

ԵՐԵՎԱՆԻ Մ. ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ՍՈՆԱ ՎԱՋԳԵՆԻ ԳԶՐԱՐՅԱՆ

**ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԱՌԿԱ ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ
ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՆՈՐ ՄՈՏԵՑՈՒՄՆԵՐ**

ԺԴ.00.17 «Հանրային առողջություն և առողջապահության կազմակերպում»
մասնագիտությամբ

բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի հայցման
ատենախոսություն

Գիտական ղեկավար՝
բ.գ.դ., պրոֆեսոր, Մ.Ա. Մարդիյան

ԵՐԵՎԱՆ 2016

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐԻ ՑԱՆԿ	3
ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ.....	4
ԳԼՈՒԽ 1. ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆ.....	9
ԳԼՈՒԽ 2. ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ	38
ԳԼՈՒԽ 3. ՍԵՓԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ.....	47
3.1. Գեղարքունիքի մարզի բնակչության առողջության բնութագիրը	47
3.2. Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական համակարգի հիմնական ռեսուրսները և դրանց ազդեցությունը բուժհաստատությունների գործունեությունը գնահատող հիմնական ցուցանիշների վրա	65
3.3. Բուժօգնության որակի և մատչելիության գնահատում ըստ սոցիոլոգիական հարցման տվյալների	76
3.4. Առողջապահական ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության համալիր գնահատում.....	85
3.5. Գեղարքունիքի մարզում առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման բժշկասոցիալական էֆեկտի համալիր գնահատում	94
3.6. Առողջապահական ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության կատարելագործման միջոցառումների համակարգի գիտական հիմնավորումը	101
ԱՄՓՈՓՈՒՄ	107
ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	117
ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ.....	119
ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ	121
ՀԱՎԵԼՎԱԾ.....	136

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

ՀՀ	- Հայաստանի Հանրապետություն
ՌԴ	- Ռուսաստանի Դաշնություն
ՀՆԱ	- Համախառն ներքին արդյունք
ԱԾ	- Ազգային Ծրագիր
ԱՆ	- Առողջապահության նախարարություն
ՊՆԾ	- Պետական նպատակային ծրագիր
ՇՄԶ	- Շարունակական մասնագիտական զարգացում
ՀԾՓ	- Հիմնական ծառայությունների փաթեթ
ՊԲԱ	- Պարտադիր բժշկական ապահովագրություն
ԱՎԾ	- Ազգային վիճակագրական ծառայություն
ԱՀԿ	- Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն

,

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Թեմայի արդիականությունը

ՀՀ առողջապահական համակարգի զարգացման ներկա փուլի համար կարևորվում է բնակչության առողջական վիճակը բնութագրող ցուցանիշների պարզ վերլուծությունից անցում կատարել այդ ցուցանիշների բարելավմանն ուղղված կառավարման մոտեցումների ներդրմանը: Առողջապահական համակարգում առկա սուղ ռեսուրսների պայմաններում արդիական է նաև համակարգի ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետությունը բարձրացնող կառավարման նոր մոտեցումների ներդրման անհրաժեշտությունը [11, 12]:

Պետք է նշել, որ առողջապահական համակարգի բարեփոխումները ոչ միշտ են ապահովում բնակչության առողջությունը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների բարելավում, ինչպես նաև համակարգի բարեփոխումների հիմնական ուղղությունները դեռևս չեն ապահովել բուժօգնության որակ և հասանելիություն: Բնականաբար, հիմնախնդրի առկայության պատճառներից մեկը համակարգի առկա ռեսուրսների օգտագործման ցածր արդյունավետությունն է: Լուրջ հիմնախնդիր է մնում նաև բուժհաստատությունների տարբեր ստորաբաժանումների միջև ցուցաբերվող բուժօգնության ծավալների և հիմնական տեսակների անհամաչափ բաշխման առկայության հարցը: Այս հիմնախնդիրը ավելի արդիական է դարձել մարզային առողջապահական համակարգի համար: Պաշտոնական վիճակագրական տվյալների վերլուծությունը փաստում է, որ դեռևս նկատվում է կադրային ռեսուրսներով մարզային առողջապահական բուժհաստատությունների ապահովվածության ցածր մակարդակ: Լուրջ հիմնախնդիր է նաև առողջապահության ոլորտի բուժաշխատողների վարձատրման տարբերակված մեխանիզմների ներդրումը, որի համար հիմնական չափանիշ պետք է հանդիսանա մատուցվող ծառայությունների որակը: Առողջապահական համակարգում դեռևս չի ներդրվել բուժհաստատության մատուցած ծառայությունների որակի և մատչելիության գնահատման համար բժշկասոցիալական էֆեկտի և տնտեսական արդյունավետության հիմնական ցուցանիշները [2, 38]:

Այդպիսով, մարզային առողջապահական համակարգում առկա է ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետությունը գնահատող մոտեցումների ներդրման կազմակերպչական խնդիրներ, որոնք պահանջում են արդյունավետությունը գնահատող ցուցանիշների և չափորոշիչների մշակում, ինչպես նաև այն համակարգում ներդնելու կառավարչական որոշումների ընդունում:

Բնականաբար, հասկանալի է, որ այդ հիմնախնդրի լուծման ուղիների մշակումն ու ներդրումը ոլորտի համար ունի ռազմավարական նշանակություն: Առողջապահական ռեսուրսների կառավարման արդյունավետության բարձրացմանն ուղղված կազմակերպչական-տնտեսական մեխանիզմներից մեկը պետական նպատակային ծրագրերի իրականացման համար առկա ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության վերլուծությունն է [39]: Այս փաստաթղթի օգնությամբ կանոնակարգվում է բնակչությանը մատուցվող անվճար բուժօգնության պետական երաշխիքների ծավալները, ինչպես նաև հաստատվում է այդ երաշխիքի իրականացման կարգը [7, 8]:

Առողջապահական համակարգում առկա ֆինանսական դեֆիցիտն ավելանում է, երբ բնագավառում առկա ռեսուրսները օգտագործվում են ոչ արդյունավետ: Այդ երևույթի վրա էական ազդեցություն է ունենում նաև մարզային առողջապահական համակարգի կառուցվածքային վերակառուցման ոչ արդյունավետ մեխանիզմների առկայությունը: Առողջապահական ՊՆԾ-ը պետք է կանոնակարգի նաև համակարգի կադրային քաղաքականությունը, քանի որ այն իր հերթին հստակեցնում է բուժօգնության ծավալները, բուժհաստատության կառուցվածքը, ինչպես նաև բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները [11]:

Առողջապահական համակարգի վերակառուցման ռազմավարությունը, որն ուղղված է ոլորտի խնդիրների լուծմանը, պահանջում է համակարգային մոտեցում: Առողջապահական համակարգի ոլորտում առողջապահական ՊՆԾ-ի գերակա ուղղությունների մշակման և ներդրման գործընթացում առկա է այդ հիմնախնդրի լուծման ճանապարհին «մնացորդային» մոտեցման աստիճանական հաղթահարման գործընթաց [88]: Փաստ է, որ առողջապահական համակարգում ՊՆԾ-ի գաղափարի ներդրումը ապահովում է այդ համակարգի որոշ խնդիրների լուծում, սակայն այն դեռևս չի կարողանում լուծել բուժօգնության պետական երաշխիքների ավելի հստակ սահ-

մանման և բուժօգնության դիմաց բնակչության անձնական վճարումների բեռի նվազեցման հիմնախնդիրը [20]:

Մի խումբ հետազոտողներ առաջարկում են առողջապահական համակարգում առկա սահմանափակ ռեսուրսների պայմաններում ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման նպատակով ներդնել ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետությունը գնահատող համալիր մոտեցում ունեցող մեթոդներ: Այդ հետազոտողները հիմնավորում են տնտեսական և բժշկասոցիալական արդյունավետության չափանիշների նըշանակությունը, ինչպես նաև նշում են, որ արդյունավետության գնահատման համար դեռևս բացակայում են միասնական համակարգային մոտեցումները [32, 35]:

Մի շարք հեղինակներ առաջարկում են առողջապահական համակարգում ներդնել իրենց կողմից մշակված արդյունավետությունը գնահատող մեթոդական մոտեցումները: Նշվում է սահմանափակ ռեսուրսների պայմաններում տնտեսական և բժշկասոցիալական արդյունավետության չափանիշների կիրառելիության նշանակությունը [47]:

Ինչպես գիտենք, սոցիալական արդյունավետությունը գնահատող կարևորագույն չափանիշ է առողջապահական պետական նպատակային ծրագրի փաթեթից բնակչության բավարարվածության աստիճանի գնահատումը: Բնակչության շրջանում սոցիոլոգիական հետազոտությունների անցկացման արդյունքները հիմք են հանդիսանում առողջապահական համակարգում կազմակերպչական և իրավական մեխանիզմների բարեփոխման համար: Կարևորվում է տարբեր երկրների առողջապահական համակարգի փորձի կիրառումը: Այդ նպատակով կարևորվում է հաշվի առնել տվյալ երկրի առողջապահական համակարգի կառավարման առանձնահատկությունները [34, 57]: Այս փաստը հիմնավորում է, որ անհրաժեշտ է իրականացնել հետազոտություններ, որոնք կհիմնավորեն համակարգում ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետությունը գնահատող չափանիշների մշակումն ու ներդրումը:

Հետազոտության նպատակը

Հիմնավորել մարզային մակարդակում առողջապահական առկա ռեսուրսների օգտագործման բժշկասոցիալական էֆեկտի և տնտեսական արդյունավետության գնահատման նոր մոտեցումների ներդրման անհրաժեշտությունը:

Հետազոտման խնդիրները

1. Վերլուծել և գնահատել Գեղարքունիքի մարզի բնակչության առողջության և առողջապահական ցուցանիշները 2007-2011 թթ. ժամանակահատվածի համար:
2. Վերլուծել և գնահատել Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական համակարգի ռեսուրսների օգտագործման բժշկասոցիալական էֆեկտը և տնտեսական արդյունավետությունը:
3. Ուսումնասիրել և գնահատել Գեղարքունիքի մարզի բնակչության բավարարվածությունը մարզի բուժհաստատություններում ցուցաբերվող բուժօգնության հիմնական տեսակների որակից և մատչելիությունից:
4. Մշակել և ներդնել մարզային մակարդակում բուժօգնության որակ ու հասանելիություն ապահովող առողջապահական ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության բարձրացմանն ուղղված միջոցառումներ:

Աշխատանքի գիտական նորույթը

1. Առաջին անգամ գնահատվել է մարզային մակարդակում ՊՆԾ-ի բժշկասոցիալական էֆեկտը և տնտեսական արդյունավետությունը:
2. Մշակվել է միջոցառումների համալիր, որն իր մեջ ներառում է առողջապահական ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման բարձրացմանն ուղղված կառավարման քայլերը:
3. Հիմնավորվել է մարզային առողջապահական համակարգի կառավարման կատարելագործմանն ուղղված ալգորիթմը:

Աշխատանքի գործնական նշանակությունը

Ստացված արդյունքների գիտագործնական նշանակությունը կայանում է նրանում, որ մշակվել և ներ է դրվել մարզային մակարդակում առողջապահական ռեսուրսների օգտագործման համալիր գնահատման նոր մոտեցումներ: Հիմնավորվել են ՊՆԾ-ի բժշկասոցիալական էֆեկտը և տնտեսական արդյունավետությունը գնահատող չափանիշները և ցուցանիշները:

Առողջապահական ռեսուրսների օգտագործման օպտիմալացմանն ուղղված առաջարկվող մոտեցումները հնարավորություն են տվել մարզային մակարդակում բարձրացնել բուժօգնության որակը և մատչելիությունը:

Պաշտպանության ներկայացված հիմնական դրույթները

1. Գեղարքունիքի մարզի բնակչության առողջական վիճակը և առողջապահական ռեսուրսներով ապահովվածությունը բնութագրող հիմնական ցուցանիշները ունեն առանձնահատկություններ:
2. Մարզային մակարդակում առողջապահական պետական նպատակային ծրագրի բժշկասոցիալական էֆեկտ և տնտեսական արդյունավետություն ապահովող առողջապահական հիմնական չափանիշների ընտրություն և ցուցանիշների գնահատում:
3. Բուժօգնության որակ և մատչելիություն ապահովող առողջապահական ռեսուրսների օգտագործման բժշկասոցիալական էֆեկտի և տնտեսական արդյունավետության բարձրացման գիտական հիմնավորում ունեցող կառավարման նոր մոտեցումների մշակում:

Ատենախոսության նախնական փորձաքննությունը

Ատենախոսության հիմնական դրույթները զեկուցվել են հետևյալ միջազգային և տեղական գիտաժողովներում. ԵՊԲՀ-ի տարեկան հաշվետու գիտաժողով (Երևան, 2014թ., 2015թ.), The Second International Conference on Biology and Medical Sciences, Vienna, Austria (2014), The third International Conference on Eurasian scientific development, Vienna, Austria (2014): Ատենախոսության հիմնական դրույթները տպագրվել են 11 տպագիր աշխատանքներում:

Ատենախոսության կառուցվածքը և ծավալը

Ատենախոսությունը շարադրված է 135 էջի վրա: Բաղկացած է նախաբանից, գրականության տեսությունից, հետազոտության նյութը և մեթոդները գլխից, սեփական հետազոտության արդյունքները ներկայացնող գլխից, ամփոփումից, եզրակացություններից, գործնական առաջարկություններից, գրականության ցանկից, հավելվածներից: Նյութը մշակվել է 32 աղյուսակի, 28 գծապատկերի և 3 սխեմայի օգնությամբ: Գրականության ցանկը ներառում է 169 սկզբնաղբյուր:

ԳԼՈՒԽ 1.

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆ

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԱՌԿԱ ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐԸ

Բնակչության հանրային առողջությունը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների վատթարացման միտումները ազդում են առողջապահական հիմնական ցուցանիշների արդյունավետության վրա [9, 10]: Առողջապահական համակարգի ժամանակակից մարտահրավերները համակարգի առջև դրել են այնպիսի հիմնախնդիրներ, որոնք պետության զարգացման ժամանակակից փուլում պահանջում են բնակչության առողջական վիճակը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների վերլուծությունից անցում կատարել այդ ցուցանիշների լավացմանը միտված միջոցառումների համալիրի ներդրմանը: Հասկանալի է, որ այդ խնդրի լուծմանը կիսթանի համակարգի կառավարման տարբեր մակարդակներում հետազոտական և կազմակերպչական մոտեցումների մշակումն ու ներդրումը: Առողջապահության ոլորտում ռեսուրսների կառավարման արդյունավետությանն ուղղված կազմակերպչական-կառավարչական մեխանիզմներից մեկը պետական նպատակային ծրագրի (ՊՆԾ) շրջանակներում բնակչությանը ցուցաբերվող բուժօգնության ծավալների ապահովումն է [1, 4, 83]: Մի խումբ հեղինակների հետազոտություններ, որոնք նվիրված են առողջապահական ծրագրերի գնահատմանը, հիմնավորում են, որ այդ ծրագիրը շատ դեպքերում կրում է դեկլարատիվ բնույթ, քանի որ ծրագրի իրականացման համար պահանջվող ֆինանսական միջոցները միշտ ունենում են դեֆիցիտ: Այդ ֆինանսական դեֆիցիտն ավելանում է, երբ բնագավառում առկա ռեսուրսները օգտագործվում են ոչ արդյունավետ, ինչպես նաև դրա հետ կապված տարածքային մակարդակում բնակչությանը ցուցաբերվող բուժօգնության տարբեր մակարդակների ոչ արդյունավետ վերակառուցումը նույնպես հանդիսանում է պատճառներից մեկը [19, 50, 147]: Առողջապահական ՊՆԾ-ի ներդրմամբ հատուկ նշանակություն է ձեռք բերում բժշկական կադրերի թվաքանակի նորմավորման հարցը, քանի որ բժշկական կադրերի պահանջարկը պետք է որոշվի մատուցված բուժօգնության ծավալով և կառուցվածքով, ցուցաբերման պայմաններով:

Առողջապահական համակարգի արդիականացումը առաջին հերթին պետք է ուղղված լինի մատչելի և որակյալ բուժօգնության ապահովմանը: Մի շարք հեղինակների կողմից կատարված հետազոտություններում բերված են համակարգային վերլուծության արդյունքները, ինչպես նաև հիմնավորված են առողջապահական համակարգում առկա հիմնախնդիրները:

1. Առողջապահական համակարգի գերակա ուղղությունների զարգացման և դրանց ուղղված գործողությունների երկարաժամկետ ծրագրերի բացակայությունը հանգեցնում է առողջապահության առկա խնդիրների ոչ լիարժեք լուծման:
2. Անվճար բուժօգնության պետական երաշխիքները կրում են դեկլարատիվ բնույթ: Առկա է ֆինանսական ռեսուրսների հետ դրանց անհամաչափություն, որի արդյունքում աճում է համավճարի դեպքերի թիվը:
3. Առողջապահության ֆինանսավորման բազմաշերտ բյուջետային-ապահովագրական համակարգի անարդյունավետությունը աճում է: Այն անկարող է դառնում ապահովել միջոցների ռացիոնալ օգտագործում, որն իր հերթին բերում է բուժօգնության որակի և մատչելիության նվազման: Այս բոլոր հիմնախնդիրների լուծումը կապահովի բնագավառի կառուցվածքային անհամաչափության հաղթահարում:
4. Առողջապահական համակարգում առկա նյութական և կադրային ռեսուրսների օգտագործման ցածր արդյունավետությունը, բնագավառում կառուցվածքային վերափոխումների և աշխատավարձի օպտիմալ մոդելի ներդրման չարդարացված դանդաղ տեմպեր:
5. Առողջապահության ոլորտի աշխատակիցների ցածր մոտիվացիա բուժօգնության որակի և մասնագիտական աճի բարելավման ուղղությամբ:
6. Բուժաշխատողների աշխատանքի վարձատրման մեխանիզմներ ցածր արդյունավետություն:
7. Առողջապահության պետական ֆինանսավորման ծավալների ոչ տարբերակված մոտեցում, որտեղ հաշվի չեն առնվում բուժօգնության որակի և մատչելիության տարբերությունները:
8. Առողջապահական համակարգի բոլոր օղակներում առկա ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման տնտեսական խթանման բացակայություն [40, 48, 123, 148]:

Այսպիսով, առողջապահական համակարգի բարեփոխման ռազմավարությունը, որն ուղղված է բնագավառի խնդիրների լուծմանը, իրատեսական դարձնելու համար անհրաժեշտ է ունենալ համակարգային մոտեցում: Պահանջվում է բնագավառի ռեսուրսների օգտագործման բժշկասոցիալական էֆեկտի և տնտեսական արդյունավետության բարձրացմանն ուղղված միջոցառումների ներդրում, որի արդյունավետությունն ապահովելու համար անհրաժեշտ է հաշվի առնել բնակչության բուժօգնության իրական պահանջարկը [104,145]:

Մի շարք հետազոտությունների տվյալներ փաստում են, որ առողջապահական համակարգի զարգացման ժամանակակից փուլում կարելի է տարանջատել երկու տիպի համակարգեր՝ պահանջարկի և առաջարկի համակարգ: Այդ համակարգերում պլանավորման համար հիմք են հանդիսանում կամ բնակչության պահանջմունքները կամ առկա առողջապահական ռեսուրսները [100]: Այն երկրները, որտեղ պլանավորումը հիմնված է պահանջարկի վրա, հաճախ առաջանում է ապագայի պլանավորման խնդիր, քանի որ բնակչության պահանջմունքները մշտապես փոփոխվում են [107, 109]: Այն երկրները, որտեղ առողջապահական համակարգում ծախսերի պլանավորումը հիմնված է առաջարկի վրա, ուրվագծվում է երկարաժամկետ կանխատեսման նվազագույն պահանջմունք: Օրինակ, Իսպանիայի առողջապահական օբյեկտների ֆինանսավորումը կապված է համախառն ազգային արտադրանքի աճի հետ: Այսպես, եթե աճում է ՀՆԱ-ն, ապա աճում են նաև առողջապահական կարիքները հոգալու ծախսերը [118, 128]: Պահանջարկի վրա հիմնված ԱՄՆ-ի առողջապահական համակարգը պահանջում է պետական ծրագրերի հիմնավորվածության գնահատման համար ծախսերի պլանավորում և մշտական կանխատեսում: Մակարդակը, որով երկրները զբաղվում են առողջապահական համակարգում ծախսերի կանխատեսմամբ, նույնքան տարբեր են, որքան տարբերվում են հենց երկրները միմյանցից: Այսպես, ԱՄՆ-ում մշակված է ավելի բարդ տնտեսամետրիկ մոդել, որն իրականացնում է տարեկան կանխատեսումներ առողջապահության զարգացման 10-75 տարվա ժամանակահատվածի համար [136, 165, 169]:

Կանադան կանխատեսման արդիական մոտեցման համար օգտագործում է երկու տարվա ժամանակահատված՝ հիմնվելով աճի ռետրոսպեկտիվ տեմպերի վրա:

Ֆրանսիայում ծախսերը կանխատեսում են հետագա փուլերի աճի ռետրոսպեկտիվ տեմպերի փոխանցման հիման վրա [69, 162, 169]:

Տարբեր երկրներում կանխատեսման մեթոդները բազմատեսակ են, բայց կա մեկ ընդհանուր գաղափար, որն ընկած է մեթոդոլոգիաների ընտրության հիմքում՝ դա առողջապահության ոլորտում պետական և ոչ պետական ծախսերի հակադրությունն է [133]: Ինչքան շատ է բնակչության մասնակցությունը առողջապահական ծախսերի մեջ, այնքան շատ է առողջապահական ոլորտը գտնվում շուկայական ուժերի ազդեցության տակ, որոնք կարող են մոդելավորվել բավականին հստակ [139]: Ըստ մի խումբ հետազոտողների կարծիքի՝ առողջապահության ծախսերի կանխատեսումը պահանջում է տարբեր մեթոդոլոգիաներ և փոփոխականներ կախված այն բանից, թե ինչ ժամկետով է իրականացվում կանխատեսումը՝ կարճ, միջին կամ երկար: Տնտեսապես զարգացած երկրների՝ առողջապահության ֆինանսավորման վերլուծության, մոդելավորման, կանխատեսման առավել ադեկվատ գործիքների փորձը վերաբերվում է Առողջապահության հաշիվների համակարգին [28, 54, 69, 162]:

Ներկայումս շուկայական տնտեսության մեջ զարգացած շատ երկրներ օգտագործում են ազգային հաշիվների համակարգը տնտեսական վերլուծություն և առողջապահության ոլորտում ծախսերի գնահատում անցկացնելու համար [64]: Առողջապահական հաշիվների համակարգի ստեղծմանն անցել են Արևելյան Եվրոպայի, ԱՊՀ և զարգացող երկրները [66]: Առողջապահական հաշիվների համակարգում ձևավորված տեղեկատվությունը թույլ է տալիս առողջապահական համակարգի գործառության տնտեսական արդյունքները, պլանավորել ֆինանսական ռեսուրսների պահանջմունքը առողջապահության բոլոր հիմնական ուղղություններով և ծրագրերով, օպերատիվ կերպով արձագանքել բնագավառի զարգացման պահանջմունքներին [78]: Այս տեղեկատվության վերլուծական մշակումների արդյունքները կիրառվում են տարբեր բուժօգնության կազմակերպման մակարդակներում գիտականորեն հիմնավորված կառավարչական որոշումների կայացման համար [69,86,129,155,164]:

Առողջապահության բնագավառում ֆինանսական քաղաքականության ձևավորման նկատմամբ վերոնշյալ մոտեցումներն օգտագործելով՝ աշխարհի զարգացած երկրները մի քանի անգամ կրկնապատկել, ինչպես նաև եռապատկել են ներքին հա-

մախառն արտադրանքը միջին ժամկետով ժամանակահատվածների ընթացքում (տասնամյակ) [96]: ԱՄՆ-ում, Եվրամիությունում, Ճապոնիայում, Կանադայում ակնառու հաջողությունների են հասել մահացության ցուցանիշների իջեցման միտումներում՝ ներդնելով ինչպես միջնաժամկետ, այնպես էլ երկարաժամկետ ծրագրեր: Արդյունքում, մակրոտնտեսական ինտենսիվ աճի չորս տասնամյակների ընթացքում ծնելիության ցուցանիշը, կյանքի սպասվելիք միջին տևողությունն այդ երկրներում բնակչության բոլոր հիմնական խմբերի համար գրանցել է աճման միտումներ: Այդ ձեռքբերումների մեջ իր նշանակալի չափաբաժինն ունի առողջապահական մակրոծախսերը: Օրինակ, ԱՄՆ-ի առողջապահության վիճակագրության ազգային կենտրոնի գնահատմամբ, 2003 թվականին առողջապահական ընդհանուր ծախսերը կազմել են ՀՆԱ-ի 15,3%: Առողջապահությանը և բնակչության մեկ շնչի բաժին ընկնող մակրոծախսերի դինամիկական սերտորեն կապված էր մակրոտնտեսական ցուցանիշների աճի հետ [137, 144, 159, 161, 168]:

Ըստ Ի.Մ. Շեյմանի դիտարկումների, վերջին 10-15 տարիների ընթացքում ոլորտի ֆինանսավորման ոչ պետական սեկտորում հետաքրքրություն են ներկայացնում բնակչության համավճարները, որպես առողջապահության ոլորտ լրացուցիչ միջոցների գրավման ձև: Որոշ երկրներ արդեն ներդրել են համավճարներ (Էստոնիա, Հունգարիա, Լեհաստան, Բուլղարիա, Ղրղզստան, Հայաստանի Հանրապետություն): Այդպիսի համակարգի դեպքում բուժօգնության ծախսերի հիմնական մասը ծածկվում է պետական միջոցներից, իսկ հիվանդը այդ համամասնության մեջ վճարում է որոշակի գումար: Համավճարը բուժօգնության ծախսերի ծածկմանը բնակչության մասնակցության ձև է: Այն վճարվում է բուժօգնության ցուցաբերման պահին, դրանով այն տարբերվում է ծառայությունների վրա ծախսերի ծածկման մեջ բնակչության մասնակցության այլ ձևերից, օրինակ՝ ապահովագրվածների ապահովագրական ներդրումը պարտադիր և կամավոր բժշկական ապահովագրական ֆոնդերին [136, 151, 158]:

Մի խումբ հետազոտողներ իրենց հետազոտություններում հիմնվում են ծախսերի կառավարումից (պետական և ոչ պետական միջոցներ) արդյունքների կառավարման անցման միջազգային փորձի վրա [63]: Բժշկական կազմակերպությունների ֆինանսական միջոցների ծախսերի ձևավորման հիմքում պետք է հստակ նշված լինեն

գործունեության քանակապես չափելի արդյունքները և նպատակները, ինչպես նաև ծրագրվող և բոլոր շահագրգռված կողմերի հետ համաձայնեցված բուժհաստատության աշխատանքի ծավալները: Անկասկած հետաքրքրություն է ներկայացնում գլոբալ բյուջեի հիման վրա բուժօգնության վճարման մեխանիզմը [138]: Գլոբալ բյուջեն բուժօգնության վճարման մեխանիզմ է, որի դեպքում ֆինանսավորող կողմը վճարում է բժշկական ծառայություններ մատուցողին բուժօգնության նախապես համաձայնեցված ծավալ: Գլոբալ բյուջեի մեխանիզմով վճարման պայմանները որոշվում են պայմանագրով, որը կնքվում է ֆինանսավորող կողմի և բուժօգնության մատակարարի միջև: Գլոբալ բյուջեն ուղղված է ոչ թե ռեսուրսներին, այլ գործունեության արդյունքներին, որոնք արտահայտվում են ներկայացվող ծառայությունների ծավալներում: Մեխանիզմի գլխավոր տարբերությունը կայանում է նրանում, որ բուժօգնության վճարումն իրականանում է ոչ թե դրա մատուցման փաստով (ռեսուրսպեկտիվ), այլ օգնության որոշակի ծավալների մշակված և համաձայնեցված պատվերի հիման վրա: Այսպիսի մոտեցման դեպքում բուժհաստատությունը կարող է հույս դնել միայն պատվիրված բուժօգնության տեսակների վճարման վրա հասանելի շեղումների սահմաններում: Զարգացած երկրների փորձը նաև վկայում է, որ առանց արդյունավետ պետական ֆինանսական վերահսկման չի կարող գործել սոցիալ-տնտեսական քաղաքականությունը [90, 142]: Ընդ որում, պետական ֆինանսական վերահսկման միջազգային փորձը առողջապահության ոլորտում հիմնավորում է, որ դրա առավելագույն արդյունավետությունը ձեռք է բերվում պետական ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության աուդիտի վերահսկիչ գործունեությունը գործնականում լայնորեն ներդնելու ճանապարհով [93, 156]:

Անցած հարյուրամյակի 80-90-ական թվերին օգտագործվող բյուջետային ֆինանսավորման մեխանիզմները և կառավարման մեթոդները տնտեսական բարեփոխումների անցկացման ժամանակ եղան քիչ արդյունավետ մի շարք երկրների սոցիալական ոլորտի բարեփոխման գործընթացներում [12, 25, 150]:

Մի խումբ հետազոտողներ առաջարկում են բնակչության բուժօգնության ֆինանսավորման հետևյալ սկզբունքները.

1. բազմադրյուր ֆինանսավորում: Առողջապահության ընդհանուր պետական ծախսերը գոյանում են մի քանի աղբյուրներից՝ բյուջեի տարբեր մակարդակի ծախսերից, պարտադիր բժշկական ապահովագրական միջոցներից,
2. առողջապահության բնագավառում պետական պարտավորությունների ֆինանսավորման մեկ շնչի սկզբունք,
3. պետական երաշխիքների ֆինանսավորման ապահովման ժամանակ սոցիալական համերաշխության և արդարության համադրումը ֆինանսական միջոցների ծախսի հասցեագրված ուղղվածության հետ կոնկրետ քաղաքացուն բուժօգնության ցուցաբերման ժամանակ (տվյալ սկզբունքն իրականացվում է պարտադիր բժշկական ապահովագրական համակարգի միջոցով),
4. պետական նպատակային ծրագրի իրականացման շրջանակներում պետական և տեղական ինքնակառավարման մարմինների հանձնարարություններն իրականացնող բուժհաստատությունների մեկ աղբյուրից ֆինանսավորում, բոլոր ծախսերի վճարման ապահովագրական սկզբունքով (ամբողջական սակագնով),
5. միջբյուջետային հարաբերությունների զարգացում տեղական ինքնակառավարման մարմիններում, սուբյեկտներում ֆինանսական պայմանների հավասարեցման նպատակով, առողջապահության ոլորտում պետական պարտավորությունների կատարման լիակշիռ սակագնի ապահովման համար,
6. եկամուտների և բուժհաստատությունների՝ պետական միջոցներից ֆինանսավորման կազմավորման ծախսերի (նախահաշվարկային) սկզբունքից անցումը դեպի արդյունքային բյուջետավորման [12, 40, 61, 137, 163]:

Ամեն տարի մշակվում և հաստատվում են առողջապահական պետական նպատակային ծրագրեր (ՊՆԾ): Տվյալ փաստաթուղթը ոլորտի տարբեր մակարդակների համար հանդիսանում է ռազմավարական պլանավորման հիմք: Առողջապահական ՊՆԾ-ն որոշում է բուժօգնության ձևերը և ծավալները պետական աղբյուրներից ֆինանսավորման պայմաններում: Ընդ որում, յուրաքանչյուր տարածքի համար որոշվում է բուժօգնության ծավալների նորման՝ ըստ բուժօգնության տեսակի, ինչպես նաև ֆինանսական ծախսերի նորմատիվները՝ ծավալի մեկ միավորի և մեկ բնակչի համար [65, 81, 137]:

Այսպիսով, պետությունը տարածքային մակարդակում որոշելով և հստակեցնելով բնակչությանը անվճար բուժօգնություն տրամադրելու պետական պատվերի ծավալները պլանավորման միջոցով կարգավորում է պետական պատվերի արդյունավետ իրագործումը [65,114]:

Դժվար է գերազնահատել առողջապահության ոլորտում տվյալ ծրագրի նշանակությունը՝ որպես պետական կարգավորման կարևորագույն մեխանիզմ: Այն ապահովում է պետության միջոցների հաշվին անվճար բուժօգնություն ստանալու համար քաղաքացիների սահմանադրական իրավունքները: Պետությունից առողջապահությանը հատկացվող բոլոր միջոցների ավելի քան 75%-ը ամեն տարի ծախսվում է ՊՆԾ-ի վրա: Դրա համար բուժօգնության տեսակների և ծավալների նորմատիվ ցուցանիշները, ինչպես նաև ֆինանսական նորմատիվները որոնք ուղղված են դեպի արդյունքը, պետք է հիմք հանդիսանան բժշկական կազմակերպության ֆինանսավորման համար [59, 108]:

Պետական պատվերի իրականացումը նախատեսում է բուժօգնության վճարման տարբեր միջոցներ, որոնցից առավել տարածված են վճարումն ըստ սակագների, որոնք տարբերակված են ըստ ոլորտների և մասնագիտությունների [108, 136]:

Վ.Զ. Կուչերենկոն և համահեղինակները (2003թ.) նշում են, որ առողջապահական ՊՆԾ-ի կատարման վերլուծության փորձի արդյունքները և համապատասխանաբար բժշկական օգնության պահանջարկի նորմատիվների ձևավորումը կառուցված են բուժօգնության մասնագիտացված կառուցվածքի վրա [78]: Այդ հիմնախնդրի վերաբերյալ ուշադրության է արժանի Մոսկվայի մարզային ՊԲԱ ֆոնդի մասնագետների մոտեցումները: Հեղինակները խնդրի սակագնային կարգավորումը դիտարկում են ոչ թե բժշկական կազմակերպության գործունեության գնահատման տեսանկյունից (օգնության ծավալների կատարումը ըստ մասնագիտացված բաժանմունքի և բժշկական մասնագիտությունների), այլ պացիենտին ցուցաբերած բուժօգնության տեսանկյունից՝ կապված նրա մոտ այս կամ այն հիվանդության առկայության և կոնկրետ հիվանդության կապակցությամբ բուժհաստատություն դիմելու հետ [56, 142]: Մասնագետների կողմից վերլուծության են ենթարկվել 2003-2006թթ. ժամանակահատվածի համար պացիենտների հիվանդության բուժման և կանխարգելիչ նպատակով հաճախումների վերաբերյալ առկա անհատական բազայի տվյալները: Վերլուծությունը անցկացվել է

համընդհանուր ամբողջության մեջ, ինչը հիմնավորում է արդյունքների հավաստիությունը: Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման (<ՄԴ) կիրառման հաճախականությունը որոշելու համար օգտագործվել է «կվինտեյլին վերլուծության» մեթոդը: Բուժման յուրաքանչյուր դեպքերի համար <ՄԴ-10-ի բոլոր ռուբրիկաների ամբողջության մեջ գնահատվել է կոնկրետ ռուբրիկան: Պլանավորման տվյալ մոտեցումը թույլ է տալիս առավել ծանրակշիռ որոշել և գնահատել միջոցները, որոնք անհրաժեշտ են բնակչությանը հիվանդանոցային բուժօգնությամբ ապահովելու համար [75]:

Առողջապահական ՊՆԾ-ի հիմնական խնդիրը ունեցած ֆինանսական ռեսուրսների և նման օգնության ծավալների անհամապատասխանությունն է: Այս հիմնախնդիրը բնակչության զգալի մասի համար բերում է բուժօգնության մատչելիության նվազման և նպաստում ոչ բավարար որակ ունեցող դեպքերի քանակի ավելացմանը [75, 80]: Այս պայմաններում պահպանվում է բուժօգնություն ստանալու համար առաջարկվող և իրական տնտեսական պայմանների միջև առկա տարբերությունը: Վերջինս պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ չաշխատող բնակչության վրա սուբյեկտների ապահովագրական վճարները ծածկում են ՊԲԱ բյուջեի ոչ ավել քան 40%-ը: Բնակչության ծախսերը դեղամիջոցների և բժշկական ծառայությունների վրա կայուն աճում են: Տեղի է ունենում պետական ծախսերի չկանոնակարգվող փոխարինում մասնավորով, անվճար բուժօգնության որակի նվազում [70, 101]:

Ժամանակակից փուլում առկա է առողջապահության զարգացման միասնական հայեցակարգի բացակայություն: Յուրաքանչյուր տարածաշրջանում մշակվում են ստանդարտներ: Ըստ ֆինանսավորման աղբյուրների ցուցաբերվում է էական տարբերություններով բժշկական օգնության տարբեր ծավալներ: Մի խումբ հետազոտողների արդյունքները փաստում են, որ առկա է առողջապահական ծառայությունների և առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման անհամամասնություն: Վերջին տարիներին Ռուսաստանի ՀՆԱ-ն ավելացել է 4,7 անգամ: Մինչդեռ առողջապահության զարգացման, պետական բժշկական ծրագրերի, սոցիալական նշանակություն ունեցող բուժօգնության ֆինանսավորման համար հատկացվող ծախսերի մասնաբաժինը չի ավելացել և կազմում է մոտավորապես 0,35% [105,135]: Ըստ առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության՝ առողջապահությանը հատկացվող ծախսերի մասնաբաժինը

պետք է կազմի տարեկան ՀՆԱ-ի 5-6%-ից ոչ պակաս, որպեսզի ոլորտը կարողանա իրագործել երկրի ազգային անվտանգության խնդիրը [18]:

2000թ.-ից ՌԴ-ում անց է կացվում առողջապահությանը հատկացվող միասնական ծախսերի գնահատում: Համակարգում ներ է դրվել առողջապահության ազգային հաշիվների համակարգը, որը առավել ամբողջական տեղեկատվություն է տրամադրում ֆինանսավորման բոլոր աղբյուրներից ոլորտ մուտք գործող միասնական ֆինանսական միջոցների մասին [136]: ՀՀ-ում այս համակարգը ներ է դրվել 2006թ.-ից [5,6]:

Ազգային հաշիվների համակարգը հնարավորություն է տալիս կատարել վերլուծություն ըստ առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման աղբյուրների, ֆինանսական միջոցների համակարգողների, բուժառայություն տրամադրողների և առողջապահության գործառույթների: Մի խումբ հետազոտողների կողմից իրականացվել է առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման արդյունավետության գնահատում ըստ ազգային հաշիվների համակարգի մոտեցումների [2, 3, 4, 79]: Ըստ հետազոտության արդյունքների, առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման հիմնական աղբյուր են հանդիսանում պետական միջոցները (բոլոր մակարդակների բյուջետային միջոցներ, պետական արտաբյուջետային ֆոնդերի միջոցներ), որոնց ծավալը համեմատած 2000թ.-ի հետ, 2006թ.-ին ավելացել է 3,8 անգամ: Համակարգի պետական ֆինանսական միջոցները օգտագործվել են պետական նպատակային ծրագրերի միջոցով, որը կազմել է ֆինանսական հոսքերի մոտ 67,8%-ը: Ընդ որում, առողջապահական բյուջեն կրում է հիմնական բեռը: Այն սերտ կախվածության մեջ է առողջապահական բուժհաստատությունների գործառույթներից, սոցիալական նշանակություն ունեցող հիվանդությունների կանխարգելման և բուժման, ինչպես նաև բնակչության համար արտոնագրված դեղորայքի վճարման ծրագրերի ծավալներից: Տարածաշրջանային բյուջեի ծախսերի աճը կապված է գերակայող՝ «Առողջություն» ազգային նախագծի հիմնական ուղղությունների ֆինանսավորման, բնակչությանը բարձրակարգ մասնագիտացված բուժօգնության ցուցաբերման ծրագրերի ընդլայնման, նպատակային ծրագրերի և այլնի հետ [26, 33]: Ընդհանուր առմամբ, առողջապահական համակարգի ֆինանսական հոսքերի մեջ «Առողջություն» ազգային ծրագրին հատկացվող ծախսերի մասնաբաժինը կազմել է 9,1%: Անհրաժեշտ է նշել, որ պետական արտաբյուջետային ֆոնդերի

միջոցները, որոնք ուղղված են առողջապահությանը 2006թ. ավելացել են: Առողջապահական ծառայությունների ֆինանսավորման հարցում առաջատար դերը պատկանում է պարտադիր բժշկական ապահովագրական ֆոնդերին: ՌԴ առողջապահության կարիքներին հատկացված բոլոր աղբյուրների ծախսերը համեմատած 2000թ.-ի հետ, 2006թ.-ին ավելացել է 3,6 անգամ: Ընդ որում, դրանց թվին են դասվում նաև բնակչության անձնական միջոցները (տնային տնտեսություններ): 2006թ.-ին առողջապահությանը հատկացվող ողջ ծախսերի 36,7%-ը կազմել են բնակչության ոչ պետական (մասնավոր) միջոցները: Մի խումբ հեղինակների տվյալներով Ռուսաստանում առողջապահության ֆինանսավորման միջոցների հիմնական համակարգողը հանդիսանում է պետական սեկտորը, որի համակարգում գերակշռում են կառավարման պետական մարմինների միջոցները: Ֆինանսավորման միջոցների համակարգողներից երկրորդն իր կարևորությամբ հանդիսանում է ոչ պետական սեկտորը, դրա միջոցների ծավալները մեծանում են: Այս սեկտորում հիմնական ֆինանսական ծանրաբեռնվածությունը բաժին է ընկնում բնակչությանը, որի վճարները 6 տարում ավելացել է 3 անգամ: Առանձնակի անհանգստություն է առաջացնում այն փաստը, որ առողջապահությանը հատկացվող միասնական ծախսերի աճը քիչ ազդեցություն է ունենում բուժօգնության հասանելիության ցուցանիշների վրա [42, 63, 79]:

Նույն ժամանակահատվածում վճարովի բուժսպասարկման ծավալն ավելի է մեծանում, իսկ բնակչության կողմից դեղորայքին հատկացվող ծախսերն աճում են 2,2 անգամ: Բնակչության բուժօգնությանը հատկացվող անձնական ծախսերի ծավալը կազմում է բուժօգնությանը տրամադրվող միասնական ծախսերի 40-45%-ը (պետական և անձնական): Հիվանդների ավելի քան 50%-ը վճարում են ստացիոնար բուժման համար, 30%-ը՝ ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օգնության, 65%-ը՝ ստոմատոլոգիական ծառայությունների համար [94, 111]: Ծախսերի նման աճը վկայում է առաջին հերթին անվճար բուժօգնության հարցում չբավարարված պահանջների ծավալների, ինչպես նաև պետական երաշխիքներին հետևելու հարցում վերահսկման պակասի մասին: Այսինքն, պետությունը տրամադրում է հավելյալ գումարներ, իսկ բնակչությունը, միևնույն է, ստիպված է վճարել բուժօգնության համար [102, 117]: Ի.Մ. Շեյմանը նշում է, որ ընդունելով «Առողջություն» ԱԾ որպես գերակա, զգալիորեն բարելավվել է առողջա-

պահության պետական ֆինանսավորումը: Կան ոլորտի խնդիրների լուծման «մնացորդային» մոտեցման աստիճանական հաղթահարման ակնհայտ նշաններ, դրա հետ մեկտեղ՝ «Առողջություն» ԱԾ-ը հուսադրում է, բայց միևնույն է չի լուծում բուժօգնության պետական պատվերի հստակ չափի որոշման և բուժօգնության համար բնակչության անձնական վճարումների բեռի թեթևացման հիմնախնդիրը: Հարց է առաջանում բուժօգնության համար քաղաքացիների անձնական վճարումների արդյունավետ համակարգի մշակման վերաբերյալ: Այսօր այդ վճարումներն իրականացվում են վճարովի բուժօժանայության մեխանիզմի միջոցով: Բացի այդ, գոյություն ունեն հիվանդների՝ այսպես կոչված ոչ ֆորմալ վճարումներ, որոնք բնորոշվում են որպես «ստվերային» [136]:

Ըստ Պ.Պ. Կուզնեցովի (2002թ.), Ֆլեկի կողմից իրականացված համակարգային գնահատումը բացահայտել է, որ բժշկական ծառայությունների հիմնական մատակարարողները հանդիսանում են հիվանդանոցային բուժօգնությունները [76]: Առողջապահական ծառայությունների բոլոր մատակարարողների կողմից ցուցաբերված ծառայությունների ծավալից ստացիոնարներում բնակչությանը ցուցաբերվող բուժօգնության ծավալը 2006թ.-ին կազմել է 42,9%, իսկ 2000-2006թթ. ժամանակահատվածում, ստացիոնար ծառայություններին հատկացվող ֆինանսական միջոցների ծավալները ավելացել են 3,6 անգամ: Մատակարարողների համակարգում երկրորդ տեղը զբաղեցնում են մանրածախ առևտուրն ու դեղորայքի և բժշկական նշանակության ապրանքների այլ մատակարարողները (23,3%): Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օգնության մատակարարողները առողջապահական ծառայություններ մատակարարողների համակարգում զբաղեցնում են երրորդ տեղը, որոնց ֆինանսավորումը 2000-2006թթ. ժամանակահատվածում ավելացել է 3,8 անգամ: Դա վկայում է այն մասին, որ մինչ օրս առաջնային բուժկանխարգելիչ օգնությունն այդպես էլ չի դարձել առողջապահության զարգացման գերակա ուղղություն [71, 92]: Անհամամասնություններ են նկատվում առողջապահության զարգացման գործընթացում, քաղաքային և գյուղական առողջապահության ռեսուրսներով ապահովման հարցում, քաղաքային ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և ստացիոնար բուժօգնությունների միջև գործունեության ծավալների բաշխման մեջ [82, 115]: Պաշտոնական վիճակագրության տվյալները թույլ են տալիս

ենթադրել, որ մինչև 2005թ.-ը վերջնական ֆոնդի կրճատումը չի ուղեկցվել բուժօգնության ցուցաբերման ծավալների վերաբաշխումն առաջնային դարձնելու գործընթացով, ինչը նոր դարի սկզբին ուժգին կերպով կորցրել է իր ազդեցությունը բնակչության կենսագործունեության վրա [120]:

Մի շարք հեղինակների կարծիքով, առողջապահության կառուցվածքային վերակազմավորումը պետք է իրականացվի շուկայական մեխանիզմների հիման վրա, որոնք կարգավորում են բժշկական ծառայությունների տրամադրումը հենց այն տեսակով և ծավալով, որը հիմնված է տվյալ տարածքի բնակչության հստակ պահանջարկով: Հաստատություններն իրենք են որոշում, թե ինչպիսին պետք է լինի ստացհոնար և պոլիկլինիկական օգնության միջև հարաբերակցությունը, քանի մահճակալ է անհրաժեշտ և ինչ մասնագիտացման, ինչպիսին պետք է լինեն բուժաշխատողների աշխատանքի կարգավորման գործընթացն ու հաստատությունների հաստիքային կառուցվածքը: Շահույթի ձեռքբերման և եկամտաբերության պահպանման հետաքրքրությունը նրանց դրդում է կրճատել ավելորդ հզորություններն ու խթանել բարձր արդյունավետություն ունեցող տեխնոլոգիաների ներդրումը [125, 140]:

ԱՀԿ-ն (Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն) առաջարկում է ըստ առողջապահության գործառույթների իրականացնել ֆինանսական ռեսուրսների բաշխման վերլուծություն: Այսպես, ՌԴ-ում առողջապահական բոլոր միջոցների կեսն ուղղվում է բուժական ծառայություններին: Բուժման ծավալները 2000-2006թթ. ընկած ժամանակահատվածում ըստ արժեքային արտահայտության, ավելացել են 3,7 անգամ: Դրական կարելի է համարել 2000-2006թթ. ընկած ժամանակահատվածում՝ կանխարգելիչ ծառայությունների իրականացմանն ուղղված միջոցների էական աճը (4 անգամ) [146]:

2006թ.-ից սկսած ՌԴ բոլոր սուբյեկտներում առողջապահության կառավարման և ֆինանսավորման կազմակերպման հարցում տեղի ունեցան փոփոխություններ: Դրանց մեծ մասը պայմանավորված է ԱՆ «Առողջության» իրականացման, լիազորությունների տարբերակման մասին դաշնային օրենսդրության պահանջների կատարումով [141]:

«Առողջություն» ծրագրի իրականացման սկիզբը հասարակական գիտակցված պահանջմունքի արտահայտությունն է և պետական քաղաքականության վեկտորի ուղղորդումը դեպի առողջապահության և սոցիալական վերակազմավորման ոլորտներ [134]:

Ազգային հաշիվների համակարգի տարբերակով ֆինանսավորման տնտեսագիտական վերլուծությունը թույլ է տալիս որոշել ոլորտի հետագա զարգացման առաջնահերթությունները, որոնք իրենց արտահայտությունը պետք է գտնեն «Առողջություն» ԱԾ-ի հիմնական ուղղություններում՝ առաջնային բուժկանխարգելիչ օգնության դերի բարձրացում, բժշկության մեջ կանխարգելիչ ուղղություն զարգացում, բնակչությանը բարձր արդյունավետություն ունեցող բուժօգնությամբ ապահովում, ՌԴ բնակչության պետական երաշխիքների հետագա կատարելագործում [3, 13]:

Պետական նպատակային ծրագրի մշակումն ու իրականացումը հանդիսանում է առողջապահական ոլորտի կառավարման և ռազմավարական պլանավորման հիմքը: Առողջապահական համակարգի պլանավորման հիմքում ընկած է հետևյալ մեթոդաբանությունը և այն ենթադրում է՝

- ✓ բոլոր մակարդակների համար թափանցիկ պլանավորման սկզբունք,
- ✓ սոցիալական ստանդարտների համակարգի առկայություն,
- ✓ առողջապահական համակարգի պլանավորման համար կիրառվող նորմերի և նորմատիվների առկայություն: Տարբեր տարածաշրջանների համար նախատեսված ֆինանսական ռեսուրսների գնային տարբերության պայմաններում ֆինանսական նորմատիվների մշակման միասնական մեթոդաբանության ներդրում,
- ✓ պլանավորման շարունակականությունը, որը նախատեսում է պլանավորման երկու (ռազմավարական և մարտավարական) մակարդակների միասնություն [22, 45, 58, 67]:

Մեթոդաբանությունը հիմնավորում է, որ հաշվի առնելով տարածքային առանձնահատկությունները և հիվանդացության կանխատեսումները՝ անհրաժեշտ է հաշվարկել բուժօգնության ծավալների տարածքային նորմեր և նորմատիվներ: Ի հայտ են գալիս պետական երաշխիքների ֆինանսավորման հնարավորություններ, կատարվում է բուժօգնության ծավալների տարածքային նորմատիվների հիման վրա այդ երաշխիք-

ների իրականացման հաշվարկ, որի պայմաններում անհրաժեշտ է հաշվի առնել բուժ-հաստատությունների համաձայնեցված ցանցի կառուցվածքային բովանդակությունը: Տարածքային նորմերի և նորմատիվների հաշվարկն իրականացվում է ըստ բուժօգնության տեսակների, մակարդակների, մասնագիտական ուղղվածության (մեծահասակ և մանկական բնակչություն): Հաշվարկվում են բուժօգնության նորմատիվային ծավալներ ըստ 1000 բնակչի.

- ✓ Բուժման մահճակալ-օր ըստ մակարդակների և մասնագիտական ուղղվածության,
- ✓ դիմելիություն ըստ մասնագիտությունների,
- ✓ մահճակալ-օր բուժում՝ ստացիոնարին փոխարինող բուժօգնության տեսակների համար,
- ✓ շտապօգնության կանչեր [62, 77]:

Ռազմավարական պլանավորման կարևոր փուլ է հանդիսանում առողջապահական համակարգի ռազմավարական պլանի իրականացման մոնիթորինգը: Կատարվում է ռազմավարական պլանից կազմակերպչական, ֆինանսական, քաղաքական, սոցիալական շեղման պատճառների բացահայտում և վերլուծություն [55, 77]:

Ռազմավարական պլանավորման հիմնական խնդիրը հանդիսանում է բնակչությանը բուժօգնություն տրամադրելու հարցում պետական երաշխիքների իրականացման արդյունավետությունը բարձրացնելու նպատակով բուժհաստատությունների ցանցի վերակազմավորում [74, 87]: Վերջինս հնարավոր է միայն այն դեպքում, եթե ոլորտն անցում կատարի զարգացման գիտականորեն հիմնավորված ռեսուրսային մոդելների: Այն իր մեջ պետք է ունենա իրավական, տնտեսական, նորմատիվային, կադրային և կազմակերպչական համապատասխան ապահովման հիմնախնդիրների լուծման այլ-ընտրանքներ: Վերակազմավորման հիմքում պետք է ընկած լինի բնակչությանը տրամադրվող բուժօգնության օպտիմալացումն ըստ բուժօգնության տեսակների, ինչպես նաև առողջապահական հաստատությունների ցանցի վերակազմակերպումը, որտեղ բժշկական ապահովվածության ժամանակակից բազմամակարդակ համակարգին անցում կատարելու պայմաններում անհրաժեշտ է հաշվի առնել դրանց բժշկական արդյունավետությունը, ռեսուրսային և ֆինանսական ապահովվածության մակարդակը [97,

99]: Անհրաժեշտ է նշել, որ վերակազմավորման առաջատար սկզբունք պետք է լինի համակարգային մոտեցումը, ճկունությունը, ինչպես նաև դինամիկան, որի պայմաններում անհրաժեշտ է հաշվի առնելով տարածքների առողջապահական համակարգի հնարավորությունները, դրանց տնտեսական, սոցիալական և այլ առանձնահատկությունները [89]:

Առողջապահական ՊՆԾ-ի շրջանակներում իրականացվող բազմափուլ տարբերակված և բազմամակարդակ բուժօգնությունը ենթադրում է առողջական վիճակին համապատասխան ծառայությունների տրամադրում: Այդ պայմաններում անհրաժեշտ է հաշվի առնելով ֆինանսավորման նորմատիվը, այն դարձնելով բուժապասարկման փուլին և մակարդակին համապատասխան: Ստացիոնար բուժման բազմափուլ և բազմամակարդակ համակարգի ստեղծման նպատակն է ապահովել բժշկական կազմակերպությունների ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործում: Այս գործընթացի համար կարևոր խնդիրներ են հանդիսանում բնակչության կողմից բուժօգնության իրական պահանջի որոշումը, առողջական վիճակին համապատասխան բուժօժանդակության տրամադրման կազմակերպումը, բուժօգնության արդյունավետության գնահատումը [67, 91]:

Այսօր ամբողջ աշխարհում սրվում է ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության բարձրացման արդիականության հարցը: Այն պայմանավորված է բժշկաժողովրդագրական իրավիճակի ընդհանուր փոփոխությամբ, բնակչության ծերացմամբ, հիվանդացության մակարդակի աճով, հիվանդությունների քրոնիկացման միտումներով: Այս կապակցությամբ հատուկ նշանակություն է ձեռք բերում առանձին տարածաշրջանների համար առողջապահական համակարգի կառուցվածքային արդյունավետության բարձրացման հաջողված փորձի տարածումը [112, 164]:

Առողջապահության ֆինանսա-տնտեսական համակարգի բարեփոխման էությունը կայանում է նրանում, որ անցում կատարվի ծախսերի կառավարումից (բյուջետային և ՊԲԱ միջոցներ) դեպի արդյունքների կառավարում: Բժշկական կազմակերպության ֆինանսական միջոցների ծախսերի ձևավորման համար հիմք պետք է հանդիսանա հստակ ձևակերպված նպատակները և գործունեության քանակապես չափման են-

թակա արդյունքները, ինչպես նաև պլանավորվող և բոլոր հետաքրքրված կողմերի հետ համաձայնեցված, բուժհաստատության աշխատանքի ծավալները [127, 157]:

Առողջապահական համակարգի ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության գնահատման նոր մոտեցումներ

Ժամանակակից գրականության վերլուծությունը հիմնավորում է, որ արդիական է դարձել առողջապահական համակարգի ռեսուրսների արդյունավետության գնահատման հիմնահարցը: Մի շարք հետազոտողներ իրենց հետազոտության արդյունքներում նշում են, որ շուկայական հարաբերությունների ոչ մի մեխանիզմ չի կարող միանշանակ կիրառվել առողջապահական համակարգում, քանի որ ոլորտն ունի մի շարք առանձնահատկություններ [113, 132]:

Հանրային առողջապահության տնտեսական արդյունավետության բարձրացման բոլոր հնարավոր փորձերն այն երկրներում, որոնք իրենց համակարգերում բարեփոխումներ են իրականացրել, անխուսափելիորեն կապված են փոխզիջումների ընտրության հետ: Ընտրություն՝ տնտեսական արդյունավետությունը բարձրացնելու և համաշխարհային հանրության կողմից մշակված՝ համերաշխության, բուժօգնության հասանելիության և հավասարության սկզբունքներին հետևելու միջև, սկզբունքներ, որոնք բնակչության զգալի մասի աղքատացման պայմաններում մեծ նշանակություն ունեն: Հեղինակների կարծիքով, սխալ կարծրատիպ է ձևավորվում առ այն, որ վճարովի բուժօգնությունը՝ ինչպես մասնավոր, այնպես էլ պետական բժշկական հաստատություններում, ըստ բժշկական ցուցանիշների առավել արդյունավետ է, քան բուժօգնությունը պետական առողջապահական սեկտորում [130,167]: Առավել թանկ ծառայություններին համապատասխանում է առավել բարձր որակ: Ինչպես իրենց հետազոտություններում նշում են մի խումբ հեղինակներ, առավել բարձրորակ բուժօգնությունը հաճախ տարբերվում է հարաբերականորեն ցածր արժողությամբ, ինչը բացատրվում է փորձառու բժշկական բրիգադների մասնագիտական բարձր արդյունավետությամբ, հիվանդությանը հաջորդող շրջանում փոքրաթիվ բարդություններով և լավագույն արդյունքների երկարատևությամբ [98, 156, 160]:

Բնակչության առողջական վիճակը հանդիսանում է արդյունավետության ինտեգրալ ցուցանիշ և առողջապահական համակարգի բարեփոխումների իրականացման

նպատակ [106, 149, 154]: Առողջապահական համակարգում նկատվում է միասնական մոտեցումների բացակայություն՝ ինչպես արդյունավետության գնահատման համակարգի, այնպես էլ առողջապահության մեջ արդյունավետություն հասկացության մեկնաբանության առումով:

Այսպես Ի.Մ. Շեյմանն արդյունավետությունը բնորոշում է որպես,

- ✓ ներդրումների բժշկատնտեսական արդյունավետություն, այսինքն՝ բուժօգնության որակ և ազդեցություն բնակչության առողջության ցուցանիշների վրա,
- ✓ տեղային արդյունավետություն՝ առանձին բժշկական կազմակերպության մակարդակով,
- ✓ կառուցվածքային արդյունավետություն՝ բուժօգնության ցուցաբերման առավել ռացիոնալ կառուցվածք ապահովելու կարողություն [136]:

«Արդյունավետություն» հասկացությունը բազմաչափանիշային բնութագիր է, որը ոչ միշտ է հնարավոր ներկայացնել մեկ ցուցանիշով կամ ցուցանիշների փոքր թվաքանակով: Համակարգի արդյունավետության հետազոտման ժամանակ նպատակահարմար է իրականացնել կազմալուծում մոտեցումներ, որը հնարավորություն կտա լայն իմաստով արդյունավետություն հասկացությունից անջատել փոխկապակցված նեղ իմաստ ունեցող հասկացությունները: Այն ենթադրում է այդ հասկացությունների շարքին դասել,

1. արտաքին գործառույթային (նպատակային) արդյունավետությունը,
2. ներքին գործառույթային արդյունավետությունը,
3. տնտեսական արդյունավետությունը և ռեսուրսների խնայողությունը,
4. կառավարման արդյունավետությունը,
5. սոցիալական արդյունավետությունը [16,29,154]:

Ըստ Ու.Վ. Վորոնինա և համահեղինակների (2010թ.) տվյալների արդյունավետությունը կատարված ծախսերի դիմաց ստացված արդյունքի հարաբերությունն է: Ի տարբերություն ազգային գյուղատնտեսության այլ ոլորտների տնտեսական գնահատականի, առողջապահության, ինչպես նաև ծառայությունների և ծրագրերի արդյունավետությունը հարկ է դիտարկել երեք տեսանկյունից՝ բժշկական, սոցիալական և տնտեսական: Առաջին երկու արդյունքները հնարավոր չէ արտահայտել դրամական

միավորներով, այդ իսկ պատճառով ավելի ճիշտ է արդյունավետության փոխարեն ասել արդյունք: Առողջապահական ոլորտում գերակայությունը տրվում է նախ բժշկական և սոցիալական արդյունքին, ապա՝ տնտեսական: Կանխարգելիչ կամ բուժական բնույթի բժշկական միջոցառումները հաճախ տնտեսապես անշահավետ են, սակայն բժշկական կամ սոցիալական արդյունքը պահանջում է դրանց կատարում: Այնուհանդերձ, սահմանափակ ռեսուրսների պայմաններում տնտեսական արդյունավետության չափանիշները ևս շատ կարևոր են [37]:

Մի խումբ հեղինակներ առողջապահության արդյունավետության համակարգային գնահատման խնդրի լուծման համար առաջարկում են մեթոդաբանական նոր մոտեցումներ: Հետազոտողների առաջարկով, բժշկասոցիալական արդյունավետության համակարգային գնահատման բաղադրիչներից մեկը պետք է հանդիսանա առողջապահության պետական, տարածաշրջանային կառավարման արդյունավետությունը: Որպես չափանիշ կարող է հանդիսանալ որոշակի ժամանակահատվածի համար աշխատունակ բնակչության կյանքի մարդ-տարի կորստի արդյունքում ՀՆԱ-ի կորուստը: Հաշվարկվում են մարդ-տարի կյանքի կորուստները, որը պայմանավորված է աշխատունակ բնակչության վաղաժամ մահացության, հիվանդության և հաշմանդամության պատճառով աշխատունակության ժամանակավոր կորուստի, «հիվանդությունների բեռի» կուտակման և բնակչության վերարտադրության համար ծնելիության ցածր մակարդակի հետևանքով: Որոշումը թույլ է տալիս բոլոր թվարկված պատճառներով հաշվարկել մարդ-տարի կյանքի կորուստների հետևանքով հասարակությանը հասցված անմիջական վնասը և այն համեմատել առողջապահության ֆինանսավորման ծախսերի հետ: Վնասը գնահատվում է ՀՆԱ-ի կորուստներով [43, 51, 154, 167]:

Մի խումբ հետազոտողներ բուժօգնության բազմամակարդակ համակարգի ներդրման վերլուծությամբ հիմնավորել են, որ բժշկական արդյունքը իբրև չափանիշ որոշելու համար անհրաժեշտ է կիրառել բուժման որակը գնահատող, ինչպես նաև բարդությունների և մահվան ելքերի մասնաբաժինը բնութագրող ցուցանիշներ: Սոցիալական արդյունքը որոշելու համար, առաջարկվում է օգտագործել սոցիոլոգիական հարցման տվյալները, մասնավորապես 1000 բնակչին ընկնող հոսպիտալացվածների թիվը, պլանային հոսպիտալացման աճման միտումների պատճառները [68, 95, 153]:

Տնտեսական արդյունավետության գնահատման համար առաջարկվում է հաշվարկել մահճակալի միջին տարեկան զբաղվածության, մահճակալի շրջապատույտի, հիվանդանոցային բուժման միջին տևողության ցուցանիշները, ինչպես նաև բուժման ծախսերի հիմնավորվածությունը: Հեղինակները, որպես ֆինանսական և նյութական ռեսուրսների արդյունավետ կառավարման ցուցանիշներ առանձնացնում են,

- ✓ հստակ խնդիրների լուծման համար հատկացվող ֆինանսական միջոցների բավարար ծավալները,
- ✓ ֆինանսական միջոցների ժամանակին մուտքը,
- ✓ առողջապահության կարիքների համար գնվող օպտիմալ արտադրանքը կամ ծառայությունները՝ ըստ կառուցվածքի, որակի և արդյունավետության,
- ✓ ձեռք բերվող արտադրանքի և ծառայությունների նախատեսված ժամանակին մուտքը,
- ✓ ձեռք բերվող արտադրանքի ռացիոնալ օգտագործումը,
- ✓ ձեռք բերված ծառայությունների կամ ստացված ռեսուրսների օգտագործումից բժշկական և տնտեսական արդյունավետությունը [15, 122]:

Մի խումբ հետազոտողներ, որպես առողջապահական ծառայությունների շուկայի պետական կարգավորման արդյունավետության չափանիշ, դիտարկում են,

- ✓ պետության կողմից հասարակության համընդհանուր սոցիալ-տնտեսական հետաքրքրություններին հետևելու երաշխավորման գործառույթների բարեհաջող իրականացումը, բնակչության առողջական վիճակի բարելավումը,
- ✓ բոլոր կատեգորիաների քաղաքացիների համար բուժօգնության հասանելիությունն ապահովող պայմանների առկայությունը,
- ✓ բնակչության ինչպես ապահովված, այնպես էլ սոցիալապես անապահով խավերի համար վճարովի և անվճար բուժօգնության հարաբերակցության որոշում, որոնք ապահովում են բժշկական ծառայությունների նորմատիվային օգտագործումը,
- ✓ սերտիֆիկացման, ինչպես նաև դեղորայքի լիցենզավորման և բժշկական գործունեության արդյունավետության ապահովում [17, 119, 151]:

Վ.Օ. Ֆլեկը և համահեղինակները 2005թ.-ին մշակել և առաջարկել են քաղաքացիներին ցուցաբերվող անվճար բուժօգնության համար հատկացվող պետական ռե-

սուրսների օգտագործման արդյունավետության գնահատման չափանիշներ և ցուցանիշներ: Գնահատման առաջարկված չափանիշներն ու ցուցանիշները պետք է ընդունվեն փորձագիտական խորհուրդների կողմից, որն ապահովում է պետական ծախսերի արդյունավետության աուդիտ, բնակչությանն անվճար բուժօգնության ցուցաբերման պետական երաշխիքներ [119, 121]:

Առողջապահական համակարգում միջոցների օգտագործման արդյունավետության աուդիտը հնարավորություն կտա գնահատել բուժհաստատությունների և առողջապահության ոլորտում բոլոր մակարդակների կատարողականը, նրանց կողմից պետական միջոցների օգտագործման արդյունավետությունը, ինչպես նաև գնահատել ոլորտի տնտեսական արդյունավետության հասնելու ֆինանսական ռեսուրսների կառավարման արդյունքները [18, 31, 53, 151]:

Առողջապահական ռեսուրսների արդյունավետության գնահատման համար առաջարկվող մեթոդական մոտեցումները թույլ են տալիս որոշել տարածաշրջանային մակարդակում առողջապահական գերակա խնդիրները, ձևավորել առողջապահական համակարգի տարբեր օղակների գործունեության արդյունավետության բարձրացման համար նախատեսված միջոցառումների ցանկը: Այն հնարավորություն կտա մշակել անարդյունավետ ծախսերի օպտիմալացմանն ուղղված միջոցառումների համալիր պլան: Ըստ հեղինակների, այսպիսի մոտեցումը հնարավորություն կտա հնարավորինս ներդնել բուժաշխատողների վարձատրման նոր մեխանիզմներ, որը պետք է հիմնված լինի բնակչությանը տրամադրվող ծառայությունների հասանելիության և որակի բարձրացման վրա [36, 41, 53, 152]:

Առողջապահության ոլորտի համար խիստ կարևորվում է կադրերի կառավարման արդյունավետության բարձրացմանն ուղղված մոտեցումների ներդրումը: Սակայն, վերջին տարիների կադրային ապահովման և առողջապահության բարեփոխման պայմաններում աշխատանքային ռեսուրսների ռացիոնալ օգտագործման վերաբերյալ կատարված հետազոտությունները փաստում են, որ տվյալ խնդրի լուծումն օրեցօր հրատապ է դառնում: Բժշկական կադրերի կարգավորման հարցը հատուկ նշանակություն է ձեռք բերում առողջապահական ՊՆԾ-ի պլանավորման պայմաններում, քանի որ բժշկական կադրերի կարիքը որոշվում է բուժօգնության ծավալով և կառուցվածքով,

դրա տրամադրման պայմաններով, առողջապահական համակարգի աշխատողների տարբեր խմբերի հարաբերակցությամբ: Կադրային քաղաքականության հարցերի հետ ուղիղ կապ ունի ոլորտի կառուցվածքային վերակառուցման հիման վրա անցում կատարելը դեպի զարգացման ինտենսիվ ուղի [48, 68]:

Կադրային ներուժի զարգացումը առողջապահական համակարգի ժամանակակից զարգացումների փուլում բնութագրվում է մի շարք հիմնախնդիրներով: Նկատվում է անհամապատասխանություն բուժաշխատողների ընդհանուր թվաքանակի և անհրաժեշտ գործունեություն ծավալող կադրերի կառուցվածքի միջև, ինչպես նաև ոլորտի զարգացումների տեմպերի խնդիրների և ուղղությունների միջև [52,68]:

Ըստ մի խումբ հետազոտողների տվյալների, 2006թ. սկզբին ՌԴ-ում գործող բժիշկների և դեղագետների մոտ 25%-ը չեն ունեցել մասնագետի որակավորման սերտիֆիկատ: Ոլորտի կադրային պոտենցիալի անբարենպաստ դինամիկայի հիմնական պատճառները պայմանավորված են կադրերի ռազմավարական պլանավորման և կառավարման բացակայությամբ, առողջապահական համակարգի իրավական կարգավորման և ֆինանսավորման անկատարությամբ: Իրավիճակը բարդանում է հատկապես տարածաշրջանային առողջապահական համակարգում: Այսպես, գրանցվում է ռեսուրսային ապահովվածության հարցում ետ մնալու արագ տեմպեր, շտապօգնության ծառայությունից կադրերի արտահոսք, ինչպես նաև ընդհանուր պրոֆիլի բուժօգնության պոտենցիալի նվազեցման հաշվին, նեղ մասնագիտացման հիպերտրոֆիայով: Բարձր տեխնոլոգիաներով, առաջին և շտապ օգնության կադրային և տեխնիկական ապահովման ամրապնդումը՝ «Առողջություն» ազգային ծրագրի շրջանակներում, ստեղծել է նախադրյալներ առողջապահական համակարգի առանձին օղակների գործունեության ծավալների հարաբերակցության օպտիմալացման, որի նպատակն է եղել վերջինիս արդյունավետության բարձրացումը [72, 166]:

Բացակայում են առողջապահական համակարգի բուժաշխատողների տնտեսական խթանման մեխանիզմները, որի համար օբյեկտիվ հիմք կարող է հանդիսանալ բնակչությանը մատուցվող բուժօգնության որակի ցուցանիշները: Մյուս կողմից, հստակեցված չեն արդյունավետության ցուցանիշները: Աշխատանքի վարձատրության ցածր մակարդակը, որը բուժաշխատողների մեծ մասի մոտ առաջացնում է սոցիալական

անապահովություն, բացասական է անդրադառնում նաև բնակչության բուժսպասարկման որակի և հասանելիության վրա [73, 88, 110]: Բժշկական ծառայությունների վճարման գոյություն ունեցող ձևը՝ ըստ ծավալային ցուցանիշների (հաճախումների թիվը, մահճակալ-օր, հիվանդության դեպքեր, ըստ շնչի), հանգեցնում է բուժաշխատողների օբյեկտիվ հետաքրքրությանը ոչ թե մարդու առողջությամբ, այլ այն հանգամանքով, որ հիվանդների թիվը հնարավորինս շատ լինի [85, 110]: Անհրաժեշտ է մշակել և ներդնել մեխանիզմ, որը թույլ կտա ստեղծել շահադրդում բուժօգնության կազմակերպման կատարելագործման և ռեսուրսների ռացիոնալ օգտագործման համար: Որպես նմանատիպ մեխանիզմ՝ կարող է հանդես գալ ըստ վերջնական արդյունքի բուժօգնության վճարման համակարգը [103]: Խուճաբ հետազոտողներ առաջարկում են հաստատության աշխատողների աշխատանքի մի քանի աղբյուրներից վարձատրության համակարգի ստեղծման ոչ ստանդարտ փոփոխություն: Այսպես, առաջարկվում է աշխատանքի վարձատրման համակարգի ավանդական՝ ըստ բյուջեի, ՊԲԱ-ի և վճարովի ծառայությունների, բաշխման փոխարեն անցնել վարձատրության ինտեգրալ համակարգի, որը միավորում է աշխատողների աշխատանքային ցուցանիշները ըստ ֆինանսավորման բոլոր աղբյուրների: Հետաքրքրություն են ներկայացնում ոչ միայն աշխատավարձի հաշվեգրման տեխնոլոգիաները, այլև տվյալ աշխատանքի վարձատրման համակարգի կիրառման հետ կապված կազմակերպչական միջոցառումները: Այնուհանդերձ, բժշկի և բուժքրոջ աշխատավարձը դիտարկվում է որպես փոխհատուցում՝

- ✓ փաստացի կատարված աշխատանքի համար,
- ✓ կատարված որակյալ աշխատանքի համար,
- ✓ կատարված աշխատանքի բարդության համար,
- ✓ աշխատանքի վնասակար պայմանների համար,
- ✓ մասնագիտական մակարդակի և ինտելեկտի համար,
- ✓ երկարատև և բարդ ուսումնառության համար,
- ✓ որակավորման մշտական և շարունակական բարձրացման համար,
- ✓ հիվանդի առաջ ունեցած պատասխանատվության բեռի համար,
- ✓ ամենօրյա հոգեբանական և մտավոր լարվածության, հոգեբանական ճնշման համար,

- ✓ ցանկացած ընկերության «ստվերային», անօրինական, այդ թվում նաև «ցանցային մարքեթինգի» եկամուտից կամավոր հրաժարվելու համար [71, 110, 116, 124, 169]:

Հետազոտողները նշում են, որ համակարգի ներդրումը ապահովում է բարձր արդյունավետություն: Ավելացել է աշխատանքի արտադրողականությունը, կազմակերպության եկամուտը 33%-ով, ինչպես նաև աշխատակիցների աշխատավարձը, զգալիորեն բարձրացել է տրամադրվող բուժօժանայությունների որակը: Առողջապահական համակարգի բարեփոխման ռազմավարության հաջողությունը կախված է կատարողներից և նրանց ղեկավարներից [124]: Այդ իսկ պատճառով, ոլորտի վերակառուցման ժամանակաշրջանում կառավարման որակի բարձրացման հարցերը ձեռք են բերում հատուկ գիտագործնական նշանակություն և արդիականություն: Կառավարական օղակի պրոֆեսիոնալիզմի բարձրացման համար անհրաժեշտ է մշտապես կատարելագործել առողջապահական համակարգի մենեջերների շարունակական մասնագիտական զարգացման համակարգը: Մի խումբ հեղինակներ կարծում են, որ բժշկական կրթությունը և հատկապես դրա երրորդ փուլը՝ շարունակական մասնագիտական զարգացումը (ՇՄՀ), առողջապահական համակարգի շարունակական կատարելագործման կարևորագույն բաղադրիչն է: Բժշկական կրթության համաշխարհային ֆեդերացիայի փորձագետների կոմիտեն մշակել և ձևակերպել է շարունակական բժշկական կրթության երեք փուլերի չափանիշները՝ դիպլոմային, հետդիպլոմային և շարունակական մասնագիտական զարգացման: Այս դրույթները երկարատև քննարկումներից հետո հաստատվել են 2002թ-ին Կոպենհագենում բժշկական կրթության համաշխարհային կոնֆերանսի կողմից: ՇՄՀ-ն ապահովում է առողջապահության որակ, նպաստում է դրա բարձրացմանը, այդ իսկ պատճառով այս փուլի գործառույթների իրականացմանն առաջնային նշանակություն է տրվում: ՇՄՀ-ն ապահովում է բժիշկների մասնագիտական գործունեության ողջ ընթացքում իրավասությունների պահպանում: Առողջապահական համակարգի համակարգումը և զարգացումը իրականացվում է ոլորտի բարձրագույն օղակի ղեկավարների կողմից: Նրանց նպատակաուղղված նախապատրաստումը հատկապես կառավարման ոլորտում, ընդունված է համարել պարտադիր: Կառավարման արդյունավետության գնահատման համար ներդրվել է նոր հասկացութե-

յուն՝ առողջապահության համակարգի կանոնակարգող ազդեցություն (ԱՀԿԱ): ԱՀԿԱ ասելով հասկանում ենք բնակչության առողջության կապիտալի վրա ծախսված առողջապահության ռեսուրսների փոփոխության համեմատ կորստի նվազման կամ ավելացման չափը [126, 131]:

Այսպիսով, կադրային ռեսուրսների ռացիոնալ օգտագործման արդիականությունն աճում է: Դա կապված է կադրային պոտենցիալի անբավարար դինամիկայի, ՊՆԾ-ի շրջանակներում կադրային ռեսուրսների ռազմավարական պլանավորման և կարգավորման համակարգի բացակայության, առողջապահական ոլորտի աշխատողներին բնակչությանը որակյալ և մատչելի բուժօգնություն ապահովելու հարցում աշխատանքի վերջնական արդյունքների համար տնտեսական խթանման մեխանիզմների բացակայության հետ [126, 143, 166]:

Առողջապահական համակարգի արդյունավետության գնահատումն ըստ սոցիոլոգիական հարցման տվյալների

Բնակչությանը ցուցաբերվող անվճար բուժօգնության ցուցաբերման համար ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության աուդիտի կազմակերպման և իրականացման ժամանակ սոցիալական ազդեցության կարևորագույն չափանիշ է հանդիսանում բնակչության գոհունակության մակարդակի գնահատումը: Բազմաթիվ հետազոտություններ նվիրված են վճարովի բժշկական ծառայությունների շարքում և պետական երաշխիքների ծրագրի շրջանակներում անվճար տրամադրվող բուժօգնությունից բնակչության գոհունակության ուսումնասիրմանը և վերլուծությանը [88, 95]: Մի խումբ հետազոտողներ ուսումնասիրել են նաև դեղորայքային և բժշկական օգնություն ստանալու դեպքում բնակչության կողմից «ստվերային» վճարումների ծավալները [116]: Համաձայն 2003թ. հարցման արդյունքների պաշտոնական տվյալների, առողջապահությունից գոհ են եղել հարցվածների միայն 42%-ը, բնակչության 28%-ը բուժօգնության ցուցաբերման որակի վերաբերյալ ունեցել է բացասական կարծիք, իսկ 30%-ը գնահատման հարցում չի կողմնորոշվել: Ընդ որում, առողջապահական համակարգի քաղաքականությունից դժգոհություն են հայտնել ինչպես աշխատունակ, այնպես էլ կենսաթոշակային տարիքի բնակչությունը: Իրականացված հարցման արդյունքներից պարզվել է, որ հարցված քաղաքացիների 57%-ը բավարարված չէ անվճար բուժսպա-

սարկման որակից, իսկ 43%-ը դրական գնահատական է տվել: Հարցվածների կեսից ավելին (59%) նշել է, որ վերջին տարիներին օգտվել է վճարովի բուժսպասարկումից: «Ինչպիսի՞ն պետք է լինի առողջապահությունը», հարցված քաղաքացիների 65%-ի կարծիքով՝ անվճար, նույն կարծիքին է կենսաթոշակառուների 72%-ը, իսկ նույն խմբի հարցվածների 26%-ը հնարավոր է համարում ինչպես վճարովի, այնպես էլ անվճար բուժսպասարկման առկայությունը [60,124]:

Ցուցաբերվող բուժօգնության որակի և հասանելիության գնահատման վերաբերյալ իրականացվել է պիլոտային սոցիոլոգիական հետազոտություն: Իրականացված հարցումը թույլ է տվել ունենալ տեղեկատվություն բնակչության կարծիքի վերաբերյալ՝ ըստ առողջական վիճակի, անհրաժեշտ ծավալով բժշկական ծառայություններ ստանալու հասանելիության, այդ թվում քաղաքացիների անձնական միջոցների հաշվին, տարատեսակ բուժօգնության ցուցաբերման արդյունքներից հիվանդների գոհունակության, բուժօգնության ցուցաբերման կազմակերպման մասին: Ստացել են նաև տվյալներ վճարովի բուժսպասարկման, կամավոր բժշկական ապահովագրական ծառայությունների հանդեպ պատասխանողների վերաբերմունքի մասին [18, 23]: Իրականացված հետազոտության արդյունքների համաձայն՝ հիվանդներից յուրաքանչյուր երրորդը դժգոհ է ցուցաբերվող բուժօգնության որակից: Բացահայտվել են բուժօգնության կազմակերպման մի շարք թերություններ: Դա գյուղաբնակների համար բուժօգնության տրանսպորտային հասանելիության անբավարար մակարդակն է, պոլիկլինիկաներում բուժօգնություն ստանալու համար զգալիորեն երկարատև սպասելն է, նշված է նաև տարածքներում կանխարգելիչ աշխատանքների անցկացման անբավարար մակարդակը: Առողջապահության ֆինանսավորման ընդհանուր ծավալում հետզհետե առավել մեծ նշանակություն ունեն ոչ պետական աղբյուրները, այդ թվում՝ քաղաքացիների անձնական միջոցները [21]: Վճարովի բուժսպասարկման տրամադրման դեպքում հիվանդների գոհունակության մակարդակն առավել բարձր է, քան անվճար բուժօգնության ցուցաբերման պարագայում: Հետազոտության իրականացման ընթացքում ի հայտ է եկել բուժսպասարկման համար ոչ պաշտոնական վճարումների զգալի տարածվածություն: Պատասխանողների մեծ մասն օպտիմալ է համարում անվճար բժշկությունը [24, 27]:

Առողջության համաշխարհային հետազոտության շրջանակներում հավաքված նյութերի վերլուծությունը ևս հաստատել է, որ բնակչության որոշակի մասն անվճար բուժօգնություն ստանալու հետ կապված դժվարություններ է ունենում: Բուժհաստատություններ դիմած անձանց 18,6%-ը նշել է, որ անվճար բուժօգնություն ստանալու իրենց իրավունքից օգտվելու ժամանակ հանդիպել է խոչընդոտների: Մեծամասամբ, նման խնդրի առաջացման դեպքում, բուժսպասարկում տրամադրողն ու սպառողը փոխհամաձայնության են եկել: Սակայն, անվճար բուժօգնության իրավունք ստանալու հետ կապված խնդիր ունեցողների 8%-ի մոտ բուժսպասարկման դիմաց հիվանդի անվճարունակությունը եղել է տրամադրվող օգնությունից հրաժարվելու հիմնական պատճառը [30, 41]:

Բժշկական միջոցառումների չիրականացման պատճառների ընդհանուր կառուցվածքում հիվանդի անվճարունակությունը զբաղեցնում է 6-րդ տեղը, զիջելով հաճախ հանդիպող այնպիսի պատճառների, որոնցից է հրաժարումը տրամադրվող ծառայություններից, ինչպես նաև բուժաշխատողների մասնագիտական ցածր որակավորումը [27, 41]:

Հասարակության շերտավորումը հանգեցրեց ինչպես բնակչության, այնպես էլ առողջապահության ոլորտի աշխատողների շրջանում բարոյական արեժեքների գերազնահատման: Բուժաշխատողների շրջանում հումանիտար համոզմունքները հաճախ սկսեցին իրենց տեղը զիջել առևտրական հետաքրքրություններին: Հարցման տվյալներով, հիվանդները հաճախ են զգացել գումարը չբավարարելու պատճառով իրենց հանդեպ բուժաշխատողների վերաբերմունքի վատթարացում: Պոլիկլինիկա հաճախած պացիենտների 9%-ը և հոսպիտալացվածների 15%-ը իրենց հանդեպ բուժանձնակազմի վերաբերմունքի վատացումը բացատրում են իրենց ցածր կենսամակարդակով: Այսպիսով, բնակչության առողջության հեռանկարները որոշվում են նաև առողջապահության զարգացման մեջ նյութական ներդրումներով և կազմակերպչական որոշումներով: Բնակչության առողջության, տնտեսական վիճակի վատթարացման արդյունքում արժեքային համակարգի առաջնահերթություններում առաջացել է առողջության անթույլատրելի տեղաշարժ [46, 49, 60]:

Խումբ հետազոտողների տվյալները փաստում են, որ 2007թ.-ին իրականացված սեփական միջոցներով բուժօգնության վճարման ձևերի և պայմանների, հիվանդների համար անվճար հիմունքներով բուժօգնության ցուցաբերման հանդեպ բնակչության վերաբերմունքի ուսումնասիրմանն ուղղված հետազոտության արդյունքներն ի հայտ բերեցին վճարովի բուժսպասարկման հանդեպ ոչ միանշանակ վերաբերմունքի առկայություն: Առաջին տեղում ոչ կենսական կարևորության բժշկական ծառայությունների դեպքում (կոսմետիկ վիրահատություններ և այլն) հիվանդների անձնական միջոցների հաշվին վճարումներ կատարելը ընդունելի տարբերակի ներդրում է, իսկ երկրորդ տեղում՝ անաշխատունակ և սոցիալապես անապահով քաղաքացիներին անվճար բուժօգնություն ցուցաբերելու համակարգի ներդրումն է: Ոչ բոլոր պացիենտներն են համաձայն վճարել ցուցաբերվող բուժօգնության համար: Սոցիոլոգիական հարցման տվյալները փաստում են, որ հասարակության շրջանում վճարովի բուժօգնության և բուժսպասարկման մասնաբաժնի ավելացումը դիտարկվում է իբրև սոցիալապես անընդունելի և անարդար, իսկ մոտեցումները պետական մակարդակում ինքնին պետք է ենթարկվեն փոփոխության [18, 30, 126]:

Առողջապահության ազգային հաշիվներում իրականացվող համակարգային վերլուծության կարևոր կողմ են հանդիսանում բնակչության կողմից առողջապահական ծառայությունների վրա ծախսվող գումարների վերաբերյալ հետազոտությունները [34, 44, 113]: Առողջապահության ազգային հաշիվների շրջանակներում իրականացվող ընտրովի հետազոտությունների ծրագրերը նպատակաուղղված են անձնական և ընտանեկան եկամուտների, դրանց աղբյուրների ձևավորման և բնակչության տարբեր հասարակական խմբերի ընտանիքներում (տնային տնտեսություններ) ծախսերի մասին տնտեսական, վիճակագրական, բժշկաժողովրդագրական տեղեկատվության ստացմանը, մշակմանը և վերլուծությանը: Տնային տնտեսությունները ուսումնասիրման և վերլուծության ընթացքում գոյություն ունեցող, ընտանիքի համար ընդհանուր եկամուտների և ծախսերի աղբյուրներ ունեցող ընտանիքներն են: Ընտրովի հետազոտությունների նպատակը առողջապահության մասնավոր և պետական սեկտորներում, ինչպես նաև ինքնաբուժության դեպքում, բուժօգնություն ստանալու և դեղորայք ձեռք բերելու համար ծախսված բնակչության ֆինանսական և նյութական միջոցների ծավալ-

ների վերլուծությունն է և «ոչ պաշտոնական» ֆինանսական հոսքերի ծավալի, ինչպես նաև առողջապահության տնտեսությունում դրանց կառուցվածքի գնահատումը: Բնակչության շրջանում սոցիոլոգիական հետազոտությունների իրականացման արդյունքները հիմք են հանդիսանում առողջապահության համակարգում կազմակերպչական-իրավական մեխանիզմների վերանայման համար: Սոցիալական ոլորտում արմատական փոփոխությունները միտված են բնակչության կողմից ղեկավարության հանդեպ վստահության ամրապնդմանը, ինչը պետք է նպաստի հասարակության մեջ սոցիալական լարվածության նվազեցմանը [120]:

Այսպիսով, ժամանակակից պայմաններում, առողջապահական ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության գնահատման կազմակերպչական-մեթոդական մոտեցումների վերաբերյալ հասանելի գրականության վերլուծությունն ի հայտ բերեցին բազմազան հիմնախնդիրներ: Առողջապահական ռեսուրսների ռացիոնալ օգտագործման և կառավարման խնդիրն նվիրված հետազոտությունները առաջարկում են լուծման տարբեր եղանակներ: Տարածաշրջանային մակարդակում առողջապահական ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության գնահատման համակարգի ձևավորման հարցերը շարունակում են մնալ արդիական, ինչը հաստատված է գրականության աղբյուրների ուսումնասիրմամբ և հիմք է ծառայել ներկայիս հետազոտության իրականացման համար:

ԳԼՈՒԽ 2

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Ելնելով հետազոտության նպատակից, մշակվել է հետազոտության կազմակերպման ծրագիր և պլան:

Հետազոտության ծրագիրն իր մեջ ներառում է խումբ խնդիրների փուլային լուծում: Խնդիրների լուծման հիման վրա պլանավորվել է հիմնավորել այն ցուցանիշները և չափանիշները, որոնք հնարավորություն կտան գնահատել առողջապահական ՊՆԾ-ի բժշկասոցիալական էֆեկտը և տնտեսական արդյունավետությունը:

Խնդրի լուծման համար մեր կողմից պլանավորվել է կառուցել առողջապահական ՊՆԾ-ի շրջանակներում ցուցաբերվող բուժօգնության, ինչպես նաև բուժհաստատություններում առկա ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետությունը գնահատող ալգորիթմ: Հետազոտության օբյեկտ են հանդիսացել Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերը, առողջապահական կադրային ռեսուրսները, պացիենտները, որոնք բուժօգնություն են ստացել մարզի առողջապահական բուժհաստատություններում, ինչպես նաև մարզի բուժհաստատությունները:

Օգտագործվել են Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական 2007-2011թթ. տարեկան հաշվետվական ձևերը, ինչպես նաև առողջապահության ազգային հաշիվները:

Հետազոտության առաջին փուլում ուսումնասիրվել են առկա այն նորմատիվային փաստաթղթերը, որոնք կանոնակարգում են մարզի առողջապահական համակարգի գործունեությունը: Վերլուծության են ենթարկվել մարզի բնակչության առողջական վիճակը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների միտումները 2007-2011թթ. ժամանակահատվածի համար:

Հետազոտության հաջորդ փուլում կատարվել է Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական ռեսուրսներով ապահովվածությունը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների վերլուծություն: Տրվել է առողջապահական բուժհաստատությունների ֆինանսական ռեսուրսների ծախսի կառուցվածքը, ինչպես նաև առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման արդյունավետության գնահատականը:

Հետազոտության երրորդ փուլում կատարվել է առողջապահական ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության համալիր գնահատական: Այսպիսի մոտեցումը

հնարավորություն է տվել գնահատել բուժօգնության որակը և մատչելիությունը: Մշակվել են միջոցառումներ, որոնք ուղղված են Գեղարքունիքի մարզի բնակչությանը ցուցաբերվող բուժօգնության որակի և մատչելիության կատարելագործմանը, ինչպես նաև առողջապահական առկա ռեսուրսների օգտագործման կառավարմանը:

Մեր կողմից կիրառվել են հետևյալ հիմնական մեթոդները՝ այլ երկրների փորձի ուսումնասիրության, վիճակագրական-վերլուծական, տնտեսագիտական, փորձագիտական գնահատման, սոցիոլոգիական հարցման, մոդելավորման և համեմատական վերլուծական մեթոդներ:

Հետազոտության խնդիրների լուծման համար մեր կողմից մշակվել է հետևյալ քարտերը,

1. «Բուժօժանայությունների որակի մասին բնակչության կարծիքի ուսումնասիրման հարցաթերթիկ»՝ 310 դիտարկման միավոր (հավելված 1):
2. «Շտապ օգնության դիմած պացիենտի հարցաթերթ»՝ 289 դիտարկման միավոր (հավելված 2):
3. Բուժօգնությունից հիվանդների բավարարվածության գնահատման անկետա՝ 423 դիտարկման միավոր (հավելված 3):
4. Ստացիոնար հիվանդի վարման փորձագիտական գնահատման քարտ՝ 34 դիտարկման միավոր (հավելված 4):
5. Ձև 1 բուժկանխարգելիչ հիմնարկի գործունեության մասին տարեկան հաշվետվական ձևեր (2007-2011թթ.):
6. Ձև 2 Հիվանդանոցի գործունեության մասին տարեկան հաշվետվական ձևեր (2007-2011թթ.):
7. Ձև 3 բուժհաստատության սպասարկման տարածքի բնակչության հիվանդացության մասին տվյալներ (2007-2011թթ.):
8. Առողջություն և առողջապահություն վիճակագրական տեղեկագրեր (2011-2013թթ.):
9. ՀՀ առողջապահության ազգային հաշիվներ (2007-2011թթ.):

Քանակական հատկանիշների վերլուծությունը կատարվել է պարամետրիկ վիճակագրական թեստերի օգնությամբ:

Երկու հատկանիշների միջև կապի առկայությունը, ինտենսիվությունը և բնույթը գնահատելու համար հաշվարկվել է Սպիրմենի կորելացիայի գործակիցը:

Մի քանի նկարագրական բնութագրիչների միջև կապը գնահատելու համար, կազմվել է կորելացիոն աղյուսակ, հետագայում հաշվարկելով կորելացիայի գործակիցը հետևյալ բանաձևով,

$$r = \sqrt{\frac{\omega^2}{1 + \omega^2}} * \sqrt{\frac{m * n}{(m - 1)(n - 1)}} \quad (1)$$

$$\omega^2 = \vartheta^2 - \frac{(m - 1)(n - 1)}{\sum f}$$

r ՝ բազմակի համեմատությունների համար հաշվարկված կորելացիայի գործակից,
 ω^2 ՝ կապի գործակից,

m ՝ X երկույթի տարատեսակության թիվը,

ϑ ՝ Y երկույթի տարատեսակության թիվը,

ϑ^2 ՝ գործակից, որը հավասար է ω^2 -1000,

f ՝ համեմատվող դեպքերի թիվը:

Կորելացիայի գործակցի նշանակության մակարդակը գնահատելու համար, հաշվարկվել է Ստյուդենտի գործակիցը հետևյալ բանաձևով,

$$t = \frac{r}{m} \quad (2)$$

Որտեղ, t ՝ հավաստիության գործակիցն է,

r ՝ կորելացիայի գործակիցն է,

m ՝ միջին սխալը:

Երկու ընտրանքներից ստացված կորելացիայի գործակիցների համեմատության և տարբերության գնահատման համար հաշվարկվել է Ֆիշերի գործակիցը հետևյալ բանաձևով,

$$t_z = \frac{r_1 - r_2}{m_z} \quad (3)$$

$$m_z = \sqrt{\frac{1}{n_1 - 3}} \sqrt{\frac{1}{n_2 - 3}}$$

որտեղ, n_1 -ը մեկ ընտրանքում հետազոտության դեպքերի թիվն է,

n_2 -ը՝ երկրորդ ընտրանքում հետազոտության դեպքերի թիվը [84]:

Մարզի առողջապահական բուժհաստատությունների կողմից իրականացված կադրային քաղաքականության արդյունավետությունը գնահատելու համար, մեր կողմից կիրառվել է փորձագիտական գնահատման մեթոդը: Այդ նպատակով ձևավորվել է փորձագետների խումբ և տարանջատվել են մի շարք հաշվարկային հատկանիշներ, որի հիման վրա ձևավորվել է փորձագետների խումբը:

Փորձագիտական գնահատումը իրականացվել է երեք փուլով: Յուրաքանչյուր փուլում փորձագետները գնահատել են փաստացի իրավիճակը (հավելված 4): Փորձագիտական եզրահանգման համաձայնության գնահատման համար հաշվարկվել է համաձայնության գործակիցը հետևյալ բանաձևով,

$$W = \frac{12S}{m^2(n^2 - n)} \quad (4)$$

որտեղ, m -ը փորձագետների թիվն է,

n -ը հատկանիշների թիվը,

S -ը յուրաքանչյուր հատկանիշի համար ռանգերի քառակուսիների գումարի և ռանգերի միջին քառակուսային շեղման գումարի տարբերությունն է, որը հաշվարկվում է հետևյալ բանաձևով՝

$$S = \sum \rho^2 - \frac{(\sum \rho)^2}{n} \quad (5)$$

որտեղ, ρ -ն ռանգային համարն է,

n -ը հատկանիշների թիվը:

Կադրային ապահովվածությունը բնութագրելու համար, հաշվարկվել է.

ա) կադրերի շրջապտույտի գործակից

$$K_o = \frac{(K_1 + K_2)}{K_3} * 100 \quad (6)$$

K_o ՝ կադրերի շրջապտույտի գործակից,

K_1 ՝ ընթացիկ տարում ընդունված կադրերի թիվը,

K_2 հեռացած կադրերի թիվը,

K_3 ըստ ցուցակի կադրերի թիվը:

բ) կադրերի հոսքի գործակիցը

$$o = \frac{(K_n + K_p)}{K_n} * 100 \quad (7)$$

K_n ՝ կադրերի հոսքի գործակից,

K_p ՝ հեռացած կադրերի թիվը,

K_3 ՝ կադրերի թիվը ըստ ցուցակի:

Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բուժօգնության որակն ու մատչելիությունը գնահատելու համար պացիենտների շրջանում իրականացվել է սոցիոլոգիական հարցում (հավելված 1, 3):

Սոցիոլոգիական հարցաթերթը բաղկացած է 4 բլոկ հարցերից: Պացիենտին առաջարկվել է գնահատել բուժօգնության որակի մի քանի չափանիշներ՝ բժիշկների որակավորման, բուժանձնակազմի միջանձնային հարաբերությունների, խորհրդատվական և ախտորոշիչ ծառայությունների ժամանակին, ամբողջական ցուցաբերման մակարդակը:

Անկետայի տվյալների հիման վրա գնահատվել է ինչպես արտահիվանդանոցային, այպես էլ հիվանդանոցային օղակներում ցուցաբերվող բուժօգնության մատչելիությունը, հասանելիությունը և սոցիալական բավարարվածության մակարդակը:

Սոցիալական բավարարվածության գործակիցը հաշվարկվել է հետևյալ բանաձևով,

$$= \frac{\text{Բուժօգնությունից բավարարված պացիենտների թիվ}}{\text{Հարցմանը մասնակցածների ընդհանուր թիվ}} \times 100 \quad (8)$$

Բուժօգնության մատչելիությունը գնահատվել է հետևյալ գործակցի օգնությամբ,

$$K_D = \frac{\text{Պացիենտների թիվը, որոնց համար մատչելի է բուժօգնությունը}}{\text{Հարցմանը մասնակցածների ընդհանուր թիվ}} \times 100 \quad (9)$$

Որպեսզի գնահատվի առողջապահական ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետությունը, հաշվարկվել է բժշկակասոցիալական էֆեկտը և տնտեսական արդյունավետությունը:

Այդ նպատակով մեր կողմից գնահատվել է տարբեր ցուցանիշների փոխհարաբերությունը ըստ երեք չափանիշների,

- ✓ անվճար բուժօգնության մատչելիություն
- ✓ ռեսուրսներով ապահովվածության մակարդակ
- ✓ անվճար բուժօգնության որակ և բնակչության առողջության հիմնական ցուցանիշներ:

Մարզային մակարդակում առողջապահական ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության գնահատման համար կիրառվել է ՊՆԾ-ի համալիր փորձագիտական գնահատման Վ.Օ. Ֆլեկի առաջարկած մեթոդը [42]: Ըստ այդ մեթոդի, առողջապահական համակարգի արդյունավետության գնահատման համար ընտրված սոցիալ-տնտեսական չափանիշները պետք է բավարարեն հետևյալ պահանջներին՝

- ✓ օբյեկտիվություն,
- ✓ համապատասխանություն,
- ✓ չափելիություն,
- ✓ համակարգում կատարվող փոփոխությունների նկատմամբ զգայունություն,
- ✓ ելքային տվյալների ցանկացած փոփոխությունների նկատմամբ կայունություն,
- ✓ սինթեզի ունակություն:

Այդ պահանջներին համապատասխան մեր կողմից ընտրվել են առողջապահական ռեսուրսների օգտագործման բժշկասոցիալական էֆեկտը և տնտեսական արդյունավետությունը գնահատող չափանիշներ և ցուցանիշներ, որոնք ներկայացված են հավելված 5-ում:

Առողջապահական ՊՆԾ-ի բժշկական և սոցիալական էֆեկտը գնահատելու համար կիրառվել է «Գործունեության միջավայրի վերլուծություն» մեթոդը [108]: Այս մեթոդը հնարավորություն է տալիս հաշվի առնելով տվյալ տարածքի առանձնահատկությունները, նկարագրել բժշկական և սոցիալական պարամետրերի փոխադարձ կապը:

Առողջապահական ՊՆԾ-ի բժշկասոցիալական էֆեկտը և տնտեսական արդյունավետությունը գնահատելու համար ցուցանիշների և չափանիշների ընտրության ժամանակ հաշվի է առնվել բուժօգնության տեսակը և ծավալը:

Գեղարքունիքի մարզի բուժհաստատությունների կողմից առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման արդյունավետության գնահատումը կատարվել է երկու փուլով:

Առաջին փուլում յուրաքանչյուր ցուցանիշ գնահատվել է ըստ սանդղակի (հավելված 6, 7, 8): Վերլուծությունը կատարվել է հետևյալ ցուցանիշների համար՝

- 1) մեկ բնակչի հաշվով փաստացի ֆինանսավորման ծավալը,

2) առողջապահական ՊՆԾ-ի օգտագործման մակարդակը ըստ բուժօգնության տեսակի և ծավալի,

3) բուժօգնության ծավալները ըստ տեսակի. շտապ օգնություն (կանչերի թիվ հաշվարկված մեկ բնակչի հաշվով), ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օգնություն (մեկ բնակչին ընկնող հաճախումների թիվ), ստացիոնար օգնություն (մեկ բնակչին ընկնող մահճակալ-օրերի թիվ):

Երկրորդ փուլում կատարվել է 2007-2011թթ. ժամանակահատվածի համար առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակի համալիր գնահատում ըստ մշակված սանդղակի (աղ.1)

Աղյուսակ 1

Առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակի փորձագիտական գնահատման սանդղակ ըստ Վ.Օ. Ֆլեկի

Խումբ	ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակը	Ցուցանիշի գնահատում	
		բարձր և միջին գնահատված ցուցանիշների %-ը	միայն բարձր գնահատված ցուցանիշների %-ը
I	բարձր (օպտիմալ)	70-100	45 և ավել
II	միջինից բարձր	51-69	35-44
III	միջինից ցածր	41-50	31-34
IV	ցածր	40-ից պակաս	30-ից պակաս

Առողջապահական ՊՆԾ-ի բժշկասոցիալական էֆեկտի փորձագիտական գնահատականը տրվել է երեք փուլով.

1. ՊՆԾ-ի սոցիալական էֆեկտ ապահովող ցուցանիշների գնահատում (հավելված 6):
2. ՊՆԾ-ի բժշկական էֆեկտ ապահովող ցուցանիշների գնահատում (հավելված 7):

Ցուցանիշների գնահատման սանդղակը ներկայացված է հավելվածներում:

3. Հատուկ սանդղակի օգնությամբ տրվել է ծրագրի բժշկասոցիալական էֆեկտի մակարդակի համալիր գնահատական, որի համար հիմք է հանդիսացել ընտրված ցուցանիշների համալիր փորձագիտական գնահատման արդյունքները (աղ. 2):

Ծրագրի համալիր բժշկասոցիալական էֆեկտի մակարդակի
փորձագիտական գնահատման սանդղակ ըստ Վ.Օ. Ֆլեկի

Խումբ	Բժշկասոցիալական էֆեկտի մակարդակը	Ցուցանիշի գնահատում	
		բարձր և միջին գնահատված ցուցանիշների %-ը	միայն բարձր գնահատված ցուցանիշների %-ը
I	բարձր (օպտիմալ)	70-100	45 և բարձր
II	միջին	45-69	25-44
III	ցածր	44 և ցածր	25 և ցածր

Գնահատվել է նաև մարզի հոսպիտալային օղակի կառավարման արդյունավետությունը, որի համար հիմք է ընդունվել հետևյալ ցուցանիշների միտումները [78].

1) հոսպիտալիզացիայի մակարդակ

$$P_4 = \frac{P_4^1 * N}{100} \quad (10)$$

P_4 բարձր հոսպիտալիզացիայի պատճառով ստացիոնար բուժման ոչ արդյունավետ ծախսերի ծավալ,

P_4^1 նույն ցուցանիշը հաշվարկված է 100 բնակչի համար,

N բնակչության միջին տարեկան թիվ:

$$P_4^1 = (Y_F - Y_N) * C \quad (11)$$

Y_F 100 բնակչին ընկնող փաստացի հոսպիտալիզացիայի մակարդակ,

Y_N 100 բնակչին ընկնող հասպիտալիզացիայի միջին հանրապետական ցուցանիշ,

C հոսպիտալիզացիայի բուժման միջին գին:

Այս ցուցանիշը գնահատում է հոսպիտալիզացիայի մակարդակի կառավարման արդյունավետությունը:

2) Պացիենտի բուժման միջին տևողություն

$$P_5 = \frac{P_5^1 * V_H}{100} \quad (12)$$

P_5 բուժման միջին տևողության կառավարման ոչ արդյունավետ ծախսերի ծավալ,

P_5^1 նույն ցուցանիշը հաշվարկված 100 բնակչի համար,

V_H մարզի բնակչության միջին տարեկան թիվ:

$$P_5^1 = (C_O - C_N) * Y_F * C_K \quad (13)$$

C_O բուժման միջին տևողություն,

C_N ըստ նորմատիվի բուժման միջին տևողություն,
 Y_F 100 բնակչի հաշվով հոսպիտալիզացիայի մակարդակ,
 C_K մահճակալ օրվա միջին գին:

Ցուցանիշը հնարավորություն է տալիս գնահատել բուժման միջին տևողության կառավարման արդյունավետությունը:

3) Ստացիոնար բուժօգնության ծավալի և գնի կառավարման արդյունավետությունը՝

$$P_6 = (C_F - C_N) * C_1 * N \quad (14)$$

P_6 մեկ բնակչի հաշվով ստացիոնար բուժօգնության ծավալի կառավարման ոչ արդյունավետ ծախսեր,

C_F մեկ բնակչի հաշվով փաստացի բուժօգնության ծավալ,

C_N մեկ բնակչի հաշվով փաստացի բուժօգնության ծավալ ըստ նորմատիվի,

C_1 մեկ մահճակալ-օրվա փաստացի գին,

N մարզի բնակչության միջին տարեկան թիվ:

Այսպիսով, մեր կողմից կիրառված համալիր մեթոդները կարելի է համարել համալիր, որոնք հնարավորություն են տվել լուծել մեր առջև դրված խնդիրները [42]:

ԳԼՈՒԽ 3

ԳԵՂԱՐՔՈՒՆԻՔԻ ՄԱՐԶԻ ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ ԵՎ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐԸ

3.1 Գեղարքունիքի մարզի բնակչության առողջական վիճակը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների միտումները

ՀՀ Գեղարքունիքի մարզը գտնվում է Հայաստանի Հանրապետության տարածքի արևելքում: Մարզի ամենաերկար ձգվածությունը հյուսիս-արևմուտքից հարավ-արևելք կազմում է 115 կմ, արևմուտքից արևելք՝ 85կմ: Ամենաբարձր կետը Աժդահակ լեռան գագաթն է (3 598 մ): Ամենամեծ լիճը Սևանա լիճն է (1 275,6 կմ², բարձրությունը ծովի մակերևույթից՝ 1 900 մ), համեմատաբար փոքր լճերից են Աժդահակի և Աղմաղանի խառնարանային լճերը [5]:

Մարզկենտրոնը Գավառը (2013թ, տարեվերջին՝ 20,3 հազ, բնակիչ) գտնվում է Երևանից 92 կմ հեռավորության վրա: Քաղաքը նախկինում հանրապետության արդյունաբերական կենտրոններից էր, սակայն մի շարք խոշոր գործարանների աշխատանքների դադարեցման պատճառով արդյունաբերական արտադրանքի թողարկումն էապես կրճատվել է: Այժմ տնտեսության առաջատար ճյուղը գյուղատնտեսությունն է: Տնտեսության առաջատար ճյուղը և բնակչության հիմնական զբաղվածության ոլորտը զբոսաշրջությունն է: Քաղաքի արդյունաբերության հիմնական ուղղությունը մշակող արդյունաբերությունն է, որի մեջ առավել մեծ տեսակարար կշիռ ունեն շինանյութերի, քիմիական, սննդի և մեքենաշինության արդյունաբերության արտադրությունները [1,3]:

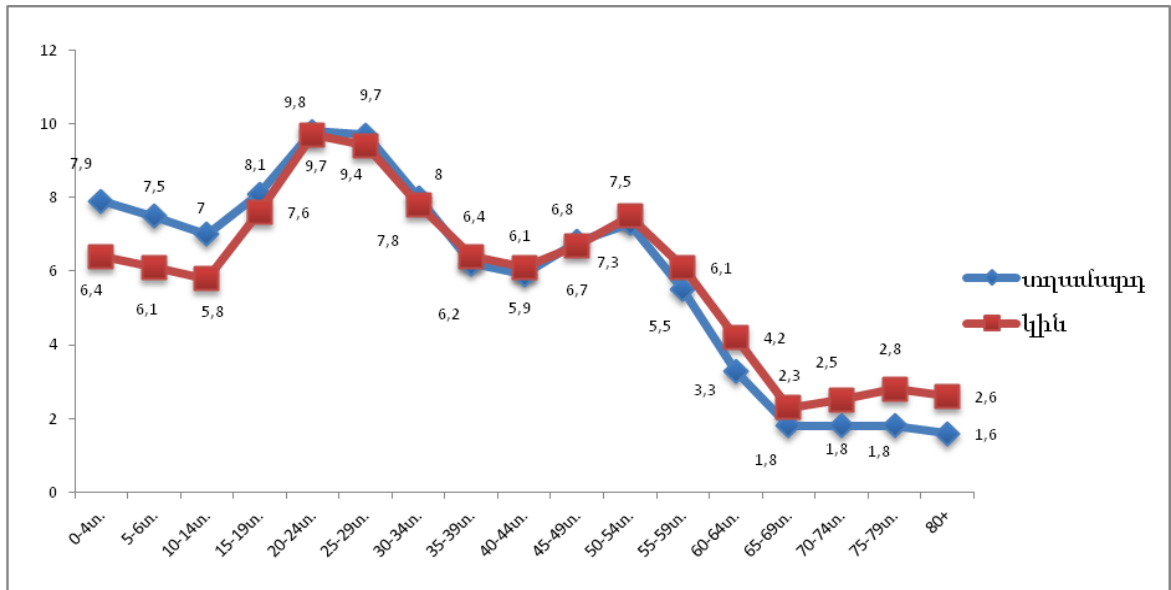
Գեղարքունիքի մարզի տարածքային աշխարհագրական նկարագիրը ներկայացված է աղյուսակ 3-ում [2, 4]:

Աղյուսակ 3

Գեղարքունիքի մարզի տարածքային աշխարհագրական նկարագիրը

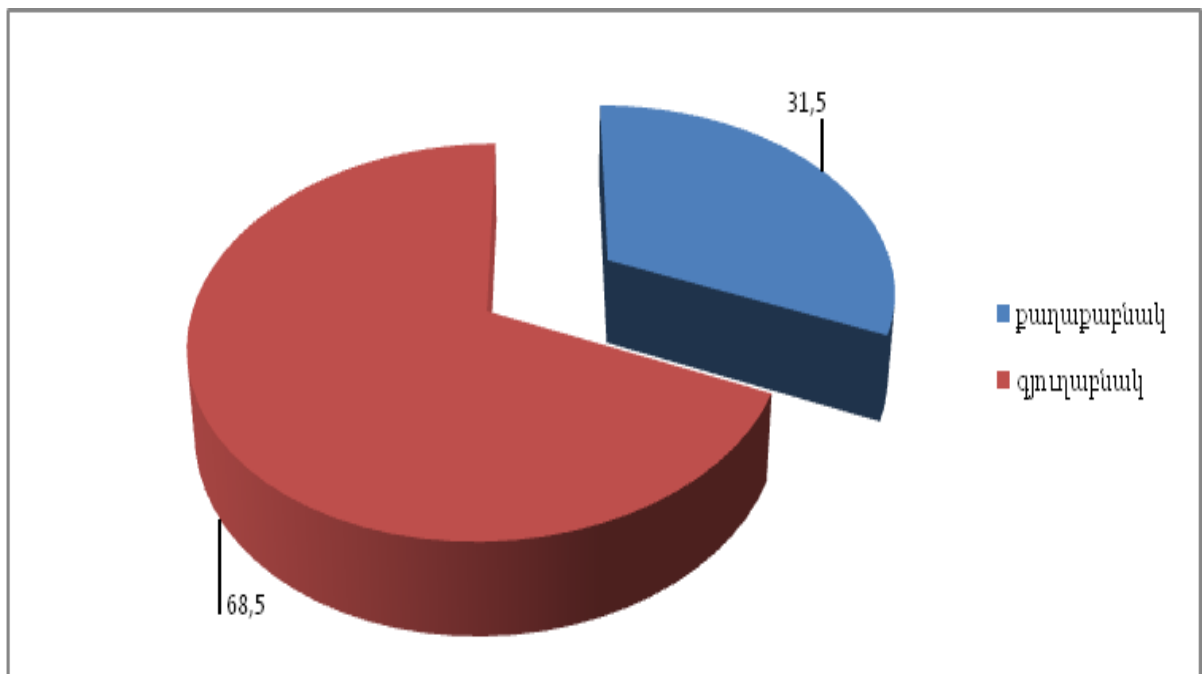
Տարածքը	5348 քառ. կմ
ՀՀ տարածքում մարզի տարածքի տեսակարար կշիռը	18%
Քաղաքային համայնքներ	5
Գյուղական համայնքներ	87
Քաղաքներ	5
Գյուղեր	93
Քաղաքային բնակչության տեսակարար կշիռը	31,5%
ՀՀ բնակչության ընդհանուր թվաքանակում բնակչության տեսակարար կշիռը	7,4%

Գեղարքունիքի մարզի բնակչության տարիքաստեռային կազմը նման է ՀՀ միջին հանրապետական ցուցանիշներին (զծ.1)



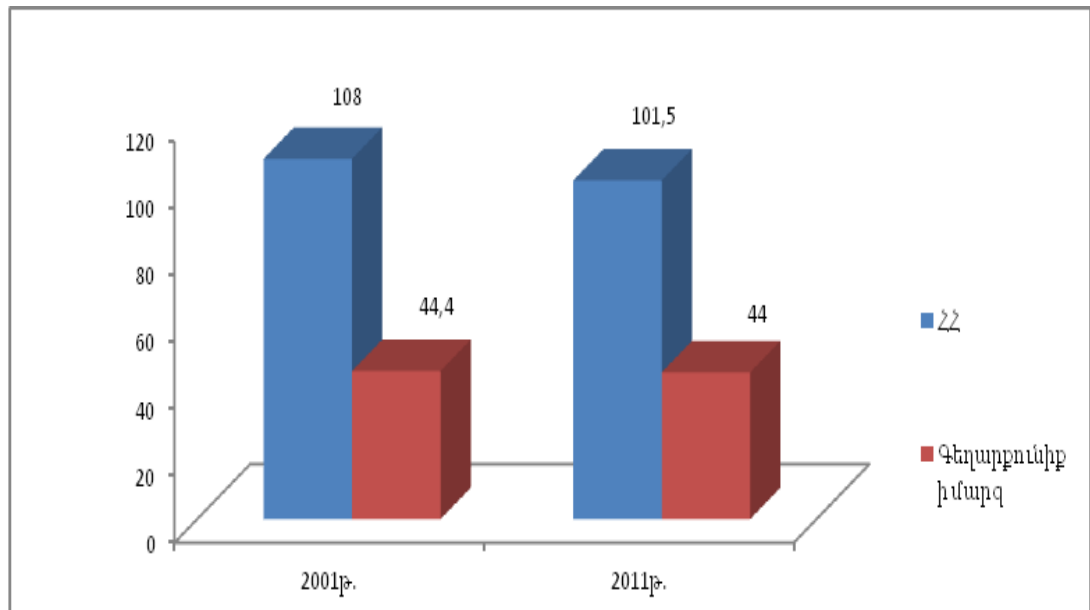
Գծապատկեր 1. Գեղարքունիքի մարզի բնակչության տարիքաստեռային կազմը

Մարզի բնակչության 31,5%-ը քաղաքաբնակներ են, իսկ 68,5%-ը՝ գյուղաբնակներ (զծ.2):



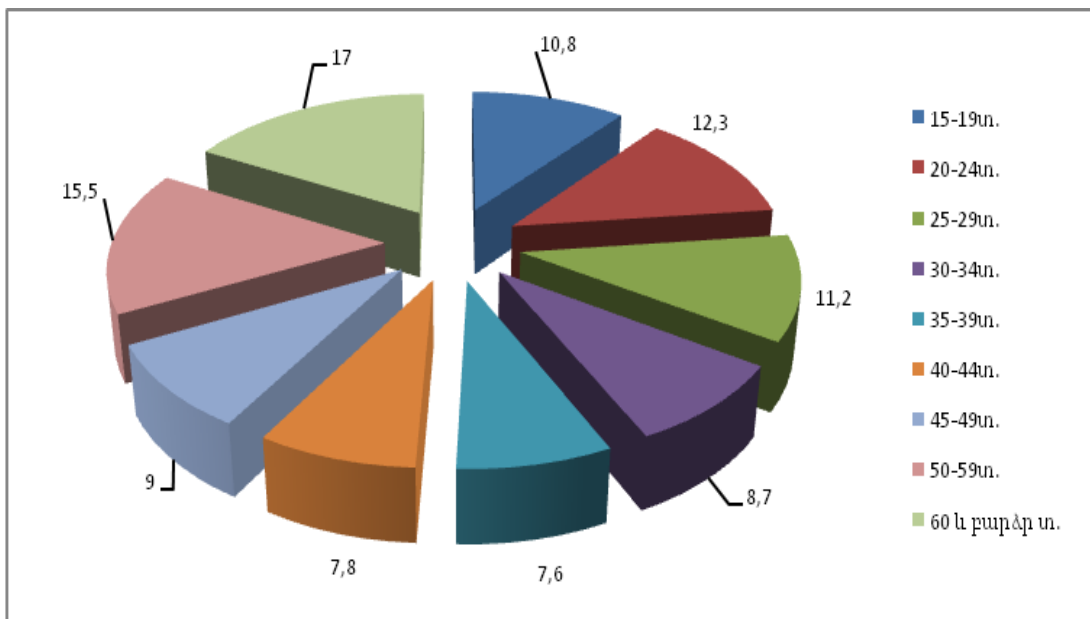
Գծապատկեր 2. Գեղարքունիքի մարզի բնակչության կազմը ըստ բնակության վայրի

ՀՀ բնակչության միջին խտության համեմատ մարզում բնակչության խտությունը 2,3 անգամ պակաս է (գծ.3):



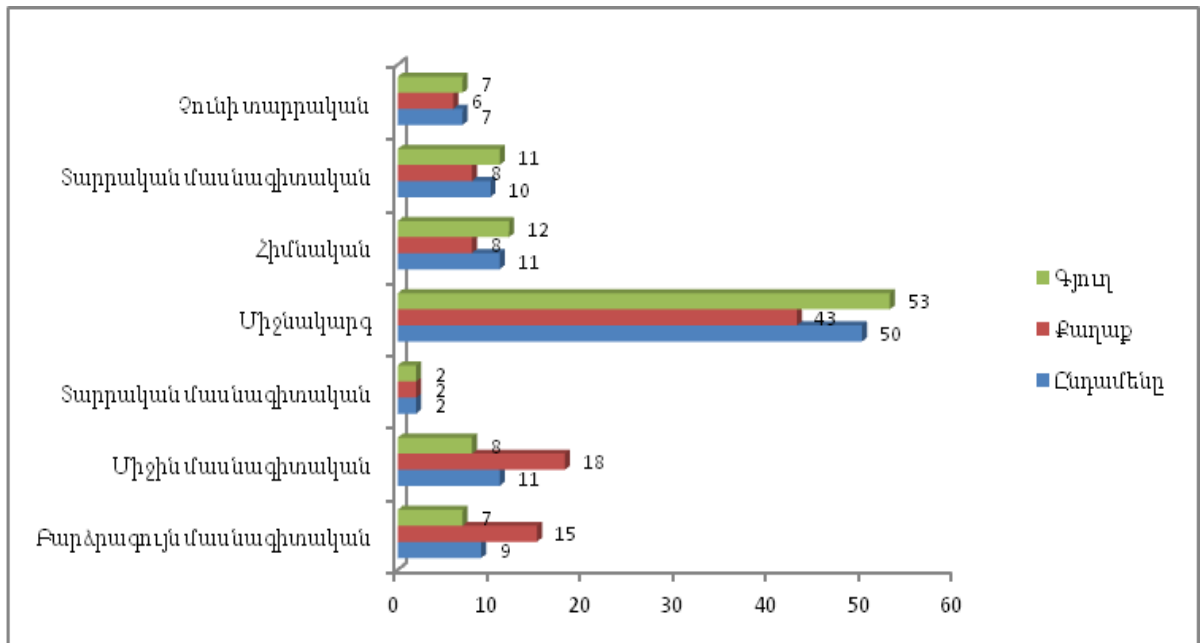
Գծապատկեր 3. Գեղարքունիքի մարզի բնակչության խտությունը

Ինչպես գիտենք, բնակչության վերարտադրողական առողջության ցուցանիշների վրա ազդում է կանանց տարիքային կազմը: Այսպես, Գեղարքունիքի մարզում վերարտադրողական տարիքի կանանց տարիքային կազմում առաջին տեղում 25-29 տարիքային խումբն է (գծ.4):



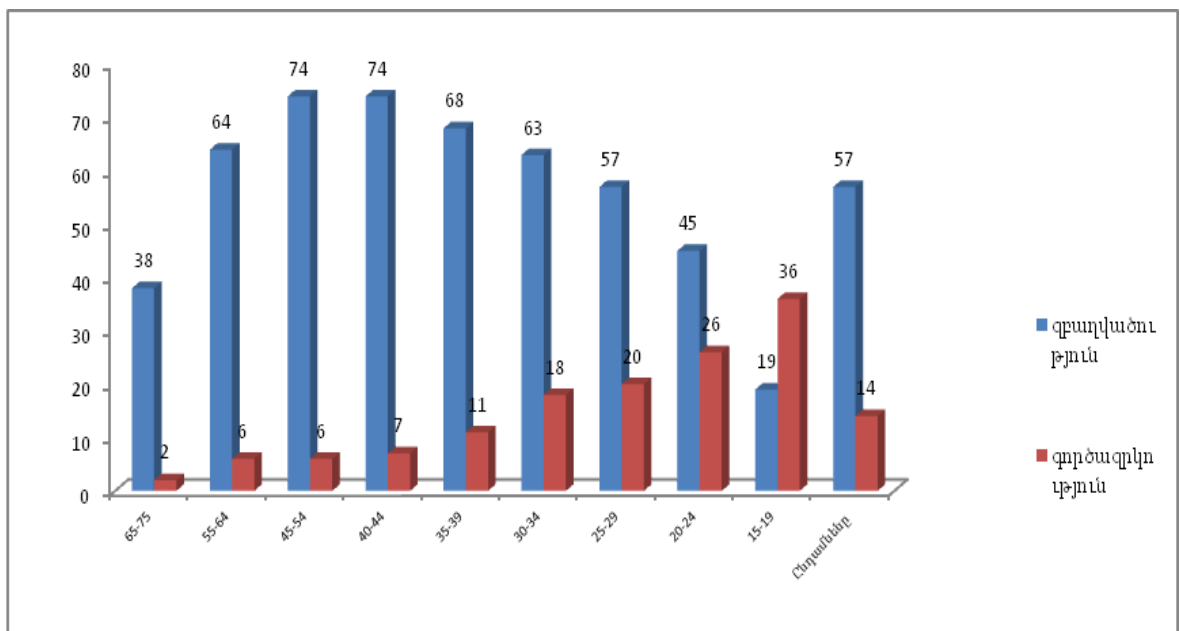
Գծապատկեր 4. Գեղարքունիքի մարզի կանանց տարիքային կազմը

Մարզի բնակչության կառուցվածքը ըստ կրթական մակարդակի ներկայացված է գծապատկեր 5-ում: Ինչպես երևում է, բնակչության մոտ 1/2-ն ունի միջնակարգ կրթություն:



Գծապատկեր 5. ՀՀ Գեղարքունիքի մարզի քաղաքային և գյուղական բնակչությունն ըստ կրթական մակարդակի

Մարզի աշխատունակ տարիքի բնակչության շրջանում բարձր է գործազրկության մակարդակը (գծ. 6):



Գծապատկեր 6. ՀՀ Գեղարքունիքի մարզի բնակչությունն ըստ զբաղվածության և գործազրկության մակարդակի

Մարզի բնակչության թվաքանակը կազմում է 235 600 (2013թ.), որից քաղաքայինները կազմում են 71 300, իսկ գյուղաբնակները՝ 164 300 մարդ:

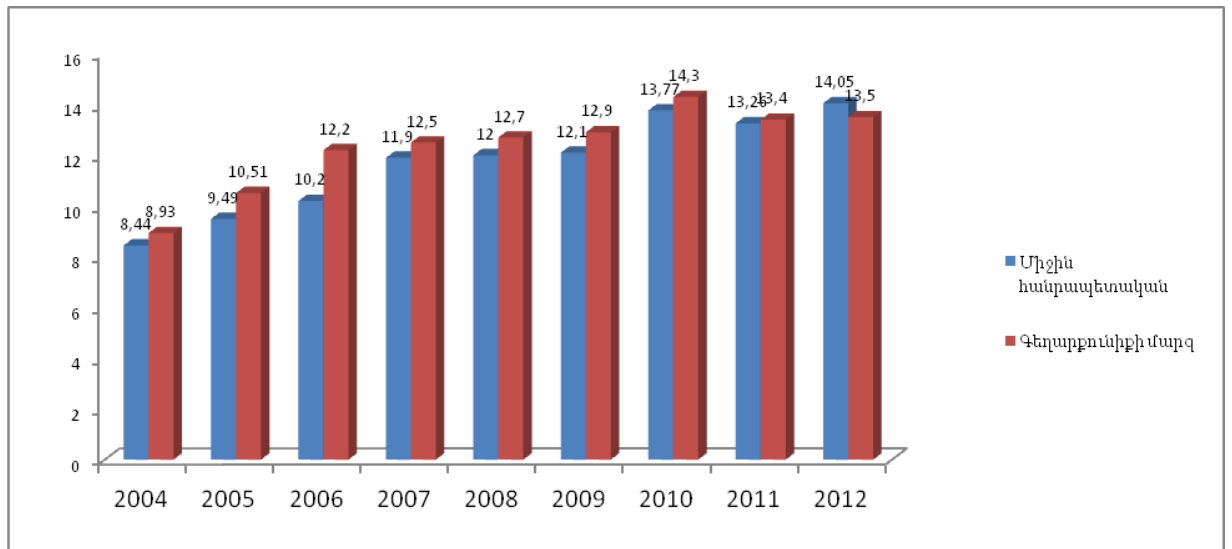
Մարզային մակարդակում առողջապահական համակարգի գործունեության բժշկասոցիալական էֆեկտը գնահատող հիմնական չափանիշը բնակչության առողջական վիճակն է: Գեղարքունիքի մարզում ծնելիության ցուցանիշը մոտ է միջին հանրապետականին: Միայն 2012թ.-ին է այն ցածր եղել միջին հանրապետականից: Ինչ վերաբերում է ընդհանուր մահացության ցուցանիշին, այն դինամիկայում ցածր է եղել միջին հանրապետականից: Բնական աճի ցուցանիշը աճման միտում ունի (աղ. 4):

Աղյուսակ 4

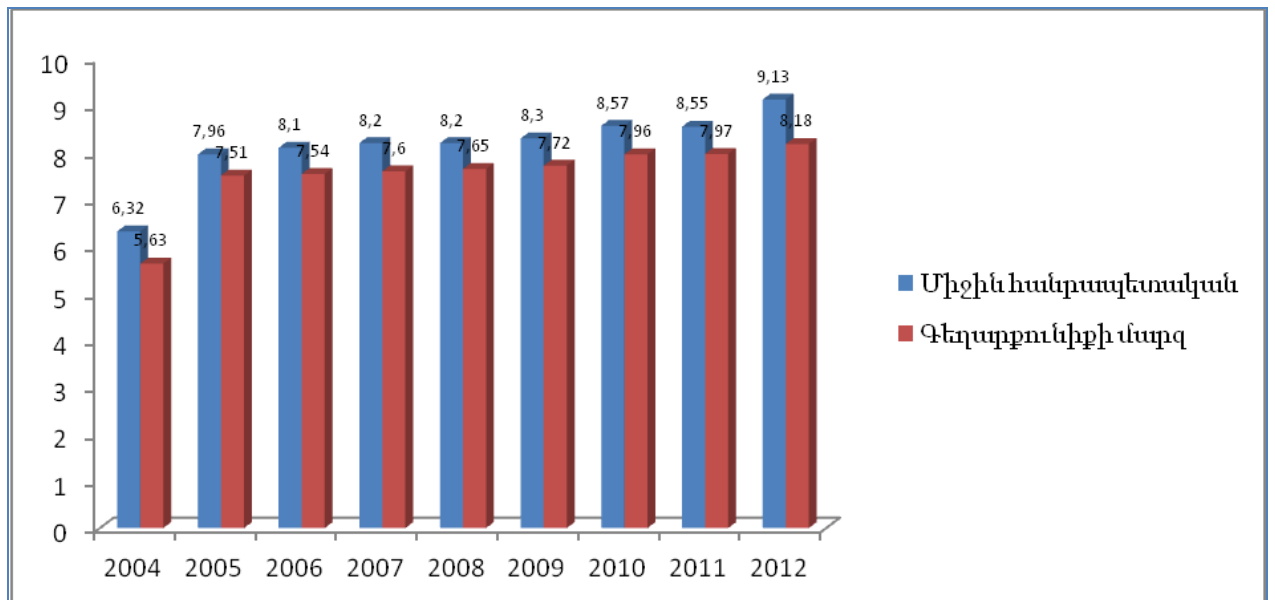
Գեղարքունիքի մարզի բնակչության բնական շարժի հիմնական ցուցանիշների դինամիկան

Տարիներ	Ծնելիություն (‰)		Մահացություն (‰)		Բնական աճի ցուցանիշ (‰)	
	Միջին <<	Գեղարքունիքի մարզի	Միջին <<	Գեղարքունիքի մարզի	Միջին <<	Գեղարքունիքի մարզի
2007	11,9	12,5	8,2	7,6	3,7	4,9
2008	12	12,7	8,2	7,65	3,8	5
2009	12,1	12,9	8,3	7,7	2,8	5,2
2010	13,77	14,3	8,57	7,96	5,19	6,33
2011	13,26	13,4	8,55	7,97	4,71	5,45

Դեմոգրաֆիկ իրավիճակի առանձնահատկություն է հանդիսանում այն փաստը, որ ուսումնասիրվող ժամանակահատվածում դիտվել է մահացության ցուցանիշի աճի միտումներ: Ընդհանուր մահացության և ծնելիության ցուցանիշների աճը կազմում է 45, 3% (զձ. 7, 8):

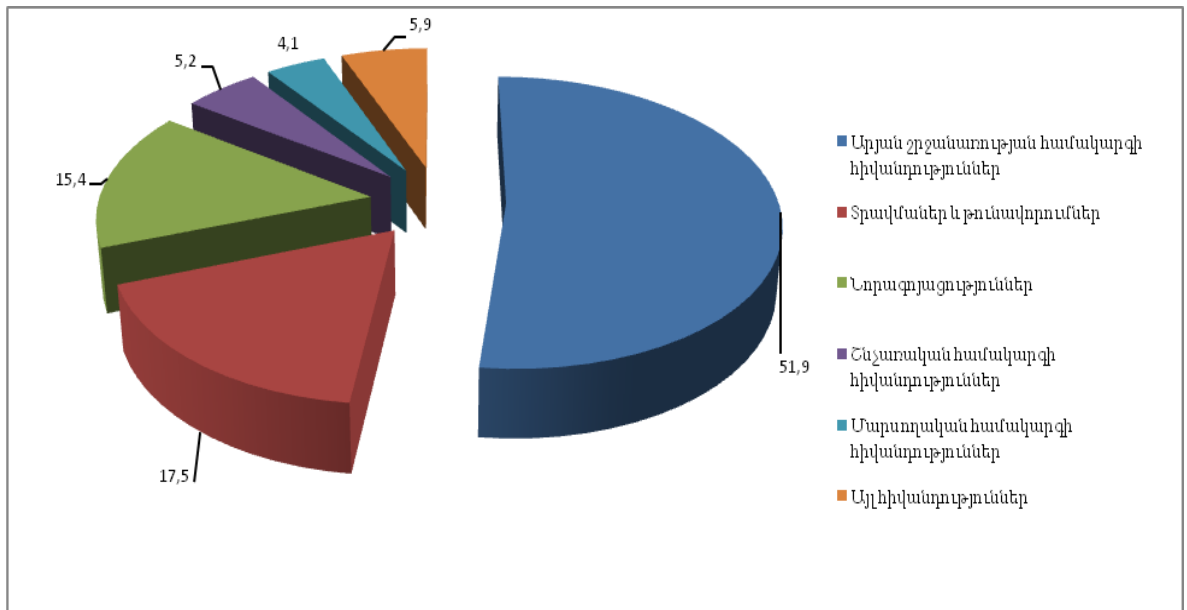


Գծապատկեր 7. Գեղարքունիքի մարզի բնակչության ծնելիության ցուցանիշի դինամիկան համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ



Գծապատկեր 8. Գեղարքունիքի մարզի բնակչության մահացության ցուցանիշի դինամիկան համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ

Գեղարքունիքի մարզի բնակչության մահացության պատճառների կառուցվածքը համապատասխանում է ընդհանուր հանրապետական ցուցանիշի կառուցվածքի առանձնահատկություններին: Այսպես, ընդհանուր մահացության կառուցվածքում առաջին տեղում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ են, երկրորդում՝ տրավմաներ և թունավորումներ, երրորդում՝ նորագոյացություններ, չորրորդում՝ շնչառական համակարգի, հինգերորդում՝ մարսողական համակարգի հիվանդությունները (գծ. 9):



Գծապատկեր 9. Գեղարքունիքի մարզի բնակչության ընդհանուր մահացության հիմնական պատճառների կառուցվածքը(%)

Ըստ ԱՀԿ-ի երկրի սոցիալ-տնտեսական մակարդակը և առողջապահական համակարգի զարգացման վիճակը բնութագրող կարևոր ինդիկատոր է հանդիսանում մանկական և մայրական մահացության ցուցանիշները: Այդ ցուցանիշները նաև հանդիսանում են բնակչության սոցիալական կարգավիճակը բնութագրող ամենազգայուն ինդիկատորը, ինչպես նաև հնարավորություն են տալիս ընդհանրապես գնահատել երկրի սոցիալական քաղաքականության արդյունավետությունը: Այսպես, Գեղարքունիքի մարզում մանկական մահացության ցուցանիշը 2007-2011թթ. ժամանակահատվածի ընթացքում ունեցել է աճման միտումներ և այն համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ եղել է բարձր (աղ. 5):

Աղյուսակ 5

Գեղարքունիքի մարզում մանկական մահացության ցուցանիշի դինամիկան(‰)

Մարզ	2007	2008	2009	2010	2011
ՀՀ	10,9	10,8	10,4	11,4	11,6
Գեղարքունիք	10,0	11,8	7,7	16,8	13,1

Մարզում մանկական մահացության պատճառների կառուցվածքում առաջին տեղում պերինատալ շրջանի հետ կապված պատճառներն են, երկրորդում՝ բնածին և

զարգացման արատները, երրորդում՝ ինֆեկցիոն և պարազիտար հիվանդությունները:

Մարզային առողջապահական համակարգի հիմնական խնդիրներից մեկը մանկական մահացության մակարդակի իջեցումն է, հատկապես գերակա ուղղություն է հանդիսանում կառավարելի ռիսկի գործոնների կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների ծրագրային մոտեցման ներդրումը:

Կարևոր հիմնախնդիր է հանդիսանում վերարտադրողական առողջության պահպանման հիմնահարցը: Այն բնութագրող հիմնական ցուցանիշներից է մայրական մահացության և արհեստական բժշկական վիժման հաճախականության ցուցանիշների վերլուծությունը: Այսպես, համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ, Գեղարքունիքի մարզում ցուցանիշը աճման միտում ունի:

Մայրական մահացության պատճառների կառուցվածքում առաջատար տեղ են զբաղեցնում այն կանանց մահացությունը, որոնց հղիությունը 28 շաբաթական և ավել է, ծննդկանների, երկրորդ տեղում է հղիության արհեստական ընդհատումից առաջացած բարդությունները: Այսինքն գրանցվում են մահեր կառավարելի պատճառներից: Աբորտի մակարդակը վերլուծության ժամանակահատվածում մնացել է բարձր: Հատկապես անբարենպաստ է առաջնակի հղիությունների ընդհատման մակարդակի ցուցանիշի դինամիկան, որը հաստատում է հիմնախնդրի առկայության և մարզային մակարդակում ընտանիքի պլանավորման անբավարար ներդրման մասին: Կանանց վերարտադրողական առողջության պահպանման կատարելագործումը պայմանավորված է նաև առողջապահական համակարգի ռեսուրսների (նյութական-տեխնիկական, մարդկային, ֆինանսական) արդյունավետ օգտագործմամբ [9]:

Գեղարքունիքի մարզում սպասվելիք կյանքի միջին տևողության ցուցանիշը դինամիկայում ունեցել է նվազման միտումներ: Ցուցանիշը պահպանվել է ցածր մակարդակի վրա նաև համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ:

Բնակչության առողջական վիճակը բնութագրող կարևոր ցուցանիշ է հիվանդացության և առաջնակի հաշմանդամության ցուցանիշները: Այդ ցուցանիշները համարվում են ոչ միայն բնակչության առողջական վիճակը բնութագրող ցուցանիշներ, այլ նաև առողջապահական ոլորտի միջոցառումների արդյունավետության գնահատման,

ռազմավարական պլանի ձևավորման կարևոր ինդիկատոր: Այն ուղղված է բժշկական հաստատություններում նյութական, ֆինանսական և կադրային ռեսուրսների ռացիոնալ օգտագործմանը: Բուժօգնության մատչելիության և հասանելիության գնահատման համար կարևորվում է հիվանդացության վերլուծությունը ըստ դիմելիության: Այն հնարավորություն է տալիս նաև գնահատել բուժհաստատություններում իրականացվող բուժկանխարգելիչ աշխատանքների կազմակերպման աստիճանը:

Այսպես, Գեղարքունիքի մարզում վերլուծության ենթարկվող ժամանակահատվածի համար հիվանդացության ցուցանիշը բոլոր տարիքային խմբերում ունեցել է աճման միտումներ:

Մեծահասակ բնակչության ըստ դիմելիության հիվանդացության կառուցվածքում առաջին տեղում շնչական օրգանների հիվանդություններն են, երկրորդում՝ արյան շրջանառության, երրորդում՝ մարսողական համակարգի հիվանդությունները: Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների կապակցությամբ դիմելիությունը բուժհաստատություններ դինամիկայում միտում է ունեցել աճելու, որը կապված է մարզի մի շարք սոցիալ-տնտեսական գործոնների առանձնահատկությունների հետ:

Մարզը բնութագրվում է նաև ցածր սանիտարահիգիենիկ կուլտուրայի մակարդակով, որը նպաստում է վնասակար սովորույթների տարածվածությանը և ոչ բարենպաստ կենսակերպի ձևավորմանը: Այս իրավիճակը հիմնավորում է այն փաստը, որ անհրաժեշտ է մշակել սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունների առաջնային, երկրորդային և երրորդային կանխարգելման և ռիսկի գործոնների ազդեցության նվազեցմանն ուղղված կանխարգելիչ միջոցառումների ծրագիր:

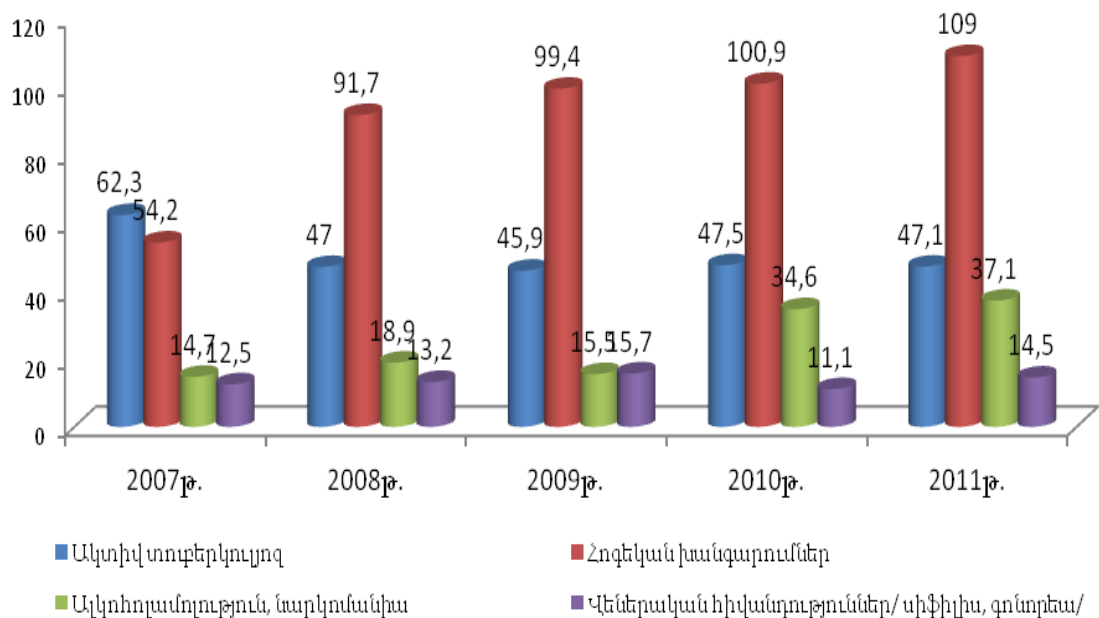
Աշխատունակ տարիքի բնակչության առողջական վիճակը բնութագրող կարևոր ցուցանիշ է հանդիսանում աշխատունակ տարիքի բնակչության ժամանակավոր անաշխատունակությամբ ուղեկցվող հիվանդացության ցուցանիշի վերլուծությունը: Մարզում այդ ցուցանիշը համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ եղել է 13,5%-ով բարձր: Այս փաստը կարելի է բացատրել մարզի աշխատունակ տարիքի բնակչության ցածր բժշկական ակտիվությամբ (աղ. 6):

Աղյուսակ 6

Գեղարքունիքի մարզում աշխատունակ տարիքի բնակչության ժամանակավոր անաշխատունակությամբ ուղեկցվող հիվանդացության ցուցանիշի դինամիկան

Ցուցանիշ	2007	2008	2009	2010	2011	Միջին հանրապետական ցուցանիշ
100 աշխատունակ տարիքի բնակչությանը ընկնող անաշխատունակ դեպքերի թիվը	51,0	57,5	54,1	55,4	57,7	51,3
100 աշխատունակ տարիքի բնակչությանը ընկնող անաշխատունակ օրերի թիվը	698,2	718,5	726,3	775,2	754,5	715,2
Մեկ դեպքի միջին տևողությունը	13,7	12,5	13,4	14,0	13,1	13,9

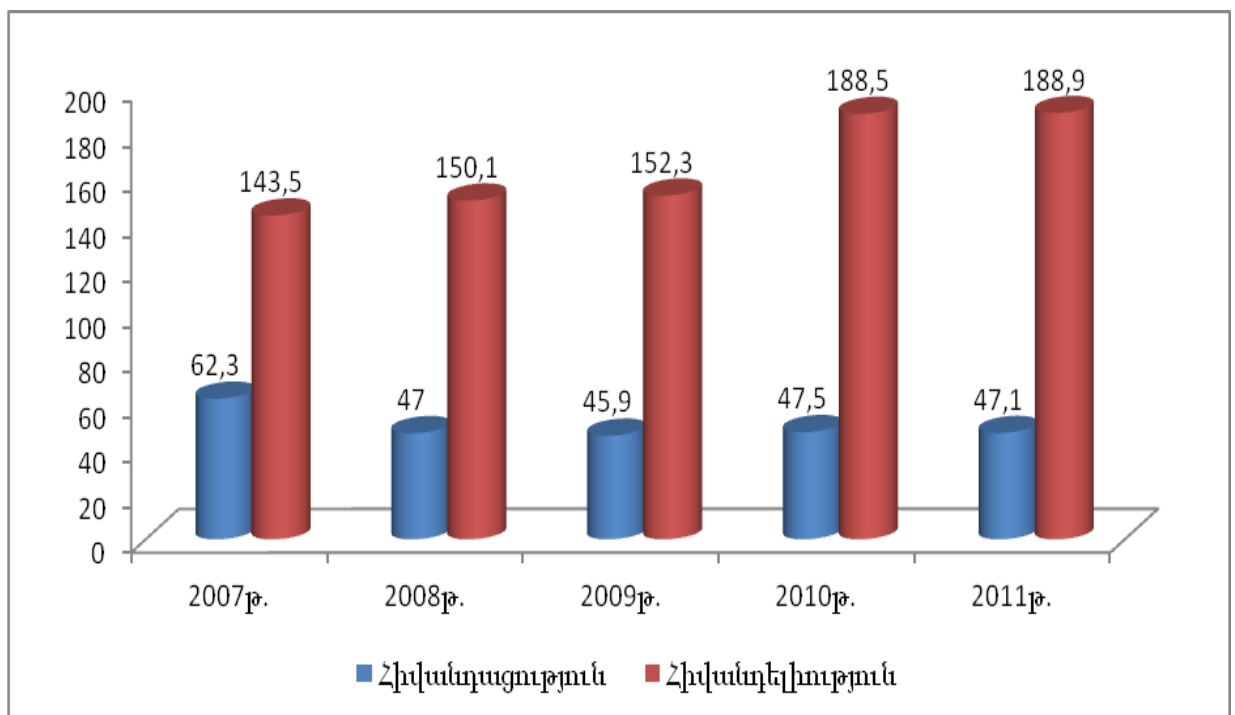
Սոցիալական նշանակության մի շարք հիվանդություններով հիվանդացության ցուցանիշը Գեղարքունիքի մարզում եղել է բարձր, համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ (հոգեկան խանգարումներ կապված ալկոհոլի չարաշահման հետ, ալկոհոլային փսիխոզ, սիֆիլիս): Մարզում հիվանդացության ցուցանիշը տուբերկուլյոզից, թմրամոլությունը, գոնորեայի մակարդակները գերազանցում են միջին հանրապետական ցուցանիշների մակարդակին (գծ.10):



Գծապատկեր 10. Գեղարքունիքի մարզի բնակչության շրջանում սոցիալական նշանակության հիվանդությունների հաճախականության դինամիկան

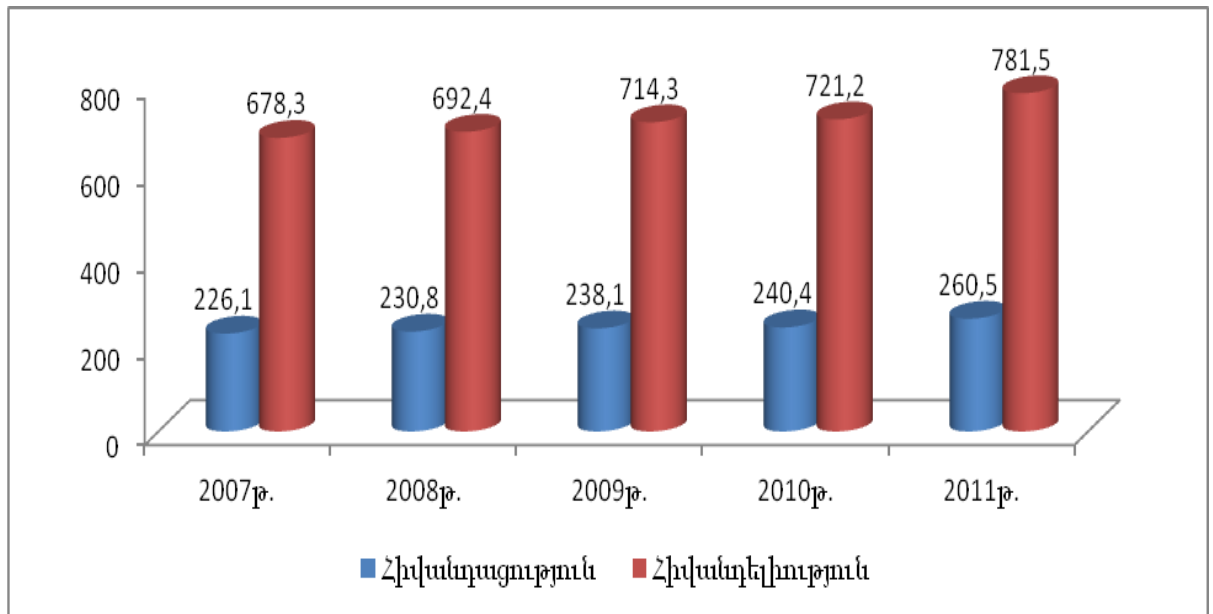
Սոցիալական նշանակության հիվանդությունների գնահատման ժամանակ, մարզի համար արդիական է մնում տուբերկուլյոզի, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների, ուռուցքային հիվանդությունների բարձր մակարդակները:

Անբարենպաստ համաճարակաբանական իրավիճակի պատճառներից մեկը մարզում առկա անբարենպաստ սոցիալ-տնտեսական իրավիճակն է, միգրացիայի հոսքի ավելացումը, գործազրկությունը, արտագնա աշխատանքի մեկնողների թվաքանակի աճի միտումները: Անբարենպաստ համաճարակաբանական իրավիճակի պատճառների մեջ որոշակի նշանակություն ունի առողջապահական բուժհաստատություններում կանխարգելիչ աշխատանքների ցածր մակարդակը: Մարզում գրանցվել է ընդհանուր բժշկական հաստատություններում տուբերկուլյոզի վաղ հայտնաբերման աշխատանքների ծավալի կրճատում: Այս հարցում կարևոր նշանակություն է ունեցել ախտորոշիչ սարքավորումներով առողջապահական բուժհաստատությունների հագեցվածության ցածր մակարդակը (գծ. 11):



Գծապատկեր 11. Գեղարքունիքի մարզի բնակչության շրջանում տուբերկուլյոզի հիվանդացության հիմնական ցուցանիշների դինամիկան

Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացության ցուցանիշը մարզում համեմատած հանրապետական միջին ցուցանիշի հետ եղել է բարձր: Գրանցվել է ուշ հայտնաբերված նորագոյացություններով հիվանդացության բարձր մակարդակ (գծ.12):



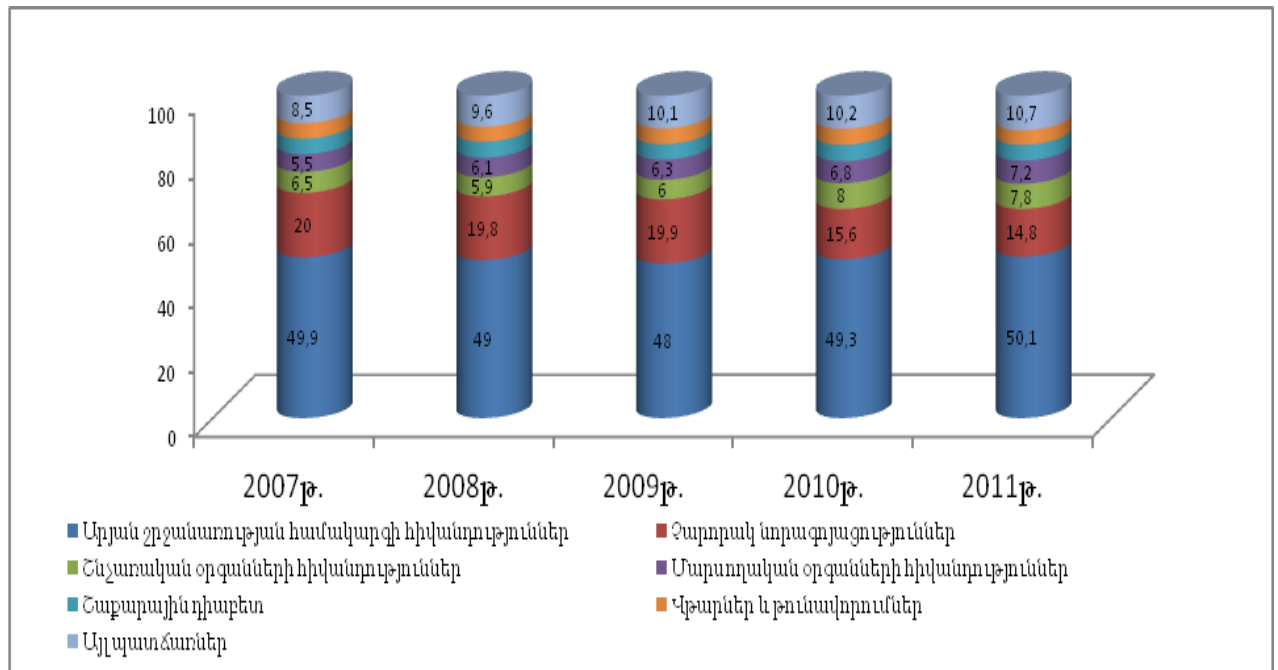
Գծապատկեր 12. Գեղարքունիքի մարզի բնակչության շրջանում նորագոյացություններով հիվանդագույության ցուցանիշի դինամիկան

Կանանց շրջանում նորագոյացություններով հիվանդագույության կառուցվածքում առաջին տեղում կրծքագեղձի քաղցկեղն է, երկրորդում՝ արգանդի վզիկի, երրորդում՝ մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի:

Սոցիալ-տնտեսական բարեկեցության կարևոր բնութագրիչներից է հանդիսանում սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություններից հիվանդագույության ցուցանիշը: Այն ազդեցություն է թողնում բնակչության վերարատադրողական առողջությունը բնութագրող ցուցանիշների վրա: Այդ հիվանդություններով հիվանդագույության ցուցանիշը մարզում մոտ երկու անգամ գերազանցում է միջին հանրապետական ցուցանիշին: Ցուցանիշի աճը կապված է բնակչության շրջանում իրականացվող անբավարար առաջնային կանխարգելիչ միջոցառումներով: Սիֆիլիսով, գոնորեայով հիվանդագույության ցուցանիշները միտում ունեն աճելու:

Հոգեկան խանգառումներով հիվանդագույության ցուցանիշը 2007թ.-ին կազմել է 54,2 (100 000 բնակչի հաշվով), ալկոհոլամոլությունը և ալկոհոլային փսիխոզը 14,7 (100 000 բնակչի հաշվով): Գեղարքունիքի մարզում առաջնային հաշմանդամությունը ուսումնասիրվող ժամանակաշրջանում աճել է: Աշխատունակ տարիքի բնակչության մահացությունը միտում ունի աճելու:

Կյանքի սպասվող միջին տևողությունն ըստ ՀՀ ԱՎԾ-ի տվյալներով Հայաստանում կյանքի միջին տևողությունը 74,1 տարի է, ընդ որում կանայք 6,5 տարի ավելի երկար են ապրում տղամարդկանցից: Կյանքի սպասվող միջին տևողությունը 2007-2011 թվականներին ունեցել է աճի թույլ միտում: 2011 թվականի նկատմամբ ցուցանիշն աճել է 2,8 տարով, որը պայմանավորված է մանկական (0-1տարեկան) մահացության նվազմամբ՝ 18,5, իսկ 2011 թվականին՝ 11,6: Մահվան առավել տարածված պատճառների կառուցվածքում էական փոփոխություն չի արձանագրվել (գծ.13):



Գծապատկեր 13. Գեղարքունիքի մարզի բնակչության մահվան հիմնական պատճառների կառուցվածքն ըստ հիվանդությունների հիմնական դասերի

Բնակչության սոցիալական վիճակը բնութագրող առողջապահական կարևոր ցուցանիշ է հանդիսանում բուժհաստատություններ դիմաձների մեջ վճարովի ծառայություններից օգնվողների տեսակարար կշիռը:

Ըստ մարզի բուժհաստատությունների հաշվետվական ձևերի՝ ունեցել է աղյուսակ 7-ի պատկերը: Ցուցանիշի մակարդակի վրա էական ազդեցություն է ունեցել տվյալ մարզի բնակչության թիվը, մարզում վերակառուցված և վերազինված բուժհաստատությունների, ինչպես նաև նեղ մասնագիտացված առանձին ծառայությունների առկայությունը, որոնք մարզի կառուցվածքի մեջ մտնող համայնքների միջև անհավասարաչափ են բաշխված (աղ. 7):

ՀՀ մարզերի բուժհաստատությունների կողմից
մատուցված վճարովի ծառայությունների ծավալները 2007-2011թթ.

Մարզ	2007թ.(մլն դրամ)	2011թ.	
		մլն դրամ	աճ (%)
Արարատ	273,1	297,9	9
Շիրակ	390,9	421,3	8
Կոտայք	331,5	336,9	2
Լոռի	538,4	583,7	8
Վայոց Ձոր	45,2	47,1	4
Սյունիք	143,1	185,8	30
Տավուշ	109,6	114,8	5
Արմավիր	269,0	316,9	18
Գեղարքունիք	177,9	200,6	13
Արագածոտն	119,9	153,5	28

Հիվանդությունների մակարդակի և դինամիկայի վերլուծության ժամանակ անհրաժեշտ է հիվանդությունները խմբավորել ըստ տարածվածության աստիճանի [4].

- շատ բարձր տարածվածությամբ հիվանդություններ՝ տարածվածության չափանիշը մեծ է 2,501/100000-ից,
- բարձր տարածվածությամբ հիվանդություններ՝ տարածվածության չափանիշը՝ [1,501-2,500]/100000,
- միջինից բարձր տարածվածությամբ հիվանդություններ՝ [1,001-1,500]/100000,
- միջին տարածվածությամբ հիվանդություններ՝ [601-1000]/100000,
- միջինից ցածր տարածվածությամբ հիվանդություններ՝ [301-600]/ 100000,
- ցածր տարածվածությամբ հիվանդություններ՝ [150-300]/100000,
- շատ ցածր տարածվածությամբ հիվանդություններ՝ տարածվածությունը փոքր է 150/100000-ից:

Գեղարքունիքի մարզում շատ բարձր տարածվածությամբ հիվանդությունների խումբը ներառում է միայն հիվանդությունների մեկ խումբ՝ J00-J99 – «Շնչառական օրգանների հիվանդություններ»:

Բարձր տարածվածությամբ հիվանդությունների խմբում են՝ «Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ», «Վարակիչ և մակաբուծային հիվանդություններ», «Միզասեռային համակարգի հիվանդություններ», «Հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջան», «Վնասվածքներ, թունավորումներ և արտաքին պատճառների ներգործության որոշ այլ հետևանքներ»:

Միջինից բարձր տարածվածությամբ հիվանդությունների խմբերն են՝ «Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ», «Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ», «Մարսողական օրգանների հիվանդություններ»:

Ամենամեծ հարաբերական աճը գրանցվել է «Ախտանիշներ, նշաններ և կլինիկական ու լաբորատոր հետազոտություններով հայտնաբերված ախտաբանական շեղումներ՝ այլ դասերում չդասակարգված» և «Մկանակմախքային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ» խմբերում:

2007-2011թթ. ընթացքում միջինից բարձր զգալի հարաբերական աճ է գրանցվել նաև հետևյալ հիվանդությունների խմբերում՝ «Բնածին շեղումներ (զարգացման արատներ), դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային խանգարումներ», «Ականջի և պտկաձև ելունի հիվանդություններ», «Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ» (աղ.8):

Աղյուսակ 8

Գեղարքունիքի մարզում հիվանդացության ցուցանիշի դինամիկան ըստ հիվանդությունների հիմնական դասերի (100 000 բնակչի հաշվով)

Հիվանդության խումբ	2007	2008	2009	2010	2011	Դաս
Ծնչառական օրգանների հիվանդություններ	5,776,8	6,344,3	7,773,9	7,380,0	6,710,9	II բարձր 1501- 2500
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	1,699,9	1,891,4	1,913,8	1,971,6	2,170,0	
Վարակիչ և մակաբուծային որոշ հիվանդություններ	1,440,9	1,500,0	1,630,0	1,786,3	1,758,8	
Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	1,331,	1,598,5	1,606,0	1,652,1	1,688,7	
Հղիություն, ծննդաբերություն և հետծննդյան շրջան	0,01	0,08	1,716,1	1,586,8	1,708,4	
Վնասվածքներ և թունավորումներ	1,412,0	1,494,7	1,530,7	1,509,5	1,499,7	

Աղյուսակ 8-ի շարունակությունը

Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ	1,026,1	1,113,4	1,101,6	1,298,4	1,385,2	III միջինից բարձր 1001-1500
Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	853,5	946,7	982,4	1,096,9	1,091,3	
Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	965,7	1,030,8	1,014,1	1,04,8	1,018,9	
Մկանային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	487,7	582,5	583,2	701,2	702,6	IV միջին 601-1000
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	585,7	680,6	696,6	682,1	682,8	
Ականջի և պտկաձև ելունի հիվանդություններ	472,7	564,2	609,5	632,3	628,0	
Ներզատական համակարգի հիվանդություններ	358,6	390,2	400,1	421,5	424,8	V միջինից ցածր 301-600
Նորագոյացություններ	329,6	334,0	352,2	335,8	363,4	
Հոգեկան վարքի խանգարումներ	233,3	240,4	249,6	319,4	285,0	VI ցածր 150-300
Արյան և արյունաստեղծ օրգանների հիվանդություններ	151,9	171,9	183,3	183,7	189,6	
Ախտաբանական շեղումներ	58,1	46,1	43,0	132,5	102,1	VII շատ ցածր <150

Մարզի բնակչության շրջանում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդությունների կառուցվածքում առաջին տեղում շնչառական օրգանների, երկրորդում՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններն են (աղ. 9):

Աղյուսակ 9

Կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդացության ցուցանիշի մակարդակը (100 000 բնակչի հաշվով)

Հիվանդությունների խումբ	ՀՀ	Գեղարքունիքի մարզ
Ընդամենը	23,517,9	23,935,4
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	7,195,3	9,735,8
Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	1,900,0	1,964,9
Վնասվածքներ, թունավորումներ	1,645,8	1,653,1

Աղյուսակ 9-ի շարունակությունը

Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	2,380,1	2,010,2
Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	1,266,1	508,5
Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	1,154,9	1,294,2
Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ	1,471,1	1,003,4
Վարակիչ և մակաբուժական հիվանդություններ	2,008,1	1,137,2
Մկանսկմախքային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	832,5	70,9
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	802,9	1,482,4
Ներզատական համակարգի հիվանդություններ	486,9	392,9
Նորագոյացություններ	415,9	344,1
Հոգեկան և վարքի խանգարումներ	286,4	128,7

Աղյուսակ 10

Գեղարքունիքի մարզում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդացության ցուցանիշի համեմատականը միջին հանրապետականի մակարդակի հետ (100 000 բնակչի հաշվով)

Հիվանդությունների խումբ	ՀՀ	Գեղարքունիքի մարզ
Ընդամենը	1,0	1,02
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	1,0	1,35
Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	1,0	1,03
Վնասվածքներ, թունավորումներ	1,0	1,0
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	1,0	0,84
Մաշկի և ենթամաշկային բջջանքի հիվանդություններ	1,0	0,4
Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	1,0	1,12
Աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ	1,0	0,68
Վարակիչ և մակաբուժական հիվանդություններ	1,0	0,57
Ոսկրային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	1,0	0,85
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	1,0	1,85
Ներզատական համակարգի հիվանդություններ	1,0	0,81
Նորագոյացություններ	1,0	0,83
Հոգեկան և վարքի խանգարումներ	1,0	0,45

Համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի մակարդակի հետ, Գեղարքունիքի մարզում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդացության մակարդակը եղել է բարձր: Ցուցանիշի բարձր մակարդակ գրանցվել է շնչառական օրգանների (0,35), նյարդային համակարգի (0,85), միզասեռական համակարգի (0,03), մարսողական օրգանների հիվանդություններ դասերի համար (0,12) (աղ.11):

Աղյուսակ 11

Գեղարքունիքի մարզում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդացության մակարդակը

	Հիվանդացության մակարդակ
Շնչառական օրգանների հիվանդություններ	0,35
Նյարդային համակարգի հիվանդություններ	0,85
Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	0,03
Մարսողական օրգանների հիվանդություններ	0,12
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	0,05
Մարսողական համակարգի հիվանդություններ	0,03

Աղյուսակ 12-ում ներկայացված են ՀՀ մարզերում հիվանդությունների հիմնական դասերի կլաստերային հեռավորությունների գնահատման արդյունքները:

ՀՀ-ում բուժօգնության առաջնային օղակ դիմելիության աճի պատճառ է հանդիսացել առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) ծառայությունների մատչելիության աճը կամ բնակչության առողջապահական վարքի փոփոխությունը: Սակայն այս օրինաչափությունը չի արձանագրվել Գեղարքունիքի մարզի համար:

Աղյուսակ 12

Գեղարքունիքի մարզի բնակչության շրջանում տարածված հիմնական հիվանդությունների դասերի կլաստերային հեռավորությունների գնահատում համեմատած մյուս մարզերի հետ

	Արագածոտն	Արարատ	Արմավիր	Գեղարքունիք	Երևան	Լոռի	Կոտայք	Շիրակ	Սյունիք	Վայոց ձոր	Ջավախք
Գեղարքունիք	1,9	3,59	3,46	-	4,53	4,25	2,53	3,07	2,76	3,59	1,33

Հիվանդությունների խմբերի տարածվածության տեսակետից << 10 մարզերը և Երևանը դասակարգվել են հետևյալ 5 խմբերում՝

- Սյունիքի մարզ,
- Արարատի մարզ,
- **Արագածոտնի, Տավուշի, Գեղարքունիքի և Վայոց Ձորի մարզեր,**
- Կոտայքի, Շիրակի մարզեր և Երևան,
- Արմավիրի և Լոռու մարզեր:

Գեղարքունիքի մարզի հիմնական բժշկադեմոգրաֆիկ ցուցանիշների դինամիկան վկայում է, որ առողջապահական համակարգի ռեսուրսների օգտագործումը չի ապահովել բնակչության առողջությունը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների դրական միտումներ: Այն վկայում է նաև մարզի բնակչությանը ցուցաբերվող բուժօգնության մատչելիության, հասանելիության և որակի ցածր մակարդակի մասին:

Այսպիսով, հիմնախնդրի լուծման հնարավոր ճանապարհներից մեկը մարզային առողջապահական համակարգի առկա ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման նոր մոտեցումների ներդրման մեխանիզմների մշակումն ու ներդրումն է:

3.2 Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական համակարգի հիմնական ռեսուրսները և դրանց ազդեցությունը բուժհաստատությունների գործունեությունը գնահատող հիմնական ցուցանիշների վրա

Առողջապահական ռեսուրսներ ասելով հասկանում ենք բուժհաստատության ֆինանսական միջոցները, սարքավորումներով հագեցվածության աստիճանը, կադրերով ապահովվածության և բաշխվածության մակարդակը, բուժհաստատությունների թվաքանակը ըստ բուժօգնության տեսակների և ձևերի, ինչպես նաև առողջապահական ծրագրերը:

Ըստ պաշտոնական տվյալների, Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման աղբյուրներն ունեն աղյուսակ 13-ում ներկայացված բաշխվածությունը: Պարզվում է, որ մարզի առողջապահական ֆինանսական ռեսուրսները 2007-2011թթ. աճել են:

Անհրաժեշտ է նշել, որ ֆինանսական ռեսուրսները հիվանդանոցային ծառայությունների գծով աճել է 7,7%-ով, իսկ արտահիվանդանոցայինով՝ 1,27%-ով:

Աղյուսակ 13

Պետական բյուջեից Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական համակարգի բուժհաստատությունների ֆինանսական միջոցների դինամիկան (մլդ դրամ)

Ծառայություններ	2007	2008	2009	2010	2011
Հիվանդանոցային ծառայություններ	16,1	19,1	21,6	21,2	27,4
	33,9%	35,1%	38,4%	38,4%	43,8%
Արտահիվանդանոցային ծառայություններ	16,7	19,1	20,5	21,0	23,8
	35,2%	35,1%	36,5%	38,0%	38,1%

2007-2011թթ. ժամանակահատվածի համար Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման առանձնահատկությունների վերլուծությունը արձանագրել է, որ առկա է ֆինանսական հոսքերի բաշխվածության առանձնահատկություններ: Անհրաժեշտ է նշել, որ բնակչության անձնական միջոցների ծախսը առողջապահական ծառայությունների համար դինամիկայում մարզում աճել է:

Մեր կողմից կատարվել է 2007-2011թթ. ժամանակահատվածի համար պետական աղբյուրից Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման կառուցվածքային վերլուծություն (աղ.14):

Աղյուսակ 14

Գեղարքունիքի մարզի բուժհաստատություններում բուժօգնության նպատակով ֆինանսական միջոցների ծախսի կառուցվածքը (%)

Ծախսեր	2007թ.	2008թ.	2009թ.	2010թ.	2011թ.
Աշխատավարձ	58,1	58,6	57,8	56,3	57,1
Դեղորայք և այլ բուժական ծախսեր	12,2	12,9	13,4	15,2	19,6
Կոմունալ ծախսեր	8,2	7,8	7,3	7,9	7,5
Այլ ծախսեր	21,5	20,7	21,5	20,6	15,8
Ընդամենը	100	100	100	100	100

Ըստ վերլուծության արդյունքների, պարզվել է, որ միջոցների մոտ կեսը ծախսվում է աշխատավարձի համար, երկրորդ տեղում՝ դեղամիջոցներ, վիրակապական նյութերն են:

Անհրաժեշտ է նշել, որ ըստ սոցիոլոգիական հարցման տվյալների, ստացիոնար բուժօգնություն ստացողները լրացուցիչ վճարել են ախտորոշիչ (71,0%) և լաբորատոր հետազոտությունների (58,0%) համար (աղ.15):

Աղյուսակ 15

Գեղարքունիքի մարզի բուժհաստատություններում
ստացիոնար բուժում ստացողների վճարումների կառուցվածքը

Ծախսեր	Դրամարկդ
1.Բուժօգնության համար	37,0±5,0
2.Դեղորայքի և բժշկական պարագաների վճարում	28,0±4,6
3.Լաբորատոր հետազոտությունների վճարում	58,0±5,0
4.Ախտորոշիչ հետազոտությունների վճարում	71,0±4,7

Ըստ սոցիոլոգիական հարցման տվյալների հարցվածների 35,0%-ը հրաժարվել է բուժօգնությունից, դեղամիջոց ձեռք բերելու համար ֆինանսական միջոցների բացակայության պատճառով:

Աղյուսակների վերլուծությունից պարզվել է, որ Գեղարքունիքի մարզի բնակչության 50,0%-ը վճարում է բժշկական ծառայությունների համար: Ամբուլատոր օղակում լրացուցիչ վճարում կատարվել է բժշկական ծառայությունների, իսկ ստացիոնարում՝ դեղորայքի և բժշկական պարագաների ձեռքբերման համար: Բնակչության բուժօգնություն ստանալու համար միջոցների ծախսի սոցիոլոգիական գնահատականը վկայում է, որ անբավարար ֆինանսավորման պայմաններում, նյութական և ֆինանսական ռեսուրսների անարդյունավետ օգտագործումը առողջապահական համակարգում չի ստեղծել բուժօգնության վճարման համար բնակչության անձնական միջոցների սոցիալապես ընդունելի ռացիոնալ ձևեր: Այս ամենը բերում է բժշկական ծառայությունների մատչելիության և հասանելիության իջեցման:

ՀՀ-ում 1997թ.-ին հիմնական ծառայությունների փաթեթի (ՀԾՓ) ներդրումը, որը չուղեկցվեց ՊԲԱ համակարգի ներդրմամբ, հանգեցրեց բուժօգնության մատչելիության նվազման: Ազգաբնակչության որոշ խմբեր, չհամարվելով սոցիալապես անապահով, բայց, այնուամենայնիվ, լինելով ցածր վարձատրվող և անվճարունակ, դուրս մնացին պետական կարգավորմամբ և ֆինանսավորմամբ փոխհատուցվող ծրագրերից: Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական զարգացման ներկա պայմաններում ազգաբնակչության բուժօգնության համընդհանուր ընդգրկում կարելի է ապահովել աստիճանաբար, պետական նպատակային և ապահովագրական ծրագրերի հստակ հա-

մադրման, բնակչության տարբեր խավերի և ծրագրերի հետզհետե ընդլայնման և ներգրավման միջոցով:

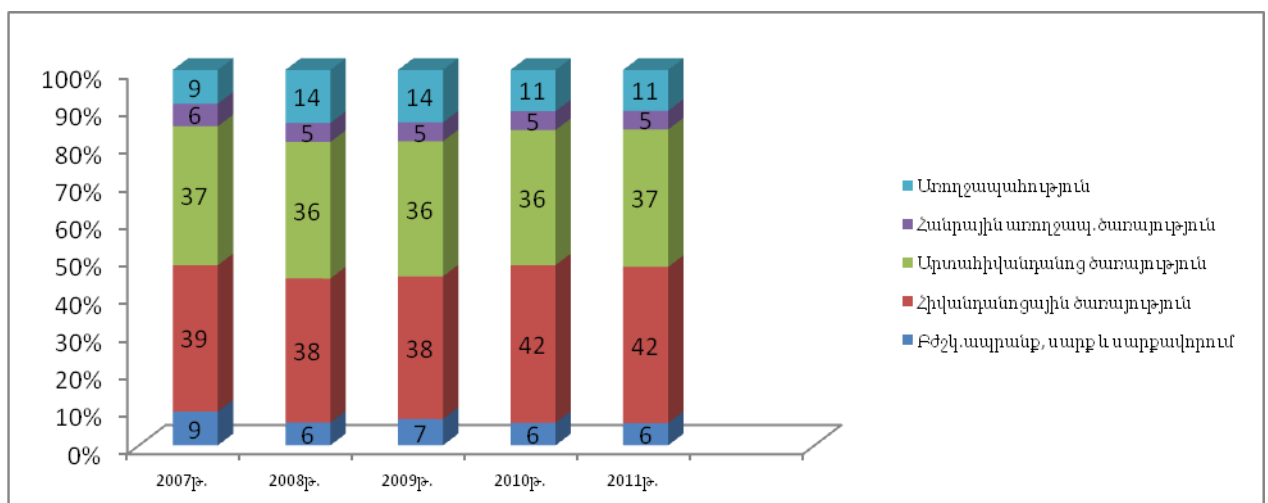
Բյուջեի սոցիալական ուղղվածությունը նախատեսում է բնակչության սոցիալապես անապահով խավերի և հատուկ խմբերում ընդգրկված անձանց բուժօգնության ցանկացած տեսակի իրականացում:

Պետական բյուջեից ֆինանսական միջոցները հատկացվում են ՀԾՓ-ում ներառված ծառայությունների համար: Տարբեր երկրներում, կախված պետության կողմից առողջապահությանը հատկացվող ֆինանսական միջոցների ծավալից, առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուրներից, ծառայությունների ընդգրկվածությունը հիմնական ծառայությունների փաթեթում տարբեր է:

ՀՀ պետական բյուջեի «Առողջապահություն» բաժինը իր մեջ ընդգրկում է հետևյալ խմբերը՝

1. բժշկական ապրանքներ, սարքեր և սարքավորումներ,
2. արտահիվանդանոցային ծառայություններ,
3. հիվանդանոցային ծառայություններ,
4. հանրային առողջապահական ծառայություններ,
5. առողջապահություն (այլ դասերին չպատկանող):

Գծապատկեր 14-ում ներկայացված է 2007-2012թթ. ժամանակահատվածի համար ՀՀ պետական բյուջեից առողջապահությանն ուղղվող ծախսերի կառուցվածքը ըստ խմբերի:

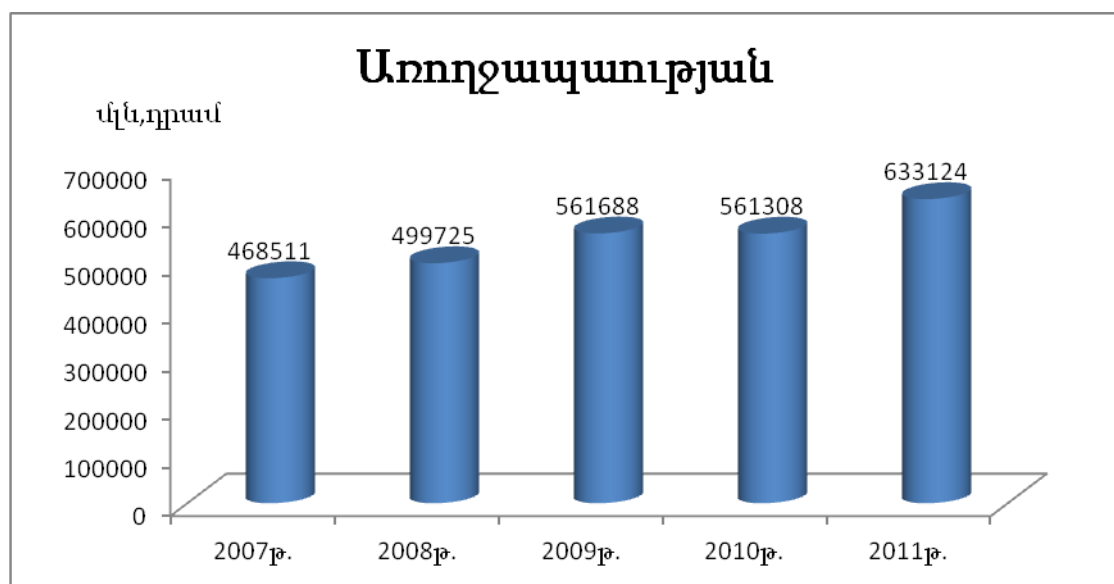


Գծապատկեր 14. Պետական առողջապահական ծախսերում տարբեր խմբերի ծախսերի տեսակարար կշռի կառուցվածքը 2007-2012թթ. ժամանակահատվածի համար

Ներկայումս ՀՀ առողջապահության ոլորտի գնագոյացման գործընթացը մեծամասամբ հիմնված են «վերից վար» մոտեցման վրա: Այս դեպքում ֆինանսավորման նորմատիվները և գները սահմանվում են ելնելով պետական բյուջեի ծավալներից:

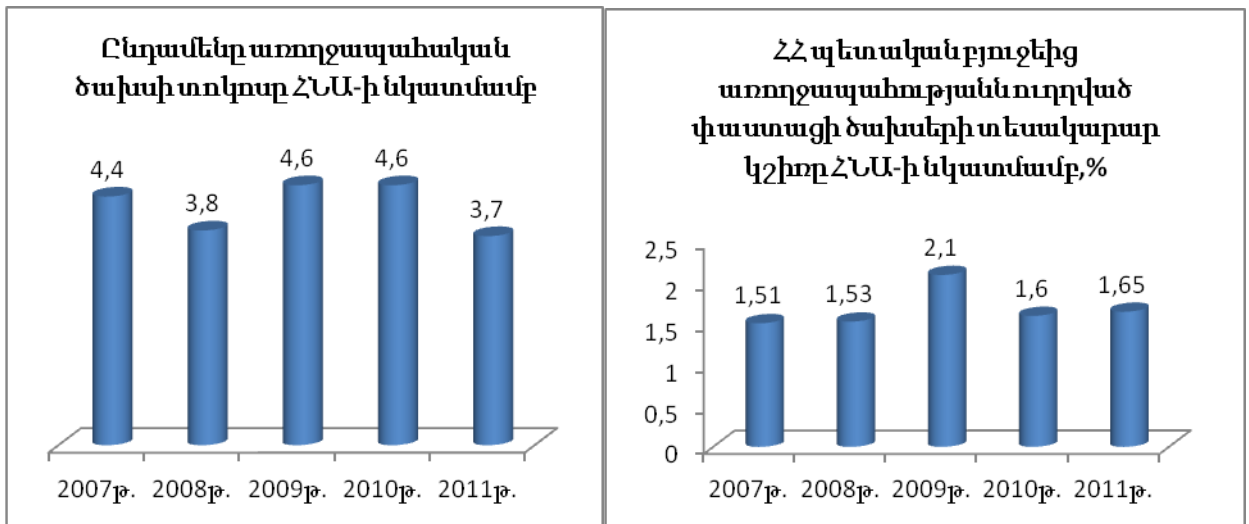
Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հիվանդանոցային բուժման դեպքերը կազմել են շուրջ 253,0 հազար, իսկ հիվանդանոցային բուժման 1 դեպքի միջին գինը կազմել է 90,2 հազար դրամ, ինչը որոշ դեպքերում չի բավարարում փոխհատուցելու ծառայությունների մատուցման ժամանակ կատարված իրական ծախսերը:

Առողջապահության ոլորտում իրականացվող պետական քաղաքականության արդյունավետության ապահովման նպատակով ներդրվեց առողջապահության ազգային հաշիվներ ծրագիրը: Աճում է պետական բյուջեի դերակատարումը առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման մեջ: Գծապատկեր 15-ում ներկայացված է ՀՀ պետական բյուջեից առողջապահությանն ուղղվող ծախսերի ծավալների դինամիկան [1,3]:



Գծապատկեր 15. ՀՀ պետական բյուջեից առողջապահությանն ուղղված ֆինանսական միջոցների դինամիկան (մլն դրամ)

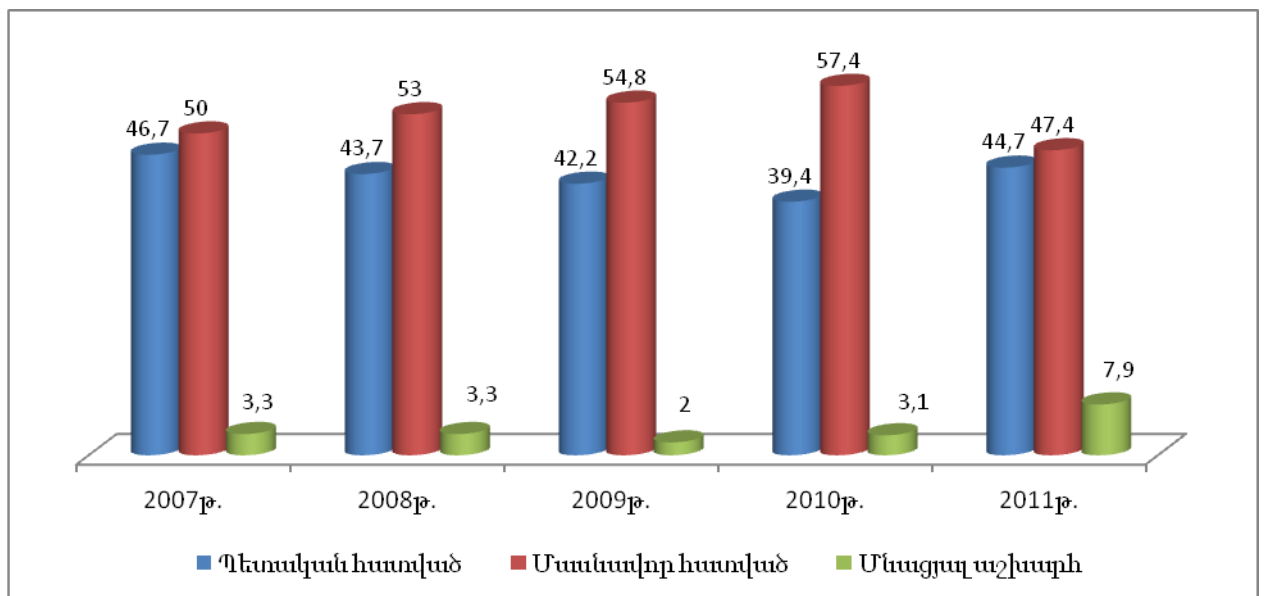
Ընդամենը առողջապահական ծախսերի տոկոսը ՀՆԱ-ի նկատմամբ 2011թ.-ին համեմատած 2007թ.-ի հետ նվազել է 0,7%-ով, իսկ ՀՀ պետական բյուջեից առողջապահությանն ուղղված փաստացի ծախսերի տեսակարար կշիռը ՀՆԱ-ի նկատմամբ 2011թ.-ն համեմատած 2007թ.-ի հետ աճել է 0,14%-ով:



Գծապատկեր 16. ՀՆԱ և ՀՀ պետական բյուջեից առողջապահական ծախսերի հարաբերակցության դինամիկան

Ֆինանսավորման ընդհանուր կառուցվածքում առանձին աղբյուրների ունեցած մասնաբաժինների փոփոխությունը պայմանավորված է վերջիններիս կողմից տրամադրված ֆինանսական միջոցների ծավալների փոփոխությամբ [1, 2, 3]:

Պետական հատվածում ծախսերի չափաբաժինը 2007 թվականի 32,8%-ից աճել է և 2011-ին կազմել էր 37,9% (գծ.17):



Գծապատկեր 17. ՀՀ առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման բոլոր աղբյուրների տեսակարար կշիռի դինամիկան 2007-2013թթ. ժամանակահատվածի համար (%)

Հայաստանի առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման կարևոր բնութագրիչներից մեկը առողջապահության ընդհանուր ծախսերում մասնավոր ծախսերի բարձր տեսակարար կշիռն է, որի հիմնական մասը կազմում է բնակչության ուղղակի ծախսերը:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը գտնում է, որ գոյություն ունի ուղիղ կախվածություն մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսի և կյանքի միջին տևողության միջև: Որպես կանոն, կյանքի միջին տևողությունը աճում է մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսի աճին համապատասխան, սակայն ինչ-որ պահից սկսած մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսի հետագա աճը կյանքի միջին տևողությունը սկսում է ավելացնել ավելի ու ավելի փոքր չափով: Այս միտումը տնտեսագիտության մեջ հայտնի է նվազող սահմանային օգտակարության օրենք անունով: Օրինակ, ըստ ԱՀԿ տվյալների՝ Ճապոնիայում մեկ շնչի հաշվով առողջապահական ծախսը կազմում է 4752\$, Գերմանիայում՝ 4683\$, Շվեյցարիայում՝ 8980\$, ԱՄՆ-ում՝ 8895\$, համապատասխանաբար կյանքի միջին տևողությունը կազմում է՝ Ճապոնիայում 84,6 տարի, Գերմանիայում՝ 81 տարի, Շվեյցարիայում՝ 82,8 տարի, ԱՄՆ-ում՝ 79,8 տարի: Ակնառու է, որ ԱՄՆ-ում շնչի հաշվով առողջապահական ծախսը 1,9 անգամ ավելի է, քան Ճապոնիայում, սակայն կյանքի միջին տևողությամբ ԱՄՆ-ն զիջում է Ճապոնիային մոտ 5%-ով [3,4]:

ՀՀ-ում հիվանդանոցների կողմից մատուցված առողջապահական ծառայությունների ծավալը 2011թ.-ին համեմատած 2007թ.-ի հետ աճել է 29,1%-ով: «Հիվանդանոցների» խմբի տեսակարար կշիռը 2011թ.-ին կազմել է ամբողջ ծառայությունների ծավալի 41,3%-ը: Ծախսերի ընդհանուր կառուցվածքում 2011թ. տնային տնտեսությունների կողմից կատարվող ուղղակի վճարումների ունեցած տեսակարար կշիռը նվազել է 14,4%-ով, որը պայմանավորված է եղել պետական հատվածի ֆինանսավորման ծավալների աճով:

Պետական հատվածի կողմից տրամադրված ֆինանսական միջոցները կազմել են ամբողջ ֆինանսավորման 48,3%-ը, իսկ աճի տեմպը նախորդ տարվա համեմատ՝ 3,2% (2011թ.-ին նախորդ տարվա համեմատ նվազել է՝ 17,4%-ով, 2010թ.՝ 16,8%-ով, 2009թ.՝ 7,2%-ով):

Պետական առողջապահական ծախսերի աճը հիմնականում տեղի է ունեցել հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային ծառայությունների ֆինասավորման ծավալների աճի հաշվին (աղ. 16):

Պետական առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում ավելացել են հիվանդանոցային ծառայությունների համար հատկացումները, որոնց տեսակարար կշիռը 2007թ. 38,7%-ից աճել և 2011թ.-ին կազմել է 42,5%:

Աղյուսակ 16

Պետական առողջապահական ծախսերի դինամիկան կախված առողջապահական ծառայությունների տեսակներից (2007-2011թթ.(մլդ դրամ)

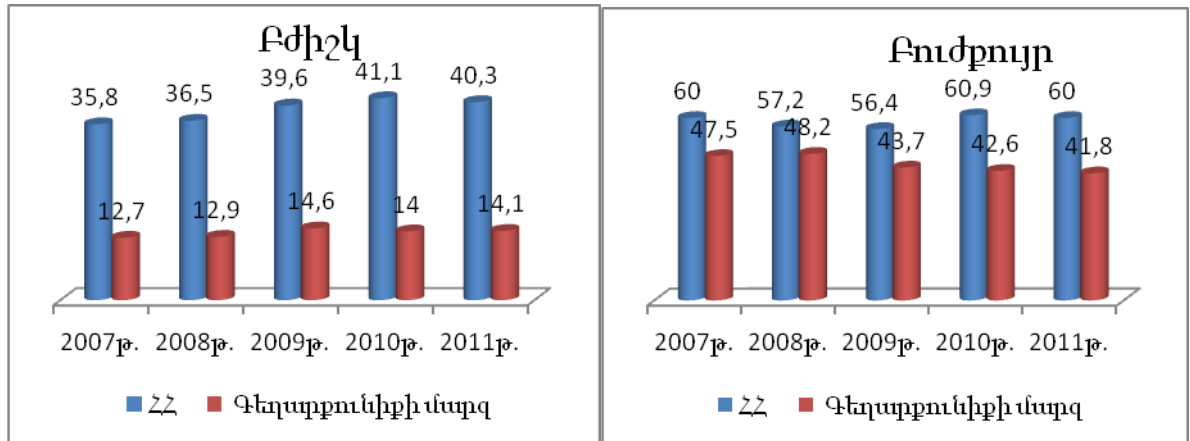
Ծախսի տեսակը	2007	2008	2009	2010	2011
Բժշկական ապրանք, սարք և սարքավորում	4,7	3,6	3,9	4,1	3,7
Արտահիվանդանոցային ծառայություն	18,6	20,4	20,2	22,5	23,8
Հիվանդանոցային ծառայություն	19,3	21,6	21,4	26,9	27,1
Հանրային առողջապահական ծառայություն	2,8	2,9	2,8	3,0	3,1

Արտահիվանդանոցային ծառայություններին կատարվող հատկացումների տեսակարար կշիռը 2007-2011թթ. ժամանակահատվածում շարունակաբար նվազել է: Այսպես, այն 2007թ.-ի 37,3%-ից 2011թ.-ին հասել է 35,6%-ի: Հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային ծառայությունների ֆինասավորման տեսակարար կշիռները պետական առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում նվազում են [3]:

Այսպիսով, Գեղարքունիքի մարզում առողջապահական առկա ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման լուրջ հիմնախնդիր կա: Այդ հիմնախնդիրը իր ազդեցությունն է ունեցել մարզի բնակչության բուժօգնության մատչելիության և որակի վրա:

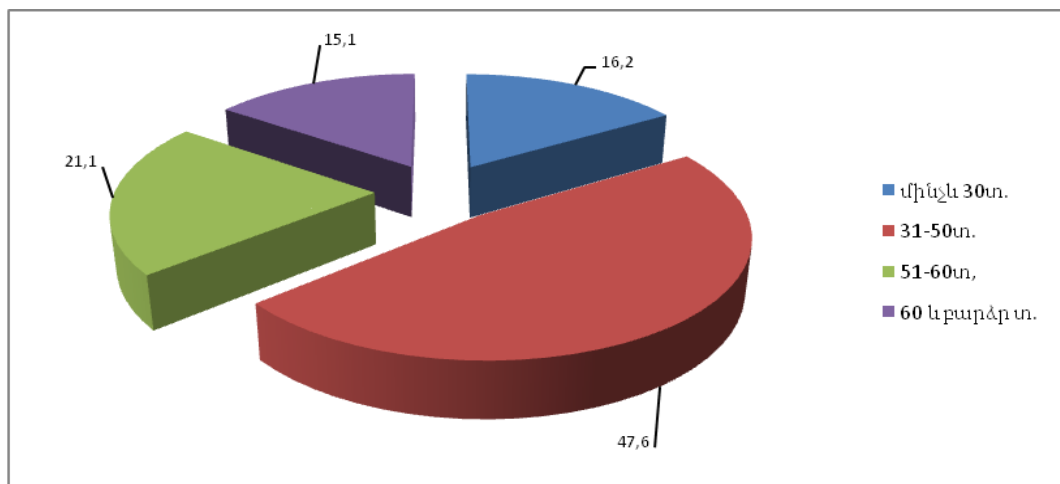
Առողջապահական կարևոր ռեսուրս է առողջապահական համակարգի բժշկական կադրերով ապահովվածության մակարդակը: Համակարգի զարգացման համար խիստ կարևորվում է ոչ միայն կադրերի քանակությունը, այլ նաև դրանց բաշխվածությունը և մասնագիտական որակավորման մակարդակը:

Բժշկական կադրերով ապահովվածության ցուցանիշի վերլուծության արդյունքում պարզվել է, որ մարզը կադրային առումով ունի խնդիրներ: Գեղարքունիքի մարզի բուժհաստատությունների կադրերով ապահովվածության ցուցանիշը համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ ուսումնասիրվող ժամանակահատվածի համար եղել է ցածր (գծ.18):



Գծապատկեր 18. Գեղարքունիքի մարզի բնակչության բժիշկներով և միջին բուժանձնակազմով ապահովվածության ցուցանիշի դինամիկան 2007-2011թթ. համար

Մարզում բժիշկ-բուժքույր հարաբերակցության ցուցանիշը կազմում է 1:2,5: Բժշկական կադրերի կառուցվածքը ոչ միատարր է: Բժիշկների 84,1%-ը կանայք են, իսկ 15,9%-ը՝ տղամարդիկ: Բժիշկների միջին տարիքը կազմում է 49,5±1,7 տարեկան, իսկ բուժքույրերինը՝ 39,2±1,6 տարեկան: Ըստ տարիքային խմբերի բժիշկները ունեցել են գծապատկեր 19-ում ներկայացված կառուցվածքը:



Գծապատկեր 19. Գեղարքունիքի մարզի բժիշկների բաշխումն ըստ տարիքային խմբերի (%)

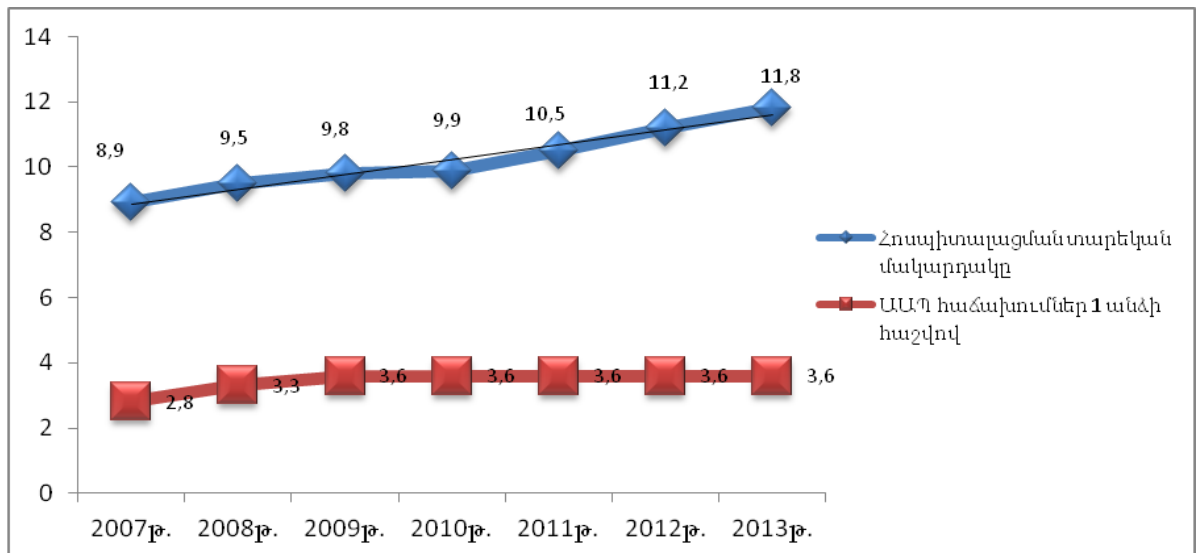
Բժիշկների 51,5%-ը և միջին բուժանձնակազմի 39,4%-ը ունեցել են 10 և ավելի տարվա աշխատանքային ստաժ, իսկ մինչև 5 տարի՝ 8,4%-ը, միջին բուժանձնակազմը՝ 12,9%-ը: Եթե մարզում տարիքային այսպիսի կազմը պահպանվի, ապա 2015-2020թթ. բուժհաստատությունների կադրային կազմը կարող է 25-30%-ով կրճատվել: Երիտասարդ կադրերի միջին տարեկան հոսքը կազմում է 12,0%: Որպեսզի պահպանվի մարզում կադրային կազմի կայունություն, անհրաժեշտ է իրականացնել ավելի գործնական միջոցառումներ: Մարզային առողջապահական համակարգում բացակայում է բժշկական կադրերի պահանջարկի երկարաժամկետ պլանավորման ծրագիր: Բժշկական կադրերի պահանջարկի գործող հաշվարկային մեթոդը հիմնված չէ բուժօգնության ծավալների և ձևերի վրա: Մենք առաջարկում ենք բժշկական կադրերով ապահովվածությունը գնահատելու համար հաշվարկել բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի պահանջարկն ըստ մասնագիտությունների և ոլորտների:

Ժամանակակից պայմաններում բուժաշխատողների մասնագիտական գործունեության ֆինանսական մոտիվացիան կարևոր դեր է խաղում բուժօգնության որակի և մատչելիության ապահովման հարցում: Այս խնդրի ճիշտ լուծման համար անհրաժեշտ է համակարգում ներդնել բուժանձնակազմի վարձատրման տարբերակված մոտեցում, որի համար որպես օբյեկտիվ ցուցանիշ անհրաժեշտ է կիրառել մատուցած ծառայությունների որակը գնահատող ցուցանիշներ:

Բուժօգնության որակի վրա ազդում է նաև մարզի բուժհաստատությունների բուժանձնակազմի մասնագիտական որակավորման մակարդակը: Այս գործընթացի որակական բնութագրիչը հանդիսանում է բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի ՇՄՁ-ն: Այսպես, շարունակական մասնագիտական զարգացման ծրագրի շրջանակներում կատարելագործվել են բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի 78,7%-ը:

Այսպիսով, Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական համակարգի ռեսուրսներով ապահովվածության ցուցանիշների վերլուծությունը հիմնավորում է մի շարք առանձնահատկությունների առկայություն, որոնք ազդում են բուժօգնության որակի և ծավալի վրա:

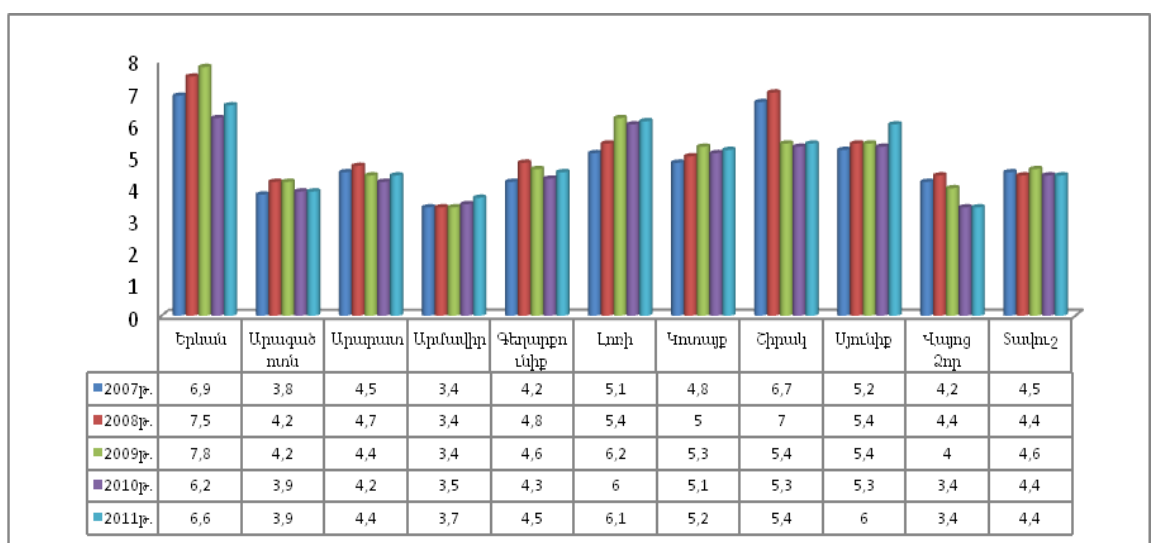
Գեղարքունիքի մարզում մեկ տարվա ընթացքում մեկ անձի հաշվով ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հաճախումների քանակը էական փոփոխության չի ենթարկվել, մինչդեռ հոսպիտալիզացիայի ցուցանիշը դինամիկայում արձանագրել է աճման միտումներ (զձ. 20):



Գծապատկեր 20. Գեղարքունիքի մարզի բնակչության հոսպիտալացման տարեկան մակարդակը և ԱԱՊ հաճախումները հաշվարկված 1 բնակչի հաշվով

Ներկայացված ցուցանիշները կարելի է մեկնաբանել որպես բնակչության համար արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բուժօգնության մատչելիությունը գնահատող ցուցանիշներ:

Հոսպիտալացման մակարդակը յուրաքանչյուր բնակչի համար տարվա ընթացքում առավել բարձր է եղել Երևանում, որին հետևում են Շիրակի և Լոռու մարզերը [3, 4]: Այս փաստը լիովին համապատասխանում է վերը նշվածին, որ հիվանդանոցները տեղաբաշխված են առավել Երևանում և երկու այլ մեծ քաղաքներում՝ Գյումրիում և Վանաձորում: Հարաբերականորեն ավելի բարձր են հոսպիտալացման մակարդակները նաև Կոտայքի և Սյունիքի մարզերում (գծ. 21):



Գծապատկեր 21. ՀՀ բնակչության հոսպիտալացման մակարդակի համեմատական բնութագիրը ըստ մարզերի (100 բնակչի հաշվով)

Երևանում մեկ բնակչին ընկնող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հաճախումների քանակի նվազումը կարող է բացատրվել այստեղ ամբուլատոր օգնություն ստանալու համար մասնավոր բժշկական կենտրոններ դիմողների թվաքանակի աճով: Երևանում մասնավոր բուժհաստատությունների դիմումների քանակը կազմում է ամբուլատոր այցերի 30%-ը: Հետևաբար, հաշվի առնելով, որ Երևանում տարեցտարի աճում են մասնավոր բուժհաստատություններ դիմողների քանակը, կարելի է փաստել, որ Երևանում 2010 և 2011թթ. ընթացքում պետական բուժհաստատություններ ամբուլատոր այցերի նվազման հարցում առկա է նաև նշված գործոնը:

Գեղարքունիքի մարզի բնակչության հիվանդանոցային բուժօգնության կազմակերպման մի շարք ցուցանիշների վերլուծությունը փաստում է, որ դինամիկայում գրանցվել է հիվանդանոցային բուժօգնության բեռի ավելացում (աղ. 17):

Աղյուսակ 17

Գեղարքունիքի մարզի բնակչության հիվանդանոցային
բուժօգնության ցուցանիշների դինամիկան

	100 բնակչի հաշվով ընդունվել են հիվանդներ			Մահճակալի տարեկան միջին զբաղվածություն			Բուժման միջին տևողություն		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
ՀՀ	9,9	10,6	12,4	223	225	236	8,3	7,9	7,7
Գեղարքունիքի մարզ	4,5	4,8	4,9	271	269	279	19,8	18,6	18,3

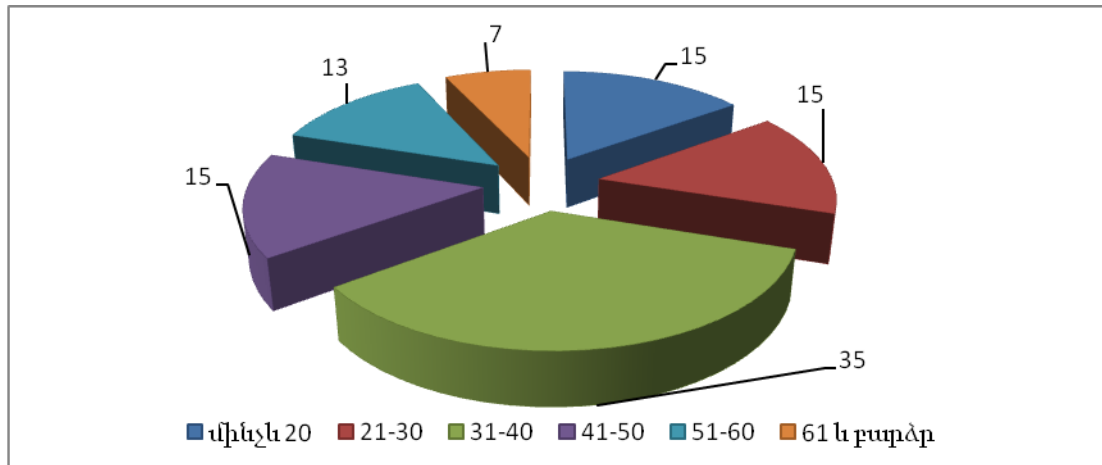
3.3 Բուժօգնության որակի եվ մատչելիության գնահատումն ըստ սոցիոլոգիական հարցման տվյալների

Հետազոտության նպատակն է եղել սոցիոլոգիական հարցման հիման վրա ուսումնասիրել Գեղարքունիքի մարզի բնակչության կարծիքը մարզի բուժհաստատություններում մատուցվող ծառայությունների որակի և մատչելիության վերաբերյալ: Սոցիոլոգիական հարցման հիմնական խնդիրներն են եղել.

1. բուժօգնության ցուցաբերման կարգի առկա նորմատիվային-իրավական բազայի վերլուծություն,
2. պացիենտների գիտելիքների մակարդակի գնահատում առողջության պահպանման ծրագրի վերաբերյալ,

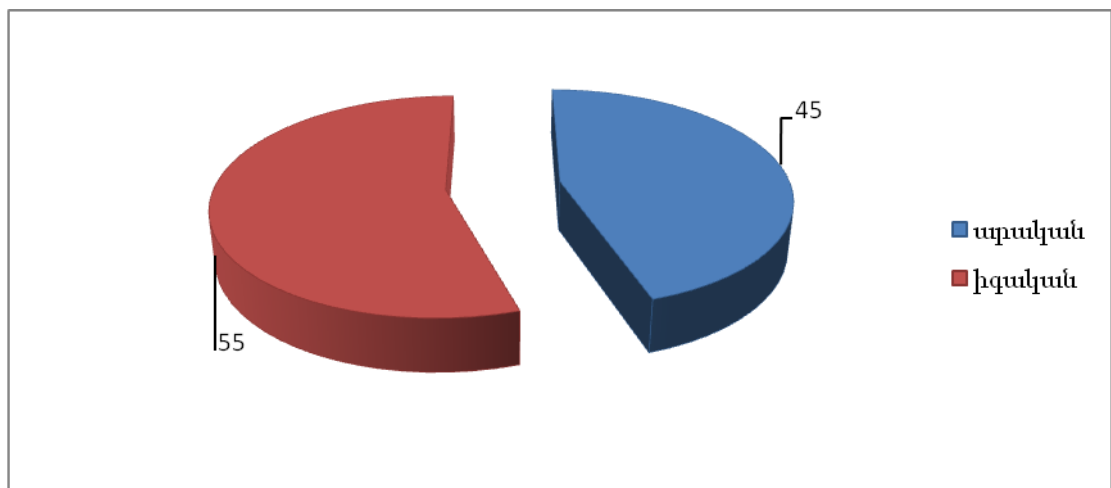
3. ցուցաբերվող բուժօգնության դեֆեկտների հիմնական պատճառների վերլուծություն:

Հարցմանը մասնակցել են ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և ստացիոնար բուժօգնություններ դիմած պացիենտներ: Պացիենտների միջին տարիքը կազմել է $39,5 \pm 2,5$ տարեկան: Տարիքային խմբերն ունեցել են գծապատկեր 22-ում ներկայացված բաշխվածությունը:



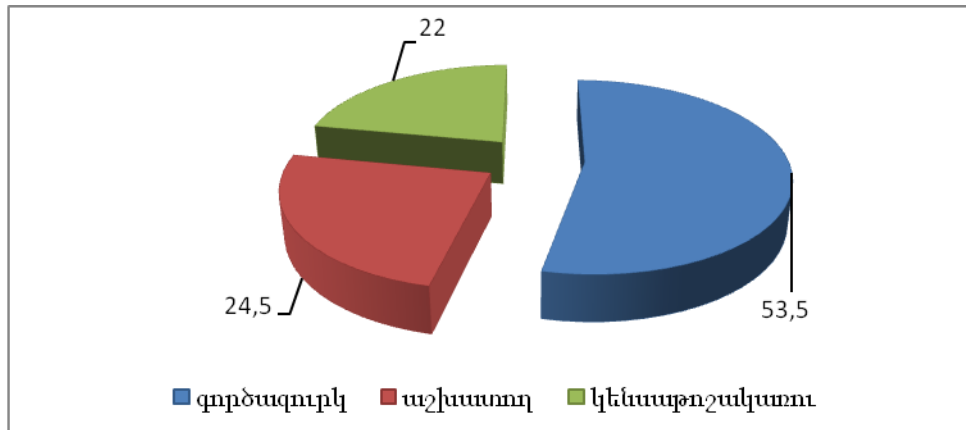
Գծապատկեր 22. Պացիենտների բաշխումը ըստ տարիքային խմբերի

Հարցմանը մասնակցածների մեծ մասը եղել են քաղաքացիներ (80, 0%): Հարցվածների 22,0%-ն ունեցել է բարձրագույն կրթություն, 7,0%-ը՝ ոչ լրիվ բարձրագույն: Հարցմանը մասնակցած պացիենտների գերակշիռ մասը եղել են իգական սեռի (գծ.23):



Գծապատկեր 23. Հարցմանը մասնակցած պացիենտների բաշխումն ըստ սեռի

Ըստ սոցիալական կարգավիճակի հարցվածների գերակշիռ մասը եղել են գործազուրկ 53, 5% (զծ. 24):



Գծապատկեր 24. Սոցիոլոգիական հարցմանը մասնակցած պացիենտների բաշխումն ըստ սոցիալական խմբերի (%)

Ըստ հետազոտության տվյալների, մեկ տարվա ընթացքում պացիենտների 59,0%-ը բուժհաստատություն դիմել է մեկ անգամ, 12,0%-ը՝ երկու, իսկ 29,0%-ը՝ երեք և ավելի անգամ:

Բուժօգնության որակի ապահովման կարևոր ցուցանիշներից է բնակչության բժշկական ակտիվության մակարդակը: Այս հիմնախնդրի վերլուծության ժամանակ խիստ կարևորվում է առողջական վիճակի ինքնագնահատման մակարդակը:

Այսպես, հարցմանը մասնակցած ռեսպոնդենտների 45,5%-ն իր առողջական վիճակը գնահատել է բավարար, 40,1%-ը՝ լավ, իսկ 14,4%-ը՝ անբավարար: Անհրաժեշտ է նշել, որ հարցվածների 56,6%-ն եղել է բավարարված բուժօգնության որակից, 23,7%-ը բուժօգնության որակը գնահատել է ցածր, իսկ 19,7%-ն այդ հարցի վերաբերյալ չեն հայտնել իրենց կարծիքը:

Այն հարցին, թե ի՞նչն է նպաստում բուժօգնության որակի ապահովմանը, $47,9 \pm 2,7\%$ ($t=2,7$; $P<0,01$) գտնում է, որ որակի ապահովման գրավականը բուժհաստատությունների նյութատեխնիկական հագեցվածության բարձրացումն է, $41,8 \pm 2,8\%$ ($t=3,2$; $P<0,01$)՝ անհրաժեշտ է ներդնել բուժաշխատողների վարձատրման նոր մեխանիզմներ, ինչպես նաև նյութական մոտիվացիայի էլեմենտներ: Կարևոր է այն փաստը, որ հարցվածների $10,3 \pm 1,8\%$ -ն ($t=3,9$, $P<0,001$) առաջարկում է բուժհաստատություններում ներդնել բուժանձնակազմի ֆունկցիաների ռացիոնալ բաշխման մոտեցումներ: Սակայն

հարցմանը մասնակցածների 9,5%-ն է կորցրել իր վստահությունը բուժանձնակազմի նկատմամբ:

Հարցմանը մասնակցած ռեսպոնդենտները համաձայն են այն մտքի հետ, որ բուժօգնության որակի վրա ազդում է միջին բուժանձնակազմի պատրաստվածության աստիճանը կատարելու բժշկի նշանակումները: Ընդ որում, 73, $5 \pm 2,5\%$ -ը գտնում է, որ միջին բուժանձնակազմը կատարում է բժշկի նշանակումները, սակայն 26, $5 \pm 2,5\%$ -ը՝ համաձայն չէ այդ մտքի հետ ($t=2,9$, $P<0,01$):

Ըստ հետազոտության տվյալների, պացիենտների իրական գիտելիքների մակարդակի և սոցիալական նկարագրի միջև առկա է հավաստի հակադարձ համեմատական պատճառահետևանքային կապ ($r=-0,8$, $P<0,01$): Մեր կողմից հիմնավորվել է, որ կրթական մակարդակը ազդում է բուժօգնության որակից պացիենտների բավարարվածության մակարդակի վրա ($r=-0,8$, $P<0,01$): Պացիենտներ, որոնք ունեն միջին, միջին մասնագիտական կրթություն գործնականում իրազեկված չեն եղել որպես պացիենտ իրենց իրավունքների վերաբերյալ և չեն ներկայացրել որևէ դժգոհություն բուժօգնության որակի մակարդակից: Բարձրագույն կրթությամբ անձինք ավելի հաճախ բավարարված չեն բուժօգնության որակից և 55,0% -ը նշել են, որ կյանքում գոնե մեկ անգամ ունեցել են անհամապատասխան բուժօգնության որակի դեպք:

Ըստ հարցմանը մասնակցածների կարծիքի, անհամապատասխան որակի բուժօգնության ցուցաբերման հիմնական պատճառը բժշկի անուշադիր վերաբերմունքն է ($69,9 \pm 3,9\%$), բուժհաստատության ցածր նյութատեխնիկական ապահովվածության մակարդակը ($85,7 \pm 4,2\%$), բժիշկների մասնագիտական ցածր որակավորման մակարդակը ($55,0 \pm 2,2\%$), միջին բուժանձնակազմի ոչ հոգատար վերաբերմունքը ($40,0 \pm 3,2\%$), բուժհաստատության անհամապատասխան սանիտարահամաճարակային պայմանները ($37,5 \pm 2,3\%$) (աղ.18):

Ըստ հետազոտության տվյալների, դեֆեկտների առաջացման հիմնական պատճառը պայմանավորված է կառավարելի գործոններով: Այդ գործոնների ազդեցությունից կարելի է զերծ մնալ, եթե համակարգում ներդրվի բուժօգնության որակը գնահատող գործիքներ և միջոցառումներ:

Աղյուսակ 18

Բուժօգնության որակի անհամապատասխանությունից պացիենտների կողմից ներկայացված հիմնավորումների կառուցվածքը

Պատճառը	Կարգ	P±m
Բժիշկների անուշադիր վերաբերմունք	1	69,9±3,9
Հիվանդանոցի նյութատեխնիկական ապահովվածության մակարդակը	2	85,7±4,2
Բժիշկների որակավորման ցածր մակարդակը	3	55,0±2,2
Ոչ արդյունավետ բուժում	4	44,1±3,5
Միջին բուժանձնակազմի անուշադիր վերաբերմունք	5	40,0±3,2
Անբավարար սանիտարահակահամաճարակային պայմանները	6	37,5±2,3

Դեֆեկտների կառուցվածքի վերլուծությունից պարզվել է, որ բուժօգնության որակից պացիենտների դժգոհության պատճառների մեջ գերակշռում են պատճառներ, որոնք պայմանավորված են բուժօգնության ոչ ժամանակին ցուցաբերման, ինչպես նաև ախտորոշման ուշացման փաստի հետ: Անհամապատասխան բուժօգնության ցուցաբերման փաստի արձանագրության դեպքում, պացիենտների 17,5%-ն իր իրավունքների պաշտպանության համար առաջին հերթին կոհիմեր բուժհաստատության ղեկավարությանը (աղ. 19):

Աղյուսակ 19

Անհամապատասխան որակի բուժօգնության ցուցաբերման ժամանակ կոնֆլիկտային իրավիճակի լուծման ուղիների կառուցվածքը

Կոնֆլիկտի լուծման ուղի	Կարգ	P±m
Դիմել բուժհաստատության ղեկավարին	1	17,5±2,5
Դիմել պատկան մարմիններին	2	15,2±2,3
Դիմել մարզի առողջապահական մարմիններին	3	9,7±1,9
Դիմել բուժհաստատության բաժանմունքի վարիչին	4	9,2±1,7

Հարցմանը մասնակցած 40,5% ռեսպոնդենտները չեն գտնում նպատակահարմար դիմել որևէ օղակի կոնֆլիկտային իրավիճակի լուծման նպատակով, քանի որ նորմատիվային-իրավական բազայում առկա են լուրջ բացեր (աղ.20):

Աղյուսակ 20

Կոնֆլիկտային իրավիճակի լուծման ցանկության բացակայության պատճառների կառուցվածքը

Պատճառներ	P±m
Լրացուցիչ ֆինանսական ծախսեր	55,9±4,2
Բացեր, որոնք առկա են նորմատիվային իրավական դաշտում	49,6±2,7

Մեր կողմից սոցիոլոգիական հարցման տվյալների հիման վրա ուսումնասիրվել է նաև Գեղարքունիքի մարզի առողջապահության առաջնային օղակում առողջության առաջնային պահպանման ծրագրի արդյունավետությունը: Գնահատվել է կանխարգելիչ միջոցառումների բժշկասոցիալական էֆեկտը: Սոցիալական էֆեկտի գնահատման համար մեր կողմից կիրառվել է ինչպես հիվանդացության ցուցանիշի դինամիկ փոփոխությունը, այնպես էլ բնակչության կանխարգելիչ ծառայությունների պահանջարկի և բավարարվածության վերլուծության արդյունքները:

Բժշկական էֆեկտի գնահատման համար ձևավորել ենք վերջնական արդյունքի մոդելը, որն իր մեջ ներառում է ցուցանիշներ, որոնք բնութագրում են գործունեության և իրականացման գնահատում: Հաշվարկվել է արդյունքի հասնելու գործակիցը:

Դիսպանսեր աշխատանքի արդյունավետության գնահատման համար կիրառել ենք գործողությունները և արդյունքները գնահատող ցուցանիշներ: Գործողությունների ցուցանիշներ են հանդիսացել՝

- նպատակային հետազոտության փաստի առկայությունը,
- ռիսկի գործոնների ինտենսիվության և քանակի նվազման միտումները,
- կանխարգելիչ առողջացուցիչ միջոցառումների ծրագրի մեջ ընդգրկվածների քանակի ավելացումը,
- առողջացուցիչ միջոցառումների իրականացման ծավալների ընդլայնումը:

Արդյունքային ցուցանիշներ են հանդիսացել՝

- հոսպիտալիզացիայի մակարդակի իջեցումը,

- բարդությունների տեսակարար կշռի նվազեցումը,
- լրիվ ռեմիսիայով հիվանդների տեսակարար կշռի ավելացումը:

Ըստ հետազոտության տվյալների առավել հաճախ հանդիպող ռիսկի գործոններ են հանդիսացել.

- ցածր ֆիզիկական ակտիվությունը (67,0%),
- նյարդա-հոգեկան լարվածությունը (67,9%),
- քաշի ավելցուկը (38,0%),
- վնասակար սովորույթների առկայությունը (32,4%),
- ոչ ռացիոնալ սննդակարգը (29,4%):

Ավանդական կանխարգելիչ աշխատանքների իրականացման արդյունավետության գնահատումը պարզել է, որ այն ունի բազմաթիվ հիմնախնդիրներ: Առաջարկվել է կիրառել սոցիալական նշանակություն ունեցող հիվանդությունների կանխարգելման ստանդարտի մշակման մեթոդը: Այդ մեթոդը ավելի շատ ունի հասցեական նշանակություն: Ստանդարտն իր մեջ պետք է ներառի հիվանդության կողը, բնակչի տվյալները, կանխարգելիչ միջոցառումների պլանը և սպասվելիք արդյունքները գնահատող մոնիթորինգի ցուցանիշները:

Կանխարգելիչ գործունեությունը դինամիկայում գնահատվել է հետևյալ ցուցանիշների օգնությամբ՝

1. բնակչության առողջության ցուցանիշներ,
2. վարքագծային ռիսկի գործոնները գնահատող ցուցանիշներ,
3. կանխարգելիչ միջոցառումների ծավալները գնահատող ցուցանիշներ,
4. կանխարգելիչ միջոցառումների ժամանակակից տեխնոլոգիաների ներդրման արդյունավետությունը գնահատող ցուցանիշներ:

Արդյունքները գնահատվել են համեմատելով ելակետային ցուցանիշների հետ՝ հիվանդացության մակարդակի նվազում, ռիսկի գործոններ ունեցող անձանց տեսակարար կշռի նվազում: Կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունավետության գնահատման համար հաշվարկվել է ստացված արդյունքների գործակիցը, որի հիման վրա ձևավորվել է վերջնական արդյունքի մոդել:

Այսպես, հիվանդացության մակարդակը 2007թ.-ին կազմել է 1233,8‰, իսկ 2011թ.-ին՝ 967,2‰: Բուն հիվանդացության միջին տարեկան ցուցանիշը կազմել է 483,5‰: Ստացված ցուցանիշը հնարավորություն է տալիս մշակել ոչ միայն կանխարգելիչ միջոցառումների հիմնական ուղղությունները, այլ նաև մեխանիզմները: Առավել տարածված ռիսկի գործոններ են հանդիսացել վարքագծային (հիպոդինամիա, ծխախոտամոլություն, ոչ ռացիոնալ սննդակարգ) գործոնները:

Կանխարգելման սոցիալական էֆեկտի գնահատումը ցույց է տվել, որ հասցեական առողջացուցիչ-կանխարգելիչ միջոցառումներ կիրառելով հիվանդությունների կանխարգելման ստանդարտների կիրառումը կարող է ապահովել ընդհանուր հիվանդացության մակարդակի նվազեցում:

Մեր կողմից վերլուծության է ենթարկվել 2007-2011թթ.-ի ժամանակահատվածի համար դիսպանսեր հսկողության արդյունավետությունը: Այսպես, մարզի հարցմանը մասնակցած բնակչության 10,5%-ն եղել է գործնական առողջ, իսկ 30,5%-ի մոտ գրանցվել է որևէ ռիսկի գործոնի առկայություն: Հարցմանը մասնակցած 39,8%-ը նշել է, որ կարիք են ունեցել լրացուցիչ հետազոտությունների կամ բուժման, իսկ 28,6%-ը՝ ստացիոնար բուժման:

Գեղարքունիքի մարզի բնակչության կյանքում առաջին անգամ արձանագրված հիվանդացության ցուցանիշը տատանվել է 28,9-48,6%-ի սահմաններում: Հայտնաբերված հիվանդությունների կառուցվածքում առաջին տեղում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններն են (30,0%): Այս հիվանդությունների դասում առաջին տեղում սրտի իշեմիկ (17,6%) և հիպերտոնիկ հիվանդություններն են (16,2%), երկրորդում՝ աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդությունները (20,0%): Հիվանդությունների այս դասում միոպիայի տեսակարար կշիռը կազմել է 22,7%, կատարակտան՝ 3,1%, գլաուկոման՝ 1,4%: Բուն հիվանդացության ցուցանիշի կառուցվածքում երրորդ տեղում ոսկրամկանային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններն են (14,3%):

Դիսպանսեր հսկողության վերցված պացիենտների 52,3%-ը եղել են արյան շրջանառության համակարգի, 17,2%-ը՝ ներզատական, 7,6%-ը՝ աչքի և հավելյալ ապարատի, 7,9%-ը՝ մարսողական համակարգի հիվանդներ:

Այսպիսով, Գեղարքունիքի մարզում ՊՆԾ-ն առաջնային օղակում արդյունավետ ներդնելու համար անհրաժեշտ է.

1. Իրավական-նորմատիվային բազայի կատարելագործում, որը կապահովի պլանավորված միջոցառումների իրականացում:
2. Բուժօգնության կոնկրետ տեսակի համար պահանջարկի մշակման և հաստատման կարգի որոշում:
3. Այն կիրառելու կարգի մշակում:

Անհրաժեշտություն է առաջանում մշակել բուժքույրական գործի որակի գնահատման և հսկողության կազմակերպչական-ֆունկցիոնալ մոդել: Այդ մոդելի ներդրման համար անհրաժեշտ է.

- ✓ Առաջին փուլում ձևակերպել հսկողության սուբյեկտների պատասխանատվությունը և մշակել բուժքույրական ծառայությունների ստանդարտ պահանջարկներ: Առաջին փուլի իրականացման համար կարևորվում է բուժքույրերի գործը կանոնակարգող փաստաթղթերի ներդրումը:
- ✓ Երկրորդ փուլում անհրաժեշտ է հստակեցնել հսկվող գործողությունների ծավալը և հիմնական ուղղությունները:
- ✓ Երրորդ փուլում կարևորվում է հստակեցնել նշանակություն ունեցող այն գործոնները, որոնք ազդում են բուժքույրական գործի վերջնական արդյունքի վրա:
- ✓ Չորրորդ փուլում անհրաժեշտ է մշակել և ներդնել բուժքույրական գործունեությունը գնահատող մոնիթորինգի ցուցանիշներ:

Այդ ցուցանիշների մշակման և ներդրման համար կարևորվում է պահպանել հետևյալ պահանջները.

- I. Ցուցանիշները պետք է հնարավորություն ունենան գնահատելու քույրական գործի բժշկասոցիալական էֆեկտը և տնտեսական արդյունավետությունը:
 - II. Ցուցանիշները պետք է ունենան քանակական արտահայտություն:
 - III. Ցուցանիշները պետք է ստացվեն բուժհաստատություններում գոյություն ունեցող հաշվառման բժշկական փաստաթղթերում առկա տվյալներից:
- ✓ Հինգերորդ փուլում կարևորվում է մշակել և ներդնել բուժքույրական գործի որակի հսկողության և գնահատման մոդել:

- ✓ Վեցերորդ փուլում անհրաժեշտ է ներդնել բուժքույրի անհատական գործունեության որակի հսկողության և գնահատման մեթոդ, որը պետք է ունենա գործնական նշանակություն:

Յուրաքանչյուր բուժքրոջ աշխատանքի արդյունքների մոնիթորինգը և գնահատումը պետք է իրականացնի ավագ բուժքույրը: Առաջարկվում է գնահատման հետևյալ ալգորիթմը.

Գործողությունների գնահատման ալգորիթմ

- ճիշտ կատարում՝ 10 բալ,
- աննշան թերություններով կատարում՝ 7 բալ,
- նշանակալի թերություններով կատարում՝ 4 բալ,
- ոչ ճիշտ կատարում՝ 1 բալ
- չի կատարում՝ 0 բալ:

Որակի ինտեգրալ ցուցանիշը հաշվարկվել է հետևյալ բանաձևով.

$$Q = \left(\frac{\sum P}{\sum F} \right) * 100, \text{ որտեղ՝}$$

$\sum P$ -ն բարձր գնահատված բալերի գումարն է,

$\sum F$ -ն ընդհանուր բալերի գումարը:

Այսպիսով, սոցիոլոգիական հարցման տվյալները վկայում են, որ Գեղարքունիքի մարզի բնակչությունն իրազեկված չէ իր բուժօգնություն ստանալու իրավունքների մասին: Հաստատված է, որ որքան բարձր է պացիենտի սոցիալական մակարդակը և իրավագիտակցության աստիճանը, այնքան ցածր է գնահատվել բուժօգնության որակից բավարարվածության մակարդակը:

3.4.Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության համալիր գնահատում

Մեր կողմից մարզային մակարդակում առողջապահական առկա ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության գնահատման ժամանակ հաշվի են առնվել Գեղարքունիքի մարզի առողջապահության ոլորտի առանձնահատկությունները: Ընդհանրապես, առողջապահական համակարգում ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության գնահատման ժամանակ գերակա է համարվում սոցիալական էֆեկտը: Դա է պատճառը, որ ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման գնահատման

ժամանակ հաշվարկվում է ոչ միայն տնտեսական արդյունավետությունը, այլ նաև բժշկական և սոցիալական էֆեկտները [30, 47, 48, 75]:

Այսպիսի մոտեցման ժամանակ անհրաժեշտ է ընտրել և գնահատվել ցուցանիշների փոխհարաբերությունը ըստ երեք չափանիշների.

- ✓ անվճար բուժօգնության մատչելիություն,
- ✓ ռեսուրսներով ապահովվածության մակարդակ (ֆինանսական, կադրային, նյութատեխնիկական),
- ✓ բուժօգնության որակ (բնակչության առողջության ցուցանիշների միտումներ):

Գեղարքունիքի մարզի բնակչությանը ցուցաբերվող անվճար բուժօգնության համար օգտագործված ռեսուրսների արդյունավետության գնահատման համար օգտագործված չափանիշները և ցուցանիշները ընտրվել է ըստ Ֆլեկի մշակած մեթոդաբանության [42, 120]:

Բուժօգնության մատչելիությունը հանդիսանում է անվճար բուժօգնության ցուցաբերման ժամանակ ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության աուդիտի կարևոր չափանիշներից մեկը [39]: Մեր կողմից գնահատվել է Գեղարքունիքի մարզի բնակչության բուժօգնության մատչելիությունը անվճար բուժօգնության նպատակային ծրագրի կատարման շրջանակներում:

Բուժօգնության մատչելիության բնութագրման հիմնական ցուցանիշը հանդիսանում է բուժօգնության նորմատիվային ծավալների կատարումը [81]: Մեր կողմից 2007-2011թթ. ժամանակահատվածի համար կատարվել է ցուցաբերվող բուժօգնության ծավալի փաստացի կատարողականի համադրում միջին հանրապետական ցուցանիշների հետ: Արդյունքում հայտնաբերվել է որոշակի ծավալների բուժօգնության տեսակների անհամապատասխանություն (աղ. 21):

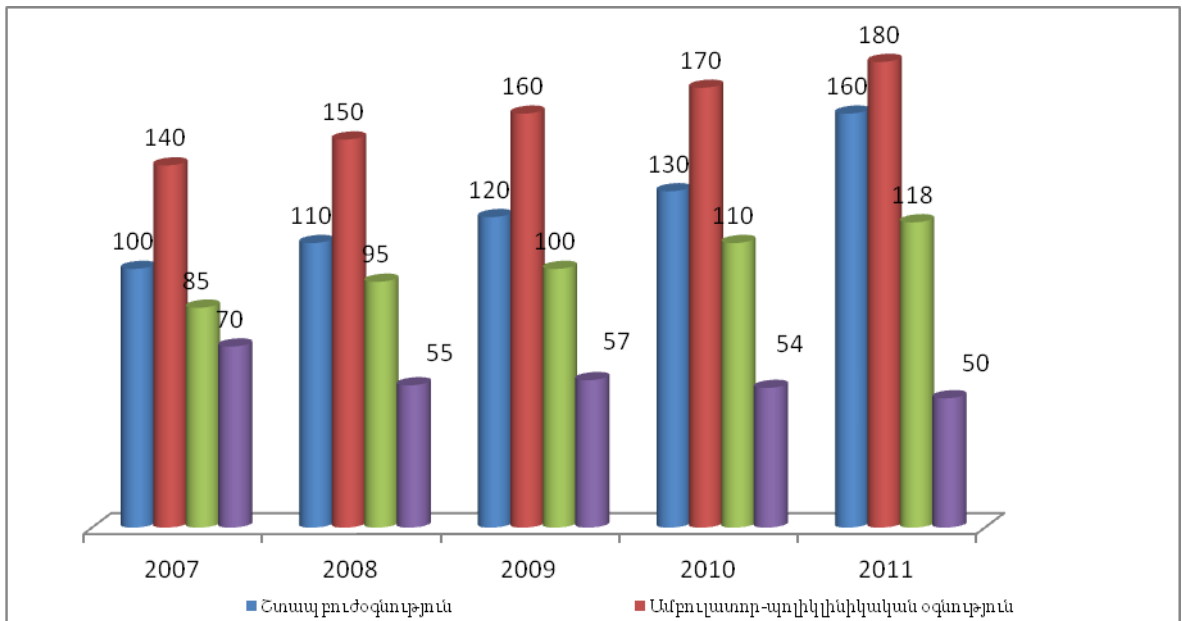
Անհրաժեշտ է նշել, որ վերլուծության ենթարկվող ժամանակահատվածում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օգնության ծավալները եղել են ցածր: Մեկ բնակչին ընկնող հաճախումների թիվը 2011թ.-ին համեմատած 2007-ի հետ նվազել է, որը ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայության մատչելիությունը գնահատվում է ցածր: Մյուս կողմից, շտապ բուժօգնության ծավալները համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ ունեցել է ավելացման միտումներ:

Առողջապահական ՊՆԾ-ի շրջանակներում բուժօգնության ծավալների
կատարողականի վերլուծություն 2007-2011թթ. Ժամանակահատվածի համար

Բուժօգնության տեսակ	Չափման միավոր	Միջին հանրապետական ցուցանիշ	Ժամանակահատված				
			2007թ.	2008թ.	2009թ.	2010թ.	2011թ.
Շտապ օգնություն	կանչ	0,4	0,2	0,3	0,4	0,9	1,0
Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օգնություն	այցելություն	4,0	4,3	3,3	3,6	3,6	3,6
Հիվանդանոցային օգնություն	մահճակալ-օր	2,5	4,1	4,1	4,1	4,6	4,9
Ցերեկային ստացիոնար	պացիենտ-օր	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1

Գեղարքունիքի մարզի բուժհաստատություններում ցերեկային ստացիոնար բուժօգնության ծավալները միտում են ունեցել նվազելու: Դրան հակառակ, ստացիոնար բուժօգնության ծավալները դինամիկայում գրանցել են աճի միտումներ: Ըստ բուժօգնության տեսակների ծավալների դինամիկայի վերլուծությունը հիմք է հանդիսանում գալ այն եզրահանգման, որ Գեղարքունիքի մարզում առողջապահական համակարգի կառուցվածքային բարեփոխումների հիմնական ուղղությունները եղել են անարդյունավետ (զծ.25):

Այսպես, եթե բուժօգնության տարբեր տեսակների ծավալները բալանսավորված չեն, ապա այն բերում է ստացիոնար բուժօգնության ծավալների ավելացման, որն էլ իր հերթին՝ անվճար բուժօգնության մատչելիության նվազեցման: Եթե առկա է առողջապահական ՊՆԾ-ի ֆինանսավորման դեֆիցիտ, ավելի է դժվարանում և ոչ իրատեսական դառնում տարածքային առողջապահական համակարգի վերակառուցմանն ուղղված ծրագրերի ներդրումը: Այն իր վերջնական արդյունքում ազդում է բուժօգնության առանձին տեսակների ռեսուրսներով ապահովվածության մակարդակի վրա:



Գծապատկեր 25. Առողջապահական ՊՆԾ-ի շրջանակներում բուժօգնության ծավալների կատարողականի դինամիկան

ՊՆԾ-ի արդյունավետության գնահատման համար ընդունելի է կիրառել փորձագիտական գնահատման մեթոդը: Փորձագիտական գնահատման մեթոդը պահանջում է, որ չափանիշների և ցուցանիշների ընտրության ժամանակ հիմք ընդունել ոչ միայն բուժօգնության ծավալը, այլ նաև տեսակը:

Փորձագիտական գնահատման ժամանակ առաջին փուլում մենք գնահատել ենք ըստ մեթոդի ընտրված ցուցանիշները: Գնահատման համար որպես ստանդարտ ընդունվել է ցուցանիշի նորման: Առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետության վերլուծությունը կատարվել է ըստ հետևյալ ցուցանիշների.

1. Մարզի առողջապահական ՊՆԾ-ի ֆինանսական ապահովում

- ✓ 1 բնակչի հաշվով պետական ֆինանսավորման չափաբաժինը
- ✓ համապատասխան բուժօգնության տեսակի միավոր ծավալի փաստացի ծախսը
- ✓ բուժօգնության համապատասխան ծավալի և տեսակի համար ՊՆԾ-ի օգտագործման մակարդակը (%)

2. Բուժօգնության տեսակների ծավալը

- ✓ Շտապ բուժօգնություն՝ արտահայտված կանչերով, հաշվարկված մեկ բնակչի համար
- ✓ Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օգնություն՝ արտահայտված հաճախումների թվով հաշվարկված մեկ բնակչի հաշվով

- ✓ Ստացիոնար օգնություն՝ արտահայտված մահճակալ-օրով, հաշվարկված մեկ բնակչի հաշվով
- ✓ Ցերեկային ստացիոնար բուժօգնություն՝ արտահայտված պացիենտ-օր, հաշվարկված մեկ բնակչի հաշվով:

Փորձագիտական գնահատման հաջորդ փուլում մենք իրականացրել ենք Գեղարքունիքի մարզում առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակի համալիր գնահատում: Առաջարկվել է ըստ ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակի, միավորների բաշխման սանդղակ ըստ Վ.Օ. Ֆլեկի (աղ.22):

Աղյուսակ 22

Միավորների բաշխման Վ.Օ. Ֆլեկի սանդղակը կախված առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակից

Առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակի գնահատում	Ցուցանիշի գնահատում	
	միջին և բարձր գնահատված ցուցանիշների %-ը	միայն բարձր գնահատված ցուցանիշների %-ը
Բարձր (օպտիմալ)	71-100	46 և բարձր
Միջինից բարձր	51-70	36-45
Միջինից ցածր	41-50	31-35
Ցածր	40-ից ցածր	30-ից ցածր

Գեղարքունիքի մարզում 2007թ.-ին առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակի համալիր գնահատման արդյունքները ներկայացված են աղյուսակ 23-ում:

Ըստ փորձագիտական գնահատման արդյունքների, բարձր և միջին գնահատական ստացած ցուցանիշների տեսակարար կշիռը մարզում կազմել է 28,6%, որը ըստ բաշխման սանդղակի մեզ թույլ է տվել մարզում առողջապահական ՊՆԾ-ի կատարողականը գնահատել որպես ցածր մակարդակ: Ըստ փորձագետների ցուցանիշների 86,0%-ը գնահատման սանդղակով ունեցել են ցածր մակարդակ, իսկ բարձր մակարդակ գնահատվել է միայն մեկ բնակչին ընկնող շտապ օգնության կանչերի թիվը:

2008թ.-ին Գեղարքունիքի մարզում առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետությունը գնահատող մեծաթիվ ցուցանիշներ փորձագետների կողմից գնահատվել են

միջին, իսկ բարձր գնահատական ստացել է միայն շտապ օգնության կանչեր և մեկ բնակչին ընկնող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական այցելություններ ցուցանիշները:

Աղյուսակ 23

Գեղարքունիքի մարզում առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակի համալիր փորձագիտական գնահատման արդյունքները

ըստ Վ. Օ. Ֆլեկի մեթոդի (2007թ.)

Ցուցանիշը հաշվարկված մեկ բնակչի հաշվով	Ցուցանիշի հաշվարկային մակարդակը	Ցուցանիշի մակարդակը 2007թ.-ին	Ցուցանիշի փորձագիտական գնահատում
Շտապ բուժօգնության կանչերի թիվը	0,3	0,2	1
Ամբուլատոր այցելությունների թիվը	4,5	3,6	2
Ստացիոնարում մահճակալ-օրերի թիվը	3,0	5	3
Ցերեկային ստացիոնարում պացիենտ-օրերի թիվը	0,7	0,91	3
ՊՆԾ-ի ապահովվածություն	10,4	15,2	3
Բուժման միջին տևողություն	12,9	14,1	3
ՊՆԾ դեֆիցիտ (%)	0	17,3	3

1- ցուցանիշի բարձր մակարդակ, 2- ցուցանիշի միջին մակարդակ, 3-ցուցանիշի ցածր մակարդակ

Բարձր և միջին գնահատված ցուցանիշների տեսակարար կշիռը կազմել է 42,9%, որը ըստ բաշխման սանդղակի թույլ է տալիս մարզի ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակը գնահատել միջինից ցածր (աղ. 24):

Աղյուսակ 24

Գեղարքունիքի մարզում առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակի համալիր փորձագիտական գնահատման արդյունքները

ըստ Վ. Օ. Ֆլեկի մեթոդի (2008թ.)

Ցուցանիշը հաշվարկված մեկ բնակչի հաշվով	Ցուցանիշի հաշվարկային մակարդակը	Ցուցանիշի մակարդակը 2008թ.-ին	Ցուցանիշի փորձագիտական գնահատում
Շտապ բուժօգնության կանչերի թիվը	0,3	0,19	1
Ամբուլատոր այցելությունների թիվը	4,5	3,2	1
Ստացիոնարում մահճակալ-օրերի թիվը	3,0	4,7	3
Ցերեկային ստացիոնարում պացիենտ-օրերի թիվը	0,7	0,9	3
ՊՆԾ-ի ապահովվածություն	10,4	14,9	3
Բուժման միջին տևողություն	12,9	14,0	3
ՊՆԾ դեֆիցիտ (%)		20,4	2

1-ցուցանիշի բարձր մակարդակ, 2- ցուցանիշի միջին մակարդակ, 3-ցուցանիշի ցածր մակարդակ

2009թ -ի առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետությունը գնահատող մեծ թվով ցուցանիշներ գնահատվել են միջին, բարձր գնահատվել է շտապ օգնության կանչերը և մեկ բնակչին ընկնող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական այցելությունների թիվը: Ցածր մակարդակի վրա են եղել մեկ բնակչին ընկնող մահճակալ-օրերի թիվը և բուժօգնության հիմնական տեսակների մեկ միավոր ծավալի գինը: Բարձր և միջին գնահատված ցուցանիշների տեսակարար կշիռը կազմել է 57,1%, որը ըստ բաշխման սանդղակի թույլ է տալիս մարզի առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակը գնահատել ցածր: Բարձր գնահատական ստացած ցուցանիշների տեսակարար կշիռը կազմել է 14,0%, որը առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակը թույլ է տալիս գնահատել միջինից բարձր (աղ. 25):

Աղյուսակ 25

Գեղարքունիքի մարզում առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակի համալիր փորձագիտական գնահատման արդյունքները
ըստ Վ. Օ. Ֆլեկի մեթոդի (2009թ.)

Ցուցանիշը հաշվարկված մեկ բնակչի հաշվով	Ցուցանիշի հաշվարկային մակարդակը	Ցուցանիշի մակարդակը 2009թ.-ին	Ցուցանիշի փորձագիտական գնահատում
Շտապ բուժօգնության կանչերի թիվը	0,3	0,25	1
Ամբուլատոր այցելությունների թիվը	4,5	3,3	1
Ստացիոնարում մահճակալ-օրերի թիվը	3,0	4,7	3
Ցերեկային ստացիոնարում պացիենտ-օրերի թիվը	0,7	0,9	3
ՊՆԾ-ի ապահովվածություն	10,4	12,7	1
Բուժման միջին տևողություն	12,9	15,1	3
ՊՆԾ դեֆիցիտ (%)		22,4	2

1-ցուցանիշի բարձր մակարդակ, 2- ցուցանիշի միջին մակարդակ, 3-ցուցանիշի ցածր մակարդակ

2010թ-ին առողջապահական ՊՆԾ-ի շրջանակներում ցուցաբերվող բուժօգնության հիմնական տեսակների ծավալների ֆինանսական ապահովման ցուցանիշը մարզում պահպանվել է ցածր մակարդակի վրա:

Ըստ փորձագիտական գնահատման՝ առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետություն ապահովող ցուցանիշներից բարձր մակարդակ գնահատվել են մեկ բնակչին ընկնող շտապօգնության կանչերի թիվը և մեկ բնակչին ընկնող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական այցելությունների թիվը բնութագրող ցուցանիշները, միջին մակարդակի՝ ցերեկային ստացիոնար, ստացիոնար բուժման միջին տևողություն ցուցանիշները:

Ցածր մակարդակի վրա են եղել մեկ բնակչին ընկնող մահճակալ-օրերի թիվը և բուժօգնության հիմնական տեսակների միավոր ծավալի ֆինանսական ցուցանիշները: Բարձր և միջին գնահատական ստացած ցուցանիշների տեսակարար կշիռը կազմել է 57,1%, որը թույլ է տվել փորձագետներին Գեղարքունիքի մարզում 2010թ-ի առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետությունը գնահատել որպես միջինից բարձր (աղ. 26):

Աղյուսակ 26

Գեղարքունիքի մարզում առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակի համալիր փորձագիտական գնահատման արդյունքներն

ըստ Վ. Օ. Ֆլեկի մեթոդի (2010թ.)

Ցուցանիշը հաշվարկված մեկ բնակչի հաշվով	Ցուցանիշի հաշվարկային մակարդակը	Ցուցանիշի մակարդակը 2010թ.-ին	Ցուցանիշի փորձագիտական գնահատում
Շտապ բուժօգնության կանչերի թիվը	0,3	0,21	1
Ամբուլատոր այցելությունների թիվը	4,5	3,1	1
Ստացիոնարում մահճակալ-օրերի թիվը	3,0	4,1	3
Ցերեկային ստացիոնարում պացիենտ-օրերի թիվը	0,7	0,6	3
ՊՆԾ-ի ապահովվածություն	10,4	10,5	2
Բուժման միջին տևողություն	12,3	13,5	3
ՊՆԾ դեֆիցիտ (%)		22,7	2

1-ցուցանիշի բարձր մակարդակ, 2- ցուցանիշի միջին մակարդակ, 3-ցուցանիշի ցածր մակարդակ

Գեղարքունիքի մարզում 2011թ-ին առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակի համալիր գնահատումը ներկայացված է աղյուսակ 27-ում: Ըստ փորձագետների գնահատման, 2011թ-ին առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետությունը գնահատող հիմնական ցուցանիշների մակարդակը գնահատվել է ցածր:

Աղյուսակ 27

Գեղարքունիքի մարզում առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակի համալիր փորձագիտական գնահատման արդյունքները
ըստ Վ. Օ. Ֆլեկի մեթոդի (2011թ.)

Ցուցանիշը հաշվարկված մեկ բնակչի հաշվով	Ցուցանիշի հաշվարկային մակարդակը	Ցուցանիշի մակարդակը 2011թ.-ին	Ցուցանիշի փորձագիտական գնահատում
Շտապ բուժօգնության կանչերի թիվը	0,3	0,2	1
Ամբուլատոր այցելությունների թիվը	4,5	3,7	1
Ստացիոնարում մահճակալ-օրերի թիվը	3,0	4,5	3
Ցերեկային ստացիոնարում պացիենտ-օրերի թիվը	0,7	0,89	3
ՊՆԾ-ի ապահովվածություն	10,4	11,9	3
Բուժման միջին տևողություն	12,3	15,6	3
ՊՆԾ դեֆիցիտ (%)		20,3	3

1- ցուցանիշի բարձր մակարդակ, 2- ցուցանիշի միջին մակարդակ, 3-ցուցանիշի ցածր մակարդակ

2011թ-ի համար ըստ փորձագիտական գնահատման դրական բաղադրիչ է դարձել մեկ բնակչին ընկնող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական այցելությունների թիվը և բուժման միջին տևողության կրճատումը:

Առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետությունը գնահատող ցուցանիշներից փորձագետները միջին և բարձր գնահատել են մեկ բնակչին ընկնող շտապօգնության կանչերի թիվը և ամբուլատոր-պոլիկլինիկական այցելությունների թիվը: Սակայն ցածր մակարդակի վրա է մնացել մեկ բնակչի հաշվով մահճակալ-օրերի թիվը, ցերեկային ստացիոնարի համար մեկ բնակչի հաշվով պացիենտ-օր, բուժման միջին տևողություն,

ինչպես նաև ստացիոնար և շտապօգնության միավոր ծավալի գինը գնահատող ցուցանիշները:

Համեմատած 2010թ-ի հետ, փորձագետները մարզում առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման արդյունավետությունը գնահատել են որպես միջինից ցածր: Բարձր և միջին գնահատված ցուցանիշների տեսակարար կշիռը կազմել է 28,6%, որը թույլ է տվել փորձագետներին 2011թ.-ի առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացումը գնահատել որպես ցածր մակարդակ:

Այսպիսով, ըստ փորձագիտական գնահատման արդյունքների Գեղարքունիքի մարզում առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացումը չի կարելի համարել բալանսավորված: Ուսումնասիրվող ժամանակահատվածում պահպանվել են.

1. բարձր փաստացի ծավալ ռեսուրսաձախս ստացիոնար օգնություն, բուժման միջին տևողության բարձր ցուցանիշներ, մեկ մահճակալ-օրվա բարձր գին,
2. բոլոր տեսակի բուժօգնությունների միավոր ծավալի արժեքի ցածր մակարդակ,
3. Առողջապահական ՊՆԾ-ի դեֆիցիտ(աղ. 28):

Աղյուսակ 28

Առողջապահական ՊՆԾ-ի շրջանակներում բուժօգնության հիմնական տեսակների միավոր ծավալի փորձագիտական գնահատման արդյունքները

Ցուցանիշը հաշվարկված մեկ բնակչի հաշվով	2007	2008	2009	2010	2011
Շտապ բուժօգնության կանչերի թիվ	1	1	1	1	1
Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական այցելությունների թիվ	2	1	1	1	1
Ստացիոնար բուժման մահճակալ-օրերի թիվ	3	3	3	3	3
Ցերեկային ստացիոնար բուժում ստացող պացիենտների թիվ	3	3	3	3	3

Այսպիսով, ըստ փորձագիտական գնահատման առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետությունը գնահատող ընտրված ցուցանիշներից բարձր մակարդակ գնահատվել են մեկ բնակչին ընկնող շտապ օգնության կանչերի թիվը, մեկ բնակչին ընկնող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական այցելությունների թիվը, ամբուլատոր-պոլիկլինիկական և ցերեկային ստացիոնար օգնության միավորի գինը: Ցածր մակարդակի

վրա են գտնվել մեկ բնակչին ընկնող մահճակալ-օրերի թիվ, մեկ դեպքի միջին տևողություն ցուցանիշները:

3.5.Գեղարքունիքի մարզում առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման բժշկասոցիալական էֆեկտի համալիր գնահատում

Փորձագիտական գնահատման մեթոդը կիրառվել է նաև բնակչության առողջական վիճակը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների միտումների բժշկասոցիալական արդյունավետությունը գնահատելու համար: Այս գնահատումը իրականացվել է նախապես ընտրված առողջական վիճակը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների համար, որոնց համար մշակվել է գնահատման չափանիշներ: Փորձագիտական գնահատումը իրականացվել է մի քանի փուլով.

1) Գեղարքունիքի մարզի բնակչության առողջական վիճակը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների սոցիալական էֆեկտի գնահատումն ըստ առողջապահական ՊՆԾ-ի (աղ. 29, հավելված 6)

Աղյուսակ 29

Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետության փորձագիտական գնահատումն ըստ սոցիալական էֆեկտի ցուցանիշների

	Սոցիալական էֆեկտը գնահատող ցուցանիշներ	Ցուցանիշի փորձագիտական գնահատման մակարդակը
1.	Կյանքի սպասվելիք միջին տևողություն	միջին
2.	Մանկական մահացություն	բարձր
3.	Մայրական մահացություն	բարձր
4.	Հաշմանդամություն	բարձր
5.	Աշխատունակ տարիքի բնակչության մահացություն	բարձր
6.	Տուբերկուլյոզից հիվանդացություն	ցածր
7.	Հոգեկան հիվանդացություն	ցածր
8.	Թմրամոլություն	բարձր
9.	Սիֆիլիսով հիվանդացություն	ցածր
10.	Գոնորեայով հիվանդացություն	ցածր
11.	Նորագոյացություններով հիվանդացություն	բարձր

ՊՆԾ-ի իրականացման սոցիալական էֆեկտը գնահատելու համար կիրառվել է հավելված 6-ում ընդգրկված ցուցանիշները: Այսպես, Գեղարքունիքի մարզում կյանքի

սպասվելիք միջին տևողությունը կրճատվել է, որի պատճառով փորձագետները այդ ցուցանիշի մակարդակը գնահատել են որպես ցածր: 2011թ.-ին ցուցանիշի մակարդակը միտում է ունեցել բարձրանալու, որի պատճառով փորձագետները այն գնահատել են որպես միջին սոցիալական էֆեկտ ապահովված ցուցանիշ:

Փորձագետները 2007թ.-ին մանկական մահացության ցուցանիշի սոցիալական էֆեկտը գնահատել են միջին մակարդակի: 2011թ.-ին ցուցանիշի մակարդակը նվազել է, որն ըստ գնահատման սանդղակի ապահովել է ցուցանիշի բարձր մակարդակ:

Քանի որ 2007թ.-ին մայրական մահացության ցուցանիշի մակարդակը նվազել է, փորձագետները ցուցանիշի սոցիալական էֆեկտը գնահատել են որպես միջին մակարդակ, իսկ 2011թ.-ին ցուցանիշի մակարդակը գնահատվել է բարձր:

Փորձագետները 2007-2011թթ.-ի ժամանակահատվածի համար հաշմանդամության ցուցանիշի սոցիալական էֆեկտի մակարդակը գնահատել են ցածր: Փորձագետների կողմից ցածր է գնահատվել նաև աշխատունակ տարիքի բնակչության մահացության ցուցանիշի սոցիալական էֆեկտը:

Տուբերկուլյոզի, հոգեկան հիվանդացության մակարդակի սոցիալական էֆեկտը ըստ ՊՆԾ-ի գնահատվել է ցածր, իսկ թմրամոլությունը՝ բարձր:

2) Գեղարքունիքի մարզի բնակչության առողջական վիճակը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների բժշկական էֆեկտի գնահատում ըստ ՊՆԾ-ի ծրագրի (աղ.30, հավելված 7):

Առողջապահական ՊՆԾ-ի բժշկական էֆեկտի փորձագիտական գնահատման համար ընտրվել է հետևյալ առողջական վիճակը բնութագրող ցուցանիշները.

1. Հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշ: Փորձագետները այս ցուցանիշի մակարդակը գնահատել են ցածր:
2. Տուբերկուլյոզի ուշացած դեպքերի հաճախականությունը: Փորձագետները այս ցուցանիշի մակարդակը գնահատել են միջին:
3. Նորագոյացությունների ուշացած դեպքերի հաճախականությունը:
Փորձագետները այս ցուցանիշի մակարդակը գնահատել են միջին:

Ընդհանրապես Գեղարքունիքի մարզի համար ՊՆԾ-ի բժշկասոցիալական էֆեկտը փորձագետները գնահատել են միջին, քանի որ բարձր և միջին գնահատված ցուցանիշների տեսակարար կշիռը կազմել է 46,7%:

Աղյուսակ 30

Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետության փորձագիտական գնահատումն ըստ բժշկական էֆեկտի ցուցանիշների

	Բժշկական էֆեկտը գնահատող ցուցանիշներ	Գեղարքունիքի մարզում ցուցանիշի գնահատման մակարդակը
1.	Հիվանդանոցային մահաբերություն	ցածր
2.	Տուբերկուլյոզի ուշացած դեպքերի հաճախականություն	միջին
3.	Նորագոյացությունների ուշացած դեպքերի հաճախականություն	միջին

3) Փորձագետների կողմից տրվել է ընտրված ցուցանիշների բժշկասոցիալական էֆեկտի համալիր գնահատում: Համալիր գնահատման համար հիմք ընդունելով Ֆլեկի մեթոդը ընտրվել է ցուցանիշների գնահատման սանդղակ (աղ. 31, 32): Բժշկասոցիալական էֆեկտի մակարդակը գնահատող յուրաքանչյուր ցուցանիշի համար հստակեցվել է գնահատման սանդղակի սահմանները՝ բարձր, միջին, ցածր:

Աղյուսակ 31

Առողջապահական ՊՆԾ-ի բժշկասոցիալական էֆեկտի փորձագիտական գնահատման սանդղակն ըստ Ֆլեկի

Բժշկասոցիալական էֆեկտի մակարդակ	Ցուցանիշի գնահատում	
	բարձր և միջին գնահատված ցուցանիշների տեսակարար կշիռը	միայն բարձր գնահատված ցուցանիշների տեսակարար կշիռը
բարձր	71-100	46 և բարձր
միջին	45-70	25-45
ցածր	44 և ցածր	25 և պակաս

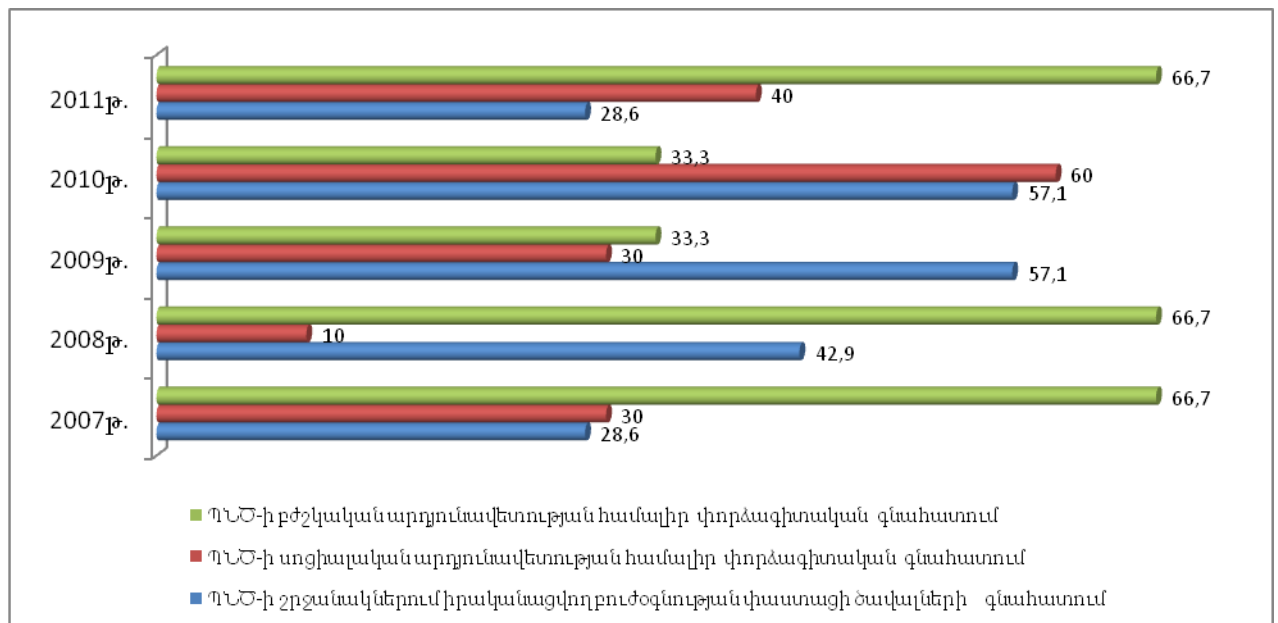
Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական ՊՆԾ-ի բժշկասոցիալական էֆեկտը
գնահատող հիմնական ցուցանիշների փորձագիտական գնահատման արդյունքները
(2007-2011թթ.)

Ցուցանիշներ	Գնահատման մակարդակը				
	2007թ.	2008թ.	2009թ.	2010թ.	2011թ.
Կյանքի սպասվելիք միջին տևողություն	3	3	3	3	2
Մանկական մահացություն	2	3	2	2	1
Մայրական մահացություն	2	3	2	2	1
Առաջնակի հաշմանդամություն	3	3	3	2	3
Աշխատունակ տարիքի բնակչության մահացություն	3	3	3	2	3
Տուբերկուլյոզից հիվանդացություն	3	3	3	3	3
Ալկոհոլային փսիխոզ	3	3	3	3	3
Գոնորեայից հիվանդացություն	3	3	3	3	3
Հոգեկան խանգարումներ	3	3	3	2	3
Նորագոյացություններից հիվանդացություն	1	1	1	1	1
Մահաբերության ցուցանիշ	3	3	3	3	3
Ուշացած տուբերկուլյոզի դեպքերի հաճախականություն	2	2	2	3	2
Ուշացած նորագոյացությունների դեպքերի հաճախականություն	2	2	3	2	2

Գեղարքունիքի մարզում 2007-2011թթ.-ին ՊՆԾ-ի շրջանակներում իրականացվող բուժօգնության բժշկասոցիալական արդյունավետության համալիր փորձագիտական գնահատման արդյունքները ներկայացված են գծապատկեր 26-ում:

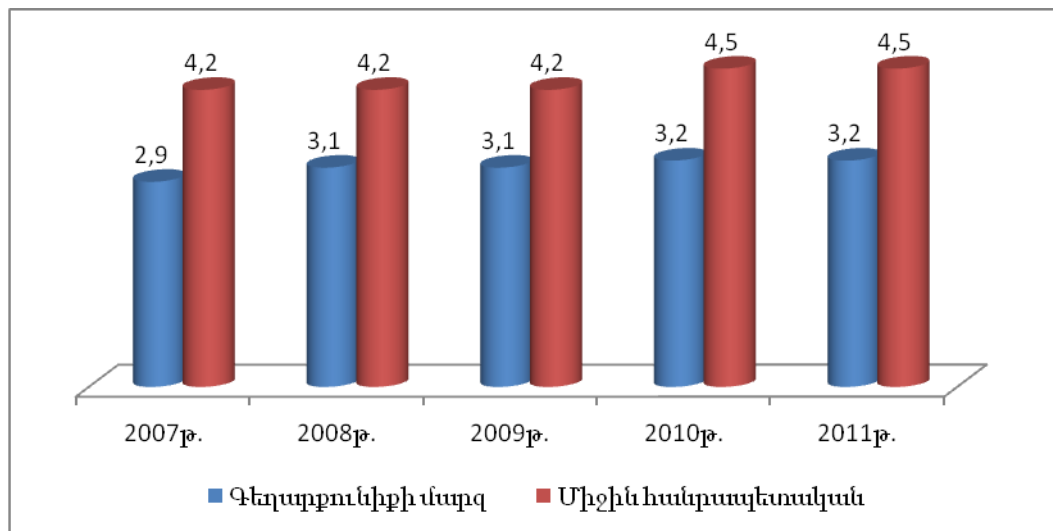
Այսպես, ՊՆԾ-ի շրջանակներում իրականացվող բուժօգնության փաստացի ծավալները գնահատող ցուցանիշներից բարձր և միջին գնահատված ցուցանիշների տեսակարար կշիռը 2007թ.-ին և 2011թ.-ին կազմել է ընդամենը 28,6%, իսկ 2009-2010թթ.-ին՝ 57,1%: ՊՆԾ-ի սոցիալական արդյունավետության համալիր փորձագիտական գնահատման արդյունքում բարձր և միջին գնահատված ցուցանիշների տեսակարար կշիռը 2007թ.-ին, 2009թ.-ին կազմել է 30,0%, 2008թ.-ին՝ 10,0%, 2010թ.-ին՝ 60,0% և 2011թ.-ին՝ 40,0%: ՊՆԾ-ի բժշկական արդյունավետության համալիր փորձագիտական գնա-

հատման արդյունքում բարձր և միջին գնահատված ցուցանիշների տեսակարար կշիռը 2007-2008թթ.-ին, ինչպես նաև 2011թ.-ին կազմել է 66,7%, իսկ 2009-2010թթ.-ին՝ 33,3%:

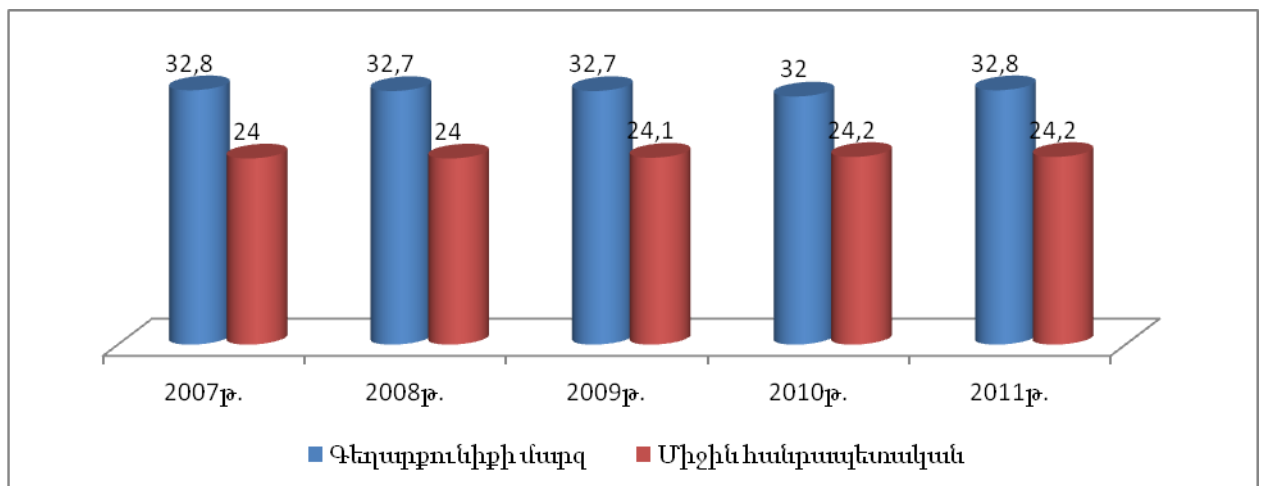


Գծապատկեր 26. Գեղարքունիքի մարզում ՊՆԾ-ի շրջանակներում իրականացվող բուժօգնության փաստացի ծավալների և բժշկասոցիալական արդյունավետության մակարդակի համալիր փորձագիտական գնահատման արդյունքները (2007-2011թթ.)

Մեր կողմից կատարվել է նաև Գեղարքունիքի մարզի հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային բուժօգնության կառավարման արդյունավետության գնահատում ըստ ՊՆԾ-ի ծավալների կատարողականի: Վերլուծության արդյունքում պարզվել է, որ առկա է որոշակի ծավալների բուժօգնության տեսակների կատարողականի անհամապատասխանություն: Այսպես, մարզում մեկ բնակչին ընկնող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հաճախումների թիվը համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ, եղել է ցածր, իսկ 10 000 բնակչի հաշվով հիվանդանոցային բուժօգնության փաստացի կատարողականի ծավալները՝ բարձր (գծ. 27, 28):



Գծապատկեր 27. Առողջապահական ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնության ՊՆԾ-ի ծավալների կատարողականի վերլուծություն (1 բնակչի հաշվով)



Գծապատկեր 28. Առողջապահական հիվանդանոցային բուժօգնության ՊՆԾ-ի ծավալների կատարողականի վերլուծություն (10 000 բնակչի հաշվով)

Անհրաժեշտ է նշել, որ վերլուծության ենթարկվող ժամանակահատվածում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օգնության ծավալը եղել է ցածր ընտրված նորմատիվի հետ համեմատած: Մեկ բնակչին ընկնող հաճախումների թիվը համեմատած միջին ցուցանիշի հետ նվազել է, որը կարելի է գնահատել որպես բացասական միտումներ: Այն վկայում է ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օգնության ծավալների կրճատման մասին: Շտապ բուժօգնության ծավալները նույնպես համեմատած միջին ցուցանիշի հետ եղել են ցածր: Ցերեկային ստացիոնար բուժօգնության ծավալները միտում ունեն նվազելու: Դրան հակառակ, ստացիոնար բուժօգնության ծավալները միտում ունեն

աճելու: Այս ամենը վկայում է մարզային առողջապահական համակարգի կառուցվածքային բարեփոխումների անարդյունավետ մոտեցումների ներդրման մասին:

Բուժօգնության տարբեր չբալանսավորված ծավալները, ինչպես նաև ստացիոնար բուժօգնության ծավալների ավելացումը՝ առանց բուժօգնության տարբեր տեսակների ծավալների ավելացման մինչև ընտրված նորմայի մակարդակը, բերում է անվճար բուժօգնության մատչելիության նվազեցման: Ունենալով ԲՆԾ-ի ֆինանսավորման դեֆիցիտ, ավելի է դժվարանում և ոչ իրատեսական է դառնում տարածքային առողջապահական համակարգի վերակառուցման ծրագրային ներդրումները: Այն իր հերթին ազդում է բուժօգնության առանձին տեսակների ռեսուրսներով ապահովվածության մակարդակի վրա:

Քանի որ Գեղարքունիքի մարզում գրանցվել է ստացիոնար բուժօգնության ծավալների աճ, մեր կողմից գնահատվել է որպես առավել ռեսուրսաձախսատար բուժօգնության տեսակ հիվանդանոցային բուժօգնության կառավարման արդյունավետությունը:

Այդ խնդրի լուծման համար մեր կողմից կիրառվել է հետևյալ ցուցանիշները.

1. հոսպիտալիզացիայի մակարդակ՝ Գեղարքունիքի մարզում հոսպիտալիզացիայի բարձր մակարդակով պայմանավորված գրանցվել է ստացիոնար բուժօգնության ոչ արդյունավետ ծախսերի ծավալների աճ:
2. պացիենտի բուժման միջին տևողություն՝ բուժման միջին տևողության բարձր ցուցանիշ, որը բերել է ստացիոնար բուժման ծախսերի ոչ արդյունավետ ծավալների աճի:
3. ստացիոնար բուժօգնության ծավալների արդյունավետության գնահատում՝ գրանցվել է տնտեսական վնասի աճ կապված ստացիոնար բուժօգնության ծավալների աճի հետ:

3.6 Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական առկա ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետությունը բարձրացնող համալիր միջոցառումների ներդրման գիտական հիմնավորումը

Հետազոտության արդյունքները հիմնավորում են, որ Գեղարքունիքի մարզում առողջապահական առկա ռեսուրսների օգտագործման բժշկասոցիալական էֆեկտը և

տնտեսական արդյունավետությունը 2007-2011թթ. ժամանակահատվածի համար եղել է ցածր, որը հիմք է հանդիսացել հիմնավորել, որ համակարգի կառավարման ավանդական մեթոդները չեն կարողանում ապահովել առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետություն:

Հիմք ընդունելով համալիր հետազոտության արդյունքները՝ մեր կողմից առաջարկվել է միջոցառումների համալիր, որն ուղղված է առողջապահական ռեսուրսների կառավարման կատարելագործմանը: Առողջապահական համակարգի կառավարման նոր մոտեցումների ներդրումը պետք է ուղղված լինի համակարգի բժշկասոցիալական էֆեկտը գնահատող հիմնական ցուցանիշների լավացման միտումներին:

Մեր կողմից առաջարկվող մոտեցումները իրենց մեջ պարունակում են կազմակերպչական տեխնոլոգիաներ, որոնք ուղղված են մարզային մակարդակում առողջապահական առկա ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության բարձրացմանը: Տեխնոլոգիաներ ասելով՝ մենք հասկանում ենք այնպիսի համալիր գործողություններ, որոնք իրենց մեջ պետք է պարունակեն կառավարման ժամանակակից մեթոդներ, տեխնոլոգիական մեծ փորձ, համակարգում առկա հիմնախնդրի լուծման համար համակարգային մոտեցում ունեցող մենեջերների առկայություն:

Առաջարկվող մոտեցումները իր մեջ պարունակում է հստակ ալգորիթմ: Ալգորիթմի յուրաքանչյուր քայլի հստակ կատարողականը հնարավորություն կտա մարզային մակարդակում գնահատել առողջապահական ՊՆԾ-ի բժշկասոցիալական էֆեկտը և տնտեսական արդյունավետությունը: Ալգորիթմի բարձր կատարողական ապահովելու առաջին և հիմնական պայմանը տեղեկատվական բազայի մշակումն ու ներդրումն է: Այդ բազայի հիմքում ընկած է վիճակագրական, սոցիոլոգիական և փորձագիտական մեթոդների կիրառմամբ ստացված հավաստի ցուցանիշները: Այսպիսի մոտեցումը հնարավորություն կտա նաև իրականացնել առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետությունը գնահատող ցուցանիշների ընթացիկ մոնիթորինգ:

Առողջապահական առկա ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետությունը բարձրացնող միջոցառումների գնահատման մոնիթորինգի ցուցանիշները ձևավորում են ռեսուրսների ռազմավարական պլանավորման հիմքը, որի հիմքում ընկած է բնակչության բուժօգնության պահանջարկը, առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետութ-

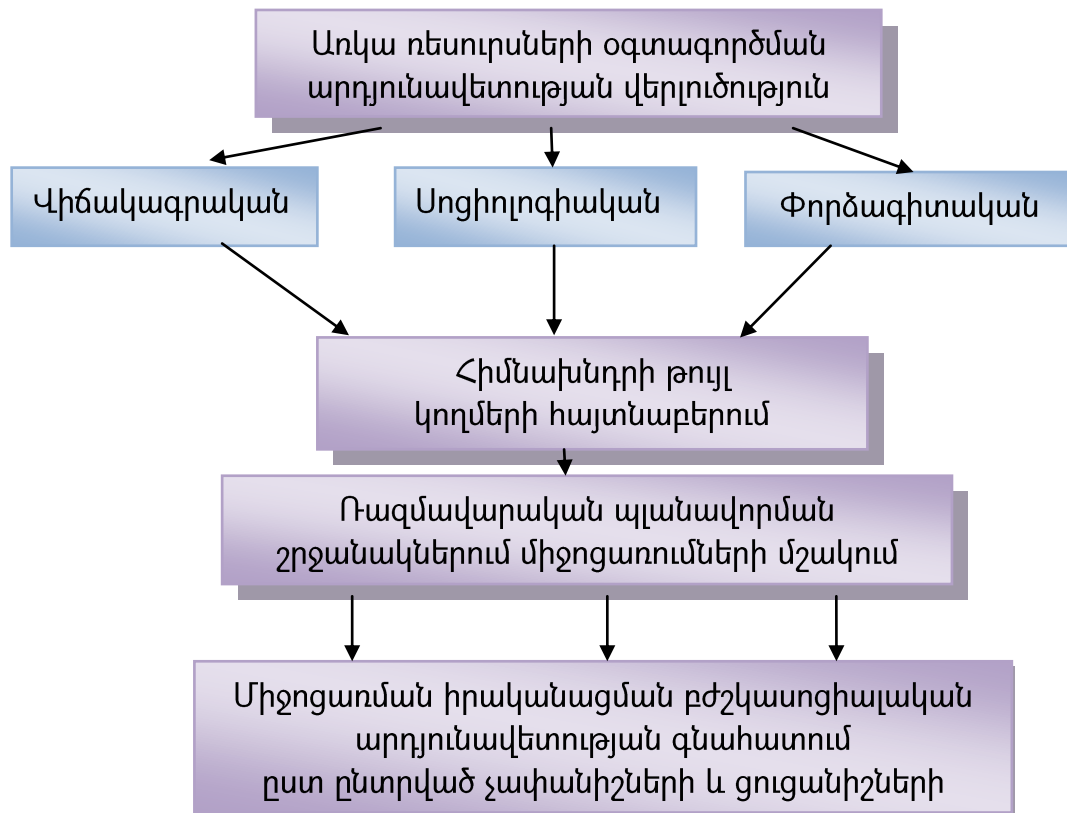
յան բարձրացումը և այդ ծրագրի շարունակական կառուցվածքային և ֆունկցիոնալ կատարելագործումը:

Առողջապահական համակարգի առկա ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործումը իրենից ներկայացնում է ինչպես սոցիալ-տնտեսական, այնպես էլ կազմակերպչական տեխնոլոգիական համակարգ: Կազմակերպչական տեխնոլոգիան իր մեջ ներառում է ռազմավարական, մարտավարական, օպերատիվ մակարդակի մենեջերների գործառույթների հստակեցում:

Առողջապահական համակարգի կառավարման բոլոր մակարդակների համար կարևորվում է.

1. Մարզային առողջապահական համակարգի գործունեության խորը և բազմակողմանի վերլուծություն, որի համար անհրաժեշտ է ընտրել զգայուն, օբյեկտիվ և հավաստի չափանիշներ:
2. Համակարգում առկա հիմնախնդրի սահմանների ախտորոշում, ուժեղ և թույլ կողմերի գնահատում և թույլ կողմերը չեզոքացնելու միջոցառումների մշակում:
3. Մարզային մակարդակում համակարգի կառավարման նպատակի և խնդիրների հստակ ձևակերպում:
4. Մարզային մակարդակում առողջապահական համակարգի ֆունկցիոնալ գործունեության մարտավարության մշակում (սխ. 1):

Հետազոտության արդյունքները թույլ են տալիս հիմնավորվել, որ մարզային մակարդակում առողջապահական առկա ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործմանն ուղղված միջոցառումները ուղղված են մարզի առողջապահական ՊՆԾ-ի բժշկասոցիալական էֆեկտի և տնտեսական արդյունավետության բարձրացմանը:

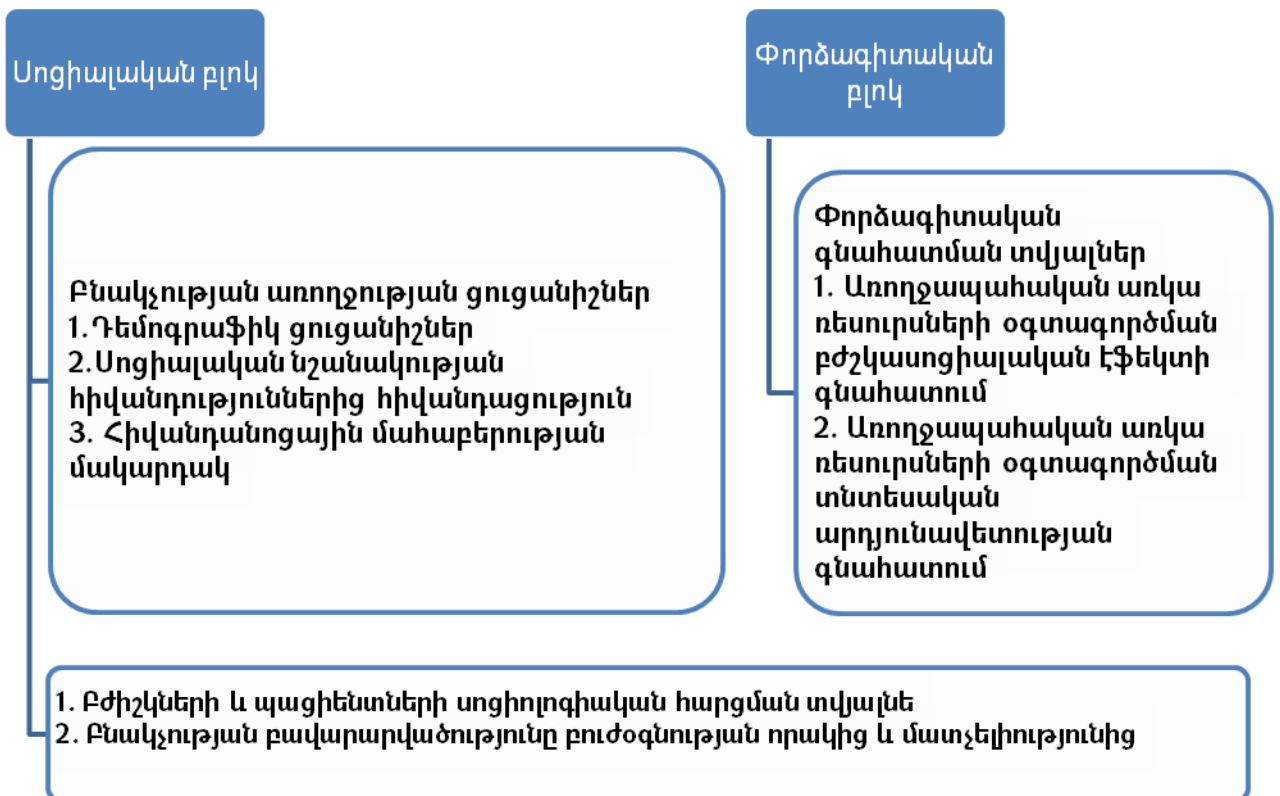


Սխեմա 1. Առողջապահական առկա ռեսուրսների կառավարման սխեմա

Առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետության ապահովման համար կարևորվում է հետևյալ ալգորիթմի փուլերի ապահովումը.

1. Բնակչության առողջական վիճակը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների վերլուծություն և գնահատում:
2. Ֆինանսական ռեսուրսներով ապահովվածության և արդյունավետության վերլուծություն:
3. Կադրային ռեսուրսներով ապահովվածության և արդյունավետության վերլուծություն:
4. Բուժօգնության մատչելիությունից և որակից բնակչության կարծիքի ուսումնասիրություն:
5. Տարածքային առողջապահական ՊՆԾ-ի բժշկասոցիալական էֆեկտի, տնտեսական արդյունավետության գնահատում (սխ. 2):

Այսպիսի մոտեցումը հնարավորություն կտա իրականացնել այն ցուցանիշների ընթացիկ մոնիթորինգ, որոնք բնութագրում են ՊՆԾ-ի արդյունավետությունը:



**Սխեմա 2. Առողջապահական առկա ռեսուրսների օգտագործման
բժշկասոցիալական էֆեկտի
և տնտեսական արդյունավետության գնահատման մոտեցում**

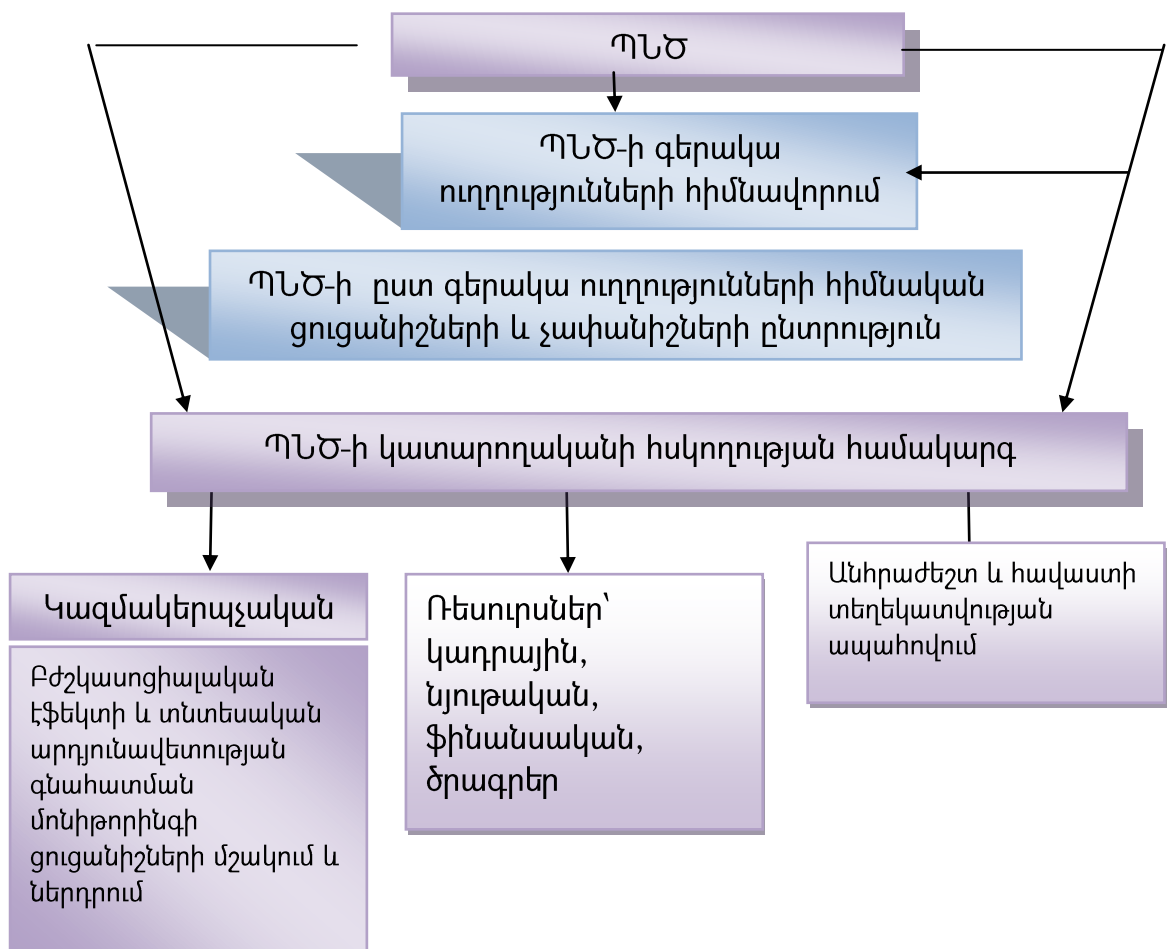
Կարևորվում է նաև մարզային մակարդակում մշակել և ներդնել առողջապահական առկա ռեսուրսների օգտագործման ռազմավարական պլան, որն իր մեջ պետք է ներառի հետևյալ փուլերը.

1. Վերլուծական փուլ՝ այս փուլի հիմնական նպատակը պետք է լինի բուժօգնության տարբեր տեսակների համար բնակչության իրական պահանջարկի հիմնավորումը: Բուժօգնության տարբեր տեսակների համար բնակչության պահանջարկի ձևավորման ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել բնակչության առողջական վիճակը բնութագրող հիմնական ցուցանիշները, ինչպես նաև բժշկա-աշխարհագրական և կլիմայա-աշխարհագրական առանձնահատկությունները:
2. Անհրաժեշտ է ըստ բուժօգնության տեսակների և ծավալների մարզային նորմերի սահմանում, որի համար խիստ կարևորվում է ապահովման բուժհաստատությունների օպտիմալ ցանց և կառուցվածք:
3. Անհրաժեշտ է առողջապահական համակարգի աշխատողների վարձատրման նոր կարգի ներդրում, որի հիմքում պետք է լինի մատուցած ծառայությունների որակի

գնահատման ցուցանիշները: Այսպիսի մոտեցումը կապահովի առողջապահական առկա ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության բարձրացում առանց լրացուցիչ ֆինանսական ռեսուրսների ներդրման:

4. Մարզային մակարդակում ՊՆԾ-ի ծավալների հիմնավորում:

Այսպիսով, պլանավորման բոլոր փուլերի հաջորդականության պահպանումը հնարավորություն կտա ապահովել բուժօգնության մատչելիություն, իրականացնել ռեսուրսների օգտագործման համակարգի մոնիթորինգ, ձևավորել մարզի առողջապահական համակարգի ռազմավարական պլանավորման իրատեսական հիմքը (սխ. 3):



Սխեմա 3. ՊՆԾ-ի իրականացման արդյունավետության ապահովման համակարգի մոդել

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Մարզային մակարդակում առողջապահական համակարգի գործունեության բժշկասոցիալական էֆեկտը և տնտեսական արդյունավետությունը գնահատող հիմնական չափանիշը դինամիկայում բնակչության առողջական վիճակը բնութագրող ցուցանիշների փոփոխությունն է:

Գեղարքունիքի մարզի բնակչության ժողովրդագրական ցուցանիշների վերլուծության արդյունքում պարզվել է, որ ծնելիության ցուցանիշը մոտ է միջին հանրապետականին: Ինչ վերաբերում է ընդհանուր մահացության ցուցանիշին, այն դինամիկայում ցածր է եղել միջին հանրապետականից: Մարզում բնական աճի ցուցանիշը ունի աճման միտումներ: Մահացության պատճառների կառուցվածքում առաջին տեղում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ են, երկրորդում՝ վնասվածքները և թունավորումները, երրորդում՝ նորագոյացություններն են:

Գեղարքունիքի մարզում մանկական մահացության ցուցանիշը 2007-2011թթ. ժամանակահատվածի ընթացքում ունեցել է աճման միտումներ: Ինչ վերաբերում է մանկական մահացության ցուցանիշին, այն մարզում համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ եղել է բարձր: Մանկական մահացության պատճառների կառուցվածքում առաջին տեղում պերինատալ շրջանի հետ կապված վիճակներն են, երկրորդում՝ բնածին և զարգացման արատները, երրորդում՝ ինֆեկցիոն և պարազիտար հիվանդությունները: Համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ, մարզում մայրական մահացության ցուցանիշն ունի աճման միտումներ: Սպասվելիք կյանքի միջին տևողության ցուցանիշը դինամիկայում Գեղարքունիքի մարզում գրանցել է նվազման միտումներ:

Մեծահասակ բնակչության ըստ դիմելիության հիվանդացության կառուցվածքում առաջին տեղում շնչական օրգանների, երկրորդում՝ արյան շրջանառության, երրորդում՝ մարսողական համակարգի հիվանդություններն են:

Սոցիալական նշանակություն ունեցող մի խումբ հիվանդություններից հիվանդացության ցուցանիշը մարզում եղել է բարձր՝ համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ (հոգեկան խանգառումներ կապված ակոհոլի չարաշահման հետ, ակոհոլային փսիխոզ, սիֆիլիս): Ուշ հայտնաբերված տուբերկուլյոզից, նորագոյացությա-

յուններից հիվանդացության ցուցանիշի մակարդակը գերազանցում է հանրապետական միջին ցուցանիշներին:

Որևէ տարածքում անբարենպաստ համաճարակաբանական իրավիճակի պատճառների մեջ որոշակի նշանակություն ունի առողջապահական բուժօգնությունը կանխարգելիչ աշխատանքների ցածր մակարդակը: Այսպես, գեղարքունիքի մարզում գրանցվել է ընդհանուր բժշկական հաստատություններում տուբերկուլյոզի վաղ հայտնաբերման աշխատանքների ծավալի կրճատում: Չարորակ նորագոյացություններով հիվանդացության ցուցանիշը մարզում համեմատած հանրապետական միջին ցուցանիշի հետ եղել է բարձր:

Սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություններից հիվանդացության ցուցանիշը մարզում երկու անգամ գերազանցում է միջին հանրապետական ցուցանիշին: Հոգեկան խանգառումներով հիվանդացության ցուցանիշը 2007թ.-ին կազմել է 54,2 (100 000 բնակչի հաշվով), ալկոհոլամոլությունը և ալկոհոլային փսիխոզը 14,7 (100 000 բնակչի հաշվով): Գեղարքունիքի մարզում առաջնային հաշմանդամությունը ուսումնասիրվող ժամանակաշրջանում աճել է:

Մարզի բնակչության հիվանդացության ցուցանիշի վերլուծությունը հիմնավորում է, որ կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդությունների մեջ առաջին տեղում շնչառական օրգանների, երկրորդում՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններն են: Համեմատած հանրապետական ցուցանիշի մակարդակի հետ, Գեղարքունիքի մարզում կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդությունները եղել են բարձր: Անհրաժեշտ է նշել, որ ցուցանիշը բարձր է եղել հատկապես հիվանդությունների հետևյալ դասերում՝ շնչառական օրգանների հիվանդություններ, նյարդային համակարգի հիվանդություններ, միզասեռական համակարգի հիվանդություններ, մարսողական օրգանների հիվանդություններ:

Ըստ տվյալների մարզի առողջապահական ֆինանսական ռեսուրսները 2007-2011թթ.-ի ժամանակահատվածում աճել են: Անհրաժեշտ է նշել, որ ֆինանսական ռեսուրսները հիվանդանոցային ծառայությունների գծով աճել է 7,7%-ով, իսկ արտահիվանդանոցային՝ 1,27%-ով:

Վերլուծությունից պարզվել է, որ Գեղարքունիքի մարզի բնակչության 50,0%-ը վճարում է բժշկական ծառայությունների համար: Ամբուլատոր օղակում լրացուցիչ վճարում կատարվում է բժշկական ծառայությունների համար, իսկ ստացիոնարում՝ դեղորայքի և բժշկական պարագաների համար:

Բնակչության բուժօգնություն ստանալու համար միջոցների ծախսի սոցիոլոգիական գնահատականը վկայում է, որ անբավարար ֆինանսավորման պայմաններում և նյութական, ֆինանսական ռեսուրսների անարդյունավետ օգտագործումը առողջապահական համակարգում չի ստեղծել սոցիալապես ընդունելի, տնտեսապես հիմնավորված բնակչության անձնական միջոցների ընդգրկման ռացիոնալ ձևեր բուժօգնության վճարման համար: Այս ամենը ազդում է բժշկական ծառայությունների մատչելիության մակարդակի վրա:

Մարզի հիվանդանոցների կողմից մատուցված առողջապահական ծառայությունների ծավալը 2011թ-ին 2007թ-ի համեմատ աճել է 29,1%-ով: «Հիվանդանոցների» խմբի տեսակարար կշիռը 2011թ-ին կազմել է ամբողջ ծառայությունների ծավալի 41,3%-ը: Ծախսերի ընդհանուր կառուցվածքում 2011թ-ին բնակչության կողմից կատարվող ուղղակի վճարումների տեսակարար կշիռը նվազել է 14,4%-ով և պայմանավորված է եղել մյուս բաղադրիչների, մասնավորապես՝ պետական հատվածի ֆինանսավորման ծավալների աճով:

Պետական առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում ավելացել են հիվանդանոցային ծառայությունների համար հատկացումները, որոնց տեսակարար կշիռը 2007թ. 38,7%-ից աճել և 2011թ.-ին կազմել է 42,5 %:

Բժշկական կադրերով ապահովվածության ցուցանիշի վերլուծության արդյունքում պարզվեց, որ Գեղարքունիքի մարզը կադրային առումով ունի լուրջ խնդիրներ: Այսպես, մարզի կադրերով ապահովվածության ցուցանիշը համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ եղել է ցածր: Բժիշկ-բուժքույր հարաբերակցության ցուցանիշը մարզում կազմում է 1:2,5: Ըստ մասնագիտացման որակավորման բժշկական կադրերի կառուցվածքը ոչ միատարր է: Բժիշկների միջին տարիքը 49,5 տարեկան է, իսկ բուժքույրերինը՝ 39,2: Ըստ հետազոտության արդյունքների, մարզային առողջապահական համակարգում բացակայում է բժշկական կադրերի պահանջարկի երկա-

րաժամկետ պլանավորումը: Անհրաժեշտ է նշել, որ բժշկական կադրերի պահանջարկի գործող հաշվարկային մեթոդը հիմնված չէ բուժօգնության ծավալների և ձևերի վրա:

Գեղարքունիքի մարզում մեկ տարվա ընթացքում մեկ անձի հաշվով ամբուլատոր հաճախումների քանակը էական փոփոխության չի ենթարկվել:

Գեղարքունիքի մարզի բնակչության հիվանդանոցային բուժօգնության կազմակերպման մի շարք ցուցանիշների վերլուծությունը փաստում է, որ դինամիկայում գրանցվել է հիվանդանոցային բուժօգնության բեռի ավելացում, քանի որ գրանցվել է հոսպիտալացումների քանակի կտրուկ աճ:

Ըստ հետազոտության տվյալների, տարվա ընթացքում պացիենտների 59,0%-ը բուժհաստատություն է դիմել մեկ անգամ, 12,0%-ը՝ երկու, 29,0%-ը՝ երեք և ավելի անգամ:

Հարցմանը մասնակցած ռեսպոնդենտներից 45,5%-ն իր առողջական վիճակը գնահատել է բավարար, 40,1%-ը՝ լավ, իսկ 14,4%-ը՝ անբավարար: Անհրաժեշտ է նշել, որ հարցվածների 56,6%-ը եղել է բավարարված բուժօգնության որակից: Այն հարցին, թե ի՞նչն է նպաստում բուժօգնության որակի ապահովմանն ու բարելավմանը, հարցվածների 47,9%-ը գտնում է, որ բուժպրոֆիլակտիկ հիմնարկների նյութատեխնիկական բազայի հագեցվածության բարձրացումը, 41,8%՝ բուժաշխատողների վարձատրման նոր մեխանիզմների, ինչպես նաև տնտեսական մոտիվացիայի տարրերի ներդրումը:

Պացիենտների իրական գիտելիքների մակարդակի և սոցիալական նկարագրի միջև առկա է հակադարձ համեմատական պատճառահետևանքային կապ ($r=-0,8$, $P<0,01$): Մեր կողմից հիմնավորվել է, որ կրթական մակարդակը ազդում է բուժօգնության որակից պացիենտների բավարարվածության մակարդակի վրա ($r=-0,8$, $P<0,01$): Պացիենտներ, որոնք ունեն միջին, միջին մասնագիտական կրթություն գործնականում իրազեկված չեն որպես պացիենտ իրենց իրավունքների մասին և չեն ներկայացրել որևէ դժգոհություն բուժօգնության որակից: Մինչդեռ բարձրագույն կրթությամբ անձինք ավելի հաճախ բավարարված չեն եղել բուժօգնության որակից և հարցվածների 55,0% կյանքում գոնե մեկ անգամ ունեցել է անհամապատասխան բուժօգնության որակի դեպք:

Ըստ հարցմանը մասնակցածների կարծիքի, հիմնական պատճառը, բուժօգնության դեֆեկտի առաջացման անհամապատասխան որակի բուժօգնության ցուցաբերման ժամանակ հանդիսանում է բժշկի անուշադիր վերաբերմունքը (69,9%), բուժհաս-

տատության ցածր նյութատեխնիկական ապահովվածության մակարդակը (85,7%), բժիշկների մասնագիտական ցածր որակավորման մակարդակը (55,0%), միջին բուժանձնակազմի ոչ հոգատար վերաբերմունքը (40,0%), բուժհաստատության անհամապատասխան սանիտարահակահամաճարակային պայմանները (37,5%):

Որպեսզի գնահատենք բժշկական արդյունավետությունը, ձևավորել ենք վերջնական արդյունքի մոդելը: Այդ մոդելի կառուցվածքում ընդգրկված են այնպիսի ցուցանիշներ, որոնք բնութագրում և գնահատում են ծառայությունների գործունեությունը և իրականացումը: Հաշվարկվել է բավարար արդյունքի հասնելու գործակիցը: Դիսպանսեր աշխատանքի արդյունավետության գնահատման համար կիրառել ենք գործողությունների և արդյունքների ցուցանիշները:

Այսպես, ըստ հետազոտության տվյալների բժշկական արդյունավետություն ապահովող ցուցանիշների վրա առավել հաճախ բացասական ազդեցություն են ունեցել հետևյալ ռիսկի գործոնները՝ ցածր ֆիզիկական ակտիվություն (67,03%), նյարդահոգեկան լարվածություն (67,9%), քաշի ավելցուկ (38,0%), վնասակար սովորույթների առկայություն (32,4%), ոչ ռացիոնալ սննդակարգի առկայություն (29,4%): Մարզի բնակչության 10,5%-ը եղել են գործնական առողջ, իսկ 30,5%-ը ունեցել է որևէ ռիսկի գործոն: Բնակիչների 39,8%-ը կարիք են ունեցել լրացուցիչ հետազոտությունների կամ բուժման, իսկ 28,6%-ը՝ ստացիոնար բուժման:

Ավանդական կանխարգելիչ աշխատանքների իրականացման արդյունավետության գնահատումը հիմնավորում է, որ մարզում այն ունի բազմաթիվ թերություններ: Առաջարկվել է կիրառել սոցիալական նշանակություն ունեցող հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների արդյունավետության ապահովման համար կիրառել ստանդարտի մշակման մեթոդը: Այդ մեթոդը կրում է հասցեական բնույթ, որն իր մեջ ներառում է հիվանդության կողմ, բնակչի տվյալները, կանխարգելիչ միջոցառումների պլանը և սպասվելիք արդյունքները:

Արդյունքները գնահատվել են համեմատելով ելակետային ցուցանիշների հետ՝ հիվանդացության մակարդակի նվազում, ռիսկի գործոններ ունեցող անձանց տեսակարար կշռի նվազում: Կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունավետության գնահատման համար հաշվարկվել է ստացված արդյունքների գործակիցը, որի հիման վրա ձևավորվել է վերջնական արդյունքի մոդել:

Ըստ հետազոտության տվյալների, հիվանդացության մակարդակը 2007թ-ին կազմել է 1233,8‰, իսկ 2011թ-ին՝ 967,2‰: Միջին տարեկան բուն հիվանդացության ցուցանիշը կազմել է 483,5‰: Ստացված ցուցանիշը հնարավորություն է տալիս մշակել կանխարգելիչ միջոցառումների հիմնական ուղղությունները և մեխանիզմները: Առավել տարածված ռիսկի գործոնները վարքագծային (հիպոդինամիա, ծխախոտամոլություն, ոչ ռացիոնալ սննդակարգ) անբարենպաստ կենսակերպի գործոններ են: Կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների սոցիալական էֆեկտի գնահատման արդյունքում պարզվել է, որ հասցեական առողջացուցիչ-կանխարգելիչ միջոցառումներ կիրառելով, ինչպես նաև հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված ստանդարտների ներդրումը բերում է ընդհանուր հիվանդացության մակարդակի նվազեցում:

Գեղարքունիքի մարզում կյանքում առաջին անգամ հայտնաբերված հիվանդացության ցուցանիշը տատանվում է 28,9-48,6%-ի սահմաններում: Հայտնաբերված հիվանդությունների կառուցվածքում առաջին տեղում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններն են (30,0%): Այս հիվանդության դասում առաջին տեղում սրտի իշեմիկ հիվանդություններն են (17,6%) և հիպերտոնիկ հիվանդությունը (16,2%), երկրորդ տեղում՝ աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդությունները (20,0%): Հիվանդությունների այս դասում միոպիայի տեսակարար կշիռը կազմել է 22,7%, կատարակտան՝ 3,1%, գլաուկոման՝ 1,4%, երրորդ կարգային համարում ոսկրամկանային համակարգի և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններն են (14,3%): Դիսպանսեր հսկողության վերցված պացիենտների 52,3%-ը եղել են արյան շրջանառության համակարգի հիվանդներ, 17,2%-ը՝ ներզատական, իսկ 7,6%-ը՝ աչքի և հավելյալ ապարատի, 7,9%-ը՝ մարսողական համակարգի հիվանդներ են:

Այսպիսով, հետազոտության արդյունքները հիմնավորում են, որ մարզային մակարդակում ՊՆԾ-ն առաջնային օղակում արդյունավետ ներդնելու համար անհրաժեշտ է իրավական-նորմատիվային բազայի կատարելագործում, ինչպես նաև բուժօգնության կոնկրետ տեսակի համար պահանջարկի մշակման և հաստատման կարգի ներդրում:

Գեղարքունիքի մարզի բնակչությանը ՊՆԾ-ի շրջանակներում ցուցաբերվող բուժօգնության համար առողջապահական առկա ռեսուրսների արդյունավետ օգտա-

գործման գնահատման համար ընտրվել են Ֆլեկի կողմից առաջարկվող չափանիշները և ցուցանիշները:

Մեր կողմից գնահատվել է Գեղարքունիքի մարզի բնակչության բուժօգնության մատչելիությունը ըստ ՊՆԾ-ի կատարողականի: Բուժօգնության մատչելիության բնութագրման հիմնական ցուցանիշը հանդիսանում է ՊՆԾ-ի ծավալների կատարումը: Մեր կողմից կատարվել է ցուցաբերվող բուժօգնության ծավալի ցուցանիշի փաստացի կատարողականի համադրում այդ ցուցանիշի չափանիշի հետ: Գնահատման համար ընտրվել է 2007-2011թթ. ժամանակահատվածը:

Անհրաժեշտ է նշել, որ վերլուծության ենթարկվող ժամանակահատվածում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օգնության ծավալները եղել է ցածր: Մեկ բնակչին ընկնող հաճախումների թիվը 2011թ-ին համեմատած 2007թ-ի հետ նվազել է, որը կարելի է գնահատել որպես բացասական միտումներ:

Մարզում շտապ բուժօգնության ծավալները համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ եղել է բարձր, իսկ ցերեկային ստացիոնար բուժօգնության ծավալները միտում են ունեցել նվազելու: Դրան հակառակ, ստացիոնար բուժօգնության ծավալները գրանցել են աճման միտումներ: Այս ամենը վկայում է Գեղարքունիքի մարզային առողջապահական համակարգի կառուցվածքային բարեփոխումների անարդյունավետ մոտեցումների մասին:

Ըստ նորմատիվի բուժօգնության տարբեր չբալանսավորված ծավալները, ինչպես նաև ստացիոնար բուժօգնության ծավալների ավելացումը՝ առանց բուժօգնության տարբեր տեսակների ծավալների ավելացման, բերում է անվճար բուժօգնության մատչելիության նվազեցման: Ունենալով ծրագրերի ֆինանսավորման դեֆիցիտ, ավելի է դժվարանում և ոչ իրատեսական դառնում տարածքային առողջապահական համակարգի վերակառուցման պլանները, որն իր վերջնական արդյունքում ազդում է բուժօգնության առանձին տեսակների ռեսուրսներով ապահովվածության մակարդակի վրա:

Առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետությունը գնահատելու համար մեր կողմից կիրառվել է փորձագիտական գնահատման մեթոդը: Չափանիշների և ցուցանիշների ընտրության ժամանակ հիմք է ընդունվել բուժօգնության ծավալը և տեսակը:

Այսպես, 2007թ-ին փորձագետների կողմից առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետությունը գնահատող առողջապահական ցուցանիշներից բարձր և միջին գնահատված ցուցանիշների տեսակարար կշիռը կազմել է 28,6%, որն ըստ բաշխման սանդղակի թույլ է տալիս մարզային մակարդակում առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման արդյունավետությունը գնահատել ցածր: Ծրագրի արդյունավետությունը գնահատող մեծաթիվ ցուցանիշներ գնահատվել են ցածր (71,4%), բարձր գնահատական տրվել է մեկ բնակչին ընկնող շտապ օգնության կանչերի թիվը բնութագրող ցուցանիշին:

2008թ-ի առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետությունը գնահատող մեծ թվով ցուցանիշներ փորձագետների կողմից գնահատվել են միջինից ցածր, բարձր գնահատվել է միայն շտապ օգնության կանչերը և մեկ բնակչին ընկնող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական այցելությունների թիվը: Ծրագրի արդյունավետությունը գնահատող ցուցանիշներից բարձր և միջին գնահատված ցուցանիշների տեսակարար կշիռը կազմել է 42,9%, որը ըստ բաշխման սանդղակի թույլ է տալիս Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակը գնահատել միջինից ցածր:

2009թ-ի առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետությունը գնահատող մեծ թվով ցուցանիշներ փորձագետների կողմից գնահատվել են միջինից բարձր, բարձր գնահատական տրվել է շտապ օգնության կանչերը և մեկ բնակչին ընկնող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական այցելությունների թիվը: Ծրագրի արդյունավետությունը գնահատող ցուցանիշներից ցածր մակարդակի վրա են եղել մեկ բնակչին ընկնող մահճակալ-օրերի թիվը և բուժօգնության հիմնական տեսակների մեկ միավոր ծավալի արժեքը: Բարձր և միջին գնահատված ցուցանիշների տեսակարար կշիռը կազմել է 57,1%, որը ըստ բաշխման սանդղակի թույլ է տալիս մարզի առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակը գնահատել միջինից ցածր: Ծրագրի արդյունավետությունը գնահատող ցուցանիշներից բարձր գնահատական ստացած ցուցանիշների տեսակարար կշիռը կազմել է 42,9% :

Ըստ փորձագետների գնահատականի, 2010թ.-ին մարզում բուժօգնության հիմնական տեսակների ծավալների ֆինանսական ապահովման ցուցանիշը պահպանվել է ցածր մակարդակի վրա: Ծրագրի արդյունավետությունը գնահատող ցուցանիշներից

բարձր գնահատվել են հետևյալ ցուցանիշները՝ մեկ բնակչին ընկնող շտապօգնության կանչերի թիվը, մեկ բնակչին ընկնող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական այցելությունների թիվը, իսկ միջին մակարդակ՝ ցերեկային ստացիոնարի պացիենտ-օր, ստացիոնար բուժման միջին տևողություն ցուցանիշները: Ծրագրի արդյունավետությունը գնահատող ցուցանիշներից ցածր գնահատվել են մեկ բնակչի հաշվով մահճակալ-օրերի թիվը և բուժօգնության հիմնական տեսակների միավոր ծավալի ֆինանսական ցուցանիշները: Փորձագետների կողմից բարձր և միջին գնահատված ցուցանիշների տեսակարար կշիռը կազմել է 57,1%, որը թույլ է տալիս մարզային առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակը 2010թ.-ի համար գնահատել միջինից բարձր:

Փորձագետները Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետությունն ապահովող ցուցանիշների միտումները 2011թ.-ի համար գնահատել են ցածր: Դրական բաղադրիչ է դարձել մեկ բնակչին ընկնող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական այցելությունների աճը և բուժման միջին տևողության կրճատումը: Առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետությունը գնահատող ցուցանիշներից միջին և բարձր գնահատվել են մեկ բնակչի հաշվով շտապօգնության կանչերի և ամբուլատոր-պոլիկլինիկական այցելությունների թիվը գնահատող ցուցանիշները: Փորձագետները ցածր գնահատել են մեկ բնակչի հաշվով մահճակալ-օրերի թիվը, մեկ բնակչի հաշվով պացիենտ-օր ցերեկային ստացիոնարի համար, բուժման միջին տևողությունը, ինչպես նաև ստացիոնար և շտապօգնության միավոր ծավալի գինը: Համեմատած 2010թ.-ի հետ, մարզում առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման արդյունավետությունը փորձագետները գնահատել են ցածր: Ըստ փորձագետների, բարձր և միջին գնահատված ցուցանիշների տեսակարար կշիռը կազմել է 28,6%, որը թույլ է տալիս մարզային մակարդակում 2011թ.-ի համար առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման մակարդակը գնահատել ցածր:

Այսպիսով, Գեղարքունիքի մարզում ուսումնասիրվող ժամանակահատվածի համար առողջապահական ՊՆԾ-ի կատարողականը չի կարելի համարել բալանսավորված: Ուսումնասիրվող ժամանակահատվածում պահպանվել են բարձր փաստացի ծավալ ռեսուրսաձախս ստացիոնար օգնություն, բուժման միջին տևողության բարձր

ցուցանիշներ, մեկ մահճակալ-օրվա բարձր գին, բոլոր տեսակի բուժօգնությունների միավոր ծավալի արժեքի ցածր մակարդակ, ինչպես նաև ՊՆԾ-ի դեֆիցիտ:

Մեր կողմից առողջապահական ՊՆԾ-ի բժշկասոցիալական էֆեկտը գնահատելու համար կիրառվել է նաև բնակչության առողջական վիճակը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների միտումները 2007-2011թթ. ժամանակահատվածի համար:

Փորձագետները Գեղարքունիքի մարզի առողջապահական ՊՆԾ-ի բժշկասոցիալական էֆեկտը գնահատել են ցածր, քանի որ բարձր և միջին գնահատական ստացած ցուցանիշների տեսակարար կշիռը կազմել է համապատասխանաբար 40% և 46,7%:

Առողջապահական ՊՆԾ-ի սոցիալական էֆեկտը գնահատելու համար ընտրվել են ցուցանիշներ և այդ ցուցանիշների մակարդակը գնահատող չափանիշներ: Այսպես, մարզի համար 2007թ.-ին առողջապահական ՊՆԾ-ի սոցիալական էֆեկտը գնահատվել է ցածր, քանի որ սոցիալական արդյունավետություն ապահովող ցուցանիշների մակարդակները փորձագետների կողմից ըստ գնահատման սանդղակի գնահատել են ցածր(30,0%): 2011թ.-ի մանկական և մայրական մահացության ցուցանիշները միտում են ունեցել մի փոքր նվազելու, որի արդյունքում այդ ցուցանիշների համար ծրագրի սոցիալական էֆեկտը գնահատվել է միջին (40,0%): Հաշմանդամության և աշխատունակ տարիքի բնակչության մահացության ցուցանիշների սոցիալական էֆեկտի մակարդակը փորձագետների կողմից գնահատվել է ցածր: Սոցիալական նշանակություն ունեցող հիվանդությունների առողջապահական ՊՆԾ-ի սոցիալական էֆեկտը փորձագետների կողմից գնահատվել է ցածր:

Այսպիսով, մեր կողմից կիրառված համալիր մեթոդը թույլ է տալիս գալ այն եզրահանգման, որ առողջապահական առկա ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետությունը ցածր է, որը պահանջում է առողջապահական ռեսուրսների կառավարման կատարելագործմանը ուղղված համալիր միջոցառումների մշակում և ներդրում:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Գեղարքունիքի մարզում 2007-2011թթ. ժամանակահատվածում բժշկադեմոգրաֆիկ հիմնական ցուցանիշները որպես ՊՆԾ-ի բժշկասոցիալական էֆեկտը գնահատող ցուցանիշներ, ունեցել են որոշակի առանձնահատկություններ: Ծնելիության, ընդհանուր, մանկական և մայրական մահացության ցուցանիշներում գրանցել են աճի միտումներ, մասնավորապես՝ ընդհանուր մահացության և ծնելիության ցուցանիշների աճը կազմել է 45,3%: Ընդհանուր մահացության կառուցվածքում առաջին տեղում արյան շրջանառության համակարգի, երկրորդում՝ տրավմաներ և թունավորումներ, երրորդում՝ նորագոյացություններ, չորրորդում՝ շնչառական համակարգի հիվանդություններ են: Ընդհանուր հիվանդացության ցուցանիշները բոլոր տարիքային խմբերում ունեցել են աճման միտումներ, իսկ ժամանակավոր անաշխատունակությամբ ուղեկցվող հիվանդացության ցուցանիշը 13,5%-ով բարձր է՝ համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ: Կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված հիվանդացության մակարդակը բարձր է շնչառական (0,35), մարսողական օրգանների (0,12) նյարդային (0,85), միզասեռական համակարգերի (0,03) հիվանդությունների դասերի համար:
2. Սոցիալական նշանակություն ունեցող մի շարք հիվանդություններով հիվանդացության ցուցանիշը (չարորակ նորագոյացություններ, արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ, հոգեկան խանգառումներ, ալկոհոլային փսիխոզ, սիֆիլիս, տուբերկուլյոզ, թմրամոլություն) մարզում ուսումնասիրվող ժամանակահատվածում եղել է բարձր՝ համեմատած միջին հանրապետական ցուցանիշի հետ: Գրանցվել է նորագոյացություններով հիվանդացության ուշ հայտնաբերման բարձր մակարդակ:
3. Մարզի առողջապահական ֆինանսական ռեսուրսները 2007-2011թթ-ին աճել են՝ հիվանդանոցային ծառայությունների գծով 7,7%-ով, իսկ արտահիվանդանոցային՝ 1,27%-ով: Միջոցների մոտ կեսը (58,1%) ծախսվել է աշխատավարձի և 12,9%-ը դեղամիջոցներ, վիրակապական նյութերի ձեռքբերման համար: Ստացիոնար բուժօգնություն ստացողները լրացուցիչ վճարել են ախտորոշիչ (71,0%) և լաբորատոր

հետազոտությունների (58,0%) համար: Հարցվածների 35,0%-ը հրաժարվել են բուժօգնությունից, դեղամիջոց ձեռք բերելու համար ֆինանսական միջոցների բացակայության պատճառով:

4. Հարցմանը մասնակցածների 45,5%-ն իր առողջական վիճակը գնահատել են բավարար, 56,6%-ն բավարարված է եղել բուժօգնության որակից, 47,9%-ը բուժօգնության որակի ապահովման համար կարևորում է բուժհաստատության նյութատեխնիկական հագեցվածության մակարդակը: Հիմնավորվել է բուժօգնության որակից պացիենտների բավարարվածության վրա նրանց կրթական մակարդակի ազդեցությունը ($r=-0,8$, $P<0,01$): Ըստ հարցվածների կարծիքի, անհամապատասխան որակի բուժօգնության ցուցաբերման հիմնական պատճառը բժշկի անուշադիր վերաբերմունքն է (69,9%), բժիշկների մասնագիտական ցածր որակավորման մակարդակը (55,0%), միջին բուժանձնակազմի ոչ հոգատար վերաբերմունքը (40,0%):
5. Գեղարքունիքի մարզում առողջապահական ՊՆԾ-ի կատարողականի համալիր փորձագիտական գնահատման արդյունքում բարձր և միջին գնահատված ցուցանիշների տեսակարար կշիռը 2007թ-ին կազմել է 28,6%, 2008թ-ին՝ 42,9%, 2009թ-ին՝ 57,1%, 2010թ-ին՝ 57,1%, 2011թ-ին՝ 28,6%: Բարձր գնահատվել է մեկ բնակչին ընկնող շտապ օգնության կանչերի (2007-2010թթ.), մեկ բնակչին ընկնող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական այցելությունների (2008-2011թթ.) թիվը և բուժման միջին տևողության (2011թ.) ցուցանիշները:
6. Առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետության սոցիալական էֆեկտը ըստ ցուցանիշների փորձագիտական գնահատման (կյանքի սպասվելիք միջին տևողություն, մանկական, մայրական, աշխատունակ տարիքի բնակչության մահացություն, հաշմանդամություն, տուբերկուլյոզից, հոգեկան, թմրամոլություն, սիֆիլիսով և գոնորեայով, նորագոյացություններով հիվանդացություն) 2007-2009թթ.-ին և 2011թ-ին գնահատվել է ցածր, իսկ 2010թ-ին՝ միջինից բարձր, ՊՆԾ-ի բժշկական էֆեկտը (հիվանդանոցային մահաբերություն, տուբերկուլյոզի, նորագոյացությունների ուշացած դեպքերի հաճախականություն) 2007, 2008 և 2011թթ.-ին գնահատվել է միջին, իսկ 2009-2010թթ.-ին՝ ցածր:

ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Մարզային մակարդակում առողջապահական առկա ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետությունը բարձրացնելու համար անհրաժեշտ է ՊՆԾ-ի ծավալների հիմնավորման ժամանակ հաշվի առնել մարզի բնակչության տարիքասեռային կազմը, հիվանդացության մակարդակը և կառուցվածքը, ինչպես նաև բուժօգնության տեսակների և ծավալների պահանջարկը, որի համար կարևորվում է հետևյալ ալգորիթմի փուլերի ապահովումը.
 - ✓ բնակչության առողջական վիճակը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների վերլուծություն և գնահատում:
 - ✓ ֆինանսական ռեսուրսներով ապահովվածության և արդյունավետության վերլուծություն:
 - ✓ կադրային ռեսուրսներով ապահովվածության և արդյունավետության վերլուծություն:
 - ✓ բուժօգնության մատչելիությունից և որակից բնակչության կարծիքի ուսումնասիրություն:
 - ✓ տարածքային առողջապահական ՊՆԾ-ի բժշկասոցիալական էֆեկտի, տնտեսական արդյունավետության գնահատում:
2. ՊՆԾ-ի կատարողականի նկատմամբ մոնիթորինգ և հսկողություն իրականացնելու համար անհրաժեշտ է մշակել ու ներդնել առողջապահական առկա ռեսուրսների օգտագործման մշտադիտարկում ապահովող տեղեկատվական համակարգ:
3. Առողջապահական առկա ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության բարձրացման համար անհրաժեշտ է ներդնել առողջապահական պետական ռեսուրսների օգտագործման գնահատման և մոնիթորինգի համակարգ, որը հնարավորություն կտա ավելի արդյունավետ կառավարել ՊՆԾ-ի շրջանակներում բուժօգնության ցուցաբերման համար տրամադրվող ռեսուրսները:
4. ՊՆԾ-ի կառավարման կատարելագործման, առողջապահական ռեսուրսների պլանավորման համար անհրաժեշտ է ներդնել ՊՆԾ-ի բժշկասոցիալական էֆեկ-

տը և տնտեսական արդյունավետությունը գնահատող չափանիշներ և ցուցանիշներ:

5. Հետազոտության արդյունքների ներդրումը առողջապահական համակարգի տարբեր մակարդակների մենեջերների շարունակական մասնագիտական զարգացման ծրագրերում հնարավորություն կտա զարգացնել **«Առողջապահության կառավարում»** մոդուլի դասավանդման գործնական ունակություններ և հմտություններ բաղադրիչը:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվներ //Զեկույց, 2011թ., 68էջ:
2. Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվներ //Զեկույց, 2010թ., 76էջ:
3. Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվներ //Զեկույց, 2009թ.,112էջ:
4. Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվներ //Զեկույց, 2008թ., 68 է:
5. Հայաստանի առողջապահության ազգային հաշիվներ //Զեկույց, 2007թ., 112է:
6. Հայաստանի առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում // 2014թ., 101էջ:
7. Հայաստանի առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում // 2013թ., 133էջ:
8. Հայաստանի առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում // 2012թ., 170էջ:
9. Առողջություն և առողջապահական վիճակագրություն // Վիճակագրական տեղեկագիրք// 2015թ., 222էջ:
10. Առողջություն և առողջապահական վիճակագրություն // Վիճակագրական տեղեկագիրք// 2014թ., 218էջ:
11. Տեր-Գրիգորյան Ա.Ա. Բուժօգնության կազմակերպման և ֆինանսավորման ժամանակակից մոդելների կիրառումը Հայաստանի Հանրապետությունում.// Ուսումնական ձեռնարկ, 2004թ., 120էջ:
12. Տեր-Գրիգորյան Ա.Ա. Առողջապահության համակարգի ֆինանսավորումը Հայաստանի Հանրապետությունում//Ուսումնական ձեռնարկ, 2001թ., 92էջ:
13. Акишкин В.Г., Арыхбаев Р.К., Крупинов П.А., Евсеева А.Р., Набиев Р.А. Организация финансовой системы здравоохранения-теория и практика. // Монография, Волглград, 2010, 405 С.
14. Акишкин В.Г., Квятковский И.Е., Путина С.А. Региональное здравоохранение в условиях институциональных преобразований-экономико-финансовый аспект // Монография, Волглград, 2014, 277 С.
15. Арыкбаев Р.К., Набиев Р.А., Зверев В.В. Квятковский И.Е. Региональная финансовая политика в сфере здравоохранения в условиях институциональных преобразований. // Экономика и предпринимательство, 2014, №11-3, 242-248.
16. Андреева О.В., Тэгай Н.Д., Контроль качества медицинской помощи основа защиты прав пациентов // Здравоохранение, 2003, № 1, с.29-39.

17. Арутянов А.Т., Турзин П.С., Шарапова Е.И., Шерешков Г.М. Разработка и внедрение системы менеджмента качества медицинской помощи в многопрофильной поликлинике. Сертификация, 2009, №4, с.7.
18. Астафьева Н.Г., Китапина Н.Г. Оценка удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием в стационаре медико-санитарной части // Главврач, 2005, №5, с. 57-61.
19. Багненко С.Ф., Коган Е.И. Повышение экономической эффективности работы стационара с использованием информационной системы // Здоровоохранение, 2001, № 3, с. 177-181.
20. Балахонова Т.П. Этапы формирования территориальной системы управления качеством медицинской помощи // Пробл. стандартизации в здравоохранении, 2002, №2, с.25-31.
21. Балахонова Т.П., Васильева А.М. Управление качеством медицинской помощи. Перспективы решения проблем Псковского областного фонда обязательного медицинского страхования // Главврач, 2002, №4, с.13-16.
22. Бедорева И.Ю., Бредихин А.В., Турбина А.Ю. Аудиты системы менеджмента качества – новый инструмент управления в лечебно-профилактическом учреждении // Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи: Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (Новосибирск. 2007 Г.) С.17-19.
23. Белин Н.Б., Гусева И.В., Ананьина Л.Г. Оценка качества медицинской помощи: Мнение медицинских работников //Здоровоохранение, 1999, - № 8, - С.15-17.
24. Берташ С.А., Тамазян Г.В., Вайгант А.Р. Формирование медицинских округов. как способ реформирования системы предоставления медицинской помощи в Московской области //Экономика здравоохранения, 2000, № 5,6, с. 13-21.
25. Богатова И.В. Организационно-методические подходы к оценке Эффективности первичной медико-санитарной помощи // ЭНИ Забайкальский медицинский вестник №2/2013, с.182-192.
26. Богатова И.В., Ходакова О.В., Шильникова Н.Ф. О результатах социологического исследования удовлетворенности медицинским обслуживанием застрахованных в чите //Социология медицины, 2011, N 1, с.50-52.
27. Бородулин С.В. Опыт информатизации сельской центральной районной больницы //Здоровоохранение, 2001, №21, с.170-173.

28. Бутман Я. Международный опыт в области непрерывного повышения качества медицинской помощи (на примере Нидерландов) // Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2003, №3, с.18-23.
29. Валиева Е.Н. Модернизация финансового механизма обязательного медицинского страхования в РФ // Вестник Самарского государственного экономического университета. Самара, 2013, 2, с.17.
30. Вардосанидзе С.Л., Сорокина Н.В., Шикина И.Б., Лихота А.И. Мониторинг удовлетворённости пациентов качеством медицинской помощи в многопрофильном стационаре // ГлавВрач, 2006, №1, с. 59-62.
31. Васильев Е.А., Жуков С.Г., Борщук Е.Л. Региональная система контроля качества оказания медицинской помощи в Оренбургской области // Научно-практический журнал «Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития» №4(10), 2011 с.114-117.
32. Венедиктов Д.Д., Кузнецов П.П. Медицинский информационно-аналитический центр как новая организационная технология управления здравоохранением // Здравоохранение, 2003, № 6, с. 175-178.
33. Вишняков Н.И. Анкетирование посетителей как метод оперативного контроля качества организации лечебного процесса // Проблемы социальной гигиены и история медицины, 1998, №1, с.48-50.
34. Вишняков Н.И., Петрова Н.Г., Балохина С.А., Мартиросян М.М., Петров М.В., Темирова Л.Х., Шатковская О.В. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи // Проблемы управления здравоохранением, 2009, № 2(45), с. 43-45.
35. Владимирова Т.М. Опыт ОАО НПК «ЭСКОМ» по разработке и сертификации системы Волгоградской области // Вестник новых медицинских технологий 2012 , N 1, с.5.
36. Вялков А.И., Воробьев П.А. Управление качеством в медицинских учреждениях// Главврач, 2013, N 3, с.59-69.
37. Воронина У.В., Федотова В.П., Пиргулова Т.Н., Михайлов С.М. Влияние внедрения системы непрерывного управления качеством медицинской помощи на повышение квалификации врачей, Материалы международной научно-практической конференции, Россия, Санкт-Петербург 3–4 июня 2010, с.27-32.
38. Вялков А.И. Методические подходы к оценке эффективности деятельности ЛПУ как хозяйствующего субъекта // Главный врач, 2005, № 5, с.11-17.

39. Вялков А.И. О задачах по реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в 2001-2005 годах и на период до 2010 года // Экономика здравоохранения, 2001, № 4-5, с.5-9.
40. Вялков А.И. Управление качеством в здравоохранении // Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2003, № 3, с. 310.
41. Вялков А.И., Полесский В.А., Мартынчик С.А. Ключевые стратегии ВОЗ по совершенствованию национальных систем здравоохранения // Главный Врач, 2008, № 5, с. 10-25.
42. Вялков А.И., Райсберг Б.А., Шиленко Ю.В. Управление и экономика здравоохранения // Учебное пособие для ВУЗОВ, 2002, 328с.
43. Гаджиев Р.С., Назарлиева З.С. Качество медицинской помощи городскому населению // Проблемы социальной гигиены и история медицины, 2002, №4, с.32-35.
44. Гаджиев З.С., Назаралиева З.К. Мнение городского населения об амбулаторно-поликлинической помощи // Здравоохранение Российской Федерации. 2003, №1, С. 27-30.
45. Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю., Маевская И.В. Повышение доступности и качества амбулаторной медицинской помощи как одно из приоритетных направлений реформирования здравоохранения // Научно-практический журнал, Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития, №3(09), 2011, с.61-67.
46. Гайдаров Г.М., Пчела Л.П., Макаров С.В., Алексеева Н.Ю., Применение социологического изучения удовлетворенности пациентов медицинской помощью для оценки эффективности новой системы оплаты труда медицинских работников // Сибирский медицинский журнал, 2009, № 8, с.82-85.
47. Гебель В.А. Здоровье населения и ресурсное обеспечение здравоохранения Кемеровской области // Сб. материалов международной науч.-практ. конф. «Современные медицинские технологии в здравоохранении как эффективный путь повышения качества медицинской помощи. Решения и проблемы», – Кемерово, 2004, с. 110-112.
48. Гнатюк О.П. Влияние кадровой обеспеченности учреждений здравоохранения Хабаровского края на показатели заболеваемости хроническим бронхитом и хронической обструктивной болезнью легких // Вестник общественного здоровья и здравоохранения, Дальнего Востока России, 2011 №2 <http://vozzdvr.fesmu.ru>

49. Гнатюк О.П. Анализ сети лечебно-профилактических учреждений здравоохранения Хабаровского края и их оснащенности для диагностики ХБ и ХОБЛ // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России, 2011 №3 <http://vozzdvr.fesmu.ru>
50. Гнатюк О.П., Капитоненко Н.А, Манаков Л.Г. Организационные и методические аспекты раннего выявления хронического бронхита и ХОБЛ // Бюллетень физиологии и патологии дыхания, 2012, N 44, с.14-19.
51. Голованова О.Ю. Принципы развития оценки качества как системы управления лечебно-профилактическим учреждением // Главный врач, 2003, - №6, - С.58-62.
52. Голубева А.П., Боброва И.П. Экспертная оценка качества лечебно-диагностического процесса // Здравоохранение, 2004, №7, с. 38-42.
53. Горбатков С.А., Коротнева М.В. Методика оценки эффективности работы учреждений здравоохранения // Управление в социальных и экономических системах, 2011, Т. 15, № 5 (45), с.190–193.
54. Горячев В.В., Орлов А.Е., Дмитриева М.С. Мониторирование показателей работы многопрофильного стационара по моделям конечного результата // Экономика здравоохранения, 2011, № 5-6, с.52-53.
55. Гребенкин А.В., Акбердина В.В. Количественная оценка влияния амбулаторно-поликлинической службы на уровень смертности // Проблемы социальной гигиены и история медицины, 2005, N 5, С.6-10.
56. Гришин В.В. Реформа национальной системы здравоохранения //Здравоохранение, 2008, № 4, С. 139-144.
57. Гришина М.В. Организация и доступность для населения сельских районов РФ дорогостоящих кардиохирургических видов помощи // Здравоохранение, 2002, № 6, с.37 – 41.
58. Гудов А.Х., Поляков С.В., Каменский В.А., Духанина И.В. Управление качеством в медицинской организации: оценка интенсивности использования ресурсов // Научно-практический журнал, Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития, №4(10), 2011, с.56-59.
59. Гусев М.В. Основные проблемы организации внебольничной медицинской помощи сельскому населению и перспективы ее совершенствования // Сиб, Консил., 2005, N 3 (44), с.31 – 36.
60. Дорофеев А.Л., Могила Т.В., Павлова С.П., Югай А.Л., Цой С.М., Панёнков А.Н., Зырянова О.О. О влиянии некоторых факторов на удовлетворенность

- медицинской услугой, «Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России», 2012 №1, с.1-9.
61. Дуганов М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях // М.: ИЭПП. 2007, 112 с.
 62. Дуганов М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение-опыт Вологодской области // Экономика и социология, 2010, N 3, с.201–218.
 63. Дуганов М.Д., Калашников К.Н. Методологические подходы к оценке эффективности регионального здравоохранения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции. прогноз 6 (18) 2011, с.93-105.
 64. Дьяченко В.Г., Костакова Т.А., Пригорнев В.Б. Профессиональные мотивации будущих врачей // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России, 2011, №2, с.1-7.
 65. Забин Ю.Л. Проблемы медицинского обеспечения сельских жителей // Экономика здравоохранения, 2001, № 11-12, с.25-26.
 66. Зимина Э.В., Горькова Т.Ю., Гудкова С.Б. Качество подготовки экономистов и менеджеров для здравоохранения: задачи. проблемы, пути решения // Научно-практический журнал, Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития, №1(11), 2012, с.137-146,
 67. Капитоненко Н.А., Кирик Ю.В. Анализ реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в субъектах РФ Дальневосточного федерального округа в 2010 году (по официальным данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ) // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России, 2011 №2 <http://vozzdvr.fesmu.ru>
 68. Капитоненко Н.А., Костакова Т.А., Кирик Ю.В. Проблемы подготовки медицинских кадров в условиях модернизации здравоохранения // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России, 2011 №3 <http://vozzdvr.fesmu.ru>
 69. Каплунов О.А. О некоторых подходах к модернизации здравоохранения в регионах // Менеджер здравоохранения, 2011,- №1, с.24-28.
 70. Киселев С.В., Сабитов Н.Х. Организационно-экономические аспекты внедрения обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохранения, 1997, №11, с. 53-59.

71. Короткова А.В., Скачкова Е.И. Качество и контроль // Вестник Росздравнадзора № 5-2010, с.10-16.
72. Косткина Л.А., Анденко С.А., Тимофеев И.В., Чавпецов В.Ф. Причины, результаты и перспективы создания системы управления качеством медицинской помощи в Санкт-Петербурге Качество медицинской помощи: Проблемы и перспективы Совершенствования Материалы международной научно-практической конференции // Россия, Санкт-Петербург 3–4 июня 2010, с.3-9.
73. Котова Г.Н. Потребность городского населения в амбулаторно-поликлинической помощи //Здравоохранение Российской Федерации, 2001, № 6, с.11-13.
74. Котова Г.Н., Нечаева Е.Н., Гучек П.А., Карасева Л.Н. Социологическая оценка качества медицинской помощи //Здравоохранение Российской Федерации, 2001, №4, с.22-26.
75. Кузнецов П.П., Столбов А.П., Какорина Е.П. Комплексная информатизация медицинских организаций: планирование финансовых затрат (на примере РАМН) // Врач и информационные технологии, 2013, N 5, с.12-25.
76. Кузнецов П.П. Автоматизация системы управленческого учета - инструмент многофакторного анализа использования ресурсов путем мониторинга деятельности ЛПУ // Экономика здравоохранения, 2002, №3, с.70-78.
77. Кузнецова О.В. Применение статистического метода при количественной оценке качества медицинской помощи // Менеджер здравоохранения, 2007, № 6, с.18-24.
78. Кучеренко В.З., Алексеева В.М., Скоморохова Т.В. Маркетинговый анализ качества медицинской помощи в добровольном медицинском страховании: теоретические основы проблемы // Экономика здравоохранения, 2003, № 10, с. 11-16.
79. Лаврищева Г.А., Черниенко Е.И. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в первичном звене здравоохранения // Здравоохранение, 2011, № 3, с.163-172.
80. Лебедев Г.С. Методика оценки потенциальной эффективности информационных систем здравоохранения //«Информационно-измерительные и управляющие системы», №12, Т.8, 2010 г., с.62-69.
81. Лучшева Л.Ф., Осетрова Т.С., Тармаева С.В., Кравченко В.А., Снурница З.А., Бондаренко Л.В., Моница Е.В., Павленко В.М., Васяева Л.Е. Конфликта с пациентом можно избежать // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России, 2013 №2 <http://vozzdvr.fesmu.ru>

82. Лытаев С.А., Измайлов А.Ф., Зигаленко Д.Г. Организация контроля качества медицинской помощи в Санкт-Петербурге и Ленинградской области // Научно-практический журнал, Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития, №4(10), 2011, с.117-122.
83. Максимова Л.В. Опыт организации оценки технологий в здравоохранении Великобритании // Менеджер здравоохранения, 2011,- №1, с.126-131.
84. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения, - М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006, 528 с.
85. Мишагин Д.В. Внедрение информационных систем в управление работой крупного многопрофильного стационара // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке» №3, 2011 том 13, с.330-332.
86. Муравьева М.М. Медико-экономическая экспертиза качества лечебно-профилактической помощи // Пробл. управления здравоохранением, 2003, №1, с.41-43.
87. Мыльникова Л.А. Развитие скорой медицинской помощи сельскому населению в Российской Федерации // Здравоохранение, 2001, № 12, с.22-24.
88. Набережная Ж.Б. Анализ удовлетворенности больных медицинской помощью в стационарах // Главный врач, 2005, № 3, с.49-53.
89. Немытин Ю.В., Брескина Т.Н. Современные технологии управления качеством медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2008, № 1, с.47-51.
90. Орлов Е.М., Соколова О.Н. Категория эффективности в системе здравоохранения // Фундаментальные исследования №4, 2010, с.70-75.
91. Орлова Г.Г., Рогожников В.А. Сравнительный анализ существующих в России моделей управления сельским здравоохранением // Здравоохранение, 2001, № 10, с.16-19.
92. Отставных Д.В., Булдакова Т.И., Шапиро И.А., Скорик Т.М., Багаткин М.Н. Муниципальное здравоохранение Хабаровска на пороге государственной реформы в системе оказания медицинской помощи населению // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России, 2011 №2 <http://vozzdvr.-fesmu.ru>
93. Павлова Е.Е. О работе Росздравнадзора по рассмотрению обращений граждан по вопросам организации и качества медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора № 5, 2010, с.30-34.

94. Петиченко А.В. Аккредитация медицинских организаций как вектор достижения качества // Научно-практический журнал, Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития, №1(11), 2012, с. 122-130.
95. Петрова Н.Г., Балохина С.А., Мартиросян М.М., Комличенко Э.В., Петров М.В. Социологические исследования как неотъемлемый инструмент управления на современном этапе // Проблемы управления здравоохранением, 2008, №4 (41), с.19-25.
96. Савков Д.С., Савкова В.М. Модернизации здравоохранения – шаг вперед или новые организационно-правовые проблемы // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России, 2011 №2 <http://vozzdvr.fesmu.ru>
97. Самсонова Н.А., Артамонова А.И. Метод оценки и контроля качества медицинской помощи в системе управления деятельностью учреждений здравоохранения// Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи: Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, Новосибирск, 2007, с.63-66.
98. Сафиуллин Р.С., Шайхутдинова Л.Н., Миннекеева К.А. Опыт внедрения и функционирования системы менеджмента качества в испытательной лаборатории //Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития, №4(10), 2011, с.59-65.
99. Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Борчанинова Е.Л. Профиль удовлетворенности пациентов первичной амбулаторной медицинской помощью // Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2010, № 5-6, с.3-7.
100. Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Борчанинова Е.Л. Структурный анализ удовлетворенности пациентов стационарной медицинской помощью// Управление качеством здравоохранение, Глав врач №2, 2010, с.77-82.
101. Свирская Г.П. О развитии стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению //Здравоохранение, 2000, №1, с.5–20.
102. Семенов В.Ю. Проблемы управления качеством медицинской помощи //Здравоохранение, 2004, №3, с.20–25.
103. Серегина И.Ф., Линдербратен А.Л., Гришина Н.К. Результаты социологического исследования мнения населения Российской Федерации о качестве и доступности медицинской помощи //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2009, №5, с.3-7.

104. Серёгина И.Ф., Студенникова Э.С. Международные стандарты качества в сфере здравоохранения В России: краткий обзор // Научно-практический журнал, Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития, №1(11), 2012, с.108-112.
105. Синявский В.М. О системе статистического учета и управления в амбулаторно-поликлинической службе // ГлавВрач, 2011, № 5, с.67-76.
106. Спиридонов А.В., Шулаев А.В. Метод оценки удовлетворенности пациентов качеством стационарных услуг в условиях модернизации здравоохранения // Современные проблемы науки и образования, 2013, № 4; URL: www.science-education.ru/110-10001
107. Столярова Е.А., Федорова Э.В. Удовлетворенность пациентов, как индикатор качества медицинской помощи в ГБУЗ «Сахалинская областная больница» // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России, 2013 №1 <http://vozzdvr.fesmu.ru>
108. Сыстеров А.А. К вопросу об изменении системы оплаты труда в лечебно-профилактическом учреждении // Менеджер здравоохранения, №3, 2007, с.59-63.
109. Сыстеров А.А. Стандартизация как один из способов управления качеством оказания медицинской помощи // Здравоохранение, № 11, 2006, с.39-41.
110. Сыстеров А.А., Степанов В.В. Проблемы кадровой политики в крупном лечебно-профилактическом учреждении // Здравоохранение, № 1, 2007, с.163-166.
111. Султанов Г.С. Формы улучшения инвестиционного климата как базиса формирования эффективной инвестиционной политики. // Экономика и предпринимательство, 2014, №12-2, 367 С.
112. Тайницкая Э.В. Рейтинговая оценка деятельности врача-педиатра участкового в системе управления качеством медицинской организации // Заместитель главного врача, 2011, № 8, с.58-66.
113. Татарников М.А., Вялова Г.М., Глухова Г.А. Оценка удовлетворенности потребителей медицинских услуг в системе управления здравоохранением // Экономика здравоохранения, 2011, № 3-4, с.29-35.
114. Татарников М.А. Методологические основы формирования системы показателей эффективности деятельности учреждений здравоохранения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения, 2009, № 12 (99), с. 6-10.
115. Тельнова Е.А. Качество оказания медицинской помощи как основная задача системы здравоохранения // Вестник росздравнадзора № 5, 2010, с.4-10.

116. Тельнова Е.А. О государственной системе контроля качества лекарственных средств // Научно-практический журнал, Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития, №4(10), 2011, с.106-114.
117. Тихомиров А.В. Объекты медицинской деятельности: проблемы отношения государства // Главный врач: хозяйство и право, 2008, № 2, с.23-28.
118. Тихомиров А.В. Перспектива здравоохранения // Главный врач: хозяйство и право, 2008, № 2, с.8-13.
119. Трапкова А.А. Сравнительный анализ требований надлежащей производственной практики Евросоюза и США с требованиями к системе менеджмента качества ИСО 9001// Научно-практический журнал, Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития, №4(10), 2011, с.106-114.
120. Уйба В.В. Экономические методы управления в здравоохранении // Новосибирск, 2012, 299 с.
121. Улумбекова Г.Э. Доступность и качество медицинской помощи в Российской Федерации. Методы оценки и сравнение показателей с развитыми странами // Научно-практический журнал, Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития, №4(10), 2011, с.36-45.
122. Ушаков И.В., Кицул И.С., Князюк Н.Ф. Организационная технология мониторинга удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи //ГлавВрач, 2006, № 1, с.77-85.
123. Фахрутдинова Е.В. Теоретические особенности управления приоритетными национальными проектами в РФ // Городское Здравоохранение, №5, 2008, с.53-58.
124. Филатов В.Н., Махова О.А. Удовлетворенность клиентов качеством платной медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения амбулаторного звена //Менеджер здравоохранения, 2006, №7, с.30-36.
125. Финченко Е.А., Степанов В.В. Методические подходы к оценке ресурсного обеспечения сельского здравоохранения // Экономика здравоохранения, 2003, № 5-6, с.53-58.
126. Хабриев Р.У., Серегина И.Ф. О результатах социологического исследования по оценке доступности и качества медицинской помощи населению // Здравоохранение, 2007, № 6, с.31-45.
127. Хай Г.А. Информационные технологии. Компьютерная поддержка работы врача //Главврач, 2002, №5, с.35-38.

128. Хальфин Р.А. Состояние и перспективы развития муниципального здравоохранения // Здравоохранение, 2007, №12, с.7-12.
129. Хальфин Р.А. Актуальные вопросы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации // Здравоохранение, 2003, № 10, с.19-26.
130. Ханыгина Ю.С., Островская И.В. Удовлетворенность пациентов качеством оказываемых медицинских услуг // Успехи современного естествознания №9, 2013, с.68-73.
131. Чавпецов В.Ф., Колабутин В.М., Карачевцева М.А., Засухина Т.Н. Результаты внедрения единых подходов к Экспертизе и управлению качеством Медицинской помощи в северо-западном Федеральном округе на основе Опыта Санкт-Петербурга, Материалы международной научно-практической конференции, Россия, Санкт-Петербург, 2010, с.11-16.
132. Черепанова И.С., Черепанова И.С. Стандарты по укреплению здоровья в больницах: международные аспекты // Научно-практический журнал, Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития, №3(09), 2011, с.110-114.
133. Чумаков А.С., Трофимов В.В. Состояние и факторная обусловленность удовлетворенности потребителей медицинских услуг их качеством по данным опроса на этапе оказания услуг // Проблемы управления здравоохранением, 2009, № 4 (47), с.35-39.
134. Шаброва А.В., Чавпецова В.Ф. Система управления качеством медицинской помощи в Санкт-Петербурге, Первые результаты и проблемы развития // Сборник научно-практических работ. СПб., 2007, 173с.
135. Шавхалов Р.Н. Динамика показателей временной нетрудоспособности в ходе реализации национального проекта «Здоровье» // Проблемы управления здравоохранением, 2009, № 6, с.17-21.
136. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения, М: Издатцентр, 1998, 337 с.
137. Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях// М. : Медицина, 1986, 208с.
138. Шильникова Н.Ф, Реализация программы государственных гарантий на территории Читинской области за 2003-2005 гг. // Проблемы управления здравоохранением, 2008, № 4, с.5-8.

139. Шильникова Н.Ф., Карпова И.П. Оценка экономической эффективности сестринских инноваций // Экономика здравоохранения, 2008, № 3, с. 36-37.
140. Шильникова Н.Ф., Ходакова О.В., Богатова И.В. Социологическая оценка качества медицинской помощи пациентами в амбулаторно-поликлинических учреждениях города Читы // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России, 2011 №2 <http://vozzdvr.fesmu.ru>
141. Шипова В.М., Гайдаров Г.М., Плутницкий А.Н., Шавхалов Р.Н., Растегаев В.В., Растегаева И.Н. Стоимостные оценки медицинских осмотров работающих граждан // Здравоохранение, 2010, № 2, с. 39-47.
142. Шкода А.С. Методологические основы реализации программы модернизации здравоохранения в административном округе города Москвы// Научно-практический журнал, Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития, №4(10), 2011, с.45-49.
143. Шулаев А.В. Факторный анализ удовлетворенности родителей организацией медицинского обслуживания в детских поликлиниках г. Казани // Медицинский альманах, 2011, № 6, с. 19-22.
144. Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и Здравоохранение, 2012, 592с.
145. Щепин О.П., Овчаров В.К. Здоровье населения и развитие современных технологий в здравоохранении //Вестн. Санкт-Петербургской гос. Мед. академии им. И.И. Мечникова, 2002, №: 4 , с.5-9.
146. Эмануэль А.В. Элементы системы менеджмента качества на базе Гост Р ИСО 9001-2008 и ГОСТ Р ИСО 9004-2010// Научно-практический журнал, Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития, №1(11), 2012, с.112-122.
147. Andel C., Davidow SL., Hollander M., Moreno DA. The economics of health care quality and medical errors, J Health Care Finance, 2012 Fall;39(1):39-50.
148. Beaulieu ND, Quality Information and Consumer Health Plan Choices, Journal of Health Economics, 2002;21(1):43-63,.
149. Berwick DM., James B., Coye MJ., Connections between quality measurement and improvement, Medical Care, 2003;41(1, Suppl):130-138.
150. Brownell MD., Roos NP., Burchill C. Monitoring the impact of hospital downsizing on access to care and quality of care // Medical Care, 1999;37(6):135-150.
151. Caillet R., Baillet S. Accreditation: the French experience // Hospital: Official Journal of the European Association of Hospital Managers, 2000;l:23-24.

152. Coons SJ., Rao S., Keininger DL., Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments, *PharmacoEconomics*, 2000;17(1):13-35.
153. Detmar SB., Muller MJ., Schornagel JH., Wever LD., Aaronson NK. Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication: A randomized controlled trial, *Journal of the American Medical Association*, 2002;288(23):3027.
154. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, 1966, *Milbank Memorial Fund Quarterly* 2005;83(4):691-729.
155. Donaldson GW., Moinpour CM. Individual differences in quality-of-life treatment response, *Medical Care*, 2002;40(6, Suppl):III39-III53.
156. Elaine T., Luiz A., Facchin Maria de Fatima Santos Maia Health information technology in primary health care in developing countries: a literature review, *Bulletin of the World Health Organization* 2004, 82 (11), p.867-875.
157. Espallargues M., Valderas JM., Alonso J. Provision of feedback on perceived health status to health care professionals: A systematic review of its impact, *Medical Care*, 2000;38(2):175-186.
158. Farley DO., Elliott MN., Short PF., Damiano P., Kanouse DE., Hays RD. Effect of CAHPS Performance Information on Health Plan Choices by Iowa Medicaid Beneficiaries, *Medical Care Research and Review*, 2002;59(3):319-336.
159. Farley DO., Short PF., Elliott MN., Kanouse DE., Brown JA., Hays RD., Effects of CAHPS Health Plan Performance Information on Plan Choices by New Jersey Medicaid Beneficiaries, *Health Services Research*, 2002;37(4):985-1007.
160. Hewson B. Why the Human Rights Act matters to doctors // *British Medical Journal*, 2000;321:780-781.
161. Kaplan SH., Kravitz RL., Greenfield S. A critique of current uses of health status for the assessment of treatment effectiveness and quality of care, *Medical Care*, 2000;38(9, Suppl):II184-II191.
162. New York State Department of Health, "New York State Managed Care Plan Performance Report"2005, Available at http://www.health.state.ny.us/health_care/managed_care/qarrfull/qarr.
163. Noel PH., Chris Frueh B., Larme AC., Pugh JA., Noel PH., Williams JW. Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity, *Health Expectations*, 2005;8(1):54-63.

164. Nutting PA., Baier M., Werner JJ., Cutter G., Conry C., Stewart L. Competing demands in the office visit: What influences mammography recommendations? The Journal of the American Board of Family Practice, 2001;14(5):352.
165. Ozkaynak M., Johnson SA., Tulu B., Donovan JL., Kanaan AO., Rose A. Exploring the effect of complex patients on care delivery tasks // Int J Health Care Qual Assur. 2015;28(5):494-509.
166. Psek WA., Stametz RA., Bailey-Davis LD., Davis D., Darer J., Faucett WA., Henninger DL., Sellers DC., Gerrity G. Operationalizing the learning health care system in an integrated delivery system // EGEMS (Wash DC), 2015,10;3(1):1122.
167. Talib F., Rahman Z., Azam M. Best practices of total quality management implementation in health care settings, Health Mark 2011;28(3): 232-52.
168. Tang N., Eisenberg JM., Meyer GS. The roles of government in improving health care quality and safety, Jt Comm J Qual Saf. 2004;30(1):47-55.
169. Wedig GJ., Tai-Seale M. The Effect of Report Cards on Consumer Choice in the Health Insurance Market, Journal of Health Economics, 2002;21(6):1031-1048.

ՀԱՎԵԼՎԱԾ

Քուժառայությունների որակի մասին բնակչության կարծիքի ուսումնասիրման հարցաթերթիկ

Խնդրում ենք հատկացնել մի փոքր ժամանակ տրված հարցաթերթիկը լրացնելու համար: Մեզ համար կարևոր է իմանալ Ձեր կարծիքը բուժառայությունների որակի և մատչելիության մասին: Ձեր պատասխանները կօգնեն մեզ գնահատել և բարելավել աշխատանքները:

Մեկ հարցի համար կարող է պատասխանի միայն մեկ տարբերակ լինել: Դրեք ցանկացած նշան համապատասխան գծագրով (+, x, √)

Ուշադրություն հարցադրվում է անանուն

1. Ձեր սեռը՝ Արական _____ Իգական _____
2. Ձեր տարիքը՝ 20-30տ, _____ 31-40տ, _____ 41-50տ, _____ 51տ, և ավել _____

N	Հարց	Այո	Ոչ	Դժվարանում եմ պատասխանել	
3.	Դիմել էք արդյոք Ձեր հիվանդանոց, պոլիկլինիկա:				
4.	Հատակացվել է արդյոք Ձեզ տեղեկատվություն անվճար բուժ. ծառայությունների հատկացման կարգի մասին:				
5.	Հատակացվել է արդյոք Ձեզ տեղեկատվություն վճարովի բուժ ծառայությունների հատկացման կարգի մասին:				
6.	Նշանակվել են արդյոք Ձեզ ախտորոշիչ հետազոտություններ:				
7.	Ախտորոշիչ հետազոտություններին սպասելու ժամանակահատվածը (անհրաժեշտը ընդգծել)				
	չեմ սպասել	1 օր	2-3 օր	3-10 օր	1 ամսվա ընթացքում
8.	Արդյոք օգտվել ե՞ք վճարովի բուժ ծառայություններից:				
9.	Արդյոք եղել ե՞ն դժվարություններ տեղամասային բժշկին տուն կանչելու հարցում:				
10.	Տեղամասային բժշկին սպասելու ժամանակահատվածը (ընդգծել)				
	չեմ սպասել	մինչև 30 րոպե	1 ժամ և ավել	1 օրվա ընթացքում	չեմ այցելել
11.	Նեղ մասնագետների խորհրդատվական օգնություն ստանալու համար սպասելու ժամանակահատվածը (անհրաժեշտը ընդգծել)				
	չեմ սպասել	1 օր	2-3 օր	3 օրից ավել	1 շաբաթ և ավել

12.	Դուք բուժվել ե՞ք ստացիոնարում ՊՆԾ-ի շրջանակներում:		
13.	Ձեր հիվանդանոցում ՊՆԾ-ի հոսպիտալիզացմանը սպասելու ժամանակահատվածը (անհրաժեշտը ընդգծել)		
	1-7 օր	8-14 օր	15-30 օր
14.	Մարզային կենտրոնի հաստատությունում ՊՆԾ-ի հոսպիտալիզացմանը սպասելու ժամանակահատվածը (անհրաժեշտը ընդգծել)		
	1-7 օր	8-14 օր	15-30 օր

15.	Գոհ եք արդյոք ստացիոնարում Ձեզ մատուցած բուժառաջության որակից:					
16.	Գոհ եք արդյոք պոլիկլինիկայում Ձեզ մատուցած բուժառաջության որակից:					
17.	Փոփոխվե՞լ է արդյոք բուժառաջությունների որակը դեպի ավելի լավն համեմատած նախորդ տարվա հետ:					
18.	Ձեռք բերել եք՞ դեղորայք Ձեր հաշվին ստացիոնարում բուժման ժամանակ:					
19.	Ունե՞ք արդյոք արտոնություններ դեղորայքի բաղադրատոմս ստանալու համար (անհրաժեշտը ընգծել , եթե ոչ, ապա անցում հարց 21-ին):					
	այո, ունեմ	ոչ, չունեմ		հրաժարվել եմ նպաստից		
20.	ՊՆԾ-ի շրջանակներում բաղադրատոմս ստանալու սպասելու ժամանակահատվածը (օրերով) (անհրաժեշտը ընգծել)					
	1 օր	մինչև 10 օր		1 ամսվա ընթացքում	1 ամսից ավել	
21.	Ի՞նչ եք կարծում կբարձրացնի արդյո՞ք բուժառաջության մատուցման մակարդակը եթե Ձեր մարզում իրականացվի առողջապահության արդիականացում:					

Շնորհակալություն մասնակցության համար: Դուք կարող եք թողնել ձեր առաջարկությունները, դիտողությունները և կարծիքները մատուցված բուժառաջությունների մատչելիության և որակի մասին:

Շտապ օգնության դիմած պացիենտի Հարցաթերթ

Խնդրում ենք 5 բալային սանդղակով գնահատել Ձեզ մատուցված բուժօգնության պայմանները: Դրա համար անհրաժեշտ է Ձեր կարծիքը շրջանակի մեջ վերցնել կամ նշել այլ կերպ: Ամենացածր գնահատականը համապատասխանում է 1 բալին, ամենաբարձրը՝ 5: Ձեր գնահատականները կօգնեն մեզ բացահայտել թերությունները և բարելավել աշխատանքը: Կանխավ շնորհակալություն օգնության համար:

Ընհանուր տվյալներ (ընդգծել)

1. Հարցաթերթիկը լրացրեց՝

1. հիվանդ 2, մինչև 14 տարեկան երեխայի ծնողներ 3, հիվանդի հարազատները

2. Տարիքը՝

1. մինչև 20տ, 2, 20-40տ, 3, 40-60տ 4, 60-ից բարձր

3. Կրթությունը՝

1. նախնական 2, միջնակարգ 3, բարձագույն

4. Սոցիալական կարգավիճակը

1. սովորող 2. աշխատող 3. ծառայող

4. կենսաթոշակառու 5. տնային տնտեսուհի 6. գործազուրկ

Ինչպես եք գնահատում՝

5. Ձեր բնակության տարածքում շտապ օգնության աշխատանքները
(հասանելիությունը)

1 2 3 4 5

(կանչեր ընդունելու կազմակերպվածությունը, շտապ օգնությանը սպասելու ժամանակը, շտապ օգնության բժշկին կամ բրիգադը ընտրելու հնարավորությունը)

6. Պրոֆեսիոնալիզմը՝

1 2 3 4 5

(բժիշկների բրիգադի գործողությունների ճշգրտությունը և կապակցվածությունը, բժշկական սարքավորումների կիրառումը, բժիշկների խորհուրդների օգտակարությունը դեղորայքային բուժման ժամանակ, սննդակարգի ռեժիմի, բուսաբուժությամբ ինքնական դիմումի ժամանակ շտապ օգնության բաժանմունք, բուժօգնությունը)

7. Միջին բուժանձնակազմը

1 2 3 4 5

(Մանիպուլյացիոն տեխնիկայի կիրառումը, բժշկական սարքավորումների, բժշկի ցուցումների արագ և ճշգրիտ կատարում, խորհուրդների օգտակարությունը ինքնական դիմումի ժամանակ շտապ օգնության բաժանմունք)

Նյութաեխնիկական ապահովվածության վիճակը

1 2 3 4 5

(միանվագ օգտագործման գործիքների առկայությունը, ներարկիչների, վիրակապական նյութերի, էլեկտրոկարդիոգրաֆի)

8. Շտապ օգնության աշխատողների սանիտարահիգիենիկ կանոնների կատարումը

1 2 3 4 5

(զննելուց առաջ ձեռքերի լվացումը, ներարկումից առաջ ձեռքերի մշակումը)

9. Դեղորայքային ապահովվածության վիճակը

1 2 3 4 5

(արդյո՞ք կա անհրաժեշտ դեղորայք անհետաձգելի իրավիճակի բուժման համար)

10. Բժիշկների բարյացկամությունը և ուշադրությունը

1 2 3 4 5

11. Միջին աշխատակազմի բարյացկամությունը և ուշադրությունը

1 2 3 4 5

12. Բուժօգնության ցուցաբերման համապատասխանությունը

1 2 3 4 5

(հետազոտման և բուժման բավարարումը)

13. Ախտորոշման, բուժման արդյունքների ձեռքբերումը

1 2 3 4 5

(զո՞հ եք արդյոք շտապ բուժ, օգնության ցուցաբերած արդյունքներից)

Բուժօգնությունից հիվանդների բավարարվածության գնահատման

Հարցաթերթիկ

Բուժկանխարգելիչ օգնության արդյունավետության և որակի գնահատման և այն բարձրացնելու միջոցառումների մշակման համար խնդրում ենք Ձեզ պատասխանել անկետայի հարցերին և ընդգծեք այն պատասխանների տարբերակը, որը ըստ Ձեզ՝ առավել հավանական է:

Կանխավ շնորհակալ ենք Ձեր ակտիվ մասնակցության համար

Նշումը կատարել (*) նշանով

1. Ո՞րն է Ձեր բուժհաստատություն դիմելու պատճառը

- o Բուժում
- o Հետազոտություն
- o Բժշկական զննում
- o Կլինիկական հսկողություն
- o Փաստաթղթերի ձևակերպում
- o Այլ

2. Պատահե՞լ է հաղթահարել կազմակերպչական պլանի որոշակի դժվարություններ

- o Այո շատ զգալիորեն
- o Դժվարություններ եղել են, բայց ոչ զգալի
- o Ոչ, չեն հանդիպել

3. Ինչպե՞ս կգնահատեք անձնակազմի վերաբերմունքը (ուշադրությունը, հետաքրքրվածությունը, բարեացկամությունը, անշահախնդրությունը)

- o Շատ բարձր
- o Միջին
- o Ցածր
- o Շատ ցածր

4. Ինչպե՞ս կգնահատեք անձնակազմի վերաբերմունքը (պրոֆեսիոնալ հմտություններ, բարեխղճություն, մանիպոլյացիայի և ընթացակարգերի ճշգրիտ կատարում, կարգապահությունը, պատասխանատվություն և այլն)

- o Շատ բարձր
- o Բարձր
- o Միջին
- o Ցածր
- o Շատ ցածր

5. Որքանո՞վ են հարմար Ձեզ տվյալ հաստատությունում մնալու պայմանները (սանիտարահիգիենիկ վիճակ, պոլիկլինիկայում մնալու ընդունելության պայմաններ և այլն)

- o Միանգամայն հարմարավետ

- o Միջին

- o Վատ

6. Ի՞նչ կարող եք ասել բժիշկների աշխատանքի մասին (պրոֆեսիոնալիզմ, գործին ոչ պաշտոնական վերաբերմունք, ախտորոշման և բուժման մեթոդների ադեկվատություն, անկեղծ ցանկություն հաճախորդների օգնելու հարցում, արդյունքների մեջ հետաքրքրվածություն)

- o Շատ բարձր

- o Բարձր

- o Միջին

- o Ցածր

- o Շատ ցածր

7. Գո՞հ եք արդյոք բուժման արդյունքներից (խնդրի լուծմամբ, որը պոլիկլինիկա դիմելու կամ հոսպիտալիզացման պատճառ է հանդիսացել և այլն)

- o Չափազանց գոհ եմ

- o Միանգամայն գոհ եմ

- o Նորմալ է

- o Գոհ չեմ

- o Շատ դժգոհ եմ

8. Ինչպե՞ս ընդհանուր կրնորոշեիք Ձեր վերաբերմունքը բուժհաստատության աշխատանքի մասին

- o Գոհ եմ չափից շատ

- o Հիմնականում գոհ եմ

- o Մասնավորապես գոհ եմ

- o Ընդհանուր գոհ չեմ

- o Միանգամայն դժգոհ եմ

**Արտահիվանդանոցային բուժօգնությունից պացիենտների
բավարարվածության գնահատում**

1. Բավարարված եք դուք բուժօգնության ցուցաբերումից
 - ա) այո բ) ոչ գ) ոչ ամբողջապես դ) դժվարանում եմ պատասխանել
 2. Բավարարված եք Ձեր բուժող բժշկի վերաբերմունքից
 - ա) այո բ) ոչ գ) ոչ ամբողջապես դ) դժվարանում եմ պատասխանել
 3. Բավարարված եք բժիշկ-բուժքույր հարաբերություններից
 - ա) այո բ) ոչ գ) ոչ ամբողջապես դ) դժվարանում եմ պատասխանել
 4. Ձեր առաջարկը աշխատանքների կատարելագործման ուղղությամբ
 1. սանիտարահիգիենիկ պայմանների բարելավում
 2. դեղորայքով ապահովվածության բարելավում
 3. հաստիքներով ապահովվածության բարելավում
 4. սպասարկման կուլտուրայի բարելավում
 5. այլ առաջարկներ
 5. Անկետան լրացրել է,
 1. պացիենտը
 2. մինչև 14 տ. երեխայի ծնողը
 3. հիվանդի հարազատը
 6. Պացիենտի սեռը: ա) արական բ) իգական
 7. Տարիքը: ա) մինչև 20 բ) 20-40 գ) 40-60 դ) 60 և բարձր
 8. Կրթությունը: ա) միջնակարգ բ) բարձրագույն գ) այլ
 9. Սոցիալական կարգավիճակը՝ ա) սովորող, բ) բարձրագույն գ) այլ
- Ինչպես եք դուք գնահատում (5 բալային համակարգով)
10. Բուժօգնության մատչելիությունը 1, 2, 3, 4, 5,
 11. Բժշկի պրոֆեսիոնալիզմը 1, 2, 3, 4, 5,
/հստակ և կանոնակարգված գործունեություն, բժշկական սարքավորումների
օգտագործում, դեղորայքային բուժման դեպքում բժշկի խորհուրդները, սննդակարգի
ոեժիմը, ինքնաբուժման առկայություն/
 12. Միջին բուժանձնակազմ 1, 2, 3, 4, 5,
/մանիպուլյացիաների բժշկական սարքավորումների կիրառման տեխնիկայի
իմացություն, բժշկի նշանակումների և խորհուրդների արագ և հստակ կատարում/
 13. Նյութական-տեխնիկական հագեցվածության աստիճանը 1, 2, 3, 4, 5,
/միանվագ օգտագործվող ներարկիչների, վիրակապական նյութերի, այլ գործիքների
առկայություն/
 14. Սանիտարա-հիգիենիկ պահանջների պահպանում 1, 2, 3, 4, 5,
/զննումից առաջ ձեռքերի լվացում, ձեռքերի մշակում մանիպուլյացիայից առաջ,
պալատների, միջանցքների, սպիտակեղենի մաքրություն/
 14. Դեղորայքային ապահովման վիճակը
/միշտ կա անհրաժեշտ դեղորայք/

15. Բժշկի ուշադրություն և բարյացկամ վերաբերմունք 1, 2, 3, 4, 5,
16. Միջին բուժանձնակազմի ուշադրություն և բարյացկամ վերաբերմունք 1, 2, 3, 4, 5,
17. Բուժօգնության համապատասխանություն 1, 2, 3, 4, 5,
/հետազոտությունների և բուժման բավարար քանակություն/
18. Ախտորոշիչ և բուժման արդյունքների մակարդակը 1, 2, 3, 4, 5,
/բավարարված եք բուժօգնության արդյունքից/
20. Ի՞նչ հաճախականությամբ եք դիմում կանխարգելիչ նպատակով 1, 2, 3, 4, 5,
21. Ունեցել ե՞ք հնարավորություն ընտրել բուժկանխարգելիչ բուժհաստատությունը 1, 2, 3, 4, 5,
22. Եղե՞լ են դեպքեր, երբ հրաժարվել են անվճար բուժօգնություն ցուցաբերելուց 1, 2, 3, 4, 5,
23. Գիտե՞ք արդյոք ՊՆԾ մասին 1, 2, 3, 4, 5,
24. Եղե՞լ են դեպքեր, երբ անհչաժեշտ է եղել բուժման համար օգտագործեք Ձեր անձնական գումարը 1, 2, 3, 4, 5,
25. Սեփական միջոցները օգտագործել եք 1, 2, 3, 4, 5,
1. մասնագետի խորհրդատվության համար
 2. հետազոտությունների կազմակերպման համար
 3. դեղորայք ձեռք բերելու համար
 4. ներարկիչներ, բինտ, բամբակ ձեռք բերելու համար
26. Որն է եղել վճարովի ծառայություններ ստանալու պատճառը 1, 2, 3, 4, 5,
1. չունեմ ՊՆԾ շրջանակներում բուժօգնություն ստանալու իրավունք
 2. վճարովի ծառայություններն ավելի որակյալ են
 3. ՊՆԾ ծավալները չի բավարարել արդյունավետ բուժման և ախտորոշման համար
27. Ընդհանուր առմամբ ինչպե՞ս եք գնահատում վճարովի ծառայության առկայությունը արտահիվանդանոցային բուժօգնության մեջ 1, 2, 3, 4, 5,

Ստացիոնար հիվանդի վարման փորձագիտական գնահատականը ՔԱՐՏ

- I. Ախտորոշիչ միջոցառումների գնահատական (2,0)
1. Պացիենտի գանգատների, անամնեզի, ֆիզիկալ հետազոտությունների, մասնագետների կոնսուլտացիայի, բաժանմունքի վարիչի զննման ծավալի և որակի հետազոտություն-0,5
 - ա. ամբողջական-0,5
 - բ. մասնակի կամ ոչ ժամանակին կամ համապատասխան դինամիկ հսկողության բացակայություն-0,25
 - գ. ոչ լրիվ-0
 2. Լաբորատոր հետազոտությունների ծավալը և որակը -0,75
 - ա. լրիվ-0,75
 - բ. ոչ լրիվ ծավալով կամ ոչ ժամանակին-0,5
 - գ. ուռճեցված ծավալ կամ փոփոխությունների ժամանակ կրկնակի անալիզի բացակայություն - 0,25
 - դ. ոչ լրիվ-0
 3. Գործիքային հետազոտության ծավալը և որակը-0,75
 - ա. լրիվ-0,75
 - բ. ոչ լրիվ ծավալով կամ ոչ ժամանակին-0,5
 - գ. ուռճեցված և առանց ցուցումների-0,25
 - դ. չի կատարվել կամ կատարելու ժամանակ առաջացել են բարդություններ-0
- II. Ախտորոշման ամբողջականության և հիմնավորվածության գնահատում (1,0)
- Ախտորոշումը դրված է ընդունված դասակարգմամբ՝ ֆազա, պրոցեսի փուլը, ուղեկցող հիվանդություն, բարդություն
- ա. դրված է ճիշտ և հիմնավորված-1,0
 - բ. ոչ ամբողջությամբ է ձևակերպված, չհիմնավորված կամ բացակայում է ուղեկցող հիվանդությունները և բարդությունները (0,75)
 - գ. ոչ ժամանակին է դրվել (0,5)
 - դ. չի համապատասխանում կլինիկային կամ տարբերվում է պաթանատոմիական դիագնոզից
- III. Բուժական և կանխարգելիչ միջոցառումների գնահատում-(6,5)
1. Բուժումը համապատասխանում էմ ախտորոշմանը (2,0)
 - ա. ժամանակին և լրիվ ծավալով է իրականացվել-2,0
 - բ. ոչ լրիվ ծավալով, դեղորայքային թերապիա չի կատարվել ուղեկցող հիվանդությունների բուժում, բայց եղել է անհրաժեշտություն-1,5
 - գ. բուժումը սկսվել է ոչ ժամանակին, վիրահատվել է ուշացումով կամ վիրահատության ոչ ճիշտ պրակտիկայի ընտրություն-1,0
 - դ. ուռճեցրած թերապիա 0,75
 - ե. չի համապատասխանում դիագնոզին-0
 2. Բուժման ժամկետները (2,5)
 - ա. համապատասխանում է դիագնոզին և հաշվի է առնված ուղեկցող հիվանդությունները-2,5
 - բ. մինչև վիրահատական շրջանում չհիմնավորված մահճակալ օրեր կամ չհիմնավորված բուժման տևողություն-1,0
 - գ. վաղ, չհիմնավորված դուրս գրում-0,5
 3. Հոսպիտալացման նպատակը և բուժման արդյունավետությունը
 - ա. հիմնավորված է և մատչելի -2,0

- բ. բուժման ոչ ճիշտ տակտիկայի պատճառով առաջացել են բարդություններ-0,75
- գ. վարման ոչ ճիշտ տակտիկայի պատճառով վիճակն անփոփոխ է կամ վատացել է-0,5
- դ. չկա արդյունավետություն-0
- IV. Բուժման անընդհատություն (0,5)
- ա. պահպանվել է -0,5
- բ. չի տրվել բժշկին խորհուրդներ-0,25
- գ. չի տրվել հիվանդին խորհուրդներ-0
- Բժշկական փաստաթղթերի վարման դեֆեկտներ
1. Առաջնակի ինֆորմացիայի ոչ ամբողջական հավաքում
 2. Չհիմնավորված շեղումներ հետազոտությունների և բուժման ստանդարտներում
 3. Անհրաժեշտ ռեսուրսների բացակայություն
- ա. դեղորայք
- բ. դիագնոստիկայի միջոցներ
- գ. գործիքների
- դ. մասնագետների
4. Բուժկանխարգելիչ գործընթացի նկատմամբ բաժնի վարիչի անբավարար հսկողություն
 5. Բժիշկների անբավարար մասնագիտական պատրաստվածություն
 6. Հիվանդության հատուկ ծանրության աստիճան
 7. Ինֆորմացիայի կորուստ
- Դեֆեկտների հետևանքները,
1. Չի ազդել ելքի և չեն բերել ռեսուրսների չհիմնավորված ծախսերի
 2. Ռեսուրսների չհիմնավորված ծախսեր, /բուժման տևողության երկարացում, ոչ ժամանակին հետազոտություն կամ բուժում/
 3. Առաջացել են բարդություններ, որոնք չեն ազդել բուժման ելքի վրա, բայց բերել են ռեսուրսների ծախսերի, հոսպիտալացման տևողության երկարացում, լրացուցիչ դեղորայքային թերապիա:
 4. Առաջացել են բարդություններ կամ վիճակի վատթարացում, որը կապված է թույլ տրված դեֆեկտի հետ:
- Հաշվարկի արդյունքում բոլոր պարամետրերի գումարը տատանվելու է 0 մինչև 10 սահմաններում:

**Առողջապահական պետական ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետության
չափանիշները և ցուցանիշները**

1. Անվճար բուժօգնության հասանելիության ապահովման ցուցանիշներ

- 1.1 Մարզում ՊՆԾ-ի շրջանակներում ցուցաբերած անվճար բուժօգնության ծավալի միավորների փաստացի գնահատական (բնակչության 1000 հոգու հաշվով)
 - 1.1.1 Հաճախումների քանակ (ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնություն)
 - 1.1.2 Մահճակալ օրերի թիվը (ստացիոնար բուժօգնություն)
 - 1.1.3 Ցերեկային ստացիոնար (ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնություն) բուժօգնության տևողություն
 - 1.1.4 Շտապ օգնության կանչերի թիվ
- 1.2 Հոսպիտալիզացիայի աստիճան (հոսպիտալացվածների քանակը 1000 բնակչի հաշվով)
- 1.3 Մեկ հոսպիտալացված դեպքի բուժման միջին տևողությունը (օրերով)
- 1.4 Վերականգնողական բուժում ստացածներ (1000 բնակչի հաշվով)
- 1.5 Բուժօգնությունից պացիենտների բավարարվածությունը (ըստ սոցիոլոգիական հարցման տվյալների)

2. Չափանիշներ – առողջապահական ՊՆԾ-ի իրականացման համար ռեսուրսների բավարար քանակություն

- 2 Ռեսուրսներով (ֆինանսական, նյութական, կադրային) ապահովվածության մակարդակի ցուցանիշներ
 - 2.1 Ֆինանսական ռեսուրսներով ապահովվածության ցուցանիշներ
 - 2.1.1 Պետական ֆինանսական ռեսուրսներով ապահովվածության ցուցանիշները (անվճար բուժ. օգնության ցուցանիշները)
 - 2.1.2 Դեղորայքի, բժշկական ապրանքների վճարի ցուցանիշներ
 - 2.1.3 Բոլոր աղբյուրներից առողջապահության ֆինանսավորման ցուցանիշներ
 - 2.1.4 ՀՆԱ-ից առողջապահությանը հատկացվող պետական միջոցների տեսակարար կշիռ

2.2 Նյութական ռեսուրսներով ապահովվածության ցուցանիշներ

- 2.2.2 Բնակչության ապահովվածությունը հիվանդանոցային մահճակալներով
- 2.2.3 Բնակչության ապահովվածությունը ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հաստատությունների կարողություններով (այցերի թիվը)

2.3 Կադրային ռեսուրսներով ապահովվածության ցուցանիշներ

- 2.3.1 Բնակչության ապահովվածությունը բժիշկներով (բնակչության 10 000 հոգու հաշվով): Ընդամենը, այդ թվում նաև ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հաստատություններում և ստացիոնարներում:
- 2.3.2 Բնակչության ապահովվածությունը միջին բուժանձնակազմով (բնակչության 10 000 հոգու հաշվով): Ընդամենը, այդ թվում նաև ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հաստատություններում և ստացիոնարներում:
- 2.3.3 Բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի փոխհարաբերություն (%) -ով

3. Առողջապահական ՊՆԾ-ի արդյունավետության չափանիշներ

3.1 Բժշկական արդյունավետություն (ցուցանիշների դինամիկան)

Մահաբերություն

Տնային մահաբերություն

Կլինիկական և պաթանատոմիական ախտորոշումների համընկման ցուցանիշ

3.2 Սոցիալական արդյունավետություն (ցուցանիշների դինամիկան)

Կյանքի միջին տևողություն

Բնակչության բնական աճի մակարդակ

Մանկական մահացություն

Մայրական մահացություն

Առաջնակի հաշմանդամություն

Աշխատունակ տարիքի անձանց մահացություն և աշխատունակ տարիքում մահացածների միջին տարիքը

Սոցիալական նշանակություն ունեցող հիվանդություններով հիվանդացություն (տուբերկուլյոզ, ալկոհոլիզմ, թմրամոլություն, սեռավարակներ, հոգեկան հիվանդություններ և այլն)

3.3 Տնտեսական արդյունավետություն

3.3.1 ՊՆԾ-ի կատարողական

3.3.2 Ստացինար (մեկ մահճակալ օրվա գին)

3.3.3 Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական (մեկ այցի գին)

3.3.4 Շտապ բուժօգնություն (մեկ կանչի գին)

3.3.5 Ստացիոնար տեխնոլոգիաներ (բուժման 1 օրվա գին):

Մարզային մակարդակում առողջապահական ՊՆԾ-ի սոցիալական արդյունավետության համալիր փորձագիտական գնահատման սանդղակ (ըստ Ֆլեկի մեթոդի)

№	Ցուցանիշ	Չափման միավորը	Գնահատական		
			բարձր մակարդակ	Միջին մակարդակ	ցածր մակարդակ
1,	Կյանքի սպասվելիք միջին տևողություն	տարի	66 և ավել	62-65	61 և պակաս
2,	Մանկական մահացություն	մինչև 1տ. մահացածների թիվը 1000 կենդանի ծնվածի հաշվով	9,4 և պակաս	9,5-11,5	11,6 և ավել
3,	Մայրական մահացություն	ծննդաբերական բարդություններից և հետծննդաբերական շրջանում մահացաց կանանց թիվը 100 000 կենդանի ծնվածի հաշվով	19 և պակաս	20- 35	36 և ավել
4,	Առաջնակի հաշմանդամության մակարդակ	10 000 բնակչի հաշվով	89 և պակաս	90-ից 105	106 և ավել
5,	Աշխատունակ տարիքի բնակչության մահացություն	համապատասխան տարիքի 100 000 բնակչի հաշվով	779 և պակաս	780-999	1000 և ավել
6,	Տուբերկուլյոզի բուժման հիվանդացության մակարդակ	100 000 բնակչի հաշվով	60 և պակաս	61-85	86 և ավել
7,	Հոգեկան և վարքի խանգարումներով ուղեկցվող հիվանդացություն	100 000 բնակչի հաշվով	35 և պակաս	36-56	57 և ավել
8,	Թմրամոլության մակարդակ	100 000 բնակչի հաշվով	9 և պակաս	10-20	21 և ավել
9,	Սուր և խրոնիկ գոնորեայի մակարդակ	100 000 բնակչի հաշվով	67 և պակաս	68-89	90 և ավել
10,	Սիֆիլիսով հիվանդացություն	100 000 բնակչի հաշվով	67 և պակաս	68-90	91 և ավել
11,	Չարորակ նորագոյացություններից հիվանդացություն	100 000 բնակչի հաշվով	320 և պակաս	321-349	350 և ավել
12,	Հոգեկան խանգարումներով պայմանավորված հիվանդացություն	100 000 բնակչի հաշվով	57 և պակաս	58-78	79 և ավել

**Մարզային մակարդակում առողջապահական ՊՆԾ-ի բժշկական արդյունավետության համալիր փորձագիտական գնահատման սանդղակ
(ըստ Ֆլեկի մեթոդի)**

№	Ցուցանիշ	Չափման միավորը	Գնահատման սանդղակ		
			բարձր մակարդակ	միջին մակարդակ	ցածր մակարդակ
1.	Հիվանդանոցային մահաբերություն	100 ստացիոնար բուժում ստացածի հաշվով	1,1 և պակաս	1,2-1,6	1,7 և ավել
2.	Նորագոյացությունների ուշացած դեպքեր	ուշացած դեպքերի տեսակարար կշիռ	20 և պակաս	21-30	31և ավել
3.	Տուբերկուլյոզի ուշացած դեպքեր	ուշացած դեպքերի տեսակարար կշիռ	40 և պակաս	41-50	51 և ավել

Մարզային մակարդակում առողջապահական ՊՆԾ-ի շրջանակներում իրականացվող բուժօգնության փաստացի ծավալների համալիր փորձագիտական գնահատման սանդղակ (ըստ Ֆլեկի մեթոդի)

№	Ցուցանիշ	Ցուցանիշի միջին հանրապետական մակարդակը որպես երաշխավորվող նորմատիվ	Գնահատման սանդղակ		
			բարձր	միջին	ցածր
1.	Շտապ բուժօգնություն	752 276 կանչ	752 276 և պակաս	752 277-752 337	752 338 և ավել
2.	Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական օգնություն	11 505 700 հաճախում	11 505 700 և ավել	11 505 499 -11 505 699	11 505 498 և պակաս
3.	Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հաճախումների միջին մակարդակ	3,8 հաճախում	3,8 և ավել	5-6,9	2-4,9
4.	Մահճակալի տարեկան միջին զբաղվածություն	236 մահճակալ-օր	236 և պակաս	235-285	289 և ավել
5.	Հիվանդանոցային բուժօգնություն	2 933 244 մահճակալ-օր	2 933 244 և պակաս	2 933 243-2 933 343	2 933 344 և ավել
6.	Մահճակալ օրերի միջին թիվ	7,8 մահճակալ-օր			
7.	Ցերեկային ստացիոնար	75 մահճակալ-օր	75 և ավել	50-74	49 և պակաս
8.	ՊՆԾ-ի կատարողական (%)	100%	80-100	40-81	39 և ցածր