ո Ն Յ Ա Վ Ո Ւ Ի Յ Ա Վ Ո Ւ Յ Ա Ն**

**Ե Ր Ե Վ Ա Ն Ի Ք Ա Ղ Ա Ք Ա Պ Ե Տ Ա Ր Ա Ն Ի Ե Ն Թ Ա Վ Ա Յ Ո Ւ Թ Յ Ա Ն  
Ա Ռ Ո Ղ Ջ Ո Ւ Թ Յ Ա Ն Ա Ռ Ա Ջ Ն Ա Յ Ի Ն Պ Ա Յ Պ Ա Ն Մ Ա Ն  
Բ Ո Ւ Ժ Յ Ա Ս Տ Ա Տ Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն Ն Ե Ր Ի Կ Ա Ռ Ա Վ Ա Ր Մ Ա Ն  
Հ Ա Մ Ա Վ Ա Ր Գ Ո Ւ Մ Բ Ա Ր Ե Փ Ո Խ Ո Ւ Մ Ն Ե Ր Ի  
Ի Ր Ա Վ Ա Ն Ա Ց Մ Ա Ն Հ Ի Մ Ն Ա Վ Ո Ր Ո Ւ Մ Ը**

Ժ Դ .00.17 «Հ ա ն ր ա յ ի ն ա ռ ո ղ ջ ո լ թ յ ո լ ն ն  
ա ռ ո ղ ջ ա պ ա հ ո լ թ յ ա ն կ ա զ մ ա կ ե ր պ ո լ մ »

բ ժ շ կ ա կ ա ն գ ի տ ո լ թ յ ո լ ն ն ե ր ի թ ե կ ն ա ծ ո լ ի գ ի տ ա կ ա ն  
ա ս տ ի ճ ա ն ի հ ա յ ց մ ա ն ա տ ե ն ա խ ո ս ո լ թ յ ո լ ն

**Գ ի տ ա կ ա ն ղ ե կ ա վ ա ր `**  
**բ .գ .դ ., պ ր ո Ֆ .Մ .Ա .Մ Ա Ր Դ Ի Յ Ա Ն**

**Ե Ր Ե Վ Ա Ն 2019**  
**Բ Ո Վ Ա Ն Դ Ա Վ Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն**

**ԳԼՈՒԽ 1. ԱՌՈՂՋԱՊԱՅ ԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ  
ՕՂԱԿԻ ԲԱՐԵՓՈԽՈՒ ՄՆԵՐԻ ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՓՈՐՁԻ  
ՈՒ ՍՈՒ ՄՆԱՍԻՐՈՒ ԹՅՈՒՆ (ԳՐԱԿԱՆՈՒ ԹՅԱՆ  
ՏԵՍՈՒ ԹՅՈՒՆ).....12**

1.1. Առողջ ու թյան առաջնային պահպանման (ԱԱՊ)  
օղակի բարեփոխումների հիմնախնդիրը և  
լուծման նոր մոտեցումների ներդրման  
հիմնական ուղիները ..... 12

1.2. ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների  
գործունեության արդյունավետության  
գնահատման ժամանակակից չափանիշները և  
կառավարման միջազգային փորձի  
վերլուծություն ..... 21

1.3. Բալանսավորված ցուցանիշների համակարգի  
կիրառումը՝ որպես  
նոր գործիք բուժօգնության  
գործունեության գնահատման համար ..... 32

**ԳԼՈՒԽ 2. ՀԵՏԱԶՈՏՈՒ ԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ ..... 39**

**ԳԼՈՒԽ 3. ՍԵՓԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒ ԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ .... 52**

3.1. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ու թյան ԱԱՊ  
օղակի բուժօգնությունների ու  
հավաքագրված բնակչության առողջ ու թյան և  
առողջապահական ռեսուրսներով  
ապահովված ու թյան ցուցանիշների համալիր  
վերլուծություն ..... 52

3.2. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ու թյան ԱԱՊ  
օղակի բուժօգնությունների ու  
բուժօգնության որակի  
փորձագիտական գնահատում ..... 60

3.3. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ու թյան ԱԱՊ  
օղակի բուժօգնությունների ու  
պացիտներին դիսպանսերիսկոլոլոլային որակի  
փորձագիտական գնահատում ..... 70

3.4. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունը բուժօգնության կազմակերպումը և ԲՕՈ-ի բնակչության բավարարվածության գնահատումը ըստ սոցիոլոգիական հարցման տվյալների .....	72
3.5. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունը բուժօգնության կազմակերպման և ԲՕՈ-ի ապահովման վերաբերյալ բժիշկների կարծիքի ուսումնասիրությունը .....	80
3.6. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի մեկնեցերների կառավարման հմտությունը գնահատումը .....	85
3.7. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունը բուժօգնության որակի բարելավման համալիր միջոցառումների արդյունավետության փորձարարական գնահատումը .....	87
3.8. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունը նիսկերի գնահատումը և մոդելավորումը ըստ SWOT վերլուծության մեթոդի .....	95
3.9. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունը կազմակերպչական կառուցվածքի բարեփոխումների և բալանսավորված ցուցանիշների համակարգի ներդրման հիմնավորումը .....	102
<b>ԱՄՓՈՓՈՒՄ .....</b>	<b>121</b>
<b>ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ .....</b>	<b>130</b>
<b>ԳԻՏԱԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ .....</b>	<b>132</b>
<b>ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ .....</b>	<b>134</b>



# ՆԵՐԱՏՈՒԻ ԹՅՈՒՆ

**ԹԵՄԱՅԻ ԱՐԴԻԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Առողջ ապահովությանը գործունեության  
առանձնահատուկ ուղորտ է՝ ուղղված բնակչության  
կյանքի և առողջության պահպանության  
իրավունքների, հետևաբար այն առաջնահերթ  
դերակատարություն ունի պետության և  
հասարակության քաղաքական, տնտեսական ու  
սոցիալական կյանքում:

ՀՀ պետական քաղաքականության գերակա  
ուղղություններից մեկը բնակչության  
առողջության պահպանումն ու ամրապնդումն է:  
Առողջապահական համակարգի բարեփոխումների  
ռազմավարության հիմնական նպատակը համակարգի  
կառավարման բարելավումն է, որն իր հերթին  
ապահովելու է բուժօգնության որակ և  
մատչելիություն [2]: Ընդհանրապես առողջապահական  
համակարգի կառավարման ցանկացած բարեփոխում  
դառնում է իրատեսական, եթե այդ բարեփոխման  
հիմքում ընկած է առկառեսուրսների (\$ի նանսական,  
կադրային, նյութական, ծրագրային) արդյունավետ  
օգտագործման մոտեցումների ներդրում:

Այս գաղափարներն իրենց արտահայտություններն գտել բազմաթիվ նորմատիվային-իրավական փաստաթղթերում, պետական որոշումներում: Սակայն անհրաժեշտ է նշել, որ առողջապահական համակարգում իրականացված բարեփոխումները, որոնց հիմքում եղել են անհրաժեշտ քանակով ռեսուրսներ, արդյունքում չեն ապահովել բնակչությանը ցուցաբերվող բուժօգնության որակի և մատչելիության բարելավում: Սրա վառ ապացույցը բազմաթիվ հետազոտողների կողմից կատարված հետազոտությունների արդյունքներն են, որոնք փաստում են առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) օղակի կողմից բնակչությանը ցուցաբերված բուժօգնության որակից բավարարվածության ցածր մակարդակի մասին [3,5]:

ՀՀ առողջապահության նախարարության (ԱՆ) բազմաթիվ իրավական փաստաթղթերում նշվում է, որ խիստ կարևոր է համակարգում իրականացնել այնպիսի բարեփոխումներ, որոնք ուղղված են բուժօգնության որակի (ԲՕՈ) և մատչելիության ապահովմանը [1]:

ԱԱՊ օղակում պետական նպատակային ծրագրի ներդրումը անխոս դրական երևույթ էր: Սակայն ակնհայտ է, որ այդ օղակում բուժօգնության որակի և մատչելիության բարձրացման համար կարևորվում է համակարգի տարբեր մակարդակներում կառավարման բարեփոխումների իրականացումը [7]:

Կան հետազոտական աշխատանքներ, որոնք ուղղված են առողջապահական համակարգի գործունեության արդյունավետության բարձրացման ուղիների գիտական հիմնավորմանը: Առողջապահական համակարգի զարգացման ռազմավարական կարևոր գործոն է դեկավարների կառավարչական գրագիտության բարձրացումը և բուժհաստատություններում մենեջմենթի

Ժամանակակից հայեցակարգերի և սկզբունքների կիրառումը [87]:

Շարունակվում են առողջապահական համակարգի արդյունավետ կառավարման մոդելի ներդրման աշխատանքները: Այս գործընթացի կարևոր օղակը առողջապահական համակարգի կառավարման մարմիններն ու բուժօգնությունը յոլուններն են, որոնք մշտապես գտնվում են հետազոտությունների կիզակետում [89]:

Ժամանակակից սոցիալ-տնտեսական պայմաններում բուժօգնությունը ազդարանական զարգացումը պետք է ուղղված լինի ԲՕՈ-ի և մատչելիության բարձրացմանը: Այս տեսանկյունից խիստ կարևորվում է բուժօգնություն կառավարման համակարգում ժամանակակից մեթոդների, ոճերի, սկզբունքների ներդրումը, որոնք պետք է հիմնված լինեն որակի ապահովման համակարգի ձևավորման վրա: Անհրաժեշտ է նշել, որ աստիճանաբար նկատվում է բուժօգնության որակի կառավարման համակարգի նկատմամբ հետաքրքրությունների աճ՝ հատկապես բուժօգնությունների կողմից [91,92]:

Միջազգային պրակտիկայում աշխուժացել են կառավարման համակարգում ISO 9000 դասի չափորոշիչների ներդրման միտումները: Պետք է նշել, որ ցանկացած կազմակերպության կառավարման համակարգի մեջ ներառում է ենթակառուցվածքների կառավարման ենթահամակարգեր: Այս ենթահամակարգերի կատարելագործման համար ցանկալի է կիրառել միջազգային չափորոշիչներ: Այսպես օրինակ, OHSAS-ը (Occupational Health and Safety Assessment Series) վերաբերում է աշխատանքի հիգիենայի մեկնեջմենթի համակարգին: Յամակարգի կառավարման հաջողություն համար անհրաժեշտ է ներդնել կառավարման ինտեգրացված համակարգ (ԿԻՅ): Այն



կարևոր գործիք է, որը հնարավորություն է կտա քարտեզավել բուժօգնությունը կառավարման որակը՝ հիմնվելով օբյեկտիվ ինքնագնահատման և ներքին աուդիտի տվյալների վրա: Կառավարման ինտեգրացված համակարգի ներդրումը նպաստելու է բուժօգնությունը գործունեության նորարարական հիմքերի ստեղծմանը և բուժօգնության որակի բարձրացմանը [9]:

Բուժօգնության ցուցաբերման ենթահամակարգերի համալիր համագործակցությունը կարող է նպաստել կառավարման գործընթացի միասնական համակարգի ստեղծմանը: Որակի համալիր կառավարումն իր հերթին կարող է ապահովել բուժօգնության գործունեության արդյունավետության բարձրացում: Բուժօգնության որակի (ԲՕՈ) կառավարման ինտեգրացված համակարգի ներդրումը պահանջում է գիտական հիմնավորում: Այս խնդրի վերաբերյալ առկա գրականության վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ իտարբերությունն միջարքագրած երկրների, մեր երկրի առողջապահության առաջնային օղակում բացակայում է կառավարման ինտեգրացված համակարգի կիրառման մոտեցումներ [91]:

Առողջ ապահական համակարգի սոցիալ-տնտեսական բարեփոխումների իրականացումն ապահովում է բժշկական ծառայությունների որակի և մատչելիության բարելավում: Այս գործընթացում բացակայում է համակարգի ռեսուրսների կառավարման բարեփոխումների նկատմամբ վերաբերմունքը: Այս հիմնախնդրի լուծման համար անհրաժեշտ է վերլուծության ենթարկել ՀՀ-ում առկա գործառույթներն ու իրավիճակը, ինչպես նաև գնահատել համակարգային հնարավոր բարեփոխումների կանխատեսումների արդյունավետությունը [48]:

Վերջին տարիներին առավել լուրջ միջազգային խնդիր է բժշկական օգնություն և սպասարկման ծառայությունների արժեքների կտրուկ աճը: Առողջ ապահական ընդհանուր ծախսերի ավելացմանը նպաստում են այնպիսի գործոններ, ինչպիսիք են բնակչության հարաբերական ծերացման միտումները, որոնք իրենց հերթին ուղեկցվում են քրոնիկ ոչ վարակիչ հիվանդացությունների և դրանցով պայմանավորված՝ առաջնակի հաշմանդամության ցուցանիշների աճով: Առողջ ապահական համակարգում առկա այս միտումները թելադրում են համակարգում կառավարման ժամանակակից մեթոդների և տեխնոլոգիաների ներդրման անհրաժեշտություն, որն էլ կարող է նպաստել առողջ ապահական սուղ ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության բարձրացմանը [90]:

ՀՀ առողջ ապահական համակարգի գործունեության առկա չափանիշների վերլուծությունը թույլ է տալիս ենթադրել, որ առկա է առողջ ապահակության պետական քաղաքականության կառավարման մեթոդների և գործիքների, նպատակների և խնդիրների

ան համապատասխանություն : Առողջապահության  
նլորտում պետական քաղաքականության  
իրականացման գոյություն ունեցող մեխանիզմը չի  
ապահովում ԱԱՊ բուժօգնություններում  
մատուցվող ծառայությունների մասով  
բուժօգնության որակի պատշաճ մակարդակ, ինչպես  
ևս պետական պատվերի տեղադրման դաշտում  
ուղղված չէ մրցակցային միջավայրի ստեղծմանը :  
Այս առումով, անհրաժեշտություն կա գնահատել  
հանրային առողջության նլորտում հատկապես  
արտահիվանդանոցային ծառայության պետական  
քաղաքականության իրականացման արդյունա-  
վետությունը և նրա համապատասխանությունը  
ընթացող ինստիտուցիոնալ բարեփոխումներին : Այն  
կնպաստի առողջապահական համակարգի կառավարման  
արդյունավետության բարձրացմանը [6]:

Մակրոտնտեսական մակարդակում կառավարման  
համակարգում բարեփոխումների գործընթացում  
հաջողությունների հասնելու համար կարևոր է  
միկրոտնտեսական մակարդակում միջոցառումների  
որոշակի ծավալի իրականացումը [53]: Առողջա-  
պահական համակարգի բարեփոխումներն աշխարհի  
գրեթե բոլոր երկրներում շարունակական բնույթ  
են կրում և հիմնականում ուղղված են  
առողջապահական համակարգի ծախսերի աճի  
կանխարգելմանը, նվազեցմանը և օգտագործման  
արդյունավետության բարձրացմանը [47]:

Բնակչությանը որակյալ և մատչելի  
բուժօգնության, ինչպես ևս սպասարկման  
ծառայությունների մատուցումը պետական  
քաղաքականության գերակա ուղղություն է [60]:

Քաղաքի ԱԱՊ օղակի առողջապահական համակարգի  
բարեփոխումներին նվիրված աշխատանքների մեծ  
մասը նկարագրում են ոչ բավարար \$ինանսական  
միջոցների առկայություն, ինչպես ևս

բնակչության առանձին խմբերի համար նախատեսված բուժօգնության կազմակերպման ժամանակակից մեթոդներին ու ձևերին ներդրման անհրաժեշտություն [33]:

Այսպես, Իտալիայի առողջապահական համակարգի բարեփոխումներին հիմնական նպատակը համակարգում առկա սուղ ռեսուրսներին օգտագործման արդյունավետության բարձրացումն է, որոնք առաջացել են ոլորտում ֆինանսավորման տարբեր, ոչ արդյունավետ համակարգերի առկայությունը [40, 73, 136]:

ԱՄՆ-ում առողջապահական համակարգի բարեփոխումներն ուղղված են բժշկական ծառայությունների գնային վերահսկողության իրականացմանը, ընտանեկան բժշկության զարգացմանը՝ պահպանելով առավելագույն ազատությունը բժշկական ծառայությունների ընտրության հարցում: Բժշկական ծառայությունների գնային վերահսկողությունը իրականացվում է առողջապահական համակարգին աջակցող (Health Maintenance Organisation - HMO) և արտոնագրված բժշկական ծառայություններ մատուցող կազմակերպությունների օգնությամբ, որոնք պատասխանատու են ապահովելու բժշկական օգնություն և ապահովագրություն, շփում կամ վոր հովանավորների հետ: Այսպիսի մոտեցումն հանգեցնում է համեմատաբար ցածր գնով բժշկական ծառայությունների մատուցման [155]:

ՌԴ-ն արտահիվանդանոցային առողջապահական համակարգի ռազմավարությունը հիմնված է ուղղահայաց կառավարման վերականգմանը: Կառավարման այդ ուղղվածության նպատակը ֆինանսավորման բյուջե տային և ապահովագրական աղբյուրների համատեղումն է, ինչպես նաև բուժօգնությունների գործունեությունում

շ ու կ այ ակ ան մ ե խան ի գ մ ն եր ի ն եր դ ր ու մ ը : Ճ վ ե դ ի այ ի առ ո ղ ջ ապահ ակ ան ո լ ո Ր տ ի ք ար ե փ ո խ ու մ ն եր ի ն պատակ ը ք նակ չ ու թ յ ան ը մատու ց վ ո ղ ք ժ շ կ ակ ան ծ առ այ ու թ յ ու ն ն եր ի ք ար ձ ր գ ն եր ի գ ս պ ու մ ն է ի հ ա շ ի վ փ ո խ հ ա տ ու ց մ ան ն պատակ ո վ տար ք եր \$ ո ն դ եր ի ն եր գ ր ա վ մ ան և ան հ ա տ ա կ ան ապահ ո վ ա գ ր ա վ ճ ար ն եր ի ն վ ա գ ե ց մ ան [122]:

Ը ն դ հ ան ու Ր առ մ ամ ք , ք ար ե փ ո խ ու մ ը գ ն ա հ ա տ վ ու մ է ո Ր պ ե ս ճ շ գ ր ի տ ք ան ա ձ և չ ու ն ե ց ո ղ գ ա ղ ա փ ար ա խ ո ս ու թ յ ու ն , ո Ր ը գ ո Ր ծ ն ա կ ան ու մ ի Ր ա կ ան ա ց վ ու մ է ` հ ի մ ն վ ե լ ո վ ը ն դ լ այ ն վ ո ղ առ ո ղ ջ ապահ ակ ան ծ առ այ ու թ յ ու ն ն եր ի կ ար ի ք ն եր ի վ Ր ա , մ ի ա ժ ամ ան ա կ ` պ ա հ պ ան ե լ ո վ այ դ ծ առ այ ու թ յ ու ն ն եր ի ա գ ա տ ը ն տ Ր ու թ յ ան հ ն ար ա վ ո Ր ու թ յ ու ն ը [122, 145]:

Ա յ ս պ ի ս ո վ , ան հ Ր ա ժ ե շ տ ու թ յ ու ն է առ ա ջ ան ու մ օ ք յ ե կ տ ի վ ո Ր ե ն վ ե Ր լ ու ծ ե լ մ ի ջ ա գ գ այ ի ն չ ա փ ո Ր ո շ ի չ ն եր ի ն եր դ Ր մ ան հ ն ար ա վ ո Ր ու թ յ ու ն ն եր ը մ եր ե Ր կ Ր ի առ ո ղ ջ ապահ ակ ան հ ամ ա կ ար գ ի առ ա ջ ն այ ի ն օ ղ ա կ ի կ առ ա վ ար մ ան ք ար ե փ ո խ ու մ ն եր ի ի Ր ա կ ան ա ց մ ան ո լ ո Ր տ ու մ :

Յ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ան ար դ ի ա կ ան ու թ յ ու ն ը պ այ մ ան ա վ ո Ր վ ա ծ է ժ ամ ան ա կ ա կ ի ց պ այ մ ան ն եր ու մ առ ո ղ ջ ապահ ու թ յ ան ո լ ո Ր տ ու մ տ ե ղ ա կ ան ի ն ք ն ա կ առ ա վ ար մ ան ք ա ղ ա ք ա կ ան ու թ յ ան մ շ ա կ մ ան ան հ Ր ա ժ ե շ տ ու թ յ ամ ք : Յ ան Ր այ ի ն առ ո ղ ջ ու թ յ ան ո լ ո Ր տ ու մ ապաց ու յ ց ն եր ի վ Ր ա հ ի մ ն վ ա ծ հ ամ այ ն ք այ ի ն առ ո ղ ջ ապահ ակ ան ճ ի շ տ ք ա ղ ա ք ա կ ան ու թ յ ան ի Ր ա կ ան ա ց ու մ ը կ ապահ ո վ ի ք ն ա կ չ ու թ յ ան շ Ր ջ ան ու մ ո Ր ա կ յ ա լ և մ ա տ չ ե լ ի Ր ու ժ օ գ ն ու թ յ ան հ ա ս ան ե լ ի ու թ յ ու ն :

Վ ե Ր ը շ ար ա դ Ր վ ա ծ ը հ ի մ ն ա վ ո Ր ու մ է հ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ան ար դ ի ա կ ան ու թ յ ու ն ը :

**Յ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ան ն պատակ ը :** Յ ի մ ն ա վ ո Ր ե լ ե Ր և ան ի ք ա ղ ա ք ա պ ե տ ար ան ի ե ն թ ա կ այ ու թ յ ան առ ո ղ ջ ու թ յ ան

առաջնային պահպանման բուժօգնությունների կառավարման համակարգի քարտեզնորման ներդրման անհրաժեշտությունը և ուղիները:

**Յեռագոտության խնդիրները:** Յեռագոտության նպատակին հասնելու տեսանկյունից առանձնացվել են հետևյալ խնդիրները՝

1. Դինամիկայում (2005-2015թթ.) վերլուծության ենթարկել էրևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնություններում ցուցաբերված բուժօգնության ծավալները և տեսակները, գնահատել ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հիվանդացության առանձնահատկությունները, ինչպես նաև բուժօգնության որակից և մատչելիությունից պացիենտների բավարարվածությունը:
2. Յիմնավորել բուժօգնության որակի և մատչելիության ապահովման համակարգի կատարելագործումը՝ որպես ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների արդյունավետ կառավարչական որոշումների ընդունման մեթոդաբանություն:
3. Կատարել էրևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների կառավարման համակարգի SWOT վերլուծություն և մշակել համակարգի կառավարման կատարելագործման հիմնական ուղիները:
4. Յիմնավորել էրևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների գործունեության կառավարման ինտեգրացված համակարգի ներդրման հնարավորությունները և նախադրյալները:

5. Մշակել և ներդնել Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներքին կառավարման ինտեգրացված համակարգի մոդել, կանոնակարգել այդ համակարգի գործունեության նախահոսքի տեղեկատվական և փաստաթղթային շրջանառությանը:

**Աշխատանքի գիտական նորոգումը:** Հիմնավորվել է Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության կառավարման ինտեգրացված համակարգի ներդրման անհրաժեշտությունը:

Մշակվել է ԱԱՊ օղակի լոկալ կառավարման համակարգի մոդել և հիմնավորվել է այն ներդնելու անհրաժեշտությունը, ինչպես նաև ռեսուրսների կառավարման բարեփոխումների հիմնական ուղղությունները:

Հիմնավորվել են Երևան քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության կառավարման համակարգի բարեփոխումների իրականացման ռազմավարական ուղղությունները, որը կարող է ապահովել բուժօգնության, ծառայությունների մատչելիություն, հասանելիություն, նյութական և մարդկային ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության բարձրացում:

### **Աշխատանքի**

### **գիտագործական**

**նշանակությունը:** Հետազոտության արդյունքում մշակվել է Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության արդյունավետ կառավարման մոդել՝ հիմնված միկրոտնտեսական մակարդակում ռեսուրսների արդյունավետ կառավարման վրա:

SWOT վերլուծության մեթոդի օգնությամբ գնահատվել և վերլուծության է ենթարկվել ԱԱՊ

օղակի բուժհաստատությունների կառավարման համակարգի հիմնական ռիսկերը, որը հնարավորություն է տալիս կատարել ազդեցիկ առկա բուժօգնությունն որակի կառավարման համակարգը:

Առաջարկվող մոդելը կարող է կիրառվել ռեսուրսների նպատակային և արդյունավետ օգտագործման գնահատման համար:

Հետազոտության արդյունքում ստացված երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների կառավարման համար մշակված \$ և կցիոնալ մոդելը կարող է որպես հիմք ծառայել ՀՀ այլ համայնքներում առողջապահական համակարգի առաջնային օղակի կառավարման բարեփոխումների իրականացման համար:

### **Պաշտպանության ներկայացված հիմնական**

#### **դրույթներ**

- 1) Երևան քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունում հավաքագրված բնակչության առողջության ցուցանիշների միտումները:
- 2) Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունում առողջապահական ռեսուրսների կառավարման համակարգի համալիր վերլուծություն, կառավարման նոր մոտեցումների ներդրման հիմնավորումը:
- 3) Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունում ԲՕՈ-ի կառավարման համակարգի կատարելագործում:
- 4) Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունում առողջապահական ռեսուրսների կառավարման արդյունավետությունն ապահովող նոր մոտեցումների մշակում:



**Ատենախոսության նախնական փորձաքննությանը**

Ատենախոսության աշխատանքը գեկոլգվել է ՀՀ ԱԱԻ գիտական խորհրդի նիստում (արձանագրության թիվ 5, 2018թ., դեկտեմբերի 5): Ատենախոսության հիմնական դրույթները տպագրվել են 8 տպագիր աշխատանքներում:

**Ատենախոսության կառուցվածքը և ծավալը**

Ատենախոսությունը շարադրված է 149 էջի վրա: Բաղկացած է նախաբանից, գրականության տեսությունից, հետազոտության նյութն ու մեթոդները նկարագրող գլխից, սեփական հետազոտության արդյունքները ներկայացնող գլխից, ամփոփումից, եզրակացություններից, գիտագործնական առաջարկներից, գրականության ցանկից, հավելվածներից: Սեփական հետազոտության նյութը մշակվել է 42 աղյուսակի, 17 գծապատկերի և 6 սխեմայի օգնությամբ: Գրականության ցանկը ներառում է 164 սկզբնաղբյուր:

**ԳԼՈՒԽ 1. ԱՌՈՂՋԱՊԱՅԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ  
ՕՂԱԿԻ ԲԱՐԵՓՈԽՈՒ ՄՆԵՐԻ ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՓՈՐՁԻ  
ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆ  
(ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆ)**

**1.1 ԱԱՊ օղակի բարեփոխումների հիմնախնդիրը և  
լուծման նոր մոտեցումների ներդրման  
հիմնական ուղիները**

Առողջապահության Համաշխարհային Ասամբլեայի 56-րդ նստաշրջանում ընդունած բանաձևում նշված է, որ առաջնային բժշկասանիտարական օգնությունը մնում է ԱՀԿ-ի գերակա ուղղություն: Աշխարհի մի շարք երկրների առողջապահական համակարգերում կատարվել են գործնական քայլեր, որոնք ուղղված են եղել առողջության առաջնային պահպանման օղակի դերի բարձրացմանը, հիմնավորվել են առողջության

առաջնային պահպանման քաղաքականության գերակայությունը: Առողջապահական համակարգի ցանկացած գործառույթին ուղղված բարեփոխումները կարող են ունենալ հետևյալ ուղղվածությունները.

1. Կառուցվածքի նազմավարության բարեփոխում,
2. Կառավարչական հաշվառման կամ տեղեկատվական համակարգի նազմավարության բարեփոխում,
3. Ոչ միայն բուժաշխատողների ունակություններ և հմտություններ, այլ նաև համակարգի քաղաքականության մշակող մենեջերների գործառույթների բարեփոխումներ [114]:

ՀՀ-ում ընդհանուր բժշկադեմոգրաֆիկ իրավիճակի փոփոխությունը, բնակչության հարաբերական ծերացումը, հիվանդացության և մահացության աճը խնդիր է դարձել առողջապահական ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման հարցում: ԱԱՊ օղակն ունի բազմաթիվ \$ուկցիաներ՝ սանիտարալ ու սավորչական, առողջ սննդակարգի քարոզչություն, երեխաների և մայրերի առողջության պահպանում, ԲՕՈ-ի ապահովումն այլն [7]:

Հիվանդացության և մահացության ցուցանիշների կառուցվածքային առանձնահատկությունները ստիպում են գերակա ուղղություն դարձնել առողջների առողջության պահպանումը: Իրական ուղին առողջապահական համակարգի այստիպի բուժհաստատությունների համար մնում է կանխարգելիչ ուղղության զարգացումը [78, 79, 114]:

Ամբողջ աշխարհում առողջապահական համակարգի բարեփոխումների վեկտորը ուղղված է դեպի առաջնային բժշկասանիտարական օգնություն [34, 84]: Առողջապահական համակարգի արդյունավետ աշխատանքի ապահովման գլխավոր հիմնախնդիրը հանդիսանում է երկարատև թերֆինանսավորումը և

այն կառավարելու սահմանափակումները, զարգացման անհամաչափությունը, որը դժվարացնում է փոխել շեշտադրումը առաջնային բուժօգնություն և հիվանդությունների կանխարգելում [76, 102]: Լուրջ հիմնախնդիր է նաև ընտանեկան բժշկների, մանակաբույժների, տեղամասային թերապևտների կողմից սպասարկվող բնակչության թվաքանակը, որը սահմանափակումներ է առաջացնում նաև ամբողջ ծավալով տնային կանչերի սպասարկման համար [88]: Ամբուլատոր օղակի բժշկի աշխատանքի քրոնոմետրաժը ցույց է տվել, որ բժշկը իր աշխատածամի 25-60%-ը ծախսում է հաշվառման և հաշվետվական ձևերի լրացման վրա [36, 80]: Բժշկի աշխատանքի անընդհատության և կոորդինացիայի անբավարար մակարդակը բերում է նրան, որ պացիենտի ստացիոնար բուժման արդյունքների վերաբերյալ տեղեկատվությունը ոչ միշտ է հասանելի առաջնային օղակի բժշկի համար [80]: Բուժօգնության կազմակերպման կատարելագործման, ինչպես նաև ծառայությունների մի մասի փոխանցումը ամբուլատոր օղակին, առաջնային բժշկասանիտարական օգնության զարգացման համար անհրաժեշտ է ներդնել հավաքագրված բնակչության հավաստի առաջնակի հաշվառման համակարգ, որը հիմնված պետք է լինի կազմակերպչական-տնտեսական կառավարման մեխանիզմների վրա [76, 149]: Ամբուլատոր ծառայությունը առողջապահական համակարգի կարևոր օղակներից է, որի գործունեության որակից է կախված ամբողջ համակարգի գործունեության արդյունավետությունը, իսկ օղակի կառավարումը առողջապահական համակարգի գերակա ուղղություններից է: Բժշկական կարգի արդյունավետ օգտագործման ուղիներից մեկը ընտանեկան բժշկի և ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի

Ն եր դ ր ու մ ն է համակարգում: Սակայն առկա են բարդ և  
բազմաբնույթ լ ու ծ ու մ ն եր պահանջող  
մոտեցումներ: Դեռևս լ ու ծ վ ա ծ չ ի բ ժ ի շ կ -  
մասնագետների չ հիմնավորված հաստիքների հարցը  
[16, 59, 113]: Բ ժ շ կ ու թ յ ա ն և առողջապահու թ յ ա ն  
զարգացման օբյեկտիվ միտումները հանդիսանում  
են տարբերակումը և մասնագիտացումը, որը  
պահանջում է գրագետ համատեղում ընտանեկան  
բ ժ շ կ ի և ն ե ղ մասնագետի գործառույթների [81, 83, 114]:

Չնայած առողջապահական համակարգի կառավարման  
կատարելագործմանը դեռևս հիմնախնդիր է օպտիմալ  
կառավարչական մոդելի և առկա ռեսուրսների  
օգտագործման խնդիրը: Առողջապահական համակարգի  
շ ու կ այ ա կ ա ն բարեփոխումների հայացակարգը առաջ  
է քաշվել դեռևս 80-ականներիս եվրոպական միջարք  
երկրներում [49, 86, 88, 162]: Ծ ու կ այ ի ազդեցությամբ  
արդյունքում առողջապահական համակարգի  
գործունեության ոլորտում շ ու կ այ ա կ ա ն  
էլեմենտների ներդրումը 33-ում սկսել է 2000թ-ից [7]:  
Բ ու ժ օ գ ն ու թ յ ա ն դիմաց վճարման օպտիմալ  
համակարգի ներդրումը նպաստում է հասնել մի քանի  
խնդիրների լ ու ծ մ ա ն` ռեսուրսների արդյունավետ  
օգտագործում, բ ու ժ օ գ ն ու թ յ ա ն մատչելիության և  
որակի ապահովում, բ ու ժ ա շ խատողների աշխատանքի  
արդյունավետության գնահատում [48]: Որոշ  
երկրներում ռեսուրսների օգտագործման  
արդյունավետությանը բարձր է, ամբողջատոր  
ողակի բ ու ժ ա ն ձ ն ա կ ա զ մ ի կ ո ղ մ ի ց ց ու կ ց ա բ եր վ ո ղ  
ծ առայ ու թ յ ու ն ն եր ի ծ ա վ ա լ ի ա վ ե լ ա ց մ ա ն մ ո տ ի -  
վ ա ց ի ա յ ի բարձրացման համար ներ է դրված \$ոնդ  
ապահովման համակարգը: Մասնակի \$ոնդապահովման  
համակարգի ներդրման կարևոր պայմանը թ ու յ լ է  
տալիս առաջնային օղակին միջոցների մի մասը  
տնօրինել: Կարևոր տնտեսական գործիք է խնայված  
\$ի ն ա ն ս ա կ ա ն միջոցների օգտագործում

(չ հիմնավորված շտապօգնության կանչեր, ստացիոնար բուժման ուղեգրումներ) անձնակազմի ֆինանսական խթանման համար [86, 98, 99]:

Ներկա առողջապահական համակարգի համար հիմնախնդիր է առաջնային օղակի կողմից մատուցված բուժօգնությունների ցածր մակարդակը, ստացիոնար բուժօգնության էքստենսիվ զարգացումը, շտապօգնության ծախսային համակարգի աճը, բուժօգնության ցուցաբերման մակարդակների չբավանսավորվածությունը, առողջապահական համակարգի կանխարգելիչ ուղղության զարգացման ցածր մակարդակը: Առաջնային օղակը չի կարող ապահովել մատչելի և որակյալ բուժօգնություն ամբողջ ծավալով [150]:

Առողջապահական համակարգի բարեփոխումների գնահատման հարցում կարևորվում է պացիենտի բավարարվածության ուսումնասիրությունը [54, 80, 126, 133]: Փոփոխվող շրջակա միջավայրի պայմաններում բուժհաստատության կառավարման հիմնական խնդիրը հասնել ֆինանսական կայունության, բժշկասոցիալական արդյունավետության ոչ միայն ըստ բյուջեի կատարողականի, այլ նաև ֆինանսական բոլոր միջոցների արդյունավետ ծախսի: Այս պայմաններում աճում է արդյունքի կառավարման օպտիմալացման համակարգի նշանակությունը ըստ որակի նպատակին հասնելու չափանիշների՝ արդյունավետություն, ծախսերի նվազեցում, հասանելիություն [153]:

Համակարգի կառավարումը բարդ և դինամիկ պրոցես է: Արդյունավետ կառավարչական որոշումների ընդունման կարևոր մեթոդաբանություն է բուժօգնության որակի շարունակական բարելավման նազմավարությունը [150]:

Քիչ են այնպիսի հետազոտությունները, որոնք  
նուսումնասիրում են առողջապահական  
համակարգում առաջնորդությունը [154]:  
Առաջնորդության մեջ չկան մաքուր ոճեր, բայց  
մեզանից յոլորաքանչյուրն ընդհանուր առմամբ այս  
կամ այն չափով արտոնված է աշխատելու մեկ կամ մեկ  
այլ ոճով [131]:

Կառավարման մակարդակը կարևորագույն  
ունի կառավարման ձևի վրա: Ավելի բարձր  
հարթակներում աշխատող կառավարիչները մեծ  
ուշադրություն են դարձնում  
լիազորությունների իրականացմանը՝ ձևավորելով  
երկարաժամկետ պլաններ և քաղաքականություն,  
փոխելով կազմակերպական կառուցվածքը, ինչպես  
նաև ձեռնարկում են դրանք իրականացնելու նոր  
ուղիներ: Միջին և ստորին մակարդակի  
կառավարիչները ուշադրություն են դարձնում  
քաղաքականության և ծրագրերի իրականացման վրա:  
Որքան կառավարման ավելի բարձր մակարդակում է  
գտնվում կառավարիչը, այնքան ավելի մեծ  
պատասխանատվություն է կրում կարևոր  
որոշումներ կայացնելու համար՝ ներառյալ  
կազմակերպական նպատակների որոշման, այդ  
նպատակներին հասնելու ռազմավարության  
պլանավորման, ընդհանուր քաղաքականության  
որոշման, կազմակերպական կառուցվածքի  
ձևավորման և ռեսուրսների արդյունավետ  
օգտագործման համար: Որքան կառավարման ավելի  
ցածր մակարդակում են գտնվում կառավարիչները,  
այնքան գործունեության ավելի քիչ ազատություն  
ունեն: Ցածր մակարդակում գտնվող կառավարիչները  
գործում են սահմանափակման պայմաններում, որը  
կախված է կազմակերպական կառուցվածքից, քաղաքա-  
կանությունից, որոնք սահմանվում են բարձր  
հարթությունում աշխատող կառավարիչների [146, 148]:

Առողջ ապահովության ոլորտի ղեկավարները համար  
անչափ կարևոր է հարմարվողականության  
մակարդակը, քանի որ առողջ ապահովության ոլորտում  
առաջնորդումը հիմնված է անձնական և  
մասնագիտական աջակցության վրա, հետևաբար  
հաղորդակցությունն օգտագործվում է որպես  
կառավարման հիմնական տարր: Առողջ ապահովության  
ոլորտում ղեկավարները կառավարման  
հմտությունների ուսումնասիրությունները  
հեռանկարային են և կարևոր, որպեսզի ավելի լավ  
հասկանանք ղեկավարների փորձը, կարիքները և  
ակնկալիքները: Որոշ հետազոտողները նդգծում են,  
որ անհրաժեշտ է ներդնել և ակտիվորեն կիրառել  
առաջնորդության դասընթացները բժշկական  
ուսումնական ծրագրերում խթանելով բժիշկների և  
բժիշկ-ղեկավարներին կառավարման,  
կազմակերպչական հմտությունների ձևավորմանը  
[131]:

Մենեջմենթի բնագավառում անցկացվել են  
բազում հետազոտություններ՝ ուղղված  
առաջնորդության լավագույն ոճի որոշմանը:  
Անցկացված լայնածավալ ուսում-  
նասիրությունները արդյունքում Dr. Paul Hersey-ի  
կողմից մշակվել է իրավիճակային  
առաջնորդության մոդել: Մոդելը հիմնված է  
վարքագծերի այն համակցումների վրա, որն  
առաջնորդը պետք է ցուցաբերի տվյալ  
իրավիճակում՝ հետևորդների պատրաստա-  
կամության տվյալ մակարդակի պայմաններում [4]:

Այսօր արդեն հասկանալի է, որ առողջ ապահովական  
համակարգի հետագա զարգացումը սերտ կապված է  
կառավարչական մեխանիզմների կատարելագործման  
հետ: Այն հնարավորություն է տալիս.

1. սոցիալական նշանակություն ունեցող  
ռիսկերի նվազեցման և կանխարգելման

հիմնախնդրի համալիր և համակարգային  
լուծման

2. առողջ կյանքի սպասվելիք տևողության աճի
3. փոխարինել բուժքննության ռեսուրսների  
կառավարումը ռեսուրսների կառավարմամբ
4. արդյունքների մատչելիության և  
բյուջե տային ծախսերի միջև որպես կարգա-  
վորող նպատակային ծրագրային կառավարման  
ընդունում
5. ներդնել բալանսավորված ցուցանիշների  
համակարգ, որը հնարավորություն կտա  
գնահատել նպատակին հասնելու և խնդիրների  
լուծման աստիճանը [56,98]:

Այսօր արդիական է բուժօգնությունների  
ռեսուրսների օգտագործման օպտիմալացման  
հիմնախնդիրը: Հիմնախնդիրը առկա է նաև  
համակարգի միկրոմակարդակում, մասնավորապես  
ԱԱՊ օղակում: Հիմնախնդրի մի մասը կարող է  
լուծվել ներդնելով պոլիկլինիկական  
մակարդակում ժամանակակից կառավարման տեխնոլո-  
գիաներ, ինչպես նաև վերախմբավորել ներքին  
ռեսուրսները [160]: Առաջնային օղակի մակարդակում  
կառավարման կատարելագործման հիմնական  
նշանները պետք է լինեն մարդկային ռեսուրսների  
կառավարումը, նյութական և բարոյական  
մոտիվացիաները, կառավարման սոցիալ-  
հոգեբանական մեթոդների կիրառումը,  
տեխնոլոգիական և լոգիստիկ գործընթացների  
կառավարումը, ինովացիոն հնարավորությունների  
ներդրումը, ֆինանսների կառավարումը, ԱԱՊ օղակի  
նյութական ռեսուրսների օգտագործման  
արդյունավետության ապահովումը [57]:  
Բուժօգնությունների գործունեության բարդ  
և վիճահարույց հիմնախնդիրը դեռևս լուծման  
անհրաժեշտություն ունի: Այս երևույթը մի



Կոդիֆից պայմանավորված է այն փաստով, որ մոտ 70 տարի առողջապահական համակարգը \$ի նանսավորվել է միայն պետական բյուջեից և երբեք չի գնահատվել այդ հոսքերի օգտագործման արդյունավետությունը [11, 29, 37, 125, 144]: 20-րդ դարի 80-ականներին բուժհաստատություններին գործունեության վերլուծական տվյալները ներկայացվել են որպես ծավալային ցուցանիշներ, որոնք օբյեկտիվ չեն արտահայտում բժշկական և տնտեսական արդյունավետությունը [18, 28]: Այդ նույն ժամանակահատվածում ակտիվ գործընթաց է սկսվել բուժհաստատություններին կառավարման հիմնախնդիրների վերաբերյալ և հիմնավորվել է այդ ամենի հիմքում ներդնել տնտեսական մեխանիզմներ, կառուցվածքային բարեփոխումներ: Այն նպաստել է, որ արդեն 90-ականներին առողջապահական համակարգի տնտեսական վերակառուցումների սկզբում եղել է փորձ ստեղծել և կիրառել և առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման մոտեցումներ [69]:

Ժամանակի ընթացքում առողջապահական համակարգի արդյունավետության գնահատման մեթոդների զարգացումը նպաստել է տնտեսական փորձարկումների իրականացմանը, որի գիտամեթոդական ապահովումը մշակել է Սեմաշկոյի ինստիտուտը [15]:

Մոդելի նախնական փորձաքննության արդյունքում այն կիրառվել է մի շարք բուժհաստատություններում, ընդունվել է բուժհաստատությունների \$ի նանսավորման նոր մեխանիզմներ: Այսպիսով, աշխուժացան գիտական հետազոտությունները առողջապահական համակարգի տարբեր ողակների կառավարման հիմնախնդիրների շուրջ [82]: Ի հայտեկան հետազոտական աշխատանքներ,

որոնք նվիրված էին բուժհաստատություններին,  
ստորաբաժաններին, առանձին  
ծառայություններին գործունեություն  
վերլուծությունը: Այսպիսի մոտեցումները հիմք  
հանդիսացան պետական բուժհաստատությունների  
գործունեության արդյունավետության  
գնահատման մեթոդներին ներդրմանը և որպես  
հետևանք հետազոտություններին հիմնական  
ուշադրությունը տնտեսական  
արդյունավետության գնահատումներ [87]:

Հետազոտողներին մի խումբ իրենց  
աշխատանքները նվիրել են պետական  
բուժհաստատություններին գործունեության  
տնտեսական արդյունավետության գնահատման  
առանձնահատկություններին  
ուսումնասիրությունը [74]: Սակայն հենց այդ  
ժամանակահատվածի հետազոտողներին համար  
հիմնախնդիր դարձավ գնահատել և առաջարկել  
չափանիշներ, որոնք բացակայում էին  
վիճակագրական հաշվետվականներին մեջ [82]:

Ընդհանուր առմամբ գործունեության  
արդյունավետության գնահատման մեթոդի  
ընտրությունը կախված է հետազոտության  
օբյեկտից, գնահատման չափանիշներից,  
ցուցանիշների համակարգից, այն բանից, թե որ  
մակարդակում է կատարվել գնահատումը [38, 65]:

Հանրային մեծ նշանակություններ ունեցել այն  
հետազոտությունները որոնց ժամանակ  
օգտագործվել է «ծախս-ուսուրս» մոտեցումը, որի  
հիման վրա կատարվել է հիմնական \$ոնդերի  
օգտագործման ցուցանիշների վերլուծություն [23,  
32, 72, 74]:

Մշակված են տարբեր մեթոդաբանական  
մոտեցումներ տնտեսական վերլուծության  
կազմակերպման և իրականացման համար: Սակայն

առողջ ապահական համակարգի պետական  
բուժօգնությունները գործունեության  
բազմաթիվ հարցեր մնացել են դեռևս քիչ  
ուսումնասիրված [65]: Դեռևս մշակված չի բուժօգնություն  
տրամադրված գործունեության տնտեսական  
արդյունավետության վերլուծության միասնական  
համակարգ [23, 38]: Դրան գուցա հենց առաջարկվում են  
նոր ցուցանիշներ, որոնք հնարավորություն են  
տալիս գնահատել բուժօգնության որակը [32]:

Բուժօգնություն գործունեության  
գնահատման համար կիրառվել են բուժման միջին  
տևողություն, վիրաբուժական ակտիվություն,  
հետվիրահատական մահաբերություն, բուժման ելք,  
պացիտները բավարարվածություն, միջին սպիտա-  
լային փուլում հետազոտության  
ամբողջականություն, հիմնավորված հոսպի-  
տալացումն այլ ցուցանիշներ [28]: Բուժօգնության  
որակի հսկողություն համար առաջարկվել է կիրառել  
բնակչության առողջության, առողջ ապահական  
ռեսուրսները արդյունավետ օգտագործման, ինչպես  
նաև ֆինանսատնտեսական ցուցանիշներ [53]:  
Չափվարկվել է փաստացի հնարավորություններ /  
ստանդարտ համապատասխանության գործակիցը:  
Նկատվում է, որ աստիճանաբար աճում է  
ռազմավարական պլանավորման և կառավարման դերը,  
որի շրջանակներում գործունեության  
գնահատումը դիտարկվում է որպես կարևոր  
կառավարչական ֆունկցիա [51, 52, 70]: Այս  
պայմաններում նպատակ ունենալով ապահովել  
բուժօգնությունները որակի բարելավման և  
գնահատման համակարգ, այն շարունակական  
կատարելագործել, շարունակել է զարգանալ  
տնտեսական մոտեցումների կիրառական  
նշանակությունը, որի հաջողությունը որոշել է  
գործողությունների արդյունքի գնահատման

հնարավորությունը [64]: Առաջարկվել է նոր  
ցուցանիշներ՝ եկամուտների չափ,  
ծառայությունների ծավալ, հետազոտությունների  
հզորությունների օգտագործման ցուցանիշ,  
աշխատավարձի ֆունդի ցուցանիշ, աշխատանքային  
ռեսուրսների, հիմնական միջոցների օգտագործման,  
վճարովի ծառայությունների ծավալի  
ցուցանիշներ, ֆինանսական ռեսուրսների  
օգտագործման գործակիցային [32,38]:

Կարևորվում է բուժօգնությունների  
գործունեության գնահատման հարցում ունենալ  
համալիր այնպիսի մոտեցում, որը  
հնարավորություն կտա գնահատել բժշկա-  
սոցիալական և տնտեսական արդյունավետությունը:  
Չափարկի այսպիսի մոտեցումը հնարավորություն  
է տալիս քանակական և որակական ցուցանիշների  
հիման վրա հաշվարկել ինտեգրալ ցուցանիշ  
[82]: Առողջապահության կազմակերպիչների շրջանում  
լայն կիրառում ունի բուժօգնության  
գործունեության գնահատումը ստվերային  
մոդելի, քանի որ այն հնարավորություն է տալիս  
կիրառել կոնկրետ օբյեկտիվ չափանիշներ, որի  
արդյունքում կորոշվի կոնկրետ նպատակները,  
որոնք կապահովեն գործունեության  
ցուցանիշների բարելավում [62]:

Բարեփոխումների հաջորդ փուլում  
հետազոտությունները ուղղված են եղել  
բյուջե տավորման սկզբունքների ներդրմանը, որն  
ուղղված է դեպի արդյունք [57]: Չամակարգի գլխավոր  
նպատակը ըստ քանակական և որակական  
ցուցանիշների բյուջե տային միջոցների ծախսերի  
հսկողությունն է [31]: Այն պահանջում է մշակել  
ցուցանիշների հատուկ համակարգ, որը  
հնարավորություն կտա նպատակին հասնել ու  
աստիճանը և խնդիրների կատարումը [57]:

Բ ու ժ հ ա ս տ ա տ ու թ յ ու ն ն եր ի գ ո ռ ծ ու ն ե ու թ յ ա ն  
տ ն տ ե ս ա կ ա ն վ եր լ ու ծ ու թ յ ա ն ժ ա մ ա ն ա կ ա կ ի ց  
մ ո տ ե ց ու մ ն եր ի դ ի տ ար կ մ ա ն ժ ա մ ա ն ա կ կ ար և ո թ Վ ու մ Է  
այ ն փ ա ս տ ը , ո թ փ ո փ վ ե լ Ե ն ո չ մ ի այ ն գ ո ռ ծ ի ք ն եր ը , այ լ  
ն ա ն մ ե թ ո դ ա ք ա ն ա կ ա ն հ ի մ ք եր ը [74]:

Ա յ ս պ ի ս ո վ , բ ու ժ հ ա ս տ ա տ ու թ յ ա ն  
գ ո ռ ծ ու ն ե ու թ յ ա ն գ ն ա հ ա տ մ ա ն հ ա մ ար ք ա ց ի  
վ ի ճ ա կ ա գ ռ ա կ ա ն և տ ն տ ե ս ա կ ա ն ց ու ց ա ն ի շ ն եր ի ց ,  
պ ա հ ա ն ջ վ ու մ Է ն ո թ մ ո տ ե ց ու մ ն եր ի հ ի մ ն ա վ ո թ ու մ  
ու ն ե ց ո ղ մ ե թ ո դ ն եր ի կ ի թ ա ռ ու մ , ո թ ո ն ց հ ի մ ք ու մ  
պ ե տ ք Է լ ի ն ի ք ժ շ կ ա կ ա ն և տ ն տ ե ս ա կ ա ն Է Ֆ ե կ տ ի  
ա պ ա հ ո վ ու մ ը [71]: Ա յ ս ա մ ե ն ի մ ե թ ո դ ա ք ա ն ա կ ա ն հ ի մ ք ը  
պ ե տ ք Է լ ի ն ի հ ա մ ա կ ար գ ա յ ի ն մ ո տ ե ց մ ա ն  
ս կ գ ք ու ն ք ն եր ը , ո թ ը հ ն ար ա վ ո թ ու թ յ ու ն կ տ ա  
գ ն ա հ ա տ ե լ ն պ ա տ ա կ ը ը ս տ ն շ ա ն ա կ ու թ յ ու ն ու ն ե ց ո ղ  
ց ու ց ա ն ի շ ն եր ի օ պ տ ի մ ա լ ք ա ն ա կ ի ը ն տ թ ու թ յ ա ն  
ս կ գ ք ու ն ք ի [73]:

Մ ի շ ար ք հ ե ղ ի ն ա կ ն եր կ ա տ ար ե լ Ե ն պ ե տ ա կ ա ն  
ա ռ ո ղ ջ ա պ ա հ ա կ ա ն հ ա մ ա կ ար գ ի  
բ ու ժ հ ա ս տ ա տ ու թ յ ու ն ն եր ի գ ո ռ ծ ու ն ե ու թ յ ա ն  
տ ն տ ե ս ա կ ա ն վ եր լ ու ծ ու թ յ ու ն [6, 74]: Ա յ ս պ ի ս ո վ ,  
ա ռ ո ղ ջ ա պ ա հ ա կ ա ն հ ա մ ա կ ար գ ի Ա Ա Պ օ ղ ա կ ի  
բ ու ժ հ ա ս տ ա տ ու թ յ ու ն ն եր ու մ Բ Օ Ո և  
մ ա տ չ Ե լ ի ու թ յ ու ն ա պ ա հ ո վ ե լ ու հ ա մ ար ա ն հ թ ա ժ Ե շ տ Է  
ի թ ա կ ա ն ա ց ն ե լ հ ա մ ա կ ար գ ի կ ա ռ ա վ ար մ ա ն  
ք ար ե փ ո խ ու մ ն եր :

**1.2. Ա Ա Պ օ ղ ա կ ի բ ու ժ հ ա ս տ ա տ ու թ յ ու ն ն եր ի  
գ ո ռ ծ ու ն ե ու թ յ ա ն ար դ յ ու ն ա վ ե տ ու թ յ ա ն  
գ ն ա հ ա տ մ ա ն ժ ա մ ա ն ա կ ա կ ի ց չ ա փ ա ն ի շ ն եր ը և  
կ ա ռ ա վ ար մ ա ն մ ի ջ ա գ գ ա յ ի ն փ ո ռ ծ ի վ եր լ ու ծ ու թ յ ու ն**

Ա ռ ո ղ ջ ա պ ա հ ա կ ա ն հ ա մ ա կ ար գ ի հ ա մ ար դ ե ռ և ս լ ու թ ջ  
հ ի մ ն ա խ ն դ ի թ Է բ ու ժ հ ա ս -տ ա տ ու թ յ ա ն ա շ խ ա տ ա ն ք ի  
ար դ յ ու ն ք ի օ ք յ Ե կ տ ի վ գ ն ա հ ա տ մ ա ն ց ու ց ա ն ի շ ն եր ի և  
դ թ ա ն ց չ ա փ ա ն ի շ ն եր ի մ շ ա կ ու մ ն ու ն եր դ թ ու մ ը ,  
ի ն չ պ ե ս ն ա ն կ ա ռ ա վ ար չ ա կ ա ն ո թ ո շ ու մ ն եր ի

կայացման համար անհրաժեշտ քանակի և որակի ցուցանիշներին ընտրությունը [70, 129]: Պետական նպատակային ծրագրերի (ՊՆԾ) կատարողականի հիմքում դեռևս բացակայում են նորմատիվային-իրավական դաշտը կանոնակարգող փաստաթղթեր, որի հիման վրա հնարավոր է ընտրել արդյունավետության ինդիկատորներ [57]: Առկա վիճակագրական մեծաքանակ ցուցանիշներին պայմաններում, բուժօգնությունների գործունեությունը գնահատելու ունակությունը դեռևս խնդրահարույց է [119]: Ըստ հետազոտողների տվյալների, *per capita* ֆինանսավորման մեխանիզմի պայմաններում կարևոր ցուցանիշներ են դարձել շտապ օգնության կանչերի հաճախականությունը, տնային մահաբերությունը և այլն [7]: Ըստ բժշկական օգնության դիմաց վճարման սկզբունքի ամբողջատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնության գործունեության գնահատման չափանիշ կարելի է ընտրել ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման, կանխարգելիչ ակտիվության, բուժօգնության որակի ցուցանիշները: Որպես ցուցանիշներին բնութագրիչներ կարելի է կիրառել տնային ստացիոնար բուժօգնության գործակիցը, մեկ բնակչին ընկնող հաճախումների թիվը, ՊՆԾ-ի արդյունավետությունը, արտահիվանդանոցային բուժօգնության ֆինանսավորման մեխանիզմը, պացիենտների հիմնավորված բողոքները [70]:

Մյուս կողմից անհրաժեշտ է հաշվի առնել այն փաստը, որ յուրաքանչյուր մեթոդաբանություն կանգ է առնում տարբեր չափանիշների վրա, ընդգծելով այս կամ այն ցուցանիշի կարևորությունը, որը հետագայում հնարավորություն է տալիս երևույթը կանոնակարգել: Առողջապահական համակարգի գործունեության կառավարման

արդյունավետությունը գնահատելու համար ընտրված չափանիշները առաջին հերթին պետք է ապահովեն բուժօգնության որակ և մատչելիություն: Բուժօգնատառության գործունեության գնահատման ժամանակակից չափանիշներին հետևյալն է կիրառել հետևյալները՝ ինֆորմացիոն տեխնոլոգիաների կիրառման աստիճան, տարածաշրջանային ստանդարտների կիրառում բուժօգնության կազմակերպման համար, կադրերի հոսունություն գործակից և այլն [22]:

Միջազգային պրակտիկան առաջարկում է կիրառել SMART հայեցակարգը, ըստ որի արդյունքային ցուցանիշները պետք է ունենան հետևյալ հատկանիշները՝ կոնկրետություն (Specific), չափելիություն (Measurable), հասանելիություն (Achievable), համապատասխանություն (Relevant), կիրառումը որոշակի ժամանակահատվածում (Time-certain) [112]: Յետագոտողները գտնում են, որ գնահատման համար կիրառվող ցուցանիշներին քանակը պետք է լինի 20-25 [130], իսկ այլ հետագոտողների կարծիքով 5-18 [15]: Առաջարկվում է ցուցանիշներին համապատասխան քանակ ընտրելու համար կիրառել փորձագիտական գնահատման մեթոդ [74]:

Առողջապահական համակարգում իրականացված բարեփոխումներին ուղղված գրականության աղբյուրներին վերլուծությունը ցույց է տվել, որ քննարկման և վերլուծության են ենթարկվել բարեփոխումների բազմաթիվ ասպեկտներ: Այդ գործընթացում մեծ է տնտեսական բլոկի քննարկումը, մասնավորապես՝ կենտրոնական և մարզային կառավարման մարմիններին միջև սեփականության իրավունքի բաշխումը, լիազորությունների և կառավարման պարտականությունների կատարումը [105, 106]:

Համակարգի կառավարման սկզբունքների փոփոխությունը և տնտեսության անցումը շուկայական հարաբերությունների անխուսափելիորեն հանգեցրել են որոշակի փոփոխությունների նաև առողջապահական համակարգում: 1987-1990թթ. ժամանակահատվածում առողջապահական համակարգում տնտեսական հաշվառման նոր սկզբունքների և մեխանիզմների դրման փորձ կատարել է ՌԴ-ն որոշ շրջաններում [26, 27]:

Փորձի ընթացքում կարևորագույն դերակատարում է տրվել ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օղակին, որը պատասխանատու է բուժօգնությունը բուր տեսակների մատուցման հարցում: Պոլիկլինիկական հանդես էր գալիս \$նդապահպանման դերում՝ մտնելով պայմանագրային հարաբերությունների մեջ ստացիոնար և խորհրդատվական բնույթի այլ բուժհաստատությունների հետ: Այն տեսականորեն պետք է ըստ կցագրված ազգաբնակչության թվաքանակի կազմակերպեր ամբողջ բուժական գործընթացը և դեղորայքային ապահովումը [72]: Սակայն, նոր ձևավորված տնտեսական մեխանիզմները չկարողացան էապես փոխել բուժկանխարգելիչ օգնությունը, ռեսուրսային հագեցվածության խնդիրները, վերացնել առողջապահության մնացորդային սկզբունքով \$ինանսավորման հետևանքով առաջացող խնդիրները և այդ պատճառով էլ փորձը մնաց պարզապես փորձի փուլում [66]:

Ավելի ուշ, 1990-1995թթ. փորձեր են արվել բնակչության ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օգնությունը ապահովման ռացիոնալ ձևերի որոնման ուղղությամբ [72]: Նոր կազմակերպչական ձևերի ներդրումը նպաստել է բնակչությանը մատուցվող ԲՕՈ-ի բարելավմանը և ծավալների ընդլայնմանը:



Առողջ ապահական համակարգի նազմավարությունն ձևավորման գործում մեծ նշանակություն է ունեցել բժշկական ապահովագրության ներդրումը: Հեղինակներն առաջարկել են բնակչության առողջության պահպանման նոր մոդել, որի հիմքում առողջության տարածքային գյուղական կենտրոններն են [90]:

Առողջ ապահական համակարգի զարգացում ապահովելու նպատակով, շատ կարևոր է ստեղծել բուժհաստատությունների փոխգործակցության սկզբունքներն նոր մեխանիզմներ, որոնք թույլ կտան մինչև հոսպիտալային փուլում ապահովել ժամանակակից ախտորոշման և բուժման մեթոդների մատչելիություն [63]:

Հիվանդանոցային բուժօգնությունը փոխարինող տեխնոլոգիաների ներդրումը դիտարկվում է որպես բուժական-ախտորոշիչ գործընթացի բարելավման ուղի: Հիվանդանոցային ծառայությունը փոխարինող տեխնոլոգիաների զարգացումը կարող է եականորեն բարելավել մահճակալային \$ոնդի օգտագործումը և կրճատել հիվանդանոցային դեպքերի միջին տևողությունը [25]:

Առողջ ապահական համակարգի զարգացմանը գուզընթաց ավելի սուր է դառնում ներքին ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման հարցը: Որպես առողջապահության ոլորտի զարգացման ուղղություն է ծառայում ոլորտի կառուցվածքային վերակառուցման հաշվին ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության մակարդակի բարձրացումը [89]:

ՌԴ-ում գործում է կառավարման մակարդակների միջև փոխգործակցության մշակված կարգ՝ ուղղված առավել հրատապ հարցերի լուծմանը, հատկապես ծախսային նախահաշիվների ձևավորման և արտաբյուջետային ծախսերի կազմակերպման,

ի ն չ պե ս ն ա ն առ ա ջ ար կ վ ու մ է տ ն տ ե ս ա կ ա ն և ս ո ց ի ա լ ա կ ա ն բ ար ե փ ո խ ու մ ն եր ի \$ ի ն ա ն ս ա վ ո Ր մ ա ն ու ղ ղ ու թ յ ու ն ն եր [71]:

Ք աղ ա ք ա յ ի ն բ յ ու ջ ե ի ո չ բ ա վ ար ար \$ ի ն ա ն ս ա վ ո Ր մ ա ն աղ բ յ ու լ ը ն եր ի առ կ ա յ ու թ յ ա ն հ ա մ ա տ ե ք ս տ ու մ ա ճ ու մ է ք աղ ա ք ա յ ի ն առ ո ղ ջ ա պ ա հ ա կ ա ն հ ա մ ա կ ար գ ի \$ ի ն ա ն ս ա կ ա ն ա ն կ ա յ ու ն ու թ յ ու ն ը և մ ե ծ ա ն ու մ է կ ա խ վ ա ծ ու թ յ ու ն ը պ ե տ ա կ ա ն բ յ ու ջ ե ի ց : Մ ի և ն ու յ ն ժ ա մ ա ն ա կ , պ ե տ ա կ ա ն ի շ խ ա ն ու թ յ ա ն մ ար մ ի ն ն եր ը , շ ա հ ա գ Ր գ ո վ ա ծ լ ի ն ե լ ո վ ա պ ա հ ո վ ե լ առ ո ղ ջ ա պ ա հ ա կ ա ն հ ա ս տ ա տ ու թ յ ու ն ն եր ի գ ար գ ա ց ու մ և \$ ի ն ա ն ս ա վ ո Ր ու մ , փ ո Ր ձ ու մ ե ն \$ ի ն ա ն ս ա կ ա ն պ ա տ ա ս խ ա ն ա տ վ ու թ յ ու ն ը թ ո ղ ն ե լ տ ե ղ ա կ ա ն ի ն ք ն ա կ առ ա վ ար մ ա ն մ ար մ ի ն ն եր ի ն [24]:

Վ եր ջ ի ն տ ա ս ն ա մ յ ա կ ն եր ի ը ն թ ա ց ք ու մ առ ո ղ ջ ա պ ա հ ա կ ա ն կ առ ու յ ց ն եր ի մ ի ջ և հ ա մ ա գ ո Ր ծ ա կ ց ու թ յ ա ն բ ար ե լ ա վ ու մ ն ու ն ի ք աղ ա ք ա կ ա ն ն պ ա տ ա կ ն եր բ ա գ մ ա թ ի վ եր կ Ր ն եր ի առ ո ղ ջ ա պ ա հ ա կ ա ն հ ա մ ա կ ար գ եր ի հ ա մ ար : Ա յ ս պ ե ս , օ Ր ի ն ա կ ` մ ի ն չ և 1972 թ - ը , \$ ի ն լ ա ն դ ի ա ն ու ն ե ց ե լ է առ ո ղ ջ ու թ յ ա ն առ ա ջ ն ա յ ի ն պ ա հ պ ա ն մ ա ն հ ա մ ա կ ար գ , ո Ր ը հ ի մ ն վ ա ծ է ե ղ ե լ շ ար ժ ա կ ա ն առ ո ղ ջ ու թ յ ա ն կ ե ն տր ո ն ն եր ի վ Ր ա և հ ի մ ն ա կ ա ն ու մ \$ ի ն ա ն ս ա վ ո Ր վ ե լ է տ ե ղ ա կ ա ն բ յ ու ջ ե ի ց [132]: Մ ի և ն ու յ ն վ ար չ ա կ ա ն կ առ ա վ ար մ ա ն մ ի ա վ ո Ր ի ն եր ս ու մ առ ո ղ ջ ա պ ա հ ա կ ա ն կ ե ն տր ո ն ն եր ի գ Ր ե թ ե 70%-ը մ ա տ ու ց ու մ ե ն առ ո ղ ջ ու թ յ ա ն պ ա հ պ ա ն մ ա ն առ ա ջ ն ա յ ի ն և ս ո ց ի ա լ ա կ ա ն ծ առ ա յ ու թ յ ու ն ն եր [135, 141, 142]:

Առ ո ղ ջ ա պ ա հ ա կ ա ն հ ա մ ա կ ար գ ի բ ար ե փ ո խ ու մ ն եր ի մ ի ա ս ն ա կ ա ն մ ո տ ե ց ու մ ը կ ար ո ղ է լ ու ծ ե լ բ ա գ ու մ հ ի մ ն ա խ ն դ ի Ր ն եր [134]: Ա յ ս պ ի ս ի մ ո տ ե ց ու մ ն եր ը ը ս տ հ ե տ ա գ ո տ ո ղ ն եր ի հ ն ար ա վ ո Ր ու թ յ ու ն ե ն ս տ ե ղ ծ ու մ շ ար ժ վ ե լ ու դ ե պ ի ի ն տ ե գ Ր ա ց վ ա ծ առ ո ղ ջ ա պ ա հ ա կ ա ն հ ա մ ա կ ար գ ի մ ո դ ե լ ի , ո Ր ը կ ե ն տր ո ն ա ց ա ծ է

առողջ ապահական ծառայողներին  
համակարգման, ծառայողներ մատուցողներին և  
մատակարարներին միջև փոխգործակցության  
ստեղծման վրա [103, 110]:

Բազում հետազոտողներին աշխատանքներում  
ներկայացվում են առողջ ապահական  
ծառայողներին մատուցող  
հաստատություններին և նրանց կառուցվածքային  
ստորաբաժանումների հորիզոնական և ուղղահայաց  
համագործակցության տարրեր, մասնավորապես՝  
բժշկական օգնության ցուցաբերման միևնույն  
մակարդակում: Այսպես օրինակ, առաջնային  
բուժօգնությունն ստեղծմասային թերապիայի  
ընտանեկան բժիշկն ունեն հորիզոնական  
փոխգործակցություն, իսկ համագործակցությունը  
կազմակերպություններին միջև բժշկական  
օգնության ցուցաբերման տարբեր  
մակարդակներում, ինչպես, օրինակ, ամբուլատոր-  
պոլիկլինիկական և հիվանդանոցային,  
ներկայացվում է, որպես ուղղահայաց  
փոխգործակցություն [109]: Մի շարք  
հետազոտություններն ուղղված են առաջնային  
օղակում բուժօգնության ցուցաբերման  
գործընթացում համագործակցության  
ուսումնասիրությանը [141]:

Առողջ ապահովության ոլորտի բարեփոխումները  
կարելի է սահմանել որպես «առողջ ապահովության  
ոլորտում կայուն, նպատակաուղղված  
փոփոխություններ» [151]:

Ելնելով վերը շարադրվածից՝ որպես  
«հիմնարար» փոփոխություն, բարեփոխումը պետք է  
լինի «նպատակասլաց», հետևաբար՝ բարեփոխվող  
տարրերն ու բաղադրիչները պետք է մշակվեն ավելի  
հստակ [117]: Մի խումբ հեղինակներ գտնում են, որ  
բարեփոխումը պետք է լինի «կայուն»: Առավել էական

փոփոխու թյ ու ն ն եր ը շար ու ն ա կ է լ ի ե ն լ ի ն է լ ու ,  
քան ի ո թ ն ր ա ն ք ե ն թ ա դ ր ու մ ե ն հ ա մ ա կ ա ր գ ե թ ի զ գ ա լ ի  
վ ե ր ա փ ո խ ու մ ն ե թ և կ առ ու յ ց ն ե թ ի ս տ ե դ ծ ու մ , ո թ ո ն ք  
պ ե տ ք է ա ն դ ա դ ա ր զ ա ր գ ա ց ո դ ք ա դ ա ք ա կ ա ն գ ո թ ը ն թ ա ց -  
ն ե թ ու մ պ ա շ տ պ ա ն ե ն ի թ ե ն ց շ ա հ ե թ ը [138]:

Յ ա շ վ ի առ ն է լ ո վ առ ո դ ջ ա պ ա հ ա կ ա ն հ ա մ ա կ ա ր գ ու մ  
բ ա ր ե փ ո խ ու մ ն ե թ ի ի թ ա կ ա ն ա ց մ ա ն բ ա ր դ ու թ յ ու ն ը `  
ա ն հ թ ա ժ ե շ տ է ա վ է լ ի հ ե տ ն ո դ ա կ ա ն մ ո տ ե ց ու մ  
ց ու ց ա բ ե թ է լ ա յ դ գ ո թ ը ն թ ա ց ի ն կ ա տ մ ա մ բ ,  
մ ա ս ն ա վ ո թ ա պ ե ս ` հ ս տ ա կ պ ա տ կ ե թ ա ց ու մ ու ն ե ն ա լ , թ ե  
ի ն չ պ ե ս է ա շ խ ա տ ու մ առ ո դ ջ ա պ ա հ ա կ ա ն հ ա մ ա կ ա ր գ ը ,  
տ ե դ ե կ ա տ վ ու թ յ ա ն ա ն հ թ ա ժ ե շ տ ու թ յ ու ն ը  
ո թ ո շ ու մ ն ե թ կ ա յ ա ց ն է լ ի ս և ի թ ա կ ա ն ա ց ն է լ հ ա ր ց ե թ ի  
հ ա մ ա կ ա ր գ ա յ ի ն վ ե թ լ ու ծ ու թ յ ու ն [108]:

Ը ս տ Ա Յ Կ -ի առ ո դ ջ ա պ ա հ ա կ ա ն հ ա մ ա կ ա ր գ ը  
բ ա դ կ ա ց ա ծ է վ ե ց ե ն թ ա կ առ ու ց վ ա ծ ք ն ե թ ի ց `  
ծ առ ա յ ու թ յ ու ն ն ե թ ի մ ա տ ու ց ու մ ,  
առ ո դ ջ ա պ ա հ ու թ յ ա ն ռ ե ս ու լ թ ս ն ե թ , բ ժ շ կ ա կ ա ն  
տ ե դ ե կ ա տ վ ու թ յ ու ն , բ ժ շ կ ա կ ա ն տ ե խ ն ո լ ո գ ի ա ն ե թ (ա յ դ  
թ վ ու մ ` բ ժ շ կ ա կ ա ն ա պ թ ա ն ք ն ե թ , պ ա տ վ ա ս տ ա ն յ ու թ ե թ և  
ա յ լ տ ե խ ն ո լ ո գ ի ա ն ե թ ), առ ո դ ջ ա պ ա հ ու թ յ ա ն \$ ի ն ա ն ս ա -  
վ ո թ ու մ , դ ե կ ա վ ա ր ու մ և կ առ ա վ ա ր ու մ [114]: Ս ա կ ա յ ն  
մ ի ա յ ն ա յ ս ե ն թ ա կ առ ու ց վ ա ծ ք ն ե թ ն ի թ ե ն ք ի թ ե ն ց ո վ  
չ ե ն կ ա զ մ ու մ առ ո դ ջ ա պ ա հ ա կ ա ն հ ա մ ա կ ա ր գ :  
Առ ո դ ջ ա պ ա հ ա կ ա ն հ ա մ ա կ ա ր գ ն ի թ ե ն ի ց  
ն ե թ կ ա յ ա ց ն ու մ է ա յ ս ե ն թ ա կ առ ու ց վ ա ծ ք ն ե թ ի  
բ ա զ մ ա թ ի վ և բ ա զ մ ա պ ի ս ի փ ո խ գ ո թ ա կ ց ու թ յ ու ն ,  
ն թ ա ն ց մ ե կ ը մ յ ու ս ի փ ո խ ա կ ե թ ա ու մ [160]:

21-ր դ դ ա ր ու մ ն կ ա տ վ ու մ է պ ե տ ու թ յ ա ն  
դ ե թ ա կ ա տ ա ր մ ա ն և հ ա ր ա բ ե թ ա կ ա ն հ գ ո թ ու թ յ ա ն  
վ ե ր ա փ ո խ ու մ , մ ի կ ո դ մ ի ց , և շ ու կ ա յ ա կ ա ն  
հ ա ր ա բ ե թ ու թ յ ու ն ն ե թ ի , ք ա դ ա ք ա ց ի ա կ ա ն  
հ ա ս ա ր ա կ ու թ յ ա ն և ս ո ց ի ա լ ա կ ա ն ց ա ն ց ե թ ու մ  
ա ն հ ա տ ն ե թ ի կ ա ր և ո թ ու թ յ ա ն ը ն դ գ ծ ու մ , մ յ ու ս

կողմից: Նկատվում է ոչ պետական սեկտորի դերակատարությունն աճ [116]:

Վերջին տասնամյակների ընթացքում ջանքեր են գործադրվում մշակելու առողջապահական համակարգի գործունեությունը գնահատող մեխանիզմներ և համակարգեր, որոնք համալիր ձևով դիտարկում են տարբեր տեսանկյուններին առողջապահական համակարգի առանձնահատկությունները [96, 137]:

Նմանատիպ հետազոտական աշխատանքներ հիմնականում կատարվել են բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում [95, 116]:

Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման համակարգը կարող է լինել համապատասխան գործիք, որը կօգնի պատասխանել այս հարցերին և կապահովի ապացույցների հիման վրա կատարվող որոշումների ընդունում: Այսպիսի գործիքները և մեխանիզմները կարևոր նշանակություն ունեն բոլոր դեպքերում, բայց նրանք հատկապես կարևոր նշանակություն ունեն ցածր եկամուտ ունեցող երկրների համար՝ հաշվի առնելով նրանց առողջապահական համակարգի հսկայական կարիքները զգալիորեն սահմանափակ ռեսուրսների պայմաններում [95]:

Առողջապահական համակարգի գործունեության գնահատման (Health system performance assessment HSPA) համակարգը առաջին հերթին հիմնավորում է տվյալ առողջապահական համակարգի առաջնահերթությունները: Բարձր եկամուտ ունեցող երկրների առողջապահական համակարգի համար հիմնական խնդիր է ծախսերի աճի զսպումը՝ ժամանակակից տեխնոլոգիաների զարգացման և հասարակության աճող ակնկալիքների պայմաններում [128, 143, 152]:

Ելնելով առկա պահանջներին, նվազագույն \$ինանսավորման պայմաններում, ցածր եկամուտ ունեցող երկրներին համար, այսամենի հետմեկտեղ, առաջնային է ծանայություններին բազային փաթեթի աշխարհագրական ծածկույթի ընդլայնումը [97, 164]: Առողջապահական համակարգերի այս տարբերությունները արտացոլվում են սոցիալ-տնտեսական զարգացման, ժողովրդագրական և համաճարակաբանական ցուցանիշների օգնությամբ [157]:

Առողջապահական համակարգի գործունեության վերլուծության ընթացքում շատ կարևոր է հաշվի առնել նաև բնակչության բարոյական արժեքներն ու սկզբունքները [140, 156, 159]:

Smith-ը et al. առաջարկում են առողջապահական համակարգի «կատարողականության գնահատում» հասկացողությունը, որը հնարավորություն է տալիս վերահսկել, գնահատել և հասկանալ, թե որքանով են առողջապահական համակարգի տարբեր բնագավառներ համապատասխանում համակարգին առաջադրված հիմնական նպատակներին [152]:

«Չափում» և «գնահատում» հասկացողությունները գրականության մեջ հաճախ օգտագործվում են որպես միմյանց այլընտրանք, սակայն, որոշ հեղինակներ պնդում են, որ գնահատումը ավելի լայն հասկացողություն է, քան չափումը. գնահատումն իր մեջ ներառում է տեղեկատվության հավաքում, վերլուծում և օգտագործում՝ ելնելով նպատակներին [144]:

Մի խումբ հետազոտողներ, հիմնվելով նախկինում կատարված նմանատիպ հետազոտական աշխատանքների վրա, ներկայացնում են առողջապահական համակարգի կատարողականության հայեցակարգը, որպես հիմնական միավորներից կազմված դինամիկ հավասարակշռված համակարգի,

որի հիմնական ասպեկտներն են՝ նպատակային  
նւղղվածությունը, միջավայրի  
փոխգործակցությունը, արտադրությունը, ներքին  
արժեքների նորմերի պահպանումը [145]:

Որակյալ և հասանելի բժշկական օգնությամբ  
բնակչության կարիքների բավարարելը  
ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օղակի գերակա  
նւղղություններից է [22, 29, 68]:

Բուժօգնության որակից ազգաբնակչության  
բավարարվածությունը որոշակիորեն ինտեգրված  
ցուցանիշ է: Այն արտացոլում է առողջապահական  
համակարգի օբյեկտիվ վիճակը և բնակչության  
որոշակի սոցիալական շերտերի ու խմբերի  
անհատական ընկալումը [61, 69, 77]:

Պետական առողջապահական համակարգի առավել  
բանիմաց կողմնակիցները հենց Ֆրանսիան են  
համարում այն երկիրը, որտեղ ապացուցվել է  
համակարգի արդյունավետությունը: Jonathan Cohn-ը  
նշում է. «Թերևս, Ֆրանսիային կարելի է համարել  
դասական օրինակ այն ամենի, ինչին կարելի է  
հասնել համընդհանուր բժշկական ապահովագրական  
համակարգի շրջանակներում» [127]: Իսկ Ezra Klein-ը  
Ֆրանսիական բժշկությունը անվանում է .  
«գոյություն ունեցող բոլոր համակարգերից  
առավելագույնին ավելի մոտ գտնվող նմուշ» [115]:  
Ֆրանսիական առողջապահական համակարգի  
համեմատական հետազոտությունների  
մեծամասնության արդյունքում այն ստանում է  
բավականին բարձր կամ բարձրագույն գնահատական,  
իսկ ԱՅԿ-ի վարկանիշում այն զբաղեցնում է 1-ին  
տեղը [139]:

Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական  
ծառայությունը, որտեղ իրենց բուժումը սկսում և  
ավարտում են պացիենտների 75-80%-ը, առողջապահական  
համակարգի կարևորագույն օղակ է: Այս օղակի

գործունեության որակից կախված է ողջ համակարգի գործունեության կառուցվածքի և սոցիալական խնդիրների լուծման արդյունավետությանը: Ուստի, ամբողջատոր-պոլիկլինիկական օգնության ճիշտ կազմակերպումը առողջապահության ոլորտի բարեփոխումների գերակա ուղղությանն ենթից է [19, 55, 58]:

Երկրներում, որտեղ հաշվետվական ձևերից ստացվող տեղեկատվությունը ամբողջական է և հոլսալի, սովորաբար մշակվում են բժշկական ծառայությունների փոխհատուցման ստանդարտներ: Որոշ հետազոտողներ մանրամասն վերլուծության են ենթարկել Եվրամիության անդամ երկրներում բժշկական ծառայությունների դիմաց կատարվող փոխհատուցման ծախսերը [116]: Մասնավորապես, հետազոտողները նշում են, որ ծառայությունների գնագոյացման տարբերությունները հիմնականում պայմանավորված են իրավիճակների և գիտական մոտեցումների տարբերությամբ, այլ ոչ թե մեթոդաբանության և հասկացությունների տարածայնություններով: Հետևաբար, այսպիսի երկրներում առողջապահական ծառայությունների ծախսերը հաշվարկում են մասնագիտացված հաշվապահները և տնտեսագետները [119, 123, 124]:

Vaca-ն և Kreider-ը առաջիններից են, ովքեր փորձեցին աղքատ երկրներում հաշվարկել առողջապահական ծառայությունների արժեքները: Հետազոտության արդյունքում նրանք եկան այն եզրակացության, որ դեռևս շատ դեպքերում բացակայում են բժշկական ծառայությունների հաշվառման ճշգրիտ ձևերը: Առավել խոցելի է այն փաստը, որ բացակայում է կատարված ծրագրերի արդյունքների վերաբերյալ վիճակագրական տեղեկատվություն, ինչը շատ դեպքերում արդարացվել է այն մոտեցմամբ, որ «մենք աշխատում ենք, որպեսզի իրականացնենք ծրագրեր,



այլ ոչ թե հաշվետվական ձևեր լրացնենք և վիճակագրությունը ցույց տանք» [158]:

Բնակչության ընդհանուր աչտակալ բժշկական օգնությունը ամբաստանող էլ ընտրկայիս առողջապահական համակարգի գերակախնդիրները հմեկնէ [50, 53, 73]:

Բուժօգնության որակի կառավարումն առողջապահական համակարգի առաջնային օղակում ունի իր առանձնահատկությունները: Առաջին հերթին որպես ազդեցություն օբյեկտէ դիտարկվում մարդը: Բացի այդ, առողջապահությունը պահանջում է ընդգրկել ավելի շատ մարդկային ռեսուրսներ և դժվարություններ է ենթարկվում ավտոմատացման: Մյուս կողմից բժշկական օգնության արդյունքի վրա ազդում են բազմաթիվ փոփոխականներ, որոնք էլ ավելի են դժվարացնում ԲՕՈ-ի հստակ սահմանում ու գնահատման համար անհրաժեշտ չափումների իրականացումը: Առողջապահական համակարգում որակի կառավարման հիմնական նպատակն է բարելավել կլինիկական արդյունքները, բարձրացնել տնտեսական արդյունավետությունը, ինչպես նաև բուժման սոցիալական օգտակարությունը [17, 45, 120, 121]:

Առողջապահական համակարգի գնահատման չափանիշները պետք է արտահայտեն առողջության քանակական ու որակական կողմերը, ինչպես նաև պետք է հնարավորություն տան այն մատչելի և ճիշտ գնահատելու: Կիրառվող ցուցանիշները, ինչպիսիք են՝ կյանքի միջին տևողությունը և մահացության ընդհանուր և տարիքային գործակիցները, թեև գնահատվում են հեշտ և ճշգրիտ, սակայն չեն արտահայտում առողջության որակական կողմերը (ցավեր, տանջանք, հաշմանդամություն և այլն), այդ իսկ պատճառով առաջարկվում և հաճախ կիրառվում է «QALY» (առողջության որակով ճշգրտված կյանք / տարի) չափորոշիչը [39]:

Առողջ ու թյան «գինն» անհրաժեշտ է արտահայտել առողջ կյանքի մարդ-ժամերով, այսինքն՝ այն ժամերով, որոնք անհրաժեշտ են նյութական և հոգևոր բարիքների ստեղծման, մարդկանց կողմից դրանց օգտագործման ապահովման համար: Պարզվել է, որ ԱՄՆ-ում ՅՆԱ-ի տարեկան 9%-ը խնայվում է միայն բնակչության մահացության նվազման հաշվին [39]:

Բուժհաստատության գործունեության համարժեք ությունը փոխահարաբե-ր ու թյ ու ն ն եր ի բարդ \$ ու ն կ ց ի ո ն ալ համակարգ է, որն ուղղված է բուժման և ախտորոշման գործընթացի միասնական մոտեցումների ապահովմանը՝ տրամաբանական ըստ է ու թյ ա ն , հաջորդական ըստ ժամանակի և համապատասխան ըստ բուժօգնության մատուցման փոփոխության: Առողջ ապահական համակարգի բարեփոխումների ներկա փոփոխում այս սկզբունքների ապահովումը դիտարկվում է առաջնային օղակում մատուցվող ծառայությունների տեսանկյունից [47,49]:

Առողջ ապահական համակարգի առաջնային օղակի բարեփոխումները շատ դանդաղ են իրականություն դառնում, ինչը պայմանավորված է առաջնային օղակի վրա դրված պարտականությունների և հատկացվող \$ ի ն ա ն ս ա կ ա ն միջոցների անհամապատասխանությամբ: Մյուս կողմից ժամանակակից պայմաններում բնակչության բժշկական օգնությամբ ապահովումը կախված է նեղ մասնագիտացված բուժօգնության զարգացման և թանկարժեք տեխնոլոգիաների ներդրման մակարդակից: Առողջ ապահական համակարգի պետական քաղաքականության հիմնական գործառնությունը պետք է լինի տարբեր մակարդակների կառավարման համակարգերի փոխգործակցությունը, ինչը կնշանակի հին ու ն որ հանրային կառավարման սկզբունքների վրա հիմնված հավասարակշռված

խառնուրդի որոնում, որը կնպաստի արդյունավետ  
առողջապահական քաղաքականության  
իրականացմանը: Միաժամանակ անհրաժեշտ է նշել, որ  
առողջապահական համակարգի հավասարաչափ  
զարգացման պայմաններում կառավարման  
տեսանկյունից առանձնահատուկ նշանակություն է  
ձեռք բերում տարածաշրջանային ծրագրերի և  
բարեփոխումների ռազմավարության մշակումը [12, 33,  
85]:

Չնայած առողջապահական համակարգի  
կառավարման ոլորտում ձեռք բերված որոշակի  
հաջողություններին, կառավարման օպտիմալ  
մոդելի կառուցման հիմնախնդիրը և  
բուժօգնություններում առկա ռեսուրսների  
արդյունավետ օգտագործումը մնում է արդիական  
հիմնախնդիր [48]:

ՀՀ առողջապահական համակարգում տեղի են  
ունեցել բարեփոխումներ, որոնք միտված են եղել  
կառավարման խիստ կենտրոնացումից անցում  
կատարելուն դեպի ապակենտրոնացում:  
Կառավարչական որոշումների գերակա  
ուղղությունը տեղաշարժվել է համապետականից  
դեպի մարզային և բուժօգնություն մակարդակ:  
Շուկայներ դրսևորվել է առողջապահական  
համակարգի գործունեությունում կոմերցիոն  
էլեմենտների ներդրմամբ, վճարովի  
ծառայությունների ծավալների փոփոխությամբ,  
բուժօգնություն տնտեսական կարգավիճակով,  
տնտեսական կապերի բնույթով, սեփականաշնորհման  
ձևի տրանսֆորմացիայով և տնտեսվարման ձևով,  
բուժաշխատողի տնտեսական դիրքով [7]:

Սակայն անհրաժեշտ է նշել, որ շուկայական  
տնտեսության պայմաններում իջել է  
բուժօգնությունների կառավարման  
արդյունավետությունը [72]:

Մի խոլմբ հետագոտողներ ընդունում են, որ առողջապահության ոլորտում կառավարման ծավալային վերակառուցումը աննշան է, իսկ սպասելիքները ոչ իրատեսական [31]:

Առողջապահական համակարգի առաջնային օղակում աշխատանքների կազմակերպման համակարգը մինչ այսօր բնակչությանը ցուցաբերվող բուժօգնության գործընթացում հիմնականը չէ, չի համապատասխանում աճող պահանջարկին, պահանջում է կառավարման մեթոդների օպտիմալացում և կատարելագործում [14]:

Ոլորտի կառավարման համակարգի անկատարությունը, որը կառուցված է առողջապահական հաստատությունների գործունեության կոշտ սահմանափակումների և կենտրոնացման սկզբունքի վրա, մտել է հակասության մեջ սոցիալ-տնտեսական շուկայական վերակառուցման հետ և համապատասխանաբար պահանջում է իրականացնել առողջապահական ոլորտի բարեփոխումներ [87]:

Այսպիսով, ՀՀ առողջապահական համակարգի ԱԱՊ օղակի գործունեության գնահատման համար անհրաժեշտ է մշակել ժամանակակից չափանիշներ և իրականացնել կառավարման համակարգի բարեփոխումներ:

**1.3 Բալանսավորված ցուցանիշների համակարգի կիրառումը՝ որպես նոր գործիք բուժհաստատության գործունեության գնահատման համար**

Առողջապահական համակարգի ներկայացրած անհատական տնտեսական պայմաններում բուժհաստատության զարգացման ազդավորության հիմնական ուղղությունները պետք է լինի ապահովել ԲՕՈ, որն իր մեջ ներառում է բուժհաստատության գործունեության արդյունավետության ապահովման հիմնախնդիրներ, ինչպես նաև միջազգային լավագույն փորձի ներդրում [93, 147]: Յեռազոտողները առաջարկում են կիրառել ստանդարտ մեթոդներ, որոնք կարող են ապահովել համընդհանուր որակ (Total Quality Management- TQM), որի հիմքում ընկած է ոչ միայն ծառայություն, այլ նաև պացիենտի պահանջները [21, 163]: Յեռազոտողները հիմնավորում են առողջապահական համակարգի կառավարման ոլորտում նոր մարքեթինգային, կառավարչական, վերլուծության մեթոդների, մասնավորապես բենչմարքինգի (benchmarking), SWOT վերլուծության, բալանսավորված ցուցանիշների համակարգի (Balanced score card) կիրառումը [30, 41, 129]:

Բալանսավորված ցուցանիշների համակարգը (ԲՅՅ) կիրառվել է բազմաթիվ եվրոպական կլինիկաներում: Այսպիսի մոտեցումը բարձրացնում է բուժհաստատության ներքին միջև մրցունակությունը [101]: ԲՅՅ-ը դիտարկվում է առողջապահական համակարգում կիրառվող նորարարական տեխնոլոգիա: Հիմնավորվել է, որ ԲՅՅ-ի կիրառումը բարելավում է բժշկական ծառայությունների որակը, նույնիսկ ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներքին սուղ նեսուրսների պայմաններում [130, 154]:

BSC-ը հետաքրքիր է կիրառել առողջապահական համակարգի պետական և կոմերցիոն սեկտորի արդյունավետության գնահատման համար [100]:

Միջազգային փորձը փաստում է, որ հիմնախնդրի լուծման համար չափանիշների օպտիմալ քանակի ընտրությունը պետք է հիմնված լինի SMART հայեցակարգի վրա [112], որտեղ Specific (սպեցիֆիկ), Measureable (չափելի), Achievable (հասանելի), Relevant (հասանելի), Time-certain (կապված լինի որոշակի ժամանակահատվածի հետ): Առաջարկվում է որպես ցուցանիշների ընտրության ընդհանուր քանակ սահմանել 20-25-ը [129]: Ցուցանիշների քանակը կարելի է նվազեցնել միայն փորձագիտական գնահատման արդյունքում [42]:

Ժամանակակից պայմաններում անհրաժեշտ է ունենալ փոփոխություններին հարմարեցվող առողջապահական համակարգի առաջնային օղակ: Միայն տեղեկատվության արագ ստացումը կարող է օգնել ղեկավարին ընդունել ժամանակին և ճիշտ որոշում: Մյուս կողմից անհրաժեշտ է, որ օպերատիվ գործողությունները լինեն կոորդինացված և ուղղված որոշակի երկարաժամկետ նպատակներին հասնելուն: Հակառակ դեպքում ռիսկը կմնա իր տեղում: Դա է պատճառը, որ առողջապահական համակարգը պետք է կարողանա ճիշտ հստակեցնել սեփական ռազմավարությունը և ռազմավարական նպատակին հասնելու համար կառավարի սեփական ռեսուրսները [129]:

ԱԱՊ օղակի զարգացումը կախված է ճիշտ և հասկանալի ձևակերպված ռազմավարությունից: Սակայն պետք է հիշել, որ լավ մշակված ռազմավարությունը միայն գործի կեսն է: Անհրաժեշտ է նաև այն հաջողություններ ապահովել: Մենեջերներին մի մասը գտնում է, որ կարևոր է երկարաժամկետ պլանավորումը, իսկ մեկ այլ խմբի կարծիքով կարևոր է ռազմավարության

բովանդակությունը: Մենեջերներն աստիճանաբար հրաժարվում են այս պնդումից, քանզի հասկանալի է, որ նազմավարությունը կարող է հաջողությամբ իրագործվել միայն այն դեպքում, երբ այն հասանելի է կառույցի բոլոր մակարդակների մենեջերներին [13]:

Առողջապահական համակարգի նազմավարության գործընթացի իրականացման կարևոր գործիքներից է բալանսավորված ցուցանիշների համակարգի ստեղծումը (Balanced Score Card - BSC): Այն նազմավարական կառավարման համակարգ է, որը հիմնված է արդյունավետության չափման և գնահատման վրա: Սակայն BSC-ի համար անհրաժեշտ է ընտրել բավարար քանակի և որակի ցուցանիշներ, որոնք կարող են արտահայտել կազմակերպության գործունեության ոչ միայն \$ինանսական, այլ նաև ոչ \$ինանսական գործառնությունները [70,71]:

Համակարգն արտահայտում է այն հավասարակշռությունը, որը պահպանվում է կարճաժամկետ և երկարաժամկետ նպատակների, \$ինանսական և ոչ \$ինանսական ցուցանիշների, հիմնական և օժանդակ չափանիշների, ինչպես նաև գործունեության արտաքին և ներքին գործունեության միջև: Ցուցանիշների բալանսավորված համակարգի հաջողված օրինակները գործնական առողջապահական համակարգում շատ քիչ են, քանի որ BSC-ի ներդրումը բխվում է մի շարք հիմնախնդիրների հետ: Լուրջ հիմնախնդիր է մեթոդաբանության ոչ ճիշտ մեկնաբանությունը կամ կազմակերպչական հարցերը, ինչպես նաև պահանջվող աշխատանքի ծավալները, էժանություն արդյունավետ ծրագրերի բացակայությունը: Այս խնդիրները ծագում են, երբ BSC-ն փորձում են կիրառել գործնական առողջապահական համակարգում [101]:

Առողջ ապահանջան համակարգի ԱԱՊ օղակում BSC-ի ներդրման արդյունավետությունը կախված է համակարգի կառավարման գործընթացի որակից: Յեղի նակներն առաջարկում են BSC-ի ներդրման չորս փուլ՝

- 1) BSC կառուցման նախապատրաստական աշխատանքներ,
- 2) BSC կառուցում,
- 3) BSC ստեղծման համար անհրաժեշտ ցուցանիշներին մոտեցադրում,
- 4) Կատարման հսկողություն [44]:

ԱԱՊ օղակում BSC-ի ներդրումը պահանջում է ծրագրային փաթեթի մշակում: Երբ անհրաժեշտություն է առաջանում խնդրին տալ համակարգային լուծում, ապա կարևորվում է ստեղծկատվության արդիականությունը: BSC-ի մշակման ոլորտում կան հետևյալ ծրագրերը՝ ARIS 7.0, Mirossoft Oficce Business Score Card Manager 2005, Business Studio 2.0 [160]:

Առողջ ապահանջան համակարգի ԱԱՊ օղակի բնութհաստատություններին կառավարման արդյունավետությունը բարձրացնելու համար անհրաժեշտ է մշակվի BSC՝ հաշվի առնելով համակարգի ստորաբաժանումներին կառավարման առանձնահատկությունները, ինչպես նաև անհրաժեշտ քանակից ցուցանիշներին ընդգրկումը: BSC-ի մշակման համար կարևոր է հեռանկարային զարգացման ուղիներին հստակեցումը [130]:

Ռազմավարության մշակման ցանկացած մոդել կարող է ինել ամբողջական, եթե իր մեջ պարունակի համակարգի գործունեության տարբեր բնագավառներ: ԱԱՊ օղակում BSC-ի ներդրման արդյունավետությունն ապահովելու համար միայն \$ինանսական նպատակները բավարարչեն: Անհրաժեշտ է հստակեցնել համակարգի նպատակին հասնելու բոլոր ուղիները: Այս պայմաններում ճիշտ չի լինի



նպատակներն իրարից տարանջատված ներդնել : Այսպիսի մոտեցման պայմաններում չի գնահատվում նպատակների փոխկապակցվածությունը և միմյանց վրա ունեցած ազդեցության աստիճանը : Առողջապահական համակարգի ԱԱՊ օղակի ռազմավարական նպատակի ձևակերպումը, ցուցանիշների ընտրությունը և ռազմավարական միջոցառումների մշակումը կոչված են ապահովել համակարգի գործունեության բազմակողմանի զարգացում [111]:

Այսպիսի մոտեցման առավելությունը կայանում է նրանում, որ ցուցանիշների ամբողջ համակարգը դիտարկվում է ոչ միայն նպատակին հասնելու գործիք, այլ նաև ֆինանսական և ոչ ֆինանսական գործառնությունների միավորման պատճառահետևանքային կապ [46, 130]: Նոր մեթոդաբանության կիրառումը որպես տարբեր բուժհաստատությունների մենեջմենթի հիմնական գործիք, նպաստել է կատարելագործել բազմաթիվ կլինիկականների կառավարման համակարգը [94]: Յետագոտողները հիմնավորել են, որ բուժհաստատություններում BSC-ի կիրառումը հնարավորություն է տվել բարձրացնել մրցունակությունը, բարելավել ֆինանսական և պացիենտների բավարարվածության ցուցանիշները [101]: BSC-ի հայացկարգային հիմքերը դիտարկվել է որպես ինովացիոն մեթոդաբանություն, որը կիրառվել է առողջապահական կազմակերպությունների գործունեության համալիր գնահատման, ինչպես նաև նոր ծրագրերի իրականացման համար [125]: Յիմնավորվել է, որ բալանսավորված ցուցանիշների համակարգի ներդրումը նույնիսկ սուր ռեսուրսների պայմաններում կարող է ապահովել ԲՕՈ-ի բարելավում [112]: Այսպիսի մոտեցումը գործնական առողջապահական համակարգի մենեջերների կողմից

ստացել է բարձր գնահատական [110]: Քանի որ այսպիսի մոտեցումը հիմնված է բժշկական գործունեության չափելիության համակարգի ստեղծման անհրաժեշտության գաղափարի վրա, այն առողջապահական համակարգի պետական սեկտորում ունեցել է մեծ ներդրում [43,44,100]:

Ֆունկցիոնալ ստորաբաժանման ղեկավարները (օր.՝ ֆինանսական, մարդկային ռեսուրսներին) ունենում են ֆորմալ ազդեցությունը բժշկական ծառայություններ մատուցող ստորաբաժանումների վրա: Որպես օրենք, այսպիսի պայմաններում ստորաբաժանումն իրավունք չունի իրականացնել ինքնուրույն գործառնելներ: Կազմակերպության կառուցվածքի կոշտ պատճառահետևանքային մոդելը հնարավոր է միայն այն դեպքում, երբ գործընկերները ավտոմատ և հստակ կատարում են իրենց ֆունկցիաները [46]:

Կառավարման շղթայի դուրսի գծով մատրիցային կառուցվածքի առավել հաճախ հանդիպող հավասարությունն է: ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների մատրիցային կառուցվածքը արագ փոփոխվող արտաքին միջավայրի պայմաններում առավել արդյունավետ է: Ղեկավարների պարբերական հավաքները հնարավորություն են տալիս ժամանակին լուծել գործընթացի ընթացքում առաջացած հիմնախնդիրները: Բացի այդ, այդպիսի կառուցվածքը նաև հնարավորություն է ստեղծում ինքնուսուցման համար: Առողջապահական համակարգի ԱԱՊ օղակի կառավարման փորձի վերլուծությունը հիմնավորում է, որ կազմակերպության մատրիցային կառուցվածքի բուրն առավելություններն են, այն չի կարող կիրառվել առողջապահական հաստատությունում որպես մշտական կառուցվածք,

քանի որ առավել ապեսու ուղղահայաց վարչարարությունը թույլ է տալիս «բաց թողնել» ստեղծագործական կրկնակի ենթակայություն, բայց որպես ժամանակավոր կառուցվածք, մատրիցան կարող է կիրառվել նորարարության ներդրման գործընթացի կառավարման համար [22]:

Ըստ ԱՅԿ-ի, առողջապահական համակարգում որակի ապահովման հայեցակարգի արդյունավետությունն ապահովելու համար կիրառվում են BSC-ի համակարգի հիմնական սկզբունքները: Այս պայմաններում ընտրում են առավել կարևոր նշանակություն ունեցող ցուցանիշներ, որոնք համապատասխանում են բուժհաստատության գլխավոր նպատակին՝ ապահովել բնակչությանը բժշկական ծառայությունների բարձր որակ և մատչելիություն: Գործընթացի համակարգման համար BSC-ն կողմնորոշում է դեպի \$ինանսական ռեսուրսներ և մրցունակ դիրքի ուժեղացման, ներքին գործընթացների կատարելագործման, ինչպես նաև կազմակերպության հեռանկարային զարգացման: Այս ամենը հանդիսանում է առողջապահական համակարգի ԱԱՊ բուժհաստատությունների ռազմավարական զարգացման ծրագրի հիմք: Այն հնարավորություն է տալիս գնահատել այդ բուժհաստատությունների զարգացման պլանավորման ռազմավարությունը, հիմնավորել որոշիչ գործողությունների շտկման ուղղությունները [101, 125]:

ԱԱՊ օղակում մարդկային ռեսուրսների կառավարման գործունեության բազային սկզբունքը համակարգի կազմակերպչական զարգացման հիմնական հայեցակարգային սկզբունքն է (սոցիալական ծրագրերի \$ինանսավորում և եկամուտներից լրացուցիչ կրթություն), արդյունավետության բարձրացում

որակի ինդիկատորների շարունակական գործառնական շտկում, «թիմում» գործունեության արդյունքների գնահատում, հոգեբանական թրեյնինգների և սեմինարների օգնությամբ կոնֆլիկտների կառավարում, հետադարձ կապի կայուն ձևերի ստեղծում՝ ընդգրկելով անձնակազմի մեծ խմբեր (սոցիոլոգիական հարցում)[9]:

Առողջապահական համակարգի ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներում մարդկային ռեսուրսների կառավարման գործառնականների բազային պայմանը բուժաշխատողների վարձատրման տարբերակված համակարգի ներդրումն է, որի համար ցանկալի է կիրառել կառավարման բաց էլեմենտներ: Բաց կառավարումը հնարավորություն է տալիս գնահատել կազմակերպության ընդհանուր նկարագրի մեջ աշխատողի աշխատանքի ընդգրկվման աստիճանը, ինչպես նաև կազմակերպության ֆինանսական ցուցանիշների միտումների վրա ազդեցություն չափաբաժինը [10]:

Առողջապահական համակարգի ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներում բուժօգնության որակի համակարգի վերաբերյալ ԱՅԿ-ի ժամանակակից հայեցակարգը առաջարկում է «Կառավարման ամբողջական մոդել»: Այդ մոդելն իրենից ներկայացնում է կառավարման երկաստիճան համակարգ՝ կոնկրետ բուժհաստատության և գերատեսչության [107]:

Բուժանձնակազմի գործունեության գնահատման կլինիկատեստապիտական վերլուծությունը պետք է իր մեջ ներառի բուժօգնության ծավալների վերլուծություն, ֆինանսական հոսքերի ծավալի, պացիենտների հոսքի հաշվառում, «անարդյունավետության գոտու» հայտնաբերում, ավելորդ գործընթացների

չեզոքացում, գործընթացների տարատեսակության  
 աստիճանի իջեցում, արտահիվանդանոցային  
 բուժօգնության համակարգի կատարելագործման և  
 կառուցվածքային փոփոխության կառավարչական  
 որոշման ընդունում: Աշխատանքի արդյունքի (point system)  
 բազային գնահատականը նախատեսում է անձնակազմի  
 գործունեության բուլոր տեսակների նորմավորում  
 կախված դրանց գերակայությունից,  
 բարդությունից և մասնակցության չափաբաժնից [107]:  
 Այնուհանդերձ BSC-ի կիրառումը պահանջում է  
 լրացուցիչ հետազոտություններ, որը  
 հնարավորություն է տալիս ստակեցնել  
 ցուցանիշների համակարգի ձևավորման  
 մեխանիզմները՝ ելնելով կոնկրետ երկրի  
 առողջապահական համակարգի կառավարման  
 առանձնահատկություններից [129]:

**Գ Լ ՈՒ ԽՁ.Յ Ե Տ Ա Ձ Ո Տ ՈՒ ԹՅ Ա Ն Ն Յ ՈՒ Թ Ը Ե Վ Մ Ե Թ Ո Ղ Ն Ե Ր Ը**

Յ Ե տ ա զ ո տ ու թ յ ա ն ն ա յ ա տ ա կ ի ն և խ ն դ ի թ ը ն Ե թ ի ն հ ա մ ա հ ու ն չ մ Ե թ ր կ ո ղ մ ի ց կ ի թ ա ռ վ Ե Լ Ե ն հ ա մ ա Լ ի թ մ Ե թ ո ղ ն Ե թ ՝ վ ի ճ ա կ ա գ թ ա կ ա ն , փ ո թ ճ ա գ ի տ ա կ ա ն գ ն ա հ ա տ մ ա ն , ս ո ց ի ո Լ ո գ ի ա կ ա ն , վ Ե թ ր Լ ու ծ ա կ ա ն , փ ո թ ճ ա թ ա թ ա կ ա ն մ ո ղ Ե Լ ա վ ո թ մ ա ն , SWOT վ Ե թ ր Լ ու ծ ու թ յ ա ն :

Ա Ա Պ օ ղ ա կ ի Բ Օ Ո -ի գ ն ա հ ա տ մ ա ն հ ա մ ա թ կ ի թ ա ռ վ Ե Լ Ե փ ո թ ճ ա գ ի տ ա կ ա ն գ ն ա հ ա տ մ ա ն մ Ե թ ո ղ ը : Ա ն հ թ ա ժ Ե շ տ ն յ ու թ ի հ ա վ ա ք ա գ թ մ ա ն հ ա մ ա թ մ Ե թ ր կ ո ղ մ ի ց մ շ ա կ վ Ե Լ Ե «Փ ո թ ճ ա գ ի տ ա կ ա ն գ ն ա հ ա տ մ ա ն ք ա թ տ» (հ ա վ Ե Լ վ ա ծ 1): Ք ա թ տ ը ք ա ղ կ ա ց ա ծ Ե 6 ք ա ժ ն ի ց , ո թ ո ն ց ի ց յ ու լ թ ա ք ա ն չ յ ու լ ը հ ն ա թ ա վ ո թ ու թ յ ու ն Ե տ ա Լ ի ս ա ց ի Ե ն տ ի հ Ե տ ա զ ո տ ու թ յ ա ն , ա խ տ ո թ ո շ մ ա ն , ք ու ժ մ ա ն , խ ո թ հ թ դ ա տ վ ա կ ա ն օ գ ն ու թ յ ա ն , ա ն ա շ խ ա տ ու ն ա կ ու թ յ ա ն փ ո թ ճ ա ք ն ն ու թ յ ա ն ո թ ա կ ը , ի ն չ ա Ե ս ն ա ն գ ն ա հ ա տ Ե Լ ա ց ի Ե ն տ ի ա մ ք ու Լ Լ ա տ ո թ ք ա թ տ ի վ ա թ մ ա ն ո թ ա կ ը :

Փ ո թ ճ ա գ Ե տ ն Ե թ ը Բ Օ Ո -ի գ ն ա հ ա տ մ ա ն հ ա մ ա թ ո թ ա Ե ս հ ի մ ք օ գ տ ա զ ո թ ժ Ե Լ Ե ն Յ Յ Ա Ն կ ո ղ մ ի ց հ ա ս տ ա տ վ ա ծ ը ն տ ա ն Ե կ ա ն ք ժ շ կ ի գ ո թ ժ ն ա կ ա ն ու ղ Ե ց ու յ ց ն Ե թ ը :

Ո թ ա Ե ս Բ Օ Ո -ի գ ն ա հ ա տ մ ա ն չ ա փ ա ն ի շ վ Ե թ ր ց վ Ե Լ Ե ա ռ ա ջ ն ա յ ի ն օ ղ ա կ ու մ ժ ա մ ա ն ա կ ի ն , ա մ ք ո ղ ջ ա կ ա ն և հ ի մ ն ա վ ո թ ը վ ա ծ հ Ե տ ա զ ո տ ու թ յ ու ն , ա խ տ ո թ ո շ ու մ , ք ու ժ ու մ և խ ո թ հ թ դ ա տ վ ա կ ա ն օ գ ն ու թ յ ու ն չ ա փ ա ն ի շ ն Ե թ ը : Դ թ ա ն ց ի ց յ ու լ թ ա ք ա ն չ յ ու լ թ ի ն տ թ վ Ե Լ Ե ք ա Լ ա յ ի ն գ ն ա հ ա տ ա կ ա ն : Փ ո թ ճ ա գ Ե տ ն Ե թ ի կ ո ղ մ ի ց գ ն ա հ ա տ վ Ե Լ Ե ն ա ն ա մ ք ու Լ Լ ա տ ո թ ք ա թ տ ի վ ա թ մ ա ն ո թ ա կ ը : Փ ո թ ճ ա գ Ե տ ի Ե գ թ ա կ ա ց ու թ յ ա ն հ ի մ ա ն վ թ ա գ ն ա հ ա տ վ Ե Լ Ե Ա Ա Պ օ ղ ա կ ու մ Բ Օ Ո -ը : Պ ա ց ի Ե ն տ ի հ Ե տ ա զ ո տ ու թ յ ա ն ո թ ա կ ը գ ն ա հ ա տ Ե Լ ու հ ա մ ա թ ո թ ա Ե ս չ ա փ ա ն ի շ փ ո թ ճ ա գ Ե տ ն Ե թ ը վ Ե թ ր ց թ Ե Լ Ե ն հ Ե տ ա զ ո տ ու թ յ ա ն կ ա տ ա թ մ ա ն ժ ա մ կ Ե տ ն Ե թ ը , ծ ա վ ա Լ ն Ե թ ը , ո չ Լ թ ի վ հ Ե տ ա զ ո տ ու թ յ ա ն ա յ ա տ ճ ա ռ ն Ե թ ը :

Պացիենտի ախտորոշման որակը գնահատելու համար ուսումնասիրվել է ախտորոշման հիմնավորվածությունը, ժամկետները, սխալ ախտորոշման պատճառները, իսկ բուժման որակի գնահատման համար կարևորել ենք ոչ լիարժեք բուժման հիմնական պատճառները:

ԲՕՈ-ի արդյունքային բաղադրիչի կարևոր չափանիշ է բուժման ելքը, սեփական հիվանդության վերաբերյալ պացիենտի ստացած գիտելիքները, իրազեկման աստիճանը: Հարցաթերթի առանձին հարցեր հնարավորություն են տվել ուսումնասիրել հիմնախնդրի պատճառները: Որպես փորձագետներ ընտրվել են երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի գլխավոր բժշկի տեղակալները բուժական գծով, բաժանմունքի վարիչները, թվով 31, ովքեր փորձաքննության են ենթարկվել 412ամբուլատոր քարտ:

Հետազոտության շրջանակում կատարվել է երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների ղեկավար անձնակազմի առաջնորդության ոճի ինքնագնահատումը ստ Paul Hersey-ի առաջնորդության իրավիճակային տեսության [146]: Հետազոտության ընթացքում օգտագործվել է «Առաջնորդության ոճի գնահատման թեստ» (հավելված 2):

ԲՕՈ-ի արդյունքային բաղադրիչի գնահատման կարևոր չափանիշ է բնակչության բավարարվածության ուսումնասիրությունը ցուցաբերվող բուժօգնություննից: Պացիենտների բավարարվածության և բժիշկների կարծիքի ուսումնասիրման համար մեր կողմից մշակվել է սոցիոլոգիական հարցման հարցաթերթեր: Կիրառվել են նաև հետևյալ հարցաթերթերը՝ «Բնակչության արտահիվանդանոցային բուժօգնության կազմակերպումից և որակից բավարարվածության գնահատում»

(հավելված 3) և «Բժիշկներին պոլիկլինիկական բուժօգնության կազմակերպումից և որակից բավարարվածության գնահատում» (հավելված 4):

Բնակչության կարծիքի ուսումնասիրման համար մշակված հարցաթերթը բաղկացած է 33 պնդումից, որոնք բաշխվել են հետևյալ ենթաբաժինների՝ հարցվողի սոցիալ-դեմոգրաֆիկ նկարագիր, հիվանդության ընթացքի վրա ազդող գործոնների գնահատում, ԲՕՈ-ի բաղադրիչների գնահատում, առողջության ինքնագնահատում և բժշկական ակտիվություն:

Բժշկի կարծիքի ուսումնասիրման հարցաթերթը բաղկացած է 14 պնդումից՝ բժշկի սոցիալ-մասնագիտական բնութագիր, որակավորման, ԲՕՈ-ի վերաբերյալ գիտելիքների մակարդակ, գործոններ, որոնք բացասական ազդեցություն են ունենում ԱԱՊ օղակի ԲՕՈ-ի վրա:

Յետազոտության շրջանակներում կիրառված հարցաթերթերի ընդհանուր նկարագիրը ներկայացված է աղյուսակ 1-ում: Յետազոտությունը կազմակերպվել և անց է կացվել 2012-2015թթ. ժամանակահատվածում:

Յետազոտության օբյեկտեն հանդիսացել էր ևս թաղաքապետարանի ենթակայության 24 ԱԱՊ օղակի բուժօգնատուներ:

### Աղյուսակ 1

Յետազոտության ուսումնասիրման համար ձևավորված ընտրանքի նկարագիրը

	Յետազոտության կազմակերպման համար օգտագործված հարցաթերթեր և պատրաստված հաշվետվական ձևեր	Յետազոտության ծավալ
1.	ՀՀ ԱՆ տարեկան հաշվետվական ձևեր	2012-2015թթ.
2.	«Բժիշկներին կարծիքի ուսումնասիրություն և պոլիկլինիկական բուժօգնության կազմակերպումից և որակից» քարտ	n= 130
3.	«Բնակչության կարծիքի ուսումնասիրություն և արտահիվանդանոցային	n=1335



	բ ու ժ օ գ ն ու թ յ ան կ ազ մ ա կ եր պ ու մ ի ց և ո ռ ա կ ի ց »	
4.	«Առաջ նորդ ու թ յ ան ո ճ ի ի ն ք ն ազ ն ա հ ա տ ու մ »	n=115
5.	«Պ ու լ ի կ լ ի ն ի կ ան եր ու մ տեղ ա մ ա ս ա յ ի ն թ եր ա պ և տ ն եր ի կ ող մ ի ց ց ու ց ա բ եր վ ող բ ժ շ կ ա կ ան օ գ ն ու թ յ ան ո ռ ա կ ի փ ո ռ ձ ա գ ի տ ա կ ան գ ն ա հ ա տ մ ան ք ա ռ տ »	n=412
6.	Փ ո ռ ձ ա գ ի տ ա կ ան գ ն ա հ ա տ մ ան Է ե ն թ ա ռ կ վ ե լ 412 ա մ բ ու լ ա տ ո ղ բ ու ժ մ ան ա վ ա ռ տ ու ն դ ե պ ք , ա յ դ թ վ ու մ` Ս ռ տ ի ք ռ ո ն ի կ ռ և մ ա տ ի կ հ ի վ ա ն դ ու թ յ ան Ա ռ յ ան ճ ն շ մ ան բ ա ռ ձ ռ ա ց մ ա մ բ բ ն ու թ ա գ ղ վ ա ծ հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն ն եր ի Ս ռ տ ի ի շ ե մ ի կ հ ի վ ա ն դ ու թ յ ան Բ ռ ո ն խ ի տ ն եր ի Բ ռ ո ն խ ի ա լ ա ս թ մ ա յ ի Թ ո ք ա բ ո ղ բ ի Ս տ ա մ ո ք ս ի և 12-մ ա տ ն յ ա ա դ ու խ ո ց Ս տ ա մ ո ք ս ի և 12-մ ա տ ն յ ա ա դ ի ք ի բ ո ղ բ ո ղ բ ու մ Խ ո լ ե ց ի ս տ ի տ ի Ն ե ֆ ղ ի տ ի	35 դ ե պ ք , 38 դ ե պ ք ,  55 դ ե պ ք , 56 դ ե պ ք , 45 դ ե պ ք 25 դ ե պ ք 49 դ ե պ ք , 43 դ ե պ ք 30 դ ե պ ք 35 դ ե պ ք
7.	Վ եր լ ու ծ ու թ յ ան ե ն թ ա ռ կ վ ա ծ 2 տ ա պ օ գ ն ու թ յ ան կ ան չ եր	5136 դ ե պ ք
8.	Ը ս տ դ ի մ ե լ ի ու թ յ ան հ ի վ ա ն դ ա ց ու թ յ ան ու ս ու մ ն ա ս ի ղ ու թ յ ու ն	5865 դ ե պ ք
9.	Ս ո ց ի ո լ ո գ ի ա կ ան հ ա ղ ց մ ան ը մ ա ս ն ա կ ց ա ծ ա վ ա գ բ ու ժ ա շ խ ա տ ող ն եր	130 բ ժ ի շ կ
10.	Ք ռ ո ն ի կ հ ի վ ա ն դ ն եր ի դ ի ս պ ան ս եր հ ս կ ող ու թ յ ան ք ա ռ տ ի վ ա ռ մ ան փ ո ռ ձ ա գ ի տ ա կ ան գ ն ա հ ա տ ու մ	412 դ ե պ ք
11.	Փ ո ռ ձ ա գ ե տ ն եր (24 պ ո լ ի կ լ ի ն ի կ ա յ ի փ ո խ տ ն օ ղ ե ն , բ ա ժ ա ն մ ու ն ք ի վ ա ղ ի չ )	31 փ ո ռ ձ ա գ ե տ

Յ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ան ար դ յ ու ն ք ու մ մ շ ա կ վ ա ծ  
առ ա ջ ար կ ն եր ի , ց ու ց ու մ ն եր ի հ ա մ ա լ ի ղ  
մ ի ջ ո ց առ ու մ ն եր ի ար դ յ ու ն ք ն եր ի գ ն ա հ ա տ մ ան  
հ ա մ ար ձ և ա վ ո ղ վ ե լ Է կ ազ մ ա կ եր պ չ ա կ ան  
փ ո ռ ձ ար ար ա կ ան մ ո դ ե լ :

Տ վ յ ա լ ն եր ի վ ի ճ ա կ ա գ ղ ա կ ան մ շ ա կ ու մ ը կ ա տ ար վ ե լ  
Է Microsoft Office Excel for Windows ծ ղ ա գ ղ ա յ ի ն փ ա թ ե թ ի օ գ ն ու թ յ ա մ բ :  
Ձ և ա վ ո ղ վ ե լ Է տ վ յ ա լ ն եր ի բ ա գ ա : Դ ի տ ող ու թ յ ան  
մ ի ա վ ո ղ ը բ ն ու թ ա գ ղ ող ք ան ա կ ա կ ան թ վ ե ղ ը ա մ փ ո փ վ ե լ  
ե ն մ ի ջ ի ն թ վ ա բ ան ա կ ան ի օ գ ն ու թ յ ա մ բ , ո ղ ի  
հ ա վ ա ս տ ի ու թ յ ու ն ը գ ն ա հ ա տ վ ե լ Է ս տ ա ն դ ար տ  
շ ե ող ու մ ո վ (օ) և ս տ ա ն դ ար տ ս խ ա լ ի (մ) օ գ ն ու թ յ ա մ բ :  
Ց ու ց ա ն ի շ ն եր ի և մ ի ջ ի ն թ վ ա բ ան ա կ ան ի տ ար բ եր ու թ յ ան

