

ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ

I. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1. 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՝ ներկայումս, որպես կյանքի տևողությունը կրճատող անբուժելի քրոնիկական հիվանդություններ ունեցող պացիենտներին օգնություն ցուցաբերելու առավել արդյունավետ տարբերակ դիտարկվում է առողջապահության համակարգում պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ներդրումը:

2. Պալիատիվ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը հանդիսանում է առողջապահության համակարգի գործունեության նոր ուղղություն: XXI դարի սկիզբին ուռուցքային և ոչ վարակիչ մի շարք այլ հիվանդություններով (մասնավորապես, շաքարային դիաբետ), ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշով (այսուհետ՝ ՁԻԱՀ) հիվանդացության խիստ անբարենպաստ միտումները (գլոբալ ծերացման աճի պայմաններում) նպաստում են պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման կարիք ունեցող անբուժելի պացիենտների թվաքանակի կտրուկ աճին:

3. Բժշկական օգնության և սպասարկման այս տեսակը ուղղված է անբուժելի, արագ զարգացող և հիվանդության վերջնական փուլում գտնվող հիվանդություններով տառապող անձանց կյանքի որակի բարելավման հնարավորության ստեղծմանը, ցավի և մյուս բացասական ախտանիշների մեղմացմանն ու կառավարմանն, ինչպես նաև հոգեբանական, սոցիալական և հոգևոր աջակցության ցուցաբերմանն, որը կյանքի վերջնական փուլում ապահովում է հնարավոր լավագույն որակ, որն ուղղված է մահվան գալու ոչ կրճատմանը և ոչ երկարացմանը: Ըստ առողջապահության համաշխարհային

կազմակերպության պալիատիվ բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն անհրաժեշտ է հիվանդության վերջնական փուլում գտնվող բոլոր պացիենտներին և խիստ կարևորվում է բժշկական օգնության և սպասարկման այս տեսակի ներդրումն առողջապահական համակարգի տարբեր մակարդակներում:

4. Մանկական պալիատիվ բժշկական օգնության ռազմավարության ընդհանուր դրույթները և հետագա միջոցառումներն ամրագրված են ՀՀ կառավարության 2016 թվականի սեպտեմբերի 2-ի նստի N 34 արձանագրության 2-րդ կետով հավանության արժանացած <<Երեխաների և դեռահասների առողջության բարելավման ռազմավարությանը ու 2016-2020 թվականների գործողությունների ծրագրին հավանություն տալու մասին>> արձանագրային որոշման մեջ:

5. Միջազգային փորձի վերլուծությունը, մասնավորապես, պալիատիվ ոլորտի կարգավորմանն ուղղված Եվրոպայի խորհրդի Նախարարների կոմիտեի 2003 թվականի հատուկ փաստաթղթի ուսումնասիրությունը, որն ուղղված է անդամ պետություններին (Հանձնարարական Rec (2003) 24-ը), առաջարկում է մի շարք քայլեր, որոնք անհրաժեշտ են պալիատիվ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը ներդնելու համար, մասնավորապես,

1) ընդունել պալիատիվ բժշկական օգնությանը և սպասարկմանը վերաբերող քաղաքականություն, իրավական ակտեր, որոնք անհրաժեշտ են մեկ միասնական և ամբողջական ազգային քաղաքականության մշակման համար.

2) օժանդակել միջազգային և այլ կազմակերպություններին, որոնք ակտիվ գործունեություն են ծավալում պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտում:

6. Հայաստանի Հանրապետությունում պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ներդրման 2017-2019 թվականների ռազմավարությունը (այսուհետ՝ ռազմավարություն) նպատակ ունի ներկայացնել Հայաստանի Հանրապետությունում պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ներդրման և զարգացման համար անհրաժեշտ համակարգային մեխանիզմները:

7. Ամբողջ աշխարհում պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների կարիքն աստիճանաբար աճում է.

1) Հաշվարկված է, որ աշխարհում տարեկան 58 միլիոն մահացող մարդկանցից (45 միլիոն զարգացող երկրներում, 13 միլիոն զարգացած երկրներում) առնվազն 45%-ը (35 միլիոն) պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման կարիք ունի,

2) աշխարհում 600 միլիոն մարդ 60 տարեկան է կամ ավելի,

3) պալիատիվ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը կարող է բարելավել 100 միլիոն մարդկանց կյանքի որակը՝ ներառելով նաև յուրաքանչյուր պացիենտի խնամքի մեջ ներգրավված ընտանիքի երկու անդամներին:

8. Պալիատիվ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը հատկապես կարևոր է քաղցկեղով և ՁԻԱՀ-ով պացիենտների համար.

1) 10 միլիոն կյանքում առաջին անգամ ախտորոշված քաղցկեղով հիվանդների երկու երրորդը (յոթ միլիոն) մահանում են իրենց ախտորոշման տարվա ընթացքում՝ զուրկ մնալով բուժումից,

2) քաղցկեղով ապրող մարդկանց 80%-ի մոտ առկա է սաստիկ ցավը,

3) ներկայումս ավելի քան 34 միլիոն մարդ ապրում է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով, որոնցից 3,3 միլիոնը՝ մինչև 15 տարեկան են:

9. Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման անհրաժեշտությունը և հրատապությունը պայմանավորված է ներկայումս աշխարհի ծերացող բնակչության թվաքանակի աճով և ոչ վարակիչ հիվանդություններով հիվանդացության անբարենպաստ միտումներով. մասնավորապես՝

1) մինչև 2025 թվականը 1,200 միլիոն մարդ կունեա 60 կամ ավելի բարձր տարիք, մինչև 2050 թվականը նրանց թվաքանակը կաճի մինչև 2,000 միլիոն,

2) 2050 թվականին քաղցկեղի տարեկան նոր դեպքերը ավելի քան կկրկնապատկվեն՝ կազմելով 24 միլիոն,

3) եթե կանխարգելիչ միջոցառումների արդյունավետությունը ցածր լինի, ապա ՁԻԱՀ-ից տարեկան մահացությունը կաճի 2017 թվականին մինչև հինգ միլիոն, 2030 թվականին՝ մինչև յոթ միլիոն:

10. Ամբողջ աշխարհում բազմաթիվ հիվանդներ ուշացած են դիմում բժշկական կազմակերպություններ, ինչը հաճախ նպաստում է հիվանդությունների բարդությունների առաջացմանն ու անցանկալի հետևանքների և մարդկային տառապանքների աճին: Այս

հիվանդների համար պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման մատչելիության ապահովումը հնարավորություն կընձեռնի ստանալ որոշակի դրական արդյունքներ հիվանդության վերջին փուլում: Զարգացած երկրներում, նույնիսկ երբ հիվանդը ժամանակին է դիմում առողջապահական համակարգ և նրա հիվանդությունը բուժելի է համարվում, պալիատիվ բժշկական օգնության ու սպասարկման տրամադրումը հնարավորություն է տալիս բարելավել նրա կյանքի որակը:

11. Համաշխարհային մակարդակով քրոնիկ հիվանդություններով, քաղցկեղով հիվանդացության խիստ անբարենպաստ միտումները և բնակչության ծերացման աճի տեմպերը պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ներդրման և զարգացման հրատապ անհրաժեշտության մասին վկայող լուրջ տվյալներ են: Մի շարք հետազոտություններ ապացուցել են պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման անհրաժեշտությունն ու արդյունավետությունը. մասնավորապես պալիատիվ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը նպաստում է պացիենտի և նրա ընտանիքի կարիքների և պահանջների ինչ որ չափով բավարարմանը՝ մեղմացնելով վերջիններիս տառապանքները՝ արդյունքում հնարավորին լավացնելով հիվանդի և ընտանիքի անդամների կյանքի որակը և որպես հետևանք մի քանի երկրների օրենսդրությամբ ճանաչվել է հիվանդների կյանքի վերջում որակյալ խնամքի իրավունքը:

II. ՆԱԽԱՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆ

12. Նկատի ունենալով այն հանգամանքը, որ պալիատիվ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը պետք է հասանելի լինի բոլոր հիվանդներին, և հաշվի առնելով տարեկան մահացության վիճակագրական ցուցանիշները, համաձայն որի Հայաստանի Հանրապետությունում 2014 թվականին մահերի թվաքանակը կազմել է 27714 ու գրանցված մահերի 60-70%-ին՝ մոտ 20000 հիվանդի անհրաժեշտ է եղել պալիատիվ բժշկական օգնություն և սպասարկում, ակնհայտ է, որ ավելի քան արդիական է պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման համակարգի զարգացման անհրաժեշտությունը:

13. ՀՀ կառավարության 2012 թվականի օգոստոսի 9-ի նիստի N 32 արձանագրության 2-րդ կետով հավանության է արժանացել «Հայաստանի Հանրապետությունում պալիատիվ (ամոքիչ) բժշկական օգնության հայեցակարգին և հայեցակարգի կատարումն ապահովող

միջոցառումների ցանկին հավանություն տալու մասին» արձանագրային որոշումը, որտեղ առաջին անգամ գնահատվել է առողջապահական համակարգի առկա վիճակը պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ներդրման տեսանկյունից և կարևորվել է նշված հարցի կանոնակարգման անհրաժեշտությունը, ներկայացվել են վիճակագրական տվյալներ, ըստ որի Հայաստանում կյանքի սպասվող միջին տևողությունը աճել է մինչև 73,8% (2006 – 72,68%), տղամարդկանց համար այն կազմել է 70,4%., իսկ կանանց համար՝ 76,9%:

14. Ըստ առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության տվյալների Հայաստանի Հանրապետությունում քաղցկեղից մահացության միտումները խիստ անբարենպաստ են, այսպես, եթե 100000 բնակչի հաշվով քաղցկեղով հիվանդների մահացության ցուցանիշը 2000 թվականին եղել է 153‰, 2005 թվականին՝ 171‰, ապա 2012 թվականին այն բարձրացել է հասնելով մինչև 187‰ մակարդակի: 2014 թվականին քաղցկեղով հիվանդների մահացության ցուցանիշը կազմել է 189‰, 2015 թվականին՝ 202‰, որը 2000 թվականի ելակետային մակարդակի նկատմամբ բարձր է 1,3 անգամ: Կանանց շրջանում քաղցկեղի ամենատարածված ձևերն են աղեստամոքսային օրգանների քաղցկեղը (34.5%), կրծքի քաղցկեղը (25%) և վերարտադրողական օրգանների քաղցկեղը (15%): Տղամարդկանց շրջանում, 2008 թվականի տվյալներով, քաղցկեղի ամենատարածված ձևերն են եղել թոքերի/բրոնխների քաղցկեղը (33.8%), աղեստամոքսային օրգանների քաղցկեղը (32.4%) և շագանակագեղձի քաղցկեղը (7.1%):

15. Ըստ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման կենտրոնի տրամադրած վիճակագրական տվյալների 1988 թվականից մինչև 2015 թվականի օգոստոսի 31-ը Հայաստանի Հանրապետությունում, Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիների շրջանում, գրանցվել է ՄԻԱՎ վարակի 2148 դեպք, որոնցից 334-ը՝ 2014 թվականի ընթացքում, ինչն արդեն իսկ գերազանցում է նախորդ բոլոր տարիների տարեկան դեպքերի թիվը: ՄԻԱՎ վարակով հիվանդների ընդհանուր կազմում գերակշռում են արական սեռի ներկայացուցիչները՝ 1483 մարդ (69%), իգական սեռի ներկայացուցիչների մոտ արձանագրվել է վարակի 665 դեպք (31%): ՄԻԱՎ վարակի 40 դեպք (1,9%) արձանագրվել է երեխաների մոտ: ՄԻԱՎ-ով վարակվածների 53%-ը ախտորոշման պահին եղել է 25-39 տարիքային խմբում: Ըստ վիճակագրական տվյալների Հայաստանի Հանրապետությունում ՄԻԱՎ-ով ապրող մարդկանց թվաքանակը, 2015 թվականի տվյալներով, կազմել է 3800:

16. Վերջին տարիներին Հայաստանում նկատվում է տուբերկուլոզով հիվանդացության աճ՝ հատկապես հատուկ ռիսկի խմբերում: Ըստ վիճակագրական տվյալների գնահատման արդյունքների Հայաստանում վերջին 10 տարիներին տուբերկուլոզով հիվանդացությունն աճել է 2,8 անգամ: Նկատվում է «ընտանեկան տուբերկուլոզի» դեպքերի և կոնտակտավոր անձանց շրջանում հիվանդացության աճ: 87% դեպքերում տուբերկուլոզով հիվանդանում են 15-55 տարեկան աշխատունակ անձինք, որի 30%-ը բաժին է ընկնում մինչև 24 տարեկան տարիքային խմբին:

