Առողջապահության համակարգերը՝ համեմատական բնութագիր

Առողջապահության համակարգի /ԱՀ/ նշանակությունը

- ❖ ԱՀ՝ ռեսուրսների, կազմակերպման, ֆինանսավորման և կառավարման համակցում է, որը նպատակն է բնակչության բժշկական օգնություն ցուցաբերելը:
- Ըստ ԱՀԿ՝ առողջապահության համակարգն ընդգրկում է բոլոր միջոցառումները, ուղղված բնակչության առողջության պահպանմանն ու ամրապնդմանը կամ նրա վերականգնմանը:
- ❖ Առողջապահության համակարգի հիմնական խնդիրներն են՝
- Բնակչության առողջության բարելավումը
- Բնակչության բժշկական օգնության պահանջների բավարարումը
- Հիվանդության դեպքում ֆինանսական աջակցության ապահովումը
- Այլ օժանդակ խնդիրներ /բուժաշխատողներին աշխատանքով ապահովումը, արտադրության ուժեղացումն առողջ աշխատուժի պահպանման միջոցով և այլն/:

Առողջապահության համակարգ /ԱՀ/

Առողջապահության համակարգի անհրաժեշտությունը՝

- Ընդունելի և խելամիտ գումարների ներդրման միջոցով՝ օրինակ
  - *գիտության զարգացման և տեխնոլոգիաների ձեռքբերման համար*
  - *բժշկական օգնության կազմակերպման գործում և այլն*

հասնել մարդկանց և ողջ բնակչության առողջական վիճակի բարելավմանը:

- ԱՀ զարգացման ընթացքը տարբեր երկրներում միանման չէ:
- Ազգային ԱՀ միմյանցից տարբերվում են իրենց բնույթով, բարդության աստիճանով և հնարավորություններով:
- Աշխարհում չկա անգամ 2 երկիր միանման ԱՀ-ով:
- Անգամ նույն երկրում ԱՀ-ի կառուցվածքն ու ֆունկցիաները մշտապես ենթարկվում են փոփոխության:

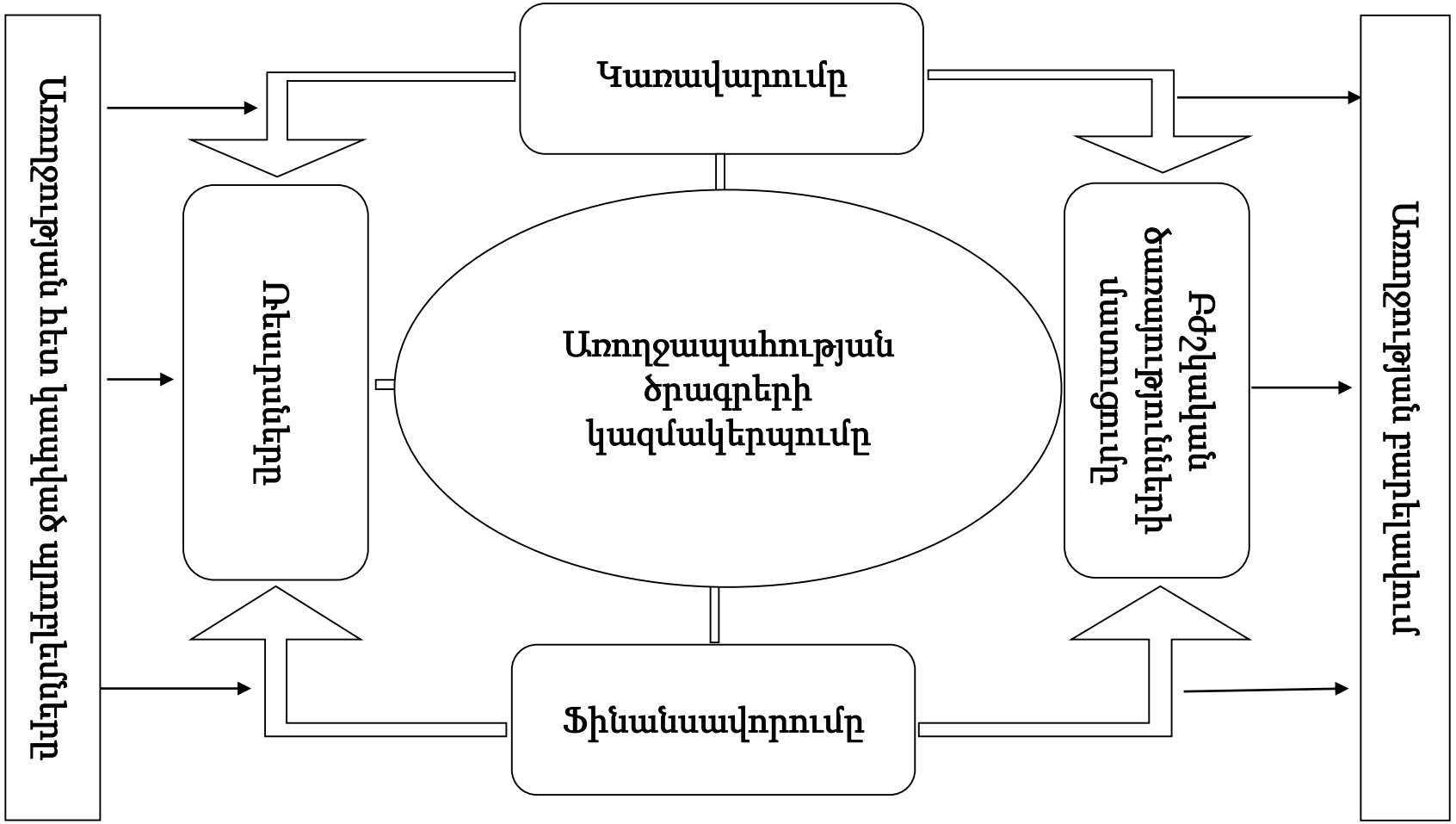
Առողջապահության համակարգերի գործունեության ձևերը

1. Ռեսուրսների /մարդկային, նյութական/ արտադրում, ձեռբերում
2. Առողջապահական ծրագրերի կազմակերպում
3. Ֆինանսական աջակցում տարբեր աղբյուրներից՝ անհրաժեշտ ռեսուրսների արտադրման, բնակչության բժշկական ծառայությունների մատուցման համար և այլն
4. ԱՀ ռացիոնալ կառավարում
5. Բնակչության բժշկական ծառայությունների մատուցում

Գործունեության ձևերը կարող են ունենալ առանձնահատկություններ

- տարբեր երկրներում,
- նույն երկրում բնակչության տարբեր խմբերում:

Առողջապահության գործունեության ձևերի փոխկապակցվածությունը



Առողջապահության ռեսուրսները

- ԱՀ գործունեությունն իրականացվում է ռեսուրսների առկայության պայմաններում, դրանք են.
- մարդիկ, որոնք ցուցաբերում են բժշկական ծառայությունները /մարդկային ռեսուրս/
- բժշկական հիմնարկներ
- բժշկական միջոցներ, հատկապես դեղամիջոցներ
- մասնագիտական գիտելիքներ
- ֆինանսական միջոցներ

Բուժաշխատողների հիմնական խումբը

- Բժշկության զարգացումը նպաստում է նորանոր մասնագիտությունների առաջացմանը, հետևապես առողջապահության բնագավառում աշխատողների թվի ավելացմանը:
- Զարգացած երկրներում մասնագետների բազմազանությունն ավելի շատ է, քան քիչ զարգացած երկրներում:
- Ընդհանուր առմամբ առողջապահության բոլոր համակարգերում աշխատողները ներկայացված են՝
  1) ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ
  2) մասնագետներ
  3) նեղ մասնագետներ
  4) միջին և կրտսեր բուժանձնակազմ
  5) ավանդական բժշկությամբ զբաղվողներ

Բուժաշխատողների հիմնական խումբը՝ բժիշկները

ԲԺԻՇԿԸ՝ հիվանդության ախտորոշման, բուժման, պրոֆիլակտիկայի գործի հիմնական փորձագետ է:

- Ընդհանուր պրակտիկայի որակավորման բժիշկը՝ ունի բազային բարձրագույն բժշկական կրթություն:
- Նեղ մասնագետը՝ կլինիկական օրդինատուրայում /ռեզիդենտուրայում/ որակավորված բժիշկ է, ուստի նրա ծառայությունները շատ ավելի թանկ են:
- Բժշկի մասնագիտացման ուղղությունները պայմանավորված են օրգանների, օրգան-համակարգերի տարբերություններով, օգտագործվող տեխնոլոգիաներով և այլն:
- Մասնագիտացման հիմք է նաև բնակչության դեմոգրաֆիկ խմբերը՝ երեխաները /մանկաբուժություն/, կանայք /գինեկոլոգիա/, տարեցները /հերոնտոլոգիա/:

Բուժաշխատողների հիմնական խումբը՝ օժանդակ բժշկական անձնակազմը

❖ Միջին բուժանձնակազմն է՝

- բուժքույրերը
- լաբորատոր աշխատողները
- տեխնիկներ /օրինակ՝ ռադիոգրաֆիայի մեջ/
- բժշկա-սոցիալական աշխատողները /հիվանդներին ցուցաբերում են սոցիալական օգնություն/

❖ Կրտսեր բուժանձնակազմը՝ բուժակներն են:

➢ Բուժքույրերը կարող են ունենալ միջնակարգ-մասնագիտական կամ բարձրագույն կրթություն:

➢ Բարձրագույն կրթությամբ բուժքույրերը օժանդակ ֆունկցիաներից բացի, թույլատրվում են նաև ախտորաշման և անգամ բուժման աշխատանքներին:

Բուժաշխատողների հիմնական խումբը՝ որակավորված բուժանձնակազմի ֆորմալ հսկողության ներքո մարդկանց անմիջականորեն սպասարկող բուժաշխատողները

Բժշկա-սանիտարական աշխատողները՝ ցուցաբերում են հիմնական պրոֆիլակտիկ ծառայություններ և բուժում են տկարությունները

Դպրոցի ատամնաբույժ՝ ապահովում են երեխաների բուժումը բժիշկ-ստոմատոլոգի հսկողության ներքո

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱՐԿՆԵՐԸ

Առողջապահության հիմնարկների հիմնական դասերը՝

1. հիվանդանոցներ
2. արտահիվանդանոցային օգնության հիմնարկներ
3. հատուկ կատեգորիայի հիմնարկներ
4. երկարատև բուժօգնություն ցուցաբերող հիմնարկներ
5. շրջակա միջավայրի պահպանման հիմնարկներ
6. այլ մասնագիտացված բժշկական հիմնարկներ:

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱՐԿՆԵՐԸ՝

Հիվանդանոցները /1/

- Ընդհանուր պրոֆիլի հիվանդանոցներ՝ ապահովում են լայն սպեկտրի սուր և քրոնիկ հիվանդությունների և վնասվածքների բուժումը:
- Հատուկ հիվանդանոցներ՝ լինում են տարբեր տիպի.
  - օնկոլոգիական, հոգեբուժական և այլ հիվանդանոցներ
  - ծննդատներ
  - մանկական հիվանդանոցներ
  - հիվանդանոցներ ու սանատորիաներ տուբերկուլյոզով հիվանդների համար
  - օրթոպեդիկ հիվանդանոցներ, վերականգնողական կենտրոններ
  - ✓ բնակչության առանձին խմբերի սպասարկման հիվանդանոցներ /զինծառայողներ, վետերաններ, առանձին հիմնարկների աշխատողներ, բանտարկյալներ/

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱՐԿՆԵՐԸ՝ Հիվանդանոցները /1/

- Ներկայումս հիվանդանոցները բուժօգնությունից բացի, իրականացնում են նաև
- ✓ արտահիվանդանոցային օգնություն
- ✓ կրթական գործունեություն
- ✓ գիտահետազոտական կենտրոններ են

- Հիվանդանոցները կարող են լինեն՝
- պետական
- ոչ կոմերցիոն (հսկվում են տարբեր կրոնական կամ հասարակական կազմակերպությունների կողմից)
- մասնավոր (սովորաբար պատկանում են բժիշկներին, բայց կարող են պատկանալ նաև ներդրողներին)

Արտահիվանդանոցային օգնության հիմնարկները /2/

- **Առողջության կենտրոն -** ցուցաբերում է ընդհանուր պրոֆիլակտիկ և թերապևտիկ /առաջնային/ ամբուլատոր օգնություն: Կից կարող են գործել լաբորատորիաներ:
- **Պոլիկլինիկա** - բազմապրոֆիլային օգնության հիմնարկ է, ունի տարբեր բժիշկ-մասնագետներ /ինչպես հիվանդանոցում, բայց առանց մահճակալների/:
- Սկզբունքորեն պոլիկլինիկան առողջության կենտրոնի ավելի զարգացած մոդել է:
- Արտահիվանդանոցային հիմնարկները սովորաբար ֆինանսավորվում և հսկվում են պետության կամ հասարակական, կրոնական կազմակերպությունների կողմից
- Արտահիվանդանոցային օգնությունը կարող է ցուցաբերվել գրասենյակներում, առանձնասենյակներում, բժիշկների մասնավոր կլինիկաներում:

Հատուկ կատեգորիայի հիմնարկներ /3/

Դիսպանսերները -

- Ապահովում են օգնությամբ միայն բնակչության որոշակի խմբերին /զինծառայողներ,երեխաներ, որոշակի ձեռնարկությունների աշխատողներ, բանտարկյալներ/:
- Զբաղվում նաև որոշակի հիվանդությունների պրոֆիլակտիկայի և բուժման հարցերով /տուբերկուլյոզ, սեռավարակ հիվանդություններ, թմրամոլություն, օնկոլոգիական հիվանդություններ և այլն/:

Երկարատև բուժօգնություն ցուցաբերող հիմնարկներ /4/

- **Երկարատև բուժօգնություն ցուցաբերող հիմնարկներ -** հոգեկան, տուբերկուլյոզով հիվանդներ և այլն:
- **Քույրական տներ** կամ **որակավորված բուժքույրական հիմնարկներ** կամ **կոնվալեսցենտ հիվանդանոցներ**, **տարեցների տներ** - ոչ թե ակտիվ բուժման, այլ բուժքույրական խնամքի կարիք ունեցող քրոնիկ հիվանդների համար
- **Վերականգնողական կենտրոններ** - մասնագիտացվում են երկարատև բուժում պահանջող հիվանդներին ֆիզիոթերապևտիկ օգնության ցուցաբերման մեջ /ողնուղեղի վնասվածքներով/
- **Հոսպիսներ -** նախատեսված են հիմնականում վերջնական փուլի քաղցկեղով հիվանդներ ամոքիչ խնամքի և մահացող հիվանդների առավելագույն կոմֆորտային պայմանների ապահովման համար:

Առողջապահության այլ մասնագիտացված հիմնարկներ /6/

- դեղատները
- բժշկական լաբորատորիաները
- արյան բանկերը
- բժշկական ապրանքների, պիտույքների խանութները և այլն

Բժշկական ապրանքները

- Բժշկական ապրանքներն են՝
  - քիմիական և ֆիզիկական միջոցները
  - դեղամիջոցները
  - բժշկական սարքերը, սարքավորումները
- Պարզագույն սարքերի, դեղերի և տարրական բժշկական միջոցների առկայությունը ԱՀ-ի գործունեության անհրաժեշտ պայմաններից է

Գիտելիքները

- Գիտելիքներ - ձեռքբերվում են ամսագրերի, գրքերի միջոցով, գիտական կոնֆերանսների ժամանակ:
- Նոր գիտելիքների ձեռքբերման աղբյուր են գիտական հետազոտությունները /հիմնականում տնտեսապես զարգացած երկրներում/:
- Զարգացող երկրներում պրոբլեմը հիմնականում հանգում է ծայրամասերում նոր գիտելիքների տարածման մեջ:

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳՐԵՐԻ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄ

- Ծրագրերի կազմակերպմամբ սովորաբար զբաղվում են պետական կազմակերպությունները՝
  - Առողջապահության Նախարարությունը
  - առողջապահության բաժինները
  - այլ պետական կառույցներ
- Կարող են զբաղվել նաև
  - կամավոր կազմակերպությունները
  - ոչ կոմերցիոն կազմակերպությունները
  - կոմերցիոն կազմակերպությունները

ԱՆ կառուցվածքը

Գրեթե բոլոր երկրներում ԱՆ-ում լինում են վարչություններ /բաժիններ/, որոնք զբաղվում են հետևյալ խնդիրներով

1. համաճարակային իրավիճակի և ինֆեկցիոն հիվանդությունների հսկողությունը
2. բնակչության պահպանումը շրջակա միջավայրի վնասակար և վտանգավոր գործոնների ազդեցությունից /ջրամատակարարման հսկողությունը և այլն/
3. մոր և մանկան առողջության պահպանում, հղիների և երեխաների պրոֆիլակտիկ զննումների անցկացման հսկողությունը
4. բնակչության բժշկական ծառայության ցուցաբերման հսկողությունը
5. բժշկական կադրերի պատրաստումը
6. ֆինանսավորումը և պլանավորումը
7. միջազգային կապերի հաստատումը

Բնակչության առողջության հարցերով զբաղվող այլ պետական և ոչ պետական կառույցները

- Պետական
  - Սոցիալական ապահովման և ապահովագրության
  - Կրթության և Գիտության
  - Գյուղատնտեսության
  - Առևտրի
  - Բնապահպանության
  - Ֆինանսների և այլ նախարարությունները
- Ոչ պետական կազմակերպությունները
  - Հասարակական
  - Բուժաշխատողների, բժիշկների ասոցիացիաները
  - Կրոնական
  - Երիտասարդական և այլ
- Արդյունաբերական ձեռնարկությունները
  - խոշոր ձեռնարկությունները կազմակերպում են բժշկական օգնության ծրագրեր աշխատողների, իսկ որոշ դեպքերում՝ նաև ընտանիքների անդամների համար:

Առողջապահության ֆինանսավորվում

Ֆինանսավորման հիմնական աղբյուրներն են՝

1. պետական բյուջեն /լրացվում է ի հաշիվ քաղաքացիների հարկային մուծումների/
2. սոցիալական ապահովագրումը
3. կամավոր ապահովագրումը
4. քաղաքացիների մասնավոր վճարումները
5. բարեգործական նվիրատվությունները

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄԸ

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՉԱՓԸ

- **Առաջնային օգնությունը** – համալիր և մատչելի բժշկական ծառայությունների ցուցաբերումն է պրակտիկ բժիշկների կողմից, օգտագործելով պարզ, էժան և մատչելի գործիքներ ու տեխնոլոգիաներ
- **Երկրորդային /մասնագիտացված/ օգնությունը** – ամբուլատոր կամ հիվանդանոցային պայմաններում մասնագիտացված օգնության ցուցաբերումն է:
- **Երրորդային /բարձրակարգ մասնագիտացված/ օգնությունը** – ցուցաբերվում է նեղ մասնագիտացված կլինիկաներում՝ հագեցած ժամանակակից ախտորոշման սարքավորումներով և դեղամիջոցներով, որոնք չկան սովորական հիվանդանոցներում:

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԵՐԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՄՈԴԵԼՆԵՐԸ

- **Գերադասաբար պետական համակարգ /Բևերիջի մոդել/** – ֆինանսավորվում է հիմնականում պետական բյուջեից /Մեծ Բիտանիա, Դանիա, Իրլանդիա, Աֆրիկյան, Լատինական Ամերիկայի երկրներ, Հյուսիսային Կորեա/
- **Գերադասաբար ապահովագրական համակարգ /Բիսմարկի մոդել/** – ֆինանսավորում է ի հաշիվ ձեռնարկատերերի, աշխատավոր քաղաքացիների ներդրումների, պետության դրամական օժանդակությանը /Գերմանիա, Ճապոնիա, Իտալիա/
- **Գերադասաբար մասնավոր-ձեռնարկատիրական համակարգ** – գխլավորապես ֆինանսավորում է ի հաշիվ կամավոր բժշկական ապահովագրության ներդրումների և բնակչության վճարովի բժշկական ծառայությունների մուծումների /ԱՄՆ, Իսրայել, Հարավային Կորեա/
- **Զարգացող երկրների առողջապահության համակարգ**

Պետական առողջապահության համակարգը

Դրական կողմերն են `

1. Ապահովում է քաղաքացիների բժշկական օգնություն ստանալու հավասարությունը:
2. Զսպում է բուժման արժեքի աճը:
3. Սահմանափակում է ոչ միշտ պետքական թանկարժեք տեխնիկայի օգտագործումը, լրացուցիչ ոչ անհրաժեշտ պրոցեդուրաներն ու դեղամիջոցները:
4. Բնութագրվում է լավ զարգացած առաջնային բժշկական օգնության համակարգով:
5. Թույլ է տալիս հեշտորեն կառավարել և հսկել ողջ համակարգը:
6. Բավականին արդյուվետ է արտակարգ իրավիճակների ժամանակ:

Պետական առողջապահության համակարգը

Թերություններն են՝

1. Առկա է ֆինանսավորման մեկ աղբյուր և ստեղծվում է ֆինանսային դեֆիցիտ:
2. Կենտրոնացված կառավարման համակարգը սահմանափակում է առողջապահության մարմինների հնարավորությունները տեղերում:
3. Բուժաշխատողներին ֆինանսական խթանման և աջակցման հնարավորության բացակայությունը:
4. Բուժհիմնարկներում ժամանակակից սարքավորումները չեն բավարարում:
5. Պացիենտները պլանային հոսպիտալացման համար հաճախակի ստիպված են լինում հերթագրվել կամ ոչ հիմնավոր կերպով մերժվել:

Ապահովագրական առողջապահության համակարգը

Ապահովագրական առողջապահության համակարգը կամ **սոցիալական ապահովագրության համակարգը** ներկայումս ստացել է լայն տարածում և համարվում է առավել բարենպաստը: Կառավարվում է պետական մարմինների կողմից, ֆինանսավորվում է երեք աղբյուրներից՝

- պահումներ աշխատավարձներից
- պահումներ ձեռնարկատերերի եկամուտներից
- պետական ֆինանսական աջակցությունները:

➢ Տարբեր երկրներում պահումների և աղբյուրների ներդրման չափը տարբեր է

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության /ՊԲԱ/ մոդելները

- **I մոդել** – ողջ բնակչության ընդգրկվածությունը պարտադիր բժշկական ապահովագրության մեջ՝ բժշկական օգնության բոլոր ծառայությունների ծածկույթով /Ավստրիա, Ֆրանսիա, Լյուքսենբուրգ/:
- **II մոդել** – ողջ բնակչության ընդգրկվածությունը բժշկական օգնության որոշ ծառայությունների ծածկույթով /թանկարժեք բուժում քրոնիկ հիվանդությունների դեպքում/ և բնակչության մասնակի ընդգրկվածությունը որոշ դեպքերի համար /սուր հիվանդություններ/ – Բելգիա, Հոլանդիա:
- **III մոդել**– ողջ բնակչության ընդգրկվածությունը, սակայն հնարավորություն տալով նրանց ընտրելու ապահովագրական տարբեր փաթեթներ /Շվեյցարիա/:
- **IV մոդել** – բնակչության մասնակի ընդգրկվածությունը /Գերմանիայում՝ բնակչության 90%-ը/:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրության /ՊԲԱ/ ծրագրի մասնակիցները

1. **Ապահովագրված անձինք** – ՊԲԱ պետական ծրագրի մեջ ընդգրկված երկրի քաղաքացիները :
2. **Ապահովագրողները** – չաշխատող բնակչության համար՝ պետությունը, աշխատող քաղաքացիների՝ ձեռնարկությունները
3. **Պետական և տարածքային ֆոնդերը -** իրականացնում են ՊԲԱ պետական քաղաքականությունը, կուտակում և հավասարեցնում ֆինանսական ռեսուրսները
4. **Ապահովագրական ընկերությունները -** լիցենզավորված իրավաբանական անձինք են, որոնք՝

- կնքում են պայմանագրեր բժշկական հիմնարկների հետ՝ ՊԲԱ ապահովգրված անձանց բժշկական օգնության վերաբերյալ
- ՊԲԱ ուղղությամբ ծավալում են ոչ կոմերցիոն հիմունքով գործունեություն
- տալիս են ապահովագրական պոլիսներ
- հսկում են բժշկական օգնության ծավալը, ժամկետները, որակը
- պաշտպանում են բնակչության շահերը

5. **Բժշկական հիմնարկները** – ՊԲԱ ծրագրի մեջ ընդգրկված լիցենզավորված բժշկական հիմնարկներ:

Ապահովագրական առողջապահության համակարգ

Առավելություններն են՝

1. Հանրային համերաշխության սկզբունքը /հարուստը վճարում է աղքատի համար, առողջը՝ հիվանդի, երիտասարդը՝ տարեցի/
2. Բժշկական օգնության բարձր մատչելիությունը
3. Ապահովագրական վճարումներն ուղղվում են ոչ թե ընդհանուր բյուջե, այլ առողջության պահպանման կարիքների վրա: Ֆինանսների նպատակային կուտակումը, ֆոնդերի ընդլայնման հնարավորությունը թույլ են տալիս ավելի ճկունորեն և օպերատիվ արձագանքել /համեմատած պետական համակարգի հետ/ բժշկական օգնության պահանջարկի ընդլայնման վրա:
4. Բարձորակ բժշկական օգնության ցուցաբերումը
5. Բժշկական հիմնարկների գործունեությունը հսկվում է անկախ պետական գործակալության կողմից:

Պարտադիր բժշկական ապահովագրություն /ՊԲԱ/

Հիմնական թերություններն են՝

1. Առողջապահության ծախսերի աճի խթանում
2. Բարձր վարչական ծախսեր՝ մինչև 30%-ը ինքնածախսեր են
3. «Շահույթաբեր» ապահովագրվածների ընտրություն /սելեկցիա/
4. Բնակչության ոչ բավարար ընդգրկումը համակարգի մեջ՝ թույլ կազմակերպված էկոնոմիակայի պայմաններում

- Այսպիսով, ապահովագրական բժշկության բնորոշ գծերն են՝

1. Պետության և ձեռնարկատերերի հետ համատեղ աշխատող քաղաքացիների մասնակցությունն ապահովագրական ֆոնդերի ձևավորման գործում
2. Պետության կողմից այդ ֆոնդերի կառավարումը
3. Ֆոնդերի բաշխումը /բժշկական ծառայությունների ստացման տեսքով/ անկախ ապահովագրվածների աշխատավարձից, նրանց վճարների չափերից:

ՊԲԱ և ԿԲԱ միջև հիմնական տարբերությունները

ՊԲԱ

1. Շահույթ չհետապնդող
2. Սոցիալական ապահովագրության ձև է
3. Ընդգրկում է բնակչության 70%-100%-ը
4. Կառավարվում է պետության կողմից
5. Պայմանները որոշվում է պետությունը և դրանք միասնական են բոլորի համար
6. Ֆինանսավորման աղբյուրներն են՝ մուծումներ աշխատավարձից, ձեռնարկատիրոջ եկամուտից և պետական ֆինանսական աջակցություն
7. Ծրագիրը միասնական է բոլորի համար
8. Վճարի չափը՝ ֆիքսված տոկոսաչափ է
9. Որակը հսկում են անկախ պետական ապահովագրական կազմակերպությունները

ԿԲԱ

1. Շահույթ հետապնդող
2. Անհատական ապհովագրության ձև է
3. Կարող է լինել անհատական կամ խմբային
4. Մասնավոր ապահովագրական ընկերություններ են
5. Ընկերությունն ինքն է որոշում իրեն կանոնները
6. Ֆինանսավորման աղբյուրներն են՝ առանձին քաղաքացիների կամ ձեռնարկատերերի ապահովագրական վճարները
7. Ծրագրերը որոշվում են պայմանագրով
8. Վճարի չափը կախված է անձի տարիքից, առողջական վիճակից, ծրագրի ծավալից և այլն
9. Որակի ստուգման հարցը որոշվում է պայմանագրով

Մասնավոր-ձեռնարկատիրական առողջապահության համակարգ

Առավելություններն են՝

1. ցուցաբերվող բժշկական օգնության բարձր որակը
2. բժշկական հիմնարկների լայն ցանցը և բուժաշխատողների բարձր եկամուտները
3. պացիենտների իրավունքների պաշտպանությունը

Թերություններն են՝

1. գների անհսկելի աճը
2. բնակչության մեծամասնության համար բարձորակ բժշկական օգնությունը մատչելի չէ
3. ոչ անհրաժեշտ ախտորոշման և բուժման պրոցեդուրաների անցկացման պարտադրում
4. բժշկական հիմնարկների թույլ զարգացած պրոֆիլակտիկ գործունեությունը
5. պետական հսկողության սահմանափակ հնարավորությունները

Բնակչության բուժպրոֆիլակտիկ օգնության կազմակերպում

Բնակչության ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնության կազմակերպում

Հանրային առողջության
և առողջապահության ամբիոն
2016

Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական հաստատություններ

- հիվանդանոցների հետ միավորված պոլիկլինիկաներ
- ինքնուրույն պոլիկլինիկաներ
- նեղ մասնագիտացված՝ մանկական,ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկաներ
- դիսպանսերներ
- կանանց կոնսուլտացիաներ
- գյուղական ամբուլատորիաներ
- առողջության գյուղական կենտրոններ

Պոլիկլինիկաների տեսակները ըստ՝

- աշխատանքի կազմակերպման՝ հիվանդանոցի հետ միավորված և ինքնուրույն,
- վարչատարածքային հատկանիշի՝ քաղաքային, գյուղական
- մասնագիտացման՝ ընդհանուր (մեծահասակ, մանկական բնակչության սպասարկման համար), միայն մեծահասակների կամ միայն մանկական բնակչության սպասարկման համար, ստոմատոլոգիական և այլն

Պոլիկլինիկայի գործունեության, անձնակազմի հաստիքների պլանավորման հիմքում ընկած է

- սպասարկման տարածքի բնակչության թվաքանակը
- բնակչության սեռատարիքային կազմը
- բնակչության հիվանդացության մակարդակի առանձնահատկությունները

Պոլիկլինիկայի գործունեության հիմնական սկզբունքները

- Պոլիկլինիկան բազմապրոֆիլ, մասնագիտացված բուժկանխարգելիչ հաստատություն է, որը աշխատում է **տարածքային-տեղամասային սկզբունքով**
- ՀՀ-ում

➢ Պոլիկլինիկայի բժշկական տեղամասը կարող է սպասարկել

- նվազագույնը՝1000 բնակչի
- օպտիմալը՝ 2000 բնակչի
- առավելագույնը՝ 2500 բնակչի

➢ Ընտանեկան բժշկի մեկ տեղամասը սպասարկում է՝

- նվազագույնը՝ 1000 բնակչի
- օպտիմալը՝ 2300 բնակչի
- առավելագույնը՝ 2700 բնակչի

Տեղամասային թերապևտի ֆունկցիաները

- հիվանդությունների վաղաժամ հայտնաբերում
- առաջնային բուժօգնության ցուցաբերում պոլիկլինիկական այցելությունների և տնային կանչերի ժամանակ
- քրոնիկ հիվանդների դիսպանսեր հսկողություն
- հիվանդի հոսպիտալացման կազմակերպում
- ժամանակավոր անաշխատունակության փորձաքննություն
- հակահամաճարակային աշխատանքներ
- սանիտարա-լուսավորչական աշխատանքներ՝ առողջ ապրելակերպի քարոզչություն
- առաջնակի բժշկական փորձաքննության կազմակերպում

Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկը պետք է ապահովի բժշկության 4 հիմնական նպատակներին հասնելուն՝

1. առողջության ամրապնդում
2. հիվանդությունների կանխարգելում
3. բուժում
4. ռեաբիլիտացիա

Ընտանեկան բժշկության մոդելները

- Անհատական ընտանեկան բժշկության համակարգ
- Խմբային համակարգ
- Թիմային համակարգ

Ամբուլատոր օգնության այլընտրանքային ձևեր

- Ցերեկային ստացիոնար
- Տնային ստացիոնար
- Ամբուլատոր վիրաբուժության կենտրոն

Պոլիկլինիկայի գործունեության վերլուծության հիմնական բաժինները՝

1. Ընդհանուր տվյալներ պոլիկլինիկայի աշխատանքի մասին:
2. Պոլիկլինիկայի աշխատանքի կազմակերպում:
3. Պոլիկլինիկայի կանխարգելիչ աշխատանքների արդյունքներ:
4. Հիվանդների ախտորոշման և բուժման որակը պոլիկլինիկայում:
5. Պոլիկլինիկայի և ստացիոնարի աշխատանքի հաջորդականություն:
6. Պոլիկլինիկայի գործունեության տարածքի բնակչության առողջության վիճակ:

Պոլիկլինիկայի աշխատանքի կազմակերպումը

1.հաճախումների դինամիկան պոլիկլինիկայում (%),

2.տարվա ընթացքում մեկ բնակչին ընկնող հաճախումների միջին թիվը,

3.հաճախումների կառուցվածքը ըստ մասնագիտությունների,

4.հաճախումների բաշխումը պոլիկլինիկայում ըստ դիմելիության բնույթի,

Պոլիկլինիկայի աշխատանքի կազմակերպումը (շարունակություն)

5. տեղամասային սկզբունքի պահպանման տոկոսը թերապևտի ընդունելության մեջ,
6. պոլիկլինիկայի թերապևտիկ բաժանմունքի բժիշկների տնային օգնության ծավալը (%),
7. տնային օգնության մեջ բժշկի ակտիվությունը (%),
8. բժշկի ծանրաբեռնվածությունն ամբուլատոր ընդունելության ժամանակ

Պոլիկլինիկայի կանխարգելիչ աշխատանքների արդյունավետության գնահատում՝

1.Դիսպանսեր հսկողության որակի վերլուծություն:
2.Դիսպանսերային հաշվառման ընդգրկման լրիվություն (%):
3.Ըստ նոզոլոգիական ձևեր դիսպանսերային հաշվառման ընդգրկման ցուցանիշ (100 000):
4.Դիսպանսերային հաշվառման մեջ գտնվող հիվանդների կազմը ըստ նոզոլոգիայի, սեռի, տարիքի:
5.Կյանքում առաջին անգամ հաստատված հիվանդության ախտորոշումով դիսպանսերային հաշվառումով հիվանդների ժամանակին ընդգրկում (%):
6.Դիսպանսերիզացիայի արդյունավետության վերլուծություն:

Աշխատանքի դիսպանսերային մեթոդը իրականացվման փուլերը

1. հիվանդների ակտիվ եվ վաղաժամ հայտնաբերում
2. խորը եվ բազմակողմանի հետազոտության կազմակերպում
3. դիսպանսեր հսկողության խմբերի ձեվավորում
4. դիսպանսեր հաշվառում
5. բուժական եվ պրոֆիլակտիկ միջոցառումների կազմակերպում
6. դիսպանսեր մեթոդի արդյունավետության գնահատում

Մանկաբարձա-գինեկոլոգիական օգնության կազմակերպում

- Ծննդատներ (ընդհանուր և մասնագիտացված)
- Կանանց կոնսուլտացիաներ (ինքնուրույն, միավորված ծննդատան կազմում կամ պոլիկլինիկայի կազմում)
- Ընդհանուր պրոֆիլի հիվանդանոցների մանկաբարձագինեկոլոգիական բաժանմունքներ
- Պերինատալոգիայի և կանանց վերարտադրողական առողջության կենտրոններ

Կանանց կոնսուլտացիայի հիմնական խնդիրները

1. Գինեկոլոգիական հիվանդությունների եվ աբորտի կանխարգելում
2. Բուժական մանկաբարձագինեկոլոգիական օգնության ցուցաբերում
3. Հղիության ախտաբանության, գինեկոլոգիական հիվանդների ախտորոշման և բուժման բժշկա գիտության ժամանակակից նվաճումների, աշխատանքների կազմակերպման նորագույն մեթոդների ներդրում

Կանանց կոնսուլտացիայի հիմնական խնդիրները /շարունակություն/

4.Ընտանիքի պլանավորում

5.Վիժումների, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների կանխարգելում

6.Սոցիալ-իրավական գործառույթներ

7.Վերարտադրողական առողջության պահպանման բնագավառում բնակչության սանիտարական կուլտուրայի բարձրացմանն ուղղված համալիր միջոցառումների ներդրում

Կանանց կոնսուլտացիայի գործունեության վերլուծության մեթոդիկան

1.Մանկաբարձ-գինեկոլոգների պաշտոնների համալրվածություն (%):

2.Մանկաբարձագինեկոլոգիական օգնությամբ կանանց ապահովվածություն:

3.Հավաքագրված կանանց միջին թվաքանակ մեկ մանկաբարձագինեկոլոգիական տեղամասում:

4.Հղիների ժամանակին (մինչև 12 շաբաթ) դիսպանսեր հաշվառման ընդգրկվածություն (%):

5.Հղի կանանց ուշ (28 շաբաթ և ավելի) հսկողության ընդգրկման ցուցանիշ (%):

Կանանց կոնսուլտացիայի գործունեության վերլուծության մեթոդիկան /շարունակություն/

6. Ոչ մի անգամ կոնսուլտացիա չհաճախած հղի կանանց տեսակարար կշիռ (%):

- Հղիների հաճախումների միջին թիվ:
- Հղիության և ծննդաբերության ժամկետների որոշման մեջ թույլ տրված սխալների հաճախականություն:

Մանկական բնակչության բուժկանխարգելիչ օգնության կազմակերպում

- Մանկական քաղաքային հիվանդանոցներ
- Մասնագիտացված հիվանդանոցներ
- Պերինատոլոգիայի կենտրոն
- Ստացիոնարների ընդհանուր պրոֆիլի մանկական բաժանմունքներ
- Մանկական կլինիկաներ
- Մանկական պոլիկլինիկաներ

Մանկական պոլիկլինիկայի գործունեության հիմնական սկզբունքները

- Աշխատանքի կազմակերպում տեղամասային-տարածքային սկզբունքով

–Տեղամասում երեխաների թվաքանակը ՀՀ-ում՝

✓ նվազագույն քանակը՝400

✓ օպտիմալը՝ 1000

✓ առավելագույնը՝ 1400

- Երեխաներին բուժկանխարգե-
  լիչ օգնություն ցուցաբերող բժիշկների աշխատանքում հաջորդականություն
- Բուժման կազմակերպման հարցերում փուլայնություն
- Երեխայի առողջության ակտիվ, դինամիկ հսկողության անընդհատություն

Մանկական պոլիկլինիկայի ֆունկցիաները

- Երեխաների ընդունելության կազմակերպումը պոլիկլինիկայում և սպասարկումը տանը
- Կանխարգելիչ աշխատանք
- Հիվանդ երեխաների դիսպանսերացում
- Երեխաների որոշակի կոն-տինգենտների մշտական հսկողություն
- Երեխաների առողջական վիճակի բնութագիր
- Աշխատունակության բժշկական փորձաքննություն

Բնակչության բուժպրոֆիլակտիկ օգնության կազմակերպում

Մեծահասակ բնակչության ստացիոնար բուժօգնության կազմակերպում

Հանրային առողջության և առողջապահության ամբիոն
2016

Հիվանդանոցային հաստատությունների տեսակները ըստ՝

- վարչատարածքային կարգավիճակի՝ հանրապետական, մարզային, քաղաքային, գյուղական-տեղամասային
- պրոֆիլի՝ բազմապրոֆիլ, միապրոֆիլ հիվանդանոցներ և դիսպանսերներ
- հոսպիտալացման կարգի՝ շտապ օգնության, պլանային հոսպիտալացման և ընդհանուր տիպերի
- կազմակերպման համակարգի՝ պոլիկլինիկայի հետ միավորված և չմիավորված

Ստացիոնար բուժօգնության կազմակերպման 3 մոդել՝

I. Բարձր ինտենսիվության մոդել՝ 8.0-9.5 մահճակալ 10 000 բնակչի հաշվով

II. Միջին ինտենսիվության՝ 9.5-11.0/ 10 000 բնակչի հաշվով

III. Էքստենսիվ՝ 11.0-12.0 /10 000 բնակչի համար

Հիվանդանոցի գործունեության վերլուծության հիմնական ցուցանիշները

- Բնակչության ապահովվածությունը հիվանդանոցային օգնությամբ
- Բուժանձնակազմի ծանրաբեռնվածությունը
- Մահճակալային ֆոնդի օգտագործումը (քանակական ցուցանիշ)
- Հիվանդանոցային բժշկական օգնության որակի և արդյունավետության գնահատում

Մահճակալային ֆոնդի օգտագործման ցուցանիշներ

- մահճակալի միջին տարեկան զբաղվածության ցուցանիշ՝

$$\frac{\text{մահճակալ օրերի ընդհանուր թիվը}}{\text{մահճակալների միջին տարեկան թիվ}}$$

- բուժման միջին տևողություն՝

$$\frac{\text{մահճակալ-օրերի ընդհանուր թիվը}}{\text{դուրս գրված + մահացած հիվանդների թիվ}}$$

- մահճակալի շրջապտույտ՝

$$\frac{\text{ստացիոնարով անցած հիվանդների թիվ}}{\text{մահճակալների միջին տարեկան թիվ}}$$

Որակական ցուցանիշներ

- Հիվանդանոցային մահաբերության ցուցանիշ՝
  ստացիոնարում մահացած հիվանդների թիվ*100
  ստացիոնարով անցած հիվանդների թիվ
- Կլինիկական և պաթանատոմիական ախտորոշումների համընկման ցուցանիշ՝
  համընկած դիագնոզների թիվ*100
  ստացիոնարով անցած հիվանդների թիվ
- Հետվիրահատական բարդությունների տեսակարար կշիռ՝
  հետվիրահատական բարդությունների թիվ*100
  ընդհանուր վիրահատվածների թիվ

Գյուղաբնակների բուժպրոֆիլակտիկ օգնության կազմակերպման հիմնական առանձնահատկությունները

- փուլային կազմակերպում
- գյուղական առողջապահական համակարգում հատուկ ԲՊՀ առկայություն
- բուժանձնակազմի և ԲՊՀ աշխատանքների կազմակերպման հատուկ ձևերի և մեթոդների առկայություն

Առաջին փուլ՝ Առողջության գյուղական կենտրոններ

- Գյուղի բնակչությունը այս փուլում ստանում է արտահիվանդանոցային և առաջնային բուժօգնություն
- Կազմակերպման սկզբունքները՝

✓ սպասարկման շառավիղ

✓ բնակչության թվաքանակ

- Յուրաքնաչյուր տեղամաս սպասարկում է 5000-7000 բնակչի, 5-7 կմ շառավղով
- ԱԳԿ պարտադիր աշխատում են թերապևտ, մանկաբույժ և ստոմատոլոգ

Երկրորդ փուլ՝ Մարզային և տարածաշրջանային միավորված հիվանդանոցներ

- Գյուղի բնակչությունը ստանում է արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային, առաջնային և մասնագիտացված բուժօգնություն
- Իրենց կառուցվածքում մարզային և տարածաշրջանայի միավորված հիվանդնացոները ունեն՝

1. ստացիոնար՝ պարտադիր 5 բաժանմունքներով (թերապևտիկ, վիրաբուժական, մանկական, մանկաբարձա-գինեկոլոգիական, ինֆեկցիոն)
2. պոլիկլինիկա
3. կազմակերպչական-մեթոդական կաբինետ
4. շտապօգնության բաժանմունք
5. այլ կառուցվածքային ստորաբաժանումներ

Երրորդ փուլ՝ Հանրապետական հիվանդանոց

- Գյուղաբնակները ստանում են նեղ մասնագիտացված արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային բուժօգնություն
- Հանրապետական հիվանդանոցի հիմնական ֆունկցիաները

1. նեղ մասնագիտացված ստացիոնար և ամբուլատոր կոնսուլտատիվ օգնության ցուցաբերում
2. ԲՊՀ կազմակերպչական-մեթոդական օգնություն
3. կառավարման նոր մեթոդների ներդրում
4. փորձագիտական ֆունկցիայի իրականացում

Հանրապետական հիվանդանոցի կառուցվածքը

- Աստացիոնար՝ իր նեղ մասնագիտական բաժանմունքներով
- Կոնսուլտատիվ պոլիկլինիկա
- Կլինիկո-դիագնոստիկ ստորաբաժանում
- Կազմմեթոդ բաժին՝ բժշկական վիճակագրական բաժանմունքի հետ
- Անհետաձգելի և պլանային-կոնսուլտատիվ բուժօգնության բաժին, պաննիոնատ
- Հանրակացարան

Մահճակալային ֆոնդը՝ **700-1000 մահճակալ**

Մենեջմենթի ներածություն: Առողջապահության մենեջմենթի հիմնական առանձնահատկությունները:

Հանրային առողջության և առողջապահության ամբիոն

2016

Բժշկի պատրաստման ծրագրում մենեջմենթի ուսումնասիրման նպատակը

- Բժշկական համալսարանների շրջանավարտները ապագայում դառնում են կառավարիչներ կամ նրանց գործունեությունը կառավարվում է ուրիշների կողմից
- Մենեջեր չեն ծնվում, մենեջերային հմտությունները ձեռք են բերվում
- Առողջապահության համակարգը հզոր արդյունաբերություն է, որի սխալ կառավարման դեպքում արդյունքները շատ շուտ ի հայտ կգան, ինչպես ԲՊՀ-ի ամենափոքր բաժամունքում, այնպես էլ ամբողջ առողջապահության համակարգում

Սահմանումներ

- Կառավարումը /մենեջմենթը/՝ - Նպատակաուղղված և առաջընթաց գործընթաց է, որն ապահովում է համակարգի արդյունավետ գարգացումը, առկա սահմանափակ ռեսուրսների պայմաններում մաքսիմալ արդյունքների ձեռքբերումը
- Մենեջերը մասնագետ է, որն աշխատում է մարդկանց հետ, մարդկանց միջավայրում և կոորդինացնում է նրանց աշխատանքը կազմակերպության նպատակների իրականացման համար

Մենեջերների հիմնական նպատակը

Մենեջերների հիմնական նպատակն է այնպիսի պայմանների ստեղծում ու պահպանում, որոնցում խմբակային աշխատանքի դեպքում, օգտագործելով ժամանակի, ֆինանսների և նյութերի մինիմալ ծախսերը, անհատները արդյունավետ կիրականացնեն իրենց առջև դրված խնդիրները

Մենեջմենթի բնույթը

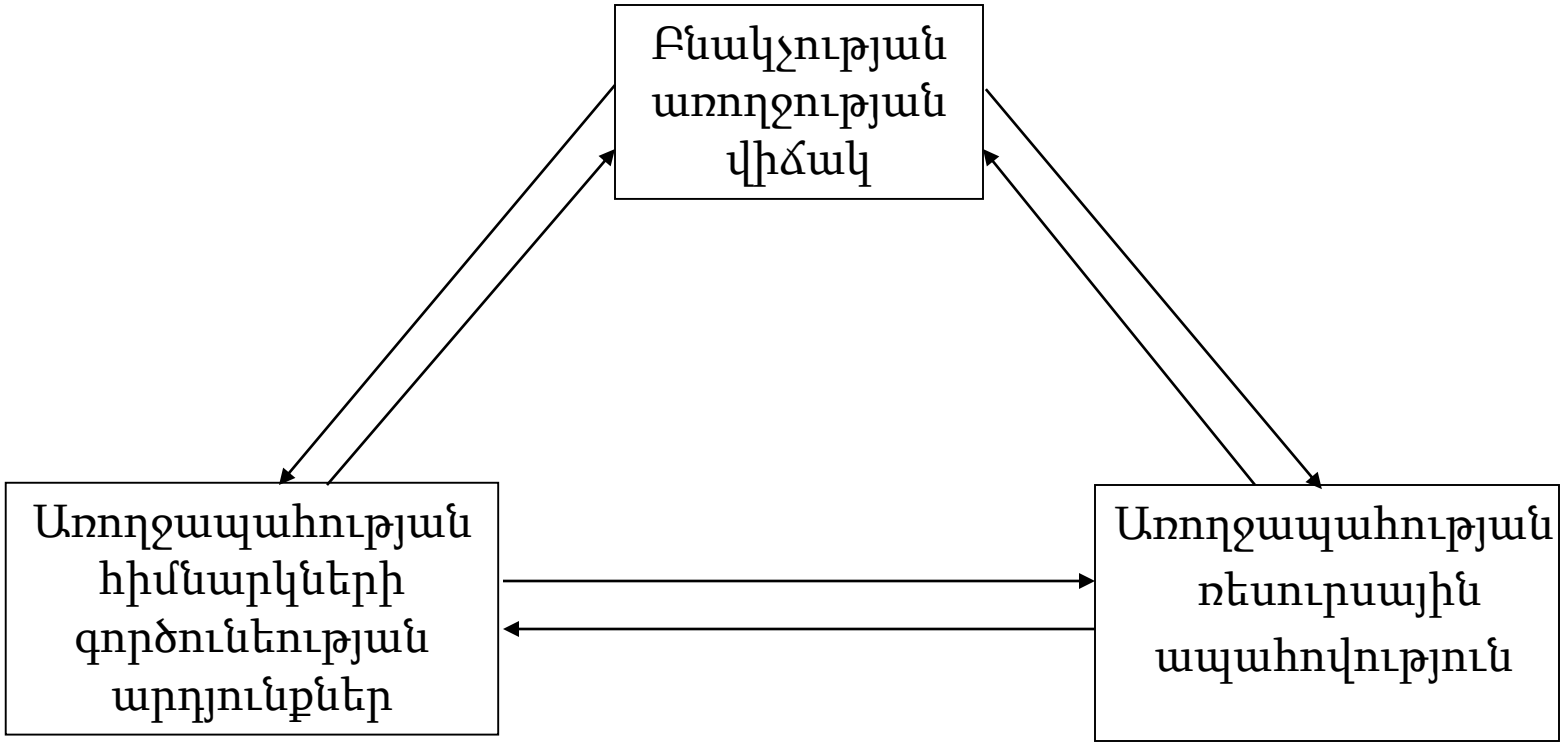
- Բոլոր մենեջերները իրականացնում են պլանավորման, կազմակերպման, կառավարման, կադրային ապահովման, ղեկավարման և վերահսկման կառավարման գործառույթները
- Մենեջմենթը անհրաժեշտ է ցանկացած տեսակի հիմնարկությունում
- Մենեջերային հմտությունները անհրաժեշտ են բոլոր կազմակերպչական մակարդակների մենեջերներին
- Բոլոր մենեջերների հիմնական նպատակն է եկամտի ստացումը
- Կառավարումն ուղղված է աշխատանքային արտադրողականության բարձրացմանը, որն իր մեջ ընդգրկում է արդյունավետությունը և խնայողությունը

Առողջապահության կառավարման հիմնական նպատակը և խնդիրները

- Նպատակը եղած ռեսուրսների պայմաններում հանրության հիվանդացության, հաշմանդամության և մահացության հետ կապված կորուստների կրճատումն է
- Խնդիրները բուժական, ախտորոշման և կանխարգելիչ միջոցառումների որակի բարձրացման և առողջապահության ռեսուրսների ռացիոնալ օգտագործման միջոցով նպատակին ամենաարդյունավետ ձևով հասնելն է

Առողջապահության համակարգի կառավարման սխեմա

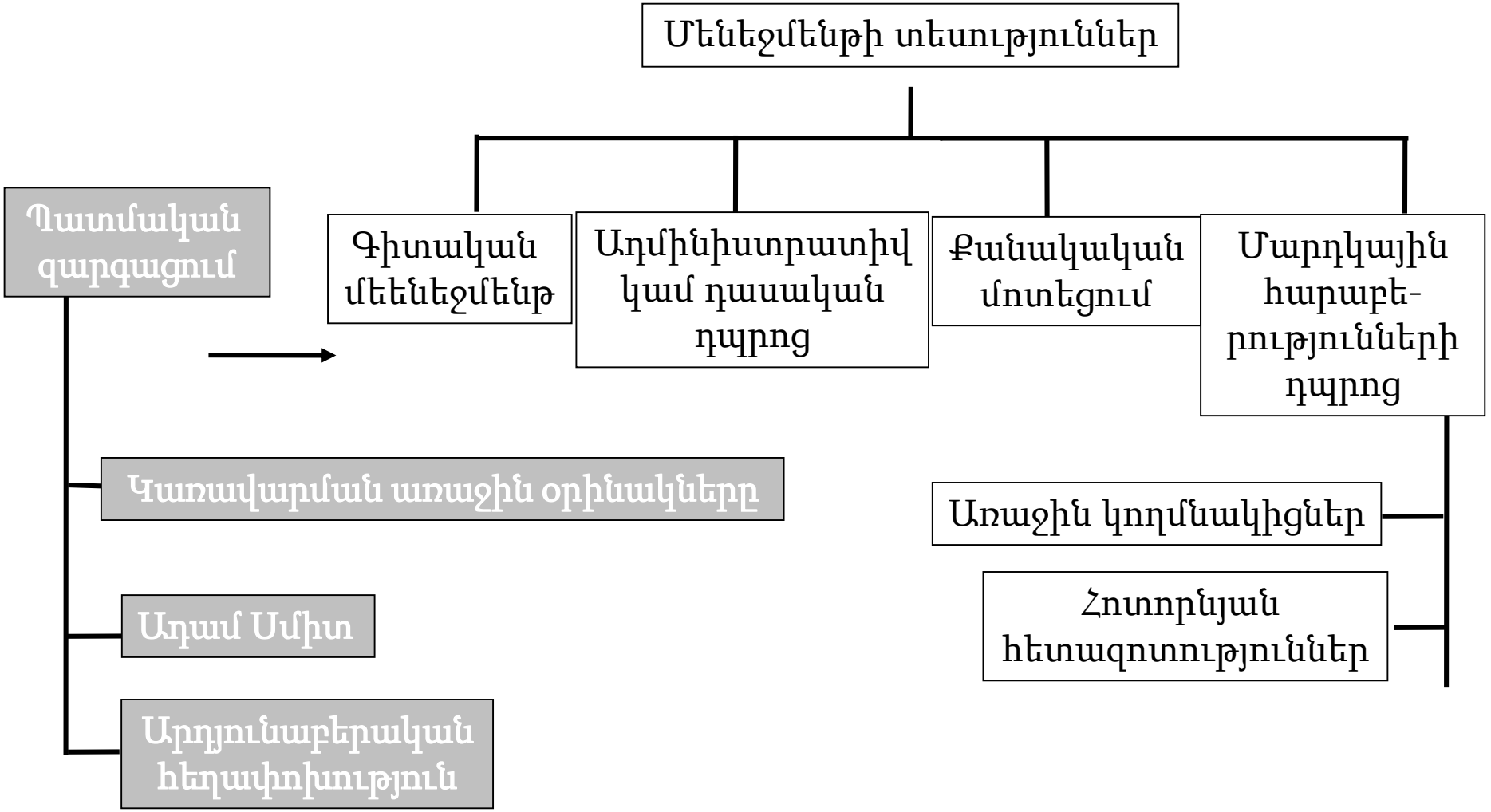
- Ընդհանուր առմամբ առողջապահության կառավարումը կարելի է բնութագրել ինչպես երեք խմբի ցուցանիշների օպտիմալ հարաբերության որոնման գործընթաց



Առողջապահության կառավարման հիմնական առանձնահատկությունները

- Ընդունվող որոշումների յուրահատուկ պատասխանատվությունը, որոնցից կախված է մարդկանց կյանքն ու առողջությունը
- Ընդունվող որոշումների դժվարությունը, իսկ երբեմն էլ հեռավոր հետևանքների կանխատեսման անհնարինությունը
- Սխալ ընդունված որոշումների շտկման դժվարությունը, իսկ երբեմն էլ անհնարինությունը

Մենեջմենթի հիմնական տեսությունների զարգացում



Մենեջմենթի զարգացման պատմություն

- Տարբեր կազմակերպություններ գոյություն ունեին դեռ հազարավոր տարիներ առաջ
  - Վաղ մենեջերական պրակտիկայի առկայության վկայականները՝
    Եգիպտական բուրգեր, Մեծ չինական պատ և այլն
- XIX դարավերջի կարևոր իրադարձություններ
  - Ազգերի հարստությունը - Ադամ Սմիտ
    - Աշխատանքի բաժանումը բերեց նրա արտադրողականության բարձրացմանը
  - Արդյունաբերական հեղափոխություն
    - Մարդու աշխատանքի փոխարինումը մեքենայական աշխատանքով
    - ֆորմալ կառավարման անհրաժեշտությունը խոշոր կազմակերպություններում

Մենեջմենթի զարգացման փուլերը

- Գիտական կառավարման դպրոց
  /Ֆ. Թեյլոր, Ֆ. և Լ. Գիլբռեթ/
- Ադմինիստրատիվ կամ դասական դպրոց
  /Ա. Ֆայոլ, Մ. Վեբեր և ուրիշներ /
- Մարդկային հարաբերությունների դպրոց /Է. Մեյո, Մ. Ֆոլետ և ուրիշներ /
- Մաթեմատիկական դպրոց
  /Ռ. Ակոֆֆ, Դ. Նորրեսթեր և ուրիշներ/

Գիտական կառավարման դպրոց

- Ֆ. Թեյլոր– Գիտական կառավարման սկզբունքները
  - գիտական վերլուծության օգտագործումը յուրաքանչյուր կոնկրետ աշխատանքի կատարման “լավագույն մեթոդների” ընտրման նպատակով
  - աշխատողների ընտրություն գիտական չափանիշների հիման վրա, նրանց ուսուցում և վարժեցում
  - նյութական խթանման սիստեմատիկ և ճիշտ օգտագործումը աշխատանքի արտադրողականության բարձրացման համար
  - կառավարման գործառույթների /պլանավորում, վերահսկողություն/ տարանջատումը արտադրողական գործառույթներից

- Հիմնական թերությունները
  - Մարդկային գործոնի անտեսում
  - Կառավարման ուղվածություն դեպի արդյունաբերության առանձնահատկությունները

Ադմինիստրատիվ կամ դասական դպրոց

- Հիմնական առանձնահատկությունները
  - Կառավարման միասնական սկզբունքների մշակում
  - Կառավարման գործողությունների հիմնական խմբերի առանձնացում
  - Կառավարման հիերարխիա
  - Կառավարման գործառույթների նկարագրում

Կառավարման գործառույթները (Ա. Ֆայոլ)

- Պլանավորում
- Կազմակերպում
- Կարգադրումներ
- Կոորդինացում
- Վերահսկողություն

Մարդկային հարաբերությունների և բիհեվիորիստական գիտությունների դպրոց

- Մարդկային հարաբերությունների դպրոցը շեշտադրում էր կառավարմամ մեթոդները, որոնք հիմնված էին միջանձնային հարաբերությունների կարգավորման վրա
- Բիհեվիորիստական /վարքագծային/ դպրոցի հիմնական նպատակն էր՝ աշխատանքի արդյունավետության բարձրացումը կազմակերպության մարդկային ռեսուրսների արդյունավետության, նրանց ներուժի լիարժեք օգտագործման միջոցով

Մարդկային հարաբերությունների դպրոց՝ Է. Մեյո

- Աշխատավայրում մարդիկ սովորաբար ղեկավարվում են սոցիալական պահանջմունքներով
- Աշխատատեղում մարդիկ ավելի մեծ հաճույք են ստանում իրենց սոցիալական պահանջմունքների բավարարումից, քան ինքնին աշխատանքից
- Մարդկանց վրա ավելի մեծ ազդեցություն է ունենում աշխատանքային կոլեկտիվը, քան կառավարչական վերահսկողությունը և խրախուսանքները

Մաթեմատիկական դպրոց

- Աշխատանքային գործընթացների հետազոտություն
  - Քանակական մեթոդների օգտագործումը որոշման ընդունման գործընթացի կատարելագործման համար
    - Վիճակագրության օգտագործում
    - Աշխատանքային գործընթացները նմանակող մոդելների օգտագործումը

Ժամանակակից միտումները

- Գլոբալիզացիա
- Աշխատուժի բազմազանություն
- Կառավարում էլեկտրոնային բիզնեսի աշխարհում
- Նորամուծությունների և ճկունության պահանջ
- Ուսուցանվող կազմակերպություն
- Գիտելիքների կառավարում

Կառավարչական կառուցվածք

- Կառավարման սուբյեկտ՝ անհատներ, որոնց գործառույթների մեջ մտնում է կառավարումը (ղեկավարներ, կազմակերպիչներ)
- Կառավարման օբյեկտ՝
  - աշխատողներ, կոլեկտիվներ, որոնք գործում են կառավարման սուբյեկտի հրահանգների համաձայն
  - արտադրության գործընթացներ, կառավարման ռեսուրսներ
- Տեխնոլոգիաներ. ներկայացնում են օբյեկտի վրա սուբյեկտի՝ կառավարման ազդեցության ձևերը (կառավարման մեխանիզմներ, կազմակերպչական կառուցվածք կառավարման գործընթաց)

Կառավարման սուբյեկտի 3 մակարդակները

- Ռազմավարական /ստրատեգիական/՝ գլխավոր բժիշկը
- Մարտավարական /տակտիկական/՝ գլխավոր բժիշկի տեղակալը
- Օպերատիվ մակարդակ /բաժնի վարիչ, գլխավոր բուժքույրը/

Կառավարման մեխանիզմները

- Կառավարման մեխանիզմը իր մեջ է ընդգրկում կատարողների վրա ղեկավարության ազդեցության այն եղանակները, որոնք ապահովվում են աշխատողների կողմից իրենց արտադրական խնդիրների իրականացումը լավագույն ձևով
  - Կառավարման սկզբունքները
  - Կառավարման մեթոդները
  - Կառավարման գործառույթները

Կառավարման սկզբունքները

- Կազմակերպչական
- Ջարգացման
- Կազմակերպության իմիջի

Կառավարման մեթոդները

- Կազմակերպչա-կարգադրական /ադմինիստրատիվ/
- Տնտեսագիտական
- Սոցիալ-հոգեբանական

Կազմակերպչա-կարգադրական /ադմինիստրատիվ/ մեթոդի հիմնական միջոցները

- Կարգավորող կամ կայունացնող
- Հրահանգչական
- Կարգապահական

Կառավարման տնտեսագիտական մեթոդ

- Կառավարման տնտեսագիտական մեթոդը լայն կիրառում է ստացել գործնական առողջապահական համակարգուն նոր տնտեսվարող սուբյեկտի ձևավորման ժամանակ:
- Նոր տնտեսվարման պայմաններում զարգացել են կազմակերպության առաջատար ձևեր, աշխատանքի վարձատրման նոր ձևեր և մեթոդներ՝ բրիգադային, կոլեկտիվ, արենդային և այլն:
- Յուրաքանչյուր աշխատողի վարձատրման հիմքում ընկած է ոչ միայն կատարած աշխատանքի ծավալը, այլ նաև աշխատանքի բարդության աստիճանը, որակը:

Կառավարման սոցիալ-հոգեբանական մեթոդ

- Ուղիղ մեթոդ
  - Ներշնչում
  - Համոզում
  - Նմանեցում /ղեկավարի հեղինակության և իշխանության օգտագործում/
- Անուղղակի մեթոդ
  - Դրդում
  - Ընդգրկում

Կառավարման մեթոդները

Կազմակերպչա-
կարգադրական
/ադմինիստրատիվ/

Տնտեսագիտական

Սոցիալ-
հոգեբանական

անցանկալի է

Տնտեսագիտական

Սոցիալ-
հոգեբանական

Կազմակերպչա-
կարգադրական

նախընտրելի է

Կառավարման ոճը

- Ավտորիտար
  - Կազմակերպչա-կարգադրական մեթոդների դերի չափազանցում
  - կառավարման որոշումների միանձնյա ընդունում
  - Ենթակաների նախաձեռնությունը չի խրախուսվում, իսկ հաճախ էլ ճնշվում է
- Լիբերալ
  - Ենթակաների նկատմամբ պահանջկոտության ցածր մակարդակ
  - Մինիմալ միջամտություն ենթակաների աշխատանքում
  - Ենթակաների նախաձեռնությունը չի ճնշվում, բայց ոչ էլ խրախուսվում է
- Ժողովրդավարական
  - Կառավարական որոշումներ ընդունման գործընթացում ղեկավարը խորհրդակցում է ենթակաների հետ
  - Ենթակաների նախաձեռնությունը խրախուսվում է
  - Ենթակաների նկատմամբ պահանջկոտություն

Կառավարման գործառույթները

- Պլանավորում՝ առաքելությունների և նպատակների, ինչպես նաև դրանց իրագործմանն ուղղված գործողությունների ընտրություն. այդ է պահանջում որոշման ընդունումը
- Կազմակերպում՝ լիազորությունների և պատասխանատվությունների փոխհարաբերությունների հաստատում
- Կոորդինացում՝ գործողությունների համապատասխանացում ժամանակի և տարածության մեջ

Կառավարման գործառույթները /շարունակություն/

- Կադրերի հետ աշխատանք՝ գործունեություն կապված մարդկային ռեսուրսների և անձնակազմի կառավարման հետ /թեկնածուների հավաքագրում, ընտրություն և աշխատանքի ընդունում, պաշտոնների բաշխում, ուսուցում, աշխատավարձի սահմանում և այլն/
- Ղեկավարում՝ մարդկանց կառավարումը, որը կողմնորոշված է դեպի ազդեցությունը: Ղեկավարումը ընդգրկում է խթանումը և մոտիվացիան, լիդերության ոճերն ու մոտեցումները և հաղորդակցություն
- Հսկողություն՝ գործունեության և նրա գնահատականի մոնիտորինգ, որի հիմնական նպատակն է որակի մշտական բարելավումը

Պլանավորման տեսակները ըստ ժամանակի

- Պլանավորման տեսակները ըստ ժամանակի /1 տարի/
- Միջնաժամկետ /5 տարի/
- Երկարաժամկետ /15-20 տարի/

կառավարման պլանավորման գործառույթ: Բիզնես-պլանի հիմնական խնդիրները

- Հիմնարկության երկարաժամկետ և կարճաժամկետ նպատակների որոշում, այն իրականացնելու ստրատեգիան և տակտիկան
- Հիմնարկության երկարաժամկետ և կարճաժամկետ նպատակների որոշում, այն իրականացնելու ստրատեգիան և տակտիկան
- Ռեսուրսների համապատասխանություն ԲՊՀ զարգացման ուղղություններին և նպատակին
- Բժշկական ծառայությունների շուկայի ուսումնասիրման համար մարքեթինգային միջոցառումների ձևավորում

Կառավարման ֆունկցիաները տարբեր մակարդակներում

- Բոլոր մենեջերները կատարում են կառավարական ֆունկցիաներ, սակայն յուրաքանչյուր ֆունկցիայի վրա ծախսված ժամանակը կարող է տարբեր լինել
  - Ստրատեգիական մակարդակի մենեջերներն ավելի շատ ժամանակ են տրամադրում պլանավորմանն ու կազմակերպչական աշխատանքներին, քան ավելի ցածր մակարդակի մենեեջերները
  - Օպերատիվ մակարդակի մենեջերներն իրենց ժամանակի մեծ մասը վատնում են ղեկավարման վրա
  - Բոլոր մակարդակների մենեջերների կողմից հսկողության ֆունկցիային տրամադրվող ժամանակային տարբերությունն աննշան է

Կառավարչական ունակություններ (Ռ. Կաց)

- Տեխնիկական ունակություններ
  - Կառավարման մեթոդները, գործընթացները և տեխնիկական միջոցներն օգտագործելու ունակություն
- Մարդկանց հետ շփման ունակություններ
  - Մարդկանց հետ ընդհանուր լեզու գտնելու, նրանց հասկանալու, նրանց հետ շփվելու, շահագրգռելու և առաջնորդելու ունակություն
- Կոնցեպտուալ մտածելու ունակություններ
  - Ընդունակություն է հասկանալու փոխկապվածությունը բարդ իրավիճակներում, տարբեր գործոնների համատեղման հնարավորունը

Կառավարման հիերարխիա և անհրաժեշտ ունակություններ

- Օպերատիվ մակարդակի մենեջերների համար շատ կարևոր են՝
  - Տեխնիկական ունակությունները
  - Մարդկանց հետ շփվելու ունակությունները
- Մարտավարական մակարդակի մենեջերների համար՝
  - Տեխնիկական ունակությունների կարևորությունը նվազում է
  - Մեծ նշանակություն են ձեռք բերում կոնցեպտուալ մտածելու ունակությունները
  - Կարևոր են մարդկանց հետ շփվելու հմտությունները
- Ռազմավարական մակարդակի մենեջերների համար՝
  - Շատ կարևոր են կոնցեպտուալ մտածելու ունակությունները
  - Կարևոր է մարդկանց հետ շփման ունակությունը
  - Նվազում է տեխնիկական հմտությունների առկայության անհրաժեշտությունը

Կառավարման գործընթաց

Կառավարչական որոշման փուլերը

- Տեղեկատվական-վերլուծական փուլ (խնդրի սահմանման փուլ)
- Որոշման ընդունման փուլ
- Որոշման իրականացման փուլ
- Որոշումների կատարման վերահսկողության

Տեղեկատվական-վերլուծական փուլ

- Տեղեկատվության հավաքում, մշակում և ստեղծված իրավիճակի վերլուծություն
- Խնդրի արդիականության որոշում
- Խնդրի լուծման համար անհրաժեշտ պայմանների սահմանում

Տեղեկատվությանը ներկայացվող պահանջները

- անհրաժեշտ և բավարար քանակություն ու որակ
- տեղեկատվության հավաստիություն ու ճշտություն
- տեղեկատվության ժամանակին ստանալու ապահովում
- տեղեկատվության օգտակարություն
- տեխնոլոգիական բնութագրիչների օպտիմալ քանակության ապահովում՝ տարածման խտություն, պահպանման հնարավորություն, մշակման արագություն, բազմացման հնարավորություն

Որոշման ընդունման փուլ

- Լուծման այլընտրանքային տարբերակների մշակում
- Լուծման տարբերակների համադրումն առկա ռեսուրսների հետ
- Այլընտրանքային տարբերակների գնահատումն՝ ըստ սոցիալական հետևանքների
- Այլընտրանքային տարբերակների գնահատումն՝ ըստ տնտեսական էֆեկտիվության
- խնդրի լուծման ծրագրի կազմում

Որոշման իրականացման փուլ

- Որոշումները կոնկրետ կատարողներին հասցնելը
- Ուժերի և միջոցների կարգավորմանն ու անհրաժեշտ արտադրական կապերի հաստատմանն ուղղված միջոցառումների անցկացում
- Քաջալերական և պատժիչ միջոցների մշակում

Որոշումների կատարման վերահսկողություն

- Ղեկավարի սիստեմատիկ գործունեություն՝ ուղղված փաստացի կատարման հսկողությանը նախապես առաջադրված արդյունքին հասնելու համար

Հսկողության հիմնական գործողությունները

- Կատարման ցանկալի արդյունքի սահմանում
- Փաստացի արդյունքի ուսումնասիրում
- Ստացված արդյունքի համեմատում և գնահատում պլանավորվողի հետ
- Կորեկցիայի ենթարկող ազդեցության մշակում

Որոշումների կատարման հսկողության տեսակները

- Նախնական՝ մինչև գործունեություն սկսելը
- Ուղղորդված գործունեության ժամանակ
- Ֆիլտրող՝ որոշակի փուլում
- Հաջորդող՝ աշխատանքը ավարտելուց հետո

Կախված կառավարման սուբյեկտի առանձնահատկություններից տարբերում են

- Ադմինիստրատիվ՝ վարչական հսկողություն
- Հասարակական հսկողություն

Կառավարչական որոշման տեսակները

- Ըստ կազմակերպության բնույթի
  - Միանձնյա՝ անհատական որոշում
  - Կոլեգիալ որոշում
  - Կոլեկտիվ որոշում
- Ըստ նպատակի
  - Ստրատեգիական
  - Տակտիկական
  - Օպերատիվ

Ղեկավարը ընդունելով ինքնուրույն՝ միանձնյա որոշում, կարող է՝

- իրավիճակը չքննարկի որևէ մեկի հետ
- հանձնարարի որևէ մեկին հավաքել տեղեկատվություն
- հիմնախնդրի լուծման տարբերակների վերաբերյալ խորհրդակցի ենթակաների հետ և կարող է կամ ընդունել կամ մերժել առաջարկվող տեսակետները:

Բոլոր դեպքերում վերջնական որոշումը կայացնում է ղեկավարը:

Կառավարչական որոշումների որակի չափանիշներ

- Արդիականություն՝ այն պետք է ունենա հստակ նպատակային ուղղվածություն,
- Որոշման կայացման ժամանակին լինել
- Հիմնավորվածություն
- Որոշակիություն՝ այն պետք է ունենա հասցեատեր
- Չևի պարզություն և բովանդակության հստակություն
- Չհակասող՝ որոշման համապատասխանություն նախորդ որոշումներին
- Արդյունավետություն՝ անհրաժեշտ է հասնել արդյունքի մինիմալ ծախսերի պայմաններում

Որոշման կայացման ցիկլում յուրաքանչյուր մակարդակի մենեջեր ունի իր գործունեության չափաբաժինը

- Ռազմավարական մակարդակի մենեջերը ակտիվ մասնակցում է որոշման մշակման և ընդունման փուլին և կրում է պատասխանատվություն ընդունած որոշման հետևանքների համար:
- Մարտավարական մակարդակի մենեջերը իրականացնում է ռեսուրսների օպտիմալ բաշխում: Կրում է պատասխանատվություն ԲՊՀ տարբեր ուղղությունների աշխատանքների կազմակերպման և հսկողության համար:
- Օպերատիվ մակարդակի մենեջերը պատասխանատու է որոշման արդյունավետ կատարման համար: Այս մակարդակի մենեջերը կրում է պատասխանատվություն կազմակերպության ստրատեգիական զարգացման վերաբերյալ ընդունված որոշման գործնական կիրառման համար

Առողջապահության տնտեսագիտություն, ֆինանսավորում

Հանրային առողջության և առողջապահության ամբիոն
2016

Առողջապահության տնտեսագիտություն՝ սահմանումը

Տնտեսագիտությունը ուսումնասիրում է աշխարհում սահմանափակ ռեսուրսների պայմաններում նյութական բարիքների և ծառայությունների արտադրության, բաշխման և սպառման գործընթացում մարդկանց վարվելակերպը

- Առողջապահության տնտեսագիտությունը ուսումնասիրում է բժշկական ծառայությունների արտադրության և շրջանառության պրոցեսի վրա տնտեսագիտական օրենքների ազդեցությունը և նպատակադրված է միջոցների և ռեսուրսների խելամիտ չափերի ծախսման միջոցով առավել լիարժեք բավարարել բնակչության պահանջները
- Առողջապահության տնտեսագիտությունը՝ բժշկության բնագավառում տնտեսավարման ձևերի, մեթոդների և արդյունքների մասին, առողջապահության կազմակերպման, կառավարման և զարգացման մասին տնտեսագիտական գիտելիքների համալիր է

Տնտեսագիտության 2 մակարդակներ

1. Մակրոտնտեսագիտություն - առողջապահության փոխազդեցությունը երկրի ընդհանուր տնտեսագիտության հետ՝ նրա համակարգային տեղը, դերը, ազդեցությունը

2. Միկրոտնտեսագիտություն - տնտեսագիտության պրոբլեմները տվյալ ոլորտի մակարդակի վրա, նրա ներքին կարգավորումը, օրինաչափություններն ու առանձնահատկություններ, առանձին հիմնարկների և կազմակերպությունների գործունեության տնտեսագիտական հիմունքները

Հիմնական հարցեր

- Ո՞րտեղից և ինչպե՞ս գտնել ռեսուրսները
- Ինչպե՞ս դրանք բաշխել տարբեր ծրագրերի մեջ /ինչպիսի՞ ծառայություններ տրամադրել և առաջին հերթին, ինչպե՞ս բաշխել միջոցները առաջնային և մասնագիտացված օգնության միջև/
- Ինչ՞ գնով
- Ո՞վ կունենա ծառայությունների ստացման հնարավորություն /ո՞վ և ինչպե՞ս պետք է վճարի/
- Ինչպիսի՞ հաջորդությամբ պետք է ցուցաբերվեն ծառայությունները:

Առողջության արժեքը

- 10%-ով առողջության ցուցանիշների բարելավման դեպքում տնտեսական ցուցանիշները լրացուցիչ աճում են 0.3-0.4%
- Զարգացող երկրներում միայն հիմնական պահանջների համար անհրաժեշտ է շուրջ 40 դոլար, որը կազմում է 1 շնչին ընկնող ՀՆԱ-ի շուրջ 10% և բացարձակապես հնարավոր չէ:
- Հիվանդացության ծանր բեռը քայքայում է ազգային բյուջեն
- Վարարման էֆեկտ