հավաստիությունը գնահատելու համար կիրառվել է Ստյուդենտի t-գործակցը: Արդյունքների 95% և ավելի հավաստիության համար Ստյուդենտի t-գործակցի արժեքը վերցվել է  $t \geq 2$  ( $p \leq 0,05$ ): Երկուսից ավելի որակական ցուցանիշների միջև կախվածությունը գնահատելու համար հաշվարկվել է Պիրսոնի  $\chi^2$  համապատասխանության գործակիցը: Ցուցանիշների միջև կապի բնույթը և ինտենսիվությունը գնահատելու համար կիրառվել է Պիրսոնի և Սպիրմենի կորելյացիայի մեթոդները:

Աշխատանքների կազմակերպմանը աջակցել են Երևանի քաղաքապետարանի աշխատակազմի առողջապահության վարչությունը և քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների տնօրենները:

Ընտրանքի ծավալը հաշվարկվել է հետևյալ բանաձևով՝

$$n = \frac{NZ_{\alpha}^2 pq}{N\Delta^2 + Z_{\alpha}^2 pq}$$

$$n = \frac{1071500 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{1071500 * 0.05^2 + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 384$$

n-ը ընտրանքի ծավալն է (384),

N-պոպուլյացիայի ծավալն է (Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների տնօրենների միավաքագրված բնակչության թվաքանակը),

$Z_{\alpha}$ -հավաստիության գործակիցն է առաջին տիպի սխալի հավանականության համար և հավասար է 1,96,  $\Delta$ -գնահատման ճշգրտության մեծությունն է (ընդունված է հավասար 0,05),

p-երևույթի հանդիպման հավանականությունն է (ընդունված է հավասար 0,5, որի դեպքում n-ը ստանում է առավելագույն արժեք),

q-երևույթի բացակայության հավանականությունն է (հավասար է 1-p):

Փորձագետներին կողմից փորձաքննության են ենթարկվել ԱԱՊ օղակում բուժված 412 ավարտուն դեպք: Հիվանդությունների ախտորոշումը կատարվել է ըստ ՅՄԴ 10-ի:

Մեր կողմից գնահատվել է ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներքին ռազմավարական և մարտավարական մակարդակի մենեջերների (n=115) իրավիճակային առաջնորդությունը՝ ելնելով 3 հիմնական գործոնների փոխազդեցության և համակցման սկզբունքից՝

1. Ցուցումների, կարգադրությունների, հրահանգների ծավալ,
2. Սոցիալ-հոգեբանական աջակցության չափ, որը ցուցաբերում է առաջնորդը հետևորդների նկատմամբ,
3. Պատրաստակամության աստիճան, որը դրսևորում են հետևորդները:

**Առաջադրանքի և փոխհարաբերությունների վարքագիծ**

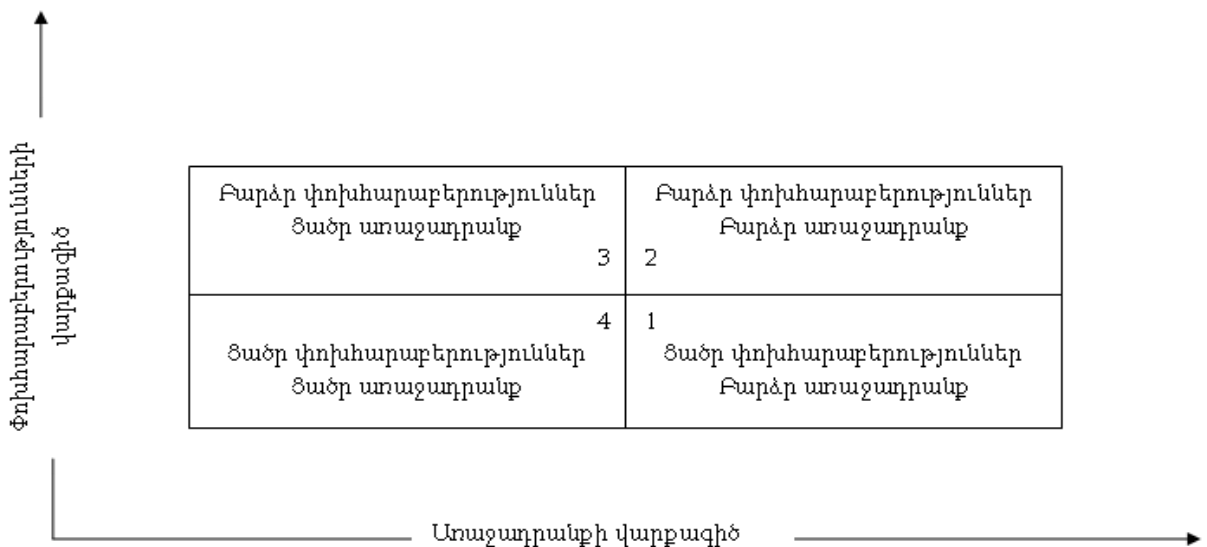
1. Առաջադրանքի վարքագիծ - որևէ անվանում են նաև «արդյունքին /արտադրանքին նպատակառևղղված» վարքագիծ: Առաջնորդն իրականացնում է միակողմանի հաղորդակցություն:
2. Փոխհարաբերությունների վարքագիծ - որևէ անվանում են նաև «աշխատողին նպատակառևղղված» վարքագիծ: Առաջնորդն իրականացնում է երկկողմանի հաղորդակցություն հետևորդների հետ (գծ.1):

Մեր կողմից կատարվել է երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության տարբեր մակարդակի մենեջերների առաջնորդության ոճի ինքնագնահատում ըստ Paul Hersey-ի առաջնորդություն իրավիճակային տեսության: Օգտագործվել է առաջնորդության ոճի գնահատման հարցաթերթը, որը

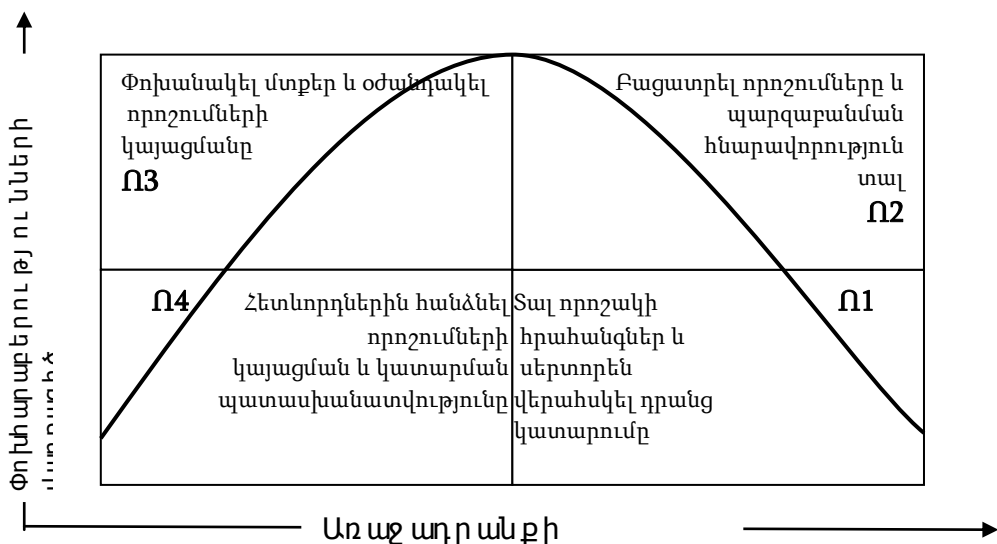
բաղկացած է 12 պնդումից [146]: Յուրաքանչյուր պնդման համար ռեսպոնդենտն ընտրում է մեկ առավել բնորոշ տարբերակ: Ստացված արդյունքների վերլուծության թույլ է տվել գնահատել առաջնորդության ոճի պրոֆիլն (գծ. 2) ու հարմարվողականության մակարդակը:

**Առաջնորդության ոճերի պրոֆիլ**

- Առաջնակի ոճ՝ առաջնորդն առավել հակված է կիրառել այս ոճը: Մոդելի այն քառորդը, որում նշված է պատասխանների ամենամեծ քանակը առաջնակի ոճն է:
- Երկրորդային կամ օժանդակ ոճեր - առաջնակի ոճից բացի այն քառորդները, որում նշված թիվը կամ թվերը  $\geq 2$ :



**Գծապատկեր 1.** Առաջնորդի վարքագծի չորս հիմնական մոդելները



**Գ ծ ապատկ եր 2.** Առաջ նորոգության համապատասխան ոճի  
նրոշում

**Ո ճ ի հ ար մ ար վ ո ղ ա կ ան ու թ յ ու ն**

- 0-23 բալ՝ ցույց է տալիս առաջնորդի ինքնազարգացման, հետևորդների պատրաստակամության ճիշտ որոշման և ադեկվատ ոճկիրառելու կարողության զարգացման անհրաժեշտությունը:
- 24-29 բալ՝ այս սահմաններն արտացոլում են հարմարվողականության միջին մակարդակ: Այն ցույց է տալիս առաջնակի ոճից երկրորդայինի անցնելու քիչ ճկունությունը:
- 30-36 բալ՝ առաջնորդի ոճի հարմարվողականության բարձր մակարդակ: Առաջնորդը ճշտորեն «ախտորոշում» է տրված իրավիճակում հետևորդների ունակությունը և ցանկությունը:

Կատարվել է երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություններում կառավարման որակի գնահատում՝ ԱԱՊ օղակում կառավարման ինտեգրացված համակարգի ներդրման մեթոդի օգնությամբ: Այս համակարգն իր մեջ ներառում է մի քանի ենթահամակարգեր, որոնք համապատասխանում են արտահիվանդանոցային բուժհաստատությունների կառավարման համակարգի միջազգային ստանդարտներին:

Համակարգային և իրավիճակային վերլուծության համար կիրառվել է մաթեմատիկական մոդելավորման մեթոդը, որը բաղկացած է եղել հետևյալ ենթամեթոդներից.

- 1) Կառավարման գնահատման ֆունկցիոնալ մոդելի ձևավորման ենթամեթոդը, որը հնարավորություն է տալիս գնահատել կառավարման համակարգի յուրաքանչյուր կառավարչական գործընթացի իրականացման աստիճանը՝ պլանավորում, կազմակերպում, մոտիվացիա, հսկողություն, կոորդինացիայի և հաշորդականության գործընթացներ: Որպես հիմք վերցվել է Watson et al. կողմից առաջարկված մեթոդը [161]:
- 2) Կառավարման ինտեգրացված համակարգի ենթամեթոդը, որի համար վերցվել է Катанаева-ի կողմից առաջարկված մեթոդաբանությունը [43]:
- 3) Գնահատվել է երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժ-հաստատությունների գործունեության ինտեգրացված մենեջմենթի համակարգի ներդրման հնարավորությունը: Մեթոդը կառուցված է մենեջմենթի և լոգիստիկ վերլուծության, դեդուկցիայի, ինդուկցիայի, անալիզի և սինթեզի փուլերի վրա:
- 4) Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժ-հաստատությունների կառավարման որակի գնահատման համար կիրառվել է ֆունկցիոնալ մոդել, որի նպատակն է կատարել կազմակերպության հիմնական ֆունկցիաների վերլուծությունը (աղ. 2) [8]:

**Աղյուսակ 2**

ԱԱՊ օղակի վերլուծության մաթեմատիկական մոդելավորման չափանիշները և գնահատման սանդղակը

<b>Չափանիշ</b>	<b>Գնահատական (բալլ)</b>
----------------	--------------------------

<b>1. Կազմակերպության պլանավորում</b>	20
1.1. Ռազմավարական նպատակի և խնդիրների ձևակերպում	4
1.2. Մարքետինգային հետազոտություն	4
1.3. Բիզնես գործընթացի նկարագրում և վերլուծություն	4
1.4. Համակարգավորման վերլուծություն	4
1.5. ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ռեսուրսների պլանավորում	4
<b>2. Գործունեության կազմակերպում</b>	20
2.1. Կազմակերչական կառուցվածքի մշակում և նկարագրում	4
2.2. Մատրիցայի կառուցում, իրավունքների և պարտականությունների ձևակերպում	4
2.3. Աձևակազմի ՇՄՁ պայմանների ստեղծում	4
2.4. Հիմնական գործընթացի իրականացում (բժշկական ծառայությունների ցուցաբերում)	4
2.5. Գործընթացի արդյունավետության ցուցանիշներ	4
<b>3. Անձնակազմի մոտիվացիա</b>	20
3.1. Լիդերություն բաշխում	4
3.2. Անձնակազմի կրթման պայմանների ձևակերպում	4
3.3. Բժշկական և ոչ բժշկական աշխատողների պահանջարկի մակարդակի գնահատում	4
3.4. Փաստաթղթային հիմնավորումների ձևակերպում	4
3.5. Աշխատողների բավարարվածություն	4
<b>4. Հսկողություն \$ուկցիայի կատարում</b>	20
4.1. Բժշկական ծառայության մատուցման յուրաքանչյուր փուլի համար հսկողության համակարգի մշակում	4
4.2. Ստացված արդյունքների գնահատման մշտադիտարկման չափանիշներ	4
4.3. Բժշկական ծառայության բավարարվածության մշտադիտարկում	4
4.4. Ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման ցուցանիշներ	4
4.5. Համակարգի նպատակի ձևակերպում	4
<b>5. Կոորդինացիայի \$ուկցիայի իրականացում</b>	20
5.1. Կառավարման 4 \$ուկցիաների կոորդինացիան կապ	4
5.2. Համակարգում ներքին կոմունիկացիաների համակարգի ներդրում	4
5.3. Կազմակերպության մակարդակում կոնֆլիկտների լուծման մոտեցումներ	4
5.4. Պլանի վերլուծություն և շտկում	4
5.5. Տեղեկատվական ռեսուրսների կառավարում	4
<b>Մենեջմենթի գնահատական</b>	100

Այս չափանիշները ըստ իրենց բալային արժեքի ենթարկվել են փորձագիտական գնահատման (աղ. 3):

**Աղյուսակ 3**

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ  
 օղակի բուժհաստատությունների կառավարչական  
 գործունեության չափանիշներինըստ  
 նշանակությունը բալային գնահատում

Բալ	Չափանիշի բնութագիրը
0	Գործունեության վերաբերյալ փաստաթղթերի բացակայություն
1	Գործունեության վերաբերյալ առկա են հազվադեպ փաստաթղթեր
2	Գործունեության վերաբերյալ փաստաթղթերում առկա են անհամապատասխանություններ
3	Առկա են փաստաթղթեր գործունեության վերաբերյալ
4	Առկա են փաստաթղթեր առավելագույն արդյունավետության վերաբերյալ :

ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների  
 կառավարման որակի մակարդակը գնահատվել է ըստ  
 յուրաքանչյուր գնահատվող բնութագրի չի  
 չափաբաժնի, հետևյալ բանաձևով՝

$$K_{\text{գնահատման}} = \sum_{i=1}^m a_i \cdot \bar{H}_i$$

Որտեղ՝

$a_i$ - գնահատվող բնութագրի չի չափաբաժնի,

$H_i$ - բնութագրի չի միջին գնահատականը,

$m$ - ռազմավարական և օպերատիվ կառավարման  
 պրոցեսի բնութագրի չի քանակը :

Կառավարման ռիսկի գնահատման համար կիրառվել է  
 Էփորձագիտական գնահատման «Դելֆի» մեթոդը :

Չաշվարկվել է փորձագետների պատասխանների  
 համաձայնությունը, հետևյալ բանաձևով .

$$W = \frac{12S}{m^2(n^3 - n)}$$

որտեղ՝

$S$ - ռանգերի քառակուսիների գումարի  
 տարբերությունը,

$m$ - փորձագետների թվաքանակը,



ո-ը ն դ գ ր կ վ ա ծ հ ա տ կ ան ի շ ն ե ր ի թ ի վ ը :

Յ Ե տ ա գ ո տ ո ւ թ յ ան շ ր ջ ան ակ ն ե ր ո ւ մ ա ռ ա ջ ա ր կ վ Է Լ Ե  
ն ե ր դ ն Է Լ Ե Ե ր և ան ի ք ա դ ա ք ա պ Ե -տ ա ր ան ի  
Ե ն թ ա կ ա յ ո ւ թ յ ան Ա Ա Պ օ դ ա կ ի  
բ ո ւ ժ հ ա ս տ ա տ ո ւ թ յ ո ւ ն ն ե ր ի ա լ ան ա վ ո ր մ ան ն ո ր  
հ ա մ ա կ ա ր գ , ո ր ի հ ի մ ք ո ւ մ դ ր վ Է Լ Ե կ ա ռ ա վ ա ր մ ան  
բ ո լ ո ր մ ա կ ա ր դ ա կ ն ե ր ի գ ո ր ծ ո ւ ն ե ո ւ թ յ ան  
ա ր դ յ ո ւ ն ա վ Ե տ ո ւ թ յ ո ւ ն ը գ ն ա հ ա տ ո դ ց ո ւ ց ան ի շ ն ե ր :

Ո ր պ Ե ս հ ի մ ք վ Ե ր ց վ Է Լ Ե «Տ ո ւ ց ան ի շ ն ե ր ի  
բ ա լ ան ս ա վ ո ր վ ա ծ հ ա մ ա կ ա ր գ ի » Kaplan R., Norton D. մ Ե թ ո դ ը [130]:  
Մ շ ա կ վ Է Լ Ե Ե ր և ան ի ք ա դ ա ք ա պ Ե տ ա ր ան ի  
Ե ն թ ա կ ա յ ո ւ թ յ ան Ա Ա Պ օ դ ա կ ի  
բ ո ւ ժ հ ա ս տ ա տ ո ւ թ յ ո ւ ն ն ե ր ի  
ա ր դ յ ո ւ ն ա վ Ե տ ո ւ թ յ ո ւ ն ը գ ն ա հ ա տ ո դ ք ա լ ան ս ա  
վ ո ր վ ա ծ ց ո ւ ց ան ի շ ն ե ր ի հ ա մ ա կ ա ր գ (Բ Յ Յ , BSC), ո ր ը  
հ ի մ ն ա վ ո ր ո ւ թ յ ո ւ ն Ե տ ա լ ի ս հ ի մ ն ա վ ո ր Ե Լ  
կ ա ռ ա վ ա ր մ ան ի ն տ Ե գ ր ա ց վ ա ծ հ ա մ ա կ ա ր գ ի ն ե ր դ ր մ ան  
ան հ ր ա ժ Ե շ տ ո ւ թ յ ո ւ ն ը :

Յ Ե տ ա գ ո տ ո ւ թ յ ան ծ ր ա գ ր ո ւ մ ը ն դ գ ր կ վ Է Լ Ե ն  
ա յ ն պ ի ս ի խ ն դ ի ր ն ե ր , ո ր ո ն ք հ ն ա ր ա վ ո ր ո ւ թ յ ո ւ ն Ե ն  
տ վ Է Լ վ Ե ր հ ան Ե Լ Ա Ա Պ օ դ ա կ ի  
բ ո ւ ժ հ ա ս տ ա տ ո ւ թ յ ո ւ ն ն ե ր ի գ ո ր ծ ո ւ ն ե ո ւ թ յ ան  
ժ ա մ ան ա կ ա կ ի ց հ ի մ ն ա խ ն դ ի ր ն ե ր ը , հ ի մ ք Ե ն  
հ ան դ ի ս ա ց Ե Լ ը ն տ ր վ ա ծ ց ո ւ ց ան ի շ ն ե ր ի և դ ր ան ց  
գ ն ա հ ա տ մ ան չ ա փ ան ի շ ն ե ր ի հ ի մ ն ա վ ո ր մ ան հ ա մ ա ր :

Ե ր և ան ի ք ա դ ա ք ա պ Ե տ ա ր ան ի Ե ն թ ա կ ա յ ո ւ թ յ ան Ա Ա Պ  
օ դ ա կ ի բ ո ւ ժ հ ա ս տ ա տ ո ւ թ յ ո ւ ն ն ե ր ի  
գ ո ր ծ ո ւ ն ե ո ւ թ յ ան գ ն ա հ ա տ մ ան հ ա մ ա ր չ ա փ ան ի շ Ե  
Պ Ն Ծ -ի ա ր դ յ ո ւ ն ա վ Ե տ ո ւ թ յ ան գ ն ա հ ա տ ո ւ մ ը : Ա յ ս  
խ ն դ ր ի լ ո ւ ծ ո ւ մ ն ի ր ա կ ան ա ց վ Է Լ Ե մ ի ք ան ի փ ո ւ լ լ ո վ :

Ա ռ ա ջ ի ն փ ո ւ լ լ ո ւ մ ո ւ ս ո ւ մ ն ա ս ի ր վ Է Լ Ե ն Ե ր և ան ի  
ք ա դ ա ք ա պ Ե տ ա ր ան ի Ե ն թ ա կ ա յ ո ւ թ յ ան Ա Ա Պ օ դ ա կ ի  
բ ո ւ ժ հ ա ս տ ա տ ո ւ թ յ ո ւ ն ն ե ր ո ւ մ ա ռ կ ա հ ա շ վ ա ռ մ ան և  
հ ա շ վ Ե տ վ ա կ ան բ ո լ ո ր փ ա ս տ ա թ դ թ Ե ր ը :  
Վ Ե ր լ ո ւ ծ ո ւ թ յ ան Ե ն Ե ն թ ա ր կ վ Է Լ հ ի վ ան դ ա ց ո ւ թ յ ան ,

հաշմանդամություն ցուցանիշները, կատարվել է դիմելիություն վերլուծությունը ստիմնական պատճառներին :

Հաջորդ փուլում հիմնավորվել է երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներքին BSC-ի ներդրման անհրաժեշտությունը որպես ԲՕՈ-ի և մատչելիության ապահովման նոր գործիք : Կառուցվել է ԱԱՊ օղակի կառավարման բարեփոխումների «նպատակի ծառ» :

Այս փուլում հաշվարկվել են յուրաքանչյուր ցուցանիշի կարևորության գործակիցը, որի հիման վրատրվել է դրանց բազմաչափելի գնահատում :

Կիրառելով փորձագիտական գնահատման մեթոդը ստացվել է ղեկավարների օբյեկտիվ կարծիքի վրա հիմնված երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունում առկա ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման, բաշխման, հավաքագրված բնակչության առողջության ցուցանիշների բարելավման ներդրված կառավարման մոդել :

Մեր կողմից փորձագետների աջակցությամբ ըստ կարևորության աստիճանի կատարել հիմնական «խումբ» խնդիրների տեղաշարժ և յուրաքանչյուր խնդրին ըստ նշանակության տալ կարգային գնահատական : Գործակիցների գումարը պետք է հավասար լինի մեկ միավորի  $\sum_{i=1}^n K_{i=1}$  կամ  $100\% [20, 35] : \frac{\sum_{j=1}^n W_{ij}}{m}$

Յուրաքանչյուր գործակցի կշիռը որոշվել է հետևյալ բանաձևով .

որտեղ՝  
m-գնահատվող օբյեկտների քանակությունը,  
Wij-կշիռը,  
i-ը նդհանուր օբյեկտի քանակը :

Յաջորդ փուլում հաշվարկվել է բոլոր փորձագետների համաձայնության միջին աստիճանը, որից հետո ընտրվել են հիմնական նպատակային ցուցանիշներ և գնահատվել է այդ ցուցանիշների առկայությունը:

Ցուցանիշների ընտրության հիմքում ընկած է եղել երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների գործունեության հիմնական նպատակը: Արդյունքների մշակման համար կիրառվել է բազմագործոնային վերլուծության մեթոդը:

Ցուցանիշների բազմակի կորելացիոն կախվածության գնահատման համար կիրառվել է կորելացիոն վերլուծության մեթոդ՝ կառուցելով մատրիցային ցանց: Չույգ գործակիցների մատրիցայի օգնությամբ ուսումնասիրվել է ցուցանիշների միջև բազմակի կորելացիոն կախվածության առկայությունը.

$$Y = S(x_1, x_2, x_3 \dots \dots x_m)$$

Այն հնարավորություն է տվել հայտնաբերել փոփոխականների միջև փոխադարձ կապի առկայությունը: Երկու փոփոխականների միջև նշանակություն ունեցող համաձայնության, ինչպես նաև փոփոխականների միջև փոխկապվածության գնահատման համար կիրառվել է Պիրսոնի քանակական գործակից ( $r$ ), որը համարվել է հավաստի, եթե  $P \leq 0,05$ : Գնահատման համակարգի կառուցման ժամանակ հաշվի է առնվել այն փաստը, որ գործոնները ( $X$ ), որոնք մտել են մոդելի կառուցվածքի մեջ պետք է կապված լինեն կախյալ փոփոխանից ( $Y$ ) և բացակայի փոփոխականների միջև կապը:

Որպեսզի չեզոքացվի այդ փոխկապակցված գործոնները ( $X$ ), մեր կողմից կատարվել է \$ակտորալ

հատկանիշները ստուգում, որի համար կիրառվել է  $r_{XY}$  և  $r_{X_k Y_j}$  և  $r_{X_k Y}$  և  $r_{X_k X_j}$  անհավասարությունները, որտեղ՝

$r_{X_j Y}$ ՝  $X_j$  և  $Y$  պարամետրերի միջև կորելացիայի գործակիցն է,

$r_{X_k Y}$ ՝  $X_k$  և  $Y$  պարամետրերի միջև կորելացիայի գործակիցն է,

$r_{X_k X_j}$ ՝  $X_k$  և  $X_j$  պարամետրերի միջև կորելացիայի գործակիցն է:

Յետագայում օգտագործվել է MC Excel-ի ստանդարտ ֆունկցիաները, որի օգնությամբ կատարվել է ռեգրեսիոն հավասարումների ընտրություն և պարամետրիկ հաշվարկ: Այսպես, բազմագործոնային ռեգրեսիայի համար կիրառվել է  $R^2$  դետերմինացիայի գործակիցը, որը հաշվարկվել է հետևյալ բանաձևով.

$$R^2 = \frac{\sigma_o^2}{\sigma_y^2}$$

Որտեղ՝  $\sigma_y^2$ -ն  $Y$  արդյունքային հատկանիշի ընդհանուր դիսպերսիայի ստանդարտ շեղումն է:

$$\sigma_y^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (Y_i - \bar{Y})^2}{n}$$

Եթե  $R > 0,7$  ( $P < 0,05$ ), ապա արդյունքային հատկանիշի ( $Y$ ) վարիացիան պայմանավորված է ռեգրեսիոն մոդելում ընդգրկված  $X$  գործոնով:

Բազմակի ռեգրեսիայի գնահատումը կատարվել է F թիշերի գործակցի օգնությամբ, որը հաշվարկվել է հետևյալ բանաձևով.

$$F = \frac{R^2}{1 - R^2} \cdot \frac{(n - m - 1)}{m}$$

$n$ -ը՝ ընտրանիք ծավալը,

$m$ -ը՝ ռեգրեսիայի հավասարման մեջ ընդգրկված գործոններին քանակը:

Յետագոտությունները փուլում մեր կողմից կառուցվել է գնահատման բազմաչափելի համակարգ, որի հիմքը եղել է BSC-ը: Հաշվարկվել է ինտեգրալ ցուցանիշ: Բոլոր ցուցանիշները բերվել են

համեմատելի վիճակի, այսինքն հաշվարկվել է գուցանիշներին տեսակարար կշիռը (%):

Այսպիսի մոտեցումը հնարավորություն է տվել բոլոր գուցանիշները ընդգրկել միասնական համակարգի մեջ:

Մոդելի մեջ ընդգրկված յուրաքանչյուր բլոկ գուցանիշներին համար հաշվարկվել է այդ գուցանիշներին միջին արժեքները.

$$K_i = \frac{X_{1i} \times G_i + X_{2i} \times G_i + \dots + X_{ni} \times G_i}{n_i}, \text{ որտեղ }`$$

$K_i`$  /բլոկի գուցանիշներին միջին արժեքն է,

$G_i`$  /բլոկի կշռային արժեքն է,

$n_i`$  /բլոկի մեջ ընդգրկված գուցանիշների քանակն է:

Որից հետո հաշվարկվել է ինտեգրալ գուցանիշ.

$$\overline{KI} = \overline{K_{i1}} + \overline{K_{i2}} + \overline{K_{i3}} + \dots + \overline{K_{im}}$$

$\overline{K_{i1}}$  - «Պացիենտներ» բլոկի գուցանիշներին միջին արժեքը,

$\overline{K_{i2}}$  - «Ֆինանսներ» բլոկի գուցանիշներին միջին արժեքը,

$\overline{K_{i3}}$  - «Կրթում և զարգացում» բլոկի գուցանիշներին միջին արժեքը,

$\overline{K_{i4}}$  - «Ներքին գործընթացներ» բլոկի գուցանիշներին միջին արժեքը:

Այսպիսով, մեր կողմից կիրառված համալիր հետազոտություններն մեթոդները հնարավորություն են տվել փաստացի գնահատել երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բոլոր հաստատություններին գործունեությունը և հիմնավորել կառավարման նոր մոդելի ներդրման անհրաժեշտությունը:

Մեթոդաբանական օգնություն համար շնորհակալություն ենք հայտնում ԵՊՀ-ի ինֆորմատիկայի և կիրառական մաթեմատիկայի

Ֆակուլտետի ծրագրավորման և ինֆորմացիոն տեխնոլոգիաների ամբիոնի աշխատակիցներին իրենց մասնագիտական խորհրդատվություն համար:

### Գ Լ ՈՒ Խ 3

**3.1. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ օղակի բուժիչ աստտու թյ ու ն ն եր ու մ հավաքագրված բնակչ ու թյ ան առողջ ու թյ ան և առողջ ապահակ ան ռե ս ու լ թ ս ն եր ո վ ապահ ո վ վ ած ու թյ ան ց ու ց ան ի շ ն եր ի համալ իր վ եր լ ու ծ ու թյ ու ն**

Երևան քաղաքը ՀՀ մայրաքաղաքն է 1918թ-ից : Երևանը ՀՀ ամենախոշոր քաղաքն է և 2015թ-ի հոկտեմբերի մեկի դրությամբ բնակչ ու թյ ու նը կազմում է 1 միլիոն 71,5 հազար մարդ, որոնցից 225 900 երեխաներ են՝ կազմելով բնակչ ու թյ ան 21,1%-ը : Երևան քաղաքի բնակչ ու թյ ան դինամիկան ներկայացված է աղյուսակ 4-ում :

#### Աղյ ու ս ա կ 4

Երևան քաղաքի բնակչ ու թյ ան թվաքանակի դինամիկան  
(2012-2014թթ. ժամանակահատվածում, բ.թ.)

	2012			2013			2014		
	Ը ն դ ամ ե ն ը	Ք աղ ա ք	Գ յ ո ւ ղ	Ը ն դ ամ ե ն ը	Ք աղ ա ք	Գ յ ո ւ ղ	Ը ն դ ամ ե ն ը	Ք աղ ա ք	Գ յ ո ւ ղ
Հ Ա Յ Ա Ս Ս Ա Ն	3026.9	1917.5	1109.4	3017.1	1914.1	1103.0	3010.6	1912.9	1097.7
Երևան	1066.3	1066.3	-	1068.3	1068.3	-	1071.5	1071.5	-

Աղյ ու ս ա կ 5-ում ներկայացված է Երևան քաղաքի բնակչ ու թյ ան բնական շարժը բնութագրող հիմնական ց ու ց ան ի շ ն եր ի դինամիկան : Այ ս պե ս , 2014թ-ին ծնելի ու թյ ան ց ու ց ան ի շ ը Երևան քաղաքում աճել է 2012թ-ի համեմատ և կազմել 14,4% : Բացարձակ աճը կազմել է 0,48%, 2013-ի համեմատ ց ու ց ան ի շ ը նվազել է 0,24%-ով : 2012-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում գրանցվել է մահաց ու թյ ան ց ու ց ան ի շ ի աճ (2012թ-ի համեմատ ց ու ց ան ի շ ի աճը կազմել է 0,54%) :

#### Աղյ ու ս ա կ 5

Երևան քաղաքի բնակչ ու թյ ան ծնելի ու թյ ան և մահաց ու թյ ան ց ու ց ան ի շ ն եր ի դինամիկան (2012-2014թթ. ժամանակահատվածում, 1000 բնակչ ի հաշվով)

	Ճնելի ու թյ ու ն	Մահաց ու թյ ու ն
--	------------------	------------------

	2012		2013		2014		2012		2013		2014	
	բ.թ.	P%	բ.թ.	P%	բ.թ.	P%	բ.թ.	P%	բ.թ.	P%	բ.թ.	P%
ՅՅ	43340	13.26	42480	14.05	41790	13.83	27963	8.55	27599	9.13	27196	9.00
Երևան	15704	13.96	15612	14.68	15406	14.44	9185	8.17	9032	8.49	9192	8.61

Երևան քաղաքի բնակչության բնական շարժը բնութագրող հիմնական ցուցանիշներն ունեցել են առանձնահատկություններ (աղ.6):

### Աղյուսակ 6

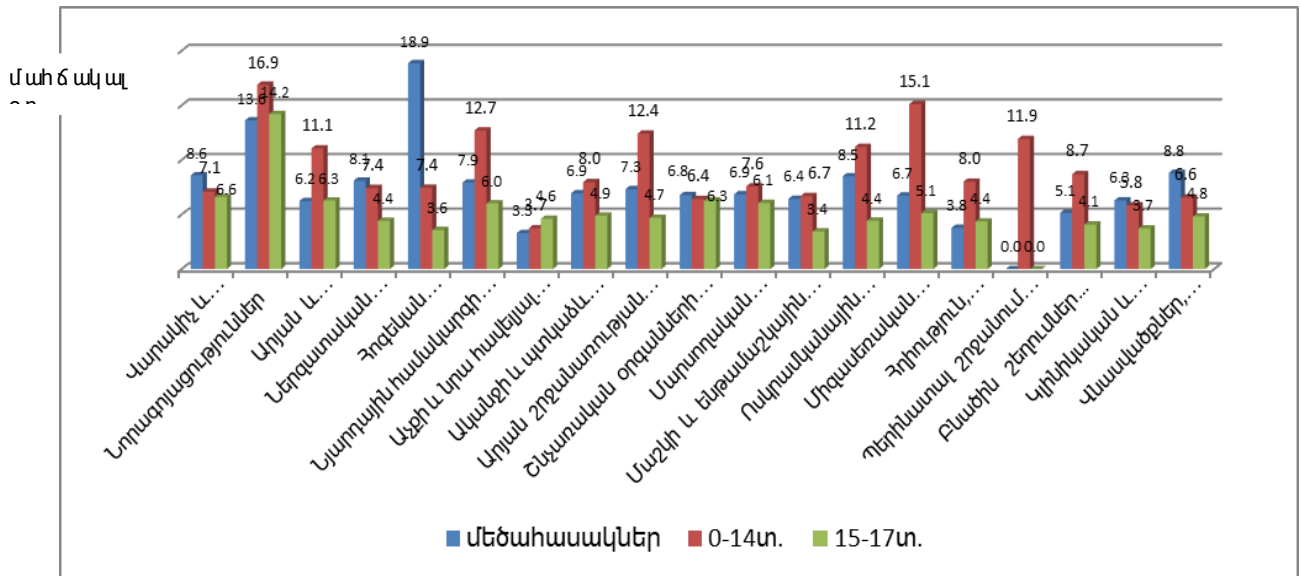
Երևան քաղաքի բնակչության բնական շարժի հիմնական ցուցանիշների առանձնահատկություններն ըստ սեռի (2012-2014թթ. ժամանակահատվածում, բ.թ.)

Երեւան	2012թ.				2013թ.				2014թ.			
	Կենդանի ծնվածների թվաքանակը		Մահացածների թվաքանակը		Կենդանի ծնվածների թվաքանակը		Մահացածների թվաքանակը		Կենդանի ծնվածների թվաքանակը		Մահացածների թվաքանակը	
	Իգ.	Ար.	Իգ.	Ար.	Իգ.	Ար.	Իգ.	Ար.	Իգ.	Ար.	Իգ.	Ար.
	7337	8275	4453	4579	7311	8095	4629	4563	7628	8511	4578	4749

Ըստ պաշտոնական վիճակագրական տվյալների մահացության ցուցանիշն աճման միտում ունի արական սեռի 50-59տ., 60-69տ. և 70տ. ու բարձր տարիքային խմբերում, իսկ իգական սեռի մոտ՝ 60-69տ., 70տ. և բարձր տարիքային խմբերում: Մահացության ցուցանիշն ըստ պատճառների ամենաբարձրն է արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների դասում: Այդ դասից մահացության ցուցանիշը արական սեռի 60-69 տարիքային խմբում 50-59տ. տարիքային խմբի համեմատ աճել է ընդամենը 1.12 անգամ, այն դեպքում երբ իգական սեռի մոտ՝ 8.52 անգամ (հավելած 5,6):

Հիվանդանոցային բուժման միջին տևողությունն ըստ ՅՄԴ 10-ի դասերի տարբեր տարիքային խմբերումներ կայացված է գծապատկեր 3-ում:





**Գծ ապատկ էր 3.3** հիվանդանոցային օղակ ուղեգրվածների բուժման միջին տևողությունը առանձնահատկությունները ստ հիվանդությունների հիմնական դասերի և տարիքային խմբերի (M)

Պարզվել է, որ հիվանդանոցային օղակի ուղեգրվածների բուժման միջին տևողությունը մեծահասակների մոտ ամենաբարձրն է հոգեկան և վարքի խանգարումներ դասի համար, իսկ 0-14 տ. և 15-17 տ. տարիքային խմբերում հիվանդանոցային բուժման միջին տևողությունը բարձր է եղել նորագոյացությունների դասի համար:

Վարակիչ և մակարոնոկոկոսի հիվանդությունների հիվանդացության ցուցանիշը բարձր է եղել 10-14 տարիքային խմբում, իսկ նորագոյացություններում հիվանդացությունը՝ 18 տ. և բարձր տարիքային խմբում: Արյան և արյունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ, առանձին խանգարումներ՝ իմունային մեխանիզմի ներգրավմամբ հիվանդացության ցուցանիշը բարձր է եղել 10-14 տարիքային խմբում: Հոգեկան խանգարումներ, վարքի խանգարումներ հիվանդացության ցուցանիշը եղել է բարձր 0-14 տ. և 18 տ. և բարձր տարիքային խմբերի համար: Արձանագրվել է մարսոնոզի օրգանների հիվանդությունների ց

հիվանդացու թյան ցուցանիշի բարձր մակարդակ բուժորոտարի քային խմբերում (հավելված 7):

Ընդհանուր հիվանդացու թյան և կյանքում առաջին անգամ արձանագրված հիվանդացու թյան վերլուծության արդյունքներից պարզվել է, որ ջափահաս բնակչության շրջանում ընդհանուր հիվանդացու թյան կառուցվածքում առաջին տեղում արյան շրջանառության համակարգի (100000 բնակչի հաշվով 10582,2), երկրորդում շնչառական օրգանների (100000 բնակչի հաշվով 6342,0), երրորդում՝ ներզատական համակարգի հիվանդությունները, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներն են (100000 բնակչի հաշվով 4852,3): Չափահաս բնակչության շրջանում կյանքում առաջին անգամ արձանագրված հիվանդացու թյան կառուցվածքում առաջին տեղում շնչառական օրգանների հիվանդություններն են (100000 բնակչի հաշվով 4900,9), երկրորդում՝ վարակիչ և մակաբուծական հիվանդությունները (100000 բնակչի հաշվով 2801,5), իսկ երրորդում՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները (100000 բնակչի հաշվով 2257,8)(աղ. 7):



**Աղյուսակ 7**

Երևանի քաղաքի չափահաս բնակչության բուհի վանդացության և հիվանդությունների տարածվածության ցուցանիշների առանձնահատկությունները քստհիվանդությունների հիմնական դասերի (100000 բնակչի հաշվով)

Հիվանդություններ	ՀՄԴ 10	18 տարեկան և բարձր			
		Հիվանդացություն			
		Ընդհանուր հիվանդացություն		Կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված	
		Բ.թ.	Յ.թ.	Բ.թ.	Յ.թ.
Վարակիչ և մակաբուծական հիվանդություններ	A00-B99	26402	3136,4	23583	2801,5
Նորագոյացություններ	C00-D48	23001	2732,4	3959	470,3
Արյան և արյունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ, առանձին խանգարումներ՝ հիմուն մեխանիզմի ներգրավմամբ	D50-D89	3526	418,9	958	113,8
Ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	E00-E90	40847	4852,3	5075	602,9
Չաքարային դիաբետիս սուղ ինակախյալ	E10	5021	596,5	345	41,0
Չաքարային դիաբետիս սուղ ինանկախ	E11	26427	3139,3	2199	261,2
Յոգեկան խանգարումներ	F00-F99	18146	2155,6	2834	336,7
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	G00-G99	12999	1544,2	5277	626,9
Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ	H00-H59	39184	4654,8	11885	1411,9
Ականջի և պտկածեղունի հիվանդություններ	H60-H95	15389	1828,1	9617	1142,4
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	I00-I99	89081	10582,2	19006	2257,8
այդ թվում՝ արյան ճնշման բարձրացումով բնորոշվող հիվանդություններ	I10-I13	42693	5071,6	7491	889,9
սրտի իշեմիկ հիվանդություն, քրոնիկական և այլ ձևեր	I20-I25	31939	3794,1	6413	761,8
այդ թվում՝ սրտամկանի սուր ինֆարկտ	I21	728	86,5	637	75,7

ն Լ ղ Ե ղ ի անոթային հիվանդություններ	I60-I69	5343	634,7	1553	184.5
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	J00-J99	53387	6342,0	41256	4900,9
Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	K00-K93	20284	2409,6	5832	692,8
այդ թվում՝ ստամոքսի խոցային հիվանդություն	K25	1209	143.6	304	36.1
12-մատնյա աղիքի խոցային հիվանդություն	K26	1850	219.8	302	35.9

Այլ ուսակ 7-ի շարունակությունը

Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	L00-L99	15660	1860,3	12039	1430,1
Մկանակմախքային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	M00-M99	16723	1986,6	5793	688,2
Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	N00-N99	31317	3720,2	17067	2027,4
Յղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդաբերական շրջան	000-075.081-099	12424	4634,1	8288	3091,4
Բնածին շեղումներ (զարգացման արատներ), դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	Q00-Q99	742	88,1	440	52,3
Վիճակական և լաբորատոր հետազոտությունների ընթացքում բացահայտված և այլ խորագրերով չդասակարգված ախտանիշներ, նշաններ և շեղումներ նորմայից	R00-R99	1091	129,6	570	67,7
Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառներին երգործություն ունեցող շայլ հետևանքներ	S00-T98	14340	1703,5	14305	1699,3
<b>ԸՆԴԱՄԵՆԸ</b>	<b>A00-T98</b>	<b>434543</b>	<b>51620,7</b>	<b>187784</b>	<b>22307,4</b>

**Աղյուսակ 8**

Երևանի քաղաքի բնակչության մահվան պատճառներին կառուցվածքն ըստ հիվանդության հիմնական դասերի և սեռի (2013-2015թթ.)

ՀՄԴ 10	Արական						Իգական					
	2013		2014		2015		2013		2014		2015	
	բ.թ.	%	բ.թ.	%	բ.թ.	%	բ.թ.	%	բ.թ.	%	բ.թ.	%
Վարակիչ և մակաբուծական հիվանդություններ A00-B99	37	0.8	100	2.1	110	2.3	24	0.5	34	0.7	37	0.8
Նորագոյացություններ C00-D48	1051	23.4	1200	25.3	1246	26.1	1116	24.1	1002	21.9	1051	23.4
Արյան և արյունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ D50-D89	2	0	2	0	5	0.1	3	0.1	6	0.1	2	0
Ներզատական համակարգի հիվանդություններ E00-E90	426	9.5	235	4.9	237	5	394	8.5	393	8.6	426	9.5
Հոգեկան և վարքի խանգարումներ F00-F99	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ G00-G99	18	0.4	9	0.2	18	0.4	10	0.2	17	0.4	18	0.4
Աչքի և նրահավելյալ ապարատի հիվանդություններ H00-H59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ականջի և պտկածնելունի հիվանդություններ H60-H95	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ I00-I99	1755	39	1839	38.7	1752	36.7	1868	40.4	1864	40.7	1755	39
Ծնչառական օրգանների հիվանդություններ J00-J99	426	9.5	379	8	425	8.9	344	7.4	391	8.5	426	9.5
Մարսողական օրգանների հիվանդություններ K00-K93	280	6.2	321	6.8	299	6.3	292	6.3	296	6.5	280	6.2
Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ L00-L99	3	0.1	6	0.1	6	0.1	1	0	5	0.1	3	0.1
Մկանակմախքային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ M00-M99	16	0.4	7	0.1	11	0.2	22	0.5	11	0.2	16	0.4
Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ N00-N99	262	5.8	254	5.3	244	5.1	312	6.7	302	6.6	262	5.8
Պերիտոնալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ P00-P96	22	0.5	23	0.5	16	0.3	24	0.5	28	0.6	22	0.5
Բնածին զարգացման արատներ, դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ Q00-Q99	37	0.8	61	1.3	56	1.2	65	1.4	65	1.4	37	0.8

Ախտանիշեր, նշաններ և կլինիկական ու լաբորատոր հետազոտություններով հայտնաբերված ախտաբանական շեղումներ՝ այլ դասերում չդասակարգված R00-R99	19	0.4	51	1.1	40	0.8	31	0.7	26	0.6	19	0.4
Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառներին երգործության որոշ այլ հետևանքներ S00-T98	137	3	262	5.5	304	6.4	121	2.6	138	3	137	3
Ընդամենը	4495	100	4749	100	4769	100	4629	100	4578	100	4495	100



Ըստ պաշտոնական վիճակագրական տվյալների 2013-2015թթ. ժամանակահատվածում Երևան քաղաքի բնակչության ընդհանուր մահացության կառուցվածքում հիմնական սեռի մոտառաջին տեղում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններն են, երկրորդում՝ նորագոյացությունները, երրորդում՝ ներզատական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումները և շնչառական օրգանների հիվանդությունները (աղ.8):

Ընդհանուր հիվանդացության մակարդակի աճի միտումները պատճառ են դարձել ԱԱՊ օղակի հաճախումների 25% աճի: Ընդ որում, անխարգելիչ հաճախումների տեսակարար կշիռը ընդհանուր հաճախումների մեջ կազմել է 19,7%: Պետական նպատակային ծրագրի (ՊՆԾ) շրջանակներում լրացուցիչ դիսպանսեր հսկողության անհրաժեշտություն ունեցողների 72%-ը նախկինում ունեցել է որևէ քրոնիկ հիվանդություն, 28% դեպքերում հիվանդությունը հայտնաբերվել է առաջին անգամ:

Հաճախ հայտնաբերված հիվանդությունների կառուցվածքում ներզատական համակարգի հիվանդություններին բաժին է ըկել 31%, երկրորդ տեղում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններն են (20%), իսկ երրորդում՝ միզասեռական համակարգի հիվանդությունները (12%): Դիսպանսեր հսկողության վերցվածների գերակշիռ մասն ունեցել է առողջական III խումբ:

Մեր կողմից վերլուծության է ենթարկվել նաև շտապ օգնության կանչերը: Պարզվել է, որ շտապ օգնության կանչերի 4,1%-ը կարող էր սպասարկվել ԱԱՊ օղակում: Կանչերի 2,6%-ը եղել են մասնագիտացված բրիգադի կանչ:

Շտապ օգնության կանչերի 25,6%-ն ընդունվել է անմիջապես պացիենտից, 21,1%-ը՝ հարազատներից և հարևաններից, իսկ 21,3%-ը՝ առաջնային օղակի բժիշկների կողմից:

Շտապ օգնության կանչերի ելքի արդյունքների վերլուծությունից պարզվել է, որ 66,3% դեպքում հիվանդը չի հոսպիտալացվել, 6,3% դեպքերում՝ հետազոտության նպատակով ուղեգրվել է ԱԱՊ օղակ, 0,6% կանչերն ունեցել են մասնագիտացված բրիգադի օգնության անհրաժեշտություն: Կեղծ կանչերի տեսակարար կշիռը կազմել է 0,8%(աղ.9):

**Աղյուսակ 9**

Շտապան հետաձգելի բուժօգնության կանչերի  
 ելքերի կառուցվածքը և հաճախականությունը (% , 1000  
 բնակչի հաշվով)

Կանչերի ելքի արդյունքները	Անհետաձգելի բուժօգնության կանչերի թիվը	
	%	1000 կգ ազդած բնակչության թվից
1. Պացիենտը չի հոսպիտալացվել	66,3	72,4‰
2. Պացիենտը հոսպիտալացվել է	24,9	27,1‰
3. Պացիենտը հետազոտության նպատակով նույն գրվել է	6,3	6,8‰
ա) պոլիկլինիկա	4,5	4,9‰
բ) հիվանդանոց	4,8	2,7‰
4. Անհետաձգելի բուժօգնության մասնագիտացված բրիգադի կանչի անհրաժեշտությունը	0,6	0,6‰
ա) սրտաբանական	0,2	0,2‰
բ) վերականգնման	0,3	0,3‰
գ) նյարդաբանական	0,1	0,1‰
5. Կանչը դեղել է սպասարկված շտապ օգնության բրիգադի կողմից	1,1	1,2‰
6. Կեղծ կանչեր	0,8	0,9‰
Ընդամենը	100,0	109,0‰

Անհետաձգելի վիճակների ցուցումով  
 հոսպիտալիզացիայի կարիք են ունեցել  
 մարսողական համակարգի (31%), արյան  
 շրջանառության (30,3%), միզասեռական (16,8%) և  
 շնչառական օրգանների (14,3%) հիվանդությունների  
 կապակցությամբ: Անհրաժեշտ է նշել, որ 4,4%-ը  
 հոսպիտալացվել է վնասվածքների կապակցությամբ:  
 Պացիենտների 33,5%-ը հրաժարվել է հիվանդանոցային  
 նույն գրումից: Պարզվել է, որ հրաժարվելու 48,5%-ը  
 բաժին է ընկել 60 և բարձր տարիքային խմբին:  
 Մարսողական օրգանների հիվանդությունների  
 կապակցությամբ հոսպիտալացումից հրաժարվելու  
 պատճառների կառուցվածքում առաջին տեղում  
 լեղաքարային հիվանդություններն (29,5%) են,  
 երկրորդում՝ 12-մատնյա աղու խոցը (18,0%),  
 երրորդում՝ քրոնիկ պանկրեատիտը (14,7%):  
 Միզասեռական օրգանների հիվանդությունների  
 կապակցությամբ 50,1% դեպքերում հոսպիտալացումից

հրաժարվելը պայմանավորված է եղել երիկամային խիթի, իսկ 33,1%` քրոնիկ պիելոնեֆրիտի սրացման հետ: Շնչառական օրգանների հիվանդությունների կապակցությունը պացիենտների հոսպիտալ իզացիայից հրաժարվելը կապված է եղել վերին շնչական ուղիների սուր ռեսպիրատոր հիվանդությունների, սուր քրոնիտի և թոքաբորբի հետ: Հոսպիտալացումից հրաժարվածների 70,3%-ն ունեցել է որևէ քրոնիկ հիվանդություն: Անհետաձգելի բուժօգնություն կանչելու 80%-ը եղել է 8.00-20.00 ժամանակահատվածում:

Այսպիսով, ԱԱՊ օղակում ստացիոնար բուժօգնությունը փոխարինող ժամանակակից տեխնոլոգիաների ներդրումը կարող է բերել պացիենտի հոսպիտալացման և շտապ օգնություն կանչելու նվազեցման:

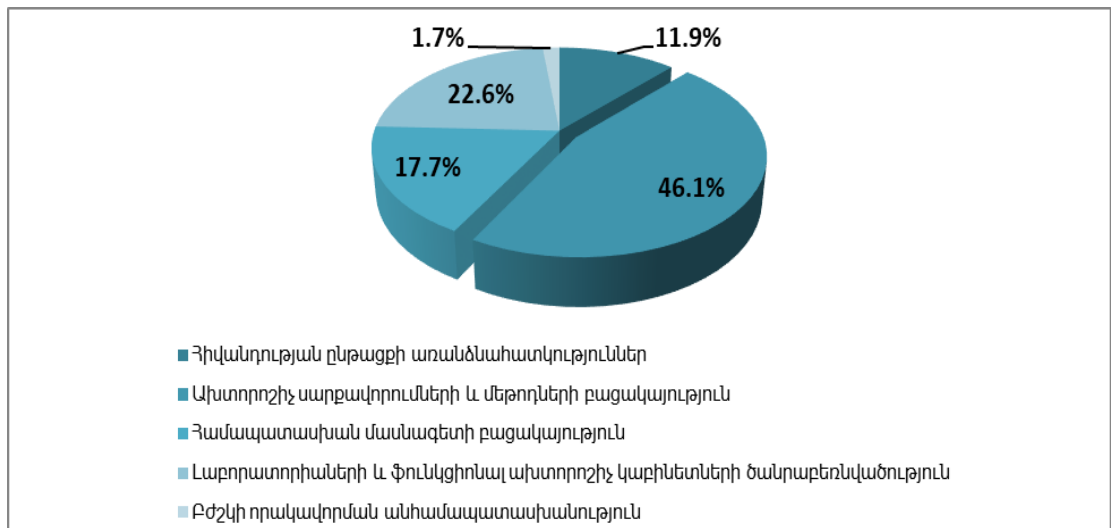
**3.2. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայություն ԱԱՊ օղակի բուժօգնություններում բուժօգնություն որակի փորձագիտական գնահատում**

Քաղաքապետարանի ենթակայություն ԱԱՊ օղակի բուժօգնություններում ԲՕՈ-ի գնահատման համար մեր կողմից կիրառվել է փորձագիտական գնահատման մեթոդը:

Ըստ հետազոտության տվյալների 45.4% դեպքերում փորձագետները ամբողջատոր դեպքի հետազոտությունների ընդգրկվածություն ծավալը գնահատել են ոչ ամբողջական: Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայություն ԱԱՊ օղակի բուժօգնություններում դիմած պացիենտների հետազոտությունների որակի փորձագիտական գնահատման արդյունքները փաստում են, որ հետազոտությունը կատարվել է ժամանակին 83,5% դեպքերում, ոչ ժամանակին` 16,5% դեպքերում: Փորձագետները ամբողջատոր քարտի վարման որակը

գնահատել են նաև չափորոշիչով հաստատված ծավալի: պարզվել է, որ կատարողականը ամբողջ ծավալով կատարվել է 54,6% դեպքերում, իսկ ոչ լրիվ ծավալով դեպքերը կազմել են 45,4%:

Ոչ լրիվ հետազոտության պատճառների կառուցվածքի վերլուծության արդյունքում պարզվել է, որ դեպքերի 46.0%-ը պայմանավորված է եղել ախտորոշիչ սարքավորումների և մեթոդների բացակայությամբ, 22.7%-ը՝ լաբորատորիաների և ֆունկցիոնալ ախտորոշիչ կաբինետների ծանրաբեռնվածությամբ, 17.6%-ը՝ համապատասխան մասնագետի բացակայությամբ (գծ. 4):



**Գծ ապատկեր 4.** Բաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության և ներդրումի մասնաճյուղի ենտներին ոչ լրիվ հետազոտության պատճառների կառուցվածքը (%)

Ըստ հետազոտության արդյունքների 94.9% դեպքերում պացիենտի ամբողջ ախտորոշարտում եղել է նշված պացիենտի հիմնական հիվանդությանը, իսկ 51,9% դեպքերում՝ նաև ուղեկցող հիվանդությանը: Ըստ հետազոտության տվյալների 77.4% դեպքերում պոլիկլինիկայի տեղամասային թերապիայի կամ ընտանեկան բժշկի հիմնական հիվանդության ախտորոշումը համընկել է փորձագետների ախտորոշման հետ (աղ. 10): Հետազոտության մեջ

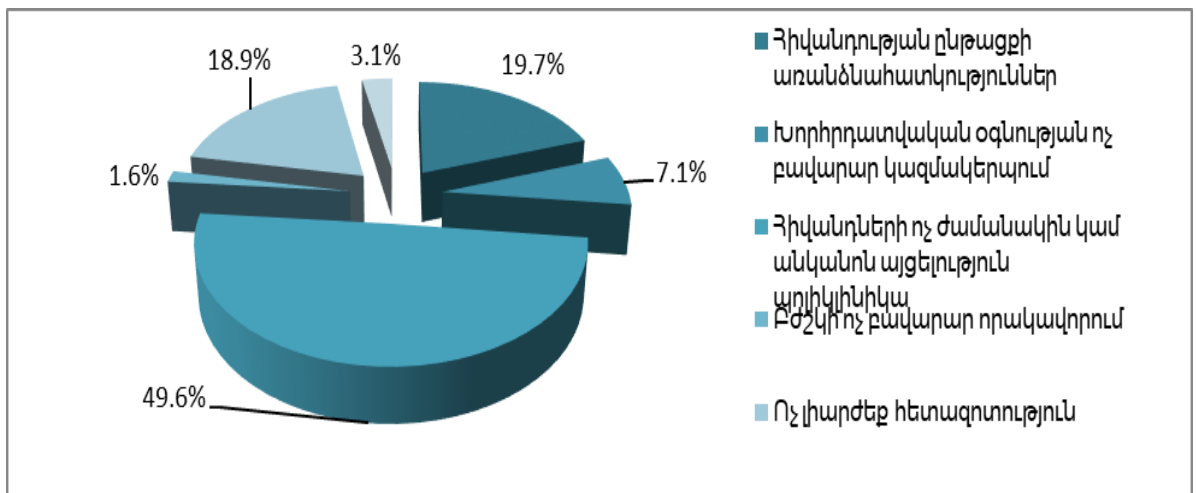
Ներառված 412 պացիենտից ուղեկցող հիվանդություն ունեցել են 214-ը, որը կազմել է 51,9%: Ըստ փորձագիտական գնահատման համընկած ուղեկցող հիվանդություններ արձանագրվել է 165-ի մոտ, որը կազմել է ուղեկցող հիվանդություն ունեցողների 77.1%-ը :

**Աղյուսակ 10**

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ օդակի բուժհաստատություններ դիմած պացիենտների հիվանդություններին ախտորոշման որակի համընկման գնահատում (n=412)

	Ընդամենը	Հիմնական հիվանդությունը նշված է		Հիմնական հիվանդությունը նշված չէ	
	n	n	%	n	%
Պոլիկլինիկայի ախտորոշում	412	391	94.9	21	5.1
Փորձագետի ախտորոշման համընկում	412	319	77.4	-	-

Փորձագետները փորձաքննության են ենթարկել նաև ոչ ժամանակին և սխալ ախտորոշման պատճառների կառուցվածքը (գծ. 5): Պարզվել է, որ 49.6% դեպքերում այն պայմանավորված է եղել պացիենտի ոչ ժամանակին կամ անկանոն այցելություն, 19.7%-ը՝ հիվանդության ընթացքի առանձնահատկությունով, իսկ 18.9%-ը՝ ոչ լիարժեք հետազոտություն:

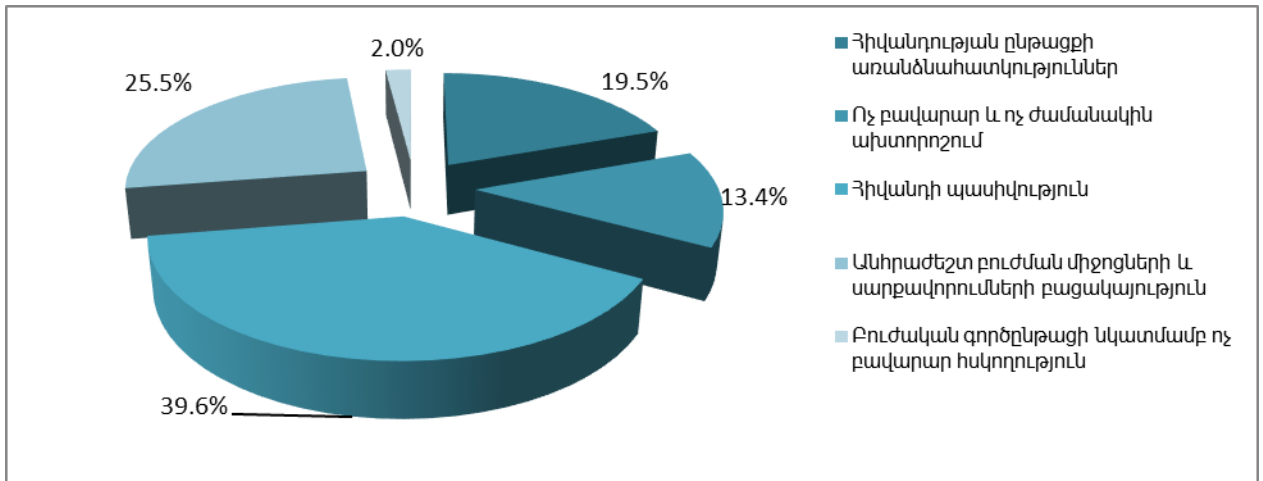


**Գծապատկեր 5.** Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ օդակի

բ ու ժ հ ա ս տ ա տ ու թ յ ու ն ն եր դ ի մ ա ծ պ ա գ ի ե ն տ ն եր ի ո չ  
 ժ ա մ ա ն ա կ ի ն և ս խ ալ ա խ տ ո Ր ո շ մ ա ն պ ա տ ճ առ ն եր ի  
 կ առ ու ց վ ա ծ ք ը (%)

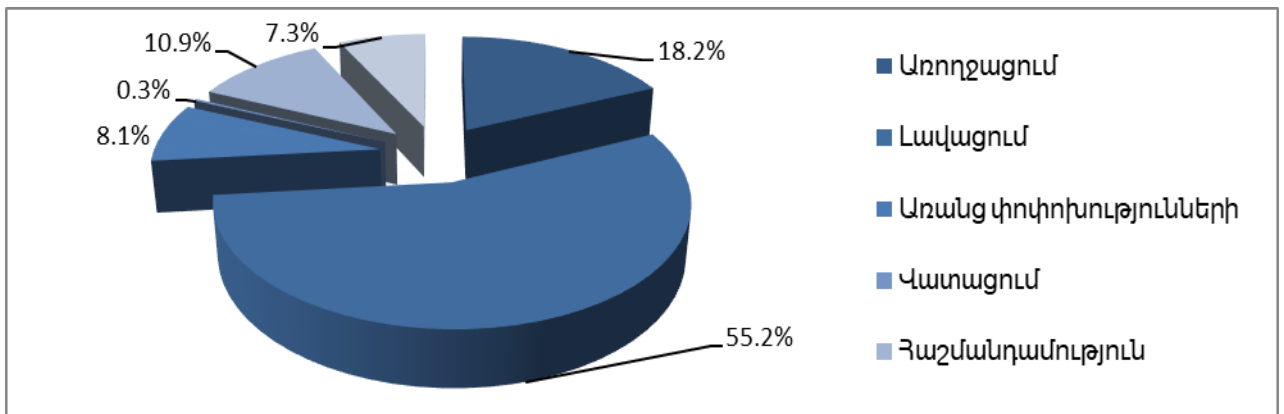
Գ ո Ր ծ ը ն թ ա գ ա յ ի ն                      ո Ր ա կ ն                      ա պ ա հ ո վ ո ղ  
 ց ու ց ա ն ի շ ն եր ն ու ղ ղ ա կ ի ո Ր ե ն ա գ դ ու մ ե ն ո չ մ ի ա յ ն  
 ը ն դ հ ա ն ու Ր Բ Օ Ո -ի վ Ր ա, ա յ Լ ն ա ն Բ Օ Ո -ի ա Ր դ յ ու ն ք ա յ ի ն  
 ք ա ղ ա դ Ր ի չ ի վ Ր ա: Փ ո Ր ճ ա գ ե տ ն եր ի կ ո ղ մ ի ց գ ն ա հ ա տ վ ե Լ  
 Ե ո չ Լ ի ա Ր ժ ե ք բ ու ժ մ ա ն պ ա տ ճ առ ն եր ը: Ը ս տ հ ե տ ա գ ո -  
 տ ու թ յ ա ն տ վ յ ա Լ ն եր ի 30.8% դ ե պ ք ե Ր ու մ բ ու ժ ու մ ը  
 փ ո Ր ճ ա գ ե տ ն եր ը գ ն ա հ ա տ ե Լ Ե ն ո Ր պ ե ս ո չ ժ ա մ ա ն ա կ ի ն  
 ց ու ց ա ք ե Ր վ ա ծ, ի ս կ 36.2%՝ ո չ Լ ի ա Ր ժ ե ք: Ը ն դ ո Ր ու մ ո չ  
 Լ ի ա Ր ժ ե ք բ ու ժ մ ա ն պ ա տ ճ առ ն եր ի կ առ ու ց վ ա ծ ք ու մ  
 ա մ ե ն ա մ ե ծ տ ե ս ա կ ա Ր ա Ր կ շ ի ո ը ը ք ա ժ ի ն Ե ը ն կ ե Լ  
 պ ա գ ի ե ն տ ն եր ի դ ի մ ե Լ ի ու թ յ ա ն պ ա ս ի վ ու թ յ ա ն ը (գ ծ .6):

Բ Օ Ո -ի ա Ր դ յ ու ն ք ա յ ի ն ք ա ղ ա դ Ր ի չ ի վ Ր ա ա գ դ ու մ Ե  
 ն ա ն բ ու ժ մ ա ն ժ ա մ կ ե տ ն եր ը և պ ա գ ի ե ն տ ի ն ի Ր  
 հ ի վ ա ն դ ու թ յ ա ն վ ե Ր ա ք ե Ր յ ա Լ տ ե ղ ե կ ա տ վ ու թ յ ա ն և  
 խ ո Ր հ Ր դ ա տ վ ու թ յ ա ն պ ա տ շ ա ճ մ ա կ ա Ր դ ա կ ի  
 ա պ ա հ ո վ ու մ ը: Ա յ ս պ ե ս, փ ո Ր ճ ա գ ե տ ն եր ը 6.8%  
 դ ե պ ք ե Ր ու մ բ ու ժ մ ա ն գ ո Ր ծ ը ն թ ա գ ը գ ն ա հ ա տ ե Լ Ե ն  
 ձ գ ձ գ վ ա ծ, 6.0% դ ե պ ք ե Ր ու մ պ ա գ ի ե ն տ ն ի Ր  
 հ ի վ ա ն դ ու թ յ ա ն վ ե Ր ա ք ե Ր յ ա Լ չ ի ս տ ա գ ե Լ ա ն հ Ր ա ժ ե շ տ  
 տ ե ղ ե կ ա տ վ ու թ յ ու ն և խ ո Ր հ Ր դ ա տ վ ու թ յ ու ն, ի ս կ 48.1%  
 դ ե պ ք ե Ր ու մ ու ղ ե գ Ր վ ե Լ Ե խ ո Ր հ Ր դ ա տ վ ու թ յ ա ն ն ե ղ  
 մ ա ս ն ա գ ե տ ի մ ո տ: Ը ս տ փ ո Ր ճ ա գ ե տ ն եր ի  
 Ե գ Ր ա կ ա ց ու թ յ ա ն 82.8% դ ե պ ք ե Ր ու մ ն ե ղ  
 մ ա ս ն ա գ ե տ ն եր ի ն ու ղ ե գ Ր ու մ ն եր ը Ե ղ ե Լ Ե ն  
 հ ի մ ն ա վ ո Ր վ ա ծ:



**Գծ ապատկեր 6.** Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊՕՂակի բուժօգնությունը ընդհանուր դիմած պացիենտների ոչ լիարժեք բուժման պատճառների կառուցվածքը (%)

Փորձագետների կողմից վերլուծության ենթարկվել և գնահատվել նաև բուժման ելքերը: Պարզվել է, որ 8.1% դեպքերում ամբողջատոր բուժման ելքը եղել է առանց փոփոխության, 10.9% դեպքերում այն ավարտվել է հաշմանդամության փաստի արձանագրմամբ, իսկ 7.3% դեպքերում պացիենտը ուղեգրվել է հիվանդանոցային բուժման (գծ. 7):

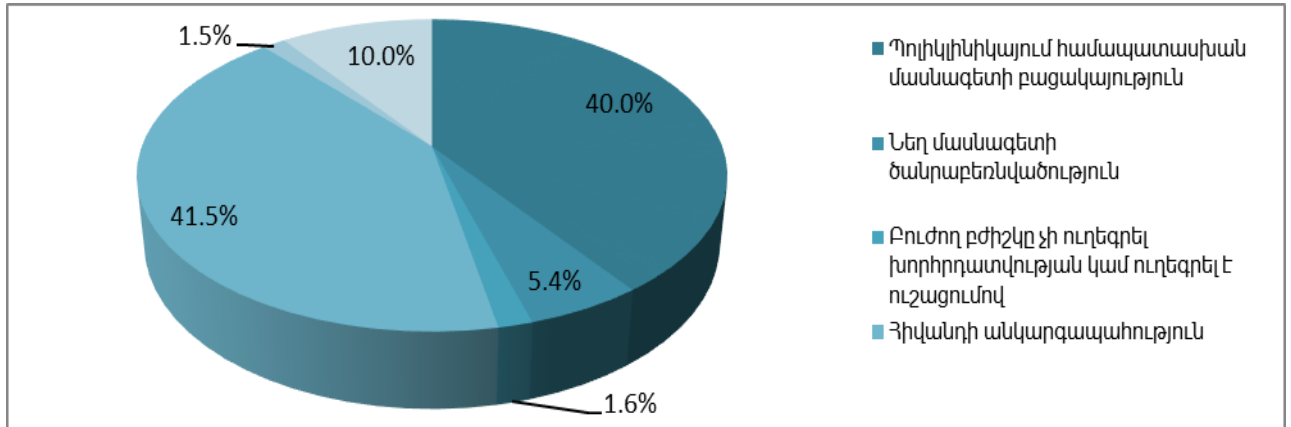


**Գծ ապատկեր 7.** Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊՕՂակի բուժօգնությունը ընդհանուր դիմած պացիենտների բուժման ելքերի փորձագիտական գնահատումը (%)

Փորձագետների կողմից վերլուծության ենթարկվել նաև ոչ ժամանակին կամ չնշանակված խորհրդատվության պատճառները: Պարզվել է, որ 40.0%



դեպքերում այն պայմանավորված է եղել պոլիկլինիկայում համապատասխան մասնագետի բացակայությամբ (գծ.8):



**Գծ ապատկեր 8. Երևանի քաղաքապետարանի**

ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնություններում ընդհանուր պացիենտների թիվը 11.8% դեպքերում ժամանակավոր խորհրդատվության պատճառների կառուցվածքն ուստի ործագիտական գնահատման (%)

ԲՕՈ-ի արդյունքային քաղաքի չը գնահատող կարևոր ցուցանիշ է ժամանակավոր անաշխատունակության և ռեզիդենցիայի հիվանդացության վերլուծությունը ցուցանիշը: Պարզվել է, որ 11.8% դեպքերում ժամանակավոր անաշխատունակության դեպքը եղել է չհիմնավորված, իսկ չհիմնավորված անաշխատունակության տևողությունը գրանցվել է 76.3% դեպքերում:

Փորձագետների կողմից գնահատվել է նաև պացիենտների ամբուլատոր քարտի վարման որակը: Պարզվել է, որ 3% դեպքերում առկա է ամբուլատոր քարտի վարման տարբեր բնույթի դեֆեկտներ:

Այսպիսով, ԲՕՈ-ի փորձագիտական գնահատման արդյունքները փաստում են, որ քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնություններում ԲՕՈ-ի ապահովման համար անհրաժեշտ է ներդնել համակարգի կառավարման բազմաստիճան մոդել:

Մեր կողմից վերլուծության է ենթարկվել նաև քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներտարբեր նոզոլոգիաների կապակցությամբ դիմած պացիենտների հետազոտության տևողությունը (աղ. 11):

**Աղյուսակ 11**

Քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊօղակի  
բուժհաստատության ներհիմնական  
նոգոլոգիաների կապակցությամբ դիմած  
պացիտներին բաշխումն ըստ հետազոտության  
ժամկետներին (%)

Նոգոլոգիական ձև	Հետազոտության տևողության օրեր							
	մինչև 3օր		4-5օր		6-7օր		8և ավելի օր	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Սրտի քրոնիկ ռևմատիկ հիվանդություն (I05-I08)	18	52,3	10	28,0	5	14,1	2	5,6
Հիվանդություններ բնութագրված արյան ճնշման բարձրացմամբ (I10-I15)	21	52,8	11	27,4	6	15,0	2	4,8
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն (I20-I25)	28	51,0	15	27,9	9	16,2	3	4,9
Գրիպաթոքաբորբ (J10-J18)	30	53,0	15	26,7	9	15,3	3	5,0
Ստորին շնչական ուղիների քրոնիկ հիվանդություններ (J20-J22, J40-J47) (բրոնխիտներ)	22	49,8	13	28,8	7	14,7	3	6,7
Բրոնխիալ ասթմա (J45)	13	50,3	7	26,9	4	16,2	2	6,6
Ստամոքսի 12-մատնյա աղու խոց (K25, K26)	24	48,6	14	27,8	9	18,1	3	5,5
Ստամոքսի 12-մատնյա աղիքի բորբոքում (K29) (գաստրիտ, դուոդենիտ)	23	53,3	11	26,2	7	15,3	2	5,2
Լեղապարկաբորբ (K81) (խոլեցիտիտ)	16	52,4	8	25,9	5	15,4	2	6,3
Երիկամների խոլոկոլակամիջանկյալային հիվանդություններ (N10-N16) (նեֆրիտներ)	19	54,0	9	26,2	5	14,6	2	5,2
Ընդամենը	213	51,7	112	27,2	64	15,5	23	5,6

Պարզվել է, որ 51,7% դեպքերում պացիտների հետազոտությունը տևել է մինչև 3օր, սակայն 8օր և ավելի տևողության դեպքերը կազմել են 5,6%:

Պացիտներին չհիմնավորված և ոչ ամբողջական հետազոտությունները բերել են բուժման միջին տևողության երկարացման: Այս փաստը վկայում է, որ ԱԱՊօղակում առկա է մատուցած ծառայությունների որակի և արդյունավետության ցածր մակարդակ:

Ըստ փորձագետների տվյալների՝ 34,6% դեպքերում պացիենտների հետազոտությունները կատարվել են ոչ ամբողջական ծավալով, իսկ 11,3% դեպքերում հիվանդության ախտորոշումն է դել է չհիմնավորված (աղ. 12):

**Աղյուսակ 12**

Քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ օղակի բուժօգնություններում թերապևտիկ պրոֆիլի հիմնական նոզոլոգիաների կապակցությամբ պացիենտներին ախտորոշման և հետազոտություններին ամբողջականությամբ փորձագիտական գնահատում

Հիմնական հիվանդությունները ստՅՄԴ 10-ի	n	Հետազոտության ամբողջականություն				Ախտորոշման հիմնավորում			
		Լրիվ		Թերի		հիմնավորված է		հիմնավորված չէ	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Սրտի քրոնիկ ռևմատիկ հիվանդություններ (I05-I08)	35	20	56,8	15	43,2	29	82,6	6	17,4
Հիվանդություններ բնութագրված արյան ճնշման բարձրացմամբ (I10-I15)	39	25	64,9	14	35,1	33	84	6	16
Սրտի իշեմիկ հիվանդություններ (I20-I25)	55	39	71,3	16	28,7	47	86	8	14
Գրիպա թոքաբորբ (J10-J18)	56	36	64	20	36	51	90,8	5	9,2
Ստորին շնչական ուղիների քրոնիկ հիվանդություններ (J20-J22, J40-J47) (բրոնխիտներ)	45	32	70,9	13	29,1	42	93,3	3	6,7
Բրոնխիալ ասթմա (J45)	25	17	69,7	8	30,3	22	87	3	13
Ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոց (K25, K26)	49	32	64,8	17	35,2	44	89,1	5	10,9
Ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի բորբոքում (K29) (գաստրիտ, դուոդենիտ)	43	27	62,6	16	37,4	40	92,6	3	7,4
Լեղապարկաբորբ	3	17	55,5	13	44,5	29	95,8	1	4,2

(K81) (Խոլ Ե ց ի ս տի տ)	0								
Երիկամների խոլոքակամիջան կյալային հիվանդություն ներ (N10-N16) (և ֆրիտներ)	3 5	26	73,3	9	26,7	30	86	5	14
Ընդամենը	4 1 2	271	65,4	141	34,6	366	88,7	46	11,3

Պարզվել է, որ թերի հետազոտությունների պատճառների 55,3%-ը պայմանավորված է եղել պոլիկլինիկայում ախտորոշիչ սարքավորումների բացակայությամբ, 18,5%-ը՝ բուժող բժշկի անբավարարող ակնհայտությամբ, 14,6%-ը՝ համապատասխան մասնագետի բացակայությամբ և ընդամենը 11,6%-ը՝ հիվանդության ընթացքի առանձնահատկություններով:

ԲՕՈ-ի գործընթացային բաղադրիչի արդյունավետությունն ապահովող կարևոր ցուցանիշ է պացիենտների ժամանակին և ճիշտ ախտորոշումը: Այսպես, ախտորոշման որակի փորձագիտական գնահատման արդյունքում պարզվել է, որ 11,3% դեպքերում առկա է բուժող բժշկի և փորձագետի ախտորոշումների անհամապատասխանություն: Ցուցանիշը հատկապես բարձր է եղել սրտի քրոնիկ ռեմատիկ հիվանդության (17,4%), արյան ճնշման բարձրացման բնութագրված հիվանդությունների (16%), սրտի իշեմիկ հիվանդության (14%) և բրոնխիալ ասթմայի դեպքում (13%):

Ըստ փորձագետների գնահատման, ախտորոշման սխալների 39,4%-ը պայմանավորված է եղել թերի հետազոտություններով, 23,9%-ը՝ բուժհաստատության գլխավոր բժշկի տեղակալի կողմից ԲՕՈ-ի մշտադիտարկման բացակայությամբ, 20,8%-ը՝ բժիշկների անբավարարող ակնհայտությամբ, իսկ

15,9% դեպքերում բացակայել է նեղ մասնագետի խորհրդատվությունը:

ԲՕՈ-ի գնահատման կարևոր ցուցանիշներից է բուժման ժամանակին և ամբողջականության ապահովումը: Պարզվել է, որ պացիենտների 17,0%-ը բուժումը սկսել է ոչ ժամանակին, հատկապես ցուցանիշը բարձր է եղել ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցի (23,1%), սրտի իշեմիկ հիվանդության (19,3%) և սրտի քրոնիկ ռևմատիկ հիվանդության դեպքում (17,8%) (աղ. 13):

Բուժման որակի փորձագիտական գնահատման արդյունքները փաստել են, որ 19,1% դեպքերում բուժումը եղել է թերի (հաշվի չի առնվել հիվանդության ծանրության ստիճանը, հիվանդի ընդհանուր վիճակը, ընտրվել է ոչ համապատասխան դեղամիջոց, բուժումը եղել է անավարտ, նշված չի եղել դեղամիջոցի փոփոխման անհրաժեշտությունը և ամսաթիվը): Հատկապես ցուցանիշը բարձր է եղել արյան ճնշման բարձրացմամբ բնութագրված հիվանդությունների (33,1%), բրոնխիալ ասթմայի (26,2%), սրտի քրոնիկ ռևմատիկ հիվանդության (25,1%), նեֆրիտների (24,4%) դեպքում:

**Աղյուսակ 13**

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ  
 օղակի բուժիաստատու թյուններում թերապևտիկ  
 պրոֆիլիպացիենտներին բուժման որակի  
 գնահատումն ըստ բուժման ամբողջական ության և  
 ժամանակի նշանակվելու չափանիշի

Հիմնական հիվանդությունները երըստՅՄԴ 10-ի	n	Բուժումը նշանակված է				Բուժման ամբողջական ություն			
		Ժամանակին		նշ Ժամանակին		Ժամանակին		նշ Ժամանակին	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Սրտի քրոնիկ ռեմատիկ հիվանդություններ (I05-I08)	35	29	82,2	6	17,8	26	74,9	9	25,1
Հիվանդություններ բերանաթաղանթային արյան ճնշման բարձրացմամբ (I10-I15)	39	34	85,9	5	14,1	26	66,9	13	33,1
Սրտի իշեմիկ հիվանդություններ (I20-I25)	55	44	80,7	11	19,3	43	78,0	12	22,0
Գրիպաթոքաբորբ (J10-J18)	56	50	89,7	6	10,3	46	82,5	10	17,5
Ստորին շնչական ուղիներին քրոնիկ հիվանդություններ (J20-J22, J40-J47) (բրոնխիտներ)	45	38	85,4	7	14,6	37	83,1	8	16,9
Բրոնխիալ ասթմա (J45)	25	21	83,0	4	17,0	18	73,8	7	26,2
Ստամոքսի և 12- մատնյա աղու խոց (K25, K26)	49	38	76,9	11	23,1	36	73,7	13	26,3
Ստամոքսի և 12- մատնյա աղիքի բորբոքում (K29) (գաստրիտ, դուոդենիտ)	43	33	77,6	10	22,4	33	76,8	10	23,2
Լեղապարկաբորբ (K81) (խուլեցիստիտ)	30	26	85,8	4	14,2	24	78,9	6	21,1
Երիկամներին խոզովակամիջանկյալ ային հիվանդություններ (N10-N16) (ուեֆրիտներ)	35	29	82,7	6	17,3	26	75,6	9	24,4
Ընդամենը	412	342	83,0	70	17,0	317	76,4	95	23,6

Պարզվել է, որ ոչ ամբողջական բուժման պատճառներին 27,2%-ը պայմանավորված է եղել ոչ ճիշտ և ուշացած ախտորոշմամբ, 23,6%-ը՝ բուժման



գործընթացի նկատմամբ ոչ ամբողջական հսկողությունը, 20,3%-ը՝ բուժախտորոշիչ սարքավորումների բացակայությունը, 18,2%-ը՝ հիվանդությունների ընթացքի առանձնահատկություններով, 10,4%-ը՝ հիվանդների կողմից նշանակումների թերիկատարմամբ:

Բուժման միջին տևողության հիմնավորվածության վերլուծության արդյունքում պարզվել է, որ 18,3% դեպքերում պացիենտների բուժումն ԱԱՊ օղակում ավարտվել է ոչ բավարար ժամկետներում: Ցուցանիշը բարձր է եղել նեֆրիտների (25,7%), բրոնխիալ ասթմայի (22,6%), ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցի (25,2%) և արյան ճնշման բարձրացմամբ բնութագրված հիվանդություններին (20,9%) դեպքում (աղ. 14): Ընդ որում, 33,4% դեպքերում ժամկետից շուտ բուժման ավարտը կապված է եղել հիվանդության ընթացքի առանձնահատկություններին հետ, 30,3%-ը՝ բուժախտորոշիչ գործընթացի նկատմամբ անբավարար հսկողության, 12,6%՝ անհրաժեշտ միջոցների և սարքավորումների բացակայության, իսկ 8,2%՝ պացիենտի ցանկության:

Աղյուսակ 14

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնության ընդհանուր թերապևտիկ պրոֆիլի պացիենտների բուժման ժամկետներին հիմնավորվածության գնահատում

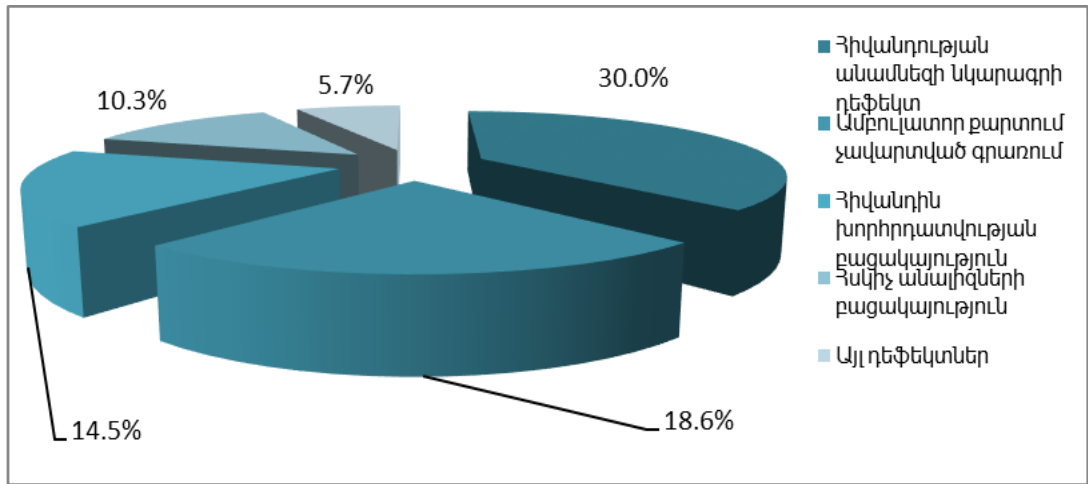
Հիմնական հիվանդությունները ստ. ՅՄԴ 10-ի	n	Բուժման ժամկետները					
		բավարար է		ոչ բավարար է		երկարացված է	
		n	%	n	%	n	%
Սրտի քրոնիկ ռեմատիկ հիվանդություններ (I05-I08)	35	24	68	6	17,8	5	14,2
Հիվանդություններ բնութագրված արյան ճնշման բարձրացմամբ (I10-I15)	39	28	72,7	8	20,9	2	6,4
Սրտի իշեմիկ հիվանդություններ (I20-I25)	55	40	73,2	8	14,9	7	11,9
Գրիպի թոքաբորբ (J10-J18)	56	46	81,4	6	10,4	5	8,2
Ստորին շնչալուծ	45	36	78,9	5	12,1	4	9

Ն Ե Ղ Ի Ն Ե Ր Ի Ք Ր Ո Ն Ի Կ հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու Ն Ն Ե Ր (J20-J22, J40-J47) (բ Ր Ո Ն Խ Ի Տ Ն Ե Ր )							
Բ Ր Ո Ն Խ Ի Ա Լ Ա Ս Թ Մ Ա (J45)	25	17	67,8	6	22,6	2	9,6
Ս տ ա մ ո թ ս ի ն 12-մ ա տ ն յ ա ա ղ ու Լ Խ ո ճ (K25, K26)	49	36	72,8	12	25,2	1	2
Ս տ ա մ ո թ ս ի ն 12-մ ա տ ն յ ա ա ղ ի թ ի բ ո Ր Բ ո թ ու մ (K29) (գ ա ս տր ի տ, դ ու Լ ո դ Ե Ն Ի տ)	43	31	73	6	13,8	6	13,2
Լ Ե Ղ ա պ ա Ր Կ ա Բ ո Ր Բ (K81) (Խ ու Լ Ե ց Ի ս տ ի տ)	30	21	71,2	6	19,3	3	9,5
Ե Ր Ի Կ Ա մ Ն Ե Ր Ի Խ ո ղ ո վ ա կ ա մ Ի ջ ա ն Կ յ ա Լ ա յ Ի ն հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու Ն Ն Ե Ր (N10-N16) (Ն Ե Ֆ Ր Ի Տ Ն Ե Ր )	35	23	65,6	9	25,7	3	8,7
Ը ն դ ա մ Ե ն ը	41 2	302	72,5	72	18,3	38	9,2

Բ ու ժ մ ա ն Ե Լ Ք Ե Ր Ի Վ Ե Ր Լ ու ծ ու թ յ ու Ն Ի ց պ ա Ր զ Վ Ե Լ  
Ե , ո Ր ժ ա մ ա ն ա կ Ի ն և ա մ Բ ո ղ ջ ա կ ա ն Բ ու ժ ու մ  
ս տ ա ց ո ղ ն Ե Ր Ի ց Վ Ի Ճ ա կ Ի Բ ա Ր Ե Լ Վ մ ա մ Բ և  
առ ո ղ ջ ա ց մ ա մ Բ Ե Լ Ք ա Ր Ճ ա ն ա գ Ր Վ Ե Լ Ե ը ն դ ա մ Ե ն ը 14,5%  
դ Ե պ Ե Ր ու մ :

Բ Օ Ո -ի գ ո Ր ծ ը ն թ ա ց ա յ Ի ն Բ ա Ղ ա դ Ր Ի չ Ի  
ա Ր դ յ ու Ն ա Վ Ե տ ու թ յ ա ն Վ Ր ա Ե ա կ ա ն ա գ դ Ե ց ու թ յ ու Ն Ե  
ու Ն Ե ն ու մ Ա Ա Պ և հ ի վ ա ն դ ա ն ո ց ա յ Ի ն օ ղ ա կ ն Ե Ր Ի մ Ի ջ և  
Բ ու ժ մ ա ն և հ Ե տ ա գ ո տ մ ա ն Կ ո ո Ր դ Ի ն ա ց Ի ա յ Ի ,  
հ ա ջ ո Ր դ ա կ ա ն ու թ յ ա ն ա պ ա հ ո վ ու մ ը : Ա յ ս պ Ե ս ,  
փ ո Ր Ճ ա գ ն Ե Ր ը 43,6% դ Ե պ Ե Ր ու մ ա Ր Ճ ա ն ա գ Ր Ե Լ Ե ն ա յ դ  
չ ա փ ա ն Ի շ Ի ա ն Բ ա Վ ա Ր ա Ր մ ա կ ա Ր դ ա կ :

Պ ա ց Ի ն Ե տ ն Ե Ր Ի ա մ Բ ու Լ Լ ա տ ո Ր -պ ու Լ Ի կ Լ Ի ն Ի կ ա կ ա ն  
ք ա Ր տ ն ու Ն Ի ո չ մ Ի ա յ ն Վ Ի Ճ ա կ ա գ Ր ա կ ա ն , ա յ Լ ն ա ն  
Բ ժ շ կ ա կ ա ն և Ի Ր ա Վ ա Բ ա ն ա կ ա ն ն շ ա ն ա կ ու թ յ ու Ն : Ը ս տ  
հ Ե տ ա գ ո տ ու թ յ ա ն տ Վ յ ա Լ ն Ե Ր Ի 71,8% դ Ե պ Ե Ր ու մ  
ա Ր Ճ ա ն ա գ Ր Վ Ե Լ Ե ք ա Ր տ Ի Վ ա Ր մ ա ն դ Ե Ֆ Ե կ տ ն Ե Ր : Դ Ե Ֆ Ե կ տ -  
ն Ե Ր Ի Կ առ ու ց Վ ա ծ ք ու մ 30,0%-ը Բ ա ժ Ի ն Ե ը ն կ Ե Լ  
ա ն ա մ ն Ե գ Ի ո չ ա մ Բ ո ղ ջ ա կ ա ն հ ա Վ ա ք մ ա ն ը , 18,6%  
դ Ե պ Ե Ր ու մ ա մ Բ ու Լ Լ ա տ ո Ր ք ա Ր տ ու մ առ կ ա Ե ն Ե դ Ե Լ  
չ ա Վ ա Ր տ Վ ա ծ գ Ր առ ու մ ն Ե Ր , 14,5%-ը՝ Բ ա ց ա կ ա յ Ե Լ Ե  
պ ա ց Ի Ե ն տ Ի ն Խ ո Ր հ Ր դ ա տ Վ ու թ յ ա ն տ Ր ա մ ա դ Ր ու մ ը , 10,3%  
դ Ե պ Ե Ր ու մ առ կ ա Ե Ե դ Ե Լ հ ս կ ո ղ ա կ ա ն Լ ա Բ ո Ր ա տ ո Ր  
հ Ե տ ա գ ո տ ու թ յ ու Ն Ն Ե Ր Ի Բ ա ց ա կ ա -յ ու թ յ ու Ն (գ ծ .9):



**Գծ ապատկեր 9.** Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ օղակի բոլոր ժեստատոլթյուններում ամբողջատոր քարտի վարման դեֆեկտների կառուցվածքը (%)

Այսպիսով, ԱԱՊ օղակում ԲՕՈ-ի փորձագիտական գնահատման արդյունքները փաստում են, որ առկա են հիմնախնդիրներ, որոնց լուծումը կարող է ապահովել ԲՕՈ-ի և մատչելի ության բարելավում:

**3.3 Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ օղակի բոլոր ժեստատոլթյուններում պացիենտների դիսպանսեր հսկող ության որակի փորձագիտական գնահատում**

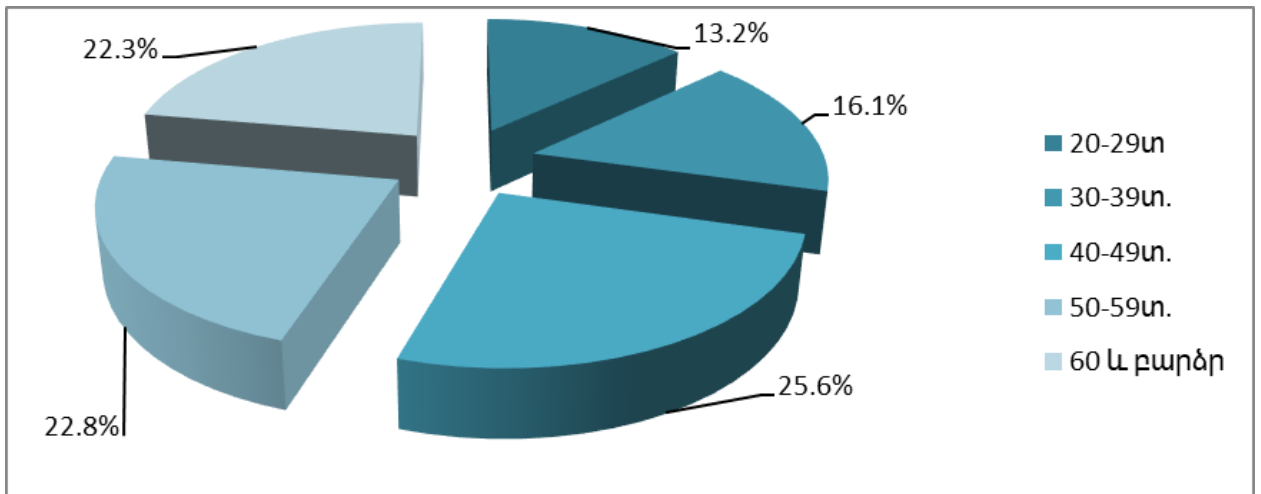
ԱԱՊ օղակում դիսպանսեր հսկող ության որակի ապահովումն էական ազդեցություն է ունենում ԱԱՊ օղակի բոլոր ժեստատոլթյուն արդյունքների վրա: Ըստ հետազոտության տվյալների, առաջնային օղակում դիսպանսեր հսկող ության վերցված պացիենտների 85-90%-ը եղել է թերապևտիկ պրոֆիլի: Դիսպանսեր հսկող ության վերցվածների 55,4%-ը օգական, իսկ 44,6%-ը արական սեռի են:

Պացիենտների 67,1%-ի մոտ հիվանդ ությունը հայտնաբերվել է պոլիկլինիկա կատարած պասիվ այցել ության, 21,9%-ը՝ ստացիոնար բոլոր ժամանակ, իսկ 11,0%-

ը՝ կանխարգելիչ բժշկական գննումների ժամանակ: Այսպիսով, ԱԱՊ օղակում հիվանդությունները, որի կապակցությամբ պացիենտը գտնվում է դիսպանսեր հսկողության տակ հայտնաբերվել են պասիվ դիմելիության ճանապարհով: ԱԱՊ օղակում հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված աշխատանքները կատարվում են թերի:

Ըստ հետազոտության տվյալների, կանխարգելիչ բժշկական գննումների ժամանակ հայտնաբերված հիվանդություններին 29,7%-ը բաժին է ընկել մարսողական, 28,6%-ը՝ արյան շրջանառության, 28,1%-ը՝ շնչառական համակարգի հիվանդություններին:

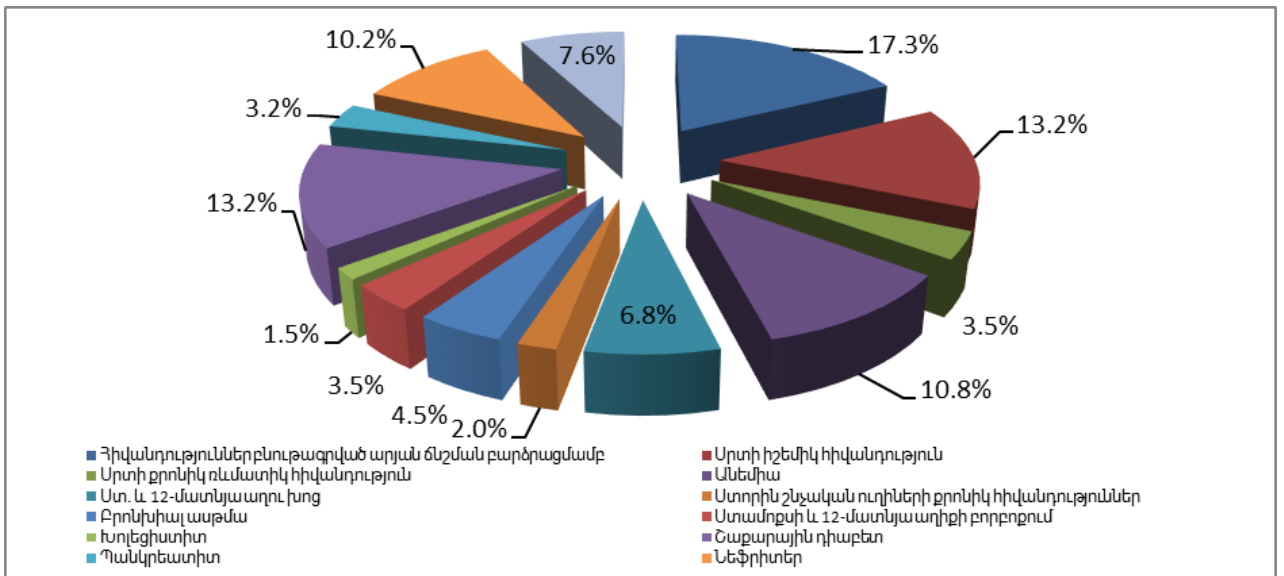
Մեր կողմից վերլուծության է ենթարկվել նաև տեղամասային թերապևտիկամ ընտանեկան բժշկիմոտ դիսպանսեր հսկողության վերցված պացիենտների կառուցվածքն ըստ տարիքային խմբերի: Պարզվել է, որ 40-49 տարիքային խմբին բաժին է ընկել դիսպանսեր հսկողության վերցվածների 25,6%, 20-29 տարիքային խմբին՝ 13,2%(գծ.10):



**Գծապատկեր 10.** Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնություններում տեղամասային թերապևտիկամ ընտանեկան բժշկիմոտ դիսպանսեր հսկողության վերցված պացիենտների կառուցվածքն ըստ տարիքային խմբերի (%)

Դիսպանսեր հսկողության վերցված պացիենտներին 17,3%-ն եղել են հիպերտոնիկ հիվանդության, 13,2%-ը՝ շաքարային դիաբետի, 13,2%-ը՝ նեֆրիտի, 10,2%-ը՝ սրտի իշեմիկ հիվանդության, 6,8%-ը՝ ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցի կապակցությամբ (գծ. 11):

Համակցված պաթոլոգիաների առկայության դեպքում պացիենտներին դիսպանսեր հսկողության արդյունավետության ապահովելու համար անհրաժեշտ է նեղ մասնագետների և տեղամասային թերապևտի աշխատանքային գործառույթների անընդհատության, կոորդինացիայի և հաջորդականության ապահովում: Ըստ հետազոտության տվյալների՝ 25,2% դեպքերում դիսպանսեր հսկողության վերցված պացիենտներին մոտ բացակայել է նեղ մասնագետի խորհրդատվությունը:



**Գծ ապատկեր 11.** Երևանի քաղաքապետարանի

ենթակայության ԱԱՊ օղակի

բուժօգնությունը ստանալու և ներկայումս տեղամասային թերապևտի կամ ընտանեկան բժշկի մոտ դիսպանսեր հսկողության վերցված պացիենտներին կառուցված քննարկման անհատական պաթոլոգիաների (ՅՄԴ, %)

Անհրաժեշտ է նշել, որ սահմանված դիսպանսեր հսկողության ժամկետները պահպանվել են 51,8% դեպքերում: Դիսպանսեր հսկողության վերցված պացիենտների 81,8%-ի մոտարձանագրվել է առողջական վիճակի բարելավում, 14,8% դեպքերում անփոփոխ, 3,4% դեպքերում՝ պացիենտի վիճակի վատթարացում ելքեր: Դրական դիսամիկայի բացակայության 65,3% դեպքերը պայմանավորված են եղել պոլիկլինիկայում համապատասխան բուժախտորոշիչ հնարավորությունների բացակայությամբ:

Թերապևտի կամ ընտանեկան բժշկի կողմից 34,7% դեպքերում չի պահպանվել ըստ նոզոլոգիաների դիսպանսեր հսկողության պարբերականությունը: Ցուցանիշը բարձր է եղել ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցի դեպքում (38,8%)(աղ. 15):

**Աղյուսակ 15**

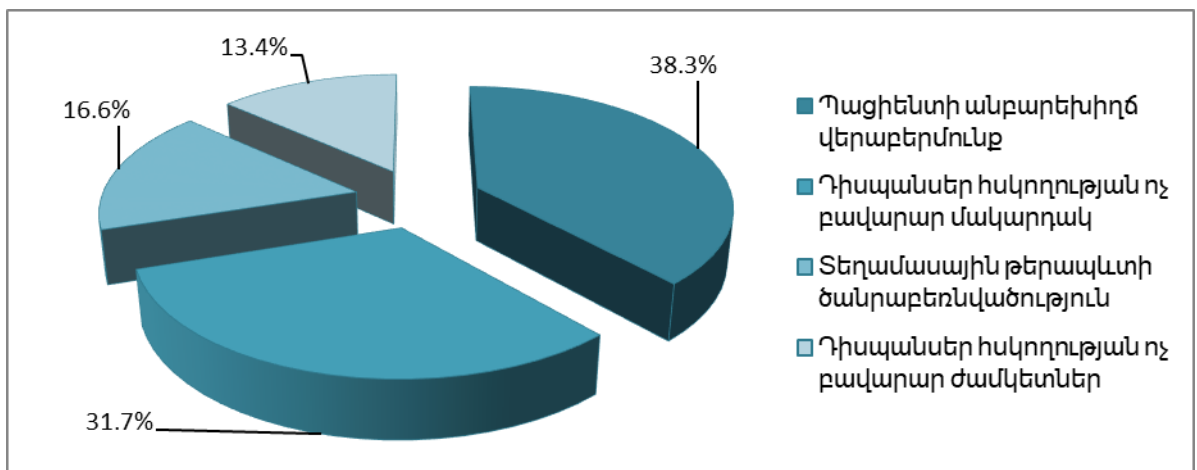
Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնություններում թերապևտի և ընտանեկան բժշկի մոտոդիսպանսեր հսկողության որակի գնահատում ըստ հսկողության ժամկետների (%)

Հիմնական հիվանդությունները ըստ ՀՄԴ 10-ի	n	Հսկողության ժամկետները			
		բավարար		չբավարար	
		n	%	n	%
Սրտի քրոնիկ ռևմատիկ հիվանդություն (I05-I08)	35	23	65,7	12	34,3
Հիվանդություններ բնութագրված արյան ճնշման բարձրացմամբ (I10-I15)	39	26	66,7	13	33,3
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն (I20-I25)	55	37	67,3	18	32,7
Գրիպաթոքաբորբ (J10-J18)	56	40	71,4	16	28,6
Ստորին շնչական ուղիների քրոնիկ հիվանդություններ (J20-J22, J40-J47) (բրոնխիտներ)	45	29	64,4	16	35,6
Բրոնխիալ ասթմա (J45)	25	16	64,0	9	36,0
Ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոց (K25, K26)	49	30	61,2	19	38,8
Ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի բորբոքում (K29) (գաստրիտ, դուոդենիտ)	43	27	62,8	16	37,2
Լեղապարկաբորբ (K81) (խոլեցիստիտ)	30	19	63,3	11	36,7
Երիկամների խոզովակամիջանկյալային հիվանդություններ (N10-N16) (նեֆրիտներ)	35	22	62,9	13	37,1
Ընդամենը	412	269	65,3	143	34,7

Պարզվել է, որ 38,3% դեպքերում ոչ պարբերական հսկողության պատճառ է եղել պացիենտի ոչ բարեխիղճ վերաբերմունքը իր առողջական վիճակի նկատմամբ, 16,6%՝ բժշկի ծանրաբեռնվածությունը (գծ. 12):

Ըստ փորձագիտական գնահատման արդյունքների 63,9% դեպքերում դիսպանսեր հսկողության պարբերականությունը եղել է պահպանված:

Դիսպանսեր հսկողության որակի գնահատման կարևոր ցուցանիշ է հսկողության ծավալների, ժամկետների գնահատումը: Պարզվել է, որ հիմնական նոզոլոգիաների կապակցությամբ դիսպանսեր հսկողության վերցված պացիենտների անհրաժեշտ հետազոտությունների ծավալները պահպանվել են 63,2 - 76,5% սահմաններում:



**Գծ ապատկեր 12.** Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայություն ԱԱՊօղակի բուժօգնություններում դիսպանսեր հսկողության որակի գնահատումը ստիմնական ցուցանիշների (%)

Դիսպանսեր հսկողության պլանի կատարողականը բացակայել է 62,8 - 91,4% դեպքերում: Դիսպանսեր հսկողության վերցված պացիենտների 37,8%-ի մոտ հետազոտությունները նշանակվել են ժամանակին: Ցուցանիշը սրտի իշեմիկ հիվանդության դեպքում կազմել է 47,9%, բրոնխիալ ասթմայի՝ 41,6%, գրիպաթոքաբորբի՝ 40,7%, արյան ճնշման բարձրացմամբ

բնութագրված հիվանդությունների՝ 40,3%, իսկ նեֆրիտների ժամանակ՝ 34,6%(աղ. 16):

Դիսպանսեր հսկողություն արդյունավետության ապահովման կարևոր չափանիշներից մեկը բուժական և առողջացուցիչ միջոցառումների պլանիկատարողականն է: Ըստ փորձագիտական գնահատման տվյալների 29,5% դեպքերում բուլոբնոզոլոգիաների համար առողջացուցիչ միջոցառումների պլանիկատարողականը եղել է ոչ արդյունավետ: Ցուցանիշը բարձր է եղել բրոնխիալ ասթմայի (35,2%), բրոնխիտի (34,7%), ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի բորբոքման (33,5%), հիպերտոնիկ հիանդություն (32,4%) դեպքերում:

Պատճառների կառուցվածքում առաջին տեղում ամբողջատոր պայմաններում բուժական և առողջացուցիչ միջոցառումների կատարման հնարավորությունների բացակայությունն է (47,3%), 24,6% դեպքերում բժշկի կողմից անբավարար հսկողությունը, 28,1%՝ հիվանդների պասիվ վարքագիծը:

Դիսպանսեր հսկողություն օրակի բարելավման համար կարևոր նշանակություն ունի նաև նեղմասնագետների կողմից ժամանակին և ճիշտ խորհրդատվություն կազմակերպումը: Պարզվել է, որ 78,3% դեպքերում նեղմասնագետի խորհրդատվությունը եղել է հիմնավորված, իսկ 63,1% դեպքերում այն եղել է ժամանակին: Նյարդաբանի լրացուցիչ խորհրդատվություն կարիք ունեցել է պացիենտների 29,2%-ը, սրտաբանի՝ 16,1%, քԿԱ՝ 14%: Պարզվել է, որ չկատարված խորհրդատվությունների 11,3% դեպքերը պայմանավորված են եղել ընտանեկան բժշկի կամ թերապևտի կողմից այնչնշանակվելու հետ:

**Աղյուսակ 16**

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայություն ԱԱՊ օղակի բուժօգնություններում պացիենտների դիսպանսեր հսկողություն օրակի գնահատումը ստ



**գ ո ղ ը ն թ ա գ ա յ ի ն ք ա ղ ա դ ռ ի չ ի հ ի մ ն ա կ ա ն  
ց ու ց ա ն ի շ ն ե ռ ի (%)**

Հ ի մ ն ա կ ա ն հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն ն Ե ռ ը ս տ Յ Մ Դ 10-ի	n	Ժ ա մ ա ն ա կ ի ն հ ս կ ո ղ ու թ յ ու ն				Յ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ա ն ծ ա վ ա լ				Դ ի ս պ ա ն ս ե ռ հ ս կ ո ղ ու թ յ ա ն բ ու ժ վ ե ռ ա կ ա ն գ ն ո ղ ա կ ա ն մ ի ջ ո ց ա ու մ ն ե ռ ի պ լ ա ն ի առ կ ա յ ու թ յ ա ն			
		ա յ ո		ո չ		լ ռ ի վ		ն չ լ ռ ի վ		առ կ ա է		առ կ ա չ է	
		n	%	n	%	%	%	n	%	n	%	n	%
Ս ռ տ ի ք ռ ո ն ի կ ռ ն մ ա տ ի կ հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն (105-108)	35	13	36,7	22	63,3	23	66,6	12	33,4	12	34,3	23	65,7
Հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն ն Ե ռ բ ն ու թ ա գ ղ ա ծ ար յ ա ն ճ ն շ մ ա ն բ ար ձ ռ ա ց մ ա մ բ (110- 115)	39	16	40,3	23	59,7	29	75,6	10	24,4	11	28,2	28	71,8
Ս ռ տ ի ի շ Ե մ ի կ հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն (120-125)	55	26	47,9	29	52,1	41	74,8	14	25,2	15	27,3	40	72,7
Գ ռ ի պ ն թ ո ք ա բ ո ռ բ (110-118)	56	23	40,7	33	59,3	40	71	16	29	16	28,6	40	71,4
Ս տ ո ռ ի ն շ ն չ ա կ ա ն ու ղ ի ն ե ռ ի ք ռ ո ն ի կ հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն ն Ե ռ (120-122,140-147) (բ ռ ո ն խ ի տ ն ե ռ )	45	17	38,1	28	61,9	34	75,5	11	24,5	5	11,1	40	88,9
Բ ռ ո ն խ ի ա լ ա ս թ մ ա (145)	25	10	41,6	15	58,4	17	68,8	8	31,2	8	32,0	17	68,0
Ս տ ա մ ո ք ս ի ն 12- մ ա տ ն յ ա ա ղ ու խ ո ց (K25, K26)	49	17	33,9	32	66,1	37	74,6	12	25,4	7	14,3	42	85,7
Ս տ ա մ ո ք ս ի ն 12- մ ա տ ն յ ա ա ղ ի ք ի բ ո ռ բ ո ք ու մ (K29) (գ ա ս տ ռ ի տ, դ ու ն ո դ Ե ն ի տ)	43	14	32,2	29	67,8	27	63,2	16	36,8	16	37,2	27	62,8
Լ Ե ղ ա պ ար կ ա բ ո ռ բ (K81) (խ ու լ Ե ց ի ս տ ի տ)	30	10	32,2	20	67,8	23	75,4	7	24,6	3	10,0	27	90,0
Ե ռ ի կ ա մ ն ե ռ ի խ ո ղ ո վ ա կ ա մ ի ջ ա ն կ յ ա լ ա յ ի ն հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն ն Ե ռ (N10-N16) (ն Ե ֆ ռ ի տ ն ե ռ )	35	12	34,6	23	65,4	27	76,5	8	23,5	3	8,6	32	91,4
Ը ն դ ա մ Ե ն ը	41 2	157	37,8	255	62,2	298	72,2	114	27,8	94	23,3	316	76,7

Դ ի ս պ ա ն ս ե ռ հ ս կ ո ղ ու թ յ ա ն ար դ յ ու ն ա վ Ե տ ու թ յ ա ն գ ն ա հ ա տ մ ա ն հ ա մ ար մ ե ռ կ ո ղ մ ի ց վ ե ռ լ ու ծ ու թ յ ա ն Ե Ե ն թ ար կ վ Ե լ դ ի ս պ ա ն ս ե ռ հ ս կ ո ղ ու թ յ ա ն Ե լ ք ե ռ ը : Պ ար գ վ Ե լ Ե , ո ռ 72,0% դ Ե պ ք ե ռ ու մ ար ձ ա ն ա գ ղ Ե լ Ե լ ա վ ա ց ու մ , 14,3%` ա ն փ ո փ ո խ , 2,9%` վ ա տ ա ց ու մ , 1,5%` հ ա շ մ ա ն դ ա մ ու թ յ ա ն Ե լ ք :

- |  |
|--|
| <p><b>1. Հետազոտություն</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ընդհանուր հետազոտություն</li> <li>2. Շեղումների բացահայտում</li> <li>3. Նպատակային հետազոտություն</li> <li>4. Ընդհանուր ռիսկի գործոնների հայտնաբերում և գնահատում</li> </ol> |
|--|

**Սխեմա 1.** Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ օղակի բոլոր ժեստատոկայ ունենեցող պացիենտների արդյունավետ դիսպանսերի հսկող ության կազմակերպչական ֆունկցիոնալ մոդել

Դիսպանսեր	հսկող ության	վերցված
պացիենտների	24,2%-ը	կարիք է ունեցել
առողջարանային բուժման,	սակայն	ստացել են
ընդամենը 19,7%-ը,	իսկ ստացիոնար բուժման կարիք են	ունեցել 23,4%-ը,
սակայն	ուղեգրվել են	ընդամենը 7,8%ը :

Բուժական և առողջացուցիչ միջոցառումների անհրաժեշտ ության կառուցվածքում 82,3%-ը բաժին է

ընկել դեղորայքային ապահովմանը: Յուրաքանչյուր սրտի ռեմատիկ հիվանդության դեպքում կազմել է 81,4%, անեմիայի՝ 87,1%, ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի բորբոքման՝ 85,0%, բրոնխիալ ასթմայի՝ 83,4%:

Այսպիսով, պացիենտների դիսպանսերի հսկողության կազմակերպման և որակի վերլուծության ներկայացում է, որ ԱԱՊ օղակում առկա է հիմնախնդիր դիսպանսերի հսկողության որակի և արդյունավետության ապահովման հարցում: Մեր կողմից մշակվել է ԱԱՊ օղակում պացիենտների դիսպանսերի հսկողության արդյունավետության բարձրացման ներդրած կազմակերպչական ֆունկցիոնալ մոդել (սխեմա 1):

**3.4. Երևանի քաղաքապետարանի ենթացյալության ԱԱՊ օղակի բուժաստտության ներքին բուժօգնության կազմակերպումից և ԲՕՈ-ից բնակչության բավարարվածության գնահատումը սոցիոլոգիական հարցման տվյալների**

Ազգաբնակչությանը ցուցաբերվող բուժօգնության որակից բավարարվածության գնահատման կարևորագույն չափանիշներից մեկը մատուցված ծառայության ներքին համապատասխանությանն է: «Բուժօգնության որակից բավարարվածություն» հասկացությունն ինքնին բարդ և բազմաբաղադրիչ սոցիալական երևույթ է: Սոցիոլոգիական հարցման արդյունքում ստացված տվյալների մշտադիտարկումը նշանակալից դեր ունի օպերատիվ տեղեկատվության ստացման գործում: Այն կարող է օգտագործվել բազմապրոֆիլ բուժաստտության կառավարման որոշումների կայացման գործընթացում [3, 5, 67]:

Յետազոտության տվյալների վերլուծության արդյունքում պարզվել է, որ հարցվածների 71,7%-ը եղել են իգական, իսկ 28,3%-ը՝ արական սեռի: Մինչև 20

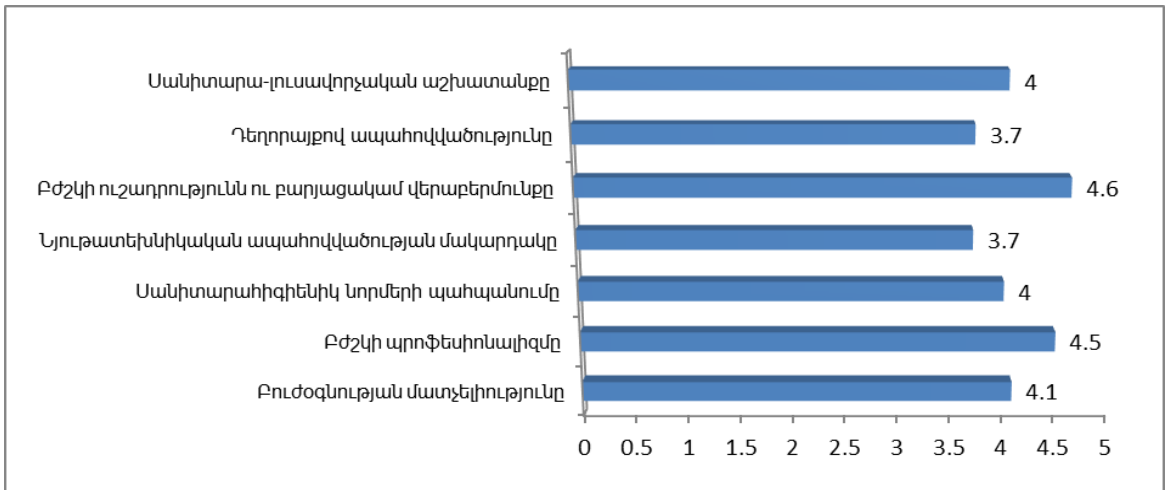
տարիքային խումբը կազմել է 2.9%, 20-39 տ.՝ 32.9%, 40-59 տ.՝ 39.7% և 60-ից բարձր՝ 24.4%: Յարցվածների 4.8%-ն ունեցել է թերի միջնակարգ, 17.2%-ը՝ միջնակարգ, 35.7%-ը՝ միջին մասնագիտական և 42.2%-ը՝ բարձրագույն կրթություն:

Յարցվածների 75.7%-ը եղել է ամուսնացած, իսկ 48.2%-ն ունեցել է զբաղվածություն: Յետազոտության մեջ ընդգրկվածների 37,4%-ը նշել է, որ ունի քրոնիկ հիվանդություն, 9%-ը որպես հիվանդության ռիսկի գործոն նշել է էկոլոգիական գործոնները, 11,9%-ը՝ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը, 4,8%-ը՝ վնասակար սովորույթները, 15,7%-ը՝ կենցաղային պայմանները, 17,4%-ը՝ ոչ ճիշտ սննդակարգը, 3,9%-ը՝ ցածր ֆիզիկական ակտիվություն:

Տեղամասային թերապևտիկամ ընտանեկան բժշկի աշխատանքից բավարարված են եղել հարցվածների 84,1%-ը: Յարցվածների 50,2%-ը նշել է, որ տեղամասային թերապևտը մշտապես զբաղվում է առողջապարելակերպի քարոզչությունով, 34,4%-ը՝ հաճախ, 13,2%-ը՝ հազվադեպ, իսկ 3,2%-ը՝ ընդհանրապես չի զբաղվում:

Յարցմանը մասնակցածների 23,4%-ը նշել է, որ հաճախել է պոլիկլինիկա ամսվա ընթացքում մեկ անգամ, 20,4%-ը՝ երեք, 21,0%-ը՝ վեց ամսվա ընթացքում մեկ անգամ, իսկ 20,0%-ը՝ մեկ տարվա ընթացքում մեկ անգամ: Ընդ որում, կանայք ավելի հաճախ են դիմում (21,0%-ը՝ երեք ամսվա ընթացքում մեկ անգամ և 21,6%-ը՝ վեց ամսվա ընթացքում մեկ անգամ), քան տղամարդիկ (18,5%-ը՝ երեք ամսվա ընթացքում մեկ անգամ և 18,7%-ը՝ վեց ամսվա ընթացքում մեկ անգամ):

Յետազոտության մասնակիցներին առաջարկվել է 5 բալային համակարգի օգնությամբ գնահատել բուժօգնության որակի բաղադրիչները:



**Գ ճ ա պ ա տ կ ե ր 13. Բ ն ա կ չ ու թ յ ա ն կ ո ղ մ ի ց**

**բ ու ժ օ գ ն ու թ յ ա ն ո Ր ա կ ի ք ա ղ ա դ ր ի չ ն եր ի ք ա լ ա յ ի ն գ ն ա հ ա տ ու մ (ք ա լ )**

Ը ս տ հ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ա ն տ վ յ ա լ ն եր ի՝ պ ա ց ի ե ն տ ն եր ը ք ա ր ձ ր ե ն գ ն ա հ ա տ ե լ ք ժ շ կ ի ու շ ա դ ր ու թ յ ու ն ն ու ք ա ր յ ա ց ա կ ա մ վ եր ա ք եր մ ու ն ք ը (4,6 ք ա լ), ք ժ շ կ ի մ ա ս ն ա գ ի տ ա կ ա ն ո Ր ա կ ա վ ո Ր մ ա ն ա ս տ ի ճ ա ն ը (4,5 ք ա լ): Պ ա ց ի ե ն տ ն եր ը ց ա ծ ր ե ն գ ն ա հ ա տ ե լ պ ո լ ի կ լ ի ն ի կ ա յ ի ն յ ու թ ա տ ե խ ն ի կ ա կ ա ն հ ա գ ե ց վ ա ծ ու թ յ ա ն (3,7 ք ա լ) և դ ե ղ ո Ր ա յ ք ո վ ա պ ա հ ո վ վ ա ծ ու թ յ ա ն (3,7 ք ա լ) մ ա կ ա ր դ ա կ ը (գ ծ .13):

Բ ու ժ օ գ ն ու թ յ ա ն ո Ր ա կ ի ա պ ա հ ո մ ա ն հ ա մ ար կ ար ն ո Ր ե ք ն ա կ չ ու թ յ ա ն ք ժ շ կ ա կ ա ն ա կ տ ի վ ու թ յ ու ն ը, մ ա ս ն ա վ ո Ր ա պ ե ս ա ռ ո ղ ջ ու թ յ ա ն ի ն ք ն ա գ ն ա հ ա տ ու մ ը, ք ու ժ օ գ ն ու թ յ ա ն դ ի մ ե լ ի ու թ յ ա ն մ ա կ ա ր դ ա կ ը, ա ռ ո ղ ջ ա պ ր ե լ ա կ եր պ ի վ եր ա ք եր յ ա լ ի ր ա գ ե կ մ ա ն մ ա կ ա ր դ ա կ ը:

**Ա ղ յ ու ս ա կ 17**

**Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ու թ յ ա ն Ա Ա Պ**  
**օ ղ ա կ ի ք ու ժ հ ա ս տ ա տ ու թ յ ու ն ն եր դ ի մ ա ծ**  
**պ ա ց ի ե ն տ ն եր ի ս ե փ ա կ ա ն ա ռ ո ղ ջ ու թ յ ա ն**  
**ի ն ք ն ա գ ն ա հ ա տ մ ա ն ար դ յ ու ն ք ն եր ի**  
**առանձնահատկ ու թ յ ու ն ն եր ն ը ս տ ս ե ռ ի (%)**

Չ ար ց վ ա ծ ն եր	n	Առողջ ու թ յ ա ն ի ն ք ն ա գ ն ա հ ա տ մ ա ն ա ս տ ի ճ ա ն							
		առողջ են		հագվադեպ են հիվանդանոսում		ու ն ե ն քրոնիկ հիվանդ ու թ յ ու ն		հաճախ են հիվանդանոսում	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Արական	378	113	29,80	92	24,30	125	33,10	48	12,80

Ի գ ա կ ա ն	957	32 6	34,1 0	247	25,80	271	28,30	113	11,80
Ը ն դ ա մ ե ն ը	133 5	43 9	33,5 0	339	25,50	396	29,00	161	12,00

Ը ս տ ս ո ճ ի ո լ ո գ ի ա կ ա ն հ ա ռ ց մ ա ն տ վ յ ա լ ն ե թ ի հ ա ռ ց վ ա ծ ն ե թ ի 33,5%-ն ի ը ե ն ց ա ռ ո ղ ջ ա կ ա ն վ ի ճ ա կ ը գ ն ա հ ա տ ե լ ե ն լ ա վ , 25,5%-ը ն շ ե լ է , ո թ հ ա գ վ ա դ ե պ ե ն հ ի վ ա ն դ ա ն ու մ , 29,0%-ը՝ ք ը ռ ն ի կ հ ի վ ա ն դ ու թ յ ա ն ա ռ կ ա յ ու թ յ ու ն , ի ս կ հ ա ճ ա խ հ ի վ ա ն դ ա ց ո ղ ն ե թ ի տ ե ս ա կ ա ռ ա թ կ շ ի ռ ը կ ա գ մ ե լ է 12,0%: Ա ն հ ը ա ժ ե շ տ է ն շ ե լ , ո թ կ ա ն ա ն ց շ ը ջ ա ն ու մ ա ռ ո ղ ջ ու թ յ ա ն ի ն ք ն ա գ ն ա հ ա տ մ ա ն ց ու ց ա ն ի շ ն ե թ ն ե ղ ե լ ե ն ա վ ե լ ի ք ա թ ճ ը հ ա մ ե մ ա տ ա ծ տ ղ ա մ ա թ դ կ ա ն ց հ ե տ (աղ .17):

Ծ խ ա խ ո տ ը չ ա թ ա շ ա հ ու մ ե ն 16,9%-ը , ի ս կ ա լ կ ո հ ո լ ը՝ 2,5%-ը : Ծ խ ա խ ո տ ի ն ա լ կ ո հ ո լ ի չ ա թ ա շ ա հ ու մ ն ա ռ ա վ ե լ տ ա թ ա ծ վ ա ծ է տ ղ ա մ ա թ դ կ ա ն ց , ի ս կ ս ա կ ա վ ա շ ա թ ու թ յ ու ն ը , ո չ ք ա վ ա թ ա թ \$ ի գ ի կ ա կ ա ն ա կ տ ի վ ու թ յ ու ն ն ու ո չ ռ ա ց ի ո ն ա լ ս ն ն ա կ ա թ գ ը՝ կ ա ն ա ն ց շ ը ջ ա ն ու մ (աղ .18):

**Աղյուսակ 18**

**Հարցմանը մասնակցածների շրջանում վնասակար սովորույթների առկայությունն ըստ սեռի (%)**

Հարցվածներ	n	Վնասակար սովորույթների առկայություն									
		Բացակայում են վնասակար սովորույթները		Ծխախոտի չարաչափում		ալկոհոլի չարաչափում		սակավաշարժություն, չբավարար \$իզիակական ակտիվություն		նշանահոնակ սննակարգ	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Արական	378	48	12,8	187	49,5	25	6,5	86	22,7	32	8,5
Իգական	957	509	53,2	39	4,1	8	0,8	296	30,9	105	11
Ընդամենը	1335	558	41	226	16,9	32	2,5	382	29,3	138	10,3

Այսպիսով, ըստ հետազոտության տվյալների սոցիոլոգիական հարցման թեստի մեջ ընդգրկված հարցերի պատասխաններն ունեցել են ըստ սեռի առանձնահատկություններ: Բնակչության ԱԱՊ օղակի բուժօգնության որակից բավարարվածության գնահատման հարցաթերթը կարելի է կիրառել որպես բժշկական օգնության սպասարկման մատչելիության, հասանելիության և որակի գնահատման մշտադիտարկման գործիք:

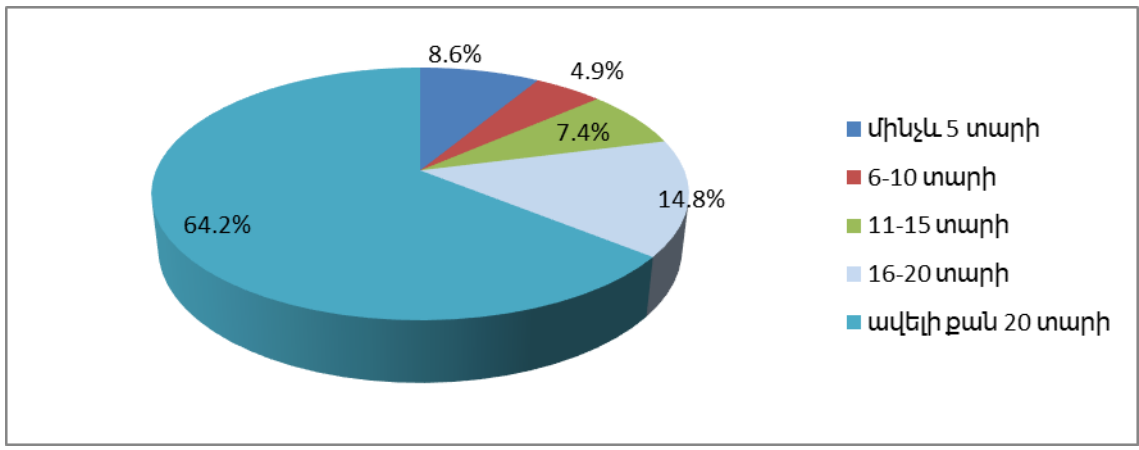
**3.5. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունն ստատուսություններում բուժօգնության կազմակերպման և ԲՕՈ-ի վերաբերյալ բժիշկների կարծիքի ուսումնասիրություն**

Բուժօգնության որակի կառավարման հիմնարար սկզբունքների թվին է պատկանում բուժօգնության որակի ապահովման և բարելավման գործընթացում պացիենտի ներգրավումը, ղեկավարի առաջնորդության ոճի և արդյունավետ որոշումների ընդունման գնահատումը [75]: Կոլեկտիվում բուժօգնության որակի ապահովման գործընթացն

Է ապե ս կ ախվ ած Է ղ ե կ ա վ ա թ ի ո թ ո շ ու մ ն ե թ ի կ ա յ ա գ մ ա ն ո թ ա կ ի ց , ի ն չ ա ե ս ն ա ն ս ո ց ի ալ -հ ո գ ե ք ա ն ա կ ա ն մ թ ն ո լ ո թ տ ի ց : Ս ո ց ի ալ -հ ո գ ե ք ա ն ա կ ա ն գ ո թ ծ ո ն ն ե թ ը , ի ն չ ա ի ս ի ք ե ն մ ի ջ ա ն ձ ն ա յ ի ն փ ո խ հ ա թ ա ք ե թ ու թ յ ու ն ն ե թ ը , հ ա մ ո գ մ ու ն ք ն ե թ ի հ ե տ մ ի ա ս ի ն պ ա տր ա ս տ ա կ ա մ ու թ յ ա ն և պ ա թ ա կ ա ն ու թ յ ու ն ն ե թ ի կ ա տ ա թ մ ա ն հ ա մ ա տ ե ք ս տ ու մ ա գ ու մ ե ն ք ու ժ ա շ խ ա տ ո ղ ն ե թ ի մ ա տ ու ց ա ծ ծ ա ճ ա յ ու թ յ ու ն ն ե թ ի ո թ ա կ ի վ թ ա [104]: Բ ա գ մ ա թ ի վ հ ե տ ա գ ո տ ո ղ ն ե թ ի կ ո ղ մ ի ց կ ա տ ա թ վ ա ծ ա շ խ ա տ ա ն ք ն ե թ ի ու ս ու մ ն ա ս ի թ ու թ յ ու ն ը փ ա ս տ ու մ է , ո թ ք ու ժ ո գ ն ու թ յ ա ն ո թ ա կ ի ք ա թ ե լ ա վ մ ա ն ա շ խ ա տ ա ն ք ն ե թ ու մ հ ա ջ ո ղ ու թ յ ա ն հ ա ս ն ե լ ու հ ա թ ց ու մ ա ճ ա ն ց ք ա յ ի ն դ ե թ ա կ ա տ ա թ ու թ յ ու ն ու ն ե ն ք ու ժ ա շ խ ա տ ո ղ ն ե թ ը [118]:

Բ ու ժ ո գ ն ու թ յ ա ն ո թ ա կ ի կ ա ճ ա վ ա թ մ ա ն ն ու ք ա թ ե լ ա մ ա ն ն ու ղ ղ վ ա ծ մ ի ջ ո ց ա ճ ու մ ն ե թ ի մ շ ա կ մ ա ն ը ն թ ա ց ք ու մ կ ա թ ու ո թ վ ու մ է ո չ մ ի ա յ ն պ ա ց ի ե ն տ ի , ա յ լ ն ա ն ք ժ շ կ ա կ ա ն ծ ա ճ ա յ ու թ յ ու ն ն ե թ տր ա մ ա դ թ ո ղ ի կ ա թ ծ ի ք ի ու ս ու մ ն ա ս ի թ ու թ յ ու ն ը [14]:

Յ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ա ն մ ե ջ ը ն դ գ թ կ վ ա ծ ք ժ ի շ կ ն ե թ ի կ ա գ մ ու մ տ ե ղ ա մ ա ս ա յ ի ն թ ե թ ա պ ն տ ն ե թ ը կ ա գ մ ե լ ե ն 45,7%, մ ա ն կ ա ք ու յ ժ ն ե թ ը ` 18,0%, ը ն տ ա ն ե կ ա ն ք ժ ի շ կ ն ե թ ը ` 31,8%, ի ս կ 32,5%` ն ե ղ մ ա ս ն ա գ ե տ ն ե թ ը : Յ ա թ ց վ ա ծ ն ե թ ի 64,2%-ն ու ն ե ց ե լ է 20 տ ա թ վ ա մ ա ս ն ա գ ի տ ա կ ա ն ա շ խ ա տ ա ն ք ա յ ի ն ս տ ա ժ , ի ս կ 8,6%-ը ` մ ի ն չ և 5 տ ա թ վ ա (գ ծ .14):

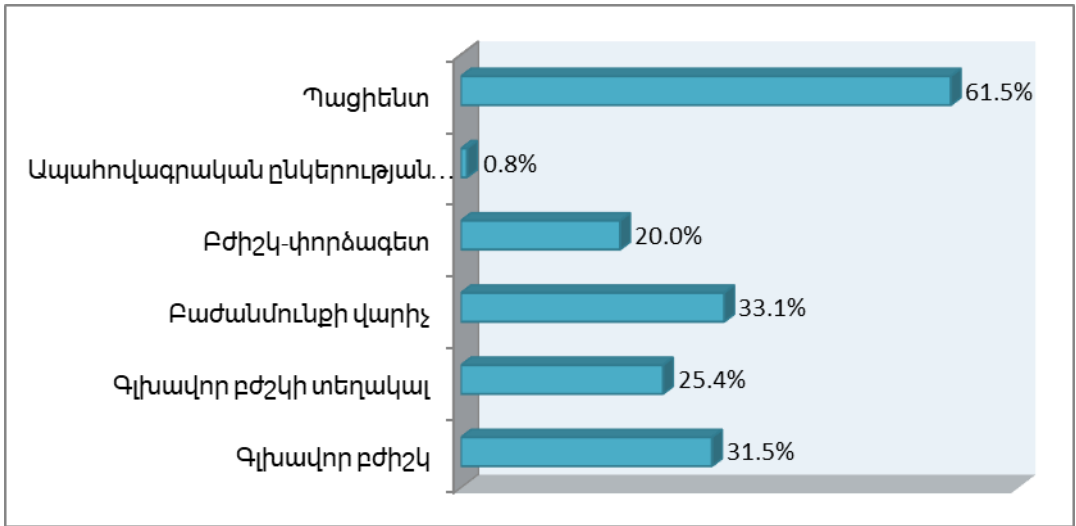




**Գ ծ ապատկ ե ր 14.** Հ ե տ ա զ ո տ ու լ թ յ ա ն ը մ ա ս ն ա կ ց ա ծ ք ժ ի շ կ ն եր ի ք ա շ խ ու մ ն ը ս տ մ ա ս ն ա գ ի տ ա կ ա ն ա շ խ ա տ ա ն ք ա յ ի ն ս տ ա ժ ի (%)

Բ ժ ի շ կ ն եր ի 85,0%-ը ն շ ե լ է , ո ր վ եր ջ ի ն 5 տ ար ի ն եր ի ը ն թ ա ց ք ու մ ք ար ձ ր ա ց ր ե լ է ն մ ա ս ն ա գ ի տ ա կ ա ն ո ր ա կ ա վ ո ր ու մ : Հ ար ց վ ա ծ ն եր ի 88,9%-ը մ շ տ ա պ ե ս օ գ տ վ ու մ է մ ա ս ն ա գ ի տ ա կ ա ն գ ր ա կ ա ն ու լ թ յ ու ն ի ց : Հ ե տ ա զ ո տ ու լ թ յ ա ն մ ե ջ ը ն դ գ ր կ վ ա ծ ն եր ի ը ն դ ա մ ե ն ը 18,5%-ն է կ ար ո ղ ա ց ե լ ճ ի շ տ ն շ ե լ ք ու ժ օ գ ն ու լ թ յ ա ն ո ր ա կ ի ո ր ն է ք ա ղ ա դ ր ի չ ի ք ո վ ա ն դ ա կ ու լ թ յ ու ն ը : Ա ն հ ր ա ժ ե շ տ է ն շ ե լ , ո ր ք ու ժ օ գ ն ու լ թ յ ա ն ո ր ա կ ի 3 ք ա ղ ա դ ր ի չ ն եր ի ք ո վ ա ն դ ա կ ու լ թ յ ա ն վ եր ա ք եր յ ա լ ճ ի շ տ ա պ տ ա ս խ ա ն ը ն դ հ ա ն ր ա պ ե ս չ ի ար ձ ա ն ա գ ր վ ե լ :

Հ ար ց վ ա ծ ն եր ի 61,5%-ի կ ար ծ ի ք ո վ Բ Օ Ռ-ը պ ե տ ք է գ ն ա հ ա տ ի պ ա ց ի ե ն տ ը , 33,1%-ի կ ար ծ ի ք ո վ ` ք ա ժ ա ն մ ու ն ք ի վ ար ի չ ը , 31,5%-ի ` գ լ խ ա վ ո ր ք ժ ի շ կ ը , 25,4%-ի ` գ լ խ ա վ ո ր ք ժ շ կ ի տ ե ղ ա կ ա լ ը , 20,0%-ի ` ք ժ ի շ կ -փ ո ղ ա գ ե տ ը : Բ Օ Ռ-ի հ ս կ ո ղ ու լ թ յ ա ն ա ռ կ ա հ ա մ ա կ ար գ ի ց ք ա վ ար ար վ ա ծ է ն ե ղ ե լ հ ար ց վ ա ծ ն եր ի 31,7%-ը , 19,0%-ը ` ք ա վ ար ար վ ա ծ չ է ն , ի ս կ 48,4%-ը ` դ ժ վ ար ա ց ե լ է ն պ ա տ ա ս խ ա ն ե լ (գ ծ .15):



**Գ ծ ապատկ ե ր 15.** Բ ժ ի շ կ ն եր ի շ ր ջ ա ն ու մ Բ Օ Ռ-ի գ ն ա հ ա տ ու մ ն ը ս տ « ո ^ վ պ ե տ ք է գ ն ա հ ա տ ի Բ Օ Ռ-ը » հ ար ց ի ար դ յ ու ն ք ն եր ի (%)

Ը ս տ հ ե տ ա զ ո տ ու լ թ յ ա ն տ վ յ ա լ ն եր ի ` Ա Ա Պ օ ղ ա կ ու մ ք ժ շ կ ի ա շ խ ա տ ա ն ք ի ո ր ա կ ի վ ր ա ք ա ց ա ս ար ե ն ա գ ու մ

բժշկի աշխատանքի ծանրաբեռնվածությունը (69,1%), բժշկական սարքավորումներով ոչ բավարար հագեցվածություն մակարդակը (56,8%) և նյութական մոտիվացիայի բացակայությունը (37,0%): Բժշկների 1,2%-ի կարծիքով բժշկի աշխատանքի նկատմամբ բաժանմունքի վարիչի ոչ բավարար հսկողությունը ազդում է բուժօգնություն որակի վրա (աղ. 19):

**Աղյուսակ 19**

ԱԱՊ օղակի բժիշկների աշխատանքի որակի վրա ազդող նիսկի գործոնների կառուցվածքը (%)

	Դիսկի գործոն	n	Ազդեցությունը (%)
1	Բժշկի ծանրաբեռնվածություն	90	69,1
2	Բժշկական սարքավորումներով ոչ բավարար հագեցվածություն մակարդակ	74	56,8
3	Միջին բուժանձնակազմի ծանրաբեռնվածություն	29	22,2
4	Նյութական մոտիվացիայի բացակայություն	48	37,0
5	Բժշկի աշխատանքի նկատմամբ բաժանմունքի վարիչի ոչ բավարար հսկողություն	2	1,2
6	Աշխատանքի ոչ ռացիոնալ կազմակերպում	8	6,2
7	Ախտորոշման և բուժման նորագույն մեթոդների ոչ բավարար ներդրում	45	34,6
8	Բժշկի ոչ բավարար որակավորման մակարդակ	8	6,2

Առաջնային օղակի աշխատանքից բժիշկների բավարարվածությունը և նեցել է առանձնահատկություններ: Այսպես, բժիշկները հիմնականում բավարարված չեն բուժհաստատության փաստաթղթաշրջանառությունից (28,4%), նյութական մոտիվացիայի համակարգից (26,9%), բժշկական սարքավորումներով հագեցվածություն աստիճանից (16,3%), հարցվածքների 61,7%-ը բավարարված է եղել ԱԱՊ օղակի բուժանձնակազմից, իսկ 61,3%-ը՝ վարչական հատվածի հետ ունեցած փոխհարաբերություններից (աղ. 20):

**Աղյուսակ 20**

ԱԱՊ օղակի բժշկներին բուժհաստատու թյան  
աշխատանքից բավարարված ու թյան աստիճանի  
գնահատման կառուցվածքը (%)

Որքանով ե՞ք բավարարված	Ամբողջ ու թյան բավարարված ծեմ	Հիմնական նում բավարար ված ծեմ	Այնքան էլ բավարար ված չեմ	Բավարար ված չեմ
Աշխատանքի կազմակերպում	23,8	51,3	21,3	3,6
Աշխատանքային պայմաններ	33,3	28,4	27,2	11,1
Բժշկական սարքավորումներ վ հագեցված ու թյան	11,3	26,3	46,3	16,1
Պոլիկլինիկայի անձնակազմ	61,7	32,1	4,9	1,3
Փոխհարաբեր ու թյան ունեցվարչական հատվածի հետ	61,3	33,8	3,8	1,1
Պոլիկլինիկայի ստորաբաժանումներ րի աշխատանք`	30,6	54,2	15,2	0
Լաբորատորիա	39,5	55,6	2,5	2,4
Ռենտգեն կաբինետ	28,2	52,6	11,5	7,7
ՌԻՁՀ կաբինետ	55,6	40,7	2,5	1,2
Միջամտ ու թյան րի կաբինետ	40	48,8	8,8	2,4
Տիգիոթերապևտիկ կաբինետ	36,4	55,8	6,5	1,3
Հոգեբանական մոտիվացիայի համակարգ	15,3	41,7	26,4	16,6
Նյութական մոտիվացիայի համակարգ	7,7	33,3	30,8	28,2
Տեղեկատվ ու թյան ապահովման համակարգ	23,5	50,6	18,5	7,4
Փաստաթղթաշրջանա ռ ու թյան	17,3	38,3	16	28,4
Որակավորման բարձրացման համակարգ	22,5	40	25	12,5

Բժիշկները հիմնականում բավարարված են  
 որակավորման բարձրացման համակարգից (40%):  
 Աշխատանքի վարձատրման համակարգը, փաստաթղթա-  
 շրջանառությունը և բժշկական  
 սարքավորումներով ապահովվածությունը եղել են  
 հիմնական ոչ բավարարվածությունն առաջացնող  
 գործոններ: Միաժամանակ անհրաժեշտ է  
 ուշադրություն դարձնել բուժանձնակազմի  
 իրազեկման բարձրացման վրա (տեղեկատվության  
 ապահովման համակարգից դժգոհ են 24,7%-ը):  
 Հետազոտության արդյունքներից էլնելով մենք  
 առաջարկում ենք ԱԱՊ օղակի գործունեության  
 կատարելագործման մոտեցումներ: ԱԱՊ օղակի  
 բժիշկների աշխատանքի կազմակերպման  
 կատարելագործման ծրագրում կարևորվում է  
 փաստաթղթերի վարման կարգի, կանխարգելիչ  
 միջոցառումներին արդյունավետության  
 բարձրացումը, դիսպանսեր հսկողության  
 արդյունավետ կազմակերպման նոր մոտեցումների  
 ներդրումը, տնային կանչերի սպասարկման որակի  
 բարելավումը: Այս մոտեցումների իրականացման  
 համար անհրաժեշտ է բարեփոխել ԱԱՊ օղակի նյութա-  
 տեխնիկական բազան, ապահովել տեղամասային  
 թերապևտի, շտապ բուժօգնության ծառայության և  
 հիվանդանոցային օգնության կոորդինացիա և  
 հաջորդականություն, կազմակերպել նեղ  
 մասնագետի ընդգրկում տնային պայմաններում  
 խորհրդատվական ծառայություն մատուցելու  
 համար, հիվանդանոցային բուժօգնությանը  
 փոխարինող նոր տեխնոլոգիաների ներդրում,  
 մասնավորապես ախտորոշման էքսպրես մեթոդների  
 կիրառում, տնային կանչերի դեպքում լաբորատոր-  
 ախտորոշիչ ծառայության ծավալների ընդար-  
 ձակում:

Այսպիսով, ցերեկային ստացիոնարը, տնային ստացիոնար բուժման ձևերը ընդլայնում են ամբուլատոր ծառայության ծավալները և հանդիսանում են ԱԱՊ օղակի կազմակերպման նոր մոտեցումներ: Ապացուցված է նաև հիվանդների համար այդ բուժօգնության ձևերի բժշկական, սոցիալական և տնտեսական արդյունավետությունը [74]: Սակայն, մինչ օրս էլ դրանք լայն ներդրում չեն գտել ՀՀ առողջապահական համակարգում:

Կարևորվում է նաև բնակչության առողջության պահպանման հարցերում միջին բուժանձնակազմի դերի բարձրացումը:

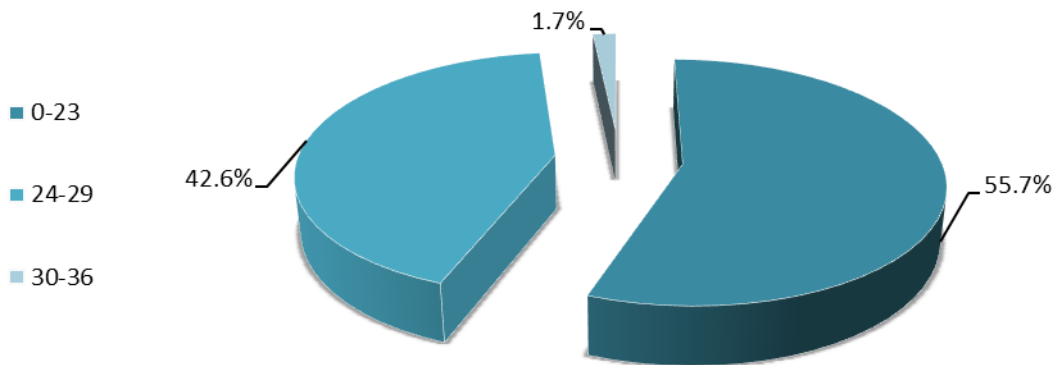
Այստեղ կարևորվում է բժշկի և միջին բուժանձնակազմի պաշտոնների նկարագրի ներդրումը: Կարելի է ԱԱՊ օղակում ստեղծել միջին բուժանձնակազմի բրիգադ, որի կազմում կլինեն տեղամասային, ֆիզիոթերապևտիկ կաբինետի բուժքույրերը և սոցիալական աշխատողը: Այն կարող է ապահովել բժշկի նշանակումների, վիրակապությունների, արյան զարկերակային ճնշման չափում, ինչպես նաև միջարք ֆիզիոթերապևտիկ միջամտությունների լիարժեք ծավալով կատարում:

**3.6 Երևանի քաղաքային տարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունները մեկնեցրելի կառավարման հմտությունները գնահատում**

Առաջնորդությունը սահմանվում է անհատական բնավորության գծերի, վարքագծի, այլ մարդկանց վրաներգործելու, շփման ձևերի, վարչական դիրքի միջոցով: Գոյություն ունեն առաջնորդության բազմաթիվ սահմանումներ, որոնք ներառում են ենթադրություններ, որ առաջնորդությունը ներառում է ազդեցության գործընթաց է, որում մեկ անհատը ազդում է այլ մարդկանց վրա՝ կառավարելու

գործողությունները, ինչես նաև կանոնակարգելու տվյալ կազմակերպություններում իրավահարաբերությունները [148]:

Ըստ հետազոտության տվյալների, հետազոտության մասնակցած մենեջերների 55,7%-ն ունեցել է հարմարվողականության ցածր մակարդակ (0-23 բալլ), 42,6%-ը՝ միջին (24-29 բալլ), իսկ 1,7%-ը՝ բարձր (30-36 բալլ) մակարդակ (գծ. 16):



**Գծապատկեր 16.** Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բոլոր ժեստատություններին տարբեր մակարդակի մենեջերների առաջնորդության հարմարվողականության ճիգնահատումը ստմակարդակների (%)

Մենեջերների առաջնորդության հիմնական ճերքը ներկայացված են աղյուսակ 21-ում: Անհրաժեշտ է նշել, որ 20% դեպքերում դեկավարները միաժամանակ ունեցել են մեկից ավելի առաջնորդության առաջնային ճ: Առավել տարածված են առաջնորդության 2-3 (47,2%) և 1-2 (29,6%) ճերքը:

**Աղյուսակ 21**

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բոլոր ժեստատություններին տարբեր մակարդակի մենեջերների առաջնորդության տարբեր ճերքի հանդիպամ հաճախականությունը

Առաջնորդության ճ	n	P±m
Ոճ 1-2	42	29,6±3,8**
Ոճ 1-3	16	11,3±2,7**
Ոճ 1-4	4	2,8±1,4
Ոճ 2-3	67	47,2±4,2**
Ոճ 2-4	3	4,2±1,7*

Ոճ 3-4	7	4,9±1,8*
*P<0,05 **P<0,001		

Ոճ 1-2 պրոֆիլի առաջնորդները (29,6%) կարող են բարձրացնել և իջեցնել իրենց փոխհարաբերություններին վարքագիծը, բայց առանց վարչարարության իրենց հարմարավետ չեն գտնում: Ըստ P. Hersey-ի, դրանք այն մենեջերներն են, ովքեր դառնում են այլ բժիշկների վերահսկող, բայց հակված չեն թողնելու բուն բժշկությունը: Այս պրոֆիլի մենեջերները հակված են արդյունավետ լինել նույնիսկ պատրաստակամության ցածրից միջին մակարդակների պայմաններում:

Ոճ 2-3 պրոֆիլի առաջնորդները (47,2%) հակված են հաջողություններ աշխատելու պատրաստակամության միջին մակարդակ ունեցող անձանց հետ, սակայն դժվարանում են իրականացնել գործառնություններ կարգապահական խնդիրներ ունեցող և անպատրաստ աշխատանքային խմբերի հետ: Այս ոճը առավել հաճախ հանդիպողն է ԱՄՆ-ում և կրթական բարձր մակարդակ ունեցող զարգացած երկրներում: Այս ոճի առաջնորդները պետք է սովորեն նաև կիրառել Ո1 և Ո4 ոճերը: Օգտագործել Ո1 ոճը՝ կկարողանան ցածր պատրաստակամության տեր մարդկանց մակարդակը բարձրացնել և իրականացնել կարգապահական բնույթի միջամտություններ: Մենեջերները կկարողանան օգտագործել Ո4 ոճը, եթե առաջնորդը ցանկանում է հասնել մարդկանց լիարժեք ինքնադրսևորման և նրանց պոտենցիալի լիակատար բացահայտման:

Պետք է նշել, որ առաջնորդության չորս հիմնական ոճերի միաժամանակ տիրապետել են հետազոտության մեջ ընդգրկվածների 9,6%-ը (n=11): Սակայն իրավիճակի ճիշտ ախտորոշման և ոճի

փոփոխման համար մենեջերը միաժամանակ պետք է ունենան նաև հարմարվողականության բարձր մակարդակ: Այս ցուցանիշն արձանագրվել է միայն 1,7% դեպքերում:

Այսպիսով, Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ունենեցրի մենեջերների կառավարման հմտության ունենեցրի ուսումնասիրմանն ուղղված հետազոտության արդյունքները հիմք են հանդիսացել ենթադրել, որ շարունակական մասնագիտական զարգացման ծրագրերում պետք է մեծ տեղ հատկացվի առաջնորդության դասընթացների կազմակերպմանը: Այն կխթանի բժիշկների և բժիշկ-մենեջերների ճիշտ կառավարման, կազմակերպչական հմտության ունենեցրի ձևավորմանը:

**3.7. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ունենեցրում բուժօգնության որակի բարելավման համալիր միջոցառումների արդյունավետության փորձարարական գնահատում**

Առաջարկվող փորձարարական գնահատման մեթոդաբանության ունենալն անցել է նախնական փորձաքննության թիվ 5 պոլիկլինիկայի բազայի վրա:

Թերապևտիկ պրոֆիլի պացիենտների հետազոտության կազմակերպումը մինչև 3 օր ԱԱՊ օղակում 51,7%-ից դարձել է 67,3% ( $P < 0,05$ ): Ցուցանիշը բարձր է եղել սրտի քրոնիկ ռևմատիկ հիվանդության, արյան ճնշման բարձրացմամբ բնութագրվող հիվանդության, սրտի իշեմիկ հիվանդության, թոքաբորբի, բրոնխիալ ասթմայի դեպքում (աղ. 22):



**Աղյուսակ 22**

Տեղամասային թերապևտիկ ողմից ժամանակին հետազոտվելու ցուցանիշի բարելավման միտումները էքսպերիմենտի պայմաններում (%)

Հիմնական հիվանդությունները ստՅՄԴ 10-ի	n	Մինչև 3 օր հետազոտվածներ			
		Առկա պայմաններ		Առաջարկվող բարեփոխումներից հետո	
		n	P±m	n	P±m
Սրտի քրոնիկ ռևմատիկ հիվանդություն (I05-I08)	35	18	52,3±8,4*	24	67,5±7,9*
Հիվանդություններ բնութագրված արյան ճնշման բարձրացմամբ (I10-I15)	39	21	52,8±8,0*	27	69,3±7,4*
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն (I20-I25)	55	28	51,0±6,7*	36	64,8±6,4*
Գրիպաթոքաբորբ (J10-J18)	56	30	53,0±6,7*	40	71,2±6,1*
Ստորին շնչակն ուղիներին քրոնիկ հիվանդություններ (J20-J22, J40-J47) (բրոնխիտներ)	45	22	49,8±7,5*	27	61,0±7,3*
Բրոնխիալ ասթմա (J45)	25	13	50,3±10,0*	16	63,7±9,6*
Ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոց (K25, K26)	49	24	48,6±7,1*	29	59,1±7,0*
Ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի բորբոքում (K29) (գաստրիտ, դուոդենիտ)	43	23	53,3±7,6*	31	72,2±6,8*
Լեղապարկաբորբ (K81) (խոլեցիստիտ)	30	16	52,4±9,1*	21	70,9±8,3*
Երիկամների խոզոկամիջանկյալային հիվանդություններ (N10-N16) (նեֆրիտներ)	35	19	54,0±8,4*	26	73,2±7,5*
*P<0,001					

Մինչև 7 օր տևողությամբ հիվանդներին հետազոտությունը կրճատվել է 1,5 անգամ և 42,7%-ից դարձել է 29,5%: Պացիենտների հետազոտության ամբողջականությունն աճել է և 65,4±4,3%-ից դարձել 81,3±6,2% (t=2.1 P<0,05), ցուցանիշը բարելավման միտում ունեցել արյան ճնշման բարձրացմամբ բնութագրված հիվանդությունների, սրտի իշեմիկ հիվանդության, բրոնխիալ ասթմի, ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցային հիվանդության ժամանակ: Ոչ

լրիվ հետազոտվածների տեսակարար կշիռը նվազել է 2անգամ (34,6%-ից դարձել է 18,7%) (աղ. 23):

Բարելավվել է պոլիկլինիկա-ստացիոնար պացիենտների հետազոտման և բուժման անընդհատությունը (ցուցանիշը 43,1%-ից դարձել է 78,7%):

Բուժօգնության որակի կարևոր ցուցանիշ է ժամանակի և ճիշտ ախտորոշումը: Ըստ հետազոտության տվյալների ախտորոշումների անհամապատասխանությունը փորձագետների և բժիշկների միջև նվազել է և 10,2%-ից նվազել է 5,3%:

Բուժօգնության ցուցաբերման բացթողումներն ու թերությունները նոր կազմակերպչական մոտեցումների պայմաններում նվազել են: Բուժման կազմակերպման դեֆեկտները  $25,3 \pm 2,9\%$ -ից դարձել են  $15,8 \pm 2,4\%$  ( $t=2.4$   $P<0,05$ ): Ցուցանիշը լավացման միտում է ունեցել հատկապես արյան ճնշման բարձրացմամբ ընթացող հիվանդությունների, բրոնխիտի, բրոնխիալ ասթմայի դեպքում:

### Աղյուսակ 23

ԱԱՊ օղակի տեղամասային թերապևտիկ ողմից պացիենտների հետազոտման ընդգրկվածությունը նոր կազմակերպչական մոտեցումների պայմաններում (%)

Հիմնական հիվանդությունները ստ. ՅՄԴ 10-ի	n	Հետազոտության ընդգրկվածություն			
		Առկա պայմաններ		Առաջարկվող բարեփոխումներից հետո	
		n	P±m	n	P±m
Սրտի քրոնիկ ռևմատիկ հիվանդություն (I05-I08)	35	20	56,8±8,4	24	68,9±7,8
Հիվանդություններ բնութագրված արյան ճնշման բարձրացմամբ (I10-I15)	39	25	64,9±7,6	31	79,2±6,5
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն (I20-I25)	55	39	71,3±6,1	48	86,4±4,6
Գրիպաթոքաբորբ (J10-J18)	56	36	64±6,4	44	78,6±5,5
Ստորին շնչակաթն ուղիների քրոնիկ հիվանդություններ (J20-J22,	45	32	70,9±6,8	40	89,7±4,5

J40-J47) (բրոնխիտներ)					
Բրոնխիալ ասթմա (J45)	2 5	17	69,7±9,2	22	87,8±6,5
Ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոց (K25, K26)	4 9	32	64,8±6,8	41	84,5±5,2
Ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի բորբոքում (K29) (գաստրիտ, դուոդենիտ)	4 3	27	62,6±7,4	33	77,9±6,3
Լեղապարկաբորբ (K81) (խլեցիտիտ)	3 0	17	55,5±9,1	21	69,8±8,4
Երիկամների խոզովակամիջանկյալային հիվանդություններ (N10-N16) (նեֆրիտներ)	3 5	26	73,3±7,5	32	90,5±5,0

Բուժման ժամանակին նշանակման ցուցանիշը աճել և 83,0±3,6%-ից դարձել է 94,1±4,5% ( P<0,001): Ցուցանիշի բարելավումը հիմնական նոզոլոգիաների ժամանակ ունեցել է տարբեր միտումներ: Այսպես արյան ճնշման բարձրացմամբ բնութագրված հիվանդությունների ժամանակ ցուցանիշի փոփոխությունը կազմել է 85,9-96,7%, սրտի իշեմիկ հիվանդության դեպքում՝ 80,7-94,5%, գրիպի և թոքաբորբի դեպքում՝ 89,7-98,2% և բրոնխիտի դեպքում՝ 85,4-95,0% (աղ . 24):

Բուժման միջին տևողության հիմնավորման ցուցանիշը բարելավվել է և 72,5%-ից դարձել է 84,3%, իսկ ոչ բավարարը՝ 18,3%-ից դարձել է 11,1% (աղ . 25):

**Աղյուսակ 24**

ԱԱՊ օղակու մտեղամասային թերապևտի մոտպացի ենտների բուժման որակի գնահատման համամետական ըստառկան նորկազմակերպչական մոտեցումների ներդրման պայմաններում

Հիմնական հիվանդությունները ստՅՄԴ 10-ի	Առկա հրավիճակ					Նոր կազմակերպչական մոտեցումների ներդրման պայմաններում				
	բուժումը նշանակված է		բուժման որակ			բուժումը նշանակված է		բուժման որակ		
	Ժամանակին	ոչ Ժամանակին	ամբողջական	ոչ ամբողջական	չհիմնավորված հետազոտություններ	Ժամանակին	ոչ Ժամանակին	ամբողջական	ոչ ամբողջական	չհիմնավորված հետազոտություններ
Սրտի քրոնիկ ռեմատիկ հիվանդություն (I05-I08)	82,2	17,8	74,9	22,0	3,1	91,3	8,7	82,4	15,8	1,8
Հիվանդություններ բնութագրված արյան ճնշման բարձրացմամբ (I10-I15)	85,9	14,1	66,9	29,1	4,0	96,7	3,3	77	20,9	2,1
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն (I20-I25)	80,7	19,3	78,0	18,8	3,2	94,5	5,5	86,5	11,6	1,9
Գրիպս թոքաբորբ (J10-J18)	89,7	10,3	82,5	13,8	3,7	98,2	1,8	91,3	7,1	1,6
Ստորին շնչականալի ներքին քրոնիկ հիվանդություններ (J20-J22, J40-J47) (բրոնխիտներ)	85,4	14,6	83,1	12,0	4,9	95,0	5	92,1	5,4	2,5
Բրոնխիալ ասթմա (J45)	83,0	17	73,8	22,8	3,4	93,8	6,2	80,6	18,0	1,4
Ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոց (K25, K26)	76,9	23,1	73,7	20,1	6,2	89,7	10,3	82,0	14,8	3,2
Ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի բորբոքում (K29)	77,6	22,4	76,8	16,8	6,4	92,4	7,6	83,3	13,3	3,4

(գաստրիտ, դուոդենիտ)										
Լեղապարկաբորբ (K81) (խոլեցիստիտ)	85,8	14,2	78,9	15,2	5,9	96,1	3,9	90,2	7,8	2,0
Երիկամների խոզոժակամիջանկյալային հիվանդություններ (N10-N16) (լեֆրիտներ)	82,7	17,3	75,6	20,3	6,1	92,9	7,1	86,4	11,9	1,7
P±m	83,0±3,6	17,0±2,1	76,4±4,5	19,1±2,2	4,5±0,9	94,1±4,5*	5,9±2,4**	85,2±6,2*	12,6±2,7*	2,2±0,4*
*P<0,001 **P<0,05										

**Աղյուսակ 25**

ԱԱՊ օղակու մտեղամասային թերապևտիկ ողմից հիվանդների բուժման միջին տևողություն հիմնավորումը ըստ առկա և նոր կազմակերպչական մոտեցումների ներդրման պայմաններում

Հիմնական հիվանդություններ ըստ ՀՄԴ 10-ի	Բուժման միջին տևողություն հիմնավորում					
	Առկա հիվանդություններ			Նոր կազմակերպչական մոտեցումների ներդրման պայմաններում		
	բավարար	նշ բավարար	ձգձգված	բավարար	նշ բավարար	ձգձգված
Սրտի քրոնիկ ռեմատիկ հիվանդություն (I05-I08)	68,0	17,8	14,2	78,4	12,3	9,3
Հիվանդություններ բնականաբար ծննդամասնաբաժնային (I10-I15)	72,7	20,9	6,4	93,6	4,2	2,2
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն (I20-I25)	73,2	14,9	11,9	90,5	5,1	4,4
Գրիպի թոքաբորբ (J10-J18)	81,4	10,4	8,2	92,0	4,6	3,4
Ստորին շնչակույրի ռիտիքային հիվանդություններ (J20-J22, J40-J47) (բրոնխիտներ)	78,9	12,1	9,0	87,1	10,5	2,4
Բրոնխիալ ասթմա (J45)	67,8	22,6	9,6	73,7	19,3	7,0
Ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոց (K25, K26)	72,8	25,2	2,0	79,2	16,7	4,1
Ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի բորբոքում (K29) (գաստրիտ, դուոդենիտ)	73,0	13,8	13,2	85,3	11,4	3,3

91

Լ Ե ղ ապարկ աբորբ (K81) (խոլ Ե ցիստիտ)	71,2	19,3	9,5	83,1	13,1	3,8
Երիկամների խոլոկոլակամիջանկյալային հիվանդություններ (N10-N16) (ուեֆրիտներ)	65,6	25,7	8,7	80,5	14,2	5,3
P±m	72,5±4,6	18,3±3,1	4,2±2,4	84,3±6,8*	11,1±1,8*	4,6±0,7*
*P<0,001						

ԱԱՊօղակի գործունեության գնահատման հիմնական ցուցանիշների փոփոխությունը նոր կազմակերպչական մոտեցումների ներդրման պայմաններում

Բուժախտորոշիչ գործընթացի փոփոխություն	Առկա պայմաններում	Նոր կազմակերպչական մոտեցումների ներդրման պայմաններում
<b>1. Զե տազո տո լ թ յ ո լ ն</b> ա. ժամանակին բ. ոչ ժամանակին	51,7	67,3
	48,3	32,7
	$\chi^2=77,3, P=0,001$	
ա. ամբողջական բ. թերի	65,4	81,3
	34,6	18,7
	$\chi^2=77,3, P=0,001$	
<b>2. Ախտորոշման համընկնելիություն</b>	90,2	95,3
	$\chi^2=4,7, P=0,03$	
<b>3. Բուժում</b> ա. ժամանակին բ. ուշացած	83,0	94,1
	17,0	5,9
	$\chi^2=17,2, P=0,001$	
ա. ամբողջական բ. թերի	76,4	85,2
	23,6	14,8
	$\chi^2=5,9, P=0,01$	
<b>4. Պլանային հոսպիտալիզացիայի ժամանակ ԱԱՊօղակից հե տազո տո լ թ յ ո լ ն ն եր ի բացակայություն</b>	43,6	21,4
	$\chi^2=4,4, P=0,001$	
<b>5. Բուժման տևողություն</b> ա. բավարար բ. ոչ բավարար գ. ձգձգված	72,5	84,3
	18,3	11,1
	9,2	5,9
	$\chi^2=18,7, P=0,001$	

Տեղամասային թերապևտի և ընտանեկան բժշկի աշխատանքի որակի կարևորագույն ցուցանիշներից է ախտորոշման որակը: Այսպես, նոր կազմակերպչական մոտեցումների ներդրման պայմաններում ախտորոշման թերությունները կրճատվել և 23,6%-ից դարձել է 14,8%, իսկ ոչ ամբողջական բուժման ցուցանիշը՝ 76,4%-ից դարձել է 85,2% (աղ. 26):

Դիսպանսեր հսկողություն արդյունավետությունը բարձրացել և 55,6±4,2%-ից դարձել է 73,3±4,7% (աղ. 27): Կազմակերպչական նոր մոտեցումների ներդրման պայմաններում բարելավվել են քրոնիկ հիվանդների դիսպանսեր հսկողություն արդյունավետությունը գնահատող

ց ու ց ա ն ի շ ն ե ր ը (աղ . 28): Դ ի ս պ ա ն ս ե ր հ ս կ ո ղ ու թ յ ա ն վ ե ր ց վ ա ծ պ ա ց ի ե ն տ ն ե ր ի ժ ա մ ա ն ա կ ի ն հ ե տ ա զ ո տ մ ա ն ց ու ց ա ն ի շ ը 55,6±4,3%-ի ց դ ար ձ ե լ է 67,3±4,1% (P=0,05): Յ ա տ կ ա պ ե ս ց ու ց ա ն ի շ ը ք ա ր ե լ ա վ վ ե լ է ս ր տ ի ի շ ե մ ի կ հ ի վ ա ն դ ու թ յ ա ն (49,2%-70,3%), ս ր տ ի ք ր ո ն ի կ ռ ն մ ա տ ի կ հ ի վ ա ն դ ու թ յ ա ն (50,7%-70,4%) և ս տ ա մ ո ք ս ի և 12-մ ա տ ն յ ա ա ղ ու խ ո ց ի (59,3%-70,2%) ժ ա մ ա ն ա կ :

**Աղյուսակ 27**

Ա Ա Պ օ ղ ա կ ու մ տ ե ղ ա մ ա ս ա յ ի ն թ ե ր ա պ և տ ի կ ո ղ մ ի ց ք ր ո ն ի կ հ ի վ ա ն դ ն ե ր ի դ ի ս պ ա ն ս ե ր հ ս կ ո ղ ու թ յ ա ն ո ր ա կ ի գ ն ա հ ա տ ու մ ը

Հ ի մ ն ա կ ա ն հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն ն ե ր (ը ս տ Յ Մ Դ 10-ի )	n	Յ ե տ ա զ ո տ ու թ յ ու ն			
		Ա ռ կ ա պ ա յ մ ա ն ն ե ր ու մ		Ն ո ր կ ա զ մ ա կ ե ր պ չ ա կ ա ն մ ո տ ե ց ու մ ն ե ր ի ն ե ր դ ր մ ա ն պ ա յ մ ա ն ն ե ր ու մ	
		n	P±m	n	P±m
Ս ր տ ի ք ր ո ն ի կ ռ ն մ ա տ ի կ հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն (I05-I08)	35	19	54,9±8,4	28	78,7±6,9
Հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն ն ե ր ք ն ու թ ա զ ր վ ա ծ ար յ ա ն ճ ն շ մ ա ն ք ա ր ձ ր ա ց մ ա մ ք (I10-I15)	39	22	56,6±7,9	27	69,9±7,3
Ս ր տ ի ի շ ե մ ի կ հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն (I20-I25)	55	33	60,8±6,6	40	72,8±6,0
Գ ր ի պ և թ ո ք ա ք ո ր ք (J10-J18)	56	33	58,4±6,6	38	68,6±6,2
Ս տ ո ր ի ն շ ն չ ա կ ա ն ու ղ ի ն ե ր ի ք ր ո ն ի կ հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն ն ե ր (J20-J22, J40-J47) (ք ր ո ն խ ի տ ն ե ր )	45	29	65,3±7,1	33	73,9±6,5
Բ ր ո ն խ ի ա լ ա ս թ մ ա (J45)	25	13	50,5±10,0	20	78,4±8,2
Ս տ ա մ ո ք ս ի և 12-մ ա տ ն յ ա ա ղ ու խ ո ց (K25, K26)	49	26	53,2±7,1	34	68,7±6,6
Ս տ ա մ ո ք ս ի և 12-մ ա տ ն յ ա ա ղ ի ք ի ք ո ր ք ո ք ու մ (K29) (գ ա ս տ ր ի տ, դ ու ո ղ ե ն ի տ)	43	24	56,1±7,6	33	75,9±6,5
Լ ե ղ ա պ ար կ ա ք ո ր ք (K81) (խ ո լ ե ց ի ս տ ի տ)	30	17	55,7±9,1	23	76,8±7,7
Ե ր ի կ ա մ ն ե ր ի խ ո ղ ո վ ա կ ա մ ի ջ ա ն կ յ ա լ ա յ ի ն հ ի վ ա ն դ ու թ յ ու ն ն ե ր (N10-N16) (և ե Ֆ ր ի տ ն ե ր )	35	16	46±8,4	24	68,9±7,8
P±m	-	-	55,6±4,2	-	73,3±4,7*

\*P<0,001

Յ ե տ ա զ ո տ ու թ յ ու ն ն ե ր ի ա մ ք ո ղ ջ ա կ ա ն ու թ յ ու ն ը ք ն ու թ ա զ ր ո ղ ց ու ց ա ն ի շ ը հ ի մ ն ա կ ա ն ն ո զ ո լ ո գ ի ա ն ե ր ի ժ ա մ ա ն ա կ ք ա ր ե լ ա վ վ ե լ և 65,1±5,0%-ի ց



դարձել է 86,4±7,0% (P< 0,05): Յուրաքանչյուր քարտեղավորում հատկապես գրանցվել է ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցի (59,4%-90,2%), և դապարկաբորբի դեպքում՝ 57,2%-91,4%:

Այսպիսով, հետազոտության տվյալները հիմնավորում են, որ անհրաժեշտ է մշակել համալիր կազմակերպչական մոտեցումներ, որոնք կապահովեն ԱԱՊ օղակի բուժօգնության որակի և մատչելիության քարտեղավորում:

ԱԱՊ օղակում տեղամասային թերապևտի մոտքրոնիկ հիվանդների դիսպանսեր հսկողության որակի համեմատական գնահատում

Հիմնական հիվանդություններ ըստ ԿԻՊ 10-ի	Առկա հրավիճակ						Նոր կազմակերպչական մոտեցումների ներդրման պայմաններում					
	Հետազոտության ժամկետներ		Հետազոտության ծավալ		Բուժառողջացուցիչ միջոցների ծավալի կատարում		Հետազոտության ժամկետներ		Հետազոտության ծավալ		Բուժառողջացուցիչ միջոցների ծավալի կատարում	
	Ժամանակին	նշանակին	լրիվ	նշանակին	լրիվ	նշանակին	Ժամանակին	նշանակին	լրիվ	նշանակին	լրիվ	նշանակին
Սրտի քրոնիկ ռևմատիկ հիվանդություն (I05-I08)	50.7	49.3	60.4	39.6	65.4	34.6	70.4	29.6	83.4	16.6	82.4	17.6
Հիվանդություններ բնութագրված արյան ճնշման բարձրացմամբ (I10-I15)	53.4	46.6	70.2	29.8	60.3	39.7	69.3	30.7	85.2	14.8	80.5	19.5
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն (I20-I25)	49.2	50.8	70.1	29.9	67.5	32.5	70.3	29.7	80.4	19.6	84.3	15.7
Գրիպի թոքաբորբ (J10-J18)	53.7	46.3	63.7	36.3	70.1	29.9	63.5	36.5	84.4	15.6	87.2	12.8
Ստորին շնչականալի ներքին քրոնիկ հիվանդություններ (J20-J22, J40-J47) (բրոնխիտներ)	55.4	44.6	65.2	34.8	60.5	39.5	58.2	41.8	87.1	12.9	89.2	10.8
Բրոնխիալ ասթմա (J45)	52.7	47.3	60.8	39.2	59.4	40.6	60.1	39.9	88.1	11.9	90.1	9.9
Ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոց (K25, K26)	59.3	40.7	75.2	24.8	58.2	41.8	70.2	29.8	84.3	15.7	87.1	12.9
Ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի բորբոքում (K29) (գաստրիտ,	60.3	39.7	59.4	40.6	55.2	44.8	73.4	26.6	90.2	9.8	92.2	7.8

դ ու լ ո ղ ե ն ի տ)												
Լ ե ղ ա պ ա ր կ ա բ ո ր բ (K81) (խ ո լ ե ց ի ս տ ի տ)	63.1	36.9	57.2	42.8	65.3	34.7	72.2	27.8	91.4	8.6	89.4	10.6
Ե ր ի կ ա մ ն ե ր ի խ ո ղ ո վ ա կ ա մ ի ջ ա ն կ յ ա լ ա յ ի ն հ ի վ ա ն դ ո լ թ յ ո լ ն ն ե ր (N10-N16) (Լ ե Ֆ Ր ի տ ն ե ր )	58.2	41.8	69.1	30.9	63.4	36.6	65.1	34.9	89.4	10.6	90.4	9.6
P±m	55.6±4.3*	44.4±3.6*	65.1±5.0*	34.9±3.8*	62.5±4.3*	37.5±3.9*	67.3±4.1*	32.7±3.8*	86.4±7.0*	13.6±3.5**	87.3±2.5*	12.7±2.4*
*P<0.05, ** P>0.05												

**3.8. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ  
օղակի բոլոր ժեսուտատու թյուններին կառավարման  
նիսկերի գնահատում և մոդելավորումը SWOT  
վերլուծության մեթոդի**

Ցանկացած համակարգի գործունեության արդյունավետությունը կախված է նիսկերի ճիշտ գնահատման և կառավարման հետ: Այն կարող է իր հերթին բերել տարբեր ֆինանսական կորուստներ: Կառավարման ինտեգրացված համակարգը հնարավորություն է տալիս իրականացնել նիսկերի օպտիմալ գնահատում և կառավարում: Այն օգնում է նվազագույնի հասցնել նյութական և կազմակերպչական ռեսուրսների ոչ արդյունավետ օգտագործման աստիճանը:

Յետագործության այս փուլում մեր կողմից մշակվել է մենեջմենթի նիսկի ինտեգրացված համակարգի կազմակերպչական-ֆունկցիոնալ մոդել:

Մոդելի կառուցման առաջին փուլում պոտենցիալ նիսկի հայտնաբերման համար մեր կողմից կիրառվել է սոցիոլոգիական հարցման մեթոդը: Այն հնարավորություն է տվել գնահատել Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բոլոր ժեսուտատու թյուններին հիմնական ներքին նիսկերը: Արտաքին նիսկերի գնահատման համար կիրառվել է PEST (համակարգի արտաքին միջավայրի գործունեության վերլուծություն՝ քաղաքականություն (Political), տնտեսագիտություն (Economic), սոցիալական ոլորտ (Social), տեխնոլոգիա (Technological)) վերլուծություն: ԱԱՊ օղակի բոլոր ժեսուտատու թյուններին ուղեղնաթուղլ կողմերի գնահատման համար իրականացվել է կազմակերպության ներքին միջավայրի վերլուծություն (աղ. 29): SWOT վերլուծությունը իրականացրել են Երևանի քաղաքապետարանի առողջապահության վարչության

կողմից երաշխավորված ԱԱՊ օղակի գլխավոր բժիշկները: Ընդգրկման համար չափանիշ է հանդիսացել աշխատանքային ստաժը, մասնագիտական որակավորումը, մասնագիտական կատարելագործումը, ինչպես նաև համակարգում մեծ հեղինակություն վայելելու փաստը:

Մեր կողմից կիրառվել է ԱԱՊ օղակի որակական ռազմավարական վերլուծության մատրիցա՝ SWOT-վերլուծություն: ԱԱՊ օղակի SWOT վերլուծության բոլոր գործոնների դիտարկման արդյունքում ընդունվել է որոշում, որը կարևոր է ԱԱՊ օղակի նպատակի և ռազմավարության հստակեցման համար:

**Աղյուսակ 29**

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների SWOT վերլուծության բաղադրիչների մոդելավորում

<p>ԱԱՊ օղակի ներքին միջավայր</p>	<p>Հավանական ուժեղ կողմեր (S).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ որակավորված մասնագետներ,</li> <li>✓ ժամանակակից սարքավորումներ,</li> <li>✓ երաշխավորված պացիենտներ,</li> <li>✓ որակի հսկողության բազմաստիճանային համակարգ,</li> <li>✓ բժշկական ծառայությունների ցուցաբերման համար անհրաժեշտ պայմաններ,</li> <li>✓ պետական աջակցություն,</li> <li>✓ բարենպաստի միջի ձևավորում,</li> <li>✓ հարմար տեղակայում</li> </ul>	<p>Առկա թուլյալ կողմեր (W).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ թուլյալ մարքեթինգային քաղաքականություն,</li> <li>✓ պետական \$ի նախնական միջոցների դեֆիցիտ,</li> <li>✓ անբարենպաստ հագեցվածություն,</li> <li>✓ բուժօգնության մատչելիության ցածր մակարդակ:</li> </ul>
----------------------------------	---	--

Արտաքին միջավայր	<p style="text-align: center;">Ակնկալվող</p> <p>հնարավորություններ (0).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ընդլայնել ծառայությունների շուկայի ծավալները,</li> <li>✓ պետական քաղաքականություն ուղղված առողջապահություն պետական սեկտորի ներդրումների աճի, բժշկական ծառայությունների որակի, մատչելիության նկատմամբ պացիենտների պահանջարկի ավելացում,</li> <li>✓ առողջապահության պետական քաղաքականություն և պացիենտների պահանջմունքի ավելացում,</li> <li>✓ նոր բժշկական ծառայությունների տեսնունդի աճի շուկայի մատչելիություն,</li> <li>✓ բժշկական ծառայությունների ցուցաբերման հարցում հարկային արտոնությունների սահմանում,</li> <li>✓ բնակչության հարաբերական ծերացում:</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Սպասվող վտանգներ (Պ).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Աշխատունակ տարիքի բնակչության թվաքանակի նվազում,</li> <li>✓ մրցակցային դաշտի ուժեղացում (մասնավոր սեկտորում մրցակիցների ավելացում),</li> <li>✓ բժշկական մասնագիտություն ցածր վարկանիշ,</li> <li>✓ քաղաքական կայունություն, պետական ֆինանսավորման անհամապատասխանությունների աշխարհում բժշկական ծառայությունների ծավալի ներքին համար, թերություններ իրավական դաշտում:</li> </ul>
------------------	--	--

ԱԱՊ օղակի SWOT վերլուծության արդյունքները հիմնավորել են, որ անհրաժեշտ է տարանջատել համակարգի ֆինանսավորման աղբյուրները, օրինակ՝ վճարովի ծառայության ծավալների ավելացում, հավաքագրված բնակչության համար հանդիսանում է ուժեղ կողմ, իսկ ապահովագրական փաթեթի գործունը՝ թուլյալ կողմ (աղ. 29):

Վերլուծության ընթացքում ԱԱՊ օղակի կառավարման ռիսկերի հայտնաբերումից հետո փորձագետների կողմից տրվել է այդ ռիսկերի քանակական գնահատական: Յուրաքանչյուր ռիսկի կառավարման ռազմավարության մշակման համար կատարվել է ըստ ազդեցության աստիճանի (բարձր, միջին, ցածր ազդեցության) այդ ռիսկի մակարդակի

առաջնակի գնահատում: Ռիսկի կարգավիճակի մատրիցային վերլուծության արդյունքում եկել ենք այն եզրահանգման, որ ԱԱՊ օղակի կառավարման վրա առավել ազդեցություն են ունենում քաղաքական և տնտեսական ռիսկերը: Ռիսկի քանակական վերլուծության համար մեր կողմից մշակվել է ռիսկի գնահատման երկու չափանիշ՝ հետևանք և հավանականություն (աղ.30):

**Աղյուսակ 30**

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժիաստատությունների հավանական ռիսկերի և դրանց հետևանքների քանակական գնահատականը

Ռիսկ	Ռիսկի հետևանք	Ռիսկի նյութականացման հավանականություն
<b>Ներքին ռիսկեր</b>		
1. Ռիսկ կապված բժշկական սարքավորումներով հագեցվածության հետ	Համակարգի վրա ազդեցության շտաբարձր մակարդակ	25-50%
2. Ռիսկ կապված համակարգի հիգիենիկ-հակահամաճարակային իրավիճակի հետ	Հիմնական գործունեության վրա բարձր ազդեցության աստիճան	(մինչև 25%
3. Ռիսկ կապված բժիշկների որակավորման մակարդակի հետ	Հիմնական գործունեության վրա բարձր ազդեցության աստիճան	25-50%
4. Ռիսկ կապված բժշկի աշխատանքային գրաֆիկի հետ	Համակարգի վրա ազդեցության բարձր մակարդակ	25-50%
5. Բուժաշխատողների առողջական վիճակի վրա բարձր ազդեցություն ունեցող ռիսկեր	Հիմնական գործունեության վրա բարձր ազդեցություն	25-50%
6. Մասնագիտական գործունեության ռիսկեր	Հիմնական գործունեության վրա սահմանափակ ազդեցություն	25-50%
7. Բժշկական ռիսկեր կապված քաղաքացիական-իրավական պատասխանատվության հետ	Հիմնական գործունեության վրա բարձր ազդեցության աստիճան	25-50%
8. Ռիսկ կապված բուժսարքավորումների, դեղորայքի, բժշկական պարագաների	Հիմնական գործունեության վրա բարձր ազդեցության աստիճան	25-50%

օգտագործման արդյունավետության հետ		
---	--	--

Ըստ հետազոտության տվյալների պարզվել է, որ ԱԱՊ օղակի հիմնական գործունեության վրա ազդող ռիսկերից 7-ն ունեն ազդեցության բարձր (25-50%), իսկ 1-ը՝ ազդեցության ցածր (մինչև 25%) աստիճան: Ըստ ռիսկերի նյութականացման հավանականության գնահատման մինչև 25% ընդգրկվել է 1 ռիսկ, իսկ 25-50%-ի սահմաններում մնացել են մնացած ռիսկերը (աղ. 30):

Գնահատելով քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներքին արտաքին և ներքին ռիսկերը, կարելի է փաստել, որ չկան համակարգը կրիտիկական վիճակի բերող ռիսկեր: Մեր կողմից գնահատվել է նաև ռազմավարական և մարտավարական մակարդակների ռիսկերը: Արդյունքում ձևավորվել է ռիսկերի գնահատման քարտեզ, որը հնարավորություն է տվել հիմնավորել ԱԱՊ օղակի ռիսկերի դիրքերը:

Այսպիսի մոտեցումը հնարավորություն է տալիս հիմնական ռիսկերի վերաբերյալ ունենալ օբյեկտիվ եզրակացություններ: Կարևոր եզրահանգումն այն է, որ առկա բարձր ռիսկերը փաստում են, որ Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունում կառավարման համակարգում առկա է հիմնախնդիրներ արդյունավետության և ապահովելու հարցում:

Հաջորդ փուլում գնահատվել են համակարգի կառավարման ռիսկերը (աղ. 31):

**Աղյուսակ 31**

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության կառավարման ռիսկերի գնահատումը ստկարևորության

Երեք առավել նշանակալ յուն	«Կարևորություն» (10 բալային համակարգ)	«Կառավարման արդյունավետության յուն» (10բալային գնահատման	«Բացասական էֆեկտի կարևորություն»
------------------------------------	---	---	--



ն Լ Ն Ե Գ Ո Ղ Ռ Ի Ս Կ Ե Ր		հ ամ ակ ար գ )	
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4 (2-3)</b>
1 (85,4%)	10	3	+7
2 (74,3%)	9	2	+7
3 (65,4%)	9	1	+8

Աղյուսակ 31-ը լրացվել է ըստ հետևյալ հարցերի պատասխանների .

1. Համաձայն է ԱԱՊ օղակի ռազմավարական մենեջերը, որ այդ ռիսկերը կան կազմակերպությունում (85,4%),
2. Համաձայն է ԱԱՊ օղակի ռազմավարական մենեջերը, որ այդ ռիսկերը կարևոր են (74,3%),
3. Տեղյակ է ԱԱՊ օղակի ռազմավարական մենեջերը, որ այդ ռիսկերն իրատեսական մակարդակում ունեն կարևորություն և նշանակություն (65,4%),
4. Ո՞ւնի կազմակերպությունը ռիսկերի կառավարման միջոցառումների պլան (25,4%),
5. Գտնո՞ւմ եք, որ կազմակերպության կառավարման ինտեգրալ մաս է կազմում ռիսկերի կառավարումը (22,7%):

Առաջարկվել է նշել երեք առավել նշանակություն ունեցող ռիսկերը: Յուրաքանչյուր ռիսկ գնահատվել է ըստ սանդղակի՝ «Կարևորություն», «Կառավարման արդյունավետություն» և այդ երկու ցուցանիշների տարբերությունը՝ «Բացասական է \$ եկտ»: Եթե «Բացասական է \$ եկտը» ստացվի դրական, ապա կարելի է փաստել, որ առկա է ռիսկերի ոչ բավարար կառավարում, իսկ բացասականի դեպքում՝ առկա է ռիսկերի հստակ կառավարում:

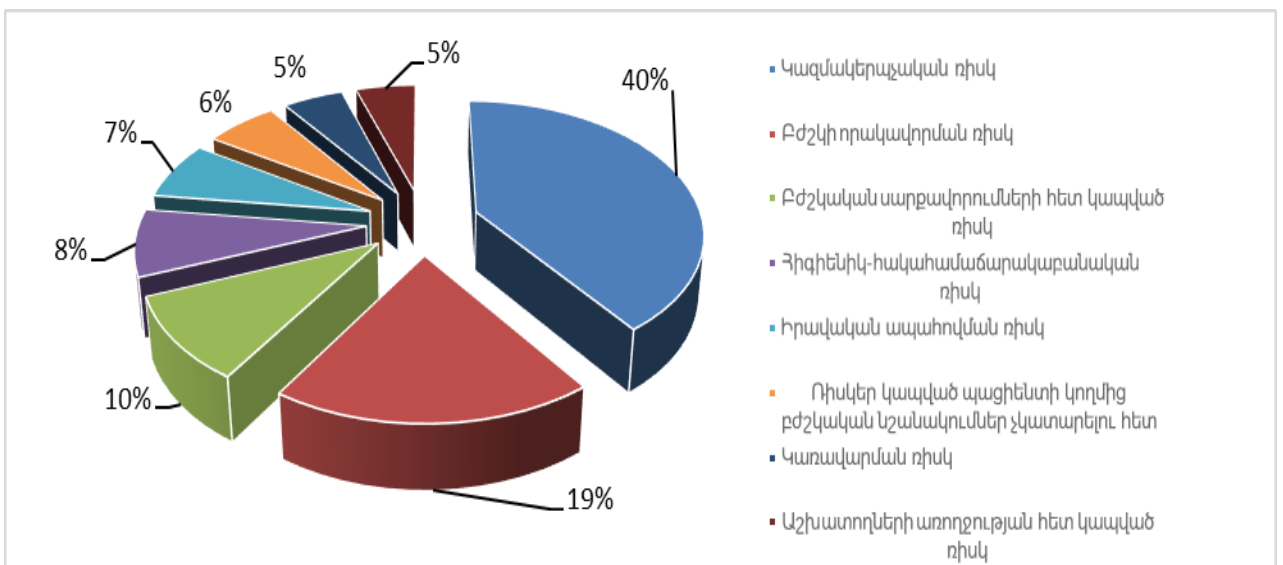
Այս քայլից հետո առաջարկվել է ռիսկերի կառավարման համակարգի ձևավորման հետևյալ փուլերը՝

- 1) Ռիսկերի որակական գնահատում, որի արդյունքում որոշվում է առավել

նշանակությունը նույնպես չեն ցուցում ռիսկերը և կազմվում են ռիսկերի պրոֆիլ:

- 2) Ռիսկերի քանակական գնահատում, որի արդյունքում որոշվում է հնարավոր կորուստների հավանականությունը և կատարվում ռիսկերի մակարդակի վրա տարբեր գործոնների ազդեցության վերլուծություն:
- 3) Ռիսկերի նվազեցման հիմնական ուղղությունների ձևավորում, որի արդյունքում հստակեցվում են անհրաժեշտ միջոցառումների պլանավորման և իրականացման հնարավորությունները:
- 4) Ընդհանուր ֆինանսական հնարավորությունների շրջանակներում ծրագրի մշակում:
- 5) Միջոցառումների հսկողություն, որի շրջանակներում հնարավորություն է առաջանում անհրաժեշտության դեպքում կատարվել անհրաժեշտ փոփոխություններ:

Այսպես, ամենամեծ չափաբաժինը կազմել է կազմակերպչական ռիսկը (40%), իսկ բժիշկների մասնագիտական որակավորման հետ կապված ռիսկին բաժին է ընկել 19% (գծ. 17):

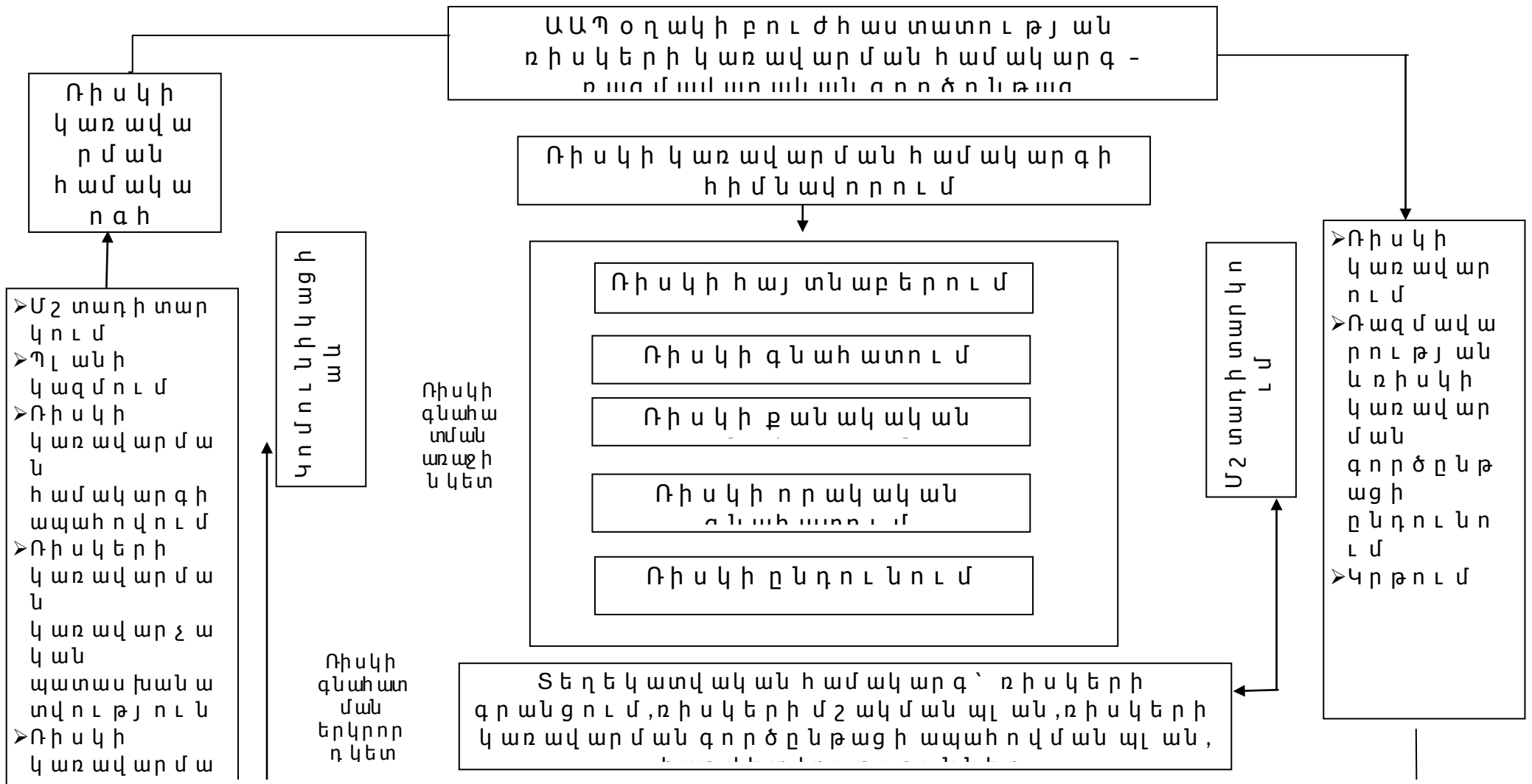


**Գծ ապատկեր 17.** Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների

կառավարման պոտենցիալ ռիսկերի կառուցվածքը ստորանցված տանգավորումների անաստիճանի (%)

Հետազոտությունների արդյունքների հիման վրա մշակվել է քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների ռիսկ-մեներջմենթի կազմակերպչական-ֆունկցիոնալ մոդել (սխեմա 2): Մոդելը միավորում է բոլոր առաջարկները, որոնք ձևավորվել են ռիսկ-մեներջմենթի և կառավարման համակարգի արդյունավետ կազմակերպման շրջանակներում: Մոդելի իրականացման շրջանակներում մշակվել է ռիսկերի կառավարման նպատակային միջոցառումների ծրագիր:

Այսպիսով, հետազոտությունների արդյունքներից պարզվել է, որ երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների ռիսկերից կրած կորուստների նվազեցումն այնքան էլ արդյունավետ ձև չէ, քանի որ առկա են ռիսկերի կրիտիկական ցուցանիշներ, որոնք խոսում են առկա համակարգի անկայունության մասին:



**Սխեմա 2. Քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բոլոր հաստատության ռիսկ-մենեջմենթի կազմակերպչական կառուցվածքային մոդել**

**3.9 Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ  
օղակի բուժհաստատությունը ներկում  
կազմակերպչական կառուցվածքի քարտեզոխում ներքին  
և քաղաքականավորված ցուցանիշներին համակարգի  
ներդրման հիմնավորումը**

ԱԱՊ օղակում BSC ներդրումը ապահովում է հեռանկարների հավասարաչափ քննարկում: Ըստ Ռոբերտ Կապլանի և Դևիդ Նորտոնի՝ հաջողված BSC համակարգն հաշվի է առնում առնվազն 4 հեռանկար՝ «Ֆինանսներ», «պացիտ», «ներքին բիզնես գործընթաց», «կրթում և զարգացում»:

Այս 4 հեռանկարները պետք է հնարավորություն ստեղծեն հիմնավորել ԱԱՊ օղակում հետևյալ հարցերի պատասխանները, ինչպիսին է «Ֆինանսների», «Պացիտներին», «ներքին բիզնես գործընթացի», «Կրթելու և զարգացման» հեռանկարները:

Առաջին փուլում BSC-ն անհրաժեշտ է մշակել մեկ կառուցվածքային միավորի համար: Այսպես, օրինակ ԱԱՊ օղակի տեղամասային թերապևտիկամ ընտանեկան բժշկի համար:

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների կառավարման համակարգի քարտեզոխում ներքին հիմնավորման համար մերկողմից կիրառվել է համակարգի բովանդակային վերլուծությունն դեկոմպոզիցիայի մեթոդը (կառուցվածքի տարրերը բաժանել, տարանջատել): Այդպիսի մոտեցման շրջանակներում համակարգի ռազմավարությունը բաժանվել է կոնկրետ ռազմավարական նպատակների ըստ ռազմավարության տարբեր կողմերի: Անհատական նպատակի ինտեգրացիան կառուցվել է այնպես, որ դրանց միջև պատճառահետևանքային կապերն արտահայտեն համակարգի ռազմավարությունը: Սակայն ռազմավարական

նպատակը պետք է կապված լինի ամբողջ համակարգի հենանկարային զարգացման որևէ մասի հետ:

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություններում BSC-ի ներդրումը նպատակի չափման կարևոր և ժամանակակից գործիք է, ինչպես նաև ռազմավարական նպատակն իրականացնելու և գնահատման նոր միջոց: BSC-ի կիրառումը նպատակ ունի հստակեցնել համակարգի ռազմավարական պլանի մշակմանը նթացքում նպատակը և այն դարձնել չափելի:

Ցուցանիշները կարելի է նույնականացնել միայն այն ժամանակ, երբ նպատակը հստակ է: Ռազմավարական նպատակի յուրաքանչյուր բաղադրիչի համար առաջարկվում է կիրառել 3-4 ցուցանիշից ոչ ավել: Առանց նպատակային գիտելիքների առկայության ռազմավարական նպատակը չափելու համար մշակված ցուցանիշները չեն կարող իրատեսական լինել: Եթե կառավարչական ցուցանիշներն Վերաբերյալ գիտելիքները բացակայում են, ապա առաջանում է BSC-ի մշակման դժվարություններ: BSC-ի ներդրման նպատակային նշանակությունը դժվարություննը կայանում է նրանում, որ անհրաժեշտ է հիմնավորել այդ ցուցանիշների իրական հասանելի մակարդակը: Պարզվել է, որ ԱԱՊ օղակի BSC-ն անհրաժեշտ է մշակել երկարաժամկետ ռազմավարական պլանավորման համար: Ցուցանիշների և դրանց նպատակային նշանակություն հիմնավորումը ռազմավարական մենեջերների համար դառնում է համակարգում առկա խնդիրների վերաբերյալ լուրջ ազդանշաններ: Այսպիսի մոտեցումը հնարավորություն է տալիս նպատակի քանակական արդյունքները համեմատել պլանավորվածի հետ:

Համակարգի նախագծերի բաշխումն ըստ BSC-ի հնարավորությունն է տալիս հստակեցնել, թե ո՞ր նախագիծն է ռազմավարական նպատակին հասնելու հարցում ունեցել նշանակալից ներդրում:

Ըստ հետազոտության արդյունքների հիմնավորվել է, որ երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություններում ռազմավարական նպատակը ըստ BSC-ի նպատակը չափելի դարձնելու հարցում ունի նշանակություն: ԱԱՊ օղակի յուրաքանչյուր ստորաբաժանման համար կարևոր է մշակել կոնկրետ ցուցանիշներ, որոնք կապ կունենան համակարգի BSC-ի հետ: Կարևորվում է նաև BSC-ի ռազմավարական կատարման հսկողության իրականացումը [101]: ԱԱՊ օղակի BSC-ի համակարգի բարելավման յուրաքանչյուր պատասխանատու պետք է պարբերաբար իրականացնի համակարգի գործունեության վերլուծությունն և գնահատում:

**Ի՞նչ ենք ստանալ ու քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություններում BSC ներդրման արդյունքում՝**

1) Համակարգի համար ռազմավարական նշանակություն ունեցող ուղղությունների իրականացմանն ուղղված նյութական և կադրային ներուժի կենտրոնացում: Հստակեցվելու է համակարգի գլխավոր նպատակը, այն իրագործելու միջոցները, ԱԱՊ օղակի ստորաբաժանումների միջև նպատակային ցուցանիշների մուտքագրման անհրաժեշտությունը:

2) ԱԱՊ օղակի յուրաքանչյուր ստորաբաժանման համար ռազմավարական նպատակի հստակեցում:

3) ԱԱՊ օղակի յուրաքանչյուր ստորաբաժանման գործողությունների արդյունքների հստակեցում: Յուրաքանչյուր նպատակի իրականացման համար

կարևոր է ցուցանիշների ճիշտ ընտրությունը: Այդ ցուցանիշների սպասվելիք մակարդակին հասնելը գործընթացի յուրաքանչյուր մասնակցին հնարավորություն է տալու հասկանալ իր դերը համակարգի ռազմավարության իրականացման ամբողջ գործընթացում:

4) «Վերևից ներքև» ռազմավարության իրականացման գործընթացի կառավարելիությունը: Այդ դեպքում համակարգն իր մենեջերի ձեռքում դառնալու է նպատակին հասնելու արդյունավետ գործիք:

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների կազմակերպչական կառուցվածքն իրենից ներկայացնում է գծային ֆունկցիոնալ մոդել: Այսպիսի մոդելը նախատեսում է համակարգի ուղղահայաց կազմակերպչական վերահսկողությունը: Կախված կատարվող գործողությունների տեսակից և մասնագիտական որակավորումից՝ աշխատակիցները խմբավորված են բաժիններում: Աշխատակիցների խմբավորումն ըստ համապատասխան խնդրի կատարման և միատարրության հնարավորություն է տալու ապահովել ծավալային էֆեկտ, որն էլ իր հերթին կբերի առկա ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման:

Ըստ հնարավորության արդյունքների կարևորվում է մասնագիտացված աշխատանքային խնդիրների առավելագույն խոշորացումը, որը հնարավորություն կտա թիմի մեջ միավորել աշխատակիցներին ըստ իրենց հնարավորությունների:

Կառավարման սկզբունքներին համապատասխան առաջարկվում է ղեկավարի և ենթակայության աշխատողների հարաբերակցության նոր մոտեցումներ: Անհրաժեշտ է ձգտել



հարաբերություններին այնպիսի օպտիմալացման, երբ դեկավարի աշխատանքային ծանրաբեռնվածություն փոքր աճը կարող է ապահովել ԱԱՊ օղակի աշխատանքի արդյունավետության բարձրացում: Գործնականում այսպիսի սկզբունքի իրականացումը դժվար է, քանի որ բացակայում են կառավարման նոր մոտեցումների գիտական հիմնավորվումը:

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություններում գծային-Ֆունկցիոնալ կառուցվածքն ապահովում է կառավարչական աշխատանքի այնպիսի բաշխում, որի դեպքում կառավարման գծային օղակը կոչված է կառավարելու, իսկ ֆունկցիոնալը՝ իրականացնելու ծառայություններ:

Քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություններում առաջարկվող կառավարման մոդելում ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկն իր գործառնությունները իրականացնում է որպես նազամավարական բիզնես-միավոր: Այս օղակը տնօրինում է բոլոր կրեդիտները և կոորդինացնում աշխատանքները:

**Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի կառավարման համակարգի բարեփոխման մոդել**

ԱԱՊ օղակի գործունեության վերլուծությունը հնարավորություն է տվել հիմնավորել, որ ԲՕՈ-ի ապահովման համակարգում առավել կարևոր է կառուցվածքային արդյունավետության ճիշտ կառավարումը, ինչպես նաև ծառայությունների մատուցման հմտությունների, ծավալի և տեսակի ընդլայնման հնարավորությունների ներդրումը:

Ներկա պայմաններում քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություններում վճարովի ծառայությունների ծավալի ավելացումը և ՊՆԾ-ի

կատարողականն ունի հակասական հարաբերակցություն: Այսպես, օրինակ՝ պետական կառույցների կողմից բարձր և ցածր աստիճանի հսկողություն, ծառայությունների որակի մակարդակի թույլ և բարձր մրցակցություն:

ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների ռազմավարական հնարավորությունների բազմակողմանի վերլուծությունը թույլ է տալիս գալ այն եզրահանգման, որ առաջնային օղակն ունի թույլ հնարավորություններ իրականացնելու իր առջև դրված ռազմավարական նպատակը, եթե համակարգում չեն երդրվի ևրացուցիչ ռեսուրսներ և չիրականացվի կազմակերպչական տեխնոլոգիական վերականգնումներ:

Ընդհանրացնելով երևանի քաղաքապետարանի ենթակայություն ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություններ կառավարման բնութագրիչները, այն հիմք է հանդիսացել մեր կողմից իրականացնել կազմակերպչական ներքին միջավայրի վերլուծություն և ձևավորել կազմակերպչական հիմնախնդիրների դաշտը (աղ. 32):

Կոշտ պետական սահմանափակ ֆինանսավորման պայմաններում և ֆիքսված բուժօգնություն ծավալների շրջանակներում բյուջետային կազմակերպչական կայունություն հնարավոր է ապահովել միայն ծախսերի օպտիմալացման և ֆինանսավորման այլ աղբյուրների ընդգրկման ճանապարհով:

**Աղյուսակ 32**

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայություն ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների կառավարման հիմնական էլեմենտների բնութագրիչները

Բազմավարություն	ԱԱՊ օղակում ներդրված ՊԼԾ շրջանակներում մատուցվող ծառայությունների ռազմավարական տարբերակում ըստ ծառայության որակի և սպասարկման մատչելիության,
-----------------	--

	կազմակերպության բարենպաստ վարկանիշի ձևավորում, որը նպատակ ունի մրցակիցների շրջանում ստանալ գերակայություններ, շուկայի ընդլայնում, բուժօգնություն որակի և մատչելիության մակարդակի բարձրացում, վճարունակ պացիենտների հոսքի ավելացում:
Կառուցվածք	ԱԱՊ օղակում գծային ֆունկցիոնալ կառուցվածքի փոխարինում ծրագրային-նպատակային կառուցվածքի
Կառավարման համակարգ	ԱԱՊ օղակի բժշկական ծառայությունների կառավարման այնպիսի համակարգի ներդրում, որը կապահովի ծառայությունների որակի, հզորությունների, նախագծերի, ծախսերի, մարքեթինգի, նորարարությունների ներդրում:
Կառավարման գործիքակազմ	Քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի մատուցած ծառայությունների պլանավորում, կանխատեսում, որակի հսկողությունը բազմաստիճան համակարգի, ֆինանսական հոսքերի հսկողություն համակարգի ներդրում:
Կառավարման ոճ	Նպատակահարմար է ԱԱՊ օղակում կառավարման դեմոկրատական ոճի ներդրում:
Անձնակազմի մասնագիտական որակավորում	Թիմում աշխատելու ունակություն, կրթվածությունը բարձր աստիճան, ինովացիաների նկատմամբ հակադրման ցածր մակարդակ, կորպորատիվ մշակույթի ձևավորում:
Համատեղ բաժանելի արժեքներ	Կազմակերպության իմիջն այսօր թույլ է տալիս ցուցաբերել ցածր որակի բուժօգնություն:

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություններում բուժօգնության կառավարման ռազմավարության շրջանակներում ընտրվել է որակյալ ռազմավարական վերլուծության մատրիցա՝ SWOT մատրիցա: Այն հնարավորություն է տալիս ներկայացնել կառավարչական որոշման ընդունման հնարավորությունը՝ հիմնվելով ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների կառուցվածքային տեղեկատվական դաշտի վերլուծության վրա:

Գնահատվել է քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների ուժեղ և թուլ կողմերը: Որպես ուժեղ կողմ կարելի է նշել ԱԱՊ օղակի հաստիքներով ապահովվածությունը, իսկ թուլ կողմը՝ բարձր որակավորում ունեցող մասնագետների բացակայություն, զարգացման և հնարավորությունների սահմանափակում, ընթացիկ գործունեության կոշտ ժամանակացույց, համակարգի թերֆինանսավորման վտանգ, բուժախտորոշիչ սարքավորումներով ոչ բավարար հագեցվածություն, ֆինանսական պատասխանատվության աստիճան, իրավական և հսկողական կարգավորման աճող ուժեղացում:

Այս ամենը սահմանափակում է ԱԱՊ բուժօգնությունների ռազմավարական հեռանկարների և այն իրականացնելու հնարավորությունների շրջանակները:

Բացի այդ, հավաքագրված պացիենտների մի մասը, որը ստանում է վճարովի ծառայություններ, կարելի է համարել պոլիկլինիկայի համար ուժեղ կողմ, իսկ պացիենտի համար՝ թուլ կողմ:

**Աղյուակ 33**

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների BSC-ի բաղադրիչների բնութագիրը

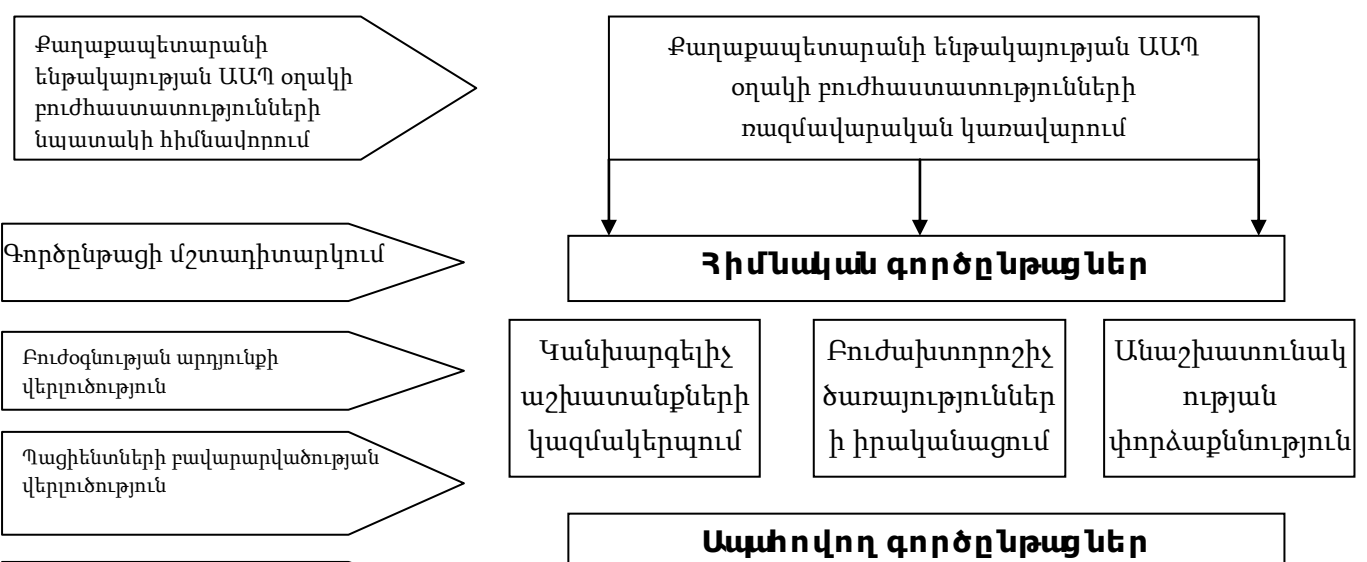
	«Ֆինանսական միջոցներ»	«Պացիենտներ»	«Գործընթաց»	«Հնարավորություններ»
1	ծախսերի օպտիմալացում, կրճատելով ԱԱՊ օղակի ոչ արտադրական ծախսերը	սպասարկման որակի բարելավում	որակի և սպասարկման հսկողության կատարելագործում	նոր ծառայությունների ներդրում
2	շուկայի ընդլայնման օգնությամբ եկամուտների ավելացում	մատուցվող ծառայության որակից պացիենտների բավարարվածություն բարձրացում	մատուցվող ծառայությունների ստանդարտացման սկզբունքների ներդրում	ինովացիոն տեխնոլոգիաների ներդրում
3	ծառայությունների	պացիենտներ	համակարգի հնարավորություններ	աշխատակիցներ

	կառուցվածքի օպտիմալացման ճանապարհով եկամտաբերության ավելացում	հարաբերության յուրօրինակ կառավարման համակարգի կառուցում	յուրևների ընդլայնում	որակավորման մակարդակի բարձրացում
4	կրեդիտավորման հնարավորության յուրևների ընդլայնում	բուժհաստատության ճանաչելիության ստիճանի բարձրացում	նեսուրսների բաշխման և ենթակառուցվածքների համակարգի օպտիմալացում	գովազդային հնարավորության յուրևների ակտիվացում

ՊԼՃ շրջանակներում ծառայությունների ստացող պացիենտների քանակի ավելացումը ԱԱՊ օղակի համար կարելի է համարել «թույլ կողմ», հատկապես բյուջետային ֆինանսավորման արտահայտված դեֆիցիտի պայմաններում:

Հսկողության տարբեր ուղղությունների միավորումը, այսինքն ներքին ֆինանսական գնահատականի և ռազմավարական հաշվետվության գործիքները հնարավոր է ցուցանիշների բալանսավորման համակարգի ներդրման պայմաններում (Balanced Score Card, BSC) (աղ. 33):

Մեր կողմից մշակվել են հիմնական սկզբունքներ և դրույթներ, որոնք կարող են ապահովել ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունում մատուցվող ծառայությունների որակը, մասնավորապես՝ ուղղվածություն դեպի արդյունք, մշտադիտարկման կիրառում, որակի ներքին աուդիտ, որակի բարելավման ռազմավարական պլանավորում (սխեմա 3):



**Սխեմա 3.** Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ  
 օղակի բուժհաստատությունների ռազմավարական  
 կառավարման մոտեցումներ

ԲՕՈ-ի գնահատման ինդիկատորների ընտրության հարցում մենք առավել ություն ենք տրվել բուժախտորոշիչ գործընթացի կրիտիկական կետերին (սխեմա 4):

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների գործունեության վերլուծության համար մեր կողմից կիրառվել է գնահատման ինտեգրալ մեթոդ: Առաջին փուլում բուժորոշող ցանցի շնորհիվ են համեմատելի: Այդ ցանցի շնորհիվ են որպես էքստենսիվ (%) և ինտենսիվ (‰) ցանցի շնորհիվ Ցուցանիշների ինտեգրալ գնահատումը կատարվել է 3փուլով.

I փուլում ցանցի շնորհիվ արժեքները բազմապատկվել են իրենց համապատասխան կշռային գործակցներով,

II փուլում գործակցները գումարվել են, յուրաքանչյուր բաժնի ցանցի շնորհիվ համար հաշվարկվել է դրանց միջին արժեքը,

III փուլում հաշվարկվել է ինտեգրալ ցանցի շնորհիվ (աղ. 34):

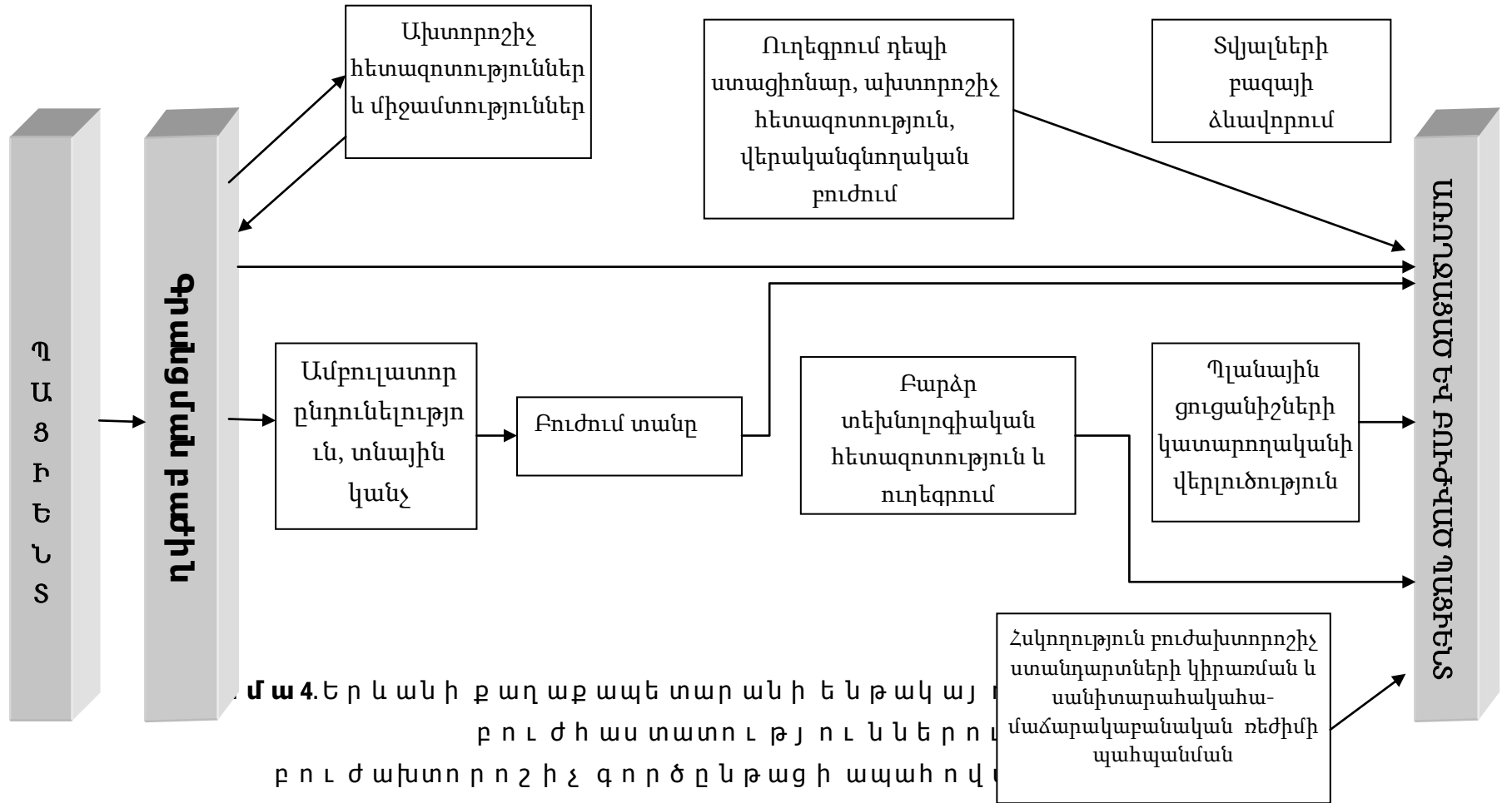
**Աղյուսակ 34**

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ  
 օղակի բուժհաստատությունների  
 գործունեության ինտեգրալ գնահատում

Ժամանակահատված	2013թ .	2014թ .	2015թ .	2016թ .
Ինտեգրալ	39,4	38,9	37,4	35,2

գնահատական (%)				
Տարբերություն (%)	-	38,9-39,4= -0,5	37,4-38,9= -1,5	35,2-37,4= -2,2

Պարզվում է, որ ԱԱՊ օղակի գործունեության ինտեգրալ գնահատման ցուցանիշը ենթարկվել է նշանակալից փոփոխության ( $\chi^2=40.7$ ,  $P<0.05$ ): Այսպես, արդյունավետության տեսանկյունից ցածր ինտեգրալ ցուցանիշ է հաշվարկվել 2016թ-ին (35,2%), որը պայմանավորված է եղել «Պացիենտներ», «Ներքին գործընթացներ» և «Ֆինանսներ» հեռանկարային ցուցանիշների նշանակություն ցածր մակարդակով: ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների համար միջին ինտեգրալ ցուցանիշը կազմել է 38,9%: Ըստ այդ ցուցանիշի գնահատման արդյունքի պարզվում է, որ առողջապահական համակարգի այս ստորաբաժանումը օգտագործում է իր հնարավորությունների ընդամենը 38,9%-ը: ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների կառավարման արդյունավետությունը բարձրացնելու համար կարևորվում է նաև առկա հիմնախնդիրների հայտնաբերումը:





Կառավարչական ճիշտ որոշում կայացնելու համար մեր կողմից վերլուծության և գնահատման է ենթարկվել յուրաքանչյուր «հեռանկարներ» բաժինը (աղ. 35):

**Աղյուսակ 35**

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներհանրապետական ինտեգրալ գնահատումն ըստ «հեռանկարներ» բաժինների (2013-2015թթ, %)

«Հեռանկարներ» բաժինները	2013թ .	2014թ .	2015թ .	2016թ .
«Պացիենտներ»	15,7	15,6	14,8	14,3
«Ֆինանսներ»	5	5	4	2
«Կրթում և զարգացում»	10,0	15,0	13,4	10,0
«Ներքին գործընթացներ»	8,7	3,3	5,2	8,9
Ինտեգրալ գնահատական	39,4	38,9	37,4	35,2

Այսպիսով, հետազոտության արդյունքները հիմնավորում են, որ Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության գործունեության արդյունքային գնահատման հարցում մեծ է «Պացիենտներ» հեռանկարի տեսակարար կշիռը: Դա է պատճառը, որ մեր կողմից նպատակի ծառի կառուցման ժամանակ այս հեռանկարի կշռային գործակցիև տրվել է ամենամեծ արժեքը:

«Ֆինանսներ» և «Ներքին գործընթացներ» հեռանկարներն ունեցել են ցածր նշանակություն: Այն պայմանավորված է ֆինանսական ցուցանիշների (ԱԱՊ օղակի ավագ և միջին բուժանձնակազմի միջին աշխատավարձ, վճարովի ծառայությունների տեսակարար կշիռ, per capita ֆինանսավորման չափ) ցածր մակարդակներով:

Կարևորվում է նաև «Ներքին գործընթացներ» հեռանկարի ցուցանիշների ցածր մակարդակի

ազդեցությունը համակարգի կառավարման վրա (ԱԱՊ  
օղակի կառավարման տնտեսապես արդյունավետ  
մեթոդների ներդրում, կանխարգելիչ գնումների  
որակի, ԲՕՈ-ի կառավարման համակարգի բարելավում,  
հիմնական ֆունկցիոնալ օգտագործման, ՊՆԾ-ի  
կատարողականի արդյունավետության բարձրացում):

Այսպիսով, մեր կողմից ընտրված  
մեթոդաբանությունը հիմք է հանդիսացել առա-  
ջարկել՝ Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության  
ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներքին կառավարման  
նպատակի ապահովման համար համակարգում ներդնել  
BSC:

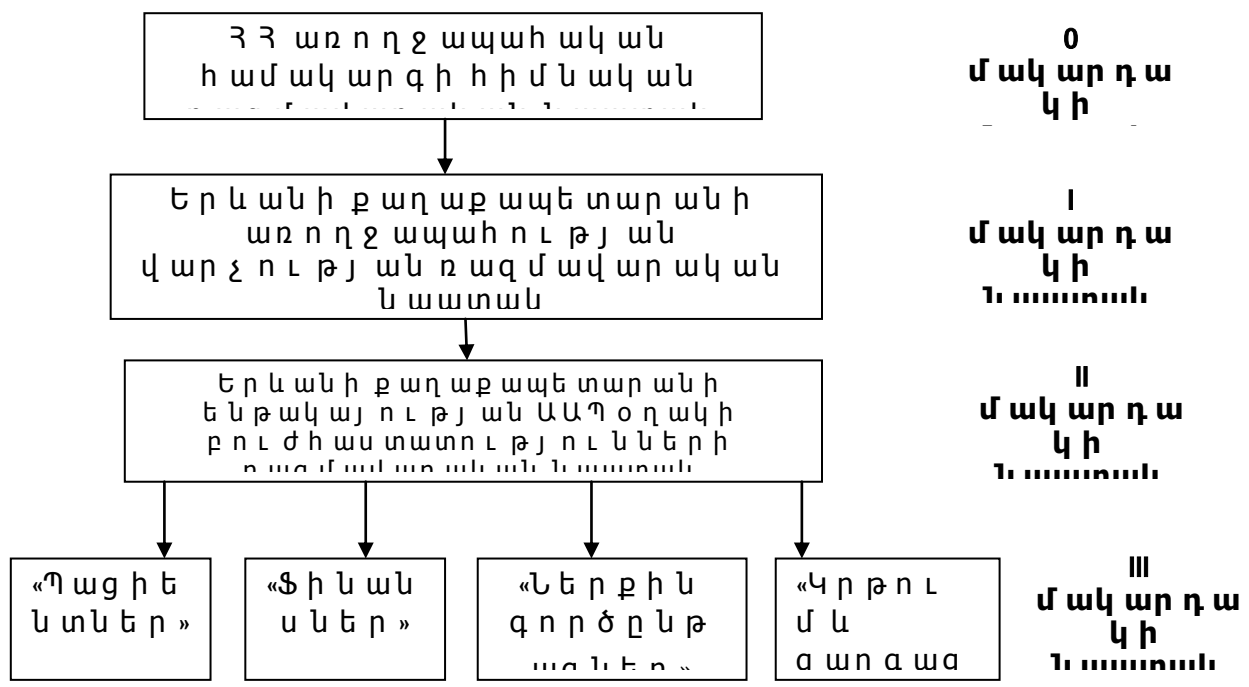
Որպեսզի BSC-ի ներդրումը լինի արդյունավետ  
կարևորվում է հստակ ձևակերպել ԱԱՊ օղակի  
բուժհաստատության գարգացման  
նազմավարությունը: Ելնելով ՀՀ ԱՆ ԱԱՊ օղակի  
գարգացման նազմավարական ծրագրից, մենք  
հստակեցրել ենք BSC-ի կառուցման հիմնական նպատակը:  
Պարզվել է, որ ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներքին  
գործունեության գնահատման ինտեգրալ մեթոդի  
ներդրումը հնարավորություն կտա գնահատել այդ  
օղակի սոցիալական արդյունքը՝ նվազեցնել  
հավաքագրված բնակչության հիվանդացության և  
բարձրացնել հիվանդությունների վաղ  
հայտնաբերման ցուցանիշների  
հնարավորությունների մակարդակը:

Ռազմավարական նպատակին հասնելու համար  
որպես հիմնական մեթոդ մեր կողմից ընտրվել է ԱԱՊ  
օղակի բուժհաստատության նպատակի  
կառուցվածքային վերլուծության մեթոդը:

Հստակեցվել է ԱԱՊ օղակի գլխավոր նպատակը (ի  
մակարդակի նպատակ)՝ բարձրացնել ԲՕՈ և

մատչելի ու թյուր, որն ուղղված է բնակչության առողջության բարելավմանը և կյանքի միջին տևողության ավելացմանը: Հիմնական նպատակի հաջորդ դեկոմպոզիցիան (II մակարդակի նպատակ) կատարվել է «Նպատակի ծառ» կառուցելու օգնությամբ: Գնահատվել է ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների գործունեությունը, որը հնարավորություն է տվել հիմնական նպատակը համաձայնացնել ՊՆԾ-ի կատարողականի հետ: Այսպիսի մոտեցման արդյունքում ձևավորվել է հիմնական ռեսուրսների օգտագործման և բաշխման արդյունավետության բարձրացման, կազմակերպության եկամուտների ավելացման բազային նպատակը:

BSC-ը հնարավորություն է տվել հստակեցնել նպատակի 4 հիմնական հեռանկարների հետևյալ ուղիները՝ «Պացիենտներ», «Ֆինանսներ», «Կրթում և զարգացում» «Ներքին գործընթացներ»: Այս խնդրի լուծման համար ընդգրկել ենք ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների փորձագետներ (սխեմա 5):



**Սխեմա 5. Երևան քաղաքի քաղաքապետարանի  
 ենթակայ ության ԱԱՊ օղակի  
 բուժօգնությունը ըստ ներքին «նպատակի ծառի»  
 կառուցման մակարդակները**

Փորձագիտական խմբում ընդգրկվել են 7 փորձագետ, որոնք ընտրվել են մեր կողմից առաջադրված չափանիշների հիման վրա: Փորձագետների առջև դրվել են հետևյալ խնդիրները՝

1) ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունը հեռանկարային զարգացման բաժինների դասակարգումը ստիբենց նշանակության, որից հետոյ ուրաքանչյուրիս ըստիբենց նշանակության տրվել է կարգային գործակից: Գործակիցների գումարը պետք է կազմի 1միավոր կամ 100%:

2) ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունը զարգացմանյ ուրաքանչյուր «հեռանկարի» ներառում, նպատակի ընտրություն (յ ուրաքանչյուր բաժնի համար 7), որը հնարավորություն կտա հասնել ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունը նազմավարական նպատակին:

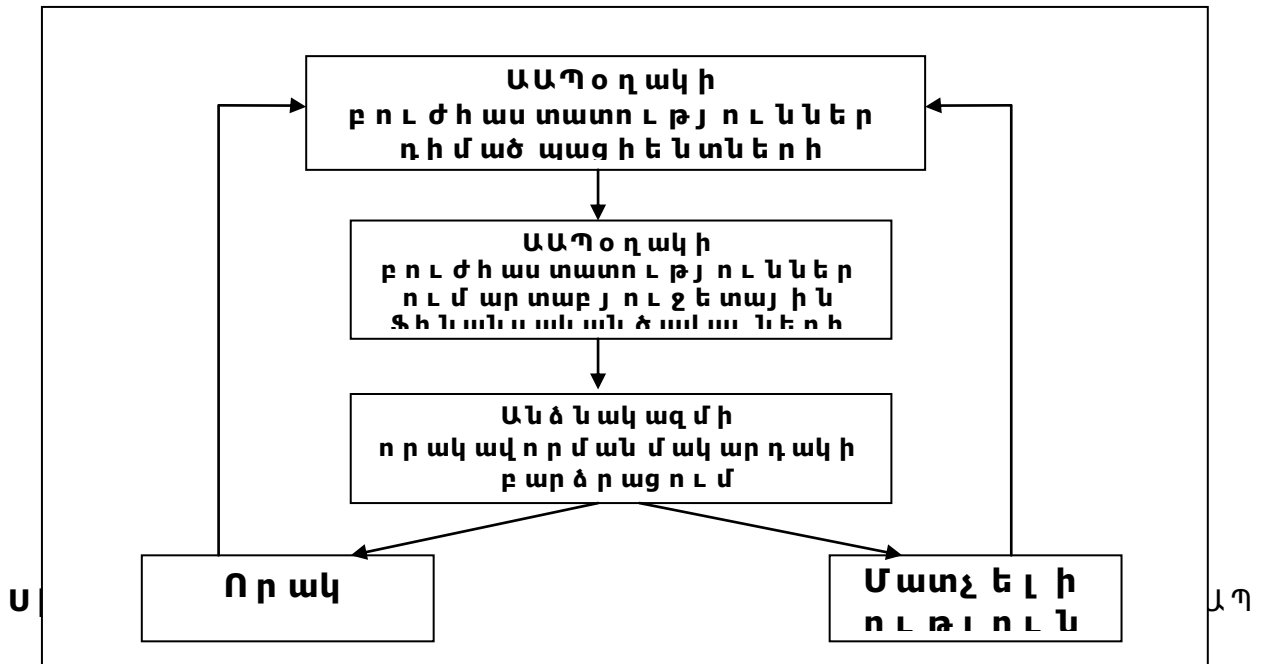
Փորձագետները գնահատել ենյ ուրաքանչյուր հեռանկարի կարևորությունը և տվել են դրանց «կշռի» գործակցի արժեք (աղ. 36):

**Աղյուսակ 36**

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունը կառավարման «Հեռանկարների» կարգային նշանակության «կշռի» գործակցի հաշվարկ

	«Հեռանկարներ»	Յ ուրաքանչյուր հեռանկարի կարգային համարը	Կշռի գործակցի արժեքը
1.	«Պացիենտներ»	2	0,3 (30%)
2.	«Ֆինանսներ»	1	0,5 (50%)
3.	«Կրթում և զարգացում»	3	0,1 (10%)

4.	«Ներքին գործընթացներ»	3	0,1 (10%)
	Ընդամենը	-	1,0 (100%)



հիմնական բաղադրիչների գրաֆիկական դիրքերը

Յաջորդ քայլով BSC-ի մեջ մտնող ցուցանիշներին տրվել է կարգային համար, որի հիման վրա կառուցվել է ԱԱՊօղակի բոլոր հաստատությունների զարգացման ռազմավարական քարտեզ: Ըստ քարտեզի տվյալների հիմնավորվել է, որ ԱԱՊօղակը բոլոր հաստատությունը ապահովված չեն որակավորված մասնագետներով, առաջնային օղակում աշխատելը ցածր սոցիալական գրավչություն ունի, ինչպես նաև ոչ ֆինանսական բաժնի բաղադրիչների փոխկապակցվածությունը և փոխազդեցությունը ապահովում է «Ֆինանսներ» հեռանկարի զարգացում (սխեմա 6):

Արդյունքում փորձագետները «Պացիենտներ» հեռանկարը համարել են ԱԱՊօղակի բոլոր հաստատությունների համար ամենակարևոր

նպատակը, իսկ մնացածը՝ գնահատվել են որպես գործոններ հիմնական նպատակին հասնելու համար:

Փորձագետները կարծիքները ամփոփվել են հաճախականությունների աղյուսակի օգնությամբ (աղ. 37):

**Այ ու ս ա կ 37**

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների նպատակի հեռանկարների փորձագիտական գնահատման արդյունքները

<b>«Հեռանկարներ»</b>				
<b>«Պացիենտներ»</b>			<b>n</b>	<b>%</b>
1.	Պոլիկլինիկական օղակից պացիենտների բավարարվածություն տեսակարար կշիռ	10	27,8	
2.	Կցագրված բնակչության առողջության պահպանումն ամրապնդում	8	22,2	
3.	Քրոնիկ հիվանդների բուժման որակի բարելավում	5	13,4	
4.	Ցուցաբերվող բժշկական ծառայությունների ընդլայնում	4	11,1	
5.	Կցագրված բնակչության մահացության նվազում	1	2,8	
6.	Աշխատունակ տարիքի բնակչության մահացության նվազում	2	5,6	
7.	Կանխարգելիչ ծառայությունների ընդլայնման ճանապարհով ընդհանուր հիվանդացության մակարդակի իջեցում	1	2,8	
8.	Ուշացած չորորակ նորագոյացությունների դեպքերի նվազեցում	5	13,9	
Ընդամենը (%)			36	100
<b>«Ֆինանսներ»</b>				
1.	Կազմակերպության արտաբյուջե տային միջոցների ծավալների ավելացում	10	27,8	
2.	Կրեդիտորական պարտքերի իջեցում	9	25,0	
3.	Բժշկական ծառայությունների շուկայում կազմակերպության մրցունակության բարձրացում	5	13,9	
4.	Ծախսերի օպտիմալացում ստացիոնարին փոխարինող օգնության ծավալների ավելացման հաշվին	6	16,7	
5.	Ծառայությունների կառուցվածքի օպտիմալացման ճանապարհով եկամուտների ավելացում	3	8,3	
6.	Ծառայությունների քանակի ավելացում	3	8,3	
Ընդամենը			36	100
<b>«Կրթում և զարգացում»</b>				
1.	Բարձրորակ մասնագետների ընդգրկում	9	25,0	
2.	Անձնակազմի կրթման և զարգացման համար ներդրումների արդյունավետության բարձրացում	7	19,4	
3.	Բուժանձնակազմի առեստացիայի մակարդակի բարձրացում	5	13,9	
4.	Հաստիքներով ապահովվածության բարձրացում	4	11,1	

Աղյուսակ 37-ի շարունակությունը

5.	Կադրերի հոսունությունը և վազեցում	8	22,2
6.	Բուժհաստատություն անձնակազմի բավարարվածությունը և բարձրացում	3	8,3
	Ընդամենը	36	100
<b>«Ներքին գործընթացներ»</b>			
1.	Բնակչության համար բուժօգնություն և մատչելիությունը բարձրացում	7	19,4
2.	Բժշկական ծառայություններին տեսակների ընդլայնում	3	8,3
3.	Արյան շրջանառություն համակարգի հիվանդություններին բնակչության ավտոմատացված համակարգի ներդրում	5	13,9
4.	Հիմնական ֆունդերի օգտագործման արդյունավետությունը բարձրացում	4	11,1
5.	Կառավարման տնտեսապես ավելի արդյունավետ մեթոդների ներդրում	3	8,3
6.	Բուժօգնություն որակի բարելավում	3	8,3
7.	Որակի կառավարման ISO 9000-ի ներդրում	2	5,6
8.	Կանխարգելիչ զննումների որակի բարելավում	4	11,1
9.	Նյութատեխնիկական բազայի բարելավում	5	13,9
	Ընդամենը	36	100

Ելնելով Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություններին կառավարման համակարգի առանձնահատկություններին և մեր կողմից հիմնավորվել է BSC-ի կառուցվածքի 4 հեռանկարների հիմնական նպատակները (աղ. 38):

**Աղյուսակ 38**

BSC-ի կառուցվածքի հեռանկարների բովանդակությունն ըստ ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություններին հիմնական նպատակի

Հեռանկարի անվանումը	ԱԱՊ օղակի նպատակը
F <sub>1</sub> «Պացիենտներ»	1. Պոլիկլինիկայի կողմից սպասարկվող բնակչության բավարարվածությունը 2. Հավաքագրված բնակչության առողջության պահպանում և մրապնդում 3. Կանխարգելիչ միջոցառումների ընդլայնման ճանապարհով ընդհանուր և բուժ հիվանդացության գուցանիշների բարելավում
F <sub>2</sub> «Ֆինանսներ»	1. Արտաբյուջե տային ֆինանսական հոսքերի ավելացում 2. Ստացիոնարին փոխարինող բուժման նոր տեխնոլոգիաների ներդրում 3. Կրեդիտորական պարտքերի նվազեցում

F <sub>3</sub> «Կրթում և գարգացում»	1. Բարձր որակավորում ունեցող մասնագետների ընդգրկում 2. Կադրերի հոսունությունը անսվագեցում
F <sub>4</sub> «Ներքին գործընթացներ»	1. Բովոզություն մտնելի ության ապահովում 2. Բովոզություն որակի բարելավում 3. Կանխարգելիչ գննումներ որակի բարելավում 4. Նյութատեխնիկական կատարելագործում բազայի

Հետազոտություն հաջորդ փուլում հիմնավորվել է ԱԱՊ օղակի բուժիաստատություններին նպատակից բխող BSC-ի ներդրման քայլերը: Կատարվել է BSC-ի մեթոդաբանության շրջանակներում ցուցանիշների ընտրություն հիմնավորում: Մեր կողմից խնդրի լուծման համար հաշվի առնելով երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժիաստատություններին կառավարման առանձնահատկությունները ընտրվել է 72 ցուցանիշ (հավելված 8):

Գործունային հատկանիշների և արդյունքային ցուցանիշների կախվածությունը գնահատելու համար կիրառել ենք բազմագործունային վերլուծություն մեթոդը:

$$Y = S(X_1, X_2, X_3, \dots, X_n)$$

Ցուցանիշները բաշխվել են 4 հիմնական հեռանկարների միջև (F<sub>1</sub>, F<sub>2</sub>, F<sub>3</sub>, F<sub>4</sub>): Ոչ ֆինանսական ցուցանիշների (X) ազդեցությունը ֆինանսականի (Y) վրա ուսումնասիրելու համար առաջին փուլում որպեսզի խավոր գործունային հատկանիշ քննարկվել է «Պացիենտներ» հեռանկարը: Հաշվարկի համար ընտրված գործունները ներկայացված են աղյուսակ 39-ում:

### Աղյուսակ 39

ԱԱՊ օղակի «Պացիենտներ», «Ֆինանսներ» հեռանկարի  
զլ խավոր ֆակտորալ գործունները

«Պացիենտներ» հեռանկարը բացահայտող գործուններ	
1.	ԱԱՊ օղակի հավաքագրված բնակչության թիվ
	X <sub>1</sub>



2.	ԱԱՊ օղակի հավաքագրված բնակչության %	X <sub>2</sub>
3.	Վիճակագրական բնակչության թիվ	X <sub>3</sub>
4.	Աշխատունակ տարիքի բնակչության %	X <sub>4</sub>
5.	0-17 տարեկան երեխաների %	X <sub>5</sub>
6.	Պացիենտներին բողոքների հաճախություն (1000 բնակչի հաշվով)	X <sub>6</sub>
7.	1 բնակչին ընկնող հաճախումների թիվ	X <sub>7</sub>
8.	ՊՆԾ-ի կատարողական (%)	X <sub>8</sub>
9.	Կանխարգելիչ հաճախումների %	X <sub>9</sub>
10.	ԱԱՊ օղակի նեղ մասնագետների հաճախումների %	X <sub>10</sub>
11.	Հիվանդացություն տարածվածություն	X <sub>11</sub>
12.	Պրոֆիլակտիկ զննումների ընդգրկվածության %	X <sub>12</sub>
13.	Պրոֆիլակտիկ զննումների հաճախություն (1000 բնակչի հաշվով)	X <sub>13</sub>

Աղյուսակ 39-ի շարունակությունը

14.	Առաջ նակի հաշման դամոկոթյուն (10000 աշխատունակ տարիքի բնակչություն)	X <sub>14</sub>
15.	Ծտաօգնություն կանչերի մակարդակ	X <sub>15</sub>
16.	Հոսպիտալիզացիայի մակարդակ (1000 բնակչի հաշվով)	X <sub>16</sub>
17.	ՍԻՀ-ից մահացություն %	X <sub>17</sub>
18.	Աշխատունակ տարիքի բնակչության մահերի %	X <sub>18</sub>
19.	Ընդհանուր մահացություն	X <sub>19</sub>
20.	ՍԻՀ-ից մահացություն (100 000 բնակչի հաշվով)	X <sub>20</sub>
<b>«Ֆինանսներ» (Y)</b>		
21.	Եկամուտ	Y <sub>1</sub>
22.	Կրեդիտորական պարտք	Y <sub>2</sub>
23.	Վճարովի հաճախումների %	Y <sub>3</sub>
24.	Կրեդիտորական պարտք %	Y <sub>4</sub>
25.	ՊԼՃ մեկ հաճախման միջին գինը	Y <sub>5</sub>
26.	Բժիշկներին միջին աշխատավարձի աճի տեմպ (%)	Y <sub>6</sub>
27.	Բուժանձնակազմի միջին աշխատավարձի աճի տեմպ (%)	Y <sub>7</sub>

Հաջորդ քայլով կառուցվել է X և Y գործոնների մատրիցային աղյուսակ (աղ. 40):

Ըստ կորելացիայի գործակիցների մատրիցային վերլուծության արդյունքների, հիմնավորվել է, որ կորելացիայի մոդելի մեջ անհրաժեշտ է ընդգրկել X<sub>3</sub>, X<sub>4</sub>, X<sub>5</sub>, X<sub>6</sub>, X<sub>7</sub>, X<sub>8</sub>, X<sub>9</sub>, X<sub>14</sub>, X<sub>15</sub>, X<sub>16</sub> փոփոխականները: Գործոնների ընդգրկման հիմք է հանդիսացել դետերմինացիայի գործակցի արժեքը (R<sup>2</sup>), որի հավաստիությունը գնահատվել է Բգործակցի օգնությամբ (աղ. 41):

**Աղյուսակ 40**

ԱԱՊօղակի բուժհաստատությունների գործունեությունը գնահատող «Պացիենտներ» և «Ֆինանսներ» հեռանկարների հետփոխկապակցված գործոնների գնահատում

Գործոն	Y <sub>2</sub>	Y <sub>3</sub>	Y <sub>4</sub>	Y <sub>5</sub>	Y <sub>1</sub>
X <sub>3</sub>	R <sup>2</sup> =0.8 p<0.05	R <sup>2</sup> =0.9 p<0.05	R <sup>2</sup> =0.8 p<0.05	0.9 p<0.05	0.9 p<0.05
X <sub>4</sub>	R <sup>2</sup> =0.8 p<0.05	-	-	0.9 p<0.05	0.9 p<0.05
X <sub>5</sub>	-	-	-	0.9 p<0.05	0.9 p<0.05
X <sub>6</sub>	0.9	0.9	-	-	0.9

	p<0.05	p<0.05			p<0.05
X <sub>7</sub>	-	-	-	0.9 p<0.05	0.9 p<0.05
X <sub>8</sub>	0.9 p<0.05	-	-	-	0.9 p<0.05
X <sub>9</sub>	-	-	-	-	0.9 p<0.05
X <sub>14</sub>	0.9	0.9	0.8	0.9	0.9
X <sub>15</sub>	0.9	-	-	0.9	-
X <sub>16</sub>	0.9	0.8	0.8	0.8	0.9
X <sub>18</sub>	0.8	0.8	0.8	0.7	0.8

Նույն տրամաբանությամբ վերլուծվել և գնահատվել է նաև «Կրթում և զարգացում» և «Ներքին գործընթացներ» հեռանկարների վրա ազդող գործոնները:

Այս վերլուծության արդյունքում կառուցվել է ցուցանիշների համակարգ, որի հիման վրա կարելի է կատարել քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներքին գործունեության վերլուծություն (աղ. 42):

#### Աղյուսակ 41

##### ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներքին գործունեության վերլուծություն

Հեռանկարի անվանումը	Նշանակություն ունեցող ցուցանիշ
«Պացիենտներ»	<ol style="list-style-type: none"> <li>ԱԱՊ օղակի 1 բնակչին ընկնող \$ի նախազորման չափաբաժին</li> <li>Պացիենտների բուժօգնությունից բավարարվածություն</li> <li>Մինչև 18 տարեկան և աշխատունակ տարիքի բնակչության կանխարգելիչ զննումներում ընդգրկվածություն</li> <li>Շտապ օգնության կանչերի հաճախականություն (1000 բնակչի հաշվով)</li> <li>Հոսպիտալիզացիայի մակարդակ (1000 բնակչի հաշվով)</li> <li>Առաջնակի հաշմանդամություն (1000 բնակչի հաշվով)</li> <li>Մեկ բնակչին ընկնող հաճախումների միջին թիվ (M)</li> </ol>
«Ֆինանսներ»	<ol style="list-style-type: none"> <li>Կրեդիտորական պարտքի տեսակարար կշիռ (%)</li> <li>Վճարովի ծառայությունների տեսակարար կշիռ (%)</li> <li>ՊՆԾ-ի 1 ԱԱՊ օղակի per capita \$ի նախազորման</li> </ol>

	միջին չափ (M) 4. Բուժանձնակազմի միջին աշխատավարձի աճի տեմպ (%)
«Կրթում և գարգացում»	1. Հաստիքներով ապահովված ություն (%) 2. Հետազոտական աշխատանքներով ընդգրկված ություն (%)
«Ներքին գործընթացներ»	1. ԱԱՊ օղակում ցերեկային ստացիոնարի պայմաններում բուժվածների (%) 2. ՊՆԾ-ով նախատեսված ԱԱՊ օղակի ծառայող ությունների ծավալներ 3. Բնակչության դիսպանսերի հսկողության ընդգրկված ություն (%) 4. ՊՆԾ-ի շրջանակներում ԱԱՊ օղակ կատարած 1 հաճախման միջին արժեքը 5. ՊՆԾ-ի շրջանակներում per capita-ի \$ ինանսական չափաբաժին

Կորելացիայի գործակիցների մատրիցայի նաղյուսակի մոդել

	Y	X <sub>1</sub>	X <sub>2</sub>	X <sub>3</sub>	X <sub>4</sub>	X <sub>5</sub>	X <sub>6</sub>	X <sub>7</sub>	X <sub>8</sub>	X <sub>9</sub>	X <sub>10</sub>	X <sub>11</sub>	X <sub>12</sub>	X <sub>13</sub>	X <sub>14</sub>	X <sub>15</sub>	X <sub>16</sub>	X <sub>17</sub>	X <sub>18</sub>	X <sub>19</sub>	X <sub>20</sub>	
Y	1																					
X <sub>1</sub>	0.5	1																				
X <sub>2</sub>	0.6	0.8	1																			
X <sub>3</sub>	-0.9	0.7	0.8	1																		
X <sub>4</sub>	-0.7	0.4	0.5	0.8	1																	
X <sub>5</sub>	0.8	0.8	0.9	0.7	0.7	1																
X <sub>6</sub>	0.7	0.9	0.8	0.9	0.7	0.8	1															
X <sub>7</sub>	0.8	0.97	0.9	0.6	0.8	0.8	0.8	1														
X <sub>8</sub>	0.87	0.8	0.7	0.8	0.8	0.9	0.9	0.8	1													
X <sub>9</sub>	0.72	0.8	0.7	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	1												
X <sub>10</sub>	0.4	0.9	0.8	0.7	0.8	0.4	0.4	0.6	0.5	0.4	1											
X <sub>11</sub>	0.5	0.8	0.9	0.5	0.7	0.6	0.5	0.6	0.7	0.6	0.6	1										
X <sub>12</sub>	0.6	0.4	0.8	0.9	0.8	0.7	0.5	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	1									
X <sub>13</sub>	0.5	0.8	0.8	0.7	0.7	0.6	0.6	0.8	0.7	0.5	0.7	0.7	0.7	1								
X <sub>14</sub>	0.8	0.8	0.8	0.9	0.8	0.9	0.8	0.9	0.8	0.8	0.9	0.8	0.7	0.7	1							
X <sub>15</sub>	0.9	0.8	0.9	0.8	0.8	0.9	0.7	0.8	0.7	0.9	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	1						
X <sub>16</sub>	0.85	0.8	0.4	0.8	0.7	0.9	0.7	0.8	0.6	0.9	0.8	0.7	0.5	0.5	0.9	0.8	1					
X <sub>17</sub>	0.4	0.4	0.3	0.3	0.4	0.2	0.4	0.5	0.5	0.6	0.5	0.6	0.5	0.4	0.4	0.6	0.6	1				
X <sub>18</sub>	0.87	0.8	0.8	0.9	0.8	0.4	0.7	0.8	0.9	0.6	0.7	0.8	0.8	0.7	0.6	0.5	0.5	0.4	1			
X <sub>19</sub>	0.5	0.4	0.3	0.3	0.4	0.2	0.4	0.5	0.5	0.6	0.5	0.4	0.3	0.4	0.5	0.5	0.5	0.6	0.7	1		
X <sub>20</sub>	0.4	0.3	0.2	0.4	0.5	0.5	0.4	0.3	0.2	0.4	0.3	0.2	0.4	0.3	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4	0.3	1	

## ԱՄՓՈՓՈՒՄ

ՀՀ պետական քաղաքական ու թյան գերակա ուղղություններին մեկը բնակչության առողջության պահպանումն ու ամրապնդումն է: Առողջապահական համակարգի բարեփոխումներին ռազմավարության հիմնական նպատակը համակարգի կառավարման բարելավումն է, որն իր հերթին ապահովելու է բուժօգնության որակ և մատչելիություն: Պարզվել է, որ հիվանդանոցային օղակի ուղեգրվածների բուժման միջին տևողությունը մեծահասակների մոտամենաբարձրն է հոգեկան և վարքի խանգարումներ դասի համար, իսկ 0-14 տ. և 15-17 տ. տարիքային խմբերում հիվանդանոցային բուժման միջին տևողությունը բարձր է եղել նորագոյացությունների դասի համար: Վարակիչ և մակաբուժական հիվանդությունների հիվանդացության ցուցանիշը բարձր է եղել 10-14 տարիքային խմբում, իսկ նորագոյացություններով հիվանդացությունը՝ 18 տ. և բարձր տարիքային խմբում: Արյան և արյունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ, առանձին խանգարումներ՝ իմունային մեխանիզմի ներգրավմամբ հիվանդացության ցուցանիշը բարձր է եղել 10-14 տարիքային խմբում: Հոգեկան խանգարումներ, վարքի խանգարումներ հիվանդացության ցուցանիշը եղել բարձր է 0-14 տ. և 18 տ. և բարձր տարիքային խմբերի համար: Արձանագրվել է մարսողական օրգանների հիվանդություններին հիվանդացության ցուցանիշի բարձր մակարդակ բոլոր տարիքային խմբերում:

Ընդհանուր հիվանդացության և կյանքում առաջին անգամ արձանագրված հիվանդացության վերլուծության արդյունքներին պարզվել է, որ չափահաս բնակչության շրջանում ընդհանուր հիվանդացության կառուցվածքում առաջին տեղում

արյան շրջանառության համակարգի (100000 բնակչի հաշվով 10582,2), երկրորդում շնչառական օրգանների (100000 բնակչի հաշվով 6342,0), երրորդում՝ ներզատական համակարգի հիվանդությունները, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներն են (100000 բնակչի հաշվով 4852,3): Չափահաս բնակչության շրջանում կյանքում առաջին անգամ արձանագրված հիվանդացության կառուցվածքում առաջին տեղում շնչառական օրգանների հիվանդություններն են (100000 բնակչի հաշվով 4900,9), երկրորդում՝ վարակիչ և մակաբուծական հիվանդությունները (100000 բնակչի հաշվով 2801,5), իսկ երրորդում՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները (100000 բնակչի հաշվով 2257,8):

Ընդհանուր հիվանդացության մակարդակի աճի միտումները պատճառ են դարձել ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունները հաճախումների 25%-ով աճի: Չափահաս հայտնաբերված հիվանդությունների կառուցվածքում ներզատական համակարգի հիվանդություններին բաժին է ըկել 31%, երկրորդ տեղում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններն են (20%), իսկ երրորդում՝ միզասեռական համակարգի հիվանդությունները (12%): Դիսպանսեր հսկողության վերցվածների գերակշիռ մասնունեցել է առողջական III խումբ:

Շտապ օգնության կանչերի 25,6%-ն ընդունվել է անմիջապես պացիենտից, 21,1%-ը՝ հարազատներից և հարևաններից, իսկ 21,3%-ը՝ առաջնային օղակի բժիշկների կողմից: Շտապ օգնության կանչերի ելքի արդյունքների վերլուծությունից պարզվել է, որ 66,3% դեպքում հիվանդը չի հոսպիտալացվել, 6,3% դեպքերում՝ հետազոտության նպատակով ուղեգրվել է ԱԱՊ օղակ, 0,6% կանչերն ունեցել են մասնագիտացված բրիգադի օգնության

անհրաժեշտություն: Կեղծ կանչերի տեսակարար կշիռը կազմել է 0,8%:

Քաղաքապետարանի ենթակայություն ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություններում ԲՕՈ-ի գնահատման համար կիրառվել է փորձագիտական գնահատման մեթոդը: Ըստ հետազոտության տվյալների 45.4% դեպքերում փորձագետները ամբողջատոր դեպքի հետազոտությունների ընդգրկվածության ծավալը գնահատել են ոչ ամբողջական, իսկ 16,5% դեպքերում՝ ոչ ժամանակին: Ոչ լրիվ հետազոտության պատճառների կառուցվածքի վերլուծության արդյունքում պարզվել է, որ դեպքերի 46.0%-ը պայմանավորված է եղել ախտորոշիչ սարքավորումների և մեթոդների բացակայությամբ, 22.7%-ը՝ լաբորատորիաների և ֆունկցիոնալ ախտորոշիչ կաբինետների ծանրաբեռնվածությամբ, 17.6%-ը՝ համապատասխան մասնագետի բացակայությամբ: Ըստ հետազոտության արդյունքների 94.9% դեպքերում պացիենտի ամբողջատոր քարտում եղել է նշված պացիենտի հիմնական հիվանդությունը, իսկ 51,9% դեպքերում՝ նաև ուղեկցող հիվանդությունը: Ըստ հետազոտության տվյալների 77.4% դեպքերում պոլիկլինիկայի տեղամասային թերապևտի կամ ընտանեկան բժշկի հիմնական հիվանդության ախտորոշումը համընկել է փորձագետների ախտորոշման հետ:

Փորձագետները փորձաքննության են ենթարկել նաև ոչ ժամանակին և սխալ ախտորոշման պատճառների կառուցվածքը: Պարզվել է, որ 49.6% դեպքերում այն պայմանավորված է եղել պացիենտի ոչ ժամանակին կամ անկանոն այցելության, 19.7%-ը՝ հիվանդության ընթացքի առանձնահատկություններով, իսկ 18.9%-ը՝ ոչ լիարժեք հետազոտությամբ:



ԲՕՈ-ի արդյունքային բաղադրիչի վրա էական ազդեցություն են ունենում բուժման ժամկետները և պացիենտին իր հիվանդության վերաբերյալ տեղեկատվության, խորհրդատվության պատշաճ մակարդակի ապահովումը: Այսպես, փորձագետները 6.8% դեպքերում բուժման գործընթացը գնահատել են ձգձգված, 6.0% դեպքերում պացիենտն իր հիվանդության վերաբերյալ չի ստացել անհրաժեշտ տեղեկատվություն և խորհրդատվություն, իսկ 48.1% դեպքերում ուղեգրվել է խորհրդատվության ներմասնագետի մոտ: Փորձագետները վերլուծության են ենթարկել և գնահատել նաև բուժման ելքերը: Պարզվել է, որ 8.1% դեպքերում ամբողջատոր բուժման ելքը եղել է առանց փոփոխության, 10.9% դեպքերում այն ավարտվել է հաշմանդամության փաստի արձանագրմամբ, իսկ 7.3% դեպքերում պացիենտը ուղեգրվել է հիվանդանոցային բուժման:

ԲՕՈ-ի արդյունքային բաղադրիչը գնահատող կարևոր ցուցանիշ է ժամանակավոր անաշխատունակության և ուղեկցվող հիվանդացության ցուցանիշը: Պարզվել է, որ 11.8% դեպքերում անաշխատունակության դեպքը եղել է չհիմնավորված: Չհիմնավորված անաշխատունակության տևողությունը գրանցվել է 76.3% դեպքերում:

Մեր կողմից վերլուծության ենթարկվել նաև տարբեր նոզոլոգիաների կապակցությամբ դիմած պացիենտների հետազոտության տևողությունը:

Պարզվել է, որ ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներքում 51,7% դեպքերում պացիենտի հետազոտությունը տևել է մինչև 30 ր, իսկ 5,6% դեպքերում 80 ր և ավելի:

Հիվանդների չհիմնավորված և ոչ ամբողջական հետազոտությունները պատճառ են դառնում բուժման միջին տևողության երկարացման, որն

ազդու է ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություններում մատուցած ծառայությունների որակի և արդյունավետության վրա:

Ըստ փորձագետների տվյալների՝ 34,6% դեպքերում պացիենտների հետազոտությունները կատարվել են ոչ ամբողջական ծավալով, իսկ 11,3% դեպքերում հիվանդության ախտորոշումն են դել է չհիմնավորված:

Պարզվել է, որ թերի հետազոտությունների պատճառների 55,3%-ը պայմանավորված է են դել պոլիկլինիկայում ախտորոշիչ սարքավորումների բացակայությամբ, 18,5%-ը՝ բուժող բժշկի անբավարար որակավորմամբ, 14,6%-ը՝ համապատասխան մասնագետի բացակայությամբ և ընդամենը 11,6%-ը՝ հիվանդության ընթացքի առանձնահատկություններով:

ԲՕՈ-ի գործընթացային բաղադրիչի արդյունավետությունն ապահովող կարևոր ցուցանիշ է պացիենտների ժամանակին և ճիշտ ախտորոշումը: Այսպես, ախտորոշման որակի փորձագիտական գնահատման արդյունքում պարզվել է, որ 11,3% դեպքերում առկա է բուժող բժշկի և փորձագետի ախտորոշումների անհամապատասխանություն: Ցուցանիշը հատկապես բարձր է դել սրտի քրոնիկ ռեմատիկ հիվանդության (17,4%), արյան ճնշման բարձրացման բնութագրված հիվանդությունների (16%), սրտի իշեմիկ հիվանդության (14%) և բրոնխիալ ասթմայի դեպքում (13%):

Ըստ փորձագետների, ախտորոշման սխալների 39,4%-ը պայմանավորված է են դել թերի հետազոտություններով, 23,9%-ը՝ բուժհաստատության գլխավոր բժշկի տեղակալի կողմից պարբերաբար հսկողության բացակայությամբ, 20,8%-ը՝ բժիշկների անբավարար

որակավորմամբ, իսկ 15,9% դեպքերում բացակայել է նեղմասնագետի խորհրդատվությունը:

Բուժման որակի փորձագիտական գնահատման արդյունքում պարզվել է, որ 19,1% դեպքերում բուժումը եղել է թերի: Յատկապես ցուցանիշը բարձր է եղել արյան ճնշման բարձրացմամբ բնութագրված հիվանդություններին (33,1%), բրոնխիալ ասթմայի (26,2%), սրտի քրոնիկ ռևմատիկ հիվանդության (25,1%), նեֆրիտների (24,4%) դեպքում: Ոչ ամբողջական բուժման պատճառներին 27,2%-ը պայմանավորված է եղել ոչ ճիշտ նուշացած ախտորոշմամբ, 23,6%-ը՝ բուժման գործընթացի նկատմամբ ոչ ամբողջական հսկողությունամբ, 20,3%-ը՝ բուժախտորոշիչ սարքավորումների բացակայությամբ, 18,2%-ը՝ հիվանդության ընթացքի առանձնահատկություններով, 10,4%-ը՝ հիվանդների կողմից նշանակված բերիկատարմամբ: Բուժման միջին տևողության հիմնավորվածության վերլուծության արդյունքում պարզվել է, որ 18,3% դեպքերում պացիենտների բուժումն ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություններում ավարտվել է ոչ բավարարժամկետներում: Ցուցանիշը բարձր է եղել նեֆրիտների (24,9%), բրոնխիալ ասթմայի (23,8%), ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցի (22,1%) և արյան ճնշման բարձրացմամբ բնութագրված հիվանդություններին (20,9%) ժամանակ: Ընդ որում, 33,4% դեպքերում ժամկետից շուտ բուժման ավարտը կապված է եղել հիվանդության ընթացքի առանձնահատկությունների հետ, 30,3%-ը՝ բուժախտորոշիչ գործընթացի նկատմամբ անբավարար հսկողության, 12,6%՝ անհրաժեշտ միջոցների և սարքավորումների բացակայության, իսկ 8,2%՝ հիվանդի ցանկությունամբ:

Բուժման ելքերի վերլուծությունից պարզվել է, որ ժամանակի և ամբողջական բուժում

ստացողներին ցվիճակի բարելավմամբ և առողջացմամբ ելք արձանագրվել է ընդամենը 14,5% դեպքերում:

Պացիենտներին ամբուլատոր-պոլիկլինիկական քարտն ունի ոչ միայն վիճակագրական, այլ նաև բժշկական և իրավաբանական նշանակություն: Ըստ հետազոտության տվյալների 71,8% դեպքերում արձանագրվել է քարտի վարման դեֆեկտներ: Դեֆեկտների կառուցվածքում 30,4%-ը բաժին է ընկել անամնեզի ոչ բավարար հավաքմանը, 18,6% դեպքերում ամբուլատոր քարտում առկա են եղել չավարտված գրառումներ, 14,5%-ը՝ բացակայել է պացիենտին խորհրդատվություն տրամադրումը, 10,3% դեպքերում առկա է եղել հսկողական և քարտատոր հետազոտությունների բացակայություն:

Պացիենտներին 67,1%-ի մոտ հիվանդությունը հայտնաբերվել է պոլիկլինիկականատարած պասիվ այցելություն, 21,9%-ը՝ ստացիոնար բուժման, իսկ 11,0%-ը՝ կանխարգելիչ բժշկական գննումների ժամանակ: Պարզվել է, որ կանխարգելիչ բժշկական գննումների ժամանակ հայտնաբերված հիվանդությունների 29,7%-ն բաժին է ընկել մարսողական, 28,6%-ը՝ արյան շրջանառության, 28,1%-ը՝ շնչառական համակարգի հիվանդությունների:

Դիսպանսեր հսկողության վերցված պացիենտներին 17,3%-ը եղել են հիպերտոնիկ հիվանդներ, 13,2%-ը՝ շաքարային դիաբետով, 13,4%-ը՝ նեֆրիտով, 13,2%-ը՝ սրտի իշեմիկ հիվանդություն, 6,8%-ը՝ ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցային հիվանդություն ունեցողներ:

Թերապիայի կամ ընտանեկան բժշկի կողմից 35,6% դեպքերում չի պահպանվել ըստ նոզոլոգիաների դիսպանսեր հսկողության պարբերաբարականությունը: Տուճանիշը բարձր է եղել ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցի դեպքում (39,5%):

Ըստ հետազոտող թյան տվյալների 38,3% դեպքերում ոչ պարբերական հսկողության պատճառ է եղել պացիենտի ոչ բարեխիղճ վերաբերմունքը իր հիվանդության նկատմամբ, 16,6%՝ բժշկի ծանրաբեռնվածությունը:

Հետազոտող թյան տվյալների վերլուծության արդյունքում պարզվել է, որ հարցվածների 71,7%-ը եղել են իգական, իսկ 28,3%-ը՝ արական սեռի: Մինչև 20 տարի քային խումբը կազմել է 2,9%, 20-39 տ.՝ 32,9%, 40-59 տ.՝ 39,7% և 60-ից բարձր՝ 24,4%: Հարցվածների 4,8%-ն ունեցել է թերի միջնակարգ, 17,2%-ը՝ միջնակարգ, 35,7%-ը՝ միջին մասնագիտական և 42,2%-ը՝ բարձրագույն կրթություն:

Ըստ սոցիոլոգիական հարցման տվյալների հարցվածների 33,5%-ն իրենց առողջական վիճակը գնահատել են լավ, 25,5%-ը նշել է, որ հազվադեպ են հիվանդանում, 29,0%-ը՝ քրոնիկ հիվանդության առկայություն, իսկ հաճախ հիվանդացողների տեսակարար կշիռը կազմել է 12,0%: Անհրաժեշտ է նշել, որ կանանց շրջանում առողջության ինքնագնահատման ցուցանիշներն եղել են ավելի բարձր համեմատած տղամարդկանց հետ:

Ընդհանուր բժիշկների կազմում տեղամասային թերապևտները կազմել են 45,7%, մանկաբույժները՝ 18,0%, ընտանեկան բժիշկները՝ 31,8%, իսկ 32,5%՝ նեղ մասնագետները: Հարցվածների 64,2%-ն ունեցել է 20 տարվա մասնագիտական աշխատանքային ստաժ, իսկ 8,6%-ը՝ մինչև 5 տարվա: Բժիշկների 85,0%-ը նշել է, որ վերջին 5 տարիների ընթացքում բարձրացրել են մասնագիտական որակավորում: Հարցվածների 88,9%-ը մշտապես օգտվում է մասնագիտական գրականությունից: Հարցվածների 18,5%-ն է կարողացել ճիշտ նշել բուժօգնության որակի որևէ բաղադրիչի բովանդակությունը: Անհրաժեշտ է նշել, որ բուժօգնության որակի 3 բաղադրիչների

բովանդակությունը վերաբերյալ ճիշտ պատասխան չի արձանագրվել:

Առաջնային օղակի աշխատանքից բժշկներին բավարարվածությունը և նեցել է առանձնահատկություններ: Այսպես, բժշկները հիմնականում բավարարված չեն բուժհաստատության

փաստաթղթաշրջանառությունից (28,4%), նյութական մոտիվացիայի համակարգից (26,9%), բժշկական սարքավորումներով հագեցվածության աստիճանից (16,3%), հարցվածների 61,7%-ը բավարարված է եղել ԱԱՊ օղակի բուժանձնակազմից, իսկ 61,3%-ը՝ վարչական հատվածի հետոնեցած փոխհարաբերություններին:

Թերապևտիկ հիվանդների հետազոտությունների կազմակերպումը ԱԱՊ օղակում մինչև 3 օր տևողությունը դեպքում բարձրացել է 51,7%-ից դարձել է 67,3% ( $P < 0,05$ ): Ցուցանիշը հատկապես բարձր է եղել սրտի քրոնիկ ռևմատիկ հիվանդության, արյան ճնշման բարձրացմամբ բնութագրված հիվանդությունների, սրտի իշեմիկ հիվանդության, թոքաբորբի, բրոնխիալ ասթմայի դեպքում: Մինչև 7 օր տևողությամբ հետազոտվածների տեսակարար կշիռը կրճատվել է 1,5 անգամ և 42,7%-ից դարձել է 29,5%: Պացիենտներին հետազոտության ամբողջականությունն աճել և  $65,4 \pm 4,3\%$ -ից դարձել է  $81,3 \pm 6,2\%$  ( $t = 2.1$   $P < 0,05$ ): Ոչ լրիվ հետազոտման ծավալում ընդգրկված հիվանդների տեսակարար կշիռը նվազել է 2 անգամ ( $34,6\%$ -ից դարձել է  $18,7\%$ ):

Տեղամասային թերապևտի և ընտանեկան բժշկի աշխատանքի որակի կարևորագույն ցուցանիշներից է ախտորոշման որակը: Այսպես, ախտորոշման թերությունները կրճատվել և  $23,6\%$ -ից դարձել է  $14,8\%$ , ամբողջական բուժման ցուցանիշը՝  $76,4\%$ -ից դարձել է  $85,2\%$ :

Ցանկացած համակարգի գործունեությունը կապված է ռիսկերի հետ, որը կարող է իր հերթին բերել տարբեր ֆինանսական կորուստների: ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների SWOT վերլուծության արդյունքները հիմնավորել են, որ անհրաժեշտ է տարանջատել ֆինանսական աղբյուրները, օրինակ՝ վճարովի ծառայության ծավալների ավելացում, հավաքագրված բնակչության համար հանդիսանում է ուժեղ կողմ, իսկ ապահովագրական փաթեթի գործունը՝ թուլլ կողմ:

Վերլուծության ընթացքում ԱԱՊ օղակի կառավարման ռիսկերի հայտնաբերումից հետո փորձագետների կողմից տրվել է այդ ռիսկերի քանակական գնահատական: Ըստ հետազոտության տվյալների ԱԱՊ օղակի հիմնական գործունեության վրա ազդող ռիսկերից 7-ն ունեցել են ազդեցության բարձր (25-50%), իսկ 1-ը՝ ազդեցության ցածր (մինչև 25%) աստիճան: Ռիսկերի նյութականացման հավանականությունը մինչև 25% ընդգրկել է 1 ռիսկ, իսկ 25-50%-ի սահմաններում մնացել են մյուս ռիսկերը:

Հետազոտության արդյունքներից պարզվել է, որ ռիսկերից կորուստների նվազեցումն այնքան էլ արդյունավետ ձև չէ, քանի որ առկա են ռիսկերի կրիտիկական ցուցանիշներ, որոնք խոսում են համակարգի անկայունության մասին:

Քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունում BSC-ի ներդրումը ապահովում է հեռանկարների հավասարաչափ քննարկում: Ըստ Ռոբերտ Կապլանի և Դևիդ Նորտոնի՝ հաջողված BSC-ը հաշվի է առնում առնվազն 4 հեռանկար՝ «ֆինանսներ», «պացիտետ», «ներքին բիզնես գործընթաց», «կրթում և զարգացում»: Այս 4 հեռանկարները պետք է հնարավորություն ստեղծեն

հիմնավորելու ԱԱՊ օղակի  
 բուժհաստատությունների «Ֆինանսների»,  
 «պացիենտների», «ներքին բիզնես գործընթացի»,  
 «կրթելու և զարգացման» հեռանկարները: Միջին  
 ինտեգրալ գուցանիշը ԱԱՊ օղակի  
 բուժհաստատությունների համար կազմել է 38,9%,  
 այսինքն առողջապահական համակարգի այս  
 ստորաբաժանումը օգտագործում է իր  
 հնարավորությունները 38,9%-ը: ԱԱՊ օղակի  
 բուժհաստատությունների կառավարման  
 արդյունավետությունը բարձրացնելու համար  
 կարևորվում է հիմնախնդիրների հայտնաբերումը:  
 Որպեսզի BSC-ի ներդրումը լինի արդյունավետ  
 կարևորվում է հստակ ձևակերպել ԱԱՊ օղակի  
 բուժհաստատությունների զարգացման  
 նազմավարությունը:

Ելնելով ՀՀ ԱՆ ԱԱՊ օղակի զարգացման  
 նազմավարական ծրագրից, մենք հստակեցրել ենք BSC-ի  
 կառուցման հիմնական նպատակը, իսկ ԱԱՊ օղակի  
 գործունեության գնահատման ինտեգրալ մեթոդի  
 ներդրումը հնարավորություն կտա գնահատել այդ  
 օղակի սոցիալական արդյունքը՝ նվազեցնել  
 հավաքագրված բնակչության հիվանդացության  
 գուցանիշի և բարձրացնել հիվանդությունների  
 վաղ հայտնաբերման հնարավորությունների  
 մակարդակը:

Այս մոտեցումների իրականացման համար  
 անհրաժեշտ է բարեփոխել ԱԱՊ օղակի  
 բուժհաստատությունների նյութա-տեխնիկական  
 բազան, ապահովել տեղամասային թերապևտի, շտապ  
 բուժօգնություն ծառայության և հիվանդանոցային  
 օգնության կոորդինացիա և հաջորդականություն,  
 կազմակերպել նեղ մասնագետի ընդգրկում տնային  
 պայմաններում խորհրդատվական ծառայություն  
 մատուցելու համար, հիվանդանոցային





## ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ օղակի բուժօգնություններում հավաքագրված բնակչության բուժնաընդհանուր հիվանդացության ցուցանիշների բացասական միտումները փաստում են, որ առկա է ԲՕՈ-ի և մատչելիության ապահովման հիմնախնդիր: Ընդհանուր հիվանդացության կառուցվածքում առաջին տեղում արյան շրջանառության համակարգի (27,2%), երկրորդում՝ շնչառական օրգանների (14,5%) հիվանդություններն են:
2. ԱԱՊ օղակի բուժօգնություններ դիմելիության կառուցվածքում առաջին տեղում ներգատական համակարգի հիվանդություններն են: Տնային կանչերի 92,2%-ը բաժին է ընկել տեղամասային թերապևտին և ընտանեկան բժշկին, իսկ շտապ օգնության կանչերի 83,8%-ը պայմանավորված է եղել անհետաձգելի վիճակներով: Պացիենտների 51,7%-ը հետազոտվել է առաջին երեք օրերի ընթացքում, իսկ ամբողջ ծավալով հետազոտվածների տեսակարար կշիռը կազմել է 35,4%:
3. Դիսպանսեր հսկողության որակի և արդյունավետության փորձագիտական գնահատման արդյունքում պարզվել է, որ պացիենտների 36,6%-ը հսկվել է ոչ պարբերաբար, 37,5%-ը՝ ոչ ժամանակին, 46,3%-ի հետազոտությունը եղել է ոչ լրիվ, 41,4% դեպքերում բուժախտորոշիչ միջոցառումներն իրականացվել են թերացումներով: Շտապ օգնության կանչերի 4,1%-ը կարող էր սպասարկվել պոլիկլինիկական օղակում: Կանչերի 2,6%-ը եղել են մասնագիտացված բրիգադի կանչ: Շտապ օգնության կանչերի ելքի արդյունքների վերլուծությունից պարզվել է,

որ 66,3% դեպքում հիվանդը չի հոսպիտալացվել, 6,3%-ը՝ ուղեգրվել է բուժօգնություններ հետազոտության համար, 0,6% դեպքերում մասնագիտացված բրիգադի օգնության կարիք է եղել, իսկ 0,8%-ը՝ եղել են կեղծ կանչեր:

4. ԱԱՊ օղակի \$ի նախազգուշացման ծավալների ավելացումը ՊՆԾ-ի շրջանակներում, վճարովի ծառայությունների որոշակի ծավալի պայմաններում չի ապահովել առողջապահական համակարգի այդ օղակի \$ի նախազգուշացման ծավալների բարելավում:
5. Քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների գործունեության վերլուծությունը բալանսավորված գուցանիշների համակարգի օգնությամբ, հնարավորություն է տվել ստացված բազմաչափի ինտեգրալ գործակցի արժեքով հիմնավորել, որ ԱԱՊ օղակի ռազմավարական ծրագիրը 2016 թ-ին կատարվել է 35,2%-ով: Ինտեգրալ գործակցի բացասական միտումները պայմանավորված են եղել BSC-ի «\$ի նախազգուշացման ծրագրի գործունեության արժեքի ցածր միջին աշխատավարձ, վճարովի ծառայությունների գործունեության արժեքի ցածր մակարդակ, per capita-ի \$ի նախազգուշացման ցածր մակարդակ) և «Ներքին միջավայր» (կառավարման տնտեսապետարաններում մեթոդների ներդրման բացակայություն, կանխարգելիչ գնումների ցածր որակ, հիմնական \$ոնդերի օգտագործման ցածր մակարդակ) հեռանկարների զարգացման ցածր մակարդակով:
6. ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների ռազմավարական կառավարման ալգորիթմի մշակումը, որը հիմնված է SWOT վերլուծության և բալանսավորված գուցանիշների համակարգի ներդրման վրա, հնարավորություն է տվել

հիմնավորել էր նաև ի քաղաքապետարանի  
ենթակայնությունը ԱԱՊ օղակի  
բուժհաստատություններին կառավարման  
համակարգի նոր մոտեցումներին ներդրման  
անհրաժեշտությունը:

## ԳԻՏԱԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

Երևանի քաղաքապետարանի առողջապահության  
վարչությանը

1. ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների կառավարման համակարգի բարեփոխումների հիմքում ընդունել կառավարման բազմաձևությունը: Այդ համակարգի կառուցվածքային օպտիմալացման նպատակով արդյունքում մշակել բուժօգնությունը ստորաբաժանումների միջև փոխհարաբերությունների ձևավորման այնպիսի նորմոտեցումների հիման վրա, որոնք կապահովեն համակարգի պլանավորման, ռեսուրսների բաշխման, կառավարման ոճի և հսկողության արդյունավետությունը: Ապահովել ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների տեղեկատվության կառավարման համակարգի ներդրում՝ որպես ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման և պլանավորման օբյեկտիվ հիմք: Համակարգի նպատակային կառավարման ալգորիթմի հիմքում ընդունել SWOT վերլուծության արդյունքները և BSC-ը:
2. Ներդնել քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների միասնական տեղեկատվական համակարգի հետևյալ բաժիններով՝ «Պացիենտի քարտ», «Վիճակագրություն», «Ֆինանսական հոսքերի կառավարման քարտ», «Կադրային հոսքերի կառավարման քարտ»:
3. Քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների կառավարման բարեփոխումների նպատակով մշակման ժամանակ անհրաժեշտ է անցում կատարել վարչարարական կառավարման մեթոդից սոցիալ-ինտեգրացվածին: Մշակել և համակարգում ներդնել ավագ և միջին բուժանձնակազմի պաշտոնների նկարագիրը:

4. ԱԱՊ օղակի կառավարման արդյունավետությունը բարձրացնելու համար ստեղծել ֆինանսական հոսքերը կառավարող կենտրոն, կառուցվածքային միավորներին գործունեության արդյունավետության համակարգ, սահմանել առողջապահական ռեսուրսների գնահատման ցուցանիշներին նվազագույն և առավելագույն մակարդակներ:
5. ԱԱՊ օղակում ներդնել մատրիցային կառավարման մոտեցումներ, որոնք ենթադրում են ֆունկցիոնալ և ծրագրային կառուցվածքի միաժամանակ օգտագործում:

**Քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունը և ներքին գլխավոր բժշկներին**

1. ԱԱՊ օղակի հաստիքացուցակի հիմնավորման ժամանակ հաշվի առնել ոչ միայն հավաքագրված բնակչության թվաքանակը, այլ նաև այդ բնակչության բժշկադեմոգրաֆիկ և հիվանդացության ցուցանիշներին միտումները:
2. ԱԱՊ օղակում զարգացնել և կատարելագործել մասնագիտացված շարժական բուժօգնությունը՝ հագեցնելով անհրաժեշտ գործիքային, և արհեստորհետագոտություններով:
3. ԱԱՊ օղակի բուժօգնության որակի և մատչելիության բարելավման հիմնական ուղղությունները պետք է լինի կանխարգելիչ աշխատանքներին հասցեականացումը, պոլիկլինիկայում թերապևտների և ներմասնագետների միջև համագործակցության բարելավումը, քրոնիկ հիվանդների դիսպանսերի սկզբնական արդյունավետության բարձրաման հարցում ընտանիքի դերի մեծացումը, բուժօգնության նոր կազմակերպչական տեխնոլոգիաների ներդրումը (ստացիոնարին փոխարինող տեխնոլոգիաներ, միջին բուժանձնակազմի բրիգադա հաշմանդամ

հիվանդներին և կենսաթոշակառուներին տնային կանչերը սպասարկելու համար):

4. Ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի դերը անհրաժեշտ է դարձնել գերակա բուժախտորոշիչ տեղեկատվական-վերլուծական, և նոգիստիկ գործընթացների ճիշտ կառավարման համակարգում, քանի որ այն հնարավորություն է կտա նվազեցնել ավելորդ (տեխնոլոգիական, ֆինանսական) գործընթացները, զսպել բուժական գործընթացի չհիմնավորված մոտեցումները, բարձրացնել բուժօգնությունն որակից և մատչելիությունից պացիենտների բավարարվածությունը:
5. ԱԱՊ օղակում վճարովի ծառայությունների ծավալը ընդլայնելու նպատակով անհրաժեշտ է դինամիկայում որոշել և մշակել պահանջարկի ձևավորման առավել արդյունավետ մարտավարություն, կատարել շուկայի սեգմենտացիա, հստակեցնել առաջնային օղակի մարքեթինգային ռազմավարությունը:

## ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Առողջապահական համակարգի 2015-2020 թվականներին զարգացման հայեցակարգ /moh.am/.
2. Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին ՀՀ օրենք /moh.am/.
3. Դավթյան Ժ. Յ., Առողջության առաջնային պահպանման համակարգում բուժօգնության որակի գնահատում Կոտայքի մարզի բուժօգնատու թյուններին օրինակով, սեղմագիր, 2013, 22 էջ .
4. Կիրակոսյան Մ. Մարդկային ռեսուրսների կառավարում և կազմակերպական վարքի հարակից հարցեր, Երևան, 2001, 220 էջ .
5. Հովհաննիսյան Ս.Գ., Դավթյան Ժ.Յ. Բուժօգնության որակի ապահովման խնդիրներին արժարժումը հայրենական և օտարերկրյա հետազոտություններում // «Հայաստանի բժշկագիտություն» Երևան 2012, №2, էջ 18-32.
6. Մարդիյան Մ.Ա., Խաչատրյան Կ.Ա., Սահակյան Կ.Ռ., Բաղրյան Ա.Մ. Ժամանակակից ավտոմատացված տեխնոլոգիաների կիրառումը բուժօգնության որակի վերլուծության համակարգում // Կարապետ Միհրանի Դեղձունյանի ծննդյան 90-ամյակին նվիրված գիտաժողովի հոդվածների ժողովածու, Երևան, 2014, էջ 74-77:
7. Տեր-Գրիգորյան Ա.Ա. Բուժօգնության կազմակերպման և ֆինանսավորման ժամանակակից մոդելների կիրառումը Հայաստանի Հանրապետությունում, Երևան 2004, 120 էջ :
8. Акопян А.С. Проблема модернизации здравоохранения 2020 и фазы институциональной трансформации сети государственных учреждений // Качественная клиническая практика. 2010. №1, с. 3-9.
9. Алымбеков К.А. Интегрированная система менеджмента качества: отраслевая специфика // Стандарты и качество, 2003, №2, с.64-65.



10. Багрян А.М., Мардиян М.А. Основные результаты изучения мотивационного профиля врачей и руководителей здравоохранения РА Наука и инновации XXI веке: актуальные вопросы, открытия и достижения, 2017, часть 1, с. 259-265.
11. Белявский А.Р. Анализ хозяйственно-экономических результатов деятельности медицинских организаций // Экономика здравоохранения, 2009, № 10, с.26–30.
12. Бирюкова Н.Б. Инвайроментальная модель инновативного управления здравоохранением // Власть, 2009, № 6, с. 72-74.
13. Брескина Т.Н. Самооценка деятельности медицинских организаций – основа их конкурентоспособности и устойчивого развития // Вестник Росздравнадзора, 2010, № 2, с.42–47.
14. Бронтвейн А.Т. Больничная помощь: стратегия непрерывного улучшения качества. Главврач. 2008. № 1. с. 5-15.
15. Бушуева Г.А., Ползик Е.В., Тюков Ю.А. Некоторые подходы к оценке эффективности экономической деятельности лечебно-профилактических учреждений // Экономика здравоохранения, 2000, № 7, с. 39–43.
16. Валид М.С, Зайцева Н.В. Комплексное сравнение систем здравоохранения в мире // Менеджер здравоохранения, 2009, № 5, с.58-64.
17. Вардосанидзе С.Л. Управление качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном учреждении // Экономика здравоохранения, 2002, №11, с.5-6.
18. Васильева Т.П., Чумаков А.С., Мушников Д.Л., Шпаковский А.Р. Технология подготовки экспертов оценки качества медицинской помощи (на примере восстановительного лечения) // Проблемы управления здравоохранением: Сб. научных трудов, 2006, № 2, с.184- 186.
19. Вахитов Ш.М., Блохина М.В., Мубаракшин Ф.Б., Заладинов Р.С. Перспективы развития амбулаторно-поликлинической службы // Казанский медицинский журнал. 2004. № 1. С. 64-67.
20. Вишняков Н.И., Миняев В.А. Основные методы статистического исследования, 2001, 84с.
21. Вишняков Н.И., Петрова Н.Г., Балохина С.А. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи // Проблемы управления здравоохранением, 2009, № 2(45). с.43–45.
22. Вялков А.И., Хальфин Р.А., Никонов Е.Л. Управление качеством медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении на современном этапе // Главврач. 2009. №3. С. 16-25.
23. Габуева Л.А. Механизмы эффективного финансирования в здравоохранении /под ред. В.И. Стародубова/: Библиотека журнала «Здравоохранение», Библиотека ЛПУ», М: МЦФЭР, 2007. 288 с.
24. Герасименко Н.Ф., Ершов А.В., Григорьев Ю.И. Оценка состояния здоровья населения и уровня медицинского обслуживания Профилактическая медицина, 2011, N 6, с.3-7.
25. Горбунков В.Я. Организационно-экономическое обоснование стационарозамещающих форм хирургической помощи // Автореф. дис. д-ра мед. наук, М :, 2003 г. 48 с.

26. Гриднев О.В. О совершенствовании амбулаторной помощи в Москве // Российская академия медицинских наук // Бюлетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2013. № 1. С. 129-131. (62)
27. Гриднев О.В. Обзор основных этапов организации амбулаторно-поликлинической помощи в России// Исследования и практика в медицине. 2014, т. 1, № 1, с.84-88
28. Гусарова Г.И., Павлов В.В., Галкин Р.А., Кузнецов С.И., Скуратова Н.М. Экономика здравоохранения региона на примере Самарской области, Самара, 2003, 130 с.
29. Гусева С.Л., Горохова И.В. Повышение качества и доступности медицинской помощи – задачи и пути решения в общеврачебной практике // Менеджер здравоохранения, 2014, №3, с.20-24.
30. Гусева С.Л. Стратегия развития лечебного учреждения на основе использования сбалансированной системы показателей // Экономика здравоохранения, 2011, №1, с.11-14.
31. Дуганов М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях. М.:ИЭПП, 2007, 112 с.
32. Дудов А.С. Эволюция методов оценки эффективности и качества медицинской помощи // Управление экономическими системами: [электронный науч. журн.], 2010, № 4(24), <http://www.uecs.ru>
33. Егоренков Д. Эффективность государственного управления сферой здравоохранения // Власть, 2012 №6, с.111-115.
34. Елманова Т.В., Берташ С.А. Оплата труда персонала общих врачебных практик на основе критериев оценки эффективности деятельности // Главный врач, 2008, № 11, с. 54-82.
35. Зайцев В.М., Лифлянский В.Г., Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика, 2003, 432с.
36. Зинчук Ю.Ю. Влияние оплаты труда по конечному результату на показатели работы и качества медицинской помощи муниципального ЛПУ // Менеджер здравоохранения, 2009, № 5, с. 13-21
37. Иванов М.В. Научное обоснование совершенствования первичной медико-санитарной помощи на региональном уровне, автореф. дис. д-ра мед. Наук, 14.02.03 Иванов Михаил Васильевич, М., 2011, 48 с.
38. Кадыров, Ф.Н. Реформы в сфере здравоохранения: проблемы реализации //Менеджер здравоохранения, 2015, №1. с.9-17.
39. Казначевский В., Обязательное медицинское страхование: организация и финансирование, 2009, 302 с.
40. Капитоненко Н.А., Дьяченко В.Г. Итоги научно-исследовательских работ по совершенствованию основных направлений охраны здоровья населения дальнего востока России// Дальневосточный медицинский журнал, 2010 № 3, с. 73-76.
41. Каплан Р., Нортон Д., Баранов И.Н. Сбалансированная система показателей, определяющих эффективность работы организации // Российский журнал менеджмента, 2004, Т. 2, с.71-84.

42. Карякин Н.Н. Научное обоснование повышения эффективности управления медицинской помощью в условиях разграничения полномочий между уровнями власти: дис. д-ра мед. наук , 14.02.03 , М., 2014, 399с.
43. Катанаева М.А., Данилова А.О. Модель комплексной оценки эффективности интегрированной системы менеджмента // российское предпринимательство, 2009, No 1(1), с. 86-92.
44. Клименкова О.А.,Эммануэль А.В.Индикаторы качества: условия для бенчмаркинга лабораторных услуг //Вестник Росздрава, 2014, № 1, С. 14-22.
45. Комаров Г.А. О концепции развития здравоохранения Российской Федерации на ближайшую перспективу // Здравоохранение. – 2008. – № 3. – С. 155-160.
46. Кравчук, Д.А. Пути оптимизации работы скорой помощи на основе внедрения Системы сбалансированных показателей , автореф. канд. мед. Наук, 14.02.03 , Хабаровск, 2011, 25с.
47. Кучеренко В.З., Данишевский К.Д. Наиболее известные системы здравоохранения развитых стран // Экономика здравоохранения, 2000, Ж7, с. 5-12.
48. Кучеренко В.З. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению// ГЭОТАР-Медиа, 2008, 560 с.
49. Кучеренко В.З., Вялков А.И., Денисов И.Н. и др. Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования// Учебное пособие, М., 2000, 261 с.
50. Ледяева Н.П., Гайдаров Г.М., Сафонова Н.Г., Алексеева Н.Ю., Основные подходы к совершенствованию управления и организации контроля качества медицинской помощи в многопрофильном ЛПУ// ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА, 2013, № 1, с.43-54
51. Ликстанов, М.И. Научное обоснование концепции коммуникативной политики многопрофильного стационара: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.02.03, Новокузнецк, 2012, 46с.
52. Ликстанов, М.И. Проблемы и пути совершенствования управления многопрофильным стационаром //Вестник новых медицинских технологий, 2007, №1, с.137-139.
53. Линденбратен А.Л., Ковалева В.В. Контроль качества организации медицинской помощи: современные подходы // Здравоохранение, 2011, №6, с. 50-55.
54. Линденбратен А.Л. Современные очерки об общественном здоровье и здравоохранении // Сборник статей межрегиональной научно-практической конференции, Ижевск, 2001, 391 с.
55. Магаев К.А. К вопросу о совершенствовании деятельности муниципальной поликлиники в современных условиях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2005, № 3, с. 47-49.
56. Малахова, Н.Г. Маркетинг в здравоохранении, Ростов н/ Д., 2010, 222с.
57. Мартыничик С.А., Полесский В.А., Запороженко В.Г., Мартыничик Е.А. Роль мониторинга и оценки эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений при переходе на

- бюджетирование, ориентированное на результат // Экономика здравоохранения, 2007, № 6, с.15– 25.
58. Мельников Г. Я., Федоренко И.В. Оказание медицинской помощи населению // Здравоохранение РФ, 2008, № 5, с.13– 14.
  59. Меркулов А.А. Формирование стратегии реформирования региональной системы здравоохранения // Экономика здравоохранения, 2008, № 11, с.5-8.
  60. Муллина В.П. Реализация государственной политики в сфере здравоохранения и социального развития на территории Чувашской республики/ / Вестник Росздравнадзора № 3, 2008, с. 60-65.
  61. Одринский В.А. Оценка пациентами врачей общей практики как инструмент повышения качества первичной медико-санитарной помощи // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова, 2014, №4. с. 68-73.
  62. Павлов В.В., Суслин С.А., Галкин Р.А., Шешунова С.В. Моделирование конечных результатов в системе управления качеством медицинской помощи // Менеджер здравоохранения, 2013, №10, с.18-22.
  63. Прощенский Б.М. Организационно-экономические механизмы совершенствования консультативно-диагностической помощи населению // Автореф. дис. канд. мед. Наук.- М : , 2004, 24 с.
  64. Пушкарев, О.В. Вероятностно-стохастическая модель медикоэкономической эффективности многопрофильной больницы // Экономика здравоохранения, 2006, №6, С. 20-24.
  65. Разумовский А.В., Полина Н.А. Экономическая эффективность в лечебном учреждении // Экономика здравоохранения, 2009, № 5, с.38–42.
  66. Ройтман М.П., Линденбратен А.Л. От нового хозяйственного механизма в здравоохранении к обязательному медицинскому страхованию // Проблемы социальной гигиены и история медицины, 1996 г, Т. 1, с. 30-36.
  67. Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Борчанинова Е.Л., Структурный анализ удовлетворенности пациентов стационарной медицинской помощью/ ГлавВрач №2 2010, 77-82.
  68. Серов Д.В. SWOT-анализ амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению мегаполиса // Наука молодых (Eruditio Juvenium), 2016, №1, с. 60-63.
  69. Серов Д.В. Оценка доступности и удовлетворенность амбулаторно-поликлинической помощью взрослого населения г. Москвы// Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова, №2, 2016 г. с.31-37.
  70. Сибурина Т.А. Социальные риски и перспективные направления развития ГЧП Здравоохранение 2015, N 5, с.50-56.
  71. Сибурина Т.А., Бадаев Ф.И. Повышение качества и эффективности медицинской помощи в свете современных подходов к управлению, Менеджер здравоохранения, 2006, N 1, с.19-29.

72. Стародубов В.И. Прогноз развития системы здравоохранения Российской Федерации // Менеджер здравоохранения, 2004, №2, с. 4-10.
73. Стародубов В.И., Апазов А.Д., Денисов Г.А., Караулов А.В., Неправительственный экологический фонд им. В.И.Вернадского, "Россия – стратегия развития в XXI веке", Здоровье населения России и здравоохранение, 2007, 180с.
74. Стародубов В.И., Флек В.О., Сон И.М., Леонов С.А., Матвеев Э.Н., Бантьева М.Н. Методологические предпосылки построения современных региональных моделей медицинского обеспечения населения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 2010; (4):23-28.
75. Трифонова Н.Ю., Плавунин Н.Ф., Бойко Ю. П, Галь И.Г. Принципы управления качеством медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации, 2015, № 2, с.4–7.
76. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ. До 2020 года» / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 592 с.
77. Хабриев Р.У., Линденбратен А.А., Комаров Ю.М. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014, №3, с. 3-5.
78. Хальфин Р.А. Экономические механизмы оптимизации деятельности специализированной медицинской помощи // Проблемы управления здравоохранением, 2002, №1, с. 54-61.
79. Хальфин Р.А., Мадьянова В.В., Огнева Е.Ю. Качественные критерии оценки медицинской помощи в учреждениях здравоохранения муниципального уровня // Экономика здравоохранения, 2010, № 11, с. 12-20.
80. Хальфин Р.А., Таджикиев И.Я. Некоторые итоги и проблемы реформирования системы отечественного здравоохранения // Менеджер здравоохранения, 2010, № 5, с. 7-18.
81. Черниенко Е.И., Шамшурина Н.Г., Кольцов В.С., Кривенков В.А., Кропнина Л.И. Развитие службы общей врачебной практики на основе фондодержания и критерии эффективности деятельности ОВП (региональный опыт) // Экономика здравоохранения, 2009, № 3(136), с.14-22.
82. Чернова Т.В., Ползик Е.В., Бушуева Г.А. Сравнительная оценка эффективности экономической деятельности лечебно-профилактических учреждений крупного города // Экономика здравоохранения, 2001, № 7, с. 51–57.
83. Швецова Р.С. Функциональная модель общей врачебной практики на региональном уровне (на примере Новгородской области): автореф. дис. канд. мед. наук, Великий Новгород, 2009. 24 с.
84. Шевченко Р. Критерии стимуляции // Медицинский вестник, 2013, №8(621). с. 37-45.
85. Шевченко Ю.Л. Повышение эффективности здравоохранения – единственное условие успешного развития отрасли // Экономика здравоохранения, 2002, №3, с. 1-5.

86. Щепин В.О., Дьячкова А.С. Сроки ожидания амбулаторно-поликлинической помощи как показатель ее доступности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. №4. с. 23-27.
87. Щепин В.О., Купеева И.А. Состояние и развитие муниципального здравоохранения в Российской Федерации // Бюл. Национального НИИ общественного здоровья РАМН. 2006. Вып. С. 106-108.
88. Щепин В.О., Миргородская О.В. Состояние и деятельность здравоохранения в Российской Федерации в 2008 году // Бюл. Национального НИИ общественного здоровья, 2010, Вып. 3, с. 714.
89. Щепин О.П. Основные направления совершенствования системы здравоохранения РФ // Материалы научной конференции «Медицина и здоровье в дни войны и мира», М., 2000, с. 118-125.
90. Щепин О.П., Дмитриева Н.В., Коротких Р.В. Теоретические и организационные аспекты первичной медико-санитарной помощи в России // Проблемы социальной гигиены и история медицины, 1996 г, Т. 2, с. 3-11.
91. Эмануэль А.В. Элементы системы менеджмента качества на базе ГОСТ Р ИСО 9001-2008 И ГОСТ Р ИСО 9004-2010. Обзор стандартов // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального пазвития, 2012, N 1, с.112-121.
92. Эмануэль А.В., Иванов Г.Л., Евсеенко О.В. разработка и внедрение системы менеджмента качества на базе стандартов ИСО в учреждении здравоохранения //Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального пазвития, 2012, N 2, с.23-140
93. Adler-Milstein J., Bates D.W., Jha A.K. A survey of health information exchange organizations in the United States: implications for meaningful use // Annals of internal medicine, 2011, Vol. 154, №10, p.666–671.
94. Aidemark L.G., Funck E.K. Measurement and health care management // Financial Accountability & Management, 2009, Vol. 25, №2, p.253–276.
95. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS: A conceptual framework for the OECD health care quality improvement project. International Journal for Quality in Health Care 2006:5–13.
96. Arah OA, Westert GP: Correlates of health and health care performance: applying the Canadian health indicators framework at the provincialterritorial level. BMC Health Services Research 2005, 5:76.
97. Barron P, Day C, Monticelli F, Vermaak K, Okorafor O, Moodley K, Doherty T: The District Health Barometer 2005/06. Durban South Africa Health Systems Trust; 2006.
98. Barrows A. Public and nonprofit marketing. BadenBaden, 2009, 136 p.
99. Baskerville NB, Liddy C, Hogg W. Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings. Annals of Family Medicine. 2012;10(1):63–74.

100. Beattie M. et al. Instruments to measure patient experience of health care quality in hospitals: a systematic review protocol // *Systematic reviews*, 2014, Vol. 3, №1, p.4.
101. Bisbe J., Barrubés J. The Balanced Scorecard as a Management Tool for Assessing and Monitoring Strategy Implementation in Health Care Organizations // *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 2012, Vol. 65, №10, p. 919–927.
102. Bobak M., Glimore A., McKee M., Rose R. et al. Changes in smoking prevalence in Russia, 1996-2004 // *Tobacco Control*, 2006, Vol. 15, p.131-135.
103. Bosch B, Mansell H. Interprofessional collaboration in health care: Lessons to be learned from competitive sports. *Can Pharm J (Ott)*. 2015;148(4):176-9.
104. Braithwaite J., Marks D., Taylor N. Harnessing implementation science to improve care quality and patient safety: a systematic review of targeted literature // *Int. J. for Qual. in Health Care*, 2014, Vol. 26, № 3, p. 321–329.
105. Breton et al.: Reforming healthcare systems on a locally integrated basis: is there a potential for increasing collaborations in primary healthcare?. *BMC Health Services Research* 2013 13:262.
106. Breton M, Denis J, Lamothe L: Incorporating public health more closely into local governance of health care delivery: lessons from the Québec experience. *Can J Public Health* 2010, 101(4):314–317.
107. Bundhamcharoen K, Limwattananon S, Kusreesakul K, Tangcharoensathien V. Contributions of national and global health estimates to monitoring health-related sustainable development goals. *Glob Health Action*. 2016;9:32443.
108. Cassels A. Health sector reform: key issues in less developed countries. *J Int Dev* 1995; 7: 329\_47.
109. Chang YW, Ma JC, Chiu HT, Lin KC, Lee PH. Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *J Adv Nurs* 2009;65:1946-55.
110. Curry N, Ham C: Clinical and services integration. The route to improved outcomes. The King's Fund; 2010. [http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Clinical-and-service\\_integration-Natasha-Curry-Chris-Ham-22-November-2010.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Clinical-and-service_integration-Natasha-Curry-Chris-Ham-22-November-2010.pdf).
111. Curtright, J.W., Stolp-Smith S.C., Edell E.S. Strategic performance management: development of a performance measurement system at the Mayo Clinic // *J. of Healthcare Management*, 2000, Vol. 45, P. 58–68.
112. Edward A. et al. Configuring balanced scorecards for measuring health system performance: evidence from 5 years' evaluation in Afghanistan // *PLoS medicine*, 2011, Vol. 8, №7, p.100.
113. English M, Gathara D, Mwinga S. Adoption of recommended practices and basic technologies in a low-income setting. *Arch Dis Child*. 2014;99:452–456.
114. Ettelt S., Nolte E., Mays N., Thomson S., McKee M. Policy brief. Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries // WHO Regional Office for Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, 2006, 72 p.

115. Ezra Klein, Health Care Wrap Up, April 25, 2005 (www.ezraklein.com: [http://www.prospect.org/csnc/blogs/ezraklein\\_archive?month04&year=2005&base\\_name=health\\_care\\_wrapup](http://www.prospect.org/csnc/blogs/ezraklein_archive?month04&year=2005&base_name=health_care_wrapup).)
116. Flessa et al.: Basing care reforms on evidence: The Kenya health sector costing model. BMC Health Services Research 2011, 11:128.
117. Gwatkin DR. The need for equity-oriented health sector reforms. Int J Epidemiol 2001; 30: 720\_3.
118. Haessler S., Bhagavan A., Kleppel R., et al. Getting doctors to clean their hands: lead the followers BMJ Qual Saf., 2012, Vol. 21, P.499–503.
119. Halliday RG, Darba J: Cost data assessment in multinational economic evaluations: some theory and review of published studies. Appl Health Econ Health Policy 2003, 2(3):149-55.
120. Hendriks A.A., Oort, F.J. ; Vrielink, M.R. ; Smets, E.M. Reliability and validity of the Satisfaction with Hospital Care Questionnaire //Int J Qual Health Care, 2002; 14(6):471-82
121. Hendriks A.A., Vrielink M.R., Van Es S.Q., De Haes H.J., Smets E.M. Assessing inpatients' satisfaction with hospital care: should we prefer evaluation or satisfaction ratings?//Patient Educ Couns, 2004; 55(1):142-6
122. Herrera CA, Lewin S, Paulsen E, et al. Governance arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2017;9(9):CD011085.
123. Horngren CT, Datar SM, Foster G: Cost accounting: a managerial emphasis. Charles T. Horngren series in accounting. 11 edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2003.
124. Horngren CT: Management and cost accounting. 14th edition, Prentice Hall: New Jearsey, 2012, 892 p.
125. Hwa M., Sharpe B.A., Wachter Development and implementation of a balanced scorecard in an academic hospitalist group // Journal of Hospital Medicine, 2013, Vol. 8, №3, p.148–153.
126. Jalil A, Zakar R, Zakar MZ, Fischer F. Patient satisfaction with doctor-patient interactions: a mixed methods study among diabetes mellitus patients in Pakistan. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):155. Published 2017 Feb 21. doi:10.1186/s12913-017-2094-6
127. Jonathan Cohn, Sick: The Untold Story of America's Health Care Crisis - And the People Who Pay the Price (New York: HarperCollins, 2007), p. 226.
128. Kalinichenko O, Amado CAF, Santos PS: Performance Assessment in Primary Health Care: A systematic review. 2013. Evora Portugal CEFAGE-UE Working Paper 2013/03 CEFAGE- UE Universidale Evora.
129. Kaplan R.S. The balanced scorecard: comments on balanced scorecard commentarie //Journal of Accounting & Organizational Change, 2012, T. 8, №.4, p.539-545.
130. Kaplan R.S., Norton D.P. Linking the balanced scorecard to strategy //California management review, 1996, Vol. 39, №1, P.53-80.



131. Khoshhal KI, Guraya SY Leaders produce leaders and managers produce followers. A systematic review of the desired competencies and standard settings for physicians' leadership. *Saudi Med J.* 2016 Oct;37(10):1061-7.
132. Kokko S: Integrated primary healthcare: Finnish solutions and experience. *International Journal of Integrated Care* 2009, 9:1-9.
133. Kraska RA, Weigand M, Geraedts M. Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany. *Health Expect.* 2016;20(4):593-600.
134. Leatt P, Pink GH, Guerriere M: Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthcare Papers* 2000, 1(2):13-35.
135. Lemieux-Charles L, Chambers LW, Cockerill R, Jaglad S, Brazil K, Cohen C, et al: Evaluating the effectiveness of community-based dementia care networks: the dementia care Networks's study. *The Gerontologist* 2005, 45(4):456-464.
136. Lo Scalzo A., Donatini A., Orzella L., Cicchetti A., Profili S., Maresso A. Italy:Health system review; *Health Care Systems in Transition*:2009;11(6)1-216
137. Loeb MJ: The current state of performance measurement in health care. *International Journal for Quality in Health Care* 2004, 16(Supplement 1):i5-i9.
138. Manyazewal T. Using the World Health Organization health system building blocks through survey of healthcare professionals to determine the performance of public healthcare facilities. *Arch Public Health.* 2017;75:50.
139. Mattke S. et al., The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background. *Int J Qual Health Care.* 2006 Sep;18 Suppl 1:1-4.
140. McDaniel RR, Lanham HJ, Anderson RA: Implications of complex adaptive systems theory for the design of research on health care organisation. *Health Care Management Review* 2009, 34(2):191-199.
141. McDonald J, Davies G, Harris M: Interorganisational and interprofessional partnership approaches to achieve more coordinated and integrated primary and community health services: the Australian experience. *Australian Journal of Primary Health* 2009, 15:262-269.
142. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft S, McKinnon M, Paguntalan H, Owens DK. Care Coordination. Vol 7 of: Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens DK, editors. *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies.* Technical Review 9 (Prepared by the Stanford University-UCSF Evidence-based Practice Center under contract 290-02-0017). AHRQ Publication No. 04(07)-0051-7. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. June 2007.
143. McLoughlin V, Leatherman S, Fletcher M, Owen JW: Improving performance using indicators. Recent experiences in the United States, the United Kingdom and Australia. *International Journal for Quality in Health Care* 2001, 13(6):455-462.

144. Moore JM, Winger DA, Martin B. Leadership for All: An Internal Medicine Residency Leadership Development Program. *J Grad Med Educ.* 2016 Oct;8(4):587-591.
145. Pantoja T, Opiyo N, Lewin S, et al. Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;9(9):CD011086.
146. Paul Hersey, Dewey E. Johnson, Kenneth H. Blanchard *Management of Organizational Behavior: Utilizing Human Resources*, 1996, 627p.
147. Peng F. et al. Exploring the Impact of Information System Introduction : The Case of an Australian Hospital Emergency Department // HICSS'2013 Proceedings of the 2013 46-th Hawaii International Conference on System Sciences., Washington: IEEE Computer Society, 2013, p.2525-2534.
148. Robert Hoyk, Paul Hersey *The Ethical Executive: Becoming Aware of the Root Causes of Unethical Behavior: 45 Psychological Traps that Every One of Us Falls Prey To*, 2008, p.152
149. Rowe AK, Rowe SY, Peters DH, Holloway KA, Chalker J, Ross-Degnan D. Effectiveness of strategies to improve health-care provider practices in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Glob Health.* 2018;6(11):e1163-e1175.
150. Scott SD, Albretch L, O'Leary K, Ball GD, Hartling L, Hofmeyer A, et al. Systematic review of knowledge translation strategies in the allied health professions. *Implementation Science.* 2012;7:70.
151. Senkubuge F, Modisenyane M, Bishaw T. Strengthening health systems by health sector reforms. *Glob Health Action.* 2014;7:23568.
152. Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S: Introduction. In *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Edited by Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. New York: Cambridge University Press; 2009:3-24.
153. Squires JE, Sullivan K, Eccles MP, Worswick J, Grimshaw JM. Are multifaceted interventions more effective than single-component interventions in changing health-care professionals' behaviours? An overview of systematic reviews. *Implementation Science.* 2014;9:152.
154. Steinert Y, Naismith L, Mann K. Faculty development initiatives designed to promote leadership in medical education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 19. *Med Teach.* 2012;34(6):483-503.
155. Stephen Heffler, Katharine Levit, Sheila Smith, Cynthia Smith, Cathy Cowan, Helen Lazenby and Mark Freeland, *Health Spending Growth Up In 1999; Faster Growth Expected In The Future*, *Health Affairs* 20, no.2 (2001):193-203
156. Sterman JD: Learning from evidence in a complex world. *American Journal of Public Health* 2006, 96(3):505-514.
157. Tashobya CK, Ogwal PO: The effort to achieve the millennium development goals in Uganda: reaching for the sky? *Health Policy and Development* 2004, 2(1):33-39.
158. Vaca VH, Kreider MS: *Financing church-related community-based primary health care* Geneva: Christian Medical Commission; 1987.

159. Van Olmen J, Criel B, Bhojani U, Marchal B, van Belle S, Chenge MF, Hoeree T, Pirard M, Van Damme W, Kegels G: The health systems dynamics framework. The introduction of an analytical model for health system analysis and its application to two cases. *Health Culture and Society* 2012, 2 (1). doi:10.5195/hcs.2012.5171.
160. Veillard J, Champagne F, Klazinga NS, Kazandjian V, Arah OA, Guisset AL: A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care* 2005, 17(6):487–496.
161. Watson P., Maslow D., Chilesto N. A new model for obtaining sustainable competitive advantage // *Construction Industry Development, Second Postgraduate Conference Cape TOWR, 2004*, p. 129-141.
162. Wells S, Tamir O, Gray J, Naidoo D, Bekhit M, Goldmann D. Are quality improvement collaboratives effective? A systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2017;27:226–240.
163. Yaqing G. The Service Quality Research from the Perspective of Fuzzy Evaluation Method // *Management and Service Science (MASS), 2011 International Conference on, IEEE, 2011*, p. 1–3.
164. Yates R, Tashobya CK, Cruz OV, McPake B, Ssengooba F, Murindwa G, Lochoro P, Bataringaya J, Nazerali H, Omaswa F: The Uganda health system reforms: miracle or mirage? In *Health system reforms in Uganda: processes and outputs*. London, United Kingdom: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2006.

# ገ ለላቴ ለ ላላጅ

**Քարտ N**

Պոլիկլինիկաներում տեղամասային թերապևտներին կողմից ցուցաբերվող բժշկական օգնության որակի փորձագիտական գնահատման

**I. Հետազոտության որակը**

1. Հետազոտության նկատարվել է՝		Նշել
1.1.	ժամանակին	
1.2.	նչ ժամանակին	
1.3.	ամբողջ ծավալով	
1.4.	նչ լրիվ ծավալով	
1.5.	չի անց կացվել	

2. Ոչ լրիվ հետազոտման պատճառները		Նշել
2.1.	Հիվանդության ընթացքի առանձնահատկությունները	
2.2.	Ախտորոշիչ սարքավորումներին մեթոդներին բացակայություն	
2.3.	Համապատասխան մասնագետի բացակայություն	
2.4.	Լաբորատորիաներին ֆունկցիոնալ ախտորոշիչ կաբինետներին ծանրաբեռնվածություն	
2.5.	Բժշկինոչ բավարարողակազմակերպում	
2.6.	Այլ	

3. Հետազոտման ժամկետները		Նշել
3.1.	Բավարար	
3.2.	Ոչ բավարար	
3.3.	Ավելորդ	
3.4.	Օրերի քանակը	

**II. Ախտորոշման որակը**

4. Պոլիկլինիկայի		Նշել
------------------	--	------

ախտորոշումը		
4.1.	հիմնական հիվանդություն	
4.2.	նրբեկցող հիվանդություն	

5. Փորձագետի ախտորոշումը		Նշել
5.1.	հիմնական հիվանդություն	
5.2.	նրբեկցող հիվանդություն	

6. Ախտորոշումը դրված է՝		Նշել
6.1.	հիմնական հիվանդություն	
6.2.	նրբեկցող հիվանդություն	
6.3.	ժամանակին	
6.4.	նչ ժամանակին	
6.5.	հիմնավորված է	
6.6.	հիմնավորված չէ	

7. Ոչ ժամանակին և սխալ ախտորոշման պատճառները		Նշել
7.1.	Հիվանդության ընթացքի առանձնահատկությունները	
7.2.	Ոչ լիարժեք հետազոտություն	
7.3.	Խորհրդատվական օգնության ոչ բավարար կազմակերպում	
7.4.	Հիվանդներին ոչ ժամանակին կամ անկանոն այցելություն	
7.5.	Պոլիկլինիկայում բաժանմունքի վարիչի հսկողության բացակայություն	
7.6.	Բժշկինոչ բավարարողակազմակերպում	
7.7.	Այլ	

**III. Բ ու լ ժ մ ա ն ո ղ ա կ ը**

<i>8.Բ ու լ ժ ու մ ը ն շ ա ն ա կ վ ա ծ Է</i>		<i>Ն շ Ե Լ</i>
8.1.	Ժ ա մ ա ն ա կ ի ն	
8.2.	ո չ ժ ա մ ա ն ա կ ի ն	
8.3.	Լ ի ար ժ Ե ք Է	
8.4.	ո չ Լ ի ար ժ Ե ք Է	
8.5.	Կ ա ն չ հ ի մ ն ա վ ո ղ ո ղ ա ծ ն շ ա ն ա կ ու մ ն Ե ը	

<i>9.Ո չ Լ ի ար ժ Ե ք բ ու լ ժ մ ա ն պ ա տ ճ առ ն Ե ը</i>		<i>Ն շ Ե Լ</i>
9.1.	Յ ի վ ա ն դ ու թ յ ա ն ը ն թ ա գ ք ի առ ա ն ձ ն ա հ ա տ կ ու թ յ ու ն ն Ե ը	
9.2.	Ո չ բ ա վ ար ար ն ո չ ժ ա մ ա ն ա կ ի ն ախ տ ո ղ ո շ ու մ ը	
9.3.	Յ ի վ ա ն դ ի պ ա ս ի վ ու թ յ ու ն ը	
9.4.	Ա ն հ ի ր ա ժ Ե շ տ բ ու լ ժ մ ա ն մ ի ջ ո գ ն Ե ը ի ն ս ար ք ա վ ո ղ ու մ ն Ե ը ի բ ա գ ա կ ա յ ու թ յ ու ն ը	
9.5.	Բ ու լ ժ ա կ ա ն կ ա բ ի ն Ե տ ն Ե ը ի ծ ա ն ր ա բ Ե ո ն վ ա ծ ու թ յ ու ն ը	
9.6.	Բ ու լ ժ ա կ ա ն գ ո ղ ծ ը ն թ ա գ ի ն կ ա տ մ ա մ բ ո չ բ ա վ ար ար հ ս կ ո ղ ու թ յ ու ն ը	

<i>10.Բ ու լ ժ մ ա ն ժ ա մ կ Ե տ ն Ե ը</i>		<i>Ն շ Ե Լ</i>
10.1.	Բ ա վ ար ար	
10.2.	Ո չ բ ա վ ար ար	
10.3.	Ձ գ ձ գ վ ա ծ	
10.4.	բ ու լ ժ մ ա ն տ ն ո ղ ու թ յ ու ն ը`	----օ ղ

<i>11.Ի ղ ի ի վ ա ն դ ու թ յ ա ն կ ա պ ա կ գ ու թ յ ա մ բ հ ի վ ա ն դ ի ն խ ո ղ ի ու ղ ի ն Ե ը</i>		<i>Ն շ Ե Լ</i>
11.1.	տ ղ վ Ե Լ Ե ն	
11.2.	չ Ե ն տ ղ վ Ե Լ	

<i>12.Բ ու լ ժ մ ա ն Ե Լ ք ը`</i>		<i>Ն շ Ե Լ</i>
12.1.	Առ ո ղ ջ ա գ ու մ	
12.2.	Լ ա վ ա գ ու մ	
12.3.	Առ ա ն գ փ ո փ ո խ ու թ յ ու ն ն Ե ը ի	
12.4.	Վ ա տ ա գ ու մ	
12.5.	Յ ա շ մ ա ն դ ա մ ու թ յ ու ն	
12.6.	Մ ա հ ա ն Ե Լ ք ո վ	
12.7.	Ու ղ Ե գ ղ ու մ ս տ ա գ ի ո ն ար բ ու լ ժ մ ա ն	

**IV. Խ ո ղ ի ղ ա տ վ ա կ ա ն օ գ ն ու թ յ ու ն**

<i>13.Ու ղ ար կ վ Ե Լ Է խ ո ղ ի ղ ա տ վ ու թ յ ա ն</i>		<i>Ն շ Ե Լ</i>
13.1.	հ ի մ ն ա վ ո ղ ո ղ ա ծ Է	
13.2.	հ ի մ ն ա վ ո ղ ո ղ ա ծ չ Է	
13.3.	Ժ ա մ ա ն ա կ ի ն Է	
13.4.	ո չ ժ ա մ ա ն ա կ ի ն	

<i>14.Ու ն ի Լ ղ ա գ ու գ ի չ խ ո ղ ի ղ ա տ վ ու թ յ ա ն կ ար ի ք</i>		<i>Ն շ Ե Լ</i>
14.1.	Ա յ ո (ն շ Ե Լ բ ժ շ կ ի մ ա ս ն ա գ ի տ ու թ յ ու ն ը)	
14.2.	Ո չ	

<i>15.Ո չ ժ ա մ ա ն ա կ ի ն կ ա մ չ ն շ ա ն ա կ վ ա ծ խ ո ղ ի ղ ա տ վ ու թ յ ա ն պ ա տ ճ առ ն Ե ը</i>		<i>Ն շ Ե Լ</i>
15.1.	Պ ո լ ի կ Լ ի ն ի կ ա յ ու մ հ ա մ ա պ ա տ ա ս խ ա ն մ ա ս ն ա գ Ե տ ի բ ա գ ա կ ա յ ու թ յ ու ն	
15.2.	Ն Ե ղ մ ա ս ն ա գ Ե տ ի ծ ա ն ր ա բ Ե ո ն վ ա ծ ու թ յ ու ն	
15.3.	Ա խ տ ո ղ ո շ մ ա ն ս խ ա Լ ը	
15.4.	Բ ու լ ժ ո ղ բ ժ ի շ կ ը չ ի	

	ուղեգրել խորհրդատվություն կամ ուղեգրել է ուշացումով	
15.5.	Յիվանդի անկարգապահություն	
15.6.	Այլ	

**V. Անաշխատունակություն փորձաքննություն**

16. Տրվել է անաշխատունակության թերթիկ		Նշել
16.1.	հիմնավորված է	
16.2.	չհիմնավորված է	
16.3.	կացուցում, սակայն չի տրվել	

7. 'նաշխատունակության երթիկի երկարացումը		Նշել
17.1.	հիմնավորված է	
17.2.	հիմնավորված է	

17.3.	չի երկարացվել, սակայն կա երկարացման ցուցումներ	
-------	---	--

18. Ժամանակավոր անաշխատունակության ժամկետները		Նշել
18.1.	բավարար	
18.2.	երկարացված	
18.3.	կարճեցված (Ժամանակից շուտ վերադարձ աշխատանքի)	

**VI Յիվանդի ամբուլատոր քարտի վարման որակ**

19. Ամբուլատոր քարտի վարում		Նշել
19.1.	Որակյալ	
19.2.	Անորակ	

Լրացման ամսաթիվ՝ \_\_\_\_\_





Առաջնորդության ոճի ինքնագնահատում

	ԻՐԱՎԻՃԱԿ	ԱՅԼԸՆՏՐԱՆՔԱՅԻՆԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆ
1.	<p>Ձեր հետևորդները վերջերս չեն արձագանքում Ձեր բարեկամանական գրույցներին և ակնհայտ անհանգստությունը նրանց բարեկեցության վերաբերյալ: Նրանց աշխատանքային կատարողականության և նկույթի մասին:</p>	<p>Ա. Կենտրոնանալ և շեշտը դնել միանման պրոցեդուրաների և հետևորդների աշխատանքային պարտականության ներքին կատարման անհրաժեշտության վրա:                      Բ. Ցույց տալ Ձեր պատրաստակամության և նրա քննարկումների համար, բայց չպարտադրել Ձեր ներգրավումը գործընթացում:                      Գ. Զրուցել հետևորդների հետ, այնուհետև հետևորդներին պատակները:                      Դ. Կանխամտածված ձևով չմիջամտել:</p>
2.	<p>Աշխատանքային խմբի դիտարկվող կատարողականությանը վերելք է ապրում: Դուք համոզվում եք, որ բոլոր անդամները տիրապետում են իրենց պարտականության ներքին կատարողականության ակնկալվող նորմերին:</p>	<p>Ա. Նախաձեռնել բարեկամական փոխգործակցության և, սակայն շարունակել համոզվել, որ բոլոր անդամները տիրապետում են իրենց պարտականության ներքին և կատարողականության ակնկալվող նորմերին:                      Բ. Զձեռնարկել որոշակի գործողության ներքին:                      Գ. Անել ինչ կարող եք, որպես սպիտակ մեղքի կարևորությանը և ներգրավվածությանը:                      Դ. Կենտրոնանալ պարտականության ներքին կատարման և վերջնաժամկետների պահպանման կարևորության վրա:</p>
3.	<p>Ձեր խմբի անդամներն ի վիճակի չեն ուժեղ պրոբլեմը: Սովորաբար Դուք նրանց թողնում եք աշխատել ինքնուրույն: Խմբի կատարողականությանը և միջանձնային հարաբերությանը նորմալ են:</p>	<p>Ա. Աշխատել խմբի հետևողական պրոբլեմի վրա միայն:                      Բ. Թողնել խմբին ինքնուրույն և ուժեղ խնդիրը:                      Գ. Գործել կտրուկ և արագ՝ վիճակը շտկելու և վերադառնալով նորմալ:                      Դ. Խմբին խրախուսել շարունակելու աշխատանքը պրոբլեմի վրա և աջակցել նրանց ջանքերին:</p>
4.	<p>Դուք նախատեսում եք փոփոխություններ կատարել: Ձեր հետևորդներն ունեն կատարողականության հիանալի ցուցանիշներ: Նրանք գիտակցում և հարգում են փոփոխության անհրաժեշտությունը:</p>	<p>Ա. Թողնել խմբին ներգրավվել փոփոխության և ներքին մշակման գործում, բայց չլինել չափազանց կարգադրող:                      Բ. Հայտարարել որոշված փոփոխությանը և ներդրել այն սերտորեն վերահսկելով կատարման գործընթացը:                      Գ. Թողնել տալ խմբին որոշել փոփոխության իրենց սեփական ուղղությանը:                      Դ. Ներառել խմբի անդամները, սակայն անձամբ դեկավարել փոփոխությանը:</p>
5.	<p>Վերջին մի քանի ամսում խմբի կատարողականության և նկույթի մասին ապրում: Անդամներն անտարբերության և նեղուցաբերում: Նախկինում դերերի և պատասխանատվության ներքին վերաբաշխումն օգնել է գործին: Սակայն միջտկարիք է եղել հիշեցնել պարտականության ներքին ժամանակին կատարելու մասին:</p>	<p>Ա. Թողնել տալ խմբին որոշել իրենց սեփական ուղղությանը:                      Բ. Ներառել խմբի անդամները, սակայն հետևել, որ առաջադրված և պատակներն իրագործվեն:                      Գ. Վերաբաշխել դերերն ու պատասխանատվության ներքին վերահսկել:                      Դ. Թողնել տալ խմբին ներգրավվել դերերին և պատասխանատվության ներքին որոշման մեջ, բայց չլինել չափազանց կարգադրող:</p>
6.	<p>Դուք աշխատանքի եք անցել արդյունավետորեն գործող մի</p>	<p>Ա. Անել ինչ կարող եք, որպես սպիտակ մեղքի կարևորությանը և ներգրավվածությանը:</p>

<p>կազմակերպությունում:Նախորդ ղեկավարը խստորեն հսկում էր որովհիճակը:Դուք ցանկանում եք պահպանել արդյունավետությունը,բայց կուզենայիք «հումանիզացնել» մթնոլորտը:</p>	<p>Բ.Վենտրոն անալ պատասխանատվություններին կատարման և վերջնաժամկետներին պահպանման կարևորություն վրա: Գ.Կանխամտածված ձևով չմիջամտել: Դ.Խմբին ընդգրկել որոշումներին կայացման մեջ,սակայն հետևել,որ նպատակներն իրագործվեն:</p>
<p>7. Դուք նախատեսում եք կառուցվածքային փոփոխություն,որը նորություն կլինի Ձեր խմբի համար:Խմբի անդամները սերկայացրել են առաջարկներ անհրաժեշտ փոփոխություններին վերաբերյալ:Խուժբը ղեկ է արդյունավետացնող ցաբերել է ճկունությունը իր գործողություններում:</p>	<p>Ա.Որոշել փոփոխությունը և ուշադիր կերպով վերահսկել կատարումը: Բ.Խմբի հետ մեկտեղ մշակել փոփոխությունը,սակայն թույլ տալ անդամներին կազմակերպել ու դրա իրագործումը: Գ.Ցուցաբերել փոփոխությունը ստեղծված առաջարկներին կատարելու պատրաստակամություն,սակայն պահպանել իրագործման վերահսկողությունը: Դ.Խուժսափել առճակատում ից,թույլ տալ խմբին ինքնուրույն գործել:</p>
<p>8. Խմբի կատարողականությունը և միջանձնային հարաբերությունները և են:Դուք որոշակի անհանգստություններ գոյություն ունենալով,քանի որ Ձեզ թվում է,որ Ձեր կողմից խմբի ղեկավարումը բավարարչէ:</p>	<p>Ա.Խմբին հանգիստ թողնել շարունակելու իրաշխատանքը: Բ.Քննարկել իրավիճակը խմբի հետ,այնուհետև նախաձեռնել անհրաժեշտ փոփոխություններ: Գ.Քայլեր ձեռնարկել խմբի աշխատանքը հստակորեն որոշված և սահմանված հունի մեջ ուղղորդելու նպատակով: Դ.Օժանդակել խմբին քննարկել իրավիճակը,բայց չլինել չափազանց կարգադրող:</p>
<p>9. Դուք ղեկավարեք նշանակվել օպերատիվ խմբի,որը վաղուց սպառնում է պահանջվող փոփոխություններին վերաբերյալ առաջարկություններին ներկայացման վերջնաժամկետները:Խուժբը հստակորեն կողմնորոշված չէ իր առջև դրված նպատակներին հարցում:Նրանց մասնակցությունը քննարկումներին անբավարար է:Նրանց հավաքները վերածվել են անպտուղ հավաքներին:Պոտենցիալ առումով խմբի անդամներն ունեն անհրաժեշտ տաղանդ՝ խնդիրներին ուժով տալու համար:</p>	<p>Ա.Թույլ տալ խմբին ինքնուրույն լուծել իր պրոբլեմները: Բ.Ներառել խմբի առաջարկությունները,սակայն հետևել,որ առաջադրված նպատակներն իրագործվեն: Գ.Վերանայել,կրկին հստակեցնել նպատակները և ուշադիր կերպով վերահսկել: Դ.Թույլ տալ խմբին մասնակցել նպատակներին առաջադրմանը, սակայն չշտապեցնել:</p>
<p>10. Ձեր հետևորդները,ովքեր սովորաբար ունակ են իրենց վրավերցնելու պատասխանատվություն և չեն արձագանքում վերջերս Ձեր կողմից վերանայված ստանդարտներին:</p>	<p>Ա.Ընդգրկել խմբին ստանդարտներին վերանայման գործում, սակայն չվերահսկել դրանց իրագործումը: Բ.Վերանայել ստանդարտները և վերահսկել: Գ.Խուժսափել առճակատում ից և ճնշում չգործադրել:Թողնել ինքնահոսի: Դ.Ներառել խմբի առաջարկները,սակայն հետևել,որ նոր ստանդարտներն իրականացվեն:</p>
<p>11. Դուք նշանակվել եք նոր պաշտոնի:Նախկին ղեկավարը ներգրավված չէր խմբի գործերում:Խուժբը հաջողություններ էր ցուցաբերում:</p>	<p>Ա.Քայլեր ձեռնարկել հետևորդներին աշխատանքը հստակորեն որոշված և սահմանված հունի մեջ ուղղորդելու նպատակով: Բ.Խմբին ընդգրկել որոշումներին կայացման մեջ և ամրապնդել</p>

<p>հրականացրել է իր խնդիրները :Խմբում միջանձնային հարաբերությունները և ավել:</p>	<p>Նրանց արժեքավորներ դրումը :          Բ.Խմբի հետքն նարկել նրանց նախկին աշխատանքը և ուսումնասիրել նոր գործունեության կարիքը :          Դ.Նախկինի պես խմբին թողնել ինքնուրույն աշխատելու :</p>
<p>12. Վերջին տեղեկությունները ցույց են տալիս ,որ խմբի անդամները միջև առաջացել են որոշ ներքին դժվարություններ :Խումբն ունի պատարոհականություն և ավել ցուցանիշներ ,արդյունավետ երպով իրագործել են իրենց առջև դրված խնդիրները :Վերջին տարում համերաշխորեն աշխատել են :Նրանք բոլորը առաջադրված խնդիրներին առումով բարձր որակավորված մասնագետներ են :</p>	<p>Ա.Փորձարկել Ձեր որոշումները հետևորդների հետևքնարկել նոր գործունեության կարիքը :          Բ.Թույլ տալ խմբին ինքնուրույն արար հաղթահարել ծագած խնդիրները :          Գ.Գործել կտրուկ և արագ ՝ վիճակը շտկելու և վերաուղղելու համար :          Դ.Մասնակցել պրոբլեմիքն նարկմանը ,միաժամանակ աջակցություն ցուցաբերել խմբի անդամներին :</p>

Արտահիվանդանոցային բուժօգնությունը և հիցքնակնությունը անբավարարվածության գնահատման

ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ

Բնակչությունը մատուցվող բժշկական օգնությունը և որակի գնահատման նպատակով խնդրում ենք Ձեզ պատասխանել ստորև ներկայացվող հարցերին՝ ընդգծելով առավել բնորոշ պատասխանները, որոնք հետագայում կարող են նպաստել բժշկական օգնությունը և որակի, մատչելիության և արդյունավետության բարձրացմանը:

- 1. Ձեր սենյակը՝
    - 1.1) Արակալան 1.2) Իգակալան
  - 2. Տարիքային խումբը՝
    - 2.1) Մինչև 20 տարեկան 2.3) 40-59 տարեկան
    - 2.2) 20-39 տարեկան 2.4) 60-ից բարձր
  - 3. Քաղաքում բնակվելու տևողությունը՝
    - 3.1) մեկ տարուց պակաս 3.3) 5-9 տարի
    - 3.2) 1-4 տարի 3.4) 10 և ավել տարի
  - 4. Ընտանեկան դրությունը՝
    - 4.1) ամուսնացած 4.3) այրի
    - 4.2) բաժանված 4.4) չամուսնացած
  - 5. Կրթությունը՝
    - 5.1) թերի միջնակարգ 5.3) միջին մասնագիտական
    - 5.2) միջնակարգ 5.4) բարձրագույն
  - 6. Հիմնական գրադմուկները՝
    - 6.1) աշխատանքի հիմնարկում լինելու և ավարտված ժամանակահատվածը
    - 6.2) կրթությունը և ԲՈՒՀ-ում ավարտվելու և ընդունվելու
    - 6.3) կենսաթոշակառու
    - 6.4) անհատական աշխատանքային գործունեությունը
    - 6.5) չաշխատող
- Հիվանդությունը նթացքի վրա ազդող գործոնների գնահատում**
- 7. Տառապում եք խրոնիկ հիվանդություններով՝
    - 7.1) Այո (խնդրում ենք նշել հիվանդությունը) \_\_\_\_\_
    - 7.2) Ոչ (ոչ պատասխանի դեպքում կարող եք շրջանցել 8-10 հարցերը):
  - 8. Գործունեությունը կապված են Ձեր հիվանդությունը և հետ՝
    - 8.1) Եկուկոգիական գործունեություն
    - 8.2) կլիմայական գործունեություն
    - 8.3) աշխատանքի վնասակար պայմաններ
    - 8.4) ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը և լինությունը
    - 8.5) վնասակար սովորույթներ
    - 8.6) կենցաղային պայմաններ
    - 8.7) ոչ ճիշտ սննդակարգ

- 8.8) սակավարժ կենսակերպ
  - 8.9) այլ \_\_\_\_\_
  - 9. Պայմանավորված են արդյոք հիվանդությունը դրսևորում են երբ բուժօգնություն հասնելի դեպքում և մատչելի դեպքում՝
    - 9.1) այո 9.2) ոչ
  - 10. Պատահել է արդյոք, որ կիսատ թողնեք բուժումը՝
    - 10.1) չի պատահել
    - 10.2) հազվադեպ է պատահել
    - 10.3) հաճախ է պատահել
- Բժշակալական և պասարկման գնահատում**
- 11. Պոլիկլինիկական ծառայությունը աշխատանքում առկա խնդիրներ՝
    - 11.1) հերթերը նդունարանում
    - 11.2) հերթերը բժշկի կաբինետում
    - 11.3) հետագոտման դժվարություններ
    - 11.4) բուժանձնակազմի ոչ բարյացակամ վերաբերմունք
    - 11.5) պացիենտի նտրամադրվող ժամանակի սղությունը
    - 11.6) անձնակազմի ցածր որակավորում
    - 11.7) ծառայությունը կազմակերպված է չի արժեք
    - 11.8) այլ \_\_\_\_\_
  - 12. Ըստ ձեզ, արդյո՞ք հարմար է բժշկի և պոլիկլինիկայի աշխատանքային գրաֆիկը՝
    - 12.1) Այո 12.2) Ոչ
    - 12.3) Դժվարարևում եմ պատասխանել
  - 13. Ի՞նչ եք կարծում այն հաստատությունում, որում մղվում է սովորաբար բուժօգնությունը ստանում, բացակայում են Ձեզ անհրաժեշտ մասնագետները՝
    - 13.1) Այո 13.2) Ոչ
    - 13.3) Դժվարարևում եմ պատասխանել, քանի որ վաղուց չեմ դիմել
  - 14. Բավարարված եք արդյո՞ք Ձեր տեղամասային թերապիայի աշխատանքից՝
    - 14.1) Այո 14.3) Ոչ միշտ
    - 14.2) Ոչ

156

- 15. Ձեզ ինչ դուր չի գալ իստեղամասային թերապևտի աշխատանքում՝
    - 15.1) որրակավորման մակարդակը ,
    - 15.2) հիվանդի նկատմամբ վերաբերմունքը
    - 15.3) մշտապես զբաղված է այլ գործերով ,
    - 15.4) չի պատասխանում դիմումներին և բողոքներին
  - 16. Կուզե՞նայի՞ք փոխել Ձեր տեղամասային թերապևտին՝
    - 16.1) Այո 16.2) Ոչ
  - 17. Ձեր տեղամասային թերապևտը զբաղվում է արդյո՞ք առողջապարելակերպի քարոզչությունում
    - 17.1) Մշտապես 17.3) Զազվադեպ
    - 17.2) Զաճախ 17.4) Ընդհանրապես չի զբաղվում
  - 18. Բավարարված եք արդյո՞ք Ձեր տեղամասային բուժքրոջ աշխատանքից՝
    - 18.1) Այո 18.3) Ոչ միշտ
    - 18.2) Ոչ
  - 19. Զատկացվել է արդյո՞ք Ձեզ տեղեկատվություն անվճար բուժ.ծառայություններին հատկացման մասով՝
    - 19.1) Այո 19.3) Ոչ միշտ
    - 18.9) Ոչ
  - Ի՞նչ պես կզնահատեք 5բալային զնահատման համակարգով*  
(որտեղ՝ 1-շատ վատ, 2-վատ, 3-միջին, 4-ավ, 5-շատ ավ)
  - 20. Բուժօգնություն մատչելիությունը
    - 1) 12) 23) 34) 45) 5
  - 21. Բժշկի պրոֆեսիոնալ իզմը՝
    - 1) 12) 23) 34) 45) 5
  - 21. Սանիտարահիգիենիկ նորմերի պահպանումը՝
    - 1) 12) 23) 34) 45) 5
  - 23. Նյութատեխնիկական ապահովվածություն մակարդակը՝
    - 1) 12) 23) 34) 45) 5
  - 24. Բժշկի ոչ ադրոություններ արյացակամ վերաբերմունքը՝
    - 1) 12) 23) 34) 45) 5
  - 25. Դեղորայքով ապահովվածությունը՝
    - 1) 12) 23) 34) 45) 5
  - 26. Սանիտարա-ուսավորչական աշխատանքը՝
    - 1) 12) 23) 34) 45) 5
- Առողջությունն քննազնահատում և բժշկական ակտիվություն**

- 27. Ի՞նչ պես եք գնահատում Ձեր առողջությունը՝
  - 27.1) առողջ եմ , 27.3) տառապում եմ քրոնիկ հիվանդությամբ
  - 27.2) հազվադեպ եմ հիվանդանում 27.4) հաճախ եմ հիվանդանում
- 28. Առողջական խնդրին երիդեպքում դիմում եք արդյո՞ք բժշկի՝
  - 28.1) ոչ
  - 28.2) այո , միշտ
  - 28.3) ավելի հաճախ եմ դիմում
  - 28.4) միայն հիվանդություն սկզբում
  - 28.5) միայն հրատապ դեպքերում
- 29. Երեխաների առողջական խնդրին երիդեպքում դիմում եք արդյո՞ք բժշկի՝
  - 29.1) ոչ
  - 29.2) այո , միշտ
  - 29.3) ավելի հաճախ եմ դիմում
  - 29.4) միայն հիվանդություն սկզբում
  - 29.5) միայն հրատապ դեպքերում
- 30. Որքան հաճախե՞ք այցելում տեղամասային պոլիկլինիկա՝
  - 30.1) մեկ ամսվա ընթացքում մեկ անգամ
  - 30.2) երեք ամսվա ընթացքում մեկ անգամ
  - 30.3) վեց ամսվա ընթացքում մեկ անգամ
  - 30.4) մեկ տարվա ընթացքում մեկ անգամ
  - 30.5) մի քանի տարին մեկ անգամ
- 31. Առավել հաճախ ի՞նչ նպատակով եք այցելում տեղամասային պոլիկլինիկա՝
  - 31.1) առողջական վիճակի ստուգման
  - 31.2) բժշկի խորհրդի
  - 31.3) հիվանդություն անդեպքում
  - 31.4) որևէ ուղեգիր կամ փաստաթուղթ վերցնելու
  - 31.5) աշխատում եմ չայցելել
  - 31.6) առհասարակ չեմ այցելում
- 32. Զետևում եք արդյո՞ք բժշկի խորհուրդներին՝
  - 32.1) այո , ամբողջությամբ
  - 32.2) այո , ինչ կարողանում եմ
  - 32.3) այո , ինչ անհրաժեշտ եմ համարում
  - 32.4) չեմ հետևում
- 33. Ինչ պիսիվնասակար սովորություններ և եք՝
  - 33.1) ծխախոտի օգտագործում
  - 33.2) ակնհոլի օգտագործում
  - 33.3) սակավաշարժություն , ոչ բավարար ֆիզիկական ակտիվություն և
  - 33.4) սննդի չարաչափություն

33.5)վ ն ա ս ա կ ա ր ս ո վ ո թ ո ւ յ թ ն ե թ չ ո ւ ն ե մ

Հարցաթերթ

Պոլիկլինիկական օգնություն կազմակերպման և  
 որակի վերաբերյալ բուժաշխատողների կարծիքի  
 ուսումնասիրման

1.	Ձեր մասնագիտությունը	
2.	Աշխատանքային ստաժը	1)մինչև 5տարի 2)6-10տարի 3)11-15տարի 4)16-20տարի 5)ավելի քան 20տարի
3.	Բարձրագրել էք արդյոք Ձեր որակավորումը վերջին 5 տարիների ընթացքում	1)Այո 2)Ոչ
4.	Օգտվում եք մասնագիտական գրականություն (գրքեր, ամսագրեր)	1)Այո 2)Ոչ
5.	Կարող եք տալ «բժշկական օգնություն որակ» հասկացողություն սահմանումը	1)Այո 2)Ոչ
6.	Թվարկեք բժշկական օգնություն որակի բաղադրիչներ`	_____
7.	ԸստՁեզ, ո՞վ պետք է գնահատի բժշկի աշխատանքի որակը .	1)գլխավոր բժիշկը 2)գլխավոր բժշկի տեղակալը 3)բաժնի վարիչը 4)բժիշկ-փորձագետը 5)ապահովարանի ղեկ. փորձագետները 6)պացիտները
	բուժքրոջ	1)ավագ բուժքրոջը 2)բաժնի վարիչը
8.	Բավարարված ե՞ք արդյոք բժշկական օգնություն որակի հսկողություն գոյություն ունենեցող համակարգից	1)Այո 2)Ոչ 3)Դժվարանում եմ պատասխանել
9.	Եթե ոչ, ապա ո՞րն է պատճառը	_____
10.	Ո՞վ պետք է մասնակցի բժշկական օգնություն որակի ապահովման գործընթացին	1)գլխավոր բժիշկը 2)գլխավոր բժշկի տեղակալը 3)բաժնի վարիչը 4)բուժքրոջները
11.	Նպատակահարմար է՞ արդյոք պոլիկլինիկայում ներդնել բուժօգնության որակի կառավարման և ապահովման համակարգ	1)Այո 2)Ոչ 3)Դժվարանում եմ պատասխանել
12.	Նշեք այն գործոնները, որոնք ըստՁեզ բացասաբար են ազդում պոլիկլինիկայի բուժաշխատողների աշխատանքի որակի վրա	1)բժշկի ծանրաբեռնվածությունը 2)բժշկական սարքավորումներով ոչ բավարար հագեցվածությունը 3)բուժքրոջ

		ծանրաբեռնված ու թյուր 4) նյութական մոտիվացիայի բացակայությունը 5) բժշկի աշխատանքի նկատմամբ բաժանմունքի վարիչի ոչ բավարարիչ սկզբնական 6) աշխատանքի ոչ ռացիոնալ կազմակերպումը 7) ախտորոշման և բուժման նորագույն մեթոդների բավարարչությունը 8) բժշկի ոչ բավարար որակավորման մակարդակը
13.	Ըստ Ձեզի <sup>o</sup> նչ սկզբունքով պետք է իրականացվի բուժաշխատողներին վարձատրումը	1) ըստ ծանրաբեռնված ծավալի և որակի 2) ըստ աշխատանքային ստաժի 3) ըստ որակավորման մակարդակի

14. Որքանով ե՞ք բավարարված (նշել համապատասխան վանդակում)	Ամբողջ ու թյամբ բավարարված եմ	Հիմնական ում բավարար ված եմ	Այնքան ել բավարար ված չեմ	Բավարար ված չեմ
1. աշխատանքի կազմակերպում				
2. աշխատանքային պայմաններ				
3. բժշկական սարքավորումներով հագեցվածություն				
4. պոլիկլինիկայի կոլեկտիվ				
5. փոխհարաբերություն ունենե՞ր վարչական հատվածի հետ				
6. պոլիկլինիկայի ստորաբաժանումներ ի աշխատանք`				
ա) Լաբորատորիա				
բ) ռենտգեն կաբինետ				
գ) ՈՒԲՅ կաբինետ				
դ) միջամտություն ընդհանրապես				
ե) ֆիզիոթերապևտիկ կաբինետ				
7. Հոգեբանական մոտիվացիայի համակարգ				
8. Նյութական մոտիվացիայի համակարգ				
9. Տեղեկատվության ապահովման համակարգ				
10.				



Փաստաթղթաշրջանառություն				
11.Որակավորման բարձրացման համակարգ				
12.ԸստՁեզ ինչպիսի՞ միջոցառումներ պետք է անցկացվեն պոլիկլինիկային ծառայությունների բարձրացման նպատակով	<p>1)պոլիկլինիկայի աշխատանքի վերակազմակերպում</p> <p>2)բժշկական կադրերի պատրաստման գործընթացի բարելավում</p> <p>3)բժշկական սարքավորումներով հագեցվածություն բարելավում 4)բուժաշխատողներին աշխատավարձի բարձրացում</p> <p>5)աշխատանքի որակի նյութական մոտիվացիա</p> <p>6)մասնագիտական որակավորման շարունակական բարելավում</p> <p>7)բուժօգնությունների կառավարման և ապահովման արդյունավետ համակարգի ներդրում</p>			

Երևան քաղաքի արական սեռի բնակչության մահացությունների ըստ տարիքային խմբերի (2013թ.)

Հիվանդություններ	0-4	5-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70և >	Ընդամենը
Վարակիչ և մակարուծական հիվանդություններ.	7	1	1	0	8	12	24	14	8	75
Նորագոյացություններ	1	1	2	9	17	38	193	300	574	1135
Արյան և արյունաստեղծօրգանների հիվանդություններ, առանձին խանգարումներ՝ հիմունային մեխանիզմի ներգրավմամբ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Ներզտական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	0	0	0	0	1	8	31	60	138	238
Հոգեկան խանգարումներ, վարքի խանգարումներ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	0	2	0	0	0	1	5	1	6	15
Աչքի և նրահավելյալ ապարատի հիվանդություններ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ականջի և պտկածնելունի հիվանդություններ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	0	0	1	7	20	87	307	340	1009	1771
Ծնչառական օրգանների հիվանդություններ	8	0	0	1	4	7	24	44	237	325
Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	0	0	0	2	7	29	70	50	163	321
Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3
Ոսկրամկանային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	0	0	0	0	0	0	2	4	2	8
Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	0	0	0	2	1	2	29	52	181	267
Պերիտոնալ շրջանում ի հայտեկող վիճակներ	26	0	0	0	0	0	0	0	0	29
Բնածին զարգացման արատներ, դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	13	0	0	0	0	1	2	5	47	68

Ախտանիշներ, նշաններ և կլինիկական ու լաբորատոր հետազոտություններով հայտնաբերված ախտաբանական շեղումներ՝ այլ դասերում չդասակարգված	6	0	0	2	5	7	14	6	11	51
Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործություն ունեցող այլ հետևանքներ	3	4	8	36	35	40	34	32	67	259
Ընդամենը	68	8	12	59	98	234	736	908	2444	4563

Հավելված 6

Երևան քաղաքի իգական սեռի բնակչության մահացությունների  
տարիքային խմբերի (2013թ.)

Հիվանդություններ	0-4	5-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 և >	Ընդամենը
Վարակիչ և մակարոնիաներով հիվանդություններ.	3	1	0	0	3	2	4	5	6	24
Նորագոյացություններ	0	0	0	6	9	57	188	233	623	1116
Արյան և արյունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ, առանձին խանգարումներ՝ իմունային մեխանիզմի ներգրավմամբ	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3
Ներգտական համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	2	0	0	0	0	5	27	92	268	394
Հոգեկան խանգարումներ, վարքի խանգարումներ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	1	1	0	1	0	1	0	3	3	10
Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ականջի և պտկածնելուսի հիվանդություններ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	0	0	0	3	3	8	65	188	1601	1868
Ծնչառական օրգանների հիվանդություններ	8	0	0	1	3	3	5	22	302	344
Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	0	0	0	2	1	6	16	28	239	292
Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1

Ոսկրամկանայի ն համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	0	0	0	0	0	2	5	4	11	22
Միգասեռական համակարգի հիվանդություններ	0	0	0	0	0	1	8	25	278	312
Պերինատալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	24	0	0	0	0	0	0	0	0	24
Բնածին զարգացման արատներ, դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	12	2	0	0	0	1	1	2	47	65
Ախտանիշներ, նշաններ և կլինիկական և լաբորատոր հետազոտություններով հայտնաբերված ախտաբանական շեղումներ՝ այլ դասերում չդասակարգված	3	2	0	2	2	4	3	5	10	31
Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործություն ունեցող հետևանքներ	0	2	1	7	9	7	14	14	67	121
Ընդամենը	53	8	1	23	31	97	337	623	3456	4629

Երևանի քաղաքի բնակչության հիվանդացության ցուցանիշները քաղաքի խմբերի (2013թ.,  
ցուցանիշը 100000 բնակչի հաշվով)

Հիվանդություններ	0-14 տարեկան երեխաներ				15-17 տարեկան				18 տարեկան և ավելի			
	Ընդհանուր հիվանդացություն		Կյանքում առաջին անամախտորոշված		Ընդհանուր հիվանդացություն		Կյանքում առաջին անամախտորոշված		Ընդհանուր հիվանդացություն		Կյանքում առաջին անամախտորոշված	
	Բ.թ.	Հ.թ.	Բ.թ.	Հ.թ.	Բ.թ.	Հ.թ.	Բ.թ.	Հ.թ.	Բ.թ.	Հ.թ.	Բ.թ.	Հ.թ.
Վարակիչ և մակաբուծակա հիվանդություններ.	10461	5552,5	10284	5458,6	831	2252	744	2016,3	24295	2885,4	20676	2455,6
Նորագոյացություններ	603	320,1	240	127,4	128	346,9	46	124,7	21037	2498,5	4336	515
Արյան և արյունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ, առանձին խանգարումներ՝ հմուտ նյութի մեխանիզմի ներգրավմամբ	2664	1414	956	507,4	276	748	59	159,9	3161	675,4	880	104,5
Ներզատակա համակարգի հիվանդություններ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ	1607	853	673	357,2	614	1664	336	910,6	34360	4080,8	4143	492
Հոգեկան խանգարումներ, վարքի խանգարումներ	2041	1083,3	1468	779,2	50	135,5	19	51,5	21387	2540	3254	386,5
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	3308	1755,8	1188	630,6	527	1428,2	230	623,3	11541	1370,7	4370	519
Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ	22475	11929,4	8484	4503,2	1025	2777,8	459	1243,9	38667	4592,3	12711	1509,6
Ականջի և պտկաձև ելունի հիվանդություններ	4577	2429,4	3927	2084,4	423	1146,3	271	734,4	14442	1715,2	8801	1045,2
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	221	117,3	122	64,8	200	542	127	344,2	85223	10121,5	21515	2555,2

Եւջանական օրգանների հիվանդու թյու ններ	50690	26905,5	46514	24689	5588	15143,6	4757	12891,6	59747	7095,8	48892	5806,7
Մարսողական օրգանների հիվանդու թյու ններ	3564	1891,7	2817	1495,2	448	1214,1	243	658,5	21010	2495,2	4924	584,8
Մաշկի ենթամաշկային բջջանքի հիվանդու թյու ններ	1172	622,1	638	338,6	1667	4517,6	1194	3235,8	13699	1627	10193	1210,6
Ոսկրամկանային համակարգի շարակցական հյուսվածքի հիվանդու թյու ններ	2405	1276,5	1833	972,9	1670	4525,7	518	1403,8	17133	2034,8	5966	708,6
Միզասեռական համակարգի հիվանդու թյու ններ	0	0	0	0	598	1620,6	428	1159,9	30504	3622,8	15491	1839,8
Պերիտոնալ շրջանում ի հայտ եկող վիճակներ	2379	1262,7	1052	558,4	2	11,4	2	11,4	11088	3809	6524	2241,2
Բնածին զարգացման արատներ, դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ	1006	534	966	512,7	735	1991,9	267	723,6	838	99,5	323	38,4
Ախտանիշներ, նշաններ և կլինիկական և լաբորատոր հետազոտություններ րով հայտնաբերված ախտաբանական շեղումներ՝ այլ դասերում չդասակարգված	1646	873,7	1505	798,8	555	1504,1	484	1311,7	761	90,4	410	48,7
Վնասվածքներ, թուլանվորումներ և արտաքին պատճառներ ներգործության որոշ այլ հետևանքներ	4043	2146	3807	2020,7	858	2325,2	774	2097,6	11194	1329,5	9507	1129,1
Ընդամենը	121677	64584,4	91920	48789,8	21342	57837,4	12431	33688,3	420087	49891,6	182916	21724

ԱԱՊ օղակի համար BSC-ի կառուցման համար  
ընտրված ցուցանիշներ

<b>Բժշկադեմոգրաֆիկ ցուցանիշներ</b>	
1.	Բնակչություն թվաքանակ
2.	Աշխատունակ տարիքի բնակչություն
3.	18և բարձր տարիքի բնակչություն
4.	Երեխաներ (0-17տ.)
5.	Մինչև 1տարեկան երեխաներ
6.	15-17տ. երեխաներ
7.	Կանանց թիվ
8.	15-49տ. կանանց թիվ
9.	Ընդհանուր մահացություն (1000բնակչի հաշվով)
10.	Տնային մահերի թիվ
11.	Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից մահացություն
12.	Սրտի իշեմիկ հիվանդություններից (ՄԻՀ) մահացություն
13.	Նորագոյացություններից մահացություն
14.	Մանկական մահացություն
15.	ՄԻՀ-ից մահացության տեսակարար կշիռ (%)
16.	Աշխատունակ տարիքի բնակչության տնային մահերի %
17.	Ծնելիություն
<b>ԱԱՊ օղակի անձնակազմ</b>	
18.	Հաստիքների թիվ
19.	Չբաղեցրած հաստիքների թիվ
20.	Համատեղ ունեցող անդամակից
21.	Կադրերով հագեցվածություն (%)
<b>Միջին բուժանձնակազմ</b>	
22.	Հաստիքների թիվ
23.	Չբաղեցրած հաստիքների թիվ
24.	Համատեղ ունեցող անդամակից
25.	Կադրերով հագեցվածություն (%)
<b>ԱԱՊ օղակի կադրերով ապահովված ունեցող անցուցանիշ</b>	
26.	Բժիշկներով ապահովվածություն (100 000բնակչի հաշվով)
27.	Միջին բուժանձնակազմով ապահովվածություն (100 000բնակչի հաշվով)
28.	Բժիշկ/բուժքույր հարաբերակցություն
<b>Կադրերի որակավորման մակարդակ</b>	
29.	Գիտական աստիճան ունեցող բժիշկներ
30.	Ծարունակական մասնագիտական զարգացման կրեդիտների քանակություն
<b>Բնակչության հիվանդացության ցուցանիշը ստորին մեկ ինչուստ</b>	
31.	Ընդհանուր հիվանդացություն (10000բնակչի հաշվով)
32.	Առաջին անգամ արձանագրված հիվանդացություն (10000բնակչի հաշվով)
33.	Մեծահասակ բնակչության հիվանդացություն (10000բնակչի հաշվով)
34.	Մեկ բնակչի կյանքում առաջին անգամ արձանագրված հիվանդացություն
35.	0-17տարեկան երեխաների ընդհանուր հիվանդացություն (10000բնակչի հաշվով)
36.	0-17տարեկան երեխաների առաջին անգամ արձանագրված հիվանդացություն (10000բնակչի հաշվով)
37.	15-17տարեկան երեխաների ընդհանուր հիվանդացություն (10000բնակչի հաշվով)
38.	15-17տարեկան երեխաների առաջին անգամ արձանագրված հիվանդացություն (10000բնակչի հաշվով)

39.	0-14 տարեկան երեխաների ընդհանուր հիվանդացու թյուն (10000 բնակչի հաշվով)
40.	0-14 տարեկան երեխաների առաջին անգամ արձանագրված հիվանդացու թյուն (10000 բնակչի հաշվով)
41.	Ժամանակավոր անաշխատունակությունը ամբողջական հիվանդացու թյան ցուցանիշ (դեպքերի թիվ)
42.	Ժամանակավոր անաշխատունակությունը ամբողջական հիվանդացու թյան ցուցանիշ (օրերի թիվ)
<b>ԱԱՊօղակու մօնկոլոգիական օգնությունը գնահատող ցուցանիշներ</b>	
43.	Ընդհանուր հիվանդացու թյուն (100 000 բնակչի հաշվով)
44.	Կյանքում առաջին արձանագրված հիվանդացու թյուն (100 000 բնակչի հաշվով)
45.	Մահացու թյուն
46.	Հիվանդությունների III-IV փուլում հայտնաբերման ցուցանիշ (%)
47.	Մահաբերություն
48.	Հիվանդությունների III-IV փուլում հայտնաբերման ցուցանիշ (%)
49.	Կանխարգելիչ զննման ընդգրկվածություն
50.	Ակտիվ հայտնաբերված հայտնաբերված օնկոլոգիական հիվանդությունների (%)
51.	Հաշվառման վերցված (5 տարի և ավելի %)
<b>ԱԱՊօղակի աշխատանքի կառավարում</b>	
52.	Կանչերի մակարդակ (1000 բնակչի հաշվով)
53.	Հոսպիտալացման մակարդակ (1000 բնակչի հաշվով)
54.	Օնկոլոգիական մահաբերությունը ախտորոշման 1 տարվա ընթացքում (%)
55.	Առաջնակի հաշմանդամություն (10000 բնակչի հաշվով)
56.	Դիսպանսերի հսկողությունը վերցվածների %
57.	1 դեպքի միջին տևողություն
58.	Կանխարգելիչ զննումների ընդգրկվածություն (%)
59.	Կանխարգելիչ զննումների ժամանակ հայտնաբերված հիվանդությունների %
60.	Սրտի իշեմիկ հիվանդությունների կապակցությունը դիսպանսերի հսկողության %
61.	Չարկերակային գերձման կապակցությունը դիսպանսերի հսկողության %
62.	Աշխատունակ տարիքի բնակչության առաջնակի հաշմանդամություն (10000 բնակչի հաշվով)
<b>ԱԱՊօղակի հարկլինիկական հետազոտությունների ծավալներ</b>	
63.	Սարքավորումների թիվ
64.	Ուլտրաձայնային հետազոտություններ
65.	Հետազոտվածների %
66.	Լաբորատոր հետազոտությունների %
67.	ԱԱՊօղակի մեկ հաճախման միջին գին
68.	ԱԱՊօղակի per capita-ի \$ ինսուսավորում
69.	ՊՆԾ կատարողական
70.	Բժիշկների միջին աշխատավարձ
71.	Բուժքրոջ միջին աշխատավարձ
72.	Վճարովի հաճախումների %