17. Ըստ վիճակագրական վերլուծության տվյալների պալիատիվ բժշկական օգնության ծառայությունների կարիքը Հայաստանի Հանրապետությունում ակնհայտ է՝ օրական շուրջ 3000 հիվանդ ունի ամոքիչ խնամքի կարիք, որը ևս մեկ անգամ վկայում է Հայաստանի Հանրապետությունում պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման միջոցառումների ներդրման հրատապ անհրաժեշտության մասին:

18. Ուսումնասիրվել է պալիատիվ բժշկական օգնության ներդրման միջազգային փորձը, ներկայացվել են այն հիմնական բացերը, որոնց լուծման դեպքում հանրապետությունում հնարավոր կլինի ներդնել պալիատիվ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը:

19. Առողջապահական համակարգի տարբեր մակարդակներում պալիատիվ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը գնահատելու և ներդնելու նպատակով հանրապետությունում վերջին երեք տարիների ընթացքում իրականացվել է ուսումնասիրություն և կազմակերպվել են բազմաթիվ քննարկումներ ու համաժողովներ, որոնց ժամանակ քննարկվել է պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման առկա ծառայությունների վիճակը և խնդրի կարևորությունը, մասնավորապես, ՁԻԱՀ-ի, տուբերկուլոզի և մալարիայի դեմ պայքարի գլոբալ հիմնադրամի կողմից ֆինանսավորվող «Առողջապահական համակարգի հզորացում» (ARM-809-G04-S) դրամաշնորհային ծրագրի շրջանակներում 2011 թվականի հուլիսի մեկից մինչև 2014 թվականի ապրիլի 30-ը իրականացվել են պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման աշխատանքներ հանրապետության չորս փորձարարական տեղամասերում՝ որից երկուսը տեղակայվել են Երևան քաղաքում, այն է՝ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության «Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվան ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն»

փակ բաժնետիրական ընկերությունում՝ որտեղ սպասարկվել են հիմնականում օնկոլոգիական հիվանդներ, մյուսը՝ «Մխիթար Հերացու անվան Երևանի պետական բժշկական համալսարան» հիմնադրամում, որտեղ սպասարկվել են ոչ միայն օնկոլոգիական հիվանդներ: Փորձարարական մյուս երկու տեղամասերը տեղակայվել են հանրապետության մարզերում՝ «Արարատի բժշկական կենտրոն» և «Վանաձորի բժշկական կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերություններում:

20. Փորձարարական տեղամասերի տեղակայման հարցը քննարկելիս նախապատվությունը տրվել է այն բժշկական կազմակերպություններին, որտեղ առկա են եղել պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման վերապատրաստում անցած համապատասխան մասնագետներ՝ ուռուցքաբաններ և անեսթեզիոլոգներ: Նշված տեղամասերում իրականացվել է ստացիոնար պալիատիվ բժշկական օգնություն և սպասարկում՝ հակացավային և սիմպտոմատիկ բուժում, իսկ այնուհետև հիվանդի վիճակի կայունացումից հետո, երբ հիվանդը դուրս է գրվել ստացիոնարից, հիվանդանոցի նույն անձնակազմի կողմից (բժիշկ, բուժքույր, սոցիալական աշխատող) իրականացվել է բժշկական վերահսկողություն, հիվանդների տնային խնամք, ամբուլատոր սպասարկում, իսկ անհրաժեշտության դեպքում նաև հիվանդանոցային ծառայությունների մատուցման համադրումով պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման համալիր ծառայություններ: Մոբիլ թիմերը յուրաքանչյուր ամիս իրականացրել են միջին հաշվարկով 50 այցելություն:

21. Աշխատանքների կազմակերպման կարևոր նախապայման հանդիսացող պալիատիվ խնամք իրականացնող պիլոտային տեղամասերի կողմից սպասարկվող հիվանդների ցավազրկող՝ մասնավորապես «մեթադոն» դեղի տրամադրման խնդիրը հետազոտության երրորդ տարում լուծվել է և պիլոտային տեղամասերում ընդգրկված հիվանդներին ցավազրկման նպատակով տրամադրվել է անհրաժեշտ քանակով մեթադոն թմրադեղ: Պիլոտային տեղամասերում ընդգրկված հիվանդների խնամքի արդյունավետ կազմակերպման նպատակով տրամադրվել են նաև այլ անհրաժեշտ դեղեր և բժշկական պարագաներ: Յուրաքանչյուր տեղամասում գործունեություն է ծավալել բժիշկ, բուժքույր և հոգեբան: Անձնակազմի անդամներն ընտրվել են բոլոր տեղամասերից, որոնց համար մասնագիտական դասընթացներ են անցկացվել պալիատիվ բժշկական օգնության և

սպասարկման հիմունքների մասին, ավելին, առանցքային աշխատողները մասնակցել են Ռումինիայում կազմակերպված երեք շաբաթ տևողությամբ տեսական և գործնական դասընթացներին: Գործունեության առաջին տարվա ընթացքում կազմակերպվել են նաև հավելյալ դասընթացներ:

22. Հանրապետության չորս փորձարարական տեղամասերում ընդհանուր առմամբ 436 հիվանդի տրամադրվել է պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման մեջ ընդգրկված ծառայություններ, որից Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության «Վ.Ա. Ֆանարջանի անվան ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերությունը սպասարկել է 133 (30,50%) հիվանդ, «Արարատի բժշկական կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերությունում՝ 98 (22,48%) հիվանդ, «Վանաձորի բժշկական կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերությունում՝ 102 (23,39%) հիվանդ և «Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան» հիմնադրամում՝ 103 (23,62%) հիվանդ: Նշված փորձարարական տեղամասերում պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ազդեցությունը չափելու նպատակով օգտագործվել են ստանդարտացված հարցաթերթեր: Յուրաքանչյուր փորձարարական տեղամաս ունեցել է իր համակարգողը, ով էլ պատասխանատու է եղել տվյալների հավաքագրման համար: Յուրաքանչյուր ամսվա ավարտին տվյալները ուղարկվել են ծրագիրը իրականացնող կազմակերպությանը՝ որտեղ դրանք վերլուծության են ենթարկվել՝ օգտագործելով ԷսՓիԷսԷս 13.0 (SPSS 13.0) վերլուծական փաթեթը:

23. Պալիատիվ բժշկական օգնություն և սպասարկում ստացած հիվանդներից 241-ը (55,28%) եղել են իգական սեռի անձինք, իսկ 195-ը (44,72%)՝ արական, սպասարկվող հիվանդների տարիքը տատանվել է 4-84 սահմաններում՝ միջինում կազմելով՝ 58: Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման կարիք ունեցող ամենահավանական խոցելի խումբը 50-80 տարիքային խումբն է:

24. 231 հիվանդ (52,98%) մահացել են և 27 հիվանդ (6,19%) լքել բժշկական հաստատությունները՝ հրաժարվելով պալիատիվ բժշկական օգնությունից և սպասարկումից տարբեր դրդապատճառներով (մեկնել են մայրաքաղաք կամ արտասահման՝ բուժումը շարունակելու և այլն):

25. Ըստ հետազոտության տվյալների հետազոտության մեջ ներառված հիվանդներից 360 (82.57%)-ը քաղցկեղով տառապող հիվանդներ են, մնացած 76 (17.43 %)-ը՝ ոչ քաղցկեղային հիվանդություններով: Ոչ քաղցկեղային հաճախ հանդիպվող այլ հիվանդություններից են շաքարախտը, որով հետազոտության մեջ ներառված 76 անձանցից հիվանդ են եղել 4 հիվանդ (5,26%), իշեմիկ կաթվածով՝ 2 հիվանդ (2,63%), մուկովիսցիդոզով՝ 2 հիվանդ (2,63%), սպինալ մկանային ատրոֆիայով՝ 2 հիվանդ (2,63%): Ըստ հետազոտության տվյալների կանանց շրջանում տարածված են կրծքագեղձի, արգանդի վզիկի, ուղիղ /հաստ աղու, սիգմայաձև աղու, ստամոքսի, ձվարանների և ենթաստամոքսային գեղձի քաղցկեղի տեսակները: Տղամարդկանց շրջանում առավել հաճախ հանդիպվում են թոքի, ստամոքսի, ուղիղ /հաստ աղու, շագանակագեղձի, գլխուղեղի, երիկամի, կոկորդի քաղցկեղի տեսակները և մելանոման:

26. Պալիատիվ բժշկական օգնություն և սպասարկում ստացած անձանց ֆունկցիոնալ /գործառույթային խանգարումները գնահատվել են ըստ Կառնոֆսկու գնահատման սանդղակի: Ինչքան ցածր է Կառնոֆսկու ցուցանիշը, այնքան ցածր է հիվանդությունների ապաքինման/բուժման հավանականությունը: Այն հիվանդները, ովքեր ունեն 100%-80% ցուցանիշ, համարվում են նորմալ գործունեություն վարող և աշխատելու ունակ մարդիկ և հատուկ խնամք չեն պահանջում: Հիվանդների այս խումբը առաջին այցելության ժամանակ կազմել է հարցվողների 13.53%-ը (59 հիվանդ): 70%-50% ցուցանիշներ ունեցող հիվանդները չեն կարողանում աշխատել, կարող են տնային պայմաններում ապրել և մեծամասամբ հոգալ իրենց անհատական կարիքները: Այս հիվանդները առաջին այցելության ժամանակ կազմել են 48.17%-ը (210 հիվանդ): Եվ վերջապես, ովքեր ունեն 40%-10% ցուցանիշներ, անկարող են հոգալ իրենց անհատական կարիքները, պահանջում են համապատասխան ինստիտուցիոնալ կամ հիվանդանոցային խնամք, և հիվանդությունը կարող է զարգանալ շատ արագ: Հարցվողների 28.9%-ը (126 հիվանդ) առաջին այցելության ժամանակ դասվել են այս խմբին: Հարցվողների 9.4%-ի (41 հիվանդներ) համար Կառնոֆսկու գնահատման սանդղակի ցուցանիշը առաջին այցելության ժամանակ բացակայում է: Հիվանդների Կառնոֆսկու գնահատման սանդղակի միջին ցուցանիշը առաջին այցելության ժամանակ 5,29 է:

Ընդ որում «Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան» հիմնադրամի հիվանդների Կառնոֆսկու գնահատման սանդղակի միջին ցուցանիշը առաջին այցելության ժամանակ կազմել է 4,90, «Արարատի բժշկական կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերության հիվանդներին՝ 4,78, «Վանաձորի բժշկական կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերության հիվանդներին՝ 5,67, «Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվան ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերության հիվանդներին՝ 6,00: Հիվանդների Կառնոֆսկու գնահատման սանդղակի միջին ցուցանիշը վերջին այցելության ժամանակ կազմել է 10,76: Ընդ որում «Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան» հիմնադրամի հիվանդների Կառնոֆսկու գնահատման սանդղակի միջին ցուցանիշը առաջին այցելության ժամանակ եղել է 9,97, «Արարատի բժշկական կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերության հիվանդներին՝ 17,71, «Վանաձորի բժշկական կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերության հիվանդներին՝ 11,3, «Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվան ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերության հիվանդներին՝ 6,4: Հետազոտության ընթացքում Կառնոֆսկու սանդղակի փոփոխման միջին ցուցանիշը բոլոր տեղամասերի համար կազմել է 5.47:

27. Հիվանդների էմոցիոնալ խանգարումների հայտնաբերման և դրանց կառավարման նպատակով հետազոտման մեջ ներառված հիվանդների տագնապի և ընկճվածության գնահատումը կատարվել է Հիվանդանոցային տագնապի և ընկճվածության սանդղակով (<SDU), որը թույլ է տալիս չափել հիվանդի տրամադրության փոփոխությունը /խանգարումը, հատկապես տագնապը և ընկճվածությունը:

28. Հետազոտության տվյալների վերլուծության արդյունքները փաստում են, որ հիվանդների գերակշռող մասը (335 հիվանդ՝ 76,83%) առաջին այցելության ժամանակ ունեցել է ոչ նորմալ տագնապի ցուցանիշ, 63 հիվանդ (14,45%) ունեցել է որոշակի էմոցիոնալ խնդիրներ (սահմանային ոչ նորմալ), և 38 հիվանդ (8.72%) ունեցել է նորմալ էմոցիոնալ վիճակ առաջին այցելության ժամանակ: Հետազոտված բոլոր հիվանդների համար տագնապի և ընկճվածության միջին ցուցանիշը առաջին այցի ժամանակ եղել է 2,35, իսկ վերջին այցին՝ 2,37:

29. Հետազոտության ընթացքում հիվանդների ցավի աստիճանը չափվել է VAS Ցավի սանդղակով, համաձայն որի հիվանդների առաջին այցի ժամանակ ցավի սանդղակի միջին

ցուցանիշը եղել է 3.23: Մեղմ ցավ ունեցող հիվանդները առաջին այցի ժամանակ կազմել են հարցվողների 24.08%-ը (105 հիվանդ), 22.24%-ը (97 հիվանդ) ունեցել են չափավոր ցավ (մի փոքր ավելի է ցավում), 42.43%-ի (185 հիվանդ) կողմից արձանագրվել են սաստիկ ցավեր: Հարցվողների 11,24%-ի (49 հիվանդ) մոտ ցավի ցուցանիշը բացակայել է: Առաջին այցելության ժամանակ բոլոր հիվանդների համար ցավի սանդղակի միջին ցուցանիշը եղել է 3.23: Ընդհանուր առմամբ, առաջին այցի ժամանակ ցավի չափման համար օգտագործված տարբեր գործիքները տվել են նույնատիպ արդյունքներ՝ հարցվողների մոտ ցավը միջինից դեպի սաստիկ է, կա տագնապին և ընկճվածությանը հատուկ ուշադրություն դարձնելու կարիք:

30. Պիլոտային տեղամասերի տրամադրած պալիատիվ խնամքի արդյունքում հիվանդի ցավի ցուցանիշի արժեքի փոփոխությունը չափելու նպատակով վերլուծվել են առաջին և վերջին այցելությունների ժամանակ հիվանդի ցավի սանդղակի փոփոխության միջին ցուցանիշները, հաշվարկվել է ցավի սանդղակի փոփոխման միջին ցուցանիշները և դեպքերի գերակշռող մասում գրանցվել է ցավի նվազում /անկում: Հետազոտված բոլոր հիվանդների համար ցավի միջին ցուցանիշը առաջին այցի ժամանակ եղել է 2,24, իսկ վերջին այցին՝ 2,13: Ցավի սանդղակի փոփոխման միջին ցուցանիշը բոլոր տեղամասերի համար կազմել է 0.05 է, ինչը կարելի է համարել ցավի փոքր-ինչ նվազում: Ավելի մանրամասն վերլուծության ժամանակ հաշվի է առնվում անհատի ցավի դադարի ժամանակահատվածը, սակայն այս պիլոտային ծրագրի նպատակներից ելնելով, դա հաշվի չի առնվել: Ընդհանուր առմամբ հիվանդների ցավի սանդղակի փոփոխման միջին ցուցանիշը 0.05 է, որը կարելի է համարել պալիատիվ խնամքի դրական արդյունք:

31. Հետազոտության ընթացքում գնահատվել է հիվանդների ներոպաթիկ ցավը: Համաձայն համեմատական վերլուծության տվյալների առաջին այցելության ժամանակ հիվանդների ներոպաթիկ ցավի միջին ցուցանիշը 3.06 է: Առաջին այցի ժամանակ հիվանդների 46.2%-ը (201 հիվանդ) չեն ունեցել ներոպաթիկ ցավեր, 39.5%-ը (172 հիվանդ) ունեցել են, իսկ հիվանդների 14.45%-ի (63 հիվանդ) մոտ այս ցուցանիշը բացակայում է:

32. Հիվանդների առողջական վիճակի քանակական գնահատման համար կիրառվել է EQ-VAS առողջության ցուցանիշը: Առաջին այցելության ժամանակ հիվանդների առողջության սանդղակի միջին ցուցանիշը 49.67 է: Ընդ որում, «վատագույն հնարավոր

առողջական վիճակ»-ին մոտ ցուցանիշ նկատվում է հարցվողների մոտ 15%-ի մոտ (նկատի ունենալով 0-20 ցուցանիշը), և «լավագույն հնարավոր առողջական վիճակ» նկատվում է մոտ 10%-ի մոտ (նկատի ունենալով 80-ից բարձր ցուցանիշը): Հարցվողների 29.8%-ի (23 հիվանդ) մոտ առողջության սանդղակի տեղեկատվությունը բացակայում է:

33. Հետազոտության տվյալների համաձայն առողջության սանդղակի միջին ցուցանիշը ամբողջ հետազոտության ընթացքում «Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան» հիմնադրամի հիվանդների համար կազմել է 51,48, «Արարատի բժշկական կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերության հիվանդների համար՝ 51,03 «Վանաձորի բժշկական կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերության հիվանդների համար՝ 53,57, «Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվան ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերության հիվանդների համար՝ 68,52: Բոլոր հիվանդների համար առողջության սանդղակի միջին ցուցանիշը կազմել է 53,83:

34. Առաջին այցելության ժամանակ հիվանդների առողջության սանդղակի միջին ցուցանիշը եղել է 49.67՝ 0-100 սանդղակով: Այս տվյալները բարեբախտաբար նորմայի մեջ են, բայց պալիատիվ խնամք ստանալու ընթացքում հիվանդների մոտ անկասկած պետք է լինեն առողջական վիճակի վատթարացումներ, քանզի այս հիվանդները գտնվում են կյանքին վտանգ սպառնացող փուլում կամ մահամերձ են: Առողջական սանդղակի ցուցանիշի միջինի անկում արձանագրվել է բոլոր հիվանդների մոտ՝ առողջական վիճակի սանդղակի փոփոխման միջին ցուցանիշը բոլոր տեղամասերի համար եղել է -3,22: Որոշ հիվանդների մոտ պալիատիվ խնամքի ընթացքում այս ցուցանիշը բարելավվել է: Անհրաժեշտ է փաստել, որ հիվանդների առողջության ցուցանիշը ավելի կնվազեր, եթե նրանք չստանային պալիատիվ խնամք, սակայն նշվածը հավաստիորեն հիմնավորելու համար պետք է այս հիվանդների տվյալները համեմատել պալիատիվ խնամք չստացող հիվանդների տվյալների հետ: Էապես կարևորվում է առողջության վիճակի անհատական բաղադրիչների ցուցանիշների փոփոխությունը:

35. Հիվանդների կյանքի որակի գնահատումը կատարվել է EQ-5D ցուցանիշներով: Հարցման տվյալներով EQ-5D ցուցանիշներից առաջին այցելության ժամանակ գրանցված շարժունակության ցուցանիշը հետևյալն է՝ հիվանդների 23.17%-ի (101 հիվանդ) մոտ չեն եղել խնդիրներ կապված շարժունակության հետ, 40,37%-ի (176 հիվանդ) մոտ եղել են որոշ

խնդիրներ, իսկ 36.5%-ի (159 հիվանդ) մոտ եղել են շարժունակության հետ կապված լուրջ խնդիրներ:

36. Հիվանդների ինքնուրույն խնամքի ցուցանիշը առաջին այցելության ժամանակ հետևյալն է՝ 18.3%-ի (80 հիվանդ) մոտ չի եղել խնդիրներ, 39,5%-ի (172 հիվանդ) մոտ եղել են որոշ խնդիրներ, իսկ 42.2%-ի (184 հիվանդ) մոտ եղել են ինքնուրույն խնամքի հետ կապված լուրջ խնդիրներ: Հիվանդների սովորական /առօրյա գործունեության պատկերը առաջին այցելության ժամանակ հետևյալն է՝ 14.45%-ի (63 հիվանդ) մոտ չեն եղել խնդիրներ, 31,4%-ի (137 հիվանդ) մոտ եղել են որոշ խնդիրներ, և 53.9%-ի (235 հիվանդ) մոտ եղել են սովորական /առօրյա գործունեության հետ կապված լուրջ խնդիրներ:

37. Ըստ առաջին այցի ժամանակ EQ-5D բաղադրիչների ցուցանիշների հարցվողների մեծամասնության մոտ առկա են լուրջ խնդիրներ սովորական /առօրյա գործողությունների, ցավի /անհանգստության, տագնապի /ընկճվածության, շարժունակության և ինքնուրույն խնամքի հետ: Հետազոտության համեմատական վերլուծության տվյալների համաձայն EQ-5D անհատական բաղադրիչների ցուցանիշների շարժը բնութագրվում է բարելավմամբ, ինչը պայմանավորված խնամք ստացող հիվանդների կյանքի որակի դրական փոփոխությունն է:

38. Բոլոր փորձարարական տեղամասերը միասին հիվանդներին հեռախոսային խորհրդատվություն են տրամադրել 14956 անգամ, բժիշկները և բուժքույրերը այցելել են հիվանդներին 12194 անգամ, շտապ օգնության կանչերով եղել են բժիշկների և բուժքույրերի 556 այցեր, հիվանդների կողմից կլինիկա այցելությունների թիվը 4584 է, և 115 հիվանդներ բուժում են ստացել ստացիոնարում:

39. Ծրագրի շրջանակներում ուսումնասիրվել է նաև ցավազրկող դեղերի մատչելիության խնդիրը, համաձայն որի դուրս գրվող դեղաչափի փաստացի սահմանափակում որևէ իրավական ակտով ամրագրված չէ, սակայն նշանակվող դեղաչափի մասին հարցումների արդյունքում պարզվել է, որ սովորաբար օրական 100 միլիգրամը գերազանցող դեղաչափ չի նշանակվում, ինչի դեպքում ամբողջովին մեղմել ցավային ախտանիշը հնարավոր չէ: Ի տարբերություն սրվակներով ցավազրկողների, հաբերով մորֆինը բավականին մատչելի է, երկարատև ազդեցության օփիատները (մորֆինը, ֆենտանիլը և բուպրեմորֆինը) պատրաստվում են հատուկ տեխնոլոգիայով և բավականին թանկ են, սակայն նրանց ծախսը ավելի քիչ է քան սրվակով մորֆինի: Ամբողջ խնդիրը

կայանում է նրանում, որ անգամ ներարկային մորֆինի լուծույթը կարող է թեթևացնել հիվանդի ցավերը ընդամենը 3-ից 4 ժամով, այսինքն, որպեսզի հիվանդը լիովին ցավազրկվի նրան հարկավոր է մորֆինի լուծույթ յուրաքանչյուր 3-4 ժամը մեկ, այսինքն օրական 6-8 և ավելի սրվակ: Փաստորեն, հիվանդի ստացած մորֆինի իրական քանակը անարդյունավետ է և համարժեքորեն չի թեթևացնում ցավը և, ավելին, դարձնում է կախյալ բժշկական կազմակերպությունից: Դեղերի մատչելիության համար լուրջ խոչընդոտ է նաև այն հանգամանքը, որ բժիշկների մեծ մասը չի կարողանում նշանակել օփիոիդներ: Օփիոիդների նշանակումներ կատարում են գրեթե բացառապես ուռուցքաբանները, չնայած, որ որևէ իրավական ակտ չի սահմանափակում այդ դեղերի նշանակումն այլ բժիշկների կողմից: Ներկայացված տվյալները վկայում են, որ Հայաստանի Հանրապետությունում մորֆին առկա է միայն սրվակներով և պալիատիվ բժշկական օգնության ու սպասարկման պատշաճ ծառայություններ ապահովելու տեսանկյունից հաբերի ձևով դրա բացակայությունը լուրջ խնդիրներ է:

III. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ

40. Ռազմավարության խնդիրներն են.

- 1) Հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային բժշկական հաստատությունների պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման կարողությունների հզորացում,
- 2) Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման գործընթացը կարգավորող, այդ թվում թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր պարունակող դեղերի շրջանառության ոլորտը կարգավորող օրենսդրության կատարելագործում,
- 3) Պալիատիվ բուժման կարիք ունեցող պացիենտների վարման միասնական գործելակարգերի և ապացուցողական բժշկության հիման վրա ստեղծված կլինիկական ուղեցույցների մշակում և ներդրում,
- 4) Պալիատիվ բժշկական օգնություն իրականացնող անձնակազմի ուսուցանման նպատակով բարձրագույն և հետբուժական մասնագիտական, ինչպես նաև նաև լրացուցիչ կրթական ծրագրերի մշակում ու ներդրում,
- 5) Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման համար անհրաժեշտ տեղեկատվական բազայի ձևավորում:

IV. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿԸ

41. Ռազմավարության ներդրման հիմնական նպատակն է՝ հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային բժշկական հաստատությունների միջոցով պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների համակարգված և ամբողջական մատուցման շնորհիվ անբուժելի, արագ զարգացող և հիվանդության վերջնական փուլում գտնվող հիվանդություններով տառապող անձանց կյանքի որակի բարելավման հնարավորության ստեղծումը, ցավի և մյուս բացասական ախտանիշների բացահայտումը, մեղմումը և կառավարումը, ինչպես նաև հոգեբանական, սոցիալական և հոգևոր աջակցության ցուցաբերումը: Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման վերջնական նպատակը հիվանդի տառապանքների թեթևացումն է և կյանքից մահ «հանգիստ անցումը»:

V. ՌԱԶՄԱՎԱՐԱԿԱՆ ՌԻԴԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

42. Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ներդրմանն ուղղված ռազմավարությունը նախատեսվում է իրականացնել հետևյալ ուղղություններով.

1) Ռազմավարական ուղղություն 1. Հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրող բժշկական հաստատություններում պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման մեխանիզմների ձևավորում և ներդրում,

2) Ռազմավարական ուղղություն 2. Պալիատիվ բժշկական օգնություն և սպասարկում պահանջող և առավել կարևոր սոցիալական նշանակություն ունեցող հիվանդությունների հակազդման կամ կառավարմանը ուղղված ռազմավարություններում պալիատիվ բաղադրիչի ներառում

3) Ռազմավարական ուղղություն 3. Թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր պարունակող դեղերի շրջանառության ոլորտը, պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտը կարգավորող օրենսդրության կատարելագործում, ներառյալ գործող

օրենսդրության վերլուծություն, խնդիրների և հակասությունների վերհանում, նոր իրավական ակտերի ընդունում,

4) Ռազմավարական ուղղություն 4. Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտում գործելակարգերի ապացուցողական բժշկության հիման վրա ստեղծված կլինիկական ուղեցույցների մշակում,

5) Ռազմավարական ուղղություն 5. Պալիատիվ բժշկական օգնություն իրականացնող անձնակազմի ուսուցանման նպատակով բարձրագույն և հետբուհական մասնագիտական, ինչպես նաև նաև լրացուցիչ կրթական ծրագրերում պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման բաղադրիչի ներառում,

6) Ռազմավարական ուղղություն 6. Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման պատշաճ կազմակերպման համար անհրաժեշտ տեղեկատվության շարունակական հավաքագրման հիմքերի ստեղծում:

VI. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՇԱՀԱՌՈՒՆԵՐԸ

43. Շահառուներն են՝ պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման կարիք ունեցող հիվանդներ, առողջապահական, սոցիալական, կրթության ոլորտի մասնագետներ, հոգեբաններ, բժշկական հաստատություններ, դեղագործական ընկերություններ, գիտահետազոտական ինստիտուտներ, բարձրագույն, հետբուհական և միջին (նախնական արհեստագործական) մասնագիտական ուսումնական հաստատություններ, Հայաստանի Հանրապետության բնակչությունը:

VII. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ԿԱՏԱՐՈՂԱԿԱՆԻ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ

44. Ռազմավարության կատարողականի ցուցանիշներն են.

1) Հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային ծառայություններում պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ներդրման շրջանակում՝

ա. հիվանդանոցային բժշկական օգնության մակարդակում պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման համար Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության «Վ.Ա. Ֆանարջանի անվ. ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերությունում, Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության

նախարարության «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» պետական ոչ առևտրային կազմակերպությունում, Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության «Պրոֆեսոր Ռ.Յոլյանի անվան արյունաբանական կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերությունում և «Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան» հիմնադրամի բազայում մեծահասակների և երեխաների համար ծավալված մահճակալներ,

բ. արտահիվանդանոցային ծառայությունում՝ կազմակերպված պալիատիվ բժշկական օգնության շարժական թիմեր Արարատի, Արագածոտնի, Լոռու և Շիրակի մարզերում ու քաղաք Երևանում և Արմավիրի, Գեղարքունիքի, Կոտայքի, Սյունիքի, Վայոց ձորի, Տավուշի մարզերում:

2) Թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութեր պարունակող դեղերի շրջանառության ոլորտը, պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտը կարգավորող կատարելագործված օրենսդրություն,

ա. «Թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի և դրա հիման վրա ընդունված իրավական ակտերի, պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտի իրավական ակտերի առկա կարգավորումների վերլուծում, օրենսդրական բացերի, հնարավոր հակասությունների վերհանում,

բ. «Թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքում և դրա հիման վրա ընդունված իրավական ակտերում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին իրավական ակտերի նախագծերի մշակում ու սահմանված կարգով ներկայացում ՀՀ կառավարություն,

3) Պալիատիվ բուժման կարիք ունեցող պացիենտների համար արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման կլինիկական ուղեցույցների և գործելակարգերի մշակում և ընդունում,

4) Պալիատիվ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող անձնակազմի ուսուցանման նպատակով բարձրագույն և հետբուհական մասնագիտական, ինչպես նաև

նաև լրացուցիչ կրթական ծրագրերում պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման բաղադրիչի ներառում,

5) Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման համար անհրաժեշտ հաշվառման, հաշվետվական ձևերի մշակում և ընդունում:

VIII. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՄԲ ՆԱԽԱՏԵՍՎԱԾ ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐԻ ՂԵԿԱՎԱՐՄԱՆ, ՄՈՆԻՏՈՐԻՆԳԻ ԵՎ ԴՐԱՆՑ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳԵՐ

45. Բժշկական հաստատություններում պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման զարգացմանն ուղղված գործընթացների կանոնակարգումը, մշտադիտարկումը, ինչպես նաև մշտադիտարկման և գնահատման գործիքների մշակումն ու կիրարկումն իրականացվելու է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության, աշխատանքի և սոցիալական հարցերի, կրթության և գիտության նախարարությունների և Հայաստանի Հանրապետության մարզպետարանների և Երևանի քաղաքապետարանի կողմից՝ յուրաքանչյուրն իր իրավասության շրջանակներում:

46. Հայաստանի Հանրապետությունում պալիատիվ բժշկական օգնության ռազմավարությամբ նախատեսված միջոցառումները իրականացվում են առաջին անգամ և մեծ մասամբ վերաբերում են օրենսդրական դաշտի ձևավորմանն, ինչը լրացուցիչ ֆինանսական միջոցներ չի պահանջում:

47. Ռազմավարության ներդրումն ապահովող ֆինանսավորումն ակնկալվում է հետևյալ աղբյուրներից.

1) Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեից՝ առողջապահության նախարարությանը տրամադրվող միջոցների շրջանակներում,

2) Միջազգային կազմակերպությունների կողմից նպատակային ֆինանսավորում,

3) Հայաստանի Հանրապետությունում գործող մասնավոր կազմակերպությունների միջոցներ,

4) Հասարակական կազմակերպությունների կողմից նպատակային ֆինանսավորում,

5) Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ չարգելվող այլ ֆինանսական աղբյուրներ:

IX. ՈԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՄԲ ԻՐԱԿԱՆԱՑՎՈՂ ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐԻ ՓՈՒԼԵՐԻ ԺԱՄԿԵՏՆԵՐԸ, ԱԿՆԿԱԼՎՈՂ ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ ԵՎ ԱՐԴՅՈՒՆՔԸ

48. Ռազմավարությամբ իրականացվող միջոցառումներն իրականացվելու են երկու փուլով.

1) Առաջին փուլ՝ 2017 թվական.

ա. հիվանդանոցային ծառայությունում՝ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության «Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվան ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերությունում, ««Սուրբ Աստվածածին» ծննդատուն» փակ բաժնետիրական ընկերությունում, Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» պետական ոչ առևտրային կազմակերպությունում մեծահասակների և երեխաների համար մահճակալների ծավալում և արտահիվանդանոցային ծառայությունում՝ Արարատի, Արագածոտնի, Լոռու և Շիրակի մարզերում շարժական թիմերի ձևավորում:

բ. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2016 թվականի մարտի 24-ի նիստի N 11 արձանագրության 2-րդ կետով հավանության արժանացած <<Հայաստանի Հանրապետությունում տուբերկուլոզի կառավարման 2016-2020 թվականների ազգային ռազմավարությանը և Հայաստանի Հանրապետությունում տուբերկուլոզի կառավարման 2016-2020 թվականների ազգային ռազմավարության միջոցառումների ծրագրին հավանություն տալու մասին>> արձանագրային որոշման մեջ՝ ներառելով հիվանդներին, նրանց ընտանիքի անդամներին մատուցվող պալիատիվ բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը:

գ. «Թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի և դրանից բխող իրավական ակտերի, պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտը կարգավորող օրենսդրության վերլուծություն օրենսդրական բացերի և հակասությունների վերհանում,

դ. Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման գործելակարգի և կլինիկական ուղեցույցի մշակում և ընդունում ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամաններով:

ե. Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման համար անհրաժեշտ հաշվառման, հաշվետվական ձևերի մշակում և ընդունում:

3) Երկրորդ փուլ՝ 2018-2019 թվականներ.

ա. հիվանդանոցային ծառայությունում՝ «Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան» հիմնադրամում, Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության «Պրոֆեսոր Ռ.Յոլյանի անվան արյունաբանական կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերությունում մեծահասակների և երեխաների համար մահճակալների ծավալում և արտահիվանդանոցային ծառայությունում՝ քաղաք Երևանում և Արմավիրի, Գեղարքունիքի, Կոտայքի, Սյունիքի, Վայոց ձորի, Տավուշի մարզերում շարժական թիմերի ձևավորում:

բ. Առաջին փուլում կատարված օրենսդրության վերլուծության օրենսդրական բացերի և հակասությունների վերհանման արդյունքում «Թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի և դրանից բխող իրավական ակտերի նախագծերում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին իրավական ակտերի նախագծերի մշակում և ներկայացում,

գ. պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման վերաբերյալ հետբուհական կամ լրացուցիչ կրթական օրինակելի ծրագրերի մշակում և ներդրում բուժաշխատողների, սոցիալական աշխատողների համար:

Ճ. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՌԻՍԿԵՐԸ

49. Սույն ռազմավարության ներդրման ընթացքում ռիսկեր չեն կանխատեսվում, նկատի ունենալով, որ ծրագրով նախատեսված առողջապահական համակարգում պալիատիվ բժշկական օգնության ներդրման գործընթացի իրականացումն առաջին հերթին օրենսդրական հիմքերի ձևավորմամբ է պայմանավորված, մասնավորապես համապատասխան մեխանիզմների օրենսդրությամբ սահմանմամբ և զուգահեռ կրթական ծրագրերի ու բնակչության շրջանում իրազեկման ծրագրերի իրականացմամբ: Նշված

միջոցառումները հնարավոր կլինի իրականացնել առկա կառուցվածքային ու կադրային ներուժով և ֆինանսական ռեսուրսներով:

XI. ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐԸ

50. Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման հետևանքների և առողջապահական համակարգի ազդեցության ցուցանիշների գնահատումը կիրականացվի մի շարք մեթոդներով. բնակչության առողջական վիճակի, պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների օգտագործման, մատչելիության և բուժսպասարկման որակի ցուցանիշների հաշվարկով՝ պարբերաբար հավաքվող պաշտոնական տվյալների հիման վրա, ազգային վիճակագրական ծառայության կողմից իրականացվող հարցումների արդյունքների վերլուծության (տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտություն, Հայաստանի Հանրապետության ժողովրդագրության և առողջության հարցերի հետազոտություն) և այլ հարցումների միջոցով: Վերջնական գնահատման աշխատանքների հիմքը կկազմեն գնահատման հարցերը: Վերջնական գնահատումը կպատասխանի գնահատման այնպիսի հարցերի, ինչպիսիք են՝ ծրագրի ներդրումների, ծրագրային հիմնական աշխատանքների, առանձին ուղղությունների իրականացման և իրականացման արդյունավետության վերաբերյալ և այլն:

51. Ծրագրի իրականացման ընթացքում գործընթացի /արդյունքի ցուցանիշների հաշվարկման համար անհրաժեշտ տվյալները պարբերաբար կհավաքագրվեն Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից և կվերլուծվեն:

52. Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ներդրման ծրագրի գնահատականը հիմնվելու է բժշկական հաստատությունների կողմից տրամադրվող բժշկական ծառայությունների որակի, դրանց օգտագործման և մատչելիության ցուցանիշների համեմատական վերլուծության արդյունքների գնահատման վրա:

53. Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայության գործունեության գնահատման համար կիրականացվեն հետազոտություններ, որոնք կներառեն՝ բնակչության հարցում, ծառայության բժիշկների հարցում: Բոլոր հետազոտությունների համար կօգտագործվեն նախապես մշակված հարցաթերթիկներ /ձևեր:

54. Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայության գործունեության գնահատման համար կիրառվող արդյունքի /ազդեցության ցուցանիշները կարելի է պայմանականորեն բաժանել 4 խմբի՝

- 1) ծառայությունների օգտագործման ցուցանիշներ,
- 2) ծառայությունների մատչելիության ցուցանիշներ,
- 3) ծառայությունների որակի ցուցանիշներ,
- 4) ֆինանսական ցուցանիշներ: