

ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳ

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ ՊԱԼԻԱՏԻՎ (ԱՄՈՔԻՉ) ԲԺՇԿԱԿԱՆ
ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

I. Ներածություն

II. Պալիատիվ բժշկական օգնության ներդրման տեսանկյունից առողջապահության համակարգի առկա իրավիճակը և միաջազգային փորձը

III. Հայեցակարգի ընդունման հիմնավորումը և Հայեցակարգի նպատակը

VI. Հայեցակարգի նպատակի լուծմանն ուղղված կարիքների գնահատում

1. Օրենսդրության վերանայում և նորմատիվ-իրավական դաշտի ապահովում
2. Առողջապահական կարիքների գնահատում
3. Դեղորայքային հասանելիության ապահովման կարիքների գնահատում
4. Պալիատիվ բժշկական օգնության ներդրման համար անրաժեշտ կրթական ծրագրերի և կադրերով ապահովվածության կարիքների գնահատում
5. Հանրային իրազեկում և քարոզչություն

V. Հայեցակարգի գնահատված կարիքներին ուղղված գործողություններ

I. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1. Հայաստանի Հանրապետությունում պալիատիվ բժշկական օգնության հայեցակարգը (այսուհետ՝ հայեցակարգ) նպատակ ունի ներկայացնել Հայաստանի Հանրապետությունում պալիատիվ բժշկական օգնության անհրաժեշտությունը և իրականացման մեխանիզմները, ինչը պահանջում է համալիր ռազմավարություն, համադրյալ և կենտրոնացված քաղաքականության կերտում և համակարգային մեխանիզմների ստեղծում:

2. Հայեցակարգը նպատակաուղղված է Հայաստանի Հանրապետության բնակչությանը պալիատիվ բժշկական օգնության բացակայության հետևանքով ծանր հիվանդություններ ունեցող հիվանդներին օգնություն ցուցաբերելու նպատակով առողջապահության բնագավառում պալիատիվ օգնության մոդելի ընտրության, ներդրման, ինչպես նաև բարօրության և արդյունավետության բարելավմանն ուղղված պալիատիվ օգնության ինտեգրման ռազմավարության մշակմանը, աշխատանքների արդյունավետ կազմակերպմանը և դրա հետագա զարգացմանը:

3. Սույն հայեցակարգով կնախանշվեն հիմնական մոտեցումները, որոնք ուղղված կլինեն՝

1) առողջապահության համակարգում պալիատիվ բժշկական օգնության ներդրման և հնարավոր մոդելի ընտրության նպատակով համապատասխան միջոցառումների իրականացման դիտարկմանը.

2) պալիատիվ բժշկական օգնության ներդրման համար օրենսդրության փոփոխության անհրաժեշտության դիտարկմանը և պալիատիվ օգնության համակարգի ներդրման համապատասխան մոտեցումների մշակմանը

4. Հայեցակարգում սահմանված են Հայաստանի Հանրապետությունում պալիատիվ բժշկական օգնության ներդրման անհրաժեշտության հիմնավորումը, առկա խնդիրները և նպատակները, իրականացման մեխանիզմները և զարգացման հեռանկարային ուղղությունները, ինչպես նաև միջազգային փորձը:

II. ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ՏԵՍԱՆԿՅՈՒՆԻՑ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԱՌԿԱ ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ ԵՎ ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՓՈՐՁԸ

5. Պալիատիվ բժշկական օգնությունը Հայաստանի համար համեմատաբար նոր երևույթ է: Նկատի ունենալով, որ պալիատիվ բժշկական օգնությունը պետք է հասանելի լինի բոլոր հիվանդներին հայեցակարգը մշակվել է գնահատելով Հայաստանի իրավիճակը հանրային առողջապահության դիտանկյունից՝ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության հանրային առողջապահության ձևափոխված մոդելի համաձայն: Հաշվի առնելով, որ հանրային առողջապահության նպատակն է պաշտպանել և բարելավել առողջության և կյանքի մակարդակը՝ նոր գիտելիքները և հմտությունները վերածելով ապացույցների վրա հիմնված, տնտեսապես շահավետ ծրագրերի, որոնք բնակչության շրջանում հասանելի կլինեն դրանց կարիքն ունեցող բոլոր անձանց, նկատի ունենալով, որ պալիատիվ բժշկական օգնությունը բոլոր հիվանդներին ցուցաբերվող օգնության անբաժանելի մասն է և ծանր հիվանդություններ ունեցող հիվանդներին օգնություն ցուցաբերելու ամենաշահավետ տարբերակը, կարևոր է, որպեսզի բոլոր պետություններն իրենց առողջապահական համակարգերի տարբեր մակարդակներում ներդնեն պալիատիվ բժշկական օգնությունը:

6. Հայաստանում բնակչության միջին տարիքը 31.5 տարեկան է, սեռատարիքային կազմն է 0-14 տարեկան՝ 18.2% (արական՝ 289,119/իգական՝ 252,150), 15-64 տարեկան՝ 71.1% (արական՝ 986,764/իգական՝ 1,123,708), 65 տարեկան և բարձր՝ 10.6% (արական՝ 122,996/իգական՝ 192,267) (2009 թ. հաշվարկային տվյալներով): ՀՀ ԱՎԾ-ի 2010 թվականի տվյալներով, կյանքի միջին տևողությունը Հայաստանում 73.9 տարի է, ընդ որում, կանայք 7.6

տարի ավելի երկար են ապրում տղամարդկանցից: Մինչև հինգ տարեկան երեխաների մահացության մակարդակը 1000 կենդանի ծնունդի հաշվարկով՝ 2010 թվականին ի համեմատ 1990 թվականի տվյալների նվազել է գրեթե կիսով չափ՝ 24-ից՝ 13.4: 2010 թվականին 2009 թվականի տվյալների համեմատ մանկական (0-5) մահացության ցուցանիշը 1000 կենդանի ծնունդի հաշվարկով աճել է 1.2-ով: Ծխողների մասնաբաժինը Հայաստանի բնակչության մեջ խիստ բարձր է, ծխում է տղամարդկանց առնվազն 55.1 և կանանց 3.7 տոկոսը:

7. Տարեկան մահացության ընդհանուր ցուցանիշը Հայաստանում 27,000 – 28,000 է՝ այդ դեպքերի 60-70%-ին անհրաժեշտ է պալիատիվ բժշկական օգնություն: Հնարավոր է, որ առկա է մահացության տվյալների թերհայտարարագրում: Հիվանդացության և մահացության հիմնական պատճառները բերված են ստորև.

Հիվանդություն	1990		1995		2000		2006		2007		2009		
	Թիվ	Ցուցանիշ 2	Թիվ	Ցուցանիշ 2	Թիվ	Ցուցանիշ 2	Թիվ	Ցուցանիշ 2	Թիվ	Ցուցանիշ 2	Թիվ	Ցուցանիշ 2	
Նորագոյացություններ C00-D48)	5434	219.7	779	78	755	198	670	98.3	8092	311	815	33.2	463
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ(100-199)	32484	1312.2	9730	734.8	9767	680.2	8196	485.4	41749	1604.4	7955	812.9	9905
Ուղեղանոթային հիվանդ. (160-169)	3661	147.9	023	12.6	983	102.7	870	50.5	4095	157.4	507	170.4	556
Սրտի իշեմիկ հիվանդ. (120-125)	9322	376.6	654	85.1	380	254	1805	59.1	13113	503.9	4591	51.6	4891
Դիաբետ(E10-11)	4546	183.6	825	8	792	96.1	849	27.5	5269	202.5	6290	37.8	052

8. Հայաստանի չափահաս բնակչության շրջանում ոչ վարակիչ հիվանդությունների տեսակետից արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները, չարորակ նորագոյացությունները, շաքարային դիաբետը, վնասվածքները և թունավորումները մահացության այն հիմնական պատճառներն են, որոնց տեսակարար կշիռը կազմում է մոտ 80%: 2010 թվականի դրությամբ Հայաստանի չափահաս բնակչության շրջանում մահացության ընդհանուր կառուցվածքում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններից պայմանավորված մահերը կազմում են 49%, նորագոյացությունները՝ 19.8%, շաքարային դիաբետը՝ 5%, վնասվածքները և թունավորումները՝ 4.5%: Այսպիսով 2000 թվականի համեմատությամբ քաղցկեղն աճել է 50%: Կանանց շրջանում քաղցկեղի ամենատարածված ձևերն են կրծքի քաղցկեղը (58.6 100 000 կանանց հաշվով) և վերարտադրողական օրգանների քաղցկեղը (39 100 000 կանանց հաշվով): Տղամարդկանց շրջանում քաղցկեղի ամենատարածված ձևերն են թոքերի/բրոնխների քաղցկեղը, աղեստամոքսային օրգանների քաղցկեղը և շագանակագեղձի քաղցկեղը:

9. Հայաստանում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով ապրողների թիվը համեմատաբար փոքր է: 1988թ. մինչև 2012թ. հունիսի 31-ը Հայաստանի Հանրապետությունում գրանցվել է ՄԻԱՎ վարակի 1273 դեպք ՀՀ քաղաքացիների շրջանում, որոնցից 182-ը՝ 2011 ընթացքում: ՄԻԱՎ վարակով հիվանդների ընդհանուր կազմում գերակշռում են արական սեռի ներկայացուցիչները՝ 898 մարդ (70,5%), իգական սեռի ներկայացուցիչների մոտ արձանագրվել է վարակի 375 դեպք (29,5%): ՄԻԱՎ վարակի 24 դեպք (1,9%) է արձանագրվել երեխաների մոտ: ՄԻԱՎ-ով վարակվածների 56,2%-ը ախտորոշումը ստանալու պահին եղել է 25-39 տարիքային խմբում: Համաճարակի սկզբից գրանցվել է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով հիվանդների մահվան 284 դեպք:

