



ADVANCED
SOCIAL
TECHNOLOGIES

Քաղաքականության Մոդելավորման Վերլուծություն

Առողջապահություն

*ՀԱՆՐԱՅԻՆ ԾԱԽՍԵՐԻ ՀԱՇՎԵՏՎՈՂԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ
ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏՆԵՐԻ ԶԱՐԳԱՅՄԱՆ
ԾՐԱԳԻՐ*

ԱՌԱՋԱԴԵՄ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՏԵԽՆՈԼՈԳԻԱՆԵՐ

ՀԱՍԱՐԱԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆ

Հայաստան

2013թ.

Առողջապահության Ոլորտի Քաղաքականության Մոդելավորման Հաշվետվություն

Բովանդակություն

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| ԱՄՓՈՓՈՒՄ | 3 |
| ԽՆԴՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՓՈՐՁԸ ԵՎ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆԸ | 5 |
| ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐԸ և ՀԱՐՅԸ | 13 |
| ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱՅԼՐՆՏՐԱՆՔՆԵՐԻ ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ ԵՎ ԼՈՒԾՈՒՄՆԵՐԻ ՄՈԴԵԼԱՎՈՐՈՒՄ | 22 |
| ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՈՒՄ | 30 |
| Քաղաքականության որոշում | 30 |
| Օրենսդրության բարելավումներ | 31 |
| Տվյալների հավաքագրման և մոնիթորինգի բարելավումներ | 31 |
| Ռիսկերի կառավարում | 33 |
| Ֆինանսական Ծրագիր | 34 |
| Հետագա Քայլերը | 36 |
| ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ | 37 |
| ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ | 40 |
| ՀՂՈՒՄՆԵՐ | 51 |

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Մինչձննդաբերական բժշկական օգնությունը հանդիսանում է առողջ հղիության կարևորագույն բաղադրիչ, որի առաջնային նպատակներն են բարդությունների հայտնաբերումն ու բուժումը և առողջ կենսակերպի առաջխաղացումը: Մինչձննդաբերական օգնության (ՄՕՕ) սպառումը տարբերվում է ըստ երկրների և յուրաքանչյուր երկրի տարբեր շրջանների:

Որոշ երկրներում մինչձննդաբերական բժշկական օգնության նպատակով կատարվում են 7-ից մինչև 11 այցելություններ, սակայն առկա են հակասություններ՝ համարժեք բուժօգնություն ապահովելու համար անհրաժեշտ այցելությունների թվի հետ կապված: Այցելությունների օպտիմալ հաճախականության, ժամկետների և բովանդակության վերաբերյալ հասանելի են սահմանափակ տվյալներ: Դրանք պետք է որոշվեն համաձայն կնոջ և պտղի կարիքների և ռիսկի աստիճանի:

Մեր՝ նախկինում հրապարակված հաշվետվություններում մատնանշվել է մինչձննդաբերական բժշկական օգնության ծառայությունների անհավասարաչափ բաշխումը գյուղական և քաղաքային շրջաններում: Ստացված տեղեկատվությունը ցույց էր տալիս, որ գյուղական շրջաններում կանայք կատարում էին ավելի քիչ թվով ՄՕՕ այցելություններ և ավելի քիչ ծառայություններ էին ստանում՝ քան քաղաքային շրջանների կանայք: Չորս և ավելի ՄՕՕ այցելություններ կատարող կանանց տոկոսը շատ ավելի ցածր է գյուղական շրջաններում, քան՝ քաղաքայիններում (53%՝ համեմատած 82%-ի հետ): Ծննդաբերական բարդությունների թիվը գյուղական շրջաններում ավելի բարձր էր՝ քան քաղաքային շրջաններում: Բացի դրանից, քաղաքաբնակ կանայք իրենց առաջին ՄՕՕ այցելությունը կատարում են ավելի շուտ քան գյուղաբնակ կանայք: Քաղաքաբնակ կանանց կեսից ավելին (51%) իրենց առաջին մինչձննդաբերական այցելությունները կատարում են հղիության առաջին չորս ամիսների ընթացքում՝ համեմատած գյուղաբնակ կանանց 43%-ի հետ:

Առողջապահության ոլորտի ավելի լայն համատեքստում, այցելությունների թվաքանակի տարբերությունները գյուղաբնակ և քաղաքաբնակ կանանց միջև չի ընդունվել որպես երեխայի և մայրական առողջության պահպանման ծրագրերի առաջնային խնդիր, քանի որ 20-րդ դարի 90-ական թթ. սկսած քաղաքականություն մշակողների առջև ծառայած էին ավելի կարևոր խնդիրներ: Օրինակ, այդ փուլում ավելի մեծ կարևորություն ուներ ամբողջ երկրում ՄՕՕ անվճար ծառայությունների քանակի և որակի աճը: Վերջին տարիների ընթացքում նշված ոլորտում արձանագրվել է զգալի բարելավում: Սակայն, ՄՕՕ այցելությունների մասով քաղաքային և գյուղական շրջանների միջև տարբերությունները պահպանվել են՝ չնայած երկուսի դեպքում էլ որոշ աճ է գրանցվել:

ՄՕՕ այցելությունների մասով գյուղական և քաղաքային շրջանների միջև առկա տարբերությունը մատնանշում է ՄՕՕ ծրագրի հատուկ ուշադրության անհրաժեշտությունը գյուղական շրջանների համար՝ կենտրոնանալով դրա բովանդակության վրա: Մանկաբարձա-

գինեկոլոգիական բժշկական օգնության ոլորտում 2008թ. իրականացված կառավարության բարեփոխումները նպատակ ունեին որակավորված և մատչելի բժշկական ծառայություններ տրամադրել հղի կանանց: Համաձայն ներդրված սերտիֆիկացման մեխանիզմի, բոլոր հղիները ստանում էին ծննդօգնության հավաստագրեր, որոնք երաշխավորում էին ծննդաբերության անվճար ծառայություններ ողջ երկրում: Չնայած այս նպատակի իրագործմանը, վերը բերված ցուցանիշները վկայում են, որ դեռևս անհրաժեշտ են լրացուցիչ գործողություններ՝ թիրախավորման և ծառայությունների սպառման մակարդակները բարելավելու համար:

Շատ հարցեր են բարձրացվել կապված մինչծննդաբերական բժշկական օգնության առողջապահական օգուտների, մասնավորապես՝ դրա ծախսերի հետ: Հաշվի առնելով առողջապահության սահմանափակ ռեսուրսները, ինչպես նաև մինչծննդաբերական բժշկական օգնության շրջանակներում մատուցվող ծառայությունների լայն շրջանակները՝ անհրաժեշտ է նման հարցերին լուծում տալ: Բուժօգնությունը պետք է լինի պատշաճ, ծախսերի տեսանկյունից արդյունավետ և հիմնված լինի տվյալ հղի կնոջ կարիքների վրա:

Ներկայիս քաղաքականությունն անհրաժեշտ է ճշգրտել՝ գյուղաբնակ հղի կանանց կողմից բժիշկներին այցելության մակարդակը բարձրացնելու համար՝ այն քաղաքային շրջանների մակարդակին մոտեցնելու նպատակով: Այսպիսով, քաղաքականության հարցը հետևյալն է. նոն է ծախսերի տեսանկյունից ամենաարդյունավետ, մատչելի և կիրառելի քաղաքականության միջամտությունը, որը կբարելավի օգուտների բաշխումը մինչծննդաբերական բժշկական օգնություն ստացող հղի կանանց գյուղական շրջաններում:

Նախկին հաշվետվություններում ԱՄՏ-ի թիմը ներկայացրել է քաղաքականության ճշգրտման երեք տարբերակներ՝ ծրագրի թիրախավորման բարելավման խնդիրը լուծելու նպատակով: Քաղաքականության ճշգրտման բոլոր տարբերակները մշակվել էին գյուղաբնակ հղի կանանց համար, քանի որ նրանք նույնականացվել էին որպես ոչ պատշաճ մինչծննդաբերական բժշկական օգնության ծառայություններ ստանալու ամենաբարձր ռիսկ ունեցող շահառուներ: Բոլոր քաղաքականության տարբերակներն ունեն նույն ընդհանուր նպատակը, այն է՝ մինչծննդաբերական բուժօգնության ծառայություններին գյուղաբնակ հղի կանանց մատչման բարելավում:

Հիմնվելով հաշվարկների վրա՝ 3-րդ տարբերակն ունի ամենացածր Ծ/Ա գործակիցն, ինչն արտացոլում է այցելող բժշկի համակարգի առավելությունները՝ տրասպորտային ծախսերի փոխհատուցման տարբերակի համեմատ: Ծ/Ա գործակցի միջին և սահմանային արժեքները նույնպես ապացուցում են, որ 3-րդ տարբերակն ամենալավն է, քանի որ այն ապահովում է ավելի լավ (ավելի ցածր) սահմանային ծախս՝ յուրաքանչյուր ազդեցության համար: Ոլորտում կառավարության քաղաքականության արդյունավետությունն ապահովելու նպատակով առաջարկվում է միջամտությունը պիլոտային կերպով իրականացնել Հայաստանի մեկ, առանձին վերցված շրջանում: Պիլոտային փորձարկման արդյունքները դրական նախապայմաններ կստեղծեն՝ միջամտության ընդլայնման համար:

ԽՆԴՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՓՈՐՁԸ ԵՎ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

Հազարամյակի Հռչակագրի շրջանակներում համաշխարհային առաջնորդները՝ ընդունելով մայրական և նեոնատալ թույլ առողջության ծանր բեռը անհատների, համայնքների և հասարակությունների զարգացման հնարավորությունների վրա, վերահաստատեցին մայրերի և երեխաների համար ներդրումներ կատարելու իրենց պատրաստակամությունը՝ մայրական և երեխաների մահացության մակարդակը կրճատելուն ուղղված հատուկ նպատակների և թիրախների ընդունման միջոցով:¹

Մինչդնդաբերական օգնությունը բժշկական օգնության այն հատուկ ձևի անվանումն է, որը տրվում է հղի կանանց և նրանց երեխաներին՝ սկսած բեղմնավորման պահից մինչև երեխայի ծնունդը: Այն ներառում է կնոջ և նրա երեխայի կանոնավոր մոնիթորինգը հղիության ընթացքում՝ տարբեր միջոցներով, որոնք ներառում են տարբեր ընթացիկ կանոնավոր ուսումնասիրություններ և մի շարք տարբեր տիպերի ստուգումներ:² Մինչդնդաբերական բուժօգնությունը կարևոր է, քանի որ այն օգնում է հղիության ընթացքում մոր առողջությունը լավ վիճակում պահպանելուն, տեղեկատվություն է տալիս ծնողներին՝ հղիության, ծննդաբերության և երեխայի խնամքի վերաբերյալ, ինչպես նաև, մասնավորապես, ապահովում է միջոցներ՝ հղիության հետ կապված խնդիրների վաղ փուլում հայտնաբերման համար, երբ դրանք կարելի է ավելի հեշտությամբ բուժել:

Մինչև 20-րդ դարը, հղիության ընթացքում կանանց հսկողություն չի իրականացվել և նրանք բժշկի կամ մանկաբարձի առաջին անգամ հանդիպել են միայն ծննդաբերության ժամանակ: Դրա արդյունքները հաճախ աղետալի էին. առկա էր բարդությունների առաջացման բարձր մակարդակ, ինչը հաճախ ավարտվում էր մոր և/կամ երեխայի մահով:

Ընթացիկ մինչդնդաբերական բուժօգնությունը զգալիորեն դեպի լավն է փոխել այդ իրավիճակը: Այնուամենայնիվ, անհրաժեշտ է հիշել, որ հղիությունը և ծննդաբերությունը բնական իրադարձություններ են, որոնք դեպքերի ճնշող մեծամասնությունում անցնում են առանց խնդիրների: Մինչդնդաբերական բուժօգնության և դրա շրջանակներում կատարվող ուսումնասիրությունների դերը պարզապես կայանում է նրանում, որ իրականացվի հղիության մոնիթորինգ և հայտնաբերվեն այն սակավաթիվ կանայք, որոնք հղիության ընթացքում կարող են խնդիրներ ունենալ՝ նրանց համարժեք բուժումը սկսելու նպատակով:

Մինչդնդաբերական բուժօգնությունը ներառում է մոր և երեխայի կանոնավոր մոնիթորինգ թերապևտի, մանկաբարձուհու կամ մանկաբարձ-գինեկոլոգի կողմից (կամ նշված

¹ Դկտ. Թումրիս Թյուրմեն, Ընտանեկան և Համայնքի Առողջություն (ԸՀԱ) Գործադիր Տնօրեն - Հղիություն, Ծննդաբերություն, Հետծննդաբերական շրջան և Նորածնի Խնամք. Անհրաժեշտ պրակտիկայի ուղեցույց, Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն, Ժնև, 2006թ.

² <http://www.axapphealthcare.co.uk/personal/medical-health-centres/fact-sheet/antenatal-care-and-pregnancy>

մասնագետների կողմից համատեղ): Մոնիթորինգը ներառում է հետազոտում և բազմազան ուսումնասիրություններ, որոնցից որոշները ընթացիկ են, իսկ որոշները՝ հատուկ դեպքերի համար: Դրանք կարող են լինել ֆիզիկական ուսումնասիրություններ (ինչպիսիք են արյան ճնշման չափումները), արյան անալիզներ և այլ հետազոտություններ (օրինակ՝ ուլտրաձայնային հետազոտություններ):

Մինչձննդաբերական բուժօգնությունը, որը հայտնի է նաև որպես պրենատալ բուժօգնություն, հանդիսանում է միջամտությունների կոմպլեքս, որը հղի կինը ստանում է կազմակերպված բուժճառայությունների կողմից: Միջամտությունները կարող են տրամադրվել մոտավորապես 12-16 ՄՕՕ այցելությունների ընթացքում՝ հղիության ողջ շրջանում: Մինչձննդաբերական օգնության նպատակն է կանխել կամ հայտնաբերել և բուժել այնպիսի վիճակները, որոնք կարող են վտանգել պտղի/նորածնի և/կամ մոր առողջությունը, ինչպես նաև օգնել կնոջը՝ դիտարկել հղիությունը և ծննդաբերությունը որպես դրական փորձ: Մինչձննդաբերական բուժօգնությունը կարող է մեծապես նպաստել այդ նպատակին:

Շատ հարցեր են բարձրացվել կապված մինչձննդաբերական բժշկական օգնության առողջապահական օգուտների, մասնավորապես՝ դրա ծախսերի հետ: Հաշվի առնելով առողջապահության սահմանափակ ռեսուրսները, ինչպես նաև մինչձննդաբերական բժշկական օգնության շրջանակներում մատուցվող ճառայությունների լայն շրջանակները՝ անհրաժեշտ է նման հարցերին լուծում տալ: Բուժօգնությունը պետք է լինի պատշաճ, ծախսերի տեսանկյունից արդյունավետ և հիմնված լինի տվյալ հղի կնոջ կարիքների վրա:

Ուսումնասիրությունները հստակ ցույց են տվել, որ մինչձննդաբերական բուժօգնությունը կանխում է և՛ մոր և՛ երեխայի առողջական խնդիրները: Մինչև բավականին վերջերս, այնքան էլ պարզ չէր, թե մինչձննդաբերական բուժօգնության ո՞ր էլեմենտներն էին հատկապես արժեքավոր: Ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ մինչձննդաբերական շատ միջամտություններ կարող են անհրաժեշտ չլինել կամ կարող են չունենալ ապացուցված օգուտներ: Այնուամենայնիվ, մինչձննդաբերական բուժօգնության բաղադրիչները և ժամկետները շարունակվում են ներդրվել առանց գիտական գնահատման:³

Ընդհանուր առմամբ, մինչձննդաբերական բուժօգնությունը հարաբերականորեն թանկ է: Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության (ԱՀԿ) կողմից մի շարք երկրներ ներառող՝ պատահական ընտրանքով փորձարկման արդյունքներով՝ 1996 թ. միջին ծախսը կազմել է մոտ 3000 ԱՄՆ դոլար մեկ հղի կնոջ հաշվով: Մինչձննդաբերական բուժօգնության հիմնական ծախսը կազմել են այն միջամտությունները, որոնք հետևել են բուժօգնության ընթացքում հայտնաբերված՝ կասկած հարուցած խնդիրներին: Այդ իսկ պատճառով, մինչձննդաբերական բուժօգնությունը պետք է մանրամասն ուսումնասիրվի և զգուշորեն պլանավորվի: ԱՀԿ-ն մշակել և գնահատել է բուժօգնության մի պարզեցված մոդել և ընդգրկուն

³ Ինչպիսիք են մինչձննդաբերական բուժօգնության գործունեությունը/արդյունավետությունը և ֆինանսական ու կազմակերպչական հետևանքները: Առողջապահական Վկայությունների Ցանց, Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն/Եվրոպա, Դեկտեմբեր 2003թ. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74662/E82996.pdf)

ուսումնասիրության միջոցով ցույց է տվել, որ այդ մոդելն ապահովում է ավելի բարդ մոդելներին հավասար օգուտներ և միաժամանակ գումար խնայելու միտում ունի:

Քաղաքականություն մշակելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել հետևյալը.

1. Մինչձննդաբերական բուժօգնությունը հանդիսանում է առողջապահության ոլորտի ամենակարևոր ծառայություններից մեկը: Յուրաքանչյուր հղի կին պետք է դրան մատչում ունենա:
2. Նորմալ ընթացքով հղիություն ունեցող կանանց հաճախ տրամադրվում են ավելորդ, ոչ անհրաժեշտ և չհիմնավորված միջամտություններ: Բավականաչափ տեղին կարող է լինել ապացուցված օգուտների վրա հիմնված բուժօգնության մի պարզ մոդել՝ ԱՀԿ-ի կողմից մշակված մոդելի նման:
3. Մինչձննդաբերական բազմաթիվ միջամտություններ երբեք չեն գնահատվել և առկա է լրացուցիչ ուսումնասիրությունների մեծ անհրաժեշտություն:

Նման բուժօգնության միջամտությունների առաջնային նպատակներն են.

- հայտնաբերել այն վաղ գործոնները, որոնք կարող են բարձրացնել և՛ առանձին հղիությունների և՛ խոցելի խմբերի անդամների շուրջձննդյան (պերինատալ) ռիսկը,
- միջամտել՝ արդյունքների բարելավման համար,
- կրթել բոլոր նրանց, ովքեր իրականացնում կամ ստանում են բուժօգնությունը,
- օգնել, որպեսզի հղիությունը և ծննդաբերությունը դառնան կյանքի դրական փորձ:

Մինչձննդաբերական բուժօգնությունը ներառում է հղիության պլանավորումը և շարունակվում է մինչև վաղ նեոնատալ և հետծննդաբերական շրջաններ: Առողջապահական ծառայությունները համարում են, որ այն սկսվում է, երբ հղի կինն առաջին անգամ այցելում է մինչձննդաբերական բուժօգնություն ստանալու նպատակով և շարունակվում է մինչև ծննդաբերությունը: Արևմտյան Եվրոպայում, Հյուսիսային Ամերիկայում և շատ այլ երկրներում մինչձննդաբերական բուժօգնության մոդելը ներառում է առողջապահական ծառայությունների 12-16 այցելություններ հղի կնոջ կողմից, ինչպես նաև տնային այցելություններ՝ ծառայությունները մատուցողի կողմից: Առաջին այցելությունը սովորաբար նվիրվում է մանրամասն սոցիալական, ընտանեկան, բժշկական և մանկաբարձական պատմության գրանցմանը, լիարժեք ֆիզիկական հետազոտության իրականացմանը և ռիսկերի գնահատմանը, որը պահանջում է լաբորատոր հետազոտությունների լայն շրջանակ: Հետագա այցելությունները ներառում են ավելի պարզ հետազոտություններ, չնայած որոշ հետազոտություններ կատարվում են յուրաքանչյուր այցելության ժամանակ: Հղիության ավելի ուշ շրջանում հետազոտությունները կենտրոնանում են զարգացող պտղի վիճակի և անվտանգ ծննդաբերությանը նախապատրաստվելու վրա:

Ժամանակակից մինչձննդաբերական բուժօգնության մաս են դառնում աճող թվով համալիր հետազոտություններ և միջամտություններ: Բացի նշված բոլոր հետազոտություններից և հայտնաբերված ցանկացած անբարենպաստ վիճակների բուժումից, հղի կանայք առողջապահական ծառայություններից կարող են ստանալ նաև առողջապահական ուսուցում և հոգեբանական ու սոցիալական աջակցություն: Արդյունքում, շատ երկրներում հղի կինը

հղիության ընթացքում միջինում ունենում է 150 կամ ավելի հատուկ անալիզներ/հետազոտություններ/միջամտություններ: Տարբերակների այսպիսի լայն շրջանակը մինչդննդաբերական բուժօգնության գնահատումը դարձնում է բարդ մարտահրավեր:

Ընդհանուր առմամբ ենթադրվում է, որ մինչդննդաբերական բուժօգնությունը իրականացնում է իր նպատակները: Այդ իսկ պատճառով, մինչդննդաբերական բուժօգնության արդյունավետությունը և ծախսային արդյունավետությունը գնահատելիս կենտրոնացումը կատարվում է անհատական հետազոտությունների և միջամտությունների, ինչպես նաև դրանց կիրառման ցուցումների վրա:

Մայրական մահացության մակարդակն անընդունելի աստիճանի բարձր է: Ամեն օր աշխարհում մոտ 1000 կին է մահանում՝ հղիության կամ ծննդաբերության հետ կապված բարդություններից: 2008թ. 358 000 կին է մահացել հղիության և ծննդաբերության ժամական կամ դրանից հետո: Նշված համարյա բոլոր մահերը տեղի են ունեցել զարգացող երկրներում և դրանց մեծամասնությունը կարելի էր կանխել: Վերն արված հայտարարությունները հիմնավորող առանցքային փաստերը հետևյալն են.⁴

- Ամեն օր մոտ 1000 կին է մահանում հղիության և ծննդաբերության հետ կապված կանխելի պատճառներով:
- Մայրական մահացության 99% տեղի է ունենում զարգացող երկրներում:
- Մայրական մահացությունն ավելի բարձր է գյուղական շրջաններում և ավելի աղքատ ու նվազ կրթված համայնքներում:
- Հղիության արդյունքում բարդությունների և մահացության տեսանկյունից երիտասարդներն ավելի մեծ ռիսկեր ունեն՝ քան ավելի տարիքով կանայք:
- Ծննդաբերությունից առաջ, դրա ընթացքում և դրանից հետո տրամադրվող որակավորված բուժօգնությունը կարող է փրկել կանանց և նորածինների կյանքը:
- 1990-2008թթ. միջև ընկած ժամանակահատվածում մայրական մահացության համաշխարհային մակարդակն իջել է մեկ երրորդով:

Մայրական առողջության բարելավումը հանդիսանում է ութ Հազարամյակի Զարգացման Նպատակներից (ՀՉՆ) մեկը, որոնք ընդունվել են միջազգային հանրության կողմից 2000թ.: ՀՉՆ5-ի շրջանակներում պետությունները պարտավորվել են կրճատել մայրական մահացության մակարդակը երեք քառորդով՝ 1990-2015թթ. միջև ընկած ժամանակահատվածում: Սկսած 1990թ. մայրական մահացության թիվն ամբողջ աշխարհում նվազել է 34%: Սկսած 1990թ. Աֆրիկայի Ենթա-Սահարական մասում մի շարք երկրներ կիսով չափ կրճատել են մայրական

⁴ ԱՀԿ, Մայրական Մահացություն, Փաստագիրք N°348, Նոյեմբեր 2010թ. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>)

մահացությունը: Այլ տարածաշրջաններում, այդ թվում՝ Ասիայում և Հյուսիսային Ամերիկայում, գրանցվել է նույնիսկ ավելի մեծ առաջընթաց: Սակայն, 1990-2008թթ. միջև ընկած ժամանակահատվածում մայրական մահացության համաշխարհային մակարդակն (այսինքն՝ մայրական մահացության դեպքերի թիվը 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով) իջել է ընդամենը տարեկան 2.3%-ով: Սա հեռու է տարեկան 5.5% նվազման ցուցանիշից, որը պահանջվում է ՀԶՆ5-ին հասնելու համար:

Զարգացող երկրներում մայրական մահացության մակարդակը կազմում է 290՝ 100 000 ծնունդների հաշվով՝ ի տարբերություն զարգացած երկրների, որտեղ այդ ցուցանիշը կազմում է 14՝ 100 000 ծնունդների հաշվով: Տարբեր երկրների միջև առկա են մեծ անհամաչափություններ. որոշ երկրներ ունեն ծայրահեղ բարձր մայրական մահացության ցուցանիշ, այն է՝ 1000 և ավելի՝ յուրաքանչյուր 100 000 կենդանի ծնունդների հաշվով: Երկրների ներսում նույնպես առկա են մեծ անհամաչափություններ բարձր և ցածր եկամուտ ունեցող մարդկանց միջև, ինչպես նաև գյուղական և քաղաքային շրջաններում ապրող մարդկանց միջև:

Մայրական մահերի մեծամասնությունից կարելի է խուսափել, քանի որ բարդությունները կանխելու կամ դրանք վերահսկելու առողջապահական լուծումները քաջ հայտնի են: Բոլոր կանանց անհրաժեշտ է մատչում մինչճննդաբերական բուժօգնությանը՝ հղիության ընթացքում, որակավորված բուժօգնություն՝ ճննդաբերության ընթացքում, ինչպես նաև օգնություն և աջակցություն՝ ճննդաբերությանը հաջորդող շաբաթների ընթացքում: Հատկապես կարևոր է, որ բոլոր ճննդաբերություններին ներկա լինեն որակավորված բժշկական մասնագետներ, քանի որ ճիշտ ժամանակին հսկողությունը և բուժումը կարող են հանդիսանալ այդ՝ կյանքի և մահվան միջև տարբերությունը:

Որտե՞ղ պետք է տեղի ունենան մինչճննդաբերական հանդիպումները:⁵ Երեք պատահական ընտրանքով վերահսկվող փորձերի մետա-վերլուծությունը հետազոտել է, թե արդյո՞ք մինչճննդաբերական բուժօգնության նպատակով տնային այցելությունների քաղաքականությունը կրճատել է ինը հիվանդանոցների ճննդաբերական բաժանմունքների կողմից տրամադրվող մինչճննդաբերական բուժօգնության ծավալը Ֆրանսիայում: Գնահատվել են հղիության բարդություններ ունեցող 1410 կանայք: Հսկիչ խմբում կանայք ստացել են ճննդաբերական բաժանմունքների կողմից սովորաբար տրամադրվող բուժօգնությունը՝ արտահիվանդանոցային ձևով և բուժհաստատություն այցելելով ըստ անհրաժեշտության: Միջամտության խմբում, կանայք ունեցել են շաբաթական մեկ կամ երկու տնային այցելություններ մանկաբարձուհու կողմից՝ ի հավելումն սովորական բուժօգնության: Հիվանդանոցներ ընդունվելու ցուցանիշի տարբերություններ չգրանցվեցին, սակայն

⁵ Մինչճննդաբերական բուժօգնություն, Առողջ հղի կանանց ընթացիկ բուժօգնություն: Կնոջ և Երեխայի Առողջության Ազգային Համագործակցության Կենտրոն, հիմնադրված Առողջության և Կլինիկական Գերազանցության Ազգային Ինստիտուտի կողմից, Մարտ 2008թ.: Ֆինանսավորվել է Առողջության և Կլինիկական Գերազանցության Ազգային Ինստիտուտի կողմից՝ Ազգային Առողջապահական Ծառայության համար ուղեցույցներ մշակելու նպատակով

ամբուլատոր բուժհաստատություններ այցելությունների միջին թիվը զգալիորեն ավելի ցածր էր երկու փորձերի ընթացքում, որտեղ այդ ցուցանիշը չափվել էր: Մայրական բուժօգնությունը պետք է պատրաստակամորեն և հեշտությամբ հասանելի լինի բոլոր կանանց: Այն պետք է զգայուն լինի տեղի բնակչության կարիքների հանդեպ և առաջնահերթ տեղակայված լինի համայնքում:

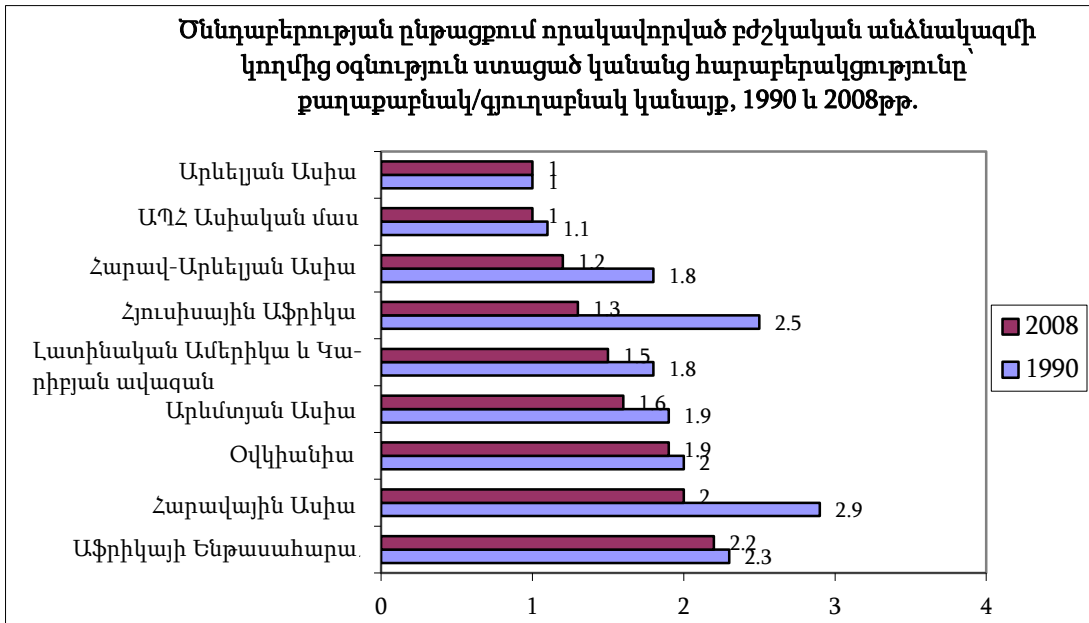
Մի դիտարկում-ուսումնասիրության շրջանակներում հետազոտվել է կապը 17 765 բրիտանացի կանանց կողմից կատարված մինչծննդաբերական բուժօգնության այցելությունների և անցանկալի շուրջծննդյան արդյունքների միջև: Նեոնատալ բաժանմունք ընդունվելու կամ շուրջծննդյան մահացության և մինչծննդաբերական այցելությունների միջև որևէ հետևողական կապ չէր գրանցվել: Գրանցվել էր զգալի դրական կապ մինչծննդաբերական այցելությունների թվի և կեսարյան հատումների թվի միջև, իսկ ցածր քաշով ծնունդները (2500 գրամից պակաս) դրական կերպով ասոցացվել են չծննդաբերած կանանց այցելությունների թվի հետ, մինչդեռ ծննդաբերած կանանց դեպքում նման կապ չի գրանցվել:

Հնարավոր է, որ առանցքային խնդիրը ոչ թե մինչծննդաբերական բուժօգնության քիչ կամ շատ լինելն է, այլ այն ընթացակարգերի ներդրումը, որոնց արդյունավետությունն ապացուցվել է և որոնք կարող են մեծացնել ստացված բուժօգնությունից կնոջ գոհունակությունը: Դրանից հետո կարելի է համապատասխանաբար պլանավորել այցելությունների հաճախականությունը:

Ինչպես նշվել է վերը, մայրական բժշկական օգնությունը գերակա խնդիր է աշխարհի երկրների քաղաքականություններում, իսկ գյուղական և քաղաքային շրջանների միջև ՄԾՕ ծառայությունների անհամաչափությունը բազմաթիվ վերլուծական աշխատությունների հիմնական առարկան է: Մայրական բժշկական օգնությունը հանդիսանում է Զարգացման Նպատակների թիրախային կետերից մեկը (ՀԶՆ5): Այդ թիրախին հասնելու համար պահանջվում է կրճատել մինչծննդաբերական բուժօգնության տարբերությունը քաղաքային և գյուղական շրջանների միջև: Ուսումնասիրելով ՀԶՆ 2010 հաշվետվությունը, կարելի է տեսնել, որ տրված ժամանակահատվածում քաղաքային և գյուղական շրջանների միջև առկա տարբերությունները կրճատվում են:⁶

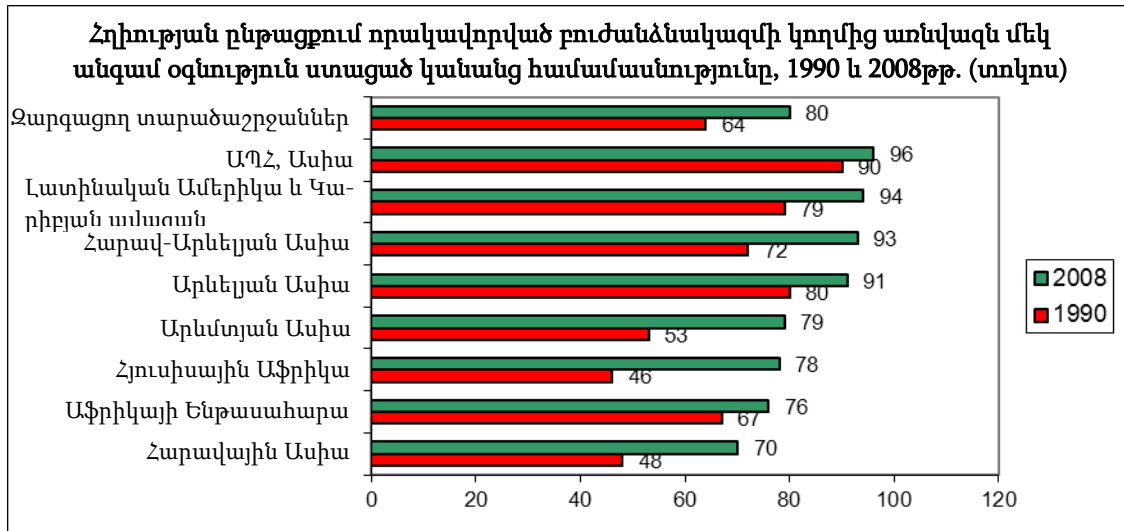
⁶ Հազարամյակի Զարգացման Նպատակների հաշվետվություն 2010, Միացյալ Ազգերի Կազմակերպություն

Գծապատկեր 1. Որակավորված մասնագետների կողմից կանանց տրամադրած բուժօգնության գործակիցն աշխարհի տարբեր տարածաշրջաններում



Ծննդաբերության ընթացքում որակավորված օգնություն են ստանում ավելի մեծ թվով գյուղաբնակ կանայք՝ կրճատելով քաղաքային և գյուղական շրջանների միջև երկար շարունակվող անհամաչափությունները: Օրինակ, 1990թ. դրությամբ Հարավային Ասիայում քաղաքաբնակ կանայք ծննդաբերության ընթացքում մասնագիտացված բուժօգնություն ստանալու երեք անգամ ավելի մեծ հավանականություն ունեին, քան՝ գյուղաբնակ կանայք: Մինչդեռ 2008թ. դրությամբ նմանատիպ բուժօգնություն ստանալու հավանականության տարբերությունը կազմում էր արդեն երկու անգամ, ինչը որոշակի բարելավման վկայություն է: Անհասարակություններ դեռևս առկա են, հատկապես այնպիսի տարածաշրջաններում, ինչպիսիք են հատկապես՝ Աֆրիկայի Ենթա-Սահարական մասը, Հարավային Ասիան և Օվկիանիան, որտեղ որակավորված բուժանձնակազմի կողմից տրամադրվող օգնությունն ամենափոքրն է, իսկ մայրական մահացությունն՝ ամենաբարձրը: Ծառայությունների ծածկույթի զգալի անհամաչափություններ են հայտնաբերվել նաև ամենահարուստ և ամենաաղքատ տնային տնտեսությունների միջև: Ամենամեծ անջրպետներն առկա են Հարավային Ասիայում և Աֆրիկայի Ենթա-Սահարական մասում, որտեղ ամենահարուստ կանայք համապատասխանաբար հինգ և երեք անգամ ավելի մեծ հավանականություն ունեն ծննդաբերության ժամանակ օգնություն ստանալու որակավորված բուժանձնակազմի կողմից, քան՝ ամենաաղքատ կանայք: Ընդհանուր առմամբ, զարգացող տարածաշրջաններում ամենահարուստ տնային տնտեսությունների կանայք երեք անգամ ավելի մեծ հավանականություն ունեն ծննդաբերության ժամանակ որակավորված բուժօգնություն ստանալու, քան՝ ամենաաղքատ տնային տնտեսությունների կանայք:

Գծապատկեր 2. Առնվազն մեկ անգամ ՄՄՕ ծառայություններից օգտվող կանանց համամասնությունն ըստ աշխարհի տարածաշրջանների



Բոլոր տարածաշրջաններում արձանագրվում է առաջընթաց՝ հղի կանանց մինչծննդաբերական բուժօգնություն տրամադրելու հարցում: Զգալի բարելավումներ են գրանցվել Հյուսիսային Աֆրիկայում, որտեղ հղիության ընթացքում առնվազն մեկ անգամ որակավորված բուժաշխատողին այցելած կանանց մասնաբաժինը աճել է 70 տոկոսով: Հարավային Ասիայում և Արևմտյան Ասիայում արձանագրվել է համարյա 50% աճ:

Այդ տվյալ դեպքի համար եզրակացությունները⁷ հետևյալն են.

- Ուսումնասիրությունը բացահայտում է մեծ անհամաչափություն գյուղական և քաղաքային շրջանների միջև՝ մինչծննդաբերական բուժօգնության օգտագործման մասով: Գյուղաբնակ կանայք ՄՄՕ ծառայություններից օգտվել են **ավելի ուշ**, ունեցել են **ավելի քիչ թվով այցելություններ** և սպառել են **ավելի քիչ քանակի ծառայություններ**, քան քաղաքաբնակները:
- Նրանք ավելի շատ են օգտվում ՄՄՕ ծառայություններից մասնավոր հատվածում և հանրային առողջապահական հատվածի առաջնային մակարդակում, քան՝ քաղաքային շրջանի կանայք:
- Չնայած կարևոր ՄՄՕ ծառայությունների անհամարժեք սպառմանը՝ երկու շրջաններում էլ կանայք ավելի շատ են օգտվում ուլտրաձայնային հետազոտություններից, քան կարող է անհրաժեշտ լինել:

Հետաքրքրական է, որ տարբեր հետազոտությունների շրջանակներում կատարված այս բացահայտումները համահունչ են Հայաստանում բացահայտված խնդիրներին, ինչը ցույց է տալիս, որ ՄՄՕ ծառայություններին մատչման անհամաչափության խնդիրը բնորոշ է ոչ թե մեկ առանձին վերցված երկրի, այլ ունի ավելի ընդարձակ բնույթ: Մույն հաշվետվության Հավելված 5-ում ներկայացված է Քենիայի հատուկ դեպքը:⁸

⁷ Տե՛ս “Մինչծննդաբերական բուժօգնության սպառման քաղաքային – գյուղական անհամաչափություններ. հղի կանանց երկու խմբերի հետազոտություն Վիետնամում”, BMC Առողջապահական Ծառայությունների Հետազոտություն 2011

⁸ ԱՄՏ-ն շարունակելու է վերը նշված խնդրի վերաբերյալ լրացուցիչ վկայությունների ուսումնասիրությունը՝ այլ երկրների մասով:

ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐԸ և ՀԱՐՑԸ

Հայաստանը՝ որպես հետ-Խորհրդային ժառանգություն, ստացել է առողջապահության համակարգ, որը հիմնականում կենտրոնացած է հիվանդանոցային մակարդակի բուժօգնության վրա՝ իր հնացած ենթակառուցվածքներով, բժշկական սարքավորումներով և պարագաներով, ցածր կլինիկական ունակություններ ունեցող ծառայություն մատուցողներով, իրենց առողջության առաջնային պահպանման նպատակով մասնագետներին ամբոխներով այցելող հաճախորդներով, ինչպես նաև քաղաքային և գյուղական ենթակառուցվածքների և ռեսուրսների զգալի անհավասարաչափություններով: 1990-ական թթ. կեսերից Հայաստանում մեկնարկեցին առողջապահության ոլորտի խոշոր բարեփոխումներ, որոնք նպատակ ունեին զարգացնելու հավասարակշռված համագործակցություն առողջության առաջնային պահպանման և հիվանդանոցային բժշկական օգնության ծառայությունների միջև՝ հիվանդությունների կանխարգելման և առողջ ապրելակերպի առաջխաղացման նպատակով: Չնայած դրան, առողջապահական ծառայությունների մատուցումը դեռևս մնում է ոչ սիստեմատիկ և ընդհանրական: Արդյունքում, մայրական, նորածինների և երեխաների մահացության ցուցանիշները գյուղական շրջաններում ավելի բարձր են, քան՝ քաղաքայիններում:⁹

Նորածինների, երեխաների և մայրերի շատ մահերից կարելի էր խուսափել, եթե ներդրվեր վտանգավոր նախանշանների վաղ հայտնաբերման և համապատասխան բժիշկներին ուղեգրումների կենսունակ համակարգ՝ այն վայրերում, որտեղ շտապ մանկաբարձական կամ նորածիններին առնչվող ծառայությունները հասանելի չեն:

Հայաստանի առողջապահության ոլորտը բաժանված է ծառայությունների մատուցման երեք մակարդակների. առաջնային, երկրորդական (մարզային, շրջանային) և բարձր մասնագիտացված (հանրապետական): Քաղաքային բնակչությանը ծառայությունների մատուցման շղթան տարբերվում է գյուղական համայնքներում մատուցվողից: Ընդհանուր առմամբ, քաղաքների բնակիչներն իրենց առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններն ստանում են պոլիկլինիկաներում, մինչդեռ գյուղերի բնակիչների համար բժշկական օգնության դիմելու առաջին կետերը տարբեր են՝ սկսած բուժկետից կամ գյուղական բժշկական ամբուլատորիայից մինչև մարզային/շրջանային նշանակության պոլիկլինիկա: Բուժկետերը տեղակայված են գյուղական շրջաններում. այնտեղ աշխատում են համայնքի բուժքույրերը և դրանք վերահսկվում են մոտակա բժշկական ամբուլատորիաների կամ պոլիկլինիկաների անձնակազմի կողմից: Գտնվելով գյուղական շրջաններում և, հաճախ, մեկուսացված գյուղերում՝ բուժկետերը հազվադեպ են իրականացնում բժշկական օգնության՝ ըստ հրատապության կազմակերպման գործառույթներ, և հիմնականում սահմանափակվում են տարրական բժշկական օգնության և կանխարգելիչ գործունեությամբ:

⁹ Հայաստանում մոր և մանկան առողջապահական ուղեգրումների համակարգի ուսումնասիրություն, ԱՄՆ ՄԶԳ NOVA 2009 ծրագիր

“Արմավիրի Զարգացման Կենտրոն” ՀԿ-ի “Պետական հավաստագրերի ներդրման համակարգի գնահատում”, 2009թ. աշխատանքային հաշվետվությունը ցույց է տալիս, որ գյուղական շրջաններում մինչծննդաբերական այցելությունների թիվը մոտ 40%-ով պակաս է, քան քաղաքային շրջաններում:

Հայաստանի Ժողովրդագրության և Առողջության Հարցերի Հետազոտություն-2005-ը մատնանշում է հետևյալը. երկրի ներսում առկա է մինչծննդաբերական ծառայությունների ցածր սպառման ազդեցության թիրախավորված գնահատման և կորելացիայի պակաս: Ինչևէ, գյուղական շրջաններում ծննդաբերական բարդությունների թիվն ավելի բարձր է, քան՝ քաղաքային շրջաններում: Այն կանանց տոկոսը, որոնք կատարել են չորս և ավելի մինչծննդաբերական բժշկական օգնության այցելություններ, շատ ավելի ցածր էր գյուղական շրջաններում, քան՝ քաղաքայիններում (53%՝ համեմատած քաղաքային շրջանների 82%-ի հետ):

Այդ իսկ պատճառով, ներկայիս քաղաքականությունն անհրաժեշտ է ճշգրտել՝ գյուղական շրջանների կանանց կողմից բժիշկներին այցելելու ցուցանիշը բարձրացնելու համար՝ այն քաղաքային շրջաններում առկա մակարդակին մոտեցնելու նպատակով:

Վերարտադրողական և մայրական առողջապահությունը Հայաստանում իրականացվում է ամբուլատոր պոլիկլինիկաների և հիվանդանոցների լայնածավալ համակարգի միջոցով:

Ամբուլատոր առողջապահության ցանցը կառուցված է ըստ աշխարհագրական շրջանների և ծառայությունները մատուցվում են պոլիկլինիկաների կանանց խորհրդատվության և գյուղական առողջապահական կառույցների միջոցով:

Մանկաբարձական բժշկական օգնությունն իրականացվում է հիվանդանոցների մանկաբարձագինեկոլոգիական բաժանմունքներում, քաղաքային բնակավայրերում գտնվող տարածաշրջանային ծննդատներում և բարձր մասնագիտացված բժշկական օգնության հանրապետական կենտրոններում:

Բժշկական օգնությունը, որն ապագա մայրը ստանում է հղիության ընթացքում և ծննդաբերության ժամանակ, կարևոր է մոր և երեխայի փրկության և առողջության համար: Մինչծննդաբերական օգնությունը (ՄՕՕ) նկարագրված է ըստ օգնություն տրամադրողի տեսակի, ՄՕՕ այցելությունների քանակի, այցելությունների պահի դրությամբ հղիության փուլի և այցելությունների թվի, ինչպես նաև ըստ ՄՕՕ-ի ընթացքում տրամադրված ծառայությունների և տեղեկատվության:

Համաձայն ՀՏԱՀՀ 2005-ի՝ հետազոտությանը նախորդող հինգ տարիների ընթացքում կենդանի ծնունդ ունեցած կանանց 93%-ն առնվազն մեկ անգամ ստացել է մինչծննդաբերական բժշկական օգնություն բժշկի (90%) կամ բուժքրոջ կամ որակավորված մանկաբարձուհու կողմից (3 %): Քաղաքային շրջաններում կանանց 94%-ն օգնություն է ստացել բժիշկներից, իսկ 2%-ը՝ բուժքույրերից կամ որակավորված մանկաբարձուհիներից: Գյուղական շրջաններում կանանց 83%-ն օգնություն է ստացել բժիշկներից, իսկ 6%-ը՝ բուժքրոջից կամ մանկաբարձուհուց:

Համարյա բոլոր շրջաններում տասը մայրերից առնվազն ինը մինչծննդաբերական օգնություն են ստացել որակավորված մասնագետից: Սակայն, Շիրակի մարզում որակավորված մասնագետի կողմից (բժիշկ, բուժքույր կամ մանկաբարձուհի) մինչծննդաբերական օգնություն են ստացել մայրերի միայն 78%-ը, իսկ Գեղարքունիքի մարզում՝ 74%-ը:

2000թ. ՀԺԱՀՀ-ին հաջորդող հինգ տարիների ընթացքում զգալի աճ է գրանցվել մինչծննդաբերական օգնության ծածկույթում. բժշկի կողմից ստացված օգնությունն աճել է 84%-ից մինչև 90%, մինչդեռ բուժքրոջ կամ մանկաբարձուհու կողմից ստացված օգնությունը նվազել է 9%-ից մինչև 3%:

Ելնելով ՀԺԱՀՀ 2005-ից՝ այն կանանց 71%-ը, որոնք կենդանի ծնունդ են ունեցել հետազոտությանը նախորդող հինգ տարիների ընթացքում, կատարել են չորս կամ ավելի մինչծննդաբերական օգնություններ՝ իրենց ամենավերջին ծննդի համար: Այստեղ առկա է զգալի շեղում քաղաքային և գյուղական շրջանների միջև:

Ընդհանուր առմամբ, քաղաքային կանայք իրենց առաջին ՄԾՕ այցելությունը կատարում են ավելի շուտ քան գյուղային կանայք: Քաղաքային կանանց կեսից ավելին (51%) իրենց առաջին մինչծննդաբերական այցելությունները կատարում են հղիության առաջին չորս ամիսների ընթացքում՝ համեմատած գյուղային կանանց 43%-ի հետ: ՄԾՕ ընթացքում հղիության բարդությունները բացահայտվում են 50.7% դեպքերում՝ քաղաքային և ընդամենը 38.2% դեպքերում՝ գյուղական շրջանների համար:

ՀԺԱՀՀ 2010 ցույց է տվել, որ Հայաստանում մինչծննդաբերական օգնություն են ստացել¹⁰ համարյա բոլոր կանայք (99%): Այս ցուցանիշն աճել է ՀԺԱՀՀ 2000-ում գրանցված 92%-ի (ԱՎԾ և այլ աղբյուրներ, 2001թ.), ինչպես նաև՝ ՀԺԱՀՀ 2005-ում գրանցված 93%-ի համեմատ (ԱՎԾ և այլ աղբյուրներ, 2006թ.): ՄԾՕ այցելություն կատարած գործնականում բոլոր կանայք (99%) այցելել են բժիշկների, իսկ նրանց մեծամասնությունը (93%)՝ գինեկոլոգի: ՄԾՕ տրամադրման գործում բուժքույրերի, մանկաբարձուհիների և ֆելդշերների դերն աստիճանաբար նվազում է. 2000թ. նրանց մասնաբաժինը կազմել էր 9%, 2005թ.՝ 3%, իսկ 2010թ.՝ 1%-ից պակաս:

Կանանց ենթախմբերի միջև առկա են փոքր տարբերություններ կապված բուժժառայության մատուցողից օգտվելու հետ: Ամենանշանակալի տարբերությունները մարզերի միջև են: Լոռիում կանանց 76% ՄԾՕ նպատակով այցելել է գինեկոլոգի, 5%՝ ընտանեկան բժշկի, իսկ 13%՝ թերապևտի: Շիրակում կանանց 86% այցելել է գինեկոլոգի, իսկ հղի կանանց 12% ՄԾՕ ստացել է ընտանեկան բժշկից: Մնացած բոլոր մարզերում կանանց ավելի քան 90% այցելել է գինեկոլոգի:

Հղիության ընթացքում բարդությունների կանխարգելումը, ծննդաբերությունը և հղիության բարեհաջող ավարտը և՛ մոր և՛ երեխայի համար կապված են մինչծննդաբերական օգնության

¹⁰ Հայաստանի Ժողովրդագրական և Առողջապահական Հարցերի Հետազոտություն 2010, Ազգային Վիճակագրական Ծառայություն, ք. Երևան, Հայաստան, Առողջապահության նախարարություն, ք. Երևան, Հայաստան, ICF International Calverton, Մերիլենդ ԱՄՆ, Ապրիլ 2012թ.

որակի, այցելությունների քանակի և առաջին այցելության ժամկետների հետ: Առողջապահության նախարարությունն ընդունել է նորմալ հղիության համար նախատեսված՝ առնվազն չորսից մինչև վեց մինչծննդաբերական օգնության այցելությունների՝ Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության ուղեցույցները և խորհուրդ է տալիս առաջին այցելությունը կատարել մինչև հղիության 12 շաբաթը լրանալը:

Ժամանակի ընթացքում որակյալ ՄԾՕ մատչման առաջընթացն արտացոլվում է նաև այն կանանց համամասնության աճով, որոնք իրենց ամենավերջին ծննդաբերության համար կատարել են չորս և ավելի մինչծննդաբերական բժշկական օգնության այցելություններ:

Հավելված 1-ը ցույց է տալիս, որ հետազոտությանը նախորդող հինգ տարիների ընթացքում կենդանի ծնունդ ունեցած կանանց 93%-ը կատարել է չորս կամ ավելի ՄԾՕ այցելություններ՝ ամենավերջին ծննդի հղիության ընթացքում: Այս ցուցանիշը շատ ավելի բարձր է քան 2005թ. ՀԺԱՀՀ-ում (71%) և 2000թ. ՀԺԱՀՀ-ում (65%) գրանցվածները: Կանանց 1%-ից պակասը հայտնել են, որ ՄԾՕ այցելություն չեն կատարել՝ համեմատած 2005թ. ՀԺԱՀՀ-ում ներկայացված 6%-ի և 2000թ. ՀԺԱՀՀ-ում ներկայացված 7%-ի հետ: Չնայած նրան, որ առկա է որոշակի տոկոսային տարբերություն 2010թ. գյուղական և քաղաքային շրջաններում չորս և ավելի ՄԾՕ այցելություններ կատարած կանանց մասով (համապատասխանաբար 96% և 89%), այդ անջրպետը շատ ավելի փոքր է, քան 2005թ. ՀԺԱՀՀ-ի (համապատասխանաբար 82% և 53%) և 2000թ. ՀԺԱՀՀ-ի (համապատասխանաբար 82% և 45%) արդյունքներով ներկայացվածը:

Ընդհանուր առմամբ, կանանց 80%-ն իրենց առաջին ՄԾՕ այցելությունը կատարում են հղիության առաջին եռամսյակում: Քաղաքաբնակ կանանց դեպքում մի փոքր ավելի քիչ հավանական է առաջին հետազոտության անցկացումն առաջին եռամսյակի ընթացքում, քան՝ գյուղաբնակ կանանց դեպքում (79%՝ համեմատած 82%-ի հետ): Քաղաքաբնակ և գյուղաբնակ կանանց միջև կա փոքր տարբերություն՝ կապված առաջին այցելության պահին հղիության ամիսների մեղիան թվի հետ (համապատասխանաբար 3.3 և 3.4 ամիս):

Աղյուսակ. Վաղ մանկական մահացության մակարդակներ՝ Նորածնային, հետնորածնային, մանկական և երեխաների մահացության մակարդակները՝ հետազոտությանը նախորդող 10 տարիների ժամանակահատվածի համար, ըստ ընդհանուր բնութագրերի (քաղաքային-գյուղական բնակչության վայր), Հայաստան 2000, 2005, 2010

| Ընդհանուր բնութագիր | ՀԺԱՀՀ 2000 | | ՀԺԱՀՀ 2005 | | ՀԺԱՀՀ 2010 | |
|----------------------------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| | Քաղաք. | Գյուղ. | Քաղաք. | Գյուղ. | Քաղաք. | Գյուղ. |
| Նորածնային մահացություն | 23.1 | 29.5 | 18 | 19 | 9 | 10 |
| Հետնորածնային մահացություն | 12.8 | 23.3 | 7 | 12 | 7 | 12 |
| Մանկական մահացություն | 35.9 | 52.7 | 25 | 31 | 16 | 22 |
| Երեխաների մահացություն | 1.4 | 6.8 | 2 | 11 | 2 | 4 |

Վերջին երեք ՀԺԱՀՀ ժամանակահատվածների համար վաղ մանկական մահացության մակարդակների պատկերը և համեմատությունը ցույց է տալիս, որ քաղաքային-գյուղական բնակության վայրերի արդյունքների ցուցանիշների միջև առկա է տարբերություն, որը կարող է հանդիսանալ ՄՕՕ ծառայությունների՝ որակի և մատչման տեսանկյունից երկրի քաղաքային և գյուղական շրջանների միջև անհավասարաչափ բաշխման արդյունք: Միաժամանակ նկատելի է մահացության ցուցանիշների նվազում, ինչը կարող է անուղղակիորեն համարվել ՄՕՕ այցելությունների թվի աճի արդյունք:¹¹

Վերարտադրողական և մայրական առողջապահությունը Հայաստանում իրականացվում է ֆելդշեր-մանկաբարձական կետերի (ՖՄԿ), ամբուլատոր պոլիկլինիկաների և հիվանդանոցների լայնածավալ համակարգի միջոցով: Ամբուլատոր առողջապահության ցանցը կառուցված է ըստ աշխարհագրական շրջանների և ծառայությունները մատուցվում են պոլիկլինիկաների կանանց խորհրդատվության և գյուղական առողջապահական կառույցների միջոցով: Մանկաբարձական բժշկական օգնությունն իրականացվում է հիվանդանոցների մանկաբարձա-գինեկոլոգիական բաժանմունքներում, քաղաքային բնակավայրերում գտնվող տարածաշրջանային ծննդատներում և բարձր մասնագիտացված բժշկական օգնության հանրապետական կենտրոններում: Պետական Հիմնական ծառայությունների փաթեթի (ՀՕՓ) շրջանակներում, վերարտադրողական առողջության սահմանափակ ծառայությունների փաթեթն անվճար է բոլորի համար, իսկ որոշակի խոցելի խմբերի համար անվճար է ծառայությունների ավելի լայն շրջանակը:

Ծննդաբերության ընթացքում հիզիենիկ պայմանները և որակավորված բժշկական անձնակազմի կողմից վերահսկողությունը կրճատում են վարակների ռիսկը և ապահովում են ծննդաբերական բարդությունների արդյունավետ լուծումը: 2010թ. ՀԺԱՀՀ-ի շրջանակներում հավաքագրվել է տեղեկատվություն ծննդաբերության վայրի մասին՝ հետազոտությանը նախորդող հինգ տարիների ընթացքում ծնված բոլոր երեխաների համար, ինչպես նաև տեղեկատվություն ծննդաբերության ընթացքում աջակցող բժշկական անձնակազմի տեսակի վերաբերյալ:

Համարյա բոլոր ծնունդները (99%) տեղի են ունեցել առողջապահական հիմնարկում: Առողջապահական հիմնարկում տեղի ունեցած ծնունդների համամասնությունն աճել է 2000թ. գրանցված 91%-ից մինչև 97%՝ 2005թ. և մինչև 99%՝ 2010թ.: Միաժամանակ տանը տեղի ունեցող ծնունդները նվազել են 2000թ.-ի 9%-ից մինչև 2%՝ 2005թ. և մինչև 1%-ից պակաս՝ 2010թ.: Կանանց ենթախմբերի միջև առկա է փոքր տարբերություն՝ ծննդաբերության վայրի մասով: Ամենանշանակալի տարբերություններն առկա են մարզերում առողջապահական հիմնարկի տիպի մասով: Մասնավոր հատվածում կատարված ծննդաբերությունների ամենաբարձր տոկոսները գրանցվել են Արագածոտնում (23 %) և Արմավիրում (14 %):

¹¹ Մենք չենք կարող պնդել, որ առկա է ապացուցված բացասական կապ մահացության ու բարդությունների մակարդակի և ՄՕՕ այցելությունների թվի միջև, քանի որ դրա վերաբերյալ հատուկ հետազոտության տվյալներ չունենք: Ենթադրությունն առ այն, որ վերջին տարիների ընթացքում ՄՕՕ այցելությունների թվի աճն ազդել է մահացության մակարդակի կրճատման վրա առավել քան վավեր է և ԱՄՏ-ն կփորձի անդրադառնալ այս խնդրին իր հետազոտությունների հաջորդ փուլի ժամանակ:

Ծննդաբերության ժամանակ բժշկական մասնագետի օգնությունը Հայաստանում ունիվերսալ է: Հետազոտությանը նախորդող հինգ տարիների ընթացքում տեղի ունեցած կենդանի ծնունդների 97%-ն ընդունել է բժիշկը: Բուժքրոջ կամ որակավորված մանկաբարձուհու դերը վերջին 10 տարիների ընթացքում նվազել է՝ 2000թ. 14%-ից հասնելով 4%-ի՝ 2005թ. և 2%-ի՝ 2010թ.: Կանանց խմբերի միջև զգալի տարբերություններ չկան: Ծննդաբերության ընթացքում ֆեյդերից օգնություն ստանալն ավելի տարածված է տարիքով ավելի մեծ կանանց և տարրական կրթություն ունեցող կանանց դեպքում (յուրաքանչյուրը 4%): Այլ մարզերի համեմատությամբ, բուժքույրերի և մանկաբարձուհիների դերը ծննդաբերություններին օգնելու գործում նկատելի է Արագածոտնում (13%) և Լոռիում (8%):

Այս ողջ ներածական տեղեկատվությունը ցույց է տալիս ոլորտում առկա դրական միտումները, ինչպես նաև բացատրում է, թե ինչու՞ է սույն հաշվետվությունը կենտրոնանում քաղաքային և գյուղական շրջանների միջև ՄԾՕ բաշխման տարբերությունների վրա՝ ծննդաբերության և այլ ասպեկտների փոխարեն:

ԳՈՅՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ՄԱՐԴԱՅԱՅԻՆ ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԻ ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐԸ: Պատմականորեն Հայաստանը միշտ ունեցել է բժշկական անձնակազմի զգալի ռեսուրսներ և բժիշկների ու բուժքույրերի տեսանկյունից հանդիսացել է ամենահագեցած հանրապետություններից մեկը՝ նախկին Խորհրդային Միության տարածքում: Ներկայումս Հայաստանն ունի 12,698 բժիշկ (39,1՝ 10,000 բնակչության հաշվով) և 18,181 բուժքույր/կրթսեր բժշկական անձնակազմ, ինչը կազմում է 56,0/10,000 բնակչության հաշվով:¹²

Չնայած նրան, որ միջազգային համեմատություններում բժիշկների ընդհանուր թիվը դուրս չի մնում ընդհանուր պատկերից, ամենայն հավանականությամբ Հայաստանում կան չափազանց մեծ թվով նեղ մասնագետներ: Այլ երկրների, ինչպես նաև բժիշկների թվի համեմատ՝ բուժքույրերի թիվը հարաբերականորեն ցածր է, իսկ բուժքույրերի և բժիշկների բաշխումը մարզերի միջև անհավասարակշռված է:

Չնայած մանկաբարձ-գինեկոլոգների թիվը բավականին համարժեք է բնակչության սպասարկման կարիքները բավարարելու համար (չնայած քաղաքային/գյուղական նկատելի անհամաչափություններին), ներկայումս գոյություն ունի մանկական/նեոնատալ մասնագետ-բժիշկների բացահայտ պակաս:

Մասնագետ-մանկաբույժների և նեոնատոլոգների թվի նկատելի նվազումն ազդել է նեոնատալ/մանկական առողջապահության համակարգի գործունեության վրա և, արդյունքում, Հայաստանի մարզերում բժիշկ-նեոնատոլոգների անհետաձգելի կարիք կա՝ հատկապես նեոնատալ ռեանիմացիայի բաժանմունքներում (ՆՌԲ): Իրավիճակը վատթարացել է նաև այն պատճառով, որ 2005թ. ԵՊԲՀ Մանկաբուժական ֆակուլտետը միավորվել է Ընդհանուր բժշկության ֆակուլտետի հետ:

¹² Մոր/Երեխայի/Վերարտադրողական առողջության պահպանմանն ուղղված գործողությունների Հայեցակարգային Շրջանակ, ԱՄՆ ՄԶԳ կողմից ֆինանսավորվող HS-STAR ծրագիր: Մշակվել է Գոհար Վ. Փանաջյանի կողմից, Հունիս 2011թ.

Չնայած ավելցուկային բժշկական անձնակազմի միտումն առկա է համարյա բոլոր բժշկական ուղղություններում, սակայն այս գնահատականները տարբերվում են ըստ մասնագիտությունների և աշխարհագրական բաշխումների՝ քաղաքային/գյուղական բավականին սուր անհամաչափությունով: Օրինակ, համաձայն Հայաստանի ԱՎԾ-ի (2009), Հայաստանում աշխատող մանկաբարձ-գինեկոլոգների թիվը 2009թ. կազմել է 930, կամ 5,0/10,000 բնակչության հաշվով, մինչդեռ մանկաբույժների ընդհանուր թիվը եղել է 1030՝ կազմելով մոտավորապես 17,4 / 10,000 բնակչության հաշվով:

(ՀՀ Առողջապահության նախարարություն / ՀՀ ԱՆ տեղեկատվական վերլուծական հանրապետական կենտրոն, 2009թ. Տարեկան հաշվետվություն):

Ունենալով մանկաբարձ-գինեկոլոգների ավելի քան բավարար քանակ՝ Հայաստանում դեռևս առկա է նշված մասնագետների՝ երկրի տարածքում ավելի շուտ թույլ բաշխում: Քաղաքային արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային մակարդակի մոր և մանկան առողջապահական կառույցները ունեն մանկաբարձ-գինեկոլոգների և այլ նեղ մասնագետների նկատելիորեն բարձր հագեցվածություն, սակայն, մյուս կողմից, որոշ մարզերում առկա է մոր և մանկան բուժօգնության մասնագետների համարժեք թվի պակաս՝ հատկապես հիվանդանոցային բուժօգնության մակարդակում, ինչը ենթադրում է, որ կարիք կա վերանայելու անձնակազմի պլանավորման մոդելները՝ սկսելով բժշկական ուսումնական հաստատությունների ընդունելության պլաններից:

Հայաստանում առկա 930 մանկաբարձ-գինեկոլոգներից 631-ը, ինչպես նաև 188 նեոնատոլոգներ ներկայումս ներգրավված են ամբողջ երկրում հիվանդանոցային ծառայությունների մատուցման գործում:

Զարգացած եվրոպական երկրներում (ER-27) և Անկախ Պետությունների Համագործակցության (ԱՊՀ) երկրներում առկա կոնցենտրացիայի համեմատ՝ Հայաստանում 100 000 բնակչության հաշվով բուժքույրերի թիվը ցածր է:

01.01.2005թ. դրությամբ մանկաբարձա-գինեկոլոգիական մահճակալների թիվը կազմել է 2473, որոնցից 1366-ը (55 %) մանկաբարձական մահճակալներ էին: Մանկաբարձական և գինեկոլոգիական մահճակալների թիվը 1000 պտղաբեր կանանց հաշվով կազմել է համապատասխանաբար 14.9 և 4.0:

Չնայած 1996թ. սկսած երկրում գործադրվող ինտենսիվ ջանքերին՝ ուղղված Հայաստանում ընտանեկան բժշկության ինստիտուտի ներդրմանը և հզորացմանը՝ հիմնականում ընտանեկան բժիշկների ուսուցման և վերապատրաստման միջոցով, գործնականում նշված ինստիտուտն ավելի ակտիվ է գյուղական շրջաններում, որտեղ ընտանեկան բժիշկը միակ պրակտիկա իրականացնող բժիշկն է և որտեղ չկան նեղ մասնագետներ: Իրավիճակն այլ է քաղաքային պոլիկլինիկաներում, որտեղ ընտանեկան բժիշկներն աշխատում են նեղ մասնագետի հետ և դեպքերի ճնշող մեծամասնությունում հնարավորություն չունեն մատուցելու ծառայությունների այն ամբողջական ծավալը, որն իրենց համար սահմանել է կառավարությունը: Ընդհանուր

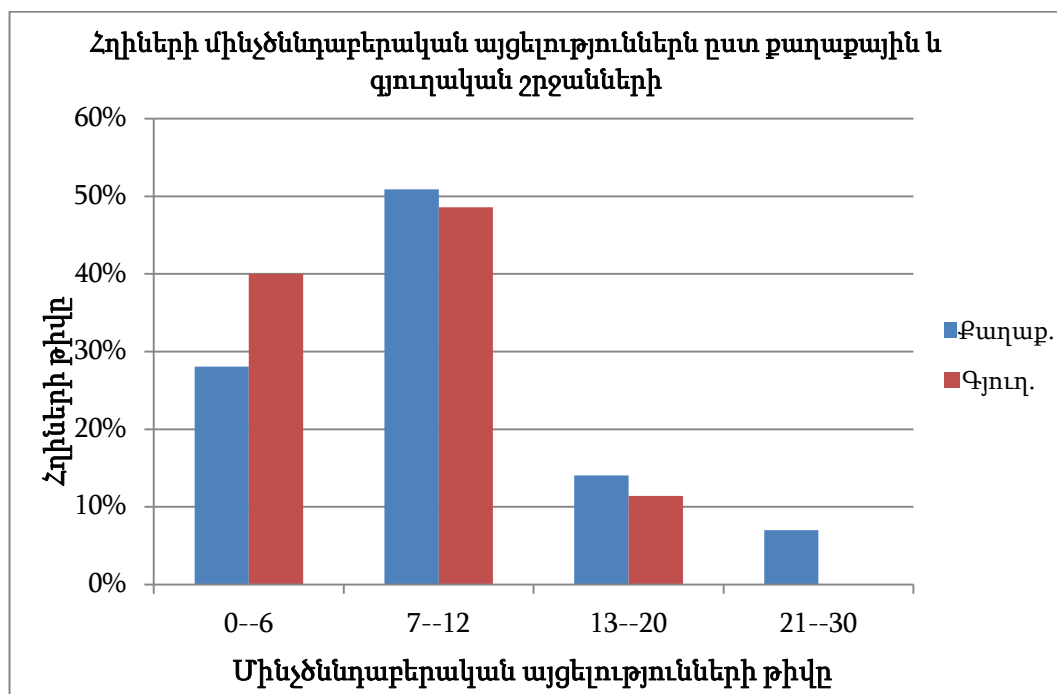
առմամբ, երկրում ակտիվ պրակտիկա իրականացնող ընտանեկան բժիշկների թիվը դեռևս բավականին ցածր է գնահատված թիրախներից:

ԱՍՏ-ի հարցումը

2011թ. հունիսին ԱՍՏ-ն Հայաստանի տարածքում իրականացրեց հետազոտություն՝ կրթության, առողջապահության և ջրի ոլորտներում ծախսերի արդյունավետության մի շարք ասպեկտների վերաբերյալ, որը ներառեց 1600 տնային տնտեսություններ: Հաշվի առնելով մինչծննդաբերական խնդիրների հանդեպ հատուկ հետաքրքրությունը՝ տարբեր համայնքներում իրականացվեց լրացուցիչ թիրախավորված հետազոտություն, որում ներառվեցին վերջին 12 ամիսների ընթացքում ծննդաբերած 200 հղիներ: ԱՍՏ-ի կողմից 2011թ. իրականացված հարցումը ցույց տվեց, որ մինչծննդաբերական այցելությունների թիվն աճել է, սակայն դեռևս գոյություն ունի անջրպետ՝ գյուղական և քաղաքային ցուցանիշների միջև: Գյուղական շրջաններում մինչծննդաբերական այցելությունները կազմում են 8.1՝ համեմատած երկրի քաղաքային շրջանների 10.6-ի հետ:

Ստորև ներկայացված է ավելի մանրամասն տեղեկատվություն հարցման արդյունքների վերաբերյալ:

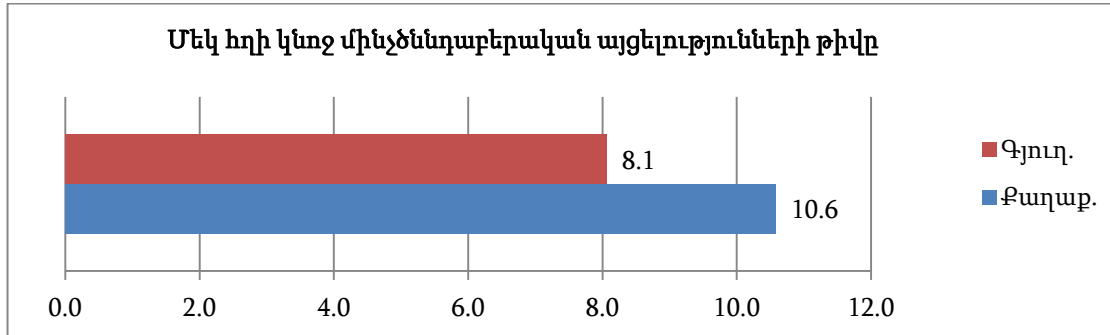
Գծապատկեր 3. ՄՄՕ այցելություններն ըստ շրջանների



Ինչպես տեսնում ենք Գծապատկեր 3-ում՝ 6 այցելությունից ցածր մակարդակի վրա ՄՄՕ սպառումը հատկապես բարձր է գյուղական շրջանների շահառուների մոտ: 7-ից մինչև 12 այցելությունների սեզմենտում սկսում են գերակշռել քաղաքային կանայք և այս կետից սկսած տվյալ միտումը շարունակվում է: Որպես ծայրահեղ դեպք տեսանք նաև, որ գյուղական

շրջանների ոչ մի շահառու հղիության ընթացքում չի օգտվել ՄՕՕ ծառայություններից ավելի քան 20 անգամ, մինչդեռ քաղաքաբնակ կանանց պարագայում առկա էր նման դեպքերի 7%:

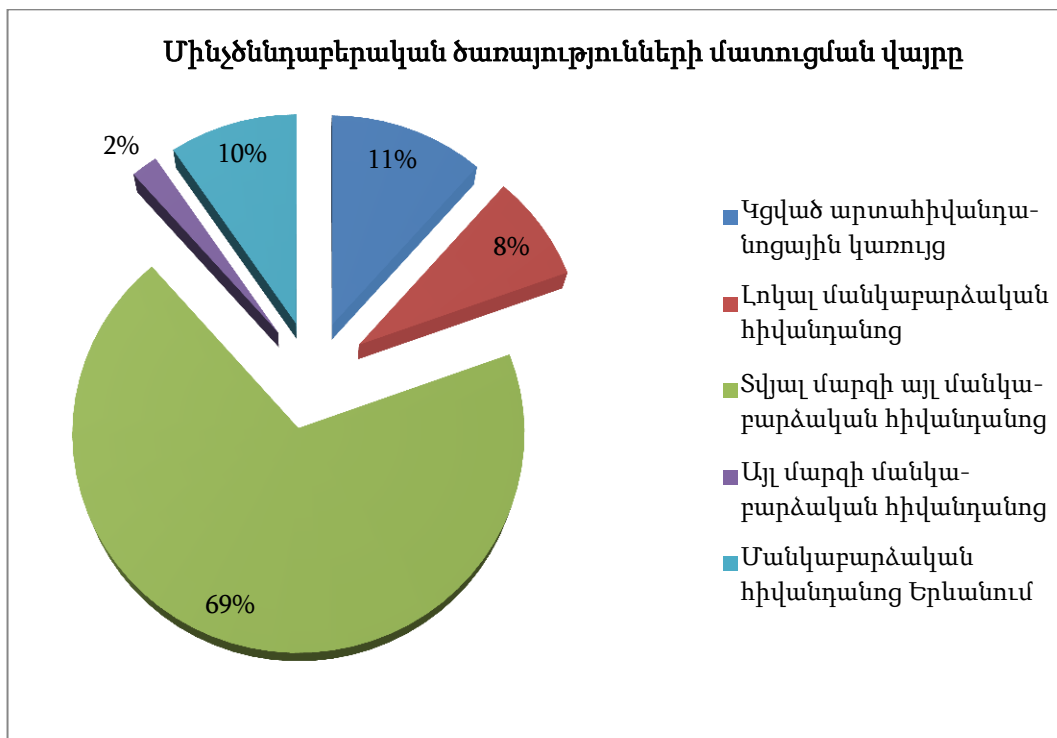
Գծապատկեր 4. ՄՕՕ այցելությունների միջին թիվն ըստ շրջանների



Միջին թվերի դեպքում տեսնում ենք նույն պատկերը (տե՛ս Գծապատկեր 4), ինչը փաստացի ապացուցում է քաղաքային և գյուղական շրջանների կանանց ՄՕՕ այցելությունների տարբերության նախորդող ընկալումը: Չնայած նրան, որ վերջին տարիների ընթացքում այցելությունների թիվն աճել է, քաղաքային և գյուղական շրջանների շահառուների միջև տարբերությունը դեռևս պահպանվում է:

Մեր վերջին հարցումն անդրադառնալով է ՄՕՕ ծառայությունների մատուցման վայրի խնդրին: Ինչպես երևում է Գծապատկեր 5-ում, շահառուների ճնշող մեծամասնությունը (69%) ստիպված է եղել ուղևորվել մարզկենտրոններ, որոնք գտնվում են շահառուների բնակավայրերից որոշ հեռավորության վրա:

Գծապատկեր 5. ՄՕՕ այցելությունների վայրերը



ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱՅԼԸՆՏՐԱՆՔՆԵՐԻ ՔՆԱՐԿՈՒՄ ԵՎ ԼՈՒԾՈՒՄՆԵՐԻ ՄՈՒԴԵԼԱՎՈՐՈՒՄ

Սույն հաշվետվությունում փորձ է կատարվել նույնականացնելու մի քանի տարբերակներ, որոնք կօգնեն որոշում կայացնողներին՝ տարբերությունների խնդիրը լուծելու հարցում: Ինչպես արդեն վերը քննարկվել է միջազգային փորձին վերաբերվող բաժնում, այցելությունների քանակը կարող է արդյունքների տարբերությունների համար առաջնային գործոն չհանդիսանալ: Այստեղ կարող է դեր խաղալ նաև հղիներին մատուցվող ծառայությունների որակի գործոնը: Մեր հաշվետվությունում, այնուամենայնիվ, փորձ ենք կատարել քննարկելու ծառայությունների քանակի մասով գոյություն ունեցող տարբերությունը: Անհրաժեշտ է նշել, որ, քանի որ սույն հետազոտության առաջնային նպատակն է գյուղական և քաղաքային շրջանների հղի կանանց կողմից ծառայությունների սպառման անջրպետի կրճատումը, ապա որակական խնդիրները չեն ընտրվել որպես թիրախ: ՄՕՕ ծառայությունների որակն այլ հարց է, որն անհրաժեշտ է հաշվի առնել հետագա հետազոտությունների համար: Սակայն, ՄՕՕ ծառայություններն ապահովում են հղի կանանց կանոնավոր հետազոտումներ, որոնք թույլ են տալիս բուժել և կանխարգելել հղիության ընթացքում առաջացող պոտենցիալ առողջական խնդիրները՝ միաժամանակ նպաստելով առողջ ապրելակերպին, որը շահավետ է ն՝ մոր և՛ մանկան համար, ինչպես նաև ՄՕՕ ծառայությունների լիարժեք ծածկույթը կարող է ապահովել ուղեգրումներ դեպի մասնագիտացած, ավելի որակյալ բժշկական ծառայություններ, որոնք կկանխարգելեն հնարավոր բարդացումները և կտրամադրեն համարժեք բժշկական օգնություն:

Այդ իսկ պատճառով, ԱՄՏ-ն ներկայացրել է քաղաքականության ճշգրտման երեք տարբերակներ՝ ծրագրի թիրախավորումը բարելավելու նպատակով: Բոլոր քաղաքականության ճշգրտման տարբերակները մշակվել են գյուղական շրջանների հղի կանանց համար, քանի որ նրանք նույնականացվել են որպես ոչ պատշաճ մինչծննդաբերական ծառայությունների ստացման ամենաբարձր ռիսկ ունեցող շահառուներ: Հղի կանանց շրջանում անցկացված հարցումները ցույց են տալիս, որ հղիները, որոնք բոլորն էլ հանդիսանում են ՄՕՕ ծառայությունների ծրագրի շահառուներ, կատարում են առնվազն մեկ ՄՕՕ այցելություն: Գլխավոր նպատակը գյուղական շրջաններում ՄՕՕ այցելությունների թվի ավելացումն է: Այսպիսով, բոլոր նոր քաղաքականության տարբերակներն ունեն նույն ընդհանուր նպատակը, այն է՝ բարձրացնել գյուղական շրջանների հղի կանանց մատչումը ՄՕՕ ծառայություններին: Այդ իսկ պատճառով, սույն հաշվետվությունը նպատակ չունի և չի քննարկում քաղաքային շրջանների կանանց բուժօգնության որևէ փոփոխություն: Ի հավելումն, հաշվի առնելով, որ ՄՕՕ ծրագրի ֆինանսավորման միակ աղբյուրը պետական բյուջեն է, ծրագիրը նաև նպատակ է հետապնդում՝ բարելավելու կառավարության ծախսային արդյունավետությունը:

Հաշվի առնելով, որ հիմնական նպատակը գյուղական շրջաններում ՄՕՕ այցելությունների թվի ավելացումն է՝ խորհուրդները հիմնված կլինեն այդ ոլորտում կառավարության ներկայիս քաղաքականությունների քանակական ասպեկտների վրա: Տարբերակներն ավելի մանրամասն

նկարագրված են ստորև, իսկ յուրաքանչյուր տարբերակի համար մանրամասն հաշվարկները ներկայացված են Հավելված 3-ում:

Տարբերակների համար հիմք է ընդունվել 16000 հղի կին գյուղական շրջաններում: Համաձայն կառավարության հանձնարարականի (հավաստագրման մեխանիզմներ) բոլոր հղիները ստանում են ծննդաբերության անվճար բժշկական ծառայություններ ողջ երկրում: Այս մեխանիզմի նպատակն է հղի կանանց տրամադրել որակավորված և մատչելի բժշկական ծառայություններ: Վերջին տարիներին ՄԾՕ այցելությունների թվի աճի հետ կապված արձանագրվել են դրական փոփոխություններ: Համաձայն ԱՄՏ-ի կողմից 2011թ. անցկացված հարցման՝ մինչծննդաբերական այցելությունների միջին թիվն աճել է՝ քաղաքային շրջաններում հասնելով 10-ի, իսկ գյուղական շրջաններում՝ 8-ի: Չնայած այցելությունների թվի աճին, գյուղական և քաղաքային ցուցիանիշների միջև դեռևս գոյություն ունի անջրպետ: Նպատակը գյուղական և քաղաքային շրջանների միջև առկա տարբերության կրճատումն է: Հիմնվելով վերը նշվածի վրա, որպես մեկ շահառուի հաշվով այցելությունների միջին թվի թիրախ է օգտագործվել 10 այցելությունը, մինչդեռ պետական բյուջեի հաշվարկի հիմքում դրված այցելությունների թիվն ընդունված է 8 (մոդելավորման ցուցանիշ): Արդյունքում, լրացուցիչ այցելությունների թիվը, որը պետք է ապահովվի կազմում է 32 հազար այցելություն: Ներկայիս քաղաքականությունը պետք է փոփոխվի, որպեսզի աճի գյուղական շրջաններում հղի կանանց կողմից բժիշկների այցելությունների մակարդակը՝ այն քաղաքային շրջանների մակարդակին մոտեցնելու և բժշկական ծառայություններին հավասար մատչում ապահովելու նպատակով: Գյուղական շրջաններում հղի կանանց մատուցվող ծառայությունների բյուջեն կազմում է 258.4 հազար ՀՀ դրամ կամ 16.2 հազար ՀՀ դրամ մեկ շահառուի հաշվով և այսպիսով՝ 2 հազար ՀՀ դրամ մեկ այցելության հաշվով: Ներկայացված հաշվարկները թարմացվել են հիմնվելով ԱՄՏ-ի 2011թ. հարցման արդյունքների վրա:

Տարբերակ 1. Ստատուս քվոյի ճշգրտումներ

Այս տարբերակում քաղաքականության մասով ոչինչ չի փոխվում և կառավարությունը շարունակում է գոյություն ունեցող մանկաբարձա-գինեկոլոգիական ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայությունների ծրագրի իրականացումը: Գյուղական շրջանների հղի կանանց և կառավարության կողմից հանձնարարված այցելությունների թվի համար պլանավորված բյուջեն ամբողջությամբ կատարվում է: Սակայն, նույնիսկ ներկայիս ծրագրի շրջանակներում հնարավոր կատարել որոշ խնայողություններ, քանի որ կառավարությունը ծառայություններ է գնում բոլոր հղի կանանց համար, մինչդեռ նրանցից շատերն այդ ծառայությունը նախատեսված ծավալներով (այցելությունների քանակ) չեն ստանում: Ամեն դեպքում, կառավարությունը կարող է ներդնել ավելի ուղղակի կապերով համակարգ, որը գրանցում է այցելությունների փաստացի քանակը և հիվանդանոցներին միջոցները փոխհատուցում է միայն փաստացի կատարված այցելությունների դիմաց (ի տարբերություն ներկայումս օգտագործվող՝ կոնկրետ շրջանում գրանցված հղի կանանց ընդհանուր թվի, որը սպասարկում է տրված հիվանդանոցը): Կառավարությունը բժիշկներին վճարում է փաստացի այցելությունների, այլ ոչ թե՝ գրանցված հղի կանանց թվի դիմաց:

Տարբերակ 2. Տրանսպորտային ծախսերի փոխհատուցում

Այս տարբերակով կանայք ստանում են սուբսիդիաներ շրջանային բժշկական կենտրոններ հասնելու տրանսպորտային ծախսերի համար՝ նպատակ ունենալով ամբուլատոր ծառայությունները հասանելի դարձնել գյուղական շրջանների կանանց համար: Այս տարբերակն ուղղված է այն շահառուներին, որոնք ունեն ֆինանսական դժվարություններ՝ կապված բժշկական կենտրոններ կանոնավոր կերպով այցելելու հետ:

Ծախսերի հաշվարկ. հաշվարկվում է տրանսպորտային ուղղակի ծախսը և համայնքներից դեպի շրջանային կենտրոններ այցելությունների թիվը: Հաշվի են առնվում միայն տրանսպորտային ծախսերի փոխհատուցման փոփոխական ծախսերը: Հղի կանանց տրամադրվող տրանսպորտային ծախսերի փոխհատուցման գումարը կազմում է 1000 ՀՀ դրամ մեկ այցելության դիմաց: Քանի որ յուրաքանչյուր շահառու պետք է միջինում կատարի 10 ՄԾՕ այցելություններ, ապա այցելությունների ընդհանուր թիվը, որը պետք է իրականացվի, հավասար է 160 հազար այցելություն: Արդյունքում, այս տարբերակի համար միջամտության ընդհանուր ծախսը կազմում է 160 մլն. ՀՀ դրամ և միջամտության զուտ ծախսը նույնպես կազմում է 160 մլն. ՀՀ դրամ, քանի որ խնայողություններ չկան: Քանի որ լրացուցիչ այցելությունների թիվը, որը պետք է ապահովվի, կազմում է 32 հազար, ապա այս տարբերակի Ծ/Ա գործակիցը կազմում է 5 հազար:

Տարբերակ 3. Տնային այցելություններ

Այս տարբերակը նախատեսում է մասնագետ բժիշկների կանոնավոր այցելություններ գյուղական վայրեր: Այս տարբերակն ուղղված է այն շահառուներին, որոնք ունեն ոչ միայն ֆինանսական խնդիրներ (ֆինանսական գործոնը կարող է ցածր հաճախելիության առաջնային պատճառ չհանդիսանալ), այլ նաև հաշվի են առնում ենթակառուցվածքների որակը և բժշկական կենտրոններ հասնելու հարմարությունը: Ծախսերը ներառում են բժշկական մասնագետների տրանսպորտային ծախսերի փոխհատուցումը՝ հղի կանանց համար բժշկական ծառայությունների ավելի լայն ծածկույթ և մատչում ապահովելու նպատակով: Այս տարբերակի համար մենք հաշվարկել ենք հղի կանանց միջին թիվը միջին գյուղական համայնքում (հիմնվելով Ազգային Վիճակագրական Ծառայության տվյալների վրա): Այս տարբերակի դեպքում բժշկական մասնագետին տրվում է տրանսպորտային ծախսերի փոխհատուցում, որը կազմում է 1000 ՀՀ դրամ յուրաքանչյուր այցելության համար: Մինչդեռ յուրաքանչյուր բժիշկ մեկ այցելության ընթացքում կարող է սպասարկել առնվազն 10 շահառուի: Բացի դրանից, քանի որ հղի կանանց մեկ այցելության ծախսը կազմում է 2 հազար ՀՀ դրամ, ապա տնային յուրաքանչյուր այցելության ծախսը (մեկ այցելության ծառայության վճարը) կկազմի 20.2 հազար ՀՀ դրամ: Արդյունքում միջամտությունների ընդհանուր ծախսը կազմում է 339 մլն. ՀՀ դրամ: Ի հավելումն, պլանավորված բյուջեն կազմում է 258 մլն. ՀՀ դրամ: Այդ իսկ պատճառով, այս տարբերակի միջամտության զուտ ծախսը կազմում է 80.6 մլն. ՀՀ դրամ: Հաշվի առնելով, որ լրացուցիչ այցելությունների թիվը, որը պետք է ապահովվի, կազմում է 32 հազար, ապա այս տարբերակի Ծ/Ա գործակիցը կազմում է 2.52 հազար:

Արդյունավետությունը չափվում և գնահատվում է հիմնվելով գյուղական շրջաններում հղի կանանց և լրացուցիչ այցելությունների թվի վրա, որոնք ստանում են մինչճնդաբերական ծառայությունների ամբողջական ծավալ 2^{րդ} և 3^{րդ} քաղաքականության տարբերակների շրջանակներում:

Աղյուսակ 1. Ծախսային արդյունավետության չափում ըստ քաղաքականության տարբերակների, շահառուների

| <i>Քաղաքականության տարբերակներ</i> | <i>Ծածկույթ/ Շահառուներ</i> | <i>Միջամտության ընդհանուր արժեքը, հազ. դրամ</i> | <i>Խնայողություններ, հազ. դրամ</i> | <i>Միջամտության գույտ արժեքը, հազ. դրամ</i> | <i>Ծ/Մ գործակից, հազ. դրամ</i> |
|------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|
| Տարբերակ 1. Ստատուս քվոյի ճշգրտումներ | 16,000 | - | - | - | - |
| Տարբերակ 2. Տրանսպորտային ծախսերի փոխհատուցում | 16,000 ¹³ | 160,000 | - | 160,000 | 10.00 |
| Տարբերակ 3. Տնային այցելություններ | 16,000 | 339,027 | 258,422 | 80,605 | 5.04 |
| | | | | | |

Աղյուսակ 1-ը ներկայացնում է տարբերակները, որտեղ շահառուների թիվը (հղի կանայք) հանդիսանում է “արդյունքի” չափման միավոր: Մակայն, ներկայացման տեսանկյունից ավելի շահավետ է այդ ազդեցության չափման միավորը փոխակերպել “այցելությունների թվի”, քանի որ մեր երկրում քաղաքականության խնդիրը ոչ թե ծրագրի ծածկույթում գտնվող շահառուների թիվն է, այլ շահառուների կողմից բյուջետային ծառայությունների սպառման ծավալը (այսինքն՝ այցելությունների թիվը): Այլ կերպ ասած, այս քաղաքականության առաջարկի առաջնային նպատակն է հղի կանանց կողմից ծառայությունների սպառման անջրպետի կրճատումը գյուղական և քաղաքային շրջանների միջև:

Այդ իսկ պատճառով, վերը ներկայացված տարբերակները ստորև բերվում են փոխակերպված ձևով, որտեղ “արդյունքի չափման միավոր” է հանդիսանում այցելությունների լրացուցիչ թիվը: Այսպիսով, առաջինը, կատարվում է հաշվարկ այցելությունների թվի համար, այնուհետև լրացուցիչ այցելությունների քանակը հանվում է գյուղական շրջաններում այցելությունների

¹³ Մասնակցության փաստացի մակարդակը դժվար է կանխագուշակել (ամենայն հավանականությամբ այն կլինի 100% մակարդակից ցածր): Այստեղ կարելի է կիրառել մասնակցության մակարդակների տարբեր սցենարներ (10%, 25%, 50%, 75% և 100%): Մակայն մենք այդ արդյունքներն աղյուսակում չենք ներկայացրել, քանի որ ֆունկցիան գծային է և ՄՍ գործակիցը նույնն է բոլոր մոդելների համար. մասնակցության մակարդակի հետ միասին միայն ֆինանսավորման ծավալն է գծային փոփոխվում: Վերը նշվածը բացատրվում է նրանով, որ այս տարբերակը, փաստորեն, չունի որևէ ֆիքսված ծախսեր, իսկ փոփոխական ծախսերը հաստատուն են մեկ օգտագործողի հաշվով:

ներկա միջին գնահատված թվից (համեմատած քաղաքային շրջաններում այցելությունների թվի հետ): Դրա նպատակն է ավելացնել այցելությունների թիվը մինչև 160 հազար այցելություն, այդպիսով Տարբերակ 1-ի համեմատ Տարբերակներ 2-ի և 3-ի դեպքում ծածկելով լրացուցիչ 32 հազար այցելություններ:

Արդյունավետության չափում այցելությունների ընդհանուր թվի համար:

Աղյուսակ 2. Ծախսային արդյունավետության չափումներ ըստ քաղաքականության տարբերակների, այցելությունների թվի

| <i>Քաղաքականության տարբերակներ</i> | <i>Ծածկույթ/ Այցելություններ</i> | <i>Միջամտության զուտ արժեքը, հազ. դրամ</i> | <i>Ծրագրի ընդհանուր արժեքը գյուղական շրջանների համար, հազ. դրամ</i> | <i>Սահմանային Ծ/Ա գործակից, հազ. դրամ</i> | <i>Ծրագրի Ծ/Ա գործակից, հազ. դրամ</i> |
|------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|
| Տարբերակ 1. Ստատուս քվոյի ճշգրտումներ | 128,000 | - | - | - | |
| Տարբերակ 2. Տրանսպորտային ծախսերի փոխհատուցում | 160,000 | 160,000 | 418,422 | 5.00 | 2.62 |
| Տարբերակ 3. Տնային այցելություններ | 160,000 | 80,605 | 339,027 | 2.52 | 2.12 |

Ինչպես տեսնում ենք, 3^{րդ} քաղաքականության տարբերակը ներկայացնում է ամենացածր Ծ/Ա չափը (չնայած, որ առաջին քաղաքականության տարբերակն ազդեցություն ընդհանրապես չունի, այն չի համարվում ներկայիս քաղաքականության փոփոխություն):

Աղյուսակ 3-ն ամփոփում է վերը բերված տվյալները և ներկայացնում է միջին և սահմանային Ծ/Ա չափումներն ըստ քաղաքականության տարբերակների: 3^{րդ} քաղաքականության տարբերակն ունի ամենացածր Ծ/Ա գործակիցը և ֆինանսական տեսանկյունից այն կարելի է իրականացնել:

Աղյուսակ 3. Միջին և սահմանային Ծ/Ա գործակիցներն ըստ քաղաքականության տարբերակների

| Քաղաքականության տարբերակներ | Միջին | | | Սահմանային | | |
|------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| | Ծածկույթ/Այցելություններ | Ծրագրի ընդհանուր արժեքը գյուղական շրջանների համար, հազ. դրամ | Ծրագրի Ծ/Ա գործակից, հազ. դրամ | Ծածկույթի փոփոխություն | Միջամտության գուտ արժեքը, հազ. դրամ | Տարբերակի Ծ/Ա գործակից, հազ. դրամ |
| Տարբերակ 1. Ստատուս քվոյի ճշգրտումներ | 128,000 | - | - | - | - | - |
| Տարբերակ 2. Տրանսպորտային ծախսերի փոխհատուցում | 160,000 | 418,422 | 2.62 | 32,000 | 160,000 | 5.00 |
| Տարբերակ 3. Տնային այցելություններ | 160,000 | 339,027 | 2.12 | 32,000 | 80,605 | 2.52 |

Ֆինանսական ասպեկտների վրա հիմնված եզրակացությունը համահունչ է քաղաքականության իրականացման տեսանկյունից 3^{րդ} տարբերակն ընդունելու խորհուրդի հետ: Երկրորդ տարբերակն ունի մի զգալի թերություն՝ այն հանդիսանում է բարձր ռիսկային՝ հղի կանանց սպասվածից ցածր մասնակցության մակարդակ ունենալու հետ կապված: Այս նախագուշացումը հիմնված է այն ենթադրության վրա, համաձայն որի ֆինանսական խնդիրները կարող են գյուղական շրջանների կանանց համար շրջանային առողջապահական կենտրոններ այցելելու ամենամեծ խոչընդոտը չհանդիսանալ: Դրա պատճառները կարող են տարբեր լինել՝ ենթակառուցվածքների պակասից մինչև մշակութային:

Քաղաքականության տարբերակների իրականացման ասպեկտների քննարկում

Հետաքրքիր է, որ միջին և սահմանային Ծ/Ա գործակիցների համեմատությունը (ծրագրի ընդհանուր ծախսերի Ծ/Ա և շահառուների ընդհանուր թվի համեմատությունը սահմանային ծախսերի և շահառուների թվի սահմանային աճի հետ) նույնպես ապացուցում է, որ 3^{րդ} տարբերակը ամենալավն է, քանի որ այն ապահովում է ավելի լավ (ավելի ցածր) սահմանային ծախս՝ յուրաքանչյուր արդյունքի համար:

Առավել օպտիմալ քաղաքականության տարբերակի ընտրության մեկ այլ մոդել կարող է ներառել 2 կամ նույնիսկ 3 տարբերակների պիլոտային փորձարկումն¹⁴ այնպես, որ յուրաքանչյուր տարբերակ փորձարկվի առանձին համայնքում կամ նույնիսկ շրջանում, ինչից

¹⁴ "Ստատուս քվո" տարբերակի փորձարկումը կարող է արձանագրել նաև որոշ չպլանավորված ոչ ֆինանսական դրական արդյունքներ, քանի որ հիվանդանոցներն այնուհետև ավելի ակտիվ կլինեն՝ իրենց ծառայությունները հղի կանանց առաջարկելու գործում (այդ թվում՝ կիրառելով հեռախոսագանգեր, հիշեցումներ և այլն):

հետո գրանցված հաջողությունների մասին տեղեկատվությունը հավաքվի և վերլուծվի՝ մինչև վերը նշված տարբերակներից ցանկացածի ամբողջական մասշտաբով ներդրումը:

Սույն հաշվետվությունում չեն քննարկվել գյուղական շրջաններում մինչդնդաբերական օգնության կառույցների ստեղծումն ու զարգացումը, որը՝ նման որոշում կայացնելու դեպքում, երկարաժամկետ այլընտրանք է: Կարծում ենք, որ գյուղական շրջաններում բարձր որակավորմամբ և մատչելի մինչդնդաբերական բժշկական օգնության ենթակառուցվածքների բարելավումը ֆունդամենտալ քաղաքականության մոտեցում է, որը պահանջում է համեմատաբար մեծ ֆինանսական հատկացում պետական բյուջեից (կապիտալ ներդրումների և որակավորված արհեստավարժ անձնակազմի առումով): Առողջապահության ոլորտին պետական բյուջեից կատարվող հատկացումների ներկայիս միտումն այս առումով լավատեսություն չի ներշնչում:

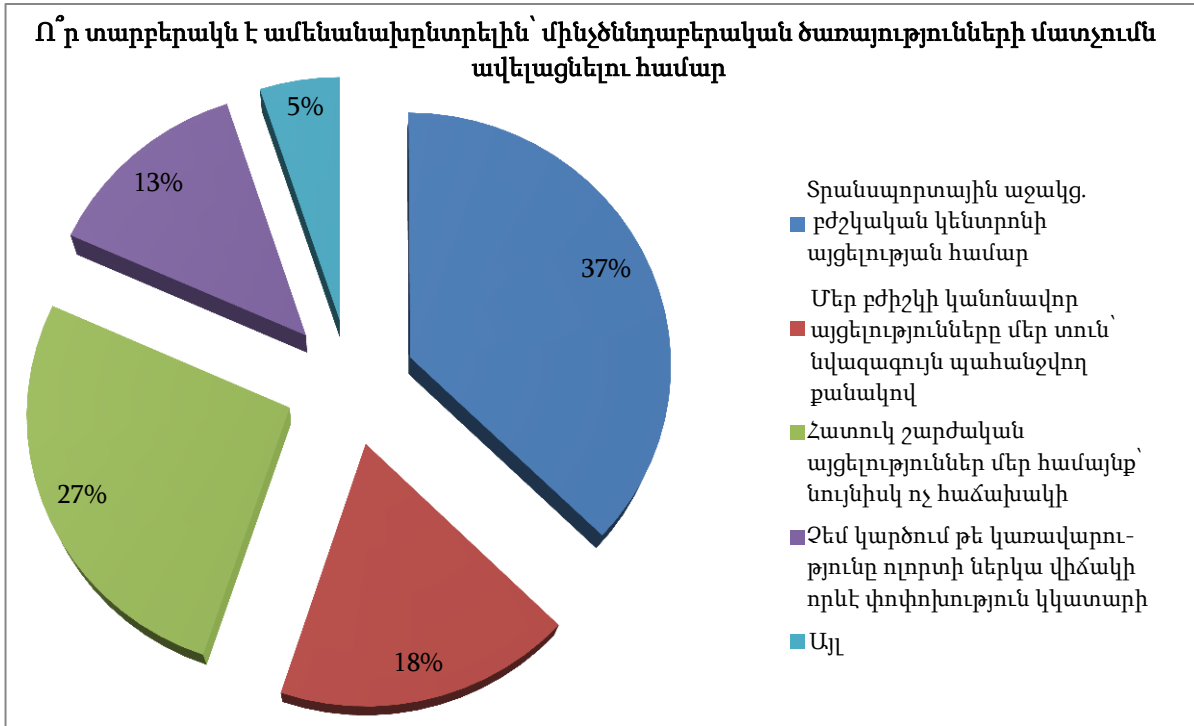
Կարևոր է նաև նշել, որ քաղաքային և գյուղական շրջաններում ՄԾՕ օգուտների բաշխման անհամաչափությունների խնդիրը լուծելուն ուղղված քաղաքականության ճշգրտված միջամտությունների իրականացումը չի պահանջում հատուկ ժամանակատար նախապատրաստական փուլ: Իրականում, ճշգրտված քաղաքականության արդյունքները կարող են ազդեցություն ցուցաբերել մոտավորապես մեկ ֆինանսական տարվա ընթացքում:

Մեր վերջին հարցման ընթացքում առաջնային շահառուներին հարց ուղղվեց նաև քաղաքականության տարբերակների վերաբերյալ նրանց նախընտրությունների մասին:

Գծապատկեր 6-ը ցույց է տալիս, որ չնայած պատասխանների մեծ մասում ընտրվել է Տարբերակ 2-ը (37%), Տարբերակ 3-ի մասով համակցված պատասխանների (բժիշկների կանոնավոր տնային այցելություններ և համայնքների շարժական այցելություններ) մասնաբաժինն ավելի բարձր է (45%): Տարբերակ 1-ի վերաբերյալ հարց չի տրվել՝ ելնելով դրա բնույթից և այդ հարցի շուրջ շահառուների կարծիքի տեղին չլինելու պատճառով:

Նախորդ բաժնում բերված Գծապատկեր 5-ն օժանդակում է այն գաղափարին, համաձայն որի շահառուների մեծամասնությունը ստիպված են ուղևորվել շրջանային կենտրոններ, ինչը, բնականաբար, հղի կանանց համար կարող է լրացուցիչ ծանրաբեռնվածություն և անհարմարություն (ոչ ֆինանսական) ստեղծել: Բացի զուտ ֆինանսական և ծախսային արդյունավետության ասպեկտներից, սա նաև լրացուցիչ օժանդակություն է մասնագետների կողմից տնային այցելություններ ունենալու գաղափարին՝ որպես ամենանախընտրելի տարբերակի:

Գծապատկեր 6. Քաղաքականության տարբերակի՝ շահառուների նախընտրությունը



Ընդհանուր առմամբ հավատացած ենք, որ քաղաքային և գյուղական շրջանների միջև օգուտների անհամաչափ բաշխման խնդրի լուծման գործում այս բոլոր տվյալները պետք է ներկայացվեն, վերլուծվեն և գնահատվեն համապատասխան քաղաքականության վերաբերյալ որոշում կայացնողների կողմից:

ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՈՒՄ

Քաղաքականության որոշում

Հիմնվելով նախորդ բաժիններում ներկայացված փաստարկների վրա՝ ԱՍտ-ի թիմը խորհուրդ է տալիս ՀՀ Կառավարության համապատասխան որոշում կայացնողներին՝ դիտարկել և մշակել այնպիսի քաղաքականության միջամտության փաթեթ, որն ուղղված կլինի գյուղական և քաղաքային շրջանների միջև ՄՕՕ ծառայությունների օգուտների բաշխման անջրպետի կրճատմանը: Ինչպես նշվել է վերը, հղի կանանց ճնշող մեծամասնությունը ստիպված է այցելել որոշ հեռավորության վրա գտնվող բժշկական հաստատություններ՝ նույնիսկ ընդհանուր հետազոտության և այլ ՄՕՕ ծառայությունների ոչ բարդ դեպքերի համար:

ԱՍՏ-ն խորհուրդ է տալիս քաղաքականության փաթեթի հիմքում դնել Տարբերակ 3-ը: Սակայն, կառավարությունը կարող է ընտրել այլ տարբերակների գործունեության և արդյունավետության փորձարկումը որոշ պիլոտային շրջաններում՝ որպես հետագա քաղաքականության բարելավումների հիմք:

Ավելի լավ կլինի, եթե ՀՀ Առողջապահության նախարարությունն մշակի քաղաքականության փոփոխություն, որը համապատասխանում է 2012թ. բյուջետային հատկացումների համար ՄԺՕՕ/Բյուջե ցիկլին: Եթե ՄԺՕՕ-ի փուլը բաց թողնվի, ապա դեռևս հնարավոր կլինի միջոցների՝ 2013 թվականի մանրասն բյուջետավորման ժամանակ հատկացնելու տարբերակը:

Խորհուրդ տրվող տարբերակի իրականացման ժամանակ ՀՀ Առողջապահության նախարարությանն նաև անհրաժեշտ կլինի հաշվի առնել ավելի ընդարձակ հետևանքներ, ինչպիսին են անձնակազմի համալրման հետ կապված խնդիրները: Նույնիսկ այն դեպքում, եթե շրջանային կենտրոնների որակավորված անձնակազմի թիվը բավարար է ներկայումս այցելող հղի կանանց տվյալ փուլում սպասարկելու համար, սա ավտոմատ կերպով չի նշանակում, որ անձնակազմի նույն թիվը կբավականացնի Տարբերակ 3-ի իրականացման դեպքում: Նախարարությունը կարող է վերլուծել գյուղական այցելությունների որոշ մասը մայրաքաղաքի անձնակազմին հանձնարարելու հնարավորությունը, կամ գտնել այլ օպտիմալ տարբերակներ՝ անձնակազմի ռեսուրսները և պահանջվող այցելությունների ծավալը իրար հետ համապատասխանեցնելու համար:

Անհրաժեշտ է, որ խորհուրդ տրված քաղաքականության այլընտրանքի նախագծերը մշակվեն ՀՀ Առողջապահության նախարարության և ՀՀ Ֆինանսների նախարարության կողմից ՄԺՕՕ փաստաթղթում և տարեկան պետական բյուջեի մասին օրենքում: Քաղաքականության այլընտրանքի իրականացման մասին որոշում կայացնելուց հետո ՀՀ Առողջապահության նախարարության և ծառայություն մատուցողների միջև պետք է ընդունվի պետական պատվերի մասին համաձայնագիր:

Սույն գլխի “Հաջորդ Քայլերը” բաժնում ներկայացված է ՀՀ Առողջապահության նախարարության կողմից իրականացվելիք գործողությունների մոտավոր ժամանակացույցը:

Օրենսդրության բարելավումներ

Մեր՝ առողջապահության գծով փորձագետն ուսումնասիրել է համապատասխան օրենսդրությունը՝ օրենսդրական բարելավումների կարիքները որոշելու նպատակով: Երկրում հղի կանանց՝ բժշկական ծառայություններ ստանալու իրավունքը երաշխավորվում է երկու հիմնական իրավական ակտերով. “Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին” և “Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին”: Քաղաքականության իրականացմանը վերաբերվող տեխնիկական բնույթի ավելի մանրամասն դրույթները ներառված են ենթաօրենսդրական նորմերում և սահմանվում են կառավարության և նախարարների որոշումներում:

Արդյունքում, խորհուրդ տրվող մոտեցումն իրագործելու համար ոչ մի կարևոր օրենսդրական խոչընդոտ չհայտնաբերվեց և բոլոր անհրաժեշտ փոփոխությունները կարող են իրականացվել կառավարության ներքին նորմատիվ ակտերով:

Ավելի հստակ, բժշկական օգնության պրակտիկ կազմակերպումը կարգավորվում է “Բժշկական օգնության և սպասարկման չափորոշիչների մասին” ՀՀ Առողջապահության նախարարի հրամանով: Այսպիսով, ԱՍՍ-ի թիմը խորհուրդ է տալիս կատարել փոփոխություններ “Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում մանկաբարձա-գինեկոլոգիական բուժօգնության կազմակերպման չափորոշիչը հաստատելու մասին” ՀՀ Առողջապահության նախարարի հրամանում:

Տվյալների հավաքագրման և մոնիթորինգի բարելավումներ

ԱՍՍ-ի թիմի կողմից հանդիպած ամենակարևոր անջրպետը մինչճննդաբերական այցելությունների վերաբերյալ փաստացի տվյալների բացակայությունն էր: Բացի դրանից, գոյություն չունի որևէ մշտադիտարկման համակարգ, որի միջոցով կարելի լիներ գնահատել մատուցված ծառայությունների և շահառուների առողջական վիճակի միջև մոտավոր կորելացիան:

Հիմնվելով հանդիպած մարտահրավերների վրա, ԱՍՍ-ն խորհուրդ է տալիս մշակել և ներդնել մինչճննդաբերական բժշկական օգնության ծառայությունների սպառման գրանցման և հաշվետվության համակարգ, ինչպես նաև կանոնավոր մշտադիտարկման մեխանիզմներ: Կարևոր է նաև մշտադիտարկել հղիության շրջանում ծագող բարդությունները և համեմատել գյուղական և քաղաքային շրջանների համապատասխան ցուցանիշները: Քաղաքականության կարևոր թիրախ է հանդիսանում առողջապահության ոլորտում հաշվետվողականության մոդելի բարելավումը:

Այսպիսով, ԱՍՍ-ն խորհուրդ է տալիս ՀՀ Առողջապահության նախարարությանը՝ հատուկ հրաման արձակել առողջապահական հիմնարկներին և համապատասխան անձնակազմին,

համաձայն որի նրանք կանոնավոր կերպով հաշվետվություն ներկայացնեն հղի կանանց փաստացի այցելությունների մասին: Դա նախարարությանը թույլ կտա ավելի խորը վերլուծել երկրում ՄԾՕ ծառայությունների մատուցման գործունեության և արդյունավետության տարբեր ասպեկտները: Այս խորհուրդն, իրականում, վերաբերվում է բոլոր (ոչ միայն գյուղական շրջանների) հիմնարկներին: Հավաքագրման ենթակա հատուկ տվյալները կարող են ներառել հետևյալը.

- Առաջին ՄԾՕ այցելության ամսաթիվը
- Առաջին այցելության պահի դրությամբ հղիության փուլը (ժամկետը՝ ամիսներով)
- Բնակության վայրը (մարզ, քաղաք/գյուղ)
- Տարիքը
- Կրթության մակարդակը
- Նախկինում ծնված երեխաների թիվը
- Պատասխանատու բժիշկը
- Մինչծննդաբերական բարդությունների բնույթը (եթե առկա են)¹⁵
- Ծննդաբերության ամսաթիվը
- Շուրջծննդյան, հետծննդաբերական և նորածնային բարդությունների բնույթը (եթե առկա են)

Տվյալների այս բոլոր տեսակներն այնուհետև հնարավոր կլինի համախմբել և վերլուծել՝ տարբեր գործոններով համապատասխան կորելացիաների հայտնաբերման համար՝ այդ գործոնների և արդյունքների միջև պատճառա-հետևանքային կապերի գնահատման նպատակով: Այստեղ ներկայացված տվյալների դաշտերի առաջին ցանկը չպետք է համարվի վերջնական և նախարարությունը կարող է դիտարկել նշված ցանկի հետագա ընդլայնումն այլ գործոններով, որոնք կարող են հետաքրքիր լինել վերլուծաբաններին:

Օգտակար կլիներ նաև, եթե նախարարությունը որոշ ֆինանսական միջոցներ հատկացնէր կանոնավոր հիմքով (օրինակ՝ տարեկան) իրականացվելիք հարցումների համար՝ որոշ տվյալների ստուգման նպատակով, որոնք բժիշկների կողմից չեն կարող հավաքագրվել: Դա նաև կօգնի նախարարությանը՝ ստուգել նախարարության վարչական համակարգի կողմից տրամադրված տվյալների վստահելիությունը: Նման տարեկան հարցման մոտավոր արժեքը չի գերազանցի 10,000 ԱՄՆ դոլարը (եթե հանձնարարվի մասնավոր հետազոտական կազմակերպության): Նախարարությունը կարող է նաև դիտարկել Ազգային Վիճակագրական Ծառայության համակարգերը՝ պահանջելով ավելացնել համապատասխան դաշտեր ամենամյա

¹⁵ Չնայած, որ ներկայումս ըստ բարդությունների խմբավորում չի կատարվում, սակայն նախարարությունը կարող է այն դիտարկել որպես առաջարկվող մոտեցման հնարավոր բարելավում: Ըստ մեր ունեցած տեղեկությունների, մինչև ԽՄՀՄ փլուզումը մեր երկրում նման խմբավորում իրականացվել է:

տնային տնտեսությունների հետազոտությունում¹⁶: Ամեն դեպքում, ԱՄՏ-ն պատրաստ է նախարարությանը տրամադրել 2011թ. անցկացված հարցման մեթոդաբանության վերաբերյալ համապատասխան նյութերը կամ ապագայում համագործակցել՝ հարցումների համար նման մեխանիզմների մշակման հարցում:

Ռիսկերի կառավարում

Խորհուրդ տրված քաղաքականության փոփոխությունների հետ կապված առանցքային ռիսկեր մեր կողմից չեն բացահայտվել: Սակայն, առկա են երկու զգալի ռիսկեր.

- Բյուջետավորման ռիսկ. կառավարությունը կարող է չգտնել խորհուրդ տրված լուծումների իրականացման համար պահանջվող ռեսուրսները: Սակայն, խորհուրդ տրվող քաղաքականության փոփոխությունների ընդհանուր ծախսը կազմում է Հայաստանում իրականացվող “Մանկաբարձա-գինեկոլոգիական բժշկական ծառայություններ” ծրագրի ընդհանուր բյուջեի միայն մի փոքր մասը: Այն կազմում է նշված ծրագրի ընդամենը 4.2%-ը, ընդհանուր առողջապահության բյուջեի 0.5%-ը և երկրի ընդհանուր բյուջեի ընդամենը 0.03%-ը: Հաշվի առնելով այն փաստը, որ կառավարությունը մայրական բժշկական օգնության ծառայությունները հայտարարել է գերակա, կարծում ենք, որ տարեկան 8.6 մլրդ. ՀՀ դրամի հատկացումը՝ սկսած 2013թ. բյուջեից, ամբողջովին մատչելի է և ֆինանսապես կայուն:
- Անձնակազմ. գոյություն ունի համարժեք անձնակազմի պակասի հանդիպելու մեծ ռիսկ (գինեկոլոգներ, մանկաբարձուհիներ և այլն)՝ ազգային մակարդակում Տարբերակ 3-ն իրականացնելու դեպքում: Այս ռիսկը ԱՄՏ-ի թիմի կողմից չի վերլուծվել, սակայն դա նախարարությանն առնչվող անձնակազմի կողմից վերլուծության ենթակա ոլորտ է՝ այս խնդրի համար լուծումներ գտնելու նպատակով: Հնարավոր լուծումներ կարելի է գտնել՝ քննարկելով նշված խնդիրը համալսարանների և ուսումնարանների, նախարարության այլ վարչությունների և հիվանդանոցների ղեկավարների հետ՝ այս ոլորտում կարիերայի առաջխաղացման ցանկություն ունեցող երիտասարդ մասնագետների համար պարտադիր տեղաբաշխման մեխանիզմների կիրառման մասով:

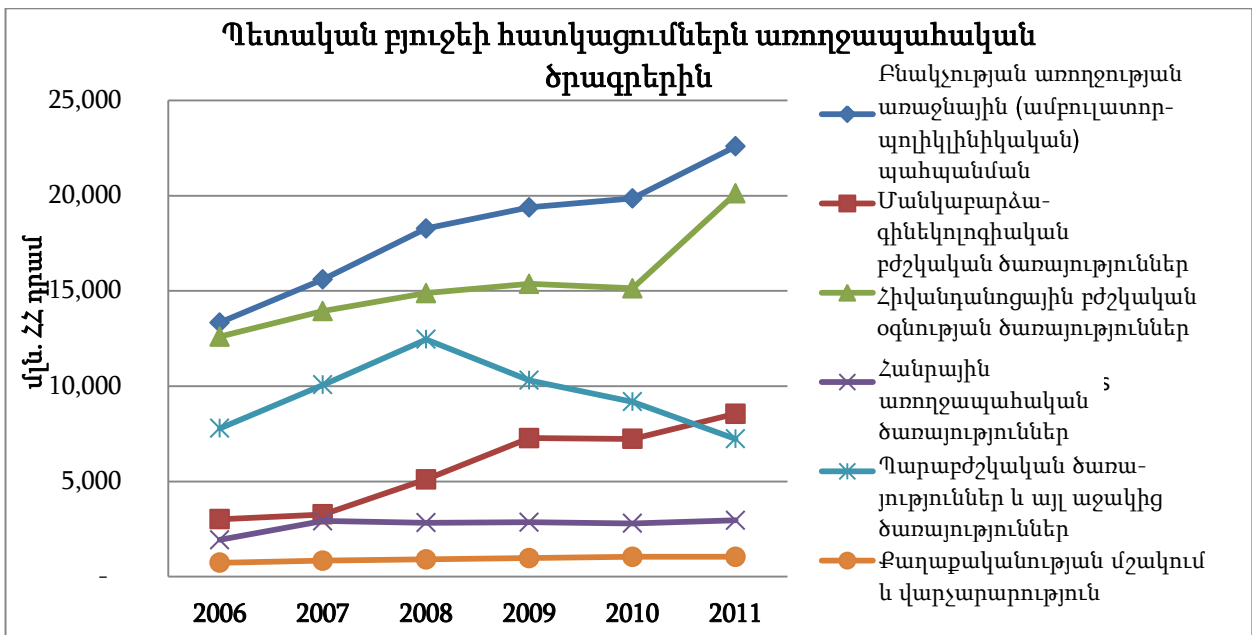
Ռիսկերի կառավարման նպատակներից ելնելով, ինչպես նաև այն դեպքում, եթե նշված խորհուրդները չներառվեն 2013թ. պետական բյուջեում, մենք առաջարկում ենք ՀՀ Առողջապահության նախարարությանը՝ մշակել հիմնավոր քաղաքականության փաստաթուղթ և այն ներկայացնել կառավարությանը հետագա ՄԺԾԾ/Բյուջե ցիկլերում՝ միաժամանակ աշխատելով անձնակազմին առնչվող ռիսկերի կառավարման ուղղությամբ, որպեսզի ֆինանսավորման առկայության ժամանակ այդ ռիսկի գործոնն արդեն ամբողջովին վերահսկվող լինի:

¹⁶ Այս տարբերակի իրականացման ծախսը կարող է կառավարության համար զգալիորեն ավելի ցածր լինել, սակայն կարող է ներառել որոշ բյուրոկրատիկ և ժամկետային բնույթի խնդիրներ:

Ֆինանսական Ծրագիր

Ինչպես ցույց է տալիս ստորև ներկայացված գծապատկերը, հաշվետու ժամանակահատվածում մանկաբարձա-գինեկոլոգիական բժշկական օգնության ծառայություններին ուղղվող պետական բյուջեի հատկացումներն այլ բուժօգնության ծրագրերի շարքում ունեն աճի բարձր մակարդակ: Այս ֆինանսական միտումն իրական դրական նախապայման է ստեղծում երկրում մինչճննդաբերական օգնության հետագա բարելավման համար՝ կենտրոնանալով բարձր որակավորում ունեցող և մատչելի մինչճննդաբերական բժշկական օգնության ծառայությունների զարգացման ուղղությամբ:

Գծապատկեր 7. Բյուջեի հատկացումներն առողջապահական ծրագրերին, 2006-2011թթ.



Ինչպես տեսնում ենք Գծապատկեր 7-ում, վերջին տարիների ընթացքում ՀՀ Կառավարությունը զգալի ուշադրություն և ֆինանսական միջոցներ է հատկացրել “Մանկաբարձա-գինեկոլոգիական բժշկական ծառայություններ” ծրագրին: 2006-2011թթ. միջև ընկած ժամանակահատվածում ֆինանսավորման ծավալն աճել է ավելի քան կրկնակի (2.8 անգամ), մինչդեռ առողջապահության ընդհանուր ծախսերն ավելացել են ընդամենը 1.6 անգամ: Ընդհանուր առողջապահական ծրագրերում այս ծրագրի մասնաբաժինը 2011թ. հասել է 14%-ի, մինչդեռ 2006թ. այն կազմել էր ընդամենը 8%:

Քաղաքականության Տարբերակ 3-ի իրականացման համար մեր կողմից կատարված ծախսերի կողմնորոշիչ գնահատականը ցույց է տալիս, որ այն կպահանջի “Մանկաբարձա-գինեկոլոգիական բժշկական ծառայություններ” ծրագրի ընդհանուր ծախսերի ավելացում 4.2%-

ով¹⁷, առողջապահության ընդհանուր բյուջեի ծախսերի ավելացում ընդամենը 0.5%-ով¹⁸ և ընդհանուր 2012թ. Պետական բյուջեի ծախսերի ավելացում 0.034%-ով:

Այսպիսով, տեսնում ենք, որ խորհուրդ տրվող քաղաքականության իրականացման ֆինանսական ասպեկտներն առողջապահության բյուջեի վրա մեծ ազդեցություն չեն ունենա:

¹⁷ Աղբյուր. 2012թ. Պետական բյուջեի վրա հիմնված՝ ԱՄՏ-ի հաշվարկները, www.mfe.am

¹⁸ ibis

Հետագա Քայլերը

Աղյուսակ 4-ում ստորև ներկայացված են խորհուրդ տրվող գործողությունների փաթեթը, որոնք պետք է իրականացվեն ՀՀ Առողջապահության նախարարության կողմից՝ սույն հաշվետվությունում խորհուրդ տրված քաղաքականության փոփոխություններին նպաստելու համար: Խորհուրդ տրված մոտեցումը ներդնելու վերաբերյալ սկզբունքային համաձայնության դեպքում՝ քաղաքականությունը կարող է ֆինանսավորվել և մեկնարկել 2013թ.:

Աղյուսակ 4. Քաղաքականության վերաբերյալ խորհուրդների իրականացմանը նպաստելու ժամանակացույց

| Քայլեր | Փետ-12 | Մար-12 | Ապր-12 | Մայ-12 | Հուն-12 | Հուլ-12 | Օգոս-12 | Սեպ-12 | Հոկ-12 | Դեկ-12 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|
| Քայլ 1: ՄՍՏ-ի կողմից ներկայացված ՔՄ հաշվետվության ներքին քննարկում՝ նախարարությունում՝ որոշում կայացնելու համար | | | | | | | | | | |
| Քայլ 2: Քննարկում Ֆինանսների նախարարության, մասնագիտական շրջանակների և քաղաքացիական հասարակության հետ | | | | | | | | | | |
| Քայլ 3: Քաղաքականության փաստաթղթի ներկայացում Կառավարությանը | | | | | | | | | | |
| Քայլ 4. Կառավարության կողմից քննարկում, ներկայացում կառավարության նիստին և հաստատում | | | | | | | | | | |
| Քայլ 5: Կառավարության կողմից հաստատված քաղաքականության առաջարկի արտացոլում 2013թ. Բյուջեի հայտի նախագծում (ԱՆ կողմից) | | | | | | | | | | |
| Քայլ 6: Հաշվետվողականության և մոնիտորինգի մեխանիզմների և համակարգի մշակում և ներդրում | | | | | | | | | | |
| Քայլ 7: Հանրային լուսարանման միջոցառումներ, հանրային լսումներ, համապատասխան ներկայացուցիչների մամլո ասուլիսներ | | | | | | | | | | |

ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

Վերը ներկայացված քաղաքականության տարբերակը կօգնի գյուղական շրջանների հղի կանանց՝ ավելացնել ՄՕՕ այցելությունների թիվը, ինչն, իր հերթին, պետք է նպաստի այս ոլորտում ծառայությունների արդյունքների բարելավմանը: Ցավոք, ներկայումս չկա այցելությունների քանակի ազդեցության քանակական գնահատական՝ այնպիսի արդյունքների ցուցանիշներով, ինչպիսիք են մինչդնդաբերական, հետծննդաբերական բարդությունները և/կամ մահացությունը: Ինչպես արդեն նշել ենք վերը, խորհուրդներից մեկն է հանդիսանում համապատասխան տվյալների հավաքագրման մեկնարկը, որպեսզի ապագա քաղաքականության մշակման գործընթացներում լինի ավելի լավ հիմնավորված և ապացույցների վրա հիմնված ճշգրտումների հեռանկար:

Այնուամենայնիվ, մեր ունեցած սահմանափակ տվյալներով, դեռևս կարող է լինել որոշ ուշագրավ վկայություն առ այն, որ մանկական մահացության մակարդակն (տվյալների հավաքագրման մեթոդաբանության բարելավումներից հետո) ավելի բարձր է գյուղական շրջաններում, որտեղ մեր կազմակերպության կողմից նաև նկատվել է ՄՕՕ այցելությունների ավելի փոքր թիվ: 2009 և 2010թթ. համար պաշտոնական տվյալների համաձայն, գյուղական շրջաններում մանկական մահացության մակարդակը կազմել է 11.7 (համեմատած քաղաքային շրջանների 9.6 ցուցանիշի հետ) և 11.8 (համեմատած քաղաքային շրջանների 11.3 ցուցանիշի հետ)¹⁹:

Գյուղական շրջաններում հղի կանանց միջև ՄՕՕ ծառայությունների օգուտների բաշխման անջրպետը գնահատելու գործում մենք խնդրին մոտեցել ենք երկու տեսանկյուններից.

1. Մենք նկատել ենք, որ գյուղական շրջաններում ՄՕՕ այցելությունների միջին 8.1 թվի պարագայում, ամենաաղքատ քվինտիլի կանայք ունեն ընդամենը 7, մինչդեռ ամենահարուստ քվինտիլի կանայք՝ 15 այցելություն: Այլ կերպ ասած, ամենաաղքատ քվինտիլի կանանց բաժին է ընկնում ծննդաբերությունների ընդհանուր թվի 46%-ը, իսկ ՄՕՕ ընդհանուր այցելությունների՝ ընդամենը 40%-ը: Այսպիսով, ՄՕՕ ծառայություններին մատչման առումով առկա է տնային տնտեսության եկամտի/ծախսերի հետ կապակցված անջրպետ²⁰: Մա հաշվարկվում է հիմնվելով 1600 տնային տնտեսությունների բոլոր հարցվողների՝ ըստ քվինտիլների խմբավորման վրա, որտեղ տվյալները վերլուծվում են միայն գյուղական շրջանների կանանց մասով: Սակայն, եթե կատարենք այս բացահայտման կրկնակի ստուգում՝ նույն հիպոթեզը գնահատելով միայն գյուղական շրջանների կանանց համար և հետո խմբավորելով ըստ ծախսային քվինտիլների (ֆիլտրված տվյալների նոր խմբավորում), ապա կրկին կունենանք նմանատիպ պատկեր, այսինքն՝ գյուղական շրջաններում ծնունդների

¹⁹ Հայաստանի Ժողովրդագրական Ժողովածու 2011, էջ 81, Ազգային Վիճակագրական Ծառայություն

²⁰ Քվինտիլների որոշման համար հաշվարկները կատարվել են տնային տնտեսությունների մեկ շնչի հաշվով

ընդհանուր թվի 29%-ը կատարվում է ամենաաղքատ քվինտիլների կանանց կողմից, սակայն վերջիններիս բաժին է ընկնում ՄՕՕ այցելությունների ընդամենը 23%-ը²¹: Մրա բացատրության համար մենք հիմնական գործոն ենք համարում ֆինանսականը (ինչը բնականորեն երևում է ծախսային քվինտիլներով խմբավորումից):

2. Ինչպես արդեն վերը նշել ենք, անկախ ծախսային քվինտիլի գործոնից, գյուղական շրջանների կանայք կատարում են նկատելիորեն ավելի քիչ թվով ՄՕՕ այցելություններ, քան՝ քաղաքային շրջանների կանայք (համապատասխանաբար 8.1 և 10.6): Այս մոդելը պայմանավորող պատճառները կարող են լինել ն՝ ֆինանսական և՛ այլ, օրինակ՝ աշխարհագրական դիրքը (հեռավորությունը բժշկական կենտրոններից), ենթակառուցվածքային բնույթի խնդիրները (վատ ճանապարհներ), ժամանակը և այլն:

Գործոնների երկու խմբերի (ֆինանսական և այլ) համադրությունը ձևավորում է հարցման արդյունքներով երևացող ներկա պատկերը, համաձայն որի գյուղաբնակ կանայք ստանում են ավելի քիչ ՄՕՕ ծառայություններ, քան՝ քաղաքաբնակները: Այդ իսկ պատճառով, նշված երկու անջրպետները խոսում են այն մասին, որ քաղաքականության փոփոխությունը պետք է ուղղված լինի այդ երկու անջրպետների բարելավման վրա ազդեցություն ունենալուն:

Կարծում ենք, որ խորհուրդ տրվող քաղաքականության իրականացումը կբարելավի գյուղական շրջանների կանանց ուղղվող ՄՕՕ ծառայությունների քանակական արդյունքների ցուցանիշները՝ անկախ նրանց եկամտի մակարդակից: Տանը ծառայությունների մատուցումը կթուլացնի աշխարհագրական և եկամտի գործոնները, որոնք պայմանավորում են ներկայիս պատկերը՝ վերը նշված երկու ասպեկտներում առկա անջրպետներով:

Այսպիսով, խորհուրդ տրվող քաղաքականության փոփոխության հաջողության իդեալական ցուցանիշ կհանդիսանա այն, որ երկու ասպեկտներում էլ ունենանք զգալի բարելավումներ, այսինքն.

1. Ցուցանիշ 1. ՄՕՕ ծառայությունների միջին թվի ավելի սահուն բաշխում քվինտիլների միջև (այսինքն՝ ՄՕՕ ծառայությունների ընդհանուր թվում բոլոր քվինտիլների մասնաբաժինը համարժեք է ծնունդների ընդհանուր թվում այդ քվինտիլների մասնաբաժնին): Դա նշանակում է, որ եթե, օրինակ, ծնունդների ընդհանուր թվի 25%-ը բաժին է ընկնում ամենաաղքատ քվինտիլի կանանց, ապա ՄՕՕ ծառայությունների ընդհանուր ծավալի մոտ 25%-ը պետք է մատուցվի այդ կանանց:
2. Ցուցանիշ 2. Գյուղական և քաղաքային շրջանների միջև ՄՕՕ ծառայությունների միջին թվի մասով գոյություն ունեցող անջրպետը պետք է մոտ լինի զրոյին:

²¹ Չնայած, որ ընդհանուր մոդելը նույնական է, սակայն տարբեր մեթոդաբանությունների օգտագործման դեպքում առկա թվերի տարբերությունը բացատրվում է նրանով, որ երկրի մասշտաբով 1^h քվինտիլում ավելի շատ աղքատներ կան և, այդպիսով, նրանք ձևավորում են ծնունդների երկու թվերի բաշխման ավելի ուժեղ անհավասարակշռություն (46%՝ համեմատած 29%-ի հետ):

Մակայն գոյություն ունի մի կարևոր գործոն, որը կարող է ազդել վերը նշված ցուցանիշների վրա, որն առնչվում է բարդություններին: Բնականաբար, ավելի շատ բարդություններ ունեցող շահառուներին կարող են անհրաժեշտ լինել ավելի շատ ՄԾՕ այցելություններ: Այս գործոնը կարող է որոշ խանգարող ազդեցություն ունենալ՝ որպես քաղաքականության նպատակներ սահմանված այդ երկու ցուցանիշների հստակության առումով: Այնուամենայնիվ, եթե Առողջապահության նախարարությունը կիրառի ծառայությունների մակարդակի, ինչպես նաև դրան առնչվող՝ բարդությունների վերաբերյալ ավելի ամբողջական տվյալների և այլ տեղեկատվության հավաքագրման մասով տրված խորհուրդը, ապա այդ համակարգը թույլ կտա վերլուծությունը ճշգրտել՝ հաշվի առնելով նաև այս գործոնը, ինչպես նաև խորհուրդ տրվող մոտեցման ազդեցության վերաբերյալ հստակ պատկեր ստանալ:

ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

Հավելված 1: Մինչճննդաբերական այցելությունների թիվը և առաջին այցելության ժամկետը

Հետազոտությանը նախորդող հինգ տարիների ընթացքում կենդանի ծնունդ ունեցած 15-49 տարեկան կանանց տոկոսային բաշխումն ըստ ամենավերջին կենդանի ծնունդի համար մինչճննդաբերական բժշկական օգնության (ՄՄՕ) այցելությունների թվի և առաջին այցելության ժամկետի, իսկ ՄՄՕ ստացած կանանց դեպքում՝ նաև ըստ առաջին այցելության պահին հղիության մեղիան ամիսների և ըստ բնակության վայրի (2010):

| <i>ՄՄՕ այցելությունների թիվը և ժամկետները</i> | <i>Քաղաքային</i> | <i>Գյուղական</i> | <i>Ընդհանուր</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| ՄՄՕ այցելությունների թիվը | | | |
| Այցելություն չի եղել | 1.6 | 0.0 | 0.9 |
| 1 | 0.0 | 0.5 | 0.2 |
| 2-3 | 1.4 | 7.6 | 3.9 |
| 4+ | 95.6 | 88.8 | 92.8 |
| Չգիտեմ /տվյալը բացակայում է | 1.4 | 3.0 | 2.1 |
| Ընդամենը | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| Առաջին ՄՄՕ այցելության պահին հղիության ամիսների թիվը | | | |
| Մինչճննդաբերական օգնություն չի ստացել | 1.6 | 0.0 | 0.9 |
| <4 | 78.5 | 81.5 | 79.7 |
| 4-5 | 18.0 | 17.7 | 17.9 |
| 6-7 | 1.8 | 0.5 | 1.3 |
| Չգիտեմ /տվյալը բացակայում է | 0.2 | 0.2 | 0.2 |
| Ընդամենը | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| Կանանց թիվը | 680 | 471 | 1,151 |
| Առաջին այցելության պահին հղիության ամիսների մեղիան թիվը (ՄՄՕ ստացածների համար) | 3.3 | 3.4 | 3.3 |
| ՄՄՕ ստացած կանանց թիվը | 669 | 471 | 1,140 |

Հավելված 2: Կառավարության ծառայություններով բավարարվածության մակարդակը

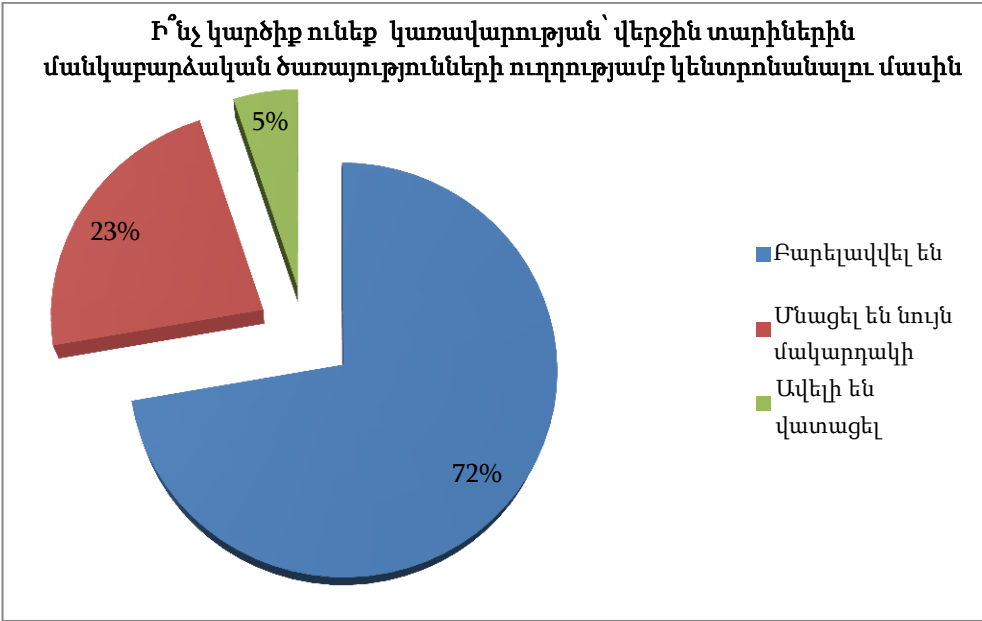
ՀՀ Կառավարությունը ջանքեր է գործադրում՝ բնակչության համար մանկաբարձա-գինեկոլոգիական բժշկական օգնությունը զարգացնելու գործում: 2008թ. կառավարությունը ձեռնարկեց բարեփոխումներ մանկաբարձա-գինեկոլոգիական բժշկական օգնության ոլորտում և ավելացրեց այս ծրագրին ուղղվող՝ պետական բյուջեի հատկացումները: Նշված բարեփոխումների նպատակն է որակավորված և մատչելի բժշկական ծառայությունների մատուցումը հղի կանանց: Այդ տարվանից սկսած ներդրվել են հավաստագրման մեխանիզմներ: Բոլոր հղիները ստանում էին ծննդօգնության հավաստագրեր, որոնք երաշխավորում էին ծննդաբերության անվճար բժշկական ծառայություններ ողջ երկրում:

Համաձայն 2009-2011թթ. ՄԺԾԾ-ի՝ մայրական առողջապահության ծրագրերի առավել համապատասխան նպատակները հետևյալն են.

- Մանկաբարձական ծառայություններին մատչման ավելացում՝ կրճատելով մայրական մահացությունն առնվազն 20%-ով:
- Հղի կանանց մինչծննդաբերական ծառայությունների որակի բարձրացում, հղիության բացահայտման ցուցանիշի աճ 30%-ով:

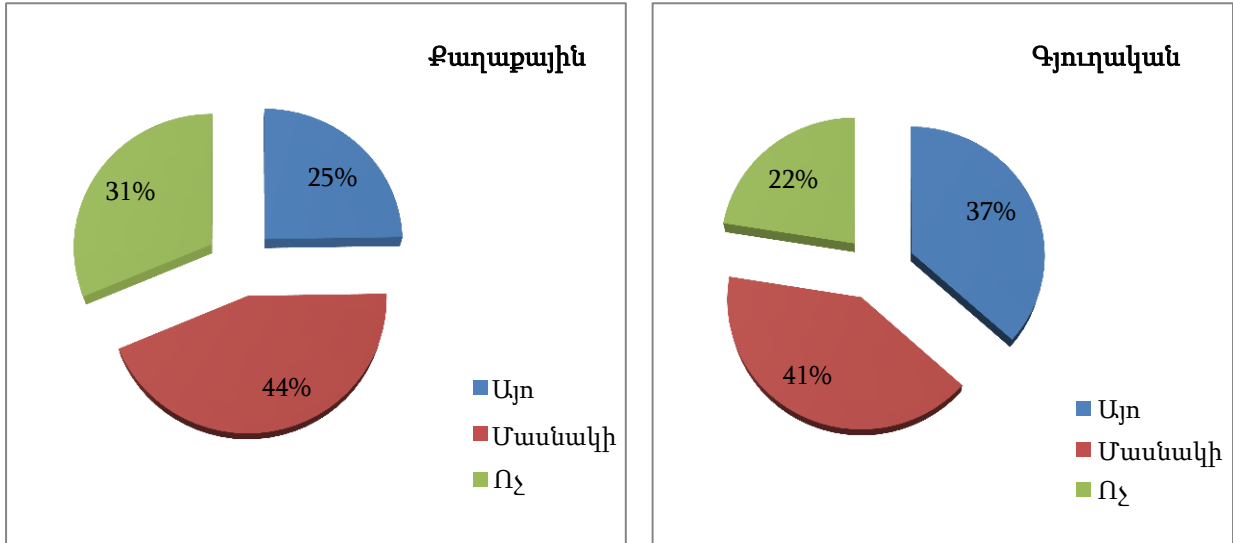
Վերջին հարցման ընթացքում մենք անդրադառնալ ենք կառավարության ծառայություններով և վերջին շրջանում արդեն իսկ կատարված փոփոխություններով՝ շահառուների բավարարվածության մակարդակի որոշ ասպեկտներին:

Ինչպես երևում է ստորև ներկայացված աղյուսակներից՝ բնակչությունն, ընդհանուր առմամբ, դրական է արձագանքել կառավարության՝ վերջին շրջանի նախաձեռնություններին:

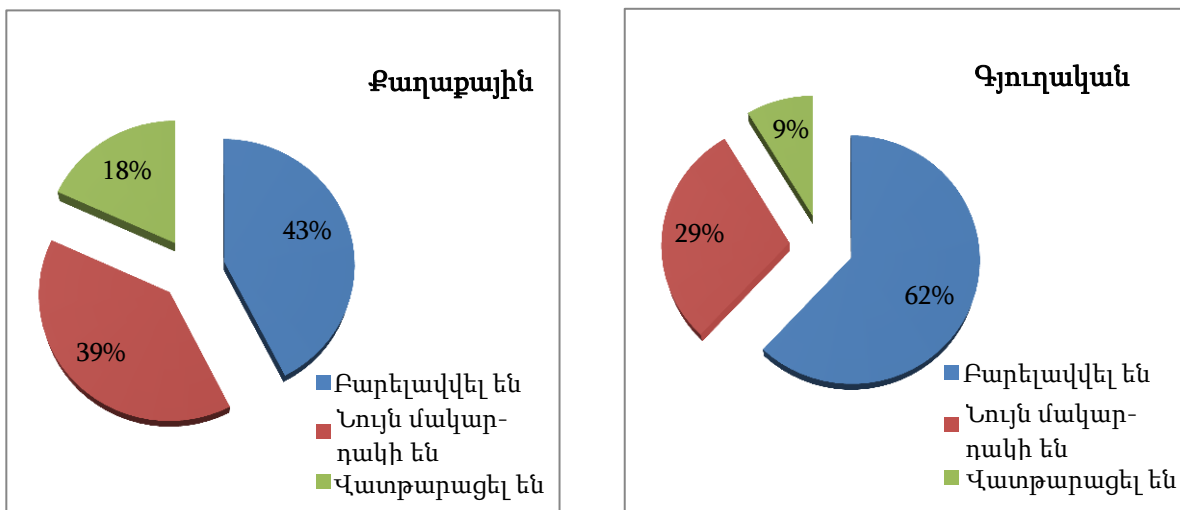


Հետաքրքիր է, որ կառավարության վերջին բարեփոխումների հանդեպ առկա է նկատելիորեն ավելի դրական վերաբերմունք գյուղական շրջանների շահառուների կողմից:

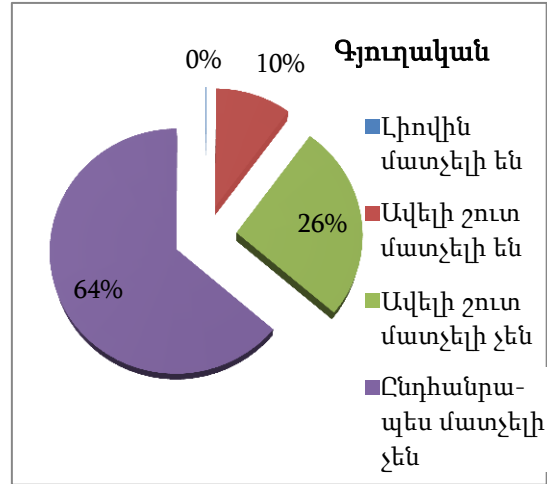
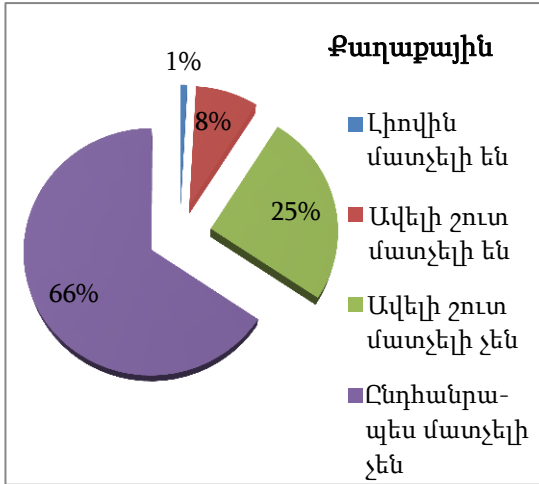
Արդյո՞ք կարծում եք, որ կառավարությունն աշխատում է բնակչության առողջական խնդիրները լուծելու ուղղությամբ



Արդյո՞ք կարծում եք, որ վերջին տարիների ընթացքում առողջապահության ծառայությունները բարելավվել են



Ֆինանսական տեսանկյունից որքանո՞վ են բժշկական ծառայությունները մատչելի ՀՀ-ում



Հավելված 3: Քաղաքականության տարբերակների մանրամասն հաշվարկ

- Քաղաքականության տարբերակների հաշվարկի հիմքում ընկած են հետևյալ ցուցանիշները.
- Մեկ այցելության ընթացքում սպասարկվող շահառուների միջին թիվը (տարբերակ 3) - 10
 - Կառավարության կողմից հանձնարարված պարտադիր այցելությունների թիվը - 8
 - Որպես հիմք ընդունված մեկ շահառուի հաշվով այցելությունների միջին թիվը - 10
 - Յուրաքանչյուր այցելության ծախսը. տրանսպորտային ծախսերի փոխհատուցում (տարբերակներ 2,3) - 1000 ՀՀ դրամ
 - Յուրաքանչյուր այցելության ծախսը. ծառայությունների վճար (տարբերակ 3) - 20189 ՀՀ դրամ

| Քաղաքականության տարբերակներ | Ծածկույթ/ Շահառուներ | Ծածկույթ/ Այցելություններ | Ծածկույթի փոփոխություն | Արժեքը մեկ շահառուի հաշվով, հազ. դրամ | Միջամտության ընդհանուր արժեքը, հազ. դրամ | Խնայողություններ, հազ. դրամ | Միջամտության գուտ արժեքը, հազ. դրամ | Ծրագրի ընդհանուր արժեքը գյուղական շրջանների համար, հազ. դրամ | Տարբերակի Օ/Ա գործակից, հազ. դրամ | Ծրագրի Օ/Ա գործակից, հազ. դրամ |
|------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Տարբերակ 1. Ստատուս քվոյի ճշգրտումներ | 16,000 | 128,000 | - | 16 | - | - | - | 258,422 | | 2.02 |
| Տարբերակ 2. Տրանսպորտային ծախսերի փոխհատուցում | 16,000 | 160,000 | 32,000 | 16 | 160,000 | - | 160,000 | 418,422 | 5.00 | 2.62 |
| Տարբերակ 3. Տնային այցելություններ | 16,000 | 160,000 | ,32000 | 16 | 339,027 | 258,422 | 80,605 | 339,027 | 2.52 | 2.12 |

Տարբերակ 1. Ստատուս քվոյի ճշգրտումներ

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|---------|
| Շահառուների թիվը (գյուղական շրջանների հղի կանայք) | 16,000 |
| Կառավարության կողմից հանձնարարված պարտադիր այցելությունների թիվը | 8 |
| Ծածկույթ/ Այցելություններ | 128,000 |
| Ծածկույթի փոփոխություն (այցելությունների հավելյալ քանակ) | - |
| Արժեքը մեկ շահառուի հաշվով (վճարվում է պետական բյուջեից), հազ. դրամ | 16 |
| Յուրաքանչյուր այցելության արժեքը վճարվում է պետական բյուջեից), հազ. դրամ | 2 |
| Միջամտության ընդհանուր արժեքը, հազ. դրամ | - |
| Խնայողություններ, հազ. դրամ | - |
| Միջամտության գուտ արժեքը, հազ. դրամ | - |

| | |
|--------------------------------------------------------------|---------|
| Ծրագրի ընդհանուր արժեքը գյուղական շրջանների համար, հազ. դրամ | 258,422 |
| Տարբերակի Ծ/Ա գործակից, հազ. դրամ | - |
| Ծրագրի Ծ/Ա գործակից, հազ. դրամ | 2.02 |

Տարբերակ 2. Տրանսպորտային ծախսերի փոխհատուցում

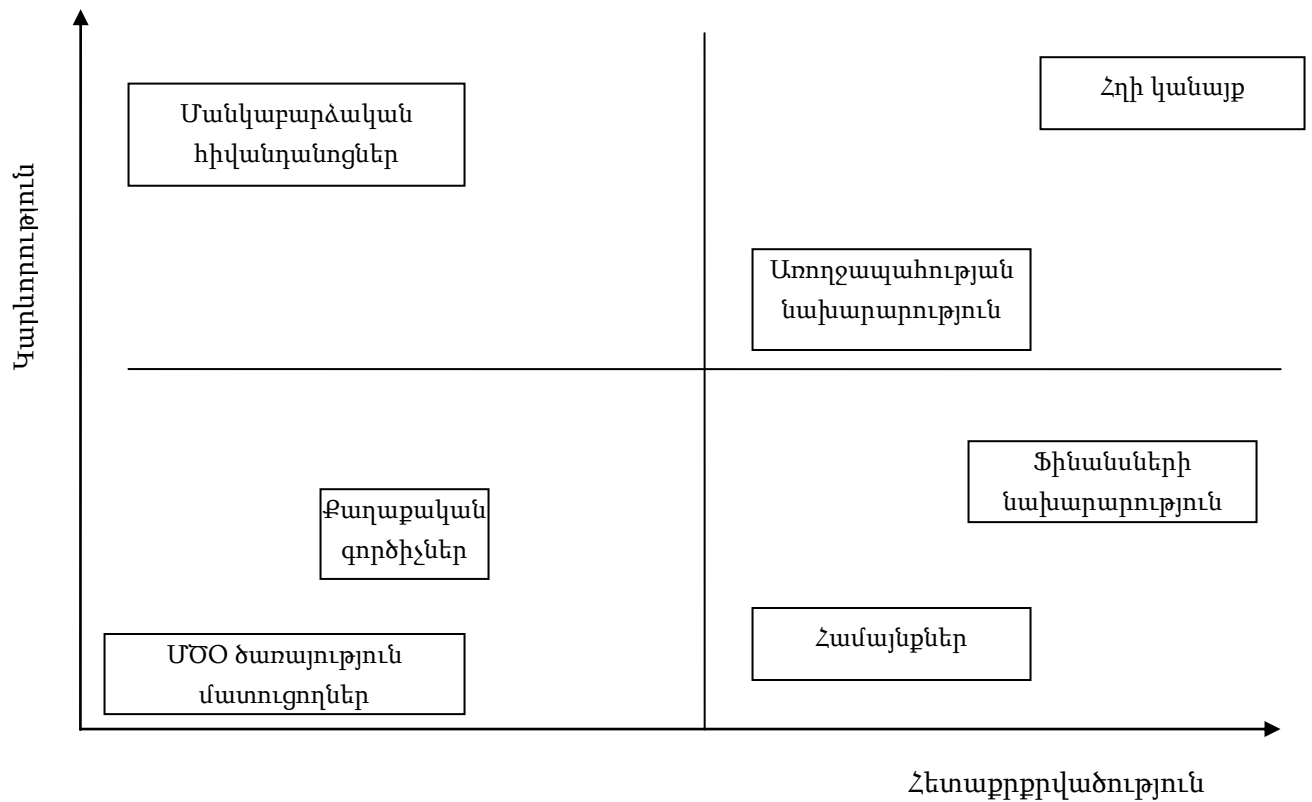
| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Շահառուների թիվը (գյուղական շրջանների հղի կանայք) | 16,000 |
| Որպես հիմք օգտագործված՝ մեկ շահառուի հաշվով այցելությունների միջին թիվը | 10 |
| Ծածկույթ/ Այցելություններ | 160,000 |
| Ծածկույթի փոփոխություն (այցելությունների հավելյալ քանակ) | 32,000 |
| Արժեքը՝ մեկ շահառուի հաշվով (վճարվում է պետական բյուջեից), հազ. դրամ | 16 |
| Յուզաքանցյուր այցելության արժեքը. տրանսպորտային ծախսերի փոխհատուցում, հազ. դրամ | 1 |
| Միջամտության ընդհանուր արժեքը, հազ. դրամ | 160,000 |
| Խնայողություններ, հազ. դրամ | - |
| Միջամտության զուտ արժեքը, հազ. դրամ | 160,000 |
| Ծրագրի ընդհանուր արժեքը գյուղական շրջանների համար, հազ. դրամ | 418,422 |
| Տարբերակի Ծ/Ա գործակից, հազ. դրամ | 5.00 |
| Ծրագրի Ծ/Ա գործակից, հազ. դրամ | 2.62 |

Տարբերակ 3. Տնային այցելություններ

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Շահառուների թիվը (գյուղական շրջանների հղի կանայք) | 16,000 |
| Որպես հիմք օգտագործված՝ մեկ շահառուի հաշվով այցելությունների միջին թիվը | 10 |
| Ծածկույթ/ Այցելություններ | 160,000 |
| Ծածկույթի փոփոխություն (այցելությունների հավելյալ քանակ) | 32,000 |
| Արժեքը՝ մեկ շահառուի հաշվով (վճարվում է պետական բյուջեից), հազ. դրամ | 16 |
| Յուրաքանչյուր այցելության արժեքը վճարվում է պետական բյուջեից), հազ. դրամ | 2 |
| Յուզաքանցյուր այցելության արժեքը. տրանսպորտային ծախսերի փոխհատուցում, հազ. դրամ | 1 |
| Յուրաքանչյուր այցելության ծախսը. ծառայությունների վճար, հազ. դրամ | 20 |
| Մեկ այցելության ընթացքում սպասարկվող շահառուների միջին թիվը | 10 |
| Գյուղերի թիվը | 866 |
| Մեկ գյուղում սպասարկվող շահառուների միջին թիվը | 18 |
| Պահանջվող այցելությունների թիվը | 16,000 |
| Մեկ շահառուի հաշվով ծախսը (վճարվում է կառավարության կողմից), հազ. դրամ | 16 |
| Միջամտության ընդհանուր արժեքը, հազ. դրամ | 339,027 |
| Խնայողություններ, հազ. դրամ | 258,422 |
| Միջամտության զուտ արժեքը, հազ. դրամ | 80,605 |
| Ծրագրի ընդհանուր արժեքը գյուղական շրջանների համար, հազ. դրամ | 339,027 |
| Տարբերակի Ծ/Ա գործակից, հազ. դրամ | 2.52 |
| Ծրագրի Ծ/Ա գործակից, հազ. դրամ | 2.12 |

Հավելված 4: Շահագրգիռ կողմերի սխեմա՝ առաջարկվող քաղաքականության տարբերակի համար

Ստորև բերված սխեմայի գծապատկերը ներկայացնում է առաջարկվող քաղաքականության նախաձեռնության հիմնական շահագրգիռ կողմերին՝ ըստ նրանց հետաքրքրվածության և համաձայնության աստիճանի: Այս սխեման ուղեցույցի դեր է կատարում՝ ազդեցիկ շահագրգիռ կողմերի շրջանում քաղաքականության նախաձեռնության իրականացումն առաջխաղացնելու առանձնահատկությունները հաշվի առնելու հարցում:



Որպես առաջնային դիտարկում և որպես քաղաքականության նախաձեռնության նկատմամբ շահագրգիռ կողմերի մոտեցման նախնական վերլուծություն՝ պարզ է, որ ամենահետաքրքրված կողմեր կարող են համարվել սպառողները (հղի կանայք) և ոլորտի քաղաքականություն մշակողը՝ առողջապահության նախարարությունը: Որպես կանոն, քաղաքական գործիչները հիմնականում խուսափում են զգայուն ոլորտներում (ինչպիսիք են՝ սոցիալական ոլորտն ընդհանրապես և առողջապահությունը մասնավորապես) խիստ փոփոխություններ կատարելուց՝ իրենց խաղաղ կարիերան պահպանելու նպատակով:

Պատկերավոր վերլուծությունը ցույց է տալիս ոլորտի ամենակարևոր դերակատարների շրջանում քաղաքականության առաջխաղացման առանձնահատկությունների բնույթը:

Հավելված 5: Մայրական բնութագրերի և ՄՄՕ այցելություններ չկատարելու միջև կապը, Ասեմբո/Գեմ, Արևմտյան Քենիա, Դեկտեմբեր 2002թ.

Արևմտյան Քենիայի գյուղական շրջանում (Ասեմբո և Գեմ) իրականացված հարցումը ցույց է տալիս, որ 10 կանանցից 9-ը, իրենց խոսքերով, կատարել են առնվազն մեկ ՄՄՕ այցելություն՝ վերջին հղիության ընթացքում: Մակայն, այս կանանց երկու երրորդը ՄՄՕ այցելությունները սկսել են հղիության երրորդ եռամսյակում և նրանց ընդամենը կեսն է կատարել խորհուրդ տրվող 4 այցելությունները:

Որպես բողոք, ՄՄՕ այցելությունների ժամանակ թերի և ոչ համարժեք ծառայությունները նշվել են ՄՄՕ այցելություններ ունեցած կանանց 29%-ը: Այս կանայք ավելի բարձր հավանականությամբ են սկսել ՄՄՕ այցելությունները երրորդ եռամսյակում (28%՝ համեմատած ՄՄՕ ծառայությունների որակից չբողոքող կանանց՝ 20% ցուցանիշի հետ, $Z = 1.5$, 95% վՄ 1.0–2.3, $P = 0.05$), ինչպես նաև ունեցել են ՄՄՕ այցելությունների ավելի ցածր մեղիան թիվ (3), չնայած դա վիճակագրական տեսանկյունից կարևոր չի եղել (Մանն-Ուիթնի U թեստ, $P = 0.1$):

Ընդհանուր թվով 64 կին (10%)՝ իրենց ամենավերջին հղիության ընթացքում, երբեք ՄՄՕ այցելություն չի կատարել: Այցելություն չկատարելու ամենահաճախ նշված պատճառները եղել են. այցելության կարիքը չտեսնելը (36%), տրանսպորտային ծախսերը կամ ՄՄՕ արժեքը (27%), օգնության՝ ոչ համարժեք լինելու վերաբերյալ կարծիքը (22%), ինչպես նաև ՄՄՕ ծառայություն մատուցողին հասնելու հեռավորությունը (14%): Այցելություն չկատարած 64 կանանց 27%-ն այլընտրանքային օգնության համար դիմել են այնպիսի աղբյուրների, ինչպիսիք են ավանդական մանկաբարձուհիները, կրոնական անձինք կամ բուսաբույժները:

ՄՄՕ այցելություն չկատարելու հետ կապված գործոններն ամփոփված են Աղյուսակ 1-ում: Այցելություն կատարելու ամենացածր հավանականությունն ունեցել են դեռահասները (18 տարեկանից փոքր կանայք) և տարիքով ավելի մեծ կանայք (34 տարեկանից բարձր): Բազմաչափ մոդելում ՄՄՕ այցելություններ երբեք չկատարելու հետ կապված գործոն է մնացել միայն 8 տարուց պակաս կրթական մակարդակը (ճշգրտված հավանականության գործակից [ՃՀԳ] 3.0, 95% վՄ 1.5–6.0) և միջին/ցածր սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակը (ՃՀԳ 2.8, 95% վՄ 1.5–5.3): ՄՄՕ ստացած կանանց շրջանում հազվադեպ այցելությունների (3 անգամից պակաս) հետ կապված գործոնները նման էին ընդհանրապես այցելություն չկատարելու գործոններին՝ այն տարբերությամբ, որ 3-ից պակաս այցելություն կատարելու հետ լրացուցիչ կապված էր նաև միայնակ կին լինելու գործոնը (չամուսնացած, ամուսնուց առանձին ապրող կամ բաժանված. ՃՀԳ 2.5, 95% վՄ 1.3–5.0):

Ստորև ներկայացված է մայրական բնութագրերի և ՄՄՕ այցելություններ չկատարելու միջև կապը, Ասեմբո/Գեմ, Արևմտյան Քենիա, Դեկտեմբեր 2002թ.

| Մայրական բնութագրերի և ՄՄՕ այցելություններ չկատարելու միջև կապը, Ասեմբլ/Գեմ, Արևմտյան Քենիա, Դեկտեմբեր 2002թ. | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| | ՄՄՕ այցելություն կատարած կանանց թիվը n (%*) (N = 571) | ՄՄՕ այցելություն չկատարած կանանց թիվը N (%*) (N = 64) | ՄՄՕ այցելություն չկատարելու հետ կապված գործոնները, միաչափ վերլուծության չԳ (95% վՄ) | ՄՄՕ այցելություն չկատարելու հետ կապված գործոնները, բազմաչափ վերլուծության ՃՀԳ (95% վՄ) |
| Տարիք | | | | |
| < 18 տարեկանից | 34 (6.0) | 6 (9.4) | 1.72 (0.67–4.43) | 1.55 (0.36–6.72) |
| 18–19 տարեկան | 79 (13.8) | 1 (1.6) | 0.12 (0.02–0.92) | 0.16 (0.02–1.27) |
| 20–29 տարեկան | 282 (49.4) | 29 (45.3) | Ստուգիչ | Ստուգիչ |
| 30–34 տարեկան | 99 (17.3) | 9 (14.1) | 0.88 (0.40–1.93) | 0.53 (0.21–1.32) |
| > 34 տարեկանից | 77 (13.5) | 19 (29.7) | 2.40 (1.28–4.51) | 1.16 (0.51–2.67) |
| Պտղաբերության ունակություն | | | | |
| Հղիությունների թիվը - 1 | 103 (18.0) | 8 (12.5) | 1.20 (0.49–2.91) | 1.25 (0.33–4.80) |
| Հղիությունների թիվը - 2–4 | 231 (40.5) | 15 (23.4) | Ստուգիչ | Ստուգիչ |
| Հղիությունների թիվը - ≥ 5 | 237 (41.5) | 41 (64.1) | 2.66 (1.44–4.95) | 1.95 (0.85–4.49) |
| Ամուսնական կարգավիճակ | | | | |
| Ամուրի/այրի | 79 (13.9) | 9 (14.1) | 1.02 (0.48–2.14) | |
| Ամուսնացած | 491 (86.1) | 55 (85.9) | Ստուգիչ | |
| Սոց.-տնտ. կարգավիճակ | | | | |
| Ցածր/միջին | 303 (54.5) | 49 (76.6) | 2.73 (1.49–4.98) | 2.82 (1.49–5.34) |
| Բարձր | 253 (45.5) | 15 (23.4) | Ստուգիչ | Ստուգիչ |
| Կրթական մակարդակ | | | | |
| < 8 տարուց | 291 (52.6) | 51 (81.0) | 3.83 (2.00–7.33) | 3.02 (1.51–6.04) |
| ≥ 8 տարուց | 262 (47.4) | 12 (19.0) | Ստուգիչ | Ստուգիչ |
| Բնակության վայրը | | | | |
| Ասեմբլ | 293 (51.3) | 26 (40.6) | 0.65 (0.38–1.10) | |
| Գեմ | 278 (48.7) | 38 (59.4) | Ստուգիչ | |
| Հեռավորությունը մինչև ՄՄՕ ծառայություն մատուցողը | | | | |
| Ոտքով < 1 ժամից | 298 (52.2) | 27 (42.2) | Ստուգիչ | Ստուգիչ |
| Ոտքով 1 ժամ | 128 (22.94) | 16 (25.0) | 1.38 (0.72–2.65) | 1.13 (0.57–2.23) |
| Ոտքով > 1 ժամից | 107 (18.7) | 20 (31.3) | 2.06 (1.11–3.83) | 1.55 (0.80–3.03) |
| Օգտվել է ավտոբուսից կամ հեծանիվից | 38 (6.7) | 1 (1.6) | 0.29 (0.04–2.20) | 0.40 (0.05–3.12) |
| Նախկինում երեխայի մահացություն | | | | |

| | | | | |
|----------------------------------|------------|-----------|-------------------------|------------------|
| ≥ 3 դեպքից | 38 (6.7) | 9 (14.1) | 2.79 (1.23–6.31) | 1.40 (0.52–3.74) |
| 1 կամ 2 դեպք | 180 (31.5) | 25 (39.1) | 1.63 (0.93–2.86) | 1.14 (0.59–2.17) |
| Չի եղել | 353 (61.8) | 30 (46.9) | Ստուգիչ | Ստուգիչ |
| Նախկինում մեռելածնության դեպք | | | | |
| Այո | 65 (11.4) | 8 (12.5) | 1.11 (0.51–2.44) | |
| Ոչ | 506 (88.6) | 56 (87.5) | Ստուգիչ | |

Հապավումներ. ՀԳ, հավանականության գործակից; ՃՀԳ, ճշգրտված հավանականության գործակից; ՎՄ, վստահության միջակայք; Ժ, Ժամ: Նշանակալի (ճշգրտված) հավանականության գործակիցները ներկայացված են մեզված ձևով:
*Սյունակի տոկոսներ

Վան Էյլ և ուրիշներ. Վերարտադրողական առողջություն 2006 **3**:2 doi:10.1186/1742-4755-3-2

ՀՂՈՒՄՆԵՐ

1. “Առողջապահության ծառայությունների ծածկույթն առավելագույնին հասցնելու նպատակով կառավարության ֆինանսական միջոցների օպտիմալ հատկացման մեթոդաբանություն: Եգիպտոսի մինչձննդաբերական բժշկական օգնության դեպքը”, Համագործակցություն առողջապահության բարեփոխման նպատակով, Հունվար 2000թ.
2. Մակրոէկոնոմիկան և առողջությունը Մալավիում. Ինչպե՞ս շարժվել առաջ, Ալեասանդրո Կոնտիչինի (Alessandro Conticini), Սեպտեմբեր 2004թ., WHO/SDE/CMH/04.6.
3. Հանրային ընտրություններ, մասնավոր որոշումներ. Սեռական և վերարտադրողական առողջություն և հազարամյակի զարգացման նպատակներ: Հեղինակներ՝ Ստեն Բերնշտեյն, Շարլոտ Յուլ Հանսեն (Stan Bernstein, Charlotte Juul Hansen): Հազարամյակի Ծրագիր -2006
4. Հայաստանում մոր և մանկան առողջապահական ուղեգրումների համակարգի ուսումնասիրություն, ԱՄՆ ՄԶԳ NOVA 2009 ծրագիր
5. Սեռական և վերարտադրողական առողջության քաղաքականությունների և ծրագրերի հզորացման՝ ԱՀԿ ռազմավարական մոտեցում, WHO/RHR/07.7, WHO-2007
6. Ինչպիսի՞ն են մինչձննդաբերական բուժօգնության գործունեությունը/արդյունավետությունը և ֆինանսական ու կազմակերպչական հետևանքները: Առողջապահական Վկայությունների Ցանց, Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն/Եվրոպա, Դեկտեմբեր 2003թ.,
7. Դկտ. Թոմրիս Թյուրմեն, Ընտանեկան և Համայնքի Առողջություն (ԸՀԱ) Գործադիր Տնօրեն. Հղիություն, Ծննդաբերություն, Հետձննդաբերական շրջան և Նորածնի Խնամք. Անհրաժեշտ պրակտիկայի ուղեցույց, Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն, Ժնև, 2006թ.
8. ԱՀԿ, Մայրական Մահացություն, Փաստագիրք N°348, Նոյեմբեր 2010թ.
9. Մինչձննդաբերական բուժօգնություն, Առողջ հղի կանանց ընթացիկ բուժօգնություն: Կնոջ և Երեխայի Առողջության Ազգային Համագործակցության Կենտրոն, հիմնադրված Առողջության և Կլինիկական Գերազանցության Ազգային Ինստիտուտի կողմից, Մարտ 2008թ.: Ֆինանսավորվել է Առողջության և Կլինիկական Գերազանցության Ազգային Ինստիտուտի կողմից՝ Ազգային Առողջապահական Ծառայության համար ուղեցույցներ մշակելու նպատակով

10. ՀԵՏԱԶՈՏԱԿԱՆ ՀՈԴՎԱԾ. Մինչձննդաբերական բուժօգնության սպառման քաղաքային – գյուղական անհամաչափություններ. հղի կանանց երկու խմբերի հետազոտություն Վիետնամում”, BMC Առողջապահական Ծառայությունների Հետազոտություն 2011թ.
11. Հայաստանում մոր և մանկան առողջապահական ուղեգրումների համակարգի ուսումնասիրություն, ԱՄՆ ՄԶԳ NOVA 2009 ծրագիր
12. Հազարամյակի Զարգացման Նպատակների հաշվետվություն 2010, Միացյալ Ազգերի Կազմակերպություն