

ԾՐԱԳԻՐ

ԾԽԱԽՈՏԱՅԻՆ ԱՐՏԱԴՐԱՏԵՍԱԿՆԵՐԻ,
ԾԽԱԽՈՏԱՅԻՆ ԱՐՏԱԴՐԱՏԵՍԱԿՆԵՐԻ ՓՈԽԱՐԻՆԻՉՆԵՐԻ
ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ

1. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1. Ներկայումս ծխախոտային համաճարակը բնակչության առողջության համար ամենամեծ վտանգներից է: Համաձայն Առողջապահական համաշխարհային կազմակերպության (այսուհետ՝ ԱՀԿ) տվյալների՝ ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործման հետևանքով յուրաքանչյուր տարի մահանում է ավելի քան 8 մլն. մարդ, որից ավելի քան 1,2 մլն. չծխողներն են, որոնք ենթարկվում են երկրորդային ծխի ազդեցությանը:

2. Ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործումն առաջացնում է նաև զգալի տնտեսական բեռ, ինչը, մասնավորապես, արտահայտվում է առողջապահական նշանակալի ծախսերի տեսքով՝ կապված ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործման հետևանքով առաջացած հիվանդությունների բուժման հետ, և մարդկային կապիտալի կորստով՝ կապված ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործման հետևանքով առաջացած հիվանդացության և մահացության հետ:

3. Համաձայն ԱՀԿ-ի վիճակագրության՝ աշխարհում բնակչության հիվանդացության և մահացության հիմնական պատճառը ոչ վարակիչ հիվանդություններն են (այսուհետ՝ ՈՎՀ), մասնավորապես, արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները (ԱՇՀՀ), չարորակ նորագոյացությունները (ՉՆ), շաքարային դիաբետը (ՇԴ), թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունները (ԹՔՕՀ), հոգեկան հիվանդությունները, վնասվածքները և թունավորումները:

4. ՈՎՀ-ի զարգացումն կապակցված է կենսակերպային առանձնահատկությունների և դրանց հետ կապված՝ ռիսկի գործոնների հետ: Ռիսկի գործոնների վնասակար ազդեցությունն արտահայտվում է ոչ թե անմիջապես, այլ համեմատաբար երկար ժամանակահատվածում:

5. Ռիսկի գործոնների տարածվածության կրճատումը նպաստում է առողջության ցուցանիշների բարելավմանը, մասնավորապես, կյանքի սպասվող տևողության աճին, ՈՎՀ-ի տարածվածության և դրանցից մահացության կրճատմանը:

6. ՈՎՀ-ի զարգացման հիմնական ռիսկի գործոններն են՝ ծխախոտի օգտագործումը, ակտիվային խմիչքների չարաշահումը, ավելցուկային քաշը, ֆիզիկական թերակտիվությունը:

7. 2004 թվականի հոկտեմբերի 12-ին Հայաստանի Հանրապետության Ազգային ժողովը վավերացրեց ԱՀԿ-ի Ծխախոտի դեմ պայքարի շրջանակային կոնվենցիան (այսուհետ՝ ԾՊՇԿ), որի նպատակն է մշտապես և էականորեն կրճատել ծխախոտի օգտագործման և ծխախոտի ծխի ազդեցության տարածվածությունը՝ ի բարօրություն ազգաբնակչության առողջությանը:

8. ԾՊՇԿ-ն մշակվել է ի պատասխան ծխախոտային համաճարակի գլոբալացման, որը սկիզբ է առել 20-րդ դարից: Կոնվենցիան ապացուցահեն պայմանագիր է, որը վերահաստատում է բոլոր մարդկանց՝ առողջության առավելագույն բարձր մակարդակ ունենալու իրավունքը:

9. 2020 թվականի փետրվարի 13-ին Հայաստանի Հանրապետության Ազգային ժողովի կողմից ընդունվեց «Ծխախոտային արտադրատեսակների և դրանց փոխարինիչների օգտագործման հետևանքով առողջությանը հասցվող վնասի նվազեցման և կանխարգելման մասին» օրենքը (այսուհետ՝ Օրենք), որը միտված է ներկա և ապագա սերունդներին պաշտպանելու առողջության վրա ծխախոտահումքի, ծխախոտային արտադրատեսակների, դրանց փոխարինիչների օգտագործմամբ պայմանավորված բացասական ազդեցության, ծխախոտի ծխի վնասակար հետևանքներից, սոցիալական, տնտեսական ոլորտների և շրջակա միջավայրի վրա դրանց բացասական ներգործությունից, ինչպես նաև

բնակչության ընկալումներում ծխախոտային արտադրատեսակների, դրանց փոխարինիչների օգտագործումը որպես անառողջ և մերժելի վարքագծի արմատավորմանը:

10. Օրենքը համահունչ է Միացյալ ազգերի կազմակերպության «Օրակարգ 2030-ի» Կայուն զարգացման 3-րդ նպատակի 3.ա թիրախին, որն ուղղված է Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության Ծխախոտի դեմ պայքարի շրջանակային կոնվենցիայի իրականացման ուժեղացմանը: Մասնավորապես, օրենքով ամրագրված են ծխախոտի օգտագործման արգելք բոլոր «փակ» և որոշ «բաց» հանրային վայրերում, գովազդի, իրացման (վաճառքի) խթանման և հովանավորության բոլոր ձևերի արգելքներ, ներառված է միատեսակ փաթեթավորման և այլ պահանջներ:

11. Օրենքի ընդունումից հետո մշակվել և ընդունվել են մի շարք ենթաօրենսդրական ակտեր՝ ուղղված Օրենքի կիրարկման ապահովմանը, մասնավորապես՝ Կառավարության 2020 թվականի օգոստոսի 27-ի «Ծխախոտային արդյունաբերության մեջ ներգրավված անձանց կողմից ծխախոտային արտադրատեսակների, ծխախոտային արտադրատեսակների փոխարինիչների վնասակար ազդեցության մասին բնակչությանն իրազեկելու կարգը հաստատելու մասին» թիվ 1398-Ն որոշումը, ՀՀ կառավարության 2021 թվականի ապրիլի 29-ի «Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2015 թվականի մարտի 5-ի թիվ 219-Ն որոշման մեջ փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին» թիվ 675-Ն որոշումը, Առողջապահության նախարարի 2020 թվականի մայիսի 27-ի «Ծխախոտային արտադրատեսակի կամ ծխախոտային արտադրատեսակների փոխարինիչի օգտագործման արգելքի և սահմանափակումների մասին տեղեկատվություն պարունակող ցուցանակներին ներկայացվող պահանջները հաստատելու մասին» թիվ 14-Ն հրամանը, Առողջապահության նախարարի 2021 թվականի փետրվարի 25-ի և Արդարադատության նախարարի 2021 թվականի փետրվարի 15-ի «Կալանավորվածների և դատապարտյալների պահման վայրերում ծխախոտային արտադրատեսակների, ծխախոտային արտադրատեսակների փոխարինիչների օգտագործման և ծխախոտի ծխի բացասական

ազդեցության նվազեցմանը և կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների իրականացման կարգը հաստատելու մասին» թիվ 09-Ն և թիվ 47-Ն համատեղ հրամանը, Առողջապահության նախարարի 2021 թվականի ապրիլի 23-ի «Օդանավակայաններում ծխախոտային արտադրատեսակների և ծխախոտային արտադրատեսակների փոխարինիչների օգտագործման համար առանձնացված հատուկ տարածքներին ներկայացվող տեխնիկական պահանջները սահմանելու մասին» թիվ 22-Ն հրամանը, Առողջապահության նախարարի 2021 թվականի մայիսի 11-ի «Հիվանդանոցային ձևով հոգեբուժական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում ծխախոտային արտադրատեսակների և ծխախոտային արտադրատեսակների փոխարինիչների օգտագործման համար առանձնացված հատուկ տարածքներին ներկայացվող տեխնիկական պահանջները սահմանելու մասին» թիվ 33-Ն հրամանը, Առողջապահության նախարարի 2020 թվականի հուլիսի 1-ի «Ծխելու դադարեցմանն ուղղված բուժման և խորհրդատվական ծառայությունների» ձեռնարկը (դասավանդողի համար) հաստատելու մասին» թիվ 2075-Ա և «Ծխելու դադարեցմանն ուղղված բուժման և խորհրդատվական ծառայությունների» ձեռնարկ-ուղեցույցը (դասընթաց առողջության առաջնային պահպանման օղակի բժիշկների համար) հաստատելու մասին» թիվ 2076-Ա հրամանները:

12. Օրենքին զուգահեռ, փոփոխություններ և լրացումներ են կատարվել մի շարք հարակից օրենքներում, ինչպիսիք են՝ «Տեղական ինքնակառավարման մասին» «Գովազդի մասին», «Տեղական տուրքերի և վճարների մասին» օրենքները, Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ Հայաստանի Հանրապետության օրենսգիրքը: Այս օրենսդրական բարեփոխումներով, մասնավորապես, հստակեցվել են Օրենքի դրույթների կիրարկման նկատմամբ վերահսկողություն իրականացնող պետական մարմինները:

13. Ստեղծվել է ծխախոտի օգտագործման դադարեցմանն ուղղված աջակցության ծառայություն՝ գործարկվել է «Ծխելը դադարեցնելու թեժ գիծը»:

2. ՀԱՄԱՌՈՏ ՆԿԱՐԱԳԻՐ

2.1. ԾԽԱԽՈՏԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎՐԱ

14. Ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործումը Հայաստանի Հանրապետությունում հանրային առողջության հիմնախնդիրներից մեկն է: Մի շարք առավել տարածված ՈՎՀ-ի զարգացումը պայմանավորված է հենց դրանց օգտագործմամբ:

15. Համաձայն 2020 թվականի «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգրքի՝ Հայաստանի Հանրապետության բնակչության շրջանում առավել տարածված ՈՎՀ-ից մահացության բեռը կազմում է մոտ 80%, ընդ որում՝ մահացության բուրգում ԱՇՀՀ-երը զբաղեցնում են առաջին տեղը՝ 53.7%, որոնց հաջորդում են ՉՆ-երը՝ 20.8%, ՇԴ-ը՝ 2.0%, ԹՔՕՀ-երը (բրոնխիտ, ասթմա, քրոնիկական այլ թոքային և բրոնխոէկտատիկ հիվանդություններ)՝ 1.3%:

2.2. ԾԽԱԽՈՏԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

16. ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ-ի կողմից իրականացված «Հայաստանի Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման» (ԱՀԳԳ) 2007, 2009, 2012 և 2016 թվականների հետազոտությունների ընթացքում գնահատվել են ՈՎՀ-ի զարգացման ռիսկի մի շարք գործոններ, այդ թվում՝ ծխախոտի օգտագործումը, որոնք ազդեցություն ունեն բնակչության առողջության վրա:

17. Ըստ ԱՀԳԳ հետազոտության՝ 2016 թվականին, 2012 թվականի համեմատությամբ, Հայաստանի Հանրապետությունում ավելացել է ամեն օր ծխող անձանց մասնաբաժինը, ընդ որում, և՛ տղամարդկանց և՛ կանանց շրջանում: Եթե 2012 թվականին Հայաստանում ամեն օր ծխախոտ էր օգտագործում 15 և բարձր տարիքային խմբի բնակչության 23%-ը, ապա 2016 թվականին՝ 26.2%-ը: Ընդ որում՝ ամեն օր ծխող տղամարդկանց թիվն ավելացել է 48.7%-ից մինչև 53.4%, իսկ կանանց թիվը՝ 1.3%-ից մինչև 2.3%:

18. Համաձայն 2016 թ. ԱՀԳԳ հետազոտության՝ ծխախոտի օգտագործումը տղամարդկանց շրջանում թոնիչքաձև աճում է 15-19 տարիքային խմբից 20-29 տարիքային խումբ անցնելիս:

19. Ըստ տարիքի՝ ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործումը տղամարդկանց մոտ հասնում է առավելագույնի՝ 30-39 տարեկանների շրջանում և աստիճանաբար սկսում է նվազել:

20. ԱՀԿ «Ոչ վարակիչ հիվանդությունների ռիսկի գործոնների տարածվածությունը Հայաստանի Հանրապետությունում» STEPS ազգային հետազոտության (այսուհետ՝ ԱՀԿ STEPS հետազոտություն) մեթոդաբանությամբ 2016-2017 թվականներին իրականացվել է ոչ վարակիչ հիվանդությունների (ՌՎՀ) ռիսկի գործոնների (ՌԳ) տարածվածության վերաբերյալ տնային տնտեսությունների ազգային հետազոտությունը: Հայաստանի Հանրապետության 18-ից 69 տարեկան բնակչության շրջանում ծխախոտի օգտագործումն ուսումնասիրվել և գնահատվել է ըստ ԱՀԿ-ի կողմից ընդունված սահմանումների: Ընդ որում, ամեն օր ծխողները օրական միջինում ծխում են 24.4 գլանակ:

21. ԱՀԿ STEPS հետազոտության տվյալները վկայում են, որ ծխախոտի օգտագործման տարածվածությունը 18-69 տարիքային խմբում կազմում է 27.9%: Հայաստանում յուրաքանչյուր երկրորդ տղամարդը ծխում է, մինչդեռ կանանց դեպքում ծխախոտի օգտագործման ցուցանիշն անհամեմատ ցածր է (տղամարդիկ՝ 51.5%, կանայք՝ 1.8%):

22. Ըստ ԱՀԿ STEPS 2016-2017 թթ. հետազոտության զեկույցի՝ կանանց շրջանում ծխախոտի օգտագործման ցածր ցուցանիշը պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ հաճախ այդ վարքագիծը կրում է թաքնված բնույթ:

23. ԱՀԳԳ 2007, 2009, 2012 և 2016 թվականների հետազոտությունների արդյունքները փաստում են, որ կանայք չեն ցանկանում նշել իրենց ծխելու փաստը՝ ծխող կանանց նկատմամբ հայկական ավանդական դիրքորոշումների պատճառով:

24. Ներկայում ծխող կանանց մասնաբաժինը 18-44 տարիքային խմբում կազմում է 1.1%, որը կտրուկ աճում է 45-69 տարիքային խմբում՝ կազմելով 3.0%:

2.3. ԾԽԱԽՈՏԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ԸՍՏ ՍՈՑԻԱԼ-ԺՈՂՈՎՐԴԱԳՐԱԿԱՆ ԽՄԲԵՐԻ

25. ԱՀԿ STEPS 2016-2017 թթ. հետազոտության շրջանակում բնակչության ծխելու հաճախականությունը վերլուծվել է նաև ըստ սոցիալ-ժողովրդագրական խմբերի:

26. ԱՀԿ STEPS 2016-2017 թթ. հետազոտության տվյալներն ըստ բնակավայրի վերլուծելիս կարող ենք ասել, որ երևանաբնակ հասարակության շրջանում ծխախոտի օգտագործումն ավելի տարածված բնույթ ունի՝ մարզային քաղաքներում բնակվողների կամ գյուղաբնակների համեմատ: Ընդ որում, հատկանշական է, որ բարեկեցության աճմանը զուգընթաց մեծանում է ծխախոտի օգտագործման տարածվածությունը:

27. ԱՀԿ STEPS 2016-2017 թթ. հետազոտության համաձայն՝ որքան բարձր է հարցվածի կրթական մակարդակը, այնքան մեծ է չծխելու միտումը:

28. ԱՀԿ STEPS 2016-2017 թթ. հետազոտության համաձայն՝ 18-69 տարեկան կանոնավոր ծխողների 34.5%-ը հարցման պահից վերջին 12 ամիսների ընթացքում փորձել է հրաժարվել ծխելուց (տղամարդիկ՝ 34.0% և կանայք՝ 48%), իսկ բուժաշխատողների կողմից ծխելուց հրաժարվելու մասին խորհուրդ է ստացել ծխող տղամարդկանց 29.2%-ը և կանանց 39%-ը:

29. Համաձայն 2020 թվականի ընթացքում Հայաստանի Հանրապետությունում իրականացված ԾՊՇԿ-ի իրականացման ներդրումային հետազոտության տվյալների (այսուհետ՝ ԱՀԿ ԾՊՇԿ-ի հետազոտության) ամեն տարի ծխախոտը սպանում է Հայաստանի ավելի քան 5500 բնակչի: Այդ մահերի 52% 70 տարեկանից ցածր անձանց շրջանում է (այսինքն՝ վաղաժամ մահեր են):

30. Դեռահասների վարքագիծը բացահայտելու նպատակով աշխարհի 50 երկրներում ԱՀԿ-ի կողմից երաշխավորված ընդհանուր մեթոդաբանությամբ իրականացվում է «Դպրոցահասակ երեխաների առողջության վարքագծի հետազոտություն» (այսուհետ՝ ԴԵԱՎ)՝ 11, 13, 15, 17 տարեկանների շրջանում:

31. 2017-2018 թվականներին իրականացված ԴԵԱՎ-ի տվյալները վկայում են, որ երբևիցե կյանքում ծխախոտ են օգտագործել 15 տարեկան տղաների 21%-ը

և աղջիկների 3%-ը: Ընդ որում՝ 15-17 տարեկան տղաների շրջանում նկատվում է ծխախոտի օգտագործման ցուցանիշի կտրուկ աճ:

2.4. ԵՐԿՐՈՐԴԱՅԻՆ ԾԽԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎՐԱ

32. Քանի որ մեր հասարակության մեջ ընդունված վարքագիծ է տանը կամ հյուր գնալիս ծխել, բնակչության մեծամասնությունը համարվում է պասիվ ծխող:

33. Համաձայն 2016 թ. ԱՀԳԳ արդյունքների՝ Հայաստանի Հանրապետության ընտանիքների 53.1%-ը նշել են, որ տան պայմաններում նրանք գտնվում են ամենօրյա երկրորդային ծխի վնասակար ազդեցության տակ և համարվում են ամենօրյա պասիվ ծխողներ, իսկ 2.8%-ը պասիվ ծխողներ՝ շաբաթական մի քանի անգամ:

34. Հարցվածների 37.9%-ը նշել են, որ իրենց տանը բացարձակապես չեն ծխում: Հայաստանի Հանրապետությունում փակ աշխատանքային տարածքում պասիվ ծխողներ են աշխատող անձանց 39.7%-ը, իսկ և բաց, և փակ տարածքում աշխատողների շրջանում պասիվ ծխողներ են 73.9%-ը:

35. Համաձայն ԱՀԿ ԾՊՇԿ-ի հետազոտության ծխախոտի պատճառով կորցված կյանքերի գրեթե մեկ հինգերորդ մասը (19 %-ը) պայմանավորված է երկրորդային ծխի ազդեցությամբ, որը համաշխարհային միջինի կրկնակից ավելին է:

2.5. ՎԱՐԱԿԻՉ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ԾԽԱԽՈՏԸ

36. Վարակիչ հիվանդությունների դեպքում ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործումը կարող է ոչ միայն հանգեցնել առողջության վատթարացմանը, այլև վարակի փոխանցման աղբյուր հանդիսանալ: Օրինակ, նարգիլեն սովորաբար օգտագործում են մեկից ավել մարդիկ: Գուլպանը փոխանցվում է անձից այլ անձի, և այդ նույն ծխամորճը սովորաբար օգտագործվում է բոլոր մասնակիցների կողմից: Այսպիսով նարգիլեն կարող է հանդիսանալ վարակի փոխանցման ամենաբարձր գործոն ունեցող առարկան:

37. Ուղեկցող, հատկապես ոչ վարակիչ, հիվանդություններով (շաքարային դիաբետ, չարորակ նորագոյացություններ, շնչուղիների խնդիրներ) անձինք

COVID-19-ի պատճառով հոսպիտալացման ավելի բարձր ռիսկի տակ են գտնվում, քան առողջները:

38. Քլարկի և գործընկերների (2020 թ.) ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ Հայաստանում շուրջ 855.000 անհատ (կամ բնակչության մոտ 29 %) ունի առնվազն մեկ ուղեկցող ՌՎՀ, որը նրանց ավելի մեծ ռիսկի է ենթարկում և այս անհատներից 195.000-ը վարակվելու դեպքում հոսպիտալացման պահանջ կունենան:

39. Ծխախոտի օգտագործումը մեծապես նպաստում է ՌՎՀ տարածվածությանը: Բացի այդ, ծխախոտի օգտագործումը ճնշում է իմունային ֆունկցիան՝ մեծացնելով շնչառական ուղիների ինֆեկցիաների ռիսկը, ինչպիսիք են՝ տուբերկուլոզը և թոքաբորբը, ինչը կարող է վտանգել ծխախոտ օգտագործողների COVID-19-ը հաղթահարելու կարողությունը:

40. Ուսումնասիրությունների արդյունքում պարզվել է, որ ծխելը ծանրացնում է COVID-19-ի ընթացքը և կարող է մոտ երկու անգամ մեծացնել COVID-19-ի ծանր ընթացքի հավանականությունը:

41. Ծխողների մեծ քանակը հանգեցնում է խոցելի բնակչության, COVID-19-ի ծանր հետևանքների տեսանկյունից: Հայաստանում 855.000 անհատներից, ովքեր COVID-19-ի ծանր ընթացքի ռիսկի ներքո են, մոտ 14 տոկոսն ունի ուղեկցող հիվանդություններ, որ առաջացել են ծխախոտի օգտագործման հետևանքով: Ուստի, եթե պատկերացնենք, որ բոլոր ներկա և նախկին ծխողները երբեք չսկսեին ծխելը, ապա մոտավորապես 117600 մարդ կլինեին COVID-19-ի ծանր ընթացքի ավելի ցածր ռիսկի ներքո:

42. Համաձայն ԱՀԿ-ի տվյալների՝ ծխելը բարձրացնում է տուբերկուլոզով (ՏԲ) հիվանդանալու ռիսկը, վատթարացնում բուժման ելքերը, մեծացնում ՏԲ մահացության ցուցանիշը և ՏԲ կրկնելիության հավանականությունը:

43. Տուբերկուլոզի համաճարակաբանական ազդեցության վերլուծության միջոցով հաշվարկվել է, որ Հայաստանում 20-60 տարեկանների շրջանում (ծխելու տարածվածությունը 28.3%) ՏԲ դեպքերի 15.9% ծխողներ են: Ընդ որում, Հայաստանում ՏԲ հիվանդ տղամարդկանց գրեթե 67.5% ծխողներ են, ինչը վկայում է, որ ծխելու հետևանքով զարգացած ՏԲ դեպքերի մասնաբաժինն ավելի բարձր է:

44. Ծախսարդյունավետության տեսանկյունից քիչ ծախսատար, սակայն ժամանակի ընթացքում նշանակալի ազդեցություն ունեցող միջոցառումների (այդ թվում՝ կանխարգելիչ բնույթ ունեցող) իրականացումը (խոսքը, մասնավորապես, վերաբերում է արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների ռիսկի գործոնների նվազմանն ուղղված միջոցառումներին (օրինակ՝ ծխելու դեմ պայքար, սպորտի մասսայականացում, առանցքային դեղորայքի մատչելիության բարձրացում և այլն)) էական ազդեցություն կարող են ունենալ հիվանդությունների կանխարգելման գործում:

2.6. ԾԽԱԽՈՏԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ՏՆՏԵՍՈՒԹՅԱՆ ՎՐԱ

45. ԱՀԿ ԾՊՇԿ-ի հետազոտության շրջանակում անդրադարձ է կատարվել նաև ծխախոտի օգտագործման առողջապահական և տնտեսական ծախսերին: Մասնավորապես, նշվել է, որ 2017 թվականին ծխախոտի օգտագործումը Հայաստանի տնտեսության համար արժեցել է 273,1 մլրդ դրամ:

46. Ծխախոտի ծախսերը Հայաստանում կազմում են 273,1 միլիարդ դրամ ամեն տարի, ինչը համարժեք է երկրի համախառն ներքին արդյունքի (այսուհետ՝ ՀՆԱ) 4,2%-ին 2017 թվականին: Այս տարեկան ծախսերը ներառում են՝

1) 76 միլիարդ դրամ առողջապահական ծախսեր.

2) 197,3 միլիարդ դրամ աշխատուժի և արտադրողականության անկման հետևանքով առաջացած անուղղակի ծախսեր:

47. Այն ծախսերը, որոնք տնային տնտեսություններում կատարվում են ծխախոտի օգտագործման նպատակով, այլ պայմաններում կծառայեին հիմնական կարիքներին, ներառյալ՝ սնունդը և կրթությունը:

48. Հայաստանում ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործման արդյունքում արտադրողականության կորստի հետ կապված ծախսերը կազմում են ծխախոտի հետ կապված բոլոր ծախսերի 72%-ը և ծխախոտի դեմ պայքարն արդյունավետ իրականացնելու համար անհրաժեշտ է բազմաուղորտային ներգրավվածություն և միջնորդային համագործակցություն:

3. ԾՐԱԳՐԻ ՈՒՂՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

49. Ծրագրի հիմնական ուղղություններն են՝

1) ծխելու դեմ պայքարին ուղղված գործունեություն իրականացնող առողջապահական կազմակերպությունների կարողությունների զարգացում և ծխելու դադարեցմանն ուղղված գործողություններ.

2) ծխախոտային արտադրատեսակների, դրանց փոխարինիչների օգտագործման հետևանքով առաջացած վնասների և հետևանքների, ինչպես նաև դրանց կանխարգելման վերաբերյալ հանրության իրազեկվածության մակարդակի բարձրացում.

3) ծխախոտի դեմ պայքարի քաղաքականությանը ծխախոտի արդյունաբերության միջամտության բացառման նպատակով մեխանիզմների ապահովում.

4) ծխախոտային արտադրատեսակների բաղադրության և դրանցից արտանետվող նյութերի փորձաքննության և չափման կարգի, ինչպես նաև այդ բաղադրության և արտազատվող նյութերի կարգավորման չափաքանակների սահմանում.

5) ծխախոտային արտադրատեսակների և դրանց փոխարինիչների փաթեթավորմանը և մակնշմանը ներկայացվող հիմնական պահանջների ապահովում.

6) ծխախոտի ծխից ազատ քաղաքականության իրականացման ապահովման նպատակով մեխանիզմների մշակում.

7) ծխախոտային արտադրատեսակների համար սահմանված հարկային քաղաքականության վերանայում.

8) Հայաստանի Հանրապետությունում ծխախոտային արտադրատեսակների և դրանց փոխարինիչների օգտագործման համաճարակաբանական հսկողության իրականացում:

4. ԾՐԱԳՐԻ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ

50. Ծրագրի խնդիրներն են՝

1) բնակչության շրջանում ծխախոտային արտադրատեսակների և դրանց փոխարինիչների օգտագործման կրճատումը.

2) բնակչության իրազեկվածության մակարդակի բարձրացումը՝ ծխախոտային արտադրատեսակների, դրանց փոխարինիչների օգտագործման և ծխախոտի երկրորդային ծխի ազդեցության հետևանքով առողջությանը հասցվող վնասի վերաբերյալ.

3) ծխելու դեմ պայքարում հասարակության, պետական կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինների, հասարակական կազմակերպությունների, մասնավոր ոլորտի և մյուս շահագրգիռ կողմերի բազմակողմանի համագործակցությունը:

5. ԾՐԱԳՐԻ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԸ

51. Ծրագրի հիմնական նպատակներն են՝

1) ՈՎՀ-ով պայմանավորված հիվանդացության և մահացության ցուցանիշների նվազեցում.

2) ծխախոտային արտադրատեսակներից կախվածության բուժման և խորհրդակցության վերաբերյալ մասնագետների գիտելիքների և հմտությունների բարելավում.

3) Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության Ծխախոտի դեմ պայքարի շրջանակային կոնվենցիայի դրույթների իրականացում (Հայաստանի Հանրապետությունում ՄԱԿ-ի «Օրակարգ 2030-ի» Կայուն զարգացման 3-րդ նպատակի 3.ա թիրախ).

4) ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործման դեմ պայքարի նպատակով գերատեսչությունների և այլ շահագրգիռ կողմերի համապարփակ համագործակցություն:

6. ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄԸ

52. Ծրագրի միջոցառումների ֆինանսավորումն ակնկալվում է հետևյալ աղբյուրներից՝

1) Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջե (Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեից՝ Առողջապահության նախարարությանը տրամադրվող միջոցների շրջանակներում)։

2) միջազգային կազմակերպությունների կողմից նպատակային ֆինանսավորում։

3) Հայաստանի Հանրապետության օրենքով չարգելված այլ աղբյուրներ։

7. ԱԿՆԿԱԼՎՈՂ ԱՄՓՈՓ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

53. Ծրագրով նախանշված միջոցառումների իրականացման արդյունքում ակնկալվում է՝

1) ծխախոտի դեմ պայքարի ուղղությամբ բոլոր շահագրգիռ կողմերի ակտիվ համագործակցություն։

2) ծխախոտային արտադրատեսակների և դրանց փոխարինիչների վնասակար ազդեցության, ինչպես նաև ծխախոտային կախվածությունից ազատվելու ուղիների վերաբերյալ բնակչության իրազեկվածության բարձրացում։

3) բնակչության շրջանում ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործման նվազեցում առնվազն 4%-ով։

4) ծխախոտային կախվածությունից ազատվելու և դրանից բուժման ծրագրերով վերապատրաստում անցած մասնագետների առկայություն։

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ

ՎԱՐՉԱՊԵՏԻ ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ

ՂԵԿԱՎԱՐ

Ա. ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