Մահացածների թվում կան 47 կին և 5 երեխա: Հայաստանի Հանրապետությունում ՄԻԱՎ վարակի փոխանցման հիմնական ուղիներն են հետերոսեքսուալ ճանապարհը (55,6%) և թմրամիջոցների ներարկային օգտագործման միջոցով վարակումը (35,4%): Երկրում հակառետրովիրուսային բուժում սկսել է տրամադրվել 2005թ.: Ի սկզբանե այն տրամադրվել է 20 հիվանդի: Առ այսօր այդպիսի բուժում տրամադրվել է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով 282 հիվանդի:

Հաշվարկային տվյալներով ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդիկ 2300-ն են:

10. Հայաստանում, ինչպես նաև տարածաշրջանի այլ երկրներում, վերջին տարիներին նկատվում է տուբերկուլոզով հիվանդացության աճ, հատկապես հատուկ ռիսկի խմբերում: Տուբերկուլոզով պայմանավորված մահվան դեպքերը, որի տեսակարար կշիռը 2010 թվականին կազմել է 52%: 2010 թվականին՝ 1990 թվականի համեմատությամբ տուբերկուլոզից մահացության հարաբերական ցուցանիշը (100,000 բնակչի հաշվարկով) աճել է գրեթե կրկնակի՝ 2.6-ից՝ 4.9-ը: Նկատվում է «ընտանեկան տուբերկուլոզի» դեպքերի և կոնտակտավոր անձանց շրջանում հիվանդացության աճ: Տուբերկուլոզը 87% դեպքերում ախտահարում է 15-55 տարեկան աշխատունակ տարիքի մարդկանց, ներառյալ 30%-ը, որը բաժին է ընկնում տնտեսապես առավել հեռանկարային մինչև 24 տարեկան տարիքային խմբին: 2006թ-ի դեկտեմբերի 28-ին կառավարության կողմից հավանության է արժանացել «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի 2007-2015 թվականների ազգային ծրագիրը և ծրագրի իրականացման ժամանակացույցը հաստատելու մասին» որոշումը, որով սահմանվել են հիմնական նպատակները և դրանց ուղղված ռազամավարությունները:

11. Հայաստանի առողջապահական համակարգը նման է Ռուսաստանի և նախկին Խորհրդային Միության այլ պետությունների համար մշակված մոդելին: Վերջինս հիերարխիկ կառուցվածքով խիստ կենտրոնացված հսկողության համակարգ է, որում ընթացիկ գործունեության, բուժումների և ռեսուրսների բաշխման բոլոր որոշումները նախկինում կայացվում էին Մոսկվայում, իսկ այժմ՝ կառավարության կողմից: Հիվանդանոցների կադրային ապահովումը և տեղակայումը սահմանվում էին և չէին փոխվում՝ անկախ հիվանդների ծավալից: Հետևանքը ռեսուրսների սխալ բաշխումն էր, որի պայմաններում որոշ հիմնարկներ գերբեռնված էին հիվանդներով, մյուսները՝ թերօգտագործված: Հայաստանի առողջապահության ներկա համակարգը ժառանգել է խորհրդային առողջապահության դրական և բացասական բնութագրերը՝ դրական առումով այն ունի բավականին լավ զարգացած կառուցվածք ու ցանց, բավարար ապահովված է մասնագետներով, սակայն հակված է առավելապես դեպի հիվանդանոցային բուժօգնությունը: Շուկայական տնտեսության ձևավորման և առողջապահական ակտիվների նվազման պայմաններում ներդրվել են բազմաթիվ վճարներ, և գոյություն ունի մասնավոր առողջապահական համակարգ նրանց համար, ում մատչելի է ավելի արդյունավետ բուժօգնությունը:

12. Հայաստանում առողջության առաջնային պահպանության (այսուհետ՝ ԱԱՊ) ծառայությունները տրամադրվում են ամբուլատոր բուժօգնության ցանցի հաստատությունների կողմից, որոնց թվին են պատկանում քաղաքային պոլիկլինիկաները, առողջության կենտրոնները, գյուղական ամբուլատորիաներն ու բուժակ-մանկաբարձական կետերը (այսուհետ՝ ԲՄԿ/բուժկետ): Սպասարկումը կազմակերպվում է ելնելով տվյալ համայնքի բնակչության թվից: ԲՄԿ-ները տեղակայված են փոքր գյուղերում, ընդ որում սպասարկումն իրականացվում է բուժքույրերի, մանկաբարձուհիների և/կամ բուժակների կողմից, որոնց գործունեությունը վերահսկվում է մոտակա պոլիկլինիկայի կամ ամբուլատորիայի բժիշկների կողմից:

13. Հայաստանի ԱԱՊ համակարգի բարեփոխումների անկյունաքարը ընտանեկան բժշկության ներդրումն էր, որը դիտվում էր որպես ինտեգրված, «առաջին շփման» բուժօգնության կազմակերպման սկզբունք և բուժօգնության հասանելիության բարելավումն ապահովող գլխավոր միջոց: Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2003 թվականի հոկտեմբերի 30-ի «Երևան քաղաքի առողջապահական հաստատությունների օպտիմալացման ծրագրի շրջանակներում մի շարք բաժնետիրական ընկերությունների և

պետական ոչ առևտրային կազմակերպություններ վերակազմակերպելու մասին» N1413-Ն որաշմամբ Երևանի մի շարք պոլիկլինիկաներ և առաջնային բուժօգնության հաստատություններ միավորվեցին հիվանդանոցների, երրորդային մակարդակի կենտրոնների և ծննդատների հետ՝ ձևավորելով ամբուլատոր և հիվանդանոցային մասնագիտական բուժօգնություն տրամադրող առողջապահական հաստատությունների 12 խոշոր ցանց (բուրգ): Ակնկալվում էր, որ վերջիններս թույլ կտան կրճատել ավելորդ հզորությունները, կբարելավեն ծառայությունների սպառումն ու կառավարումը և կնվազեցնեն պահպանման ծախսերը: ԱԱԴ կազմակերպություններում ուռուցքաբանական, տուբերկուլոզային ծառայությունն անվճար է բնակչության բոլոր խմբերի համար, ծառայության բոլոր մակարդակներում: Ըստ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման մասին չափորոշիչի ԱԱԴ բժշկական կազմակերպությունների ուռուցքաբանական, տուբերկուլոզի կաբինետների միջոցով իրականացվում է նորագոյացությամբ հիվանդների՝

- 1) ախտորոշիչ (վաղ հայտնաբերման) նպատակով կոնսուլտացիաները
- 2) առաջնակի ախտորոշման հաստատման նպատակով մասնագիտացված (երկրորդային) բժշկական կազմակերպություններ ուղեգրումը
- 3) բուժման կազմակերպումը (վարումը)
- 4) անհրաժեշտ այլ, լրացուցիչ նեղ մասնագիտական կոնսուլտացիաների կազմակերպումը
- 5) անհրաժեշտ լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների կազմակերպումը
- 6) վերականգնողական բուժման իրականացումը
- 7) ժամանակին հաշվառումը
- 8) շարունակական հսկողությունը
- 9) հաշվետվության կազմումը և ժամանակին հանձնումը «Ուռուցքաբանության Ազգային կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերության և Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության «Հանրապետական հակատուբերկուլոզային դիսպանսեր» փակ բաժնետիրական ընկերության մեթոդ բաժնին
- 10) բժշկասոցիալական փորձաքննության հանձնաժողովին ներկայացումը:

14. Ուռուցքաբանական ծառայությունը գյուղական բնակավայրերի ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական կազմակերպություններում (ընտանեկան բժշկի գրասենյակներ, գյուղական առողջության կենտրոններ, գյուղական բժշկական ամբուլատորիաներ, բուժական նկարագրական կետեր) կրում են պատասխանատվություն սպասարկման տարածքի բնակչության ուռուցքաբանական ծառայության կազմակերպման համար /կանխարգելում, վաղ հայտնաբերում, ինչպես նաև հայտնաբերված ուռուցքային հիվանդների մասին տեղեկատվություն շրջանային ուռուցքաբանական հաշվառման, վարման և հետագա հսկողության համար/:

15. Երկրորդային բուժօգնությունն ավանդապես տրամադրվում է մի շարք հաստատություններում, այդ թվում.

- 1) քաղաքային և մարզային բազմապրոֆիլային հիվանդանոցներ,
- 2) ամբուլատոր բուժհաստատությունների հետ միավորված բազմապրոֆիլային հիվանդանոցներ (բուրգեր),
- 3) առողջության կենտրոններ, որոնք ունեն ստացիոնար օգնության մահճակալներ,
- 4) ծննդատներ՝ կանանց կոնսուլտացիաներով կամ առանց դրանց,
- 5) դիսպանսերներ, այսինքն՝ ստացիոնար և ամբուլատոր բուժօգնության մասնագիտացված հաստատություններ (էնդոկրին, ուռուցքաբանական, հոգեբուժական և այլն):

16. Երրորդային՝ մասնագիտացված բուժօգնություն սովորաբար տրամադրում են մասնագիտացված բժշկական հաստատությունները (հիվանդանոցներ, կենտրոններ), որոնք

հիմնականում տեղակայված են Երևանում և որտեղ բուժապասարկումն իրականացվում է բարդ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ: Վերջին տարիների ընթացքում զարգանում է քրոնիկ հիվանդներին տրամադրվող դիսպանսեր ծառայությունների ցանցը: Դրանք կենտրոնացված են գլխավորապես Երևանի հիվանդանոցներում և ներառում են մի շարք հիվանդություններ, ինչպիսիք են ուռուցքաբանական, ռևմատոլոգիական, նյարդաբանական, հիվանդություններ և այլն:

Երեխաներին և դեռահասներին մասնագիտական օգնություն ցուցաբերվում են նաև մի շարք ծառայությունների կողմից՝ հոգեբուժական, հակատուբերկուլյոզային, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոնի և այլն:

17. Անկախությունից հետո, հատկապես 1990-ականների վերջից ի վեր հաստատությունների թվի և մահճակալային ֆոնդի առումով Հայաստանի հիվանդանոցային ծառայության հզորությունները խիստ կրճատվել են: Այդ կրճատումը հիմնականում կենտրոնական մակարդակում մշակված՝ հիվանդանոցային ցանցի օպտիմալացման ծրագրի արդյունքն է:

18. Երկրորդային բժշկական օգնությունը տրամադրում են 37 տարածաշրջանային բազմապրոֆիլ հիվանդանոցները: Երրորդային/մասնագիտացված բժշկական օգնություն իրականացնում են հանրապետական հիվանդանոցներն ու Երևանի մոնոպրոֆիլ/նեղ մասնագիտացված ինստիտուտները: Ամբողջ հանրապետությունում գործում է 130 հիվանդանոցային բուժփիմնարկ (երկրորդային և երրորդային), որոնցից 36-ը՝ այլ ոլորտներում: Հիվանդանոցային հաստատությունների մեծամասնության բաժնեմասերը պատկանում են պետությանը, սակայն առկա են մասնավոր հիվանդանոցներ: Հայաստանում հիվանդանոցային մահճակալների թիվը գերազանցում է Եվրոպական Միության երկրների միջին ցուցանիշին, չնայած զիջում է ԱՊՀ երկրներին: Այնուամենայնիվ, մահճակալների թիվը գերազանցում է գնահատված պահանջարկը: Ուստի հիվանդանոցային մահճակալների թիվն ունի կրճատման միտում. 1990թ. 30500 մահճակալից իջել է մինչև 12200 2010թ-ին: Բարեփոխումների գործընթացը հանգեցրել է ինտեգրացված մոդելից հեռացման և այժմ հիվանդանոցների մեծ մասը, շարունակելով հանդիսանալ պետական սեփականություն, ունեն ինքնուրույնության ու ինքնաֆինանսավորման կարգավիճակ: Ակնկալվում է, որ դա կբերի մի շարք առողջապահական հաստատությունների հզորությունների կրճատմանը և ծառայությունների արդյունավետության բարձրացմանը:

19. Առողջապահական համակարգի ծավալները զգալիորեն նվազել են վերոհիշյալ ժամանակահատվածում: Հետևյալ աղյուսակում ներկայացված է առողջապահական ակտիվների նվազումը 1990-2009 թվականների ընթացքում՝

Առողջապահական ակտիվներ	1990	2006	2010
Բժիշկների ընդհանուր թիվը, ներառյալ՝ ատամնաբույժները	14519	12388	13591
Բուժքույրերի ընդհանուր թիվը (մասնագիտական կրթություն, ոչ՝ բարձրագույն)	34953	18574	18649
Հիվանդանոցների ընդհանուր թիվը	180	135	130
Մահճակալների ընդհանուր թիվը	30500	13100	12200
Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հիմնարկների ընդհանուր թիվը	529	467	504
Առողջապահության համակարգում գործող բժիշկների ընդհանուր թիվը, ներառյալ՝ ատամնաբույժները	14206	9370	8531
Առողջապահության համակարգում գործող բուժքույրերի ընդհանուր թիվը	34338	14247	13848
Առողջապահության համակարգում գործող դեղագործների ընդհանուր թիվը	752	141	173

Առողջապահության համակարգում գործող հիվանդանոցների ընդհանուր թիվը	176	99	90
Առողջապահության համակարգում գործող մահճակալների ընդհանուր թիվը	29732	8732	7835
Առողջապահության համակարգում գործող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հիմնարկների ընդհանուր թիվը	516	386	381
Առողջապահության համակարգում գործող շտապօգնության կայանների ընդհանուր թիվը	44	59	100

20. Այսպիսով բժիշկներն ըստ մասնագիտությունների հետևյալն են՝ ուռուցքաբան – 61, ուռուցքաբան-վիրաբույժ – 61, անեսթեզիոլոգ – 382, էնդոկրինոլոգ – 155: Նկատի ունենալով, որ մահճակալների ընդհանուր թիվը նվազում է, օնկոլոգիական հիվանդների համար նախատեսված մահճակալների թիվն աճում է՝ 2006-ի 510 դիմաց, 2010-ին – 571:

21. Առողջապահության համակարգը պետության կողմից ֆինանսավորվում է ընդհանուր հարկային եկամուտներից: 2005-2010 թվականներին ՀՆԱ-ի ոչ ավելի քան 1.57%-ն է պետության կողմից ուղղվել առողջապահությանը, չնայած Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը պարտավորվել է ավելացնել առողջապահական ծախսերը՝ 2012 թվականին այն հասցնելով մինչև ՀՆԱ-ի 2.2%, իսկ 2015 թվականին՝ 2.5% (Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2008 թվականի հոկտեմբերի 30-ի «Կայուն զարգացման ծրագիրը հաստատելու մասին» N 1207-Ն որոշում): Առողջապահական ընդհանուր ծախսերի մեջ պետական պատվերի շրջանակում ֆինանսավորված ծախսերի մասնաբաժինը 1996 թվականին 32.6%-ից 2008 թվականին հասել է 39%-ի (Կայուն զարգացման ծրագիր): Ընդհանուր պետական ծախսերի մեջ առողջապահության մասնաբաժինը վերջին տարիներին չի գերազանցել 6.2%-ը (Պետական տարեկան բյուջեի մասին Հայաստանի Հանրապետության օրենքներ): Մասնավոր ծախսերի մեջ «գրպանից» ծախսերի մասնաբաժինը 2006 թվականին կազմել է 87.6%: Մեկ շնչին բաժին ընկնող առողջապահական ծախսերը 2006 թվականին կազմել են մոտավորապես 50400 դրամ՝ 1996 թվականի 13050 դրամի համեմատ:

22. Ներկայումս Հայաստանի Հանրապետության տարածքում պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային բուժօգնությունն ապահովվում է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի կողմից յուրաքանչյուր տարի պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային անհետաձգելի բժշկական օգնություն պահանջող հիվանդությունների և վիճակների չափորոշիչում ընդգրկված դեպքերի համար: Դրանք հիմնականում անհետաձգելի բժշկական օգնություն պահանջող հիվանդությունները և վիճակներն են, ինչպես նաև ինֆեկցիոն, հոգեկան, օնկոհեմատոլոգիական հիվանդությունները: Բացի այդ, բժշկական ցուցումների առկայության դեպքում նախատեսվում է պլանային հոսպիտալացում, որն իրականացվում է տվյալ բնակչին սպասարկող տեղամասային թերապևտի (մանկաբույժի) և կամ ընտանեկան բժշկի կողմից տրված ուղեգրերով, իսկ հոգեկան հիվանդությունների, վարակիչ, այդ թվում՝ տուբերկուլյոզի, տարափոխի, մաշկավեներաբանական, օնկոհեմատոլոգիական հիվանդությունների, ծննդաբերության, ինչպես նաև ճառագայթային, էնդոկրինոլոգիական հիվանդությունների և ողնաշարի վնասվածքների դեպքերում՝ համապատասխան դիսպանսերի կամ կաբինետի մասնագետի ուղեգրերով՝ միայն Հայաստանի Հանրապետության կառավարության կողմից հաստատված բնակչության սոցիալապես անապահով և առանձին /հատուկ/ խմբերում ընդգրկված անձանց համար: Չնայած վերջին տարիներին պետական ֆինանսավորման ծավալների էական աճին «գրպանից կատարվող» ծախսերը չեն նվազել և դրանց գերակշռող մասը կազմում են ոչ պաշտոնական վճարումները: Ներկայումս ՀՀ կառավարության կողմից փորձարարական ձևով հիվանդանոցային բուժօգնության համար ներդրվում է համավճարը, որը կարևոր շարժառիթ է հիվանդների կողմից կատարվող վճարումներն օրինականացնելը՝ ոչ

պաշտոնական վճարումները կրճատելու և արմատապես վերացնելու նպատակով: Հայաստանում չկա առողջության պարտադիր ապահովագրության համակարգ, սակայն գործում է կամավոր բժշկական ապահովագրություն, որի շրջանակներում սահմանափակ ու աննշան ծավալներով իրականացվում է կամավոր բժշկական ապահովագրություն (2008 թվականի տարեկան Ընդհանուր Առողջապահական Ծախսերի 1.5-2%-ի չափով):

23. Հայաստանում չկան պալիատիվ բուժօգնություն իրականացնող հաստատություններ: Ազգային մշակույթի համաձայն, հիվանդներին խնամում են ընտանիքները՝ սեփական տներում: Տնային խնամքի կանոնավոր ծառայություններ նույնպես Հայաստանում ըստ էության չկան, բացառությամբ շտապ օգնության շարժական ծառայության, որը հրատապ գնահատում է իրականացնում և ցուցումների դեպքում ապահովում հիվանդի տեղափոխումը հիվանդանոց: Շատ փոքր աջակցություն է հատկացվում նաև համայնքային բուժօգնությանը՝ տնային պայմաններում խնամքը թեթևացնելու նպատակով, բացառությամբ տնային պայմաններում միայնակ տարեցների և հաշմանդամների սոցիալական սպասարկման կենտրոնի, որը Երևան քաղաքում սպասարկում է 1500 միայնակ տարեց ու հաշմանդամ քաղաքացու: Հաշմանդամները կազմում են սպասարկվողների ընդհանուր թվի մոտ 30 տոկոսը: Միայնակ հաշմանդամները սպասարկվում են անկախ տարիքից:

24. Հաշմանդամների խնամքի և սպասարկման ստացիոնար հաստատությունները երկուսն են՝ Գյումրիի տարեցների և հաշմանդամների տուն-ինտերնատը և Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատը: Երկու տուն-ինտերնատներում խնամվում են մոտ 500 միայնակ, խնամող չունեցող հաշմանդամ: Տուն-ինտերնատներում բնակվող հաշմանդամները գտնվում են պետության լրիվ խնամքի ներքո, նրանք ստանում են բժշկական օգնություն, ապահովված են կենսաապահովման բոլոր անհրաժեշտ միջոցներով:

III. ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳԻ ԸՆԴՈՒՆՄԱՆ ՀԻՄՆԱՎՈՐՈՒՄԸ ԵՎ ՆՊԱՏԱԿԸ

25. Հասարակության առաջընթացը, մարդասիրության և ժողովրդավարության գաղափարների ամրապնդումը, մարդկային կյանքի բացառիկության ճանաչումը մի կողմից, իսկ մյուս կողմից բժշկա-կենսաբանական գիտությունների զարգացումը և նոր տեխնոլոգիաների հայտնվելը սրեցին կենսաէթիկական, մարդու իրավունքի, պացիենտի իրավունքի հարցերը: Ըստ որում, որպես հիմնական արժեքներ են ճանաչվում մարդու իրավունքները և պացիենտի իրավունքները, մարդկային արժանապատվությունը, ժողովրդավարությունը, իրավահավասարությունը, համերաշխությունը: Այդ դրույթներն ամրագրված են ինչպես մի շարք միջազգային հիմնարար փաստաթղթերում, ինչպիսիք են Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագիրը, Եվրոպական սոցիալական խարտիան, Մարդու իրավունքների կոնվենցիան և այլն, այնպես և օրենսդրական կարգով հաստատված են աշխարհի շատ երկրների, այդ թվում նաև Հայաստանի Հարապետության, սահմանադրությունում:

26. Հայեցակարգի ընդունումը պայմանավորված է նրանով, որ մարդը պետք է հնարավորություն ունենա ոչ միայն արժանապատիվ ապրելու, այլև արժանապատիվ մահանալու, որը վերաբերվում է ֆիզիկական և հոգեկան տառապանքներից ազատվելու գործընթացին: Մահացողի վերջին ամիսները, շաբաթները և նույնիսկ օրերը հանդիսանում են նրա կյանքի անբաժանելի և կարևոր մասը: Տարիմաստորեն բժշկության զարգացման ընթացքն ինքը բազմապատկում է իրադրությունները, երբ պացիենտները բավական երկար ժամանակ հայտնվում են կյանքի և մահվան վիճակում: Այն դեպքում, երբ շատ երկրներում առողջապահությանը հատկացված բյուջեի մեծ մասը ծախսվում է մարդկաց կյանքի վերջին տարիների վրա, այնուամենայնիվ միշտ չէ, որ ապահովվում է հիվանդների կարիքներին համապատասխանող խնամք: Պալիատիվ օգնությունն ուղղված չէ կոնկրետ հիվանդություններին և տևում է ախտորոշման պահից մինչև կորուստը. այն կարող է տևել մի քանի տարուց մինչև մի քանի շաբաթ կամ օր:

27. Պալիատիվ օգնությունը դա ակտիվ համակողմանի արհեստավարժ օգնությունն է պացիենտին, որոնց մոտ առկա է հիվանդությունների առաջընթաց, դրանց զարգացման վերջին փուլում: Դրա նպատակն է ցավի և մյուս բացասական ախտանիշների վերացումը, ինչպես նաև հոգեբանական, սոցիալական և հոգևոր աջակցությունը: Բուժօգնության այս տեսակը վերջնական փուլում գտնվող արագ զարգացող հիվանդություններով տառապող տղամարդկանց, կանանց և երեխաներին օգնում է հասնելու կյանքի լավագույն որակի մինչև մահը, ըստ որում նման օգնությունն ուղղված չէ մահվան գալու ոչ կրճատման և ոչ երկարացմանը: Այն առողջապահական համակարգի բաղկացուցիչ մասն է և առողջության պահպանման մարդու իրավունքի անբաժանելի տարրը: Կենսաէթիկայի հիմնական սկզբունքներից մեկը հանդիսանում է պացիենտի անձի ինքնուրույնությունը: Նա լրիվ իրավունք ունի հրաժարվել բուժումից, և բժիշկը պարտավոր է հարգել պացիենտի իրավունքը («Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիա» հասարակական կազմակերպության հայտարարագիրը, Վենետիկ, 1983թ.): Սակայն եթե հիվանդը նույնիսկ հրաժարվում է բուժումից, նա միևնույն է իրավունք ունի և պետք է ստանա պալիատիվ օգնություն: Միավորված Ազգերի Կազմակերպությունը պալիատիվ օգնությունը սահմանում է որպես ակտիվ ընդհանուր խնամք այն հիվանդների նկատմամբ, որոնց հիվանդությունը չի արձագանքում բուժմանը, քանի որ ցավի և՛ հոգեբանական, և՛ հոգևոր խնդիրների լուծումը առաջնակարգ է: Պալիատիվ օգնության նպատակն է հնարավորին չափով լավացնել հիվանդի և նրա ընտանիքի անդամների կյանքի որակը (ՄԱԿ 1990թ.):

28. Պալիատիվ օգնությունն ընդգրկում է հետևյալ հիմնական կողմերը՝

- 1) ախտանիշների կառավարում
- 2) հոգեբանական, հոգևոր և հուզական աջակցություն
- 3) աջակցություն ընտանիքի համար
- 4) կորստի շրջանի աջակցություն:

29. Որպես հավելված վերը նշված որոշմանը, Միավորված ազգերի կազմակերպությունը հիմնել է հիմնական դրույթներ, որոնք զուգակցվում են պալիատիվ օգնության հետ.

- 1) ապահովում է ցավի և այլ ախտանիշների կառավարում
- 2) հաստատում է կյանքը, մահը համարելով նորմալ պրոցես
- 3) մահը ոչ՝ արագացնում է, ոչ՝ հետաձգում
- 4) ընդգրկում է հիվանդի և՛ հոգևոր, և՛ հոգեբանական խնդիրները
- 5) առաջարկում է համակարգ հիվանդի մերձավորների համար, որը կօգնի դիմակայել հիվանդի կորուստին թե՛ հիվանդության ժամանակ և թե՛ մահից հետո
- 6) կիրառում է թիմային մոտեցում հոգալով հիվանդների և նրանց մերձավորների կարիքները, մինչև իսկ սգո արարողություններում
- 7) բարելավում է կյանքի որակը, ինչը կարող է դրականորեն անդրադառնալ հիմնական հիվանդության վրա:

8) կիրառելի է հիվանդության սկզբնական փուլում, երբ մի շարք այլ բուժումների հետ մեկտեղ կարող է երկարացնել կյանքը, դրանք են՝ քիմիոթերապիան, ռադիացիոն թերապիան, և այն հետազոտությունները, որոնք անհրաժեշտ են հասկանալու և կառավարելու հիվանդության հյուծող բարդությունները:

30. Հայեցակարգի նպատակը պալիատիվ բժշկական օգնության ծրագրի ներդրման ճանապարհով վերջնական փուլում գտնվող արագ զարգացող հիվանդություններով տառապող տղամարդկանց, կանանց և երեխաներին կյանքի լավագույն որակին մինչև մահը հասնելու հնարավորության ստեղծումն է, ցավի և մյուս բացասական ախտանիշների վերացումը, ինչպես նաև հոգեբանական, սոցիալական և հոգևոր աջակցությունն է :

IV. ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳԻ ՆՊԱՏԱԿԻ ԼՈՒԾՄԱՆՆ ՈՒՂՂՎԱԾ ԿԱՐԻՔՆԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

31. Պալիատիվ բժշկական օգնությունը հանրապետությունում ներդնելու համար միջազգային փորձագետի ներգրավմամբ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության համապատասխան մասնագետների կողմից իրականացվել է կարիքների գնահատում և հայեցակարգի հիմնական խնդրի լուծման նպատակին ուղղված քայլերն ունեն հետևյալ բաղադրիչները, որոնք էլ իրենց հերթին ներառում են մի շարք միջոցառումներ՝

- 1) օրենսդրության վերանայում և նորմատիվ-իրավական դաշտի ապահովում
- 2) առողջապահական կարիքների գնահատում
- 3) դեղորայքային հասանելիության ապահովման կարիքների գնահատում
- 4) կրթական, այսինքն պալիատիվ բժշկական օգնության ներդրման համար անրաժեշտ կրթական ծրագրերի և կադրերով ապահովվածության կարիքների գնահատում
- 5) հանրային իրազեկում և քարոզչություն

ա. Բաղադրիչ 1. Օրենսդրության վերանայում և նորմատիվ-իրավական դաշտի ապահովում

32. Ելնելով միջազգային փորձից՝ պալիատիվ օգնության ներդրման իրականացման համար անհրաժեշտ է վերլուծել և կատարելագործել ոլորտը կարգավորող օրենսդրական դաշտը, մասնավորապես մշակել և շրջանառության մեջ դնել նոր իրավական ակտերի նախագծեր (այդ թվում նաև նշված օրենքի նախագծեր) ինչպես նաև վերանայել և լրամշակել գործող իրավական ակտերը:

33. Պալիատիվ օգնության ներդրման և զարգացման հիմնական խոչընդոտները պետության կողմից ամոքիչ /պալիատիվ/ օգնության ներդրման և զարգացման միասնական քաղաքականության ուղենիշների բացակայությունն է: Առողջապահության բնագավառում գործող օրենսդրության ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ ներկայումս գործող օրենսդրական ակտերում բացակայում են պալիատիվ բժշկական օգնության հիմնական հասկացությունների սահմանումները, չնայած «հոսպիս» հասկացությունը սահմանված է «Սոցիալական աջակցության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքով:

34. Պալիատիվ բժշկական օգնության ուղղությամբ իրականացված օրենսդրական քայլերից է Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2010 թվականի հունվարի 29-ի N 3 արձանագրային որոշմամբ հաստատված «Առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման, վաղ հայտնաբերման և բուժման հայեցակարգին և հայեցակարգի կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկին հավանություն տալու մասին հայեցակարգը հաստատելու մասին», որը ներառում է նաև, ի թիվս այլ ոչ վարակիչ հիվանդությունների, չարորակ նորագոյացությունների հիմնախնդիրներին առնչվող վերլուծություն և առկա հիմնախնդիրներին ուղղված միջոցառումների ցանկ:

35. Ըստ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2008 թվականի մարտի 27-ի 276-Ն որոշման՝ պալիատիվ բժշկական օգնություն և սպասարկումը հանդիսանում է բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակ, որի նպատակով սահմանվել են «պալիատիվ բժշկական օգնության» տեսակի լիցենզավորման համար անհրաժեշտ տեխնիկական և մասնագիտական որակավորման պահանջները, սակայն վերջիններս ենթակա են վերանայման:

36. Պալիատիվ օգնության կայացման կարևորագույն բաղկացուցիչների մեկի՝ ցավազրկողների կիրառման ոլորտում առկա խնդիրներն են: Դեղերի ոլորտը Հայաստանի Հանրապետությունում կանոնակարգվում են «Դեղերի մասին» և «Թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի մասին» ՀՀ օրենքներով և մի շարք այլ ակտերով, որոնց մեջ առկա են որոշակի հակասություններ և մի շարք չկարգավորված հարցեր:

37. «Թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի մասին» ՀՀ օրենքի և դեղերի շրջանառության ոլորտը կանոնակարգող մի շարք այլ իրավական ակտերի միջև առկա են նաև հակասություններ, որոնք առնչվում են թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութերի բացթողմանը ֆիզիկական անձանց դեղատոմսով: Սույն հիմնախնդիրը նույնպես կարող է խոչընդոտ հանդիսանալ Հայաստանի Հանրապետությունում պալիատիվ բժշկության ներդրման գործընթացում:

38. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2006 թվականի նոյեմբերի 23-ի N 1717-Ն որոշմամբ հաստատվել է այն հիվանդությունների ցանկը, որոնց առկայության դեպքում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական, դիսպանսերային և հիվանդանոցային բժշկական հաստատությունների միջոցով դեղերը հիվանդներին տրվում են անվճար: Նշված ցանկում ներառված «չարորակ նորագոյացություններ» և «հոգեկան հիվանդություններ» հիվանդությունների դեպքերում է նախատեսված տրամադրել հակառուսոցային դեղեր, ցավազրկող դեղեր և թմրադեղեր, հեգեմետ դեղեր, որոնք և կենտրոնացված գնումներով անվճար բաշխվում են համապատասխան հաստատություններին:

39. Պալիատիվ օգնության վերաբերյալ դրույթները պետք է սահմանվեն նաև այլ ռազմավարական փաստաթղթերում: Այսպես օրինակ՝ անհրաժեշտ է մշակել նոր ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ին հակազդման ազգային ծրագիրը, նկատի ունենալով որ ներկայումս գործող Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2007 թվականի մարտի 1-ի «ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ին հակազդման ազգային ծրագիրը հաստատելու մասին» N 398-Ն որոշումը ավարտվում է 2011 թվականին և ներկայումս գործող ծրագրով սահմանված հակազդման ծրագրի 3-րդ գլխի՝ Բուժումը, խնամքը և աջակցությունը, նախատեսված են մի շարք միջոցառումներ և որպես այդ միջոցառումների ակնկալվող արդյունք սահմանված է, որ. «Բոլոր կարիք ունեցողներին հասանելի կլինի տնային պալմաններում պալիատիվ խնամքը (2010-2011 թթ.) դրույթը արտացոլել նաև նոր մշակվող ծրագրում:

40. Պալիատիվ օգնության վերաբերյալ դրույթներն ամրագրված չեն նաև ՀՀ կառավարության 2006 թվականի դեկտեմբերի 28-ի «Տուբերկուլյոզի դեմ պայքարի 2007-2015 թվականների ազգային ծրագրին և ծրագրի իրականացման ժամանակացույցին հավանություն տալու մասին» N 52 արձանագրային որոշմամբ:

41. Օրենսդրական դաշտում առկա են նաև մի շարք այլ բացեր, օրինակ՝ բացակայում են նաև մասնագիտական ստանդարտները պալիատիվ օգնության մասնագետների համար, «Պալիատիվ օգնություն» մասնագիտությունը ընդգրկված չէ բժշկական մասնագիտությունների անվանացանկում, ինչպես նաև մշակված չեն բուհական և հետդիպլոմային կրթության ծրագրեր բժիշկների և բու-քույրերի համար, ինչպես նաև վերապատրաստման համար նախատեսված ծրագրեր:

բ. Բաղադրիչ 2. Առողջապահական կարիքների գնահատում

42. Հաշվի առնելով, որ Հայաստանի Հանրապետությունում պալիատիվ բժշկական օգնության ծառայություններ ըստ էության չկան, բացառությամբ «Վանատուն» հիմնադրամի կողմից վերջին շրջանում իրականացվող ծրագրերի, կարելի է նշել, որ պալիատիվ բժշկական օգնության կարիք ունեն բոլոր նրանք, ովքեր կյանքի տևողությունը սահմանափակող հիվանդության մահամերձ փուլում են:

43. Հայաստանում մահացության 2003 թվականի տվյալներով ըստ ԱՀԿ-ի, տարբեր պատճառներից ընդհանուր մահացությունը 26,014 է: Ոչ տարափոխիկ հիվանդություններին բաժին է ընկնում Հայաստանում արձանագրված մահվան բոլոր դեպքերի մոտ 83%, արտաքին հիվանդություններին՝ մոտ 3%-ը, տարափոխիկ հիվանդություններին՝ 1%-ից պակասը, իսկ

հստակորեն չսահմանված հիվանդություններին՝ մոտ 4%-ը:

44. Ստորև դիտարկվում են մահացության ցուցանիշներն ըստ ախտորոշումների 2008 և 2009 թվականների տվյալների՝

Հիվանդություն	2008		2009	
	Թիվ	Ցուցանիշ	Թիվ	Ցուցանիշ
Քաղցկեղ	5505	170.22	5413	166.88
Սրտանոթային	13641	423.04	13525	416.96
Ինսուլտ	3421	105.78	3164	97.54
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն	8146	251.89	8025	247.40
Դիաբետ	1308	40.45	1376	42.42
Ընդամենը	27412	847.62	27560	849.65

45. Վերը նշված հիմնական պատճառներով պայմանավորված՝ քրոնիկ հիվանդացությունից մահացության ընդհանուր ցուցանիշը գերազանում է 27,000-ը: Բացի այդ, պալիատիվ բժշկական օգնություն անհրաժեշտ կլինի ցուցաբերել նաև հիվանդների ընտանիքի անդամներին:

46. Հայաստանում պալիատիվ բժշկական օգնության կարիքը գնահատելու համար կարող են կիրառվել 2 հնարավոր մեթոդներ: «Ըստ բնակչության» մեթոդով, որը երաշխավորվում է Գոմեսի և Սոյարնսվարդի կողմից, եթե ընդունենք, որ պալիատիվ օգնության կարիք ունեցողների թիվը կազմում է մահացության ընդհանուր ցուցանիշի 60%-ը, ապա պալիատիվ բժշկական օգնության կարիք ունեցող հիվանդների տարեկան ընդհանուր թիվը կկանխատեսվի 16,500 ($27,500 \times 0.6$): Հիգինսոնի մեթոդիկիրառությամբ, որի համաձայն պալիատիվ բժշկական օգնության կարիք կունենա քաղցկեղի հիվանդների 100%-ը և քրոնիկ այլ հիվանդություններ ունեցողների 66%-ը, ստացվում է ընդամենը 16,250 հիվանդ (քաղցկեղով 5,500 հիվանդ և քրոնիկ ոչ քաղցկեղային հիվանդություններով 10,743 հիվանդ):

47. Հաշվի առնելով, որ մահվանը նախորդող շրջանում պալիատիվ բժշկական օգնության կարիք կունենան նաև որոշ այլ հիվանդներ, նպատակահարմար է պալիատիվ օգնության կարիք ունեցողների թվի հաշվարկների համար որպես հիմք ընդունել տարեկան 18,000 հիվանդ ցուցանիշը. համարելով, որ մեկ հիվանդի պալիատիվ բժշկական օգնությունը միջինը տևում է 2 ամիս, առկա ողջ կարիքը բավարարելու համար հիվանդների օրական թիվը ժամանակի ցանկացած պահի դրությամբ կանխատեսվում է մոտ 3,000: Բացի այդ, յուրաքանչյուր հիվանդի խնամքին սովորաբար ուղղակիորեն ներգրավված է լինում ընտանիքի 2 կամ ավելի անդամ: Ուստի, պալիատիվ բժշկական օգնություն կցուցաբերվի տարեկան առնվազն 54,000 անձի:

48. Պալիատիվ կամ հոսպիսային ստացիոնար խնամքի մահճակալների կարիքը գնահատելու համար նույնպես կարելի է հիմնվել հիվանդների օրական միջին թվաքանակի մեթոդի վրա՝ կոնկրետ օրվա ընթացքում ստացիոնար խնամքի կարիք ունեցող հիվանդների թվաքանակի նկատմամբ կիրառելով տոկոս: Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներում տոկոսը կազմում է հոսպիսային օրերի թվաքանակի 3%-ը, սակայն դա չի ներառում այլ՝ պալիատիվ բժշկական օգնություն ստացող ոչ հոսպիսային հիվանդներին. ուստի, հաշվարկի համար կկիրառվի 5% մոտավոր ցուցանիշը: Եթե այդ տոկոսը կիրառենք 3,000-ի՝ հիվանդների օրական միջին թվաքանակի նկատմամբ, ապա կպահանջվի 150 մահճակալ: Մահճակալների անհրաժեշտ քանակը հաշվարկելու համար Կատալոնիայում կիրառվող մյուս մեթոդը 100,000 բնակչին 5 մահճակալի սկզբունքն է: Այդ մեթոդի կիրառությամբ նույնպես կանխատեսվում է 150 մահճակալ: Հաշվի առնելով, որ հիվանդների ճնշող մեծամասնությունը մահանում է սեփական բնակարաններում, և որ ցանկալի է այդ միտումից չշեղվել, պետք է ջանքեր գործադրել՝ չափազանց մեծ ուշադրություն չդարձնելու ստացիոնար պալիատիվ բժշկական

օգնությանը: Մահճակալների զբաղվածության ցուցանիշը և հիվանդների թվի աճը պլանավորելու նպատակով ապահով կլինեն հաշվարկել, որ երկրին անհրաժեշտ կլինի առավելագույնը 150 մահճակալ:

գ. Բաղադրիչ 3. Դեղորայքային հասանելիության ապահովման կարիքների գնահատում

49. Պալիատիվ օգնության կայացման կարևորագույն բաղկացուցիչների մեկի՝ ցավազրկողների կիրառման ոլորտում առկա խնդիրներն են: Ամենահրատապ խնդիրը հանրապետությունում ներկայումս հաբերի ձևով մորֆինի իսպառ բացակայությունն է: Մորֆին առկա է միայն սրվակներով:

50. Մինչ օրս պալիատիվ բժշկական օգնության զարգացման հիմնական խոչընդոտը քաղաքականության ուղենիշերի բացակայությունն է, այդ թվում նաև ցավազրկող դեղերի հասանելիության բնագավառում, նկատի ունենալով, որ քաղցկեղ հիվանդության աշի դեպքում դեռևս երկրում դեռևս ներդրվա չէ քաղցկեղի հսկողության ընդգրկում ծրագիր: Դեղերի հասանելիության վերաբերյալ գործող օրենքները բավականաչափ ընդհանուր են, որպեսզի դրանց շրջանակում հնարավոր լինի իրագործել անհրաժեշտ փոփոխություններ: Իրավական ակտերում առաջարկվել են որոշակի սահմանափակող դրույթներ, սակայն լրջագույն խնդիրը մինչ այսօր օրենքների և այլ իրավական ակտերի մեկնաբանության և կիրառության պրակտիկան է:

51. Նկատի ունենալով, որ ժամանակակից պալիատիվ օգնության սահմանները ընդլայնվում են, ներգրավելով ոչ միայն քաղցկեղով տառապող հիվանդներին, այլև ոչ քաղցկեղային կյանքին սպառնացող հիվանդություններով (ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ, նեյրոդեքեներտիվ հիվանդություններ, նեյրոպաթիկ ցավեր) տառապողներին և տարեցներին, ուստի շատ արդիական է դառնում նաև նրանց փնտանիշների վերահսկման խնդիրը: Պալիատիվ բժշկական օգնության սահմաններում շեշտը հիմնականում դրվում է քաղցկեղային ցավի վրա: Ցավի այդ տարատեսակը լավ հայտնի է, հետազոտված է, ունի ՄԱԿ-ի կողմից ընդունված բուժման հստակ եռաստիճանանի ուղենիշեր: Մինչդեռ, կյանքին սպառնացող մի շարք հիվանդություններ նույնպես ուղեկցվում են ցավով: Այս պարագայում քաղցկեղային ցավի վերահսկման ուղենիշերը այնքան էլ կիրառելի չեն: Այդ դեպքում ավելի արդյունավետ են ոչ ստերոիդային անալգետիկների և կոանալգետիկների մի մեծ խումբ, որը անընդմեջ համալրվում է նորագույն ավելի արդյունավետ և անվնաս դեղերով և, ամենա կարևորը հասանելի են:

52. Բացի այդ, կան ցավի վրա ներազդելու ոչ ֆարմակոլոգիական միջոցներ, որոնց կիրառումը զգալիորեն թեթևացնում է հիվանդի վիճակը: Դրանք են՝ ֆիզիոթերապիան, ռադիոթերապիան, հոգեբանական տարբեր միջոցներ: Այս բոլոր մեթոդները նախ հնարավորություն կտան ինչպես ցավային համախտանիշը վերահսկել, այնպես էլ բարձրացնել այլ ոչքաղցկեղային կյանքին սպառնացող հիվանդություններով տառապողների կյանքի որակը: Միևնույն ժամանակ, այդ ամենը կարելի է կիրառել և քաղցկեղային ցավի դեպքում, քանի դեռ մորֆինի և մորֆինի մյուս ածանցյալների պերօրալ ձևերի ներմուծման իրավական դաշտը դեռ պատրաստ չէ:

53. Դեղերի ոլորտը Հայաստանի Հանրապետությունում կանոնակարգվում են «Դեղերի մասին» և «Թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի մասին» ՀՀ օրենքներով և մի շարք օրենսդրական ակտերով, որոնց մեջ առկա են որոշակի հակասություններ և մի շարք չկարգավորված հարցեր, մասնավորապես ամբողջովին կարգավորված չեն թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութերի հավաստագրերի տրամադրման գործընթացը, լիարժեք կարգավորված չէ նաև քվոտավորման գործընթացը, չնայած որ ՀՀ կառավարության 2000 թվականի սեպտեմբերի 20-ի N 581 որոշմամբ կանոնակարգված է ՀՀ դեղերի և դեղանյութերի ներմուծման և արտահանման կարգը: Մինչ օրս կանոնակարգված չէ նաև թմրամիջոցները և

հոգեմետ նյութերը ֆիզիկական անձանց բաց թողնելու կարգը: Կանոնակարգված չէ նաև թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութերի բժշկական նպատակով օգտագործման գործընթացը:

54. Ցավագրկող դեղերի մատչելիության խնդիրը ուսումնասիրելիս ակնհայտ դարձավ, որ ընդունվող դեղաչափի փաստացի սահմանափակում որևէ իրավական ակտով ամրագրված չէ, սակայն նշանակվող դեղաչափի մասին հարցումների արդյունքում պարզվեց, որ սովորաբար օրական 100 միլիգրամը գերազանցող դեղաչափ չի նշանակվում, ինչի դեպքում ամբողջովին մեղմել ցավային ախտանիշը երկարատև ժամանակում հնարավոր չէ:

55. Ի տարբերություն սրվակներով ցավագրկողների, հաբերով մորֆինը բավականին էժան է, երկարատև ազդեցության օփիատները (մորֆինը, ֆենտանիլը և բուպրենորֆինը) պատրաստվում են հատուկ տեխնոլոգիայով և բավականին թանկ են, սակայն նրանց ծախսը ավելի քիչ է քան սրվակով մորֆինի: Ամբողջ խնդիրն այն է, որ անգամ մորֆինի լուծույթը հիվանդին անցավ ժամանակաշրջանը ապահովում է ընդամենը 4 ժամով, որից հետո ցավը նորից վերադարձվում է: Այսինքն, որպեսզի հիվանդը լիովին ցավագրկվի նրան հարկավոր է մորֆինի լուծույթ յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ, այսինքն 6 սրվակ: Փաստորեն, հիվանդի ստացած մորֆինի իրական քանակը անարդյունավետ չէ և չի լուծում նրա խնդիրները և, ավելին, դարձնում է կախյալ բուժհաստատությունից, մինչդեռ հաբերի ընդունման պարագայում նա հնարավորություն ունի մորֆինի որոշակի դեղաչափի մարկարդակ պահել արյան մեջ ընդունելով այն յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ: Նյութական տեսակետից նշվածն ավելի շահավետ է:

56. Դեղերի մատչելիության ապահովման խնդիր է հանդիսանում նաև այն, որ բժիշկների մեծ մասը չի կարող օփիատներ նշանակել: Օփիատների նշանակումներ կատարում են գրեթե բացառապես ուռուցքաբանները, չնայած որ որևէ իրավական ակտ չի սահմանափակում օփիատ նշանակելու՝ այլ բժիշկների իրավունքը:

դ. Բաղադրիչ 4. Պալիատիվ բժշկական օգնության ներդրման համար անրաժեշտ կրթական ծրագրերի և կադրերով ապահովվածության կարիքների գնահատում

57. Համաձայն վիճակագրական տվյալների, քաղցկեղով և այլ կյանքին սպառնացող անբուժելի հիվանդություններով տառապող մարդկանց թիվը տարեց տարի աճում է: Դա անպայմանորեն բերում է համապատասխան մասնագետներ ունենալու անհրաժեշտությանը: Հետևաբար, շատ սուր է դրված այդ մասնագետների պատրաստման և կրթության հարցը: Քանի որ մեր հանրապետության կրթական համակարգը միացել է Բոլոնյան գործընթացին, ուստի պետք է համապատասխանել աշխարհում, մասնավորապես Եվրոպայում, ընդունված այն ստանդարտներին և ուղեցույցներին, որոնցով ղեկավարվում են այդ երկրներում:

58. Հայաստանը ըստ էության դեռ չի ընդունել պալիատիվ օգնությունը որպես առանձին բժշկական մասնագիտություն, սակայն ժամանակից հետո չմնալու համար, նպատակահարմար է կրթական ծրագիր և ուղենիշեր մշակել նախապես: Անհրաժեշտ է հենց այս պահից ընդունել և ամրագրել Եվրոպական ստանդարտներին համապատասխան այնպիսի մի կրթական ծրագիր, որը հնարավորություն կտա առանց հետ մնալու, շատ արագ ընդգրկվել համաշխարհային արդիական պալիատիվ բժշկական օգնության շարժման մեջ: Այդ ժամանակ ակնկալվում է նաև համապատասխան կլինիկական ենթակառուցների զարգացումը՝ հիվանդանոցի համապատասխան բաժանմունքներ, տնային պալիատիվ օգնություն և պալիատիվ օգնության այլ տարբերակներ: Ներկայիս պալիատիվ օգնության գոյություն ունեցող եվրոստանդարտները բավականին ճկուն են, և հնարավորություն են տալիս, պահպանելով հիմնական սկզբունքները, պալիատիվ բժշկական օգնության ուսուցանումը և մատուցումը համապատասխանեցնել տվյալ երկրի կրթական համակարգին:

59. Հայաստանում առողջապահական ծառայությունների մատուցման մեջ շատ կարևոր են համապատասխան մասնագիտացումները: Առանձին մասնագիտացում չճանաչելու պարագայում համակարգում հնարավոր չէ որևէ կերպ հոգալ պալիատիվ օգնության ոլորտի բուժաշխատողների կարիքները: Հայաստանի առողջապահական համակարգում կան ավելի

քան 100 մասնագիտացումներ, որն արդեն իսկ չափազանց շատ է համարվում: Եվրոպական Միության ուղենիշերով առաջարկվում է ճանաչել 25-40 մասնագիտացումներ: Ներկայումս վերանայվում է մասնագիտացման շատ նեղ ոլորտները համադրելու միջոցով մասնագիտացումների ընդհանուր թիվը նվազեցնելու հնարավորությունը, սակայն անհրաժեշտ է նաև ավելացնել պալիատիվ բժշկական օգնությունը, սակայն դա, թերևս, կարվի ենթամասնագիտացման տեսքով՝ նոր ձևավորվող մասնագիտացումներից մեկի կամ մի քանիսի ներքո:

60. Ուստի, անհրաժեշտություն կառաջանա մշակել մեր բժշկական համակարգին համապատասխան ծրագրեր և ուղենիշեր: Պալիատիվ օգնությունը որպես մասնագիտություն պետք է լինի հստակ սահմանված, և կրի ակադեմիական բնույթ: Միևնույն ժամանակ, այդ մասնագիտությունը պետք է հիմնված լինի ապացուցողական բժշկության փաստերի վրա, ունենա հստակ սահմանումներ, սկզբունքներ և ստանդարտներ: Այն պետք է դառնա հավասարազոր բժշկական առարկա, որը դասավանդվում է բժշկական կրթական հաստատությունում: Քանի որ պալիատիվ օգնությունը կլինիկական առարկա է, ուսանողի թեորետիկ գիտելիքները պետք է համալրվեն գործնականով, հիվանդի մահճակալի մոտ: Պետք է հաշվի առնվի նաև պալիատիվ բժշկական օգնության բազմամասնագիտական բնույթը: Հենց այդ նպատակով էլ նա պետք է դասավանդվի հիմնական փաթեթի մեջ, որպես բժշկական գործի բաղադրամաս:

61. Սկզբունքորեն, համաձայն Եվրոպական ստանդարտներին ավելի նպատակահարմար կլինի կիրառել եռաստիճան կրթական համակարգ, ըստ որի՝

1) առաջին աստիճանին համապատասխանում է պալիատիվ օգնության հիմունքների մի փաթեթ, որը պետք է ընգրկված լինի ակադեմիական ուսումնական ծրագրերի մեջ: Քանի որ, պալիատիվ օգնությունը ունի բազմամասնագիտական բնույթ, ապա այդ ծրագիրը նույնպես պետք է լինի ընդհանուր բժշկության ծրագրերի մեջ:

2) երկրորդ աստիճանը իրենից ներկայացնում է հետդիպլոմային կրթության մասնագիտացում, որը արդեն պատրաստում է պալիատիվ օգնության մասնագետներին, լինի դա ենթամասնագիտության տեսքով, կամ առանձին մասնագիտության տեսքով (օրդինատուրա կամ ինտերնատուրա): Այսինքն, հետդիպլոմային կրթություն ստացած մասնագետը ունի արտոնագրված իրավունք աշխատել պալիատիվ օգնության ոլորտում: Այս մակարդակի վրա կարելի է նաև նախատեսել այլ մասնագիտություն ունեցող բժիշկների վերապատրաստումը կարճատև դասընթացների տեսքով:

3) երրորդ աստիճանը ենթադրում է արդեն առկա պալիատիվ օգնության մասնագետների կատարելագործումը և հմտացումը: Այս աստիճանը, իհարկե, ենթադրում է դասախոսական և հետազոտական աշխատանք: Ամեն դեպքում, կրթությունը պետք է ունենա շարունակական բնույթ:

62. Հատուկ ուշադրություն է պետք դարձնել միջին օղակի՝ քույրերի մասնագիտացմանն ու վերապատրաստմանը, քանի որ պալիատիվ օգնության առանձնահատկությունն այն է, որ հենց այս օղակն է իր ուսերին կրում խնամքի ողջ ծանրությունը: Քույրական մասնագիտացումը նույնպես կարելի է բաժանել երեք աստիճանի, պարզապես նրանց ծրագրի գերակշիռ մասը պետք է ունենա ավելի գործնական բնույթ: Այս ամենը իրագործելու համար անհրաժեշտ կլինեն ստացիոնար հիվանդներ, որոնց մահճակալի մոտ պետք է անցնեն գործնական դասընթացներ:

63. Քանի որ պալիատիվ օգնության մոտեցումը բազմամասնագիտական է, պետք է համագործակցել և այլ ուսումնական հաստատությունների հետ, որոնք պատրաստում են հոգեբաններին, սոցիալական աշխատողներին: Չմոռանալով նաև հիվանդի հոգու մասին, հարկավոր է մեծ քարոզչական աշխատանք կատարել հոգևոր ոլորտում, համագործակցելով եկեղեցական գործիչների հետ, ինչպես նաև դպրոցներում և ԲՈՒՀ-երում կամավորներին պալիատիվ օգնության մեջ ներգրավելու համար:

64. Ինչ վերաբերում է անհրաժեշտ բժշկական կադրերի թվին, ապա հաշվարկները հետևյալն են՝ «նկատի ունենալով, որ Հայաստանի բնակչությունը ներկայումս մոտ 3-3.2 միլիոն

է, «Ըստ բնակչության» մոտեցմամբ կանխատեսվում է նաև տնային պայմաններում ցուցաբերվող պալիատիվ բժշկական օգնության ծառայությունների կարիքը, ինչպես նաև հոսպիսային և ամոքիչ օգնության ստացիոնարի մահճակալների/բաժանմունքների թիվը: Օրական 3,000 հիվանդի տնային պայմաններում և բուժհաստատություններում պալիատիվ օգնություն ցուցաբերելու համար անհրաժեշտ կլինի առողջապահական մասնագետների որոշակի վերաբաշխում թե քաղաքային, թե գյուղական բնակավայրերում: Բնակչության մոտ 1/3-ը բնակվում է գյուղերում:

65. Տնային պայմաններում և բուժհաստատություններում պալիատիվ բժշկական օգնության կարիքները կարելի է գնահատել երկու մեթոդով. մեկը հիմնված է հիվանդների կանխատեսվող օրական թվաքանակի, իսկ մյուսը՝ բնակչության ընդհանուր թվաքանակի հիվանդացության տվյալների վրա: Հիվանդների օրական միջին թվաքանակի մեթոդով տնային պայմաններում ցուցաբերվող խնամքի մասով կիրառվում է օրական սպասարկվող յուրաքանչյուր 5 հիվանդի համար լրիվ դրույքով աշխատող մեկ բուժքրոջ համարժեքի գործակիցը: Հաշվարկում ենթադրվում է, որ օրական 25 հիվանդին բաժին է ընկնում լրիվ դրույքով աշխատող մեկ բժիշկ: Բացի այդ, կլինիկական ծառայություններ մատուցելու համար անհրաժեշտ են նաև այլ աշխատողներ, այդ թվում՝ սոցիալական աշխատողներ, տնային խնամքի կրտսեր բուժաշխատողներ, թերապիստներ և վարորդներ: Հաշվարկվել է, որ սպասարկվող յուրաքանչյուր 10 հիվանդի համար անհրաժեշտ կլինի լրիվ դրույքով աշխատող մեկ այլ կլինիկական աշխատակցի համարժեքը: Այս տվյալների կիրառությամբ կարելի է կանխատեսել, որ կպահանջվի 600 բուժքույր, 120 բժիշկ և կլինիկական 300 այլ՝ օժանդակ աշխատող:

66. «Ըստ բնակչության» մեթոդի շրջանակում կիրառվում են հետևյալ գործակիցները՝

1) Տնային պայմաններում ցուցաբերվող օգնության մասով.

ա. 3 բժիշկ 100,000 բնակչի հաշվով

բ. 12 բուժքույր 100,000 բնակչի հաշվով

գ. 6 այլ կլինիկական աշխատող 100,000 բնակչի հաշվով

2) Ստացիոնար խնամքի մասով.

ա. 1.5 բժիշկ ստացիոնարի 10 հիվանդի համար

բ. 15.5 բուժքույր ստացիոնարի 10 հիվանդի համար

գ. 4 այլ կլինիկական աշխատող ստացիոնարի 10 հիվանդի համար

67. Վերոհիշյալ գործակիցներով կանխատեսվում է, որ 3 միլիոն բնակչության համար անհրաժեշտ կլինի հետևյալ կադրային ապահովումը.

1) Տնային պայմաններում ցուցաբերվող խնամքի մասով՝ 90 բժիշկ, 360 բուժքույր և 180 այլ կլինիկական աշխատող

2) Ստացիոնար խնամքի մասով (150 մահճակալի հաշվարկով՝ տես ստորև)՝ 22.5 բժիշկ, 232.5 բուժքույր և 60 այլ կլինիկական աշխատող: Այսպիսով կանխատեսվող կադրային կարիքների համեմատությունը հետևյալն է՝

Կանխատեսվող կադրային կարիքների համեմատությունը՝ ըստ մեթոդների	
Ընդհանուր կադրային ապահովումը՝ ըստ բնակչության մեթոդով	Ընդհանուր կադրային ապահովումը՝ հիվանդների օրական միջին թվաքանակի մեթոդով
112.5 բժիշկ	120 բժիշկ
592.5 բուժքույր	600 բուժքույր
240 այլ կլինիկական աշխատող	300 այլ կլինիկական աշխատող
945 կլինիկական աշխատող	1,020 կլինիկական աշխատող

68. Տեսնում ենք, որ ստացվող արդյունքները երկու մեթոդների դեպքում բավական համահունչ են, ընդ որում՝ հիվանդների օրական միջին թվաքանակի մեթոդով կատարվող

կանխատեսումների համաձայն ստացվում է կադրերի մի փոքր ավելի մեծ թվաքանակ: Տարբերությունը պայմանավորված կլինի նրանով, թե որքանով են կարևորվելու կամ անհրաժեշտ համարվելու ստացիոնարի մահճակալները և ստացիոնարի աշխատողները: Վերոհիշյալ ռեսուրսների առնվազն 30.5%-ն անհրաժեշտ կլինի ուղղել քաղցկեղով տառապող հիվանդներին:

69. Սույն կանխատեսման մեջ ներառված չէ վարչական աշխատողների թիվը: Եթե համարենք, որ անհրաժեշտ լրացուցիչ վարչական աշխատողների թիվը կազմելու է 25%, ապա կստացվի, որ պետք է ավելացնել ևս 236-255 աշխատող, որի արդյունքում աշխատողների պահանջվող ընդհանուր թիվը կհասնի 1,181-1,275-ի: Ամոքիչ օգնության թիմերը, որպես կանոն, լավ են աշխատում մինչև 50 հիվանդի հետ գործ ունենալու դեպքում: Ընդլայնման շրջանակներում կոնկրետ աշխարհագրական տարածքում կարելի է վարչական մեկ կառույցի իրավասության ներքո ստեղծել լրացուցիչ թիմեր: Երկրի ողջ տարածքում օրական 3,000 հիվանդի խնամելու համար վերջին հաշվով կպահանջվի մոտ 60 նման թիմ:

Ե. Բաղադրիչ 5. Հանրային իրազեկում և քարոզչություն

70. Հանրապետությունում պալիատիվ օգնության ծրագրի իրականացման կարևոր բաղադրիչ է հանդիսանում նաև հանրային իրազեկման և քարոզչության իրականացումը, ինչը նպատակ ունի պալիատիվ բժշկական օգնության վերաբերյալ բնակչության համար ապապահովել ամբողջական և մատչելի տեղեկատվություն: Հանրային իրազեկման և քարոզչության համար օգտագործվելու են բոլոր հնարավոր մեթոդները և միջոցները՝ հեռուստա- և ռադիոհաղորդումների պատրաստում և հեռարձակում, տեղեկատվական հուշաթերթիկների, պաստառների և այլ տիպի նյութերի մշակում, տպագրում, տարածում և այլն:

71. Առանձին ուշադրություն է դարձվելու թիրախային այնպիսի խմբերի, ինչպիսիք են՝

1) բուժաշխատողները, որոնք իրենց հերթին հանդիսանում են առողջության հարցերի վերաբերյալ բնակչությանը տեղեկատվություն տրամադրող կարևորագույն օղակ,

2) լրագրողները, որոնք, իրազեկված լինելու պարագայում, կարող են լրատվության տարբեր աղբյուրներով լուսաբանել/ներկայացնել պալիատիվ բժշկական օգնության վերաբերող հարցերը,

3) որոշում կայացնողները, պալիատիվ օգնության համակարգը առողջապահության համակարգում ներդնելու և տարբեր բաղադրիչների իրականացումը առավել արդյունավետ ապահովելու նպատակով:

IV. ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳԻ ԳՆԱՀԱՏՎԱԾ ԿԱՐԻՔՆԵՐԻՆ ՈՒՂՂՎԱԾ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

72. Հայեցակարգի գնահատված կարիքներին ուղղված գործողությունները կիրականցվեն նկատի ունենալով, որ Ընդհանուր առմամբ երկրում պալիատիվ բուժօգնության ծառայությունները սահմանափակ են և ծառայությունների տրամադրման հետ կապված անհրաժեշտ փորձը և տեղեկատվությունը բացակայում են, այդ իսկ պատճառով պալիատիվ բուժօգնության արդյունավետ համակարգի ներդրման նպատակով հարկավոր է մշակել և ներդնել փորձարարական ծրագիր: Փորձարարական ծրագիրը թույլ կտա գնահատել բուժհաստատություններում պալիատիվ բուժօգնության ներդրման հնարավորությունները: Նախատեսվում է փորձարարական ծրագիրը մշակել և ներդրվել է 4 մասնագիտացված բուժհաստատություններում: Այնուհետև փորձարարական ծրագրի արդյունքների վերլուծության հիման վրա կներկայացվեն ներդրման հետագա գործողությունների վերաբերյալ առաջարկություններ, որոնք կարտացոլվեն պալիատիվ բժշկական օգնության ներդրման ռազմավարության մեջ:

73. Այսպիսով հայեցակարգի գնահատված կարիքներին ուղղված գործողությունները հետևյալն են՝

Բաղադրիչ 1. Օրենսդրության վերանայում և նորմատիվ-իրավական դաշտի ապահովում

1. Գործողություններ՝

- 1) Պալիատիվ բժշկական օգնության ներդրման ազգային ռազմավարության մշակում
- 2) «Պալիատիվ բժշկական օգնություն» հասկացության օրենսդրական սահմանումը
- 3) Որպես բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակ պալիատիվ օգնության լիցենզավորման համար անհրաժեշտ ընթացակարգի և տեխնիկական ու մասնագիտական որոկավորման պահանջների վերանայում
- 4) «Թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի և դեղերի շրջանառության ոլորտում առկա օրենսդրական ակտերի վերանայում և համապատասխանեցում
- 5) Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2007 թվականի մարտի 1-ի «ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ին հակազդման ազգային ծրագիրը հաստատելու մասին» N 398-Ն և ՀՀ կառավարության 2006 թվականի դեկտեմբերի 28-ի «Տուբերկուլյոզի դեմ պայքարի 2007-2015 թվականների ազգային ծրագրին և ծրագրի իրականացման ժամանակացույցին հավանություն տալու մասին» N 52 արձանագրային որոշումների վերանայում և պալիատիվ օգնության տրամադրման բաղադրիչների սահմանում
- 6) Պալիատիվ օգնության վերաբերյալ ազգային ստանդարտների մշակում
- 7) Բժշկական մասնագիտությունների ցանկի վերանայում և «պալիատիվ օգնություն» մասնագիտության ներառում նշված ցանկում
- 8) Պալիատիվ օգնության վերաբերյալ բուհական և հետբուհական կրթական ծրագրերի մշակում և հաստատում բժիշկների, միջին բուժանձնակազմի, սոցիալական աշխատողների և հոգեբանական աջակցություն իրականացնող մասնագետների համար

Բաղադրիչ 2. Առողջապահական կարիքների գնահատում

1. Գործողություններ՝

- 1) Առողջապահական համակարգի պատրաստվածության գնահատում պալիատիվ օգնության ներդրման տեսանկյունից և հանրապետությունում պալիատիվ բուժօգնության ներդրման ծրագրի կազմում
- 2) Պալիատիվ օգնության ներդրման համար կարողությունների զարգացում
- 3) Պալիատիվ բուժօգնության մոդելի որոշում և ներդրում
 - ա. Բուժհաստատություններում պալիատիվ բուժօգնության ներդրման հնարավորությունների գնահատման նպատակով պիլոտային ծրագրի(երի) մշակում և գործադրում
 - բ. Պիլոտային ծրագրի արդյունքների վերլուծություն, ներդրման հետագա գործողությունների վերաբերյալ առաջարկությունների ներկայացում
- 4) Բուժօգնության տարբեր մակարդակներում, պալիատիվ բուժօգնություն իրականացնող կառույցների մեխանիզմների /ընթացակարգի և պատասխանատուների դերի հստակեցում և տեղեկատվական համակարգերի ուժեղացում/, այդ թվում նաև տնային պայմաններում ընտանեկան բժիշկների կամ այլ մասնագետների կողմից պալիատիվ խնամքի կազմակերպման ընթացակարգերի քննարկում
 - ա. Պալիատիվ բուժօգնության ոլորտի տարբեր մակարդակների մասնագետների և բուժօգնության ծավալի և աշխատանքի նկարագրի մշակում և հաստատում

բ. Պալիատիվ բուժօգնության ոլորտում առողջապահական տվյալների հավաքագրման համակարգերի ստեղծում

5) Պալիատիվ բուժօգնության որակի և մատչելիության շարունակական բարձրացում

ա. Պալիատիվ բուժօգնության ֆինանսավորման մեխանիզմների մշակում և սահմանում ռազմավարական ծրագրում

բ. Պալիատիվ բուժօգնության ծավալների որոշում և ներդրման դիտարկում պետական նպատակային ծրագրի շրջանակներում

գ. Հայաստանում պալիատիվ բուժօգնության մեթոդական ձեռնարկների մշակում և տպագրում

Բաղադրիչ 3. Դեղորայքային հասանելիության ապահովման կարիքների գնահատում

1. Գործողություններ`

1) դեղերի շրջանառության ոլորտում առկա օրենսդրական ակտերի վերանայում և համապատասխանեցում

Բաղադրիչ 4. Պալիատիվ բժշկական օգնության ներդրման համար անրաժեշտ կրթական ծրագրերի և կադրերով ապահովվածության կարիքների գնահատում

1) Պալիատիվ բուժօգնության մասնագետների հիմնական կրթության ապահովում

2) Տարբեր մակարդակների բուժհաստատություններում պալիատիվ բուժօգնության մասնագետներով հագեցվածության ապահովում

ա. Պալիատիվ մասնագիտություններով կլինիկական օրդինատուրաների գործուն համակարգի ներդրում` միջազգային պահանջներին համապատասխան

բ. Պալիատիվ բուժօգնության մասնագետների որակավորման նպատակային ծրագրի մշակում և ներդրում

Բաղադրիչ 5. Հանրային իրազեկում և քարոզչություն

1. Գործողություններ`

1) Քաղաքացիական հասարակության և հասարակական կազմակերպությունների իրազեկում պալիատիվ բժշկական օգնության վերաբերյալ

2) Պալիատիվ բժշկական օգնության հարցերով համագործակցություն միջազգային, միջոլորտային և հասարակական կազմակերպությունների և քաղաքացիական հասարակության հետ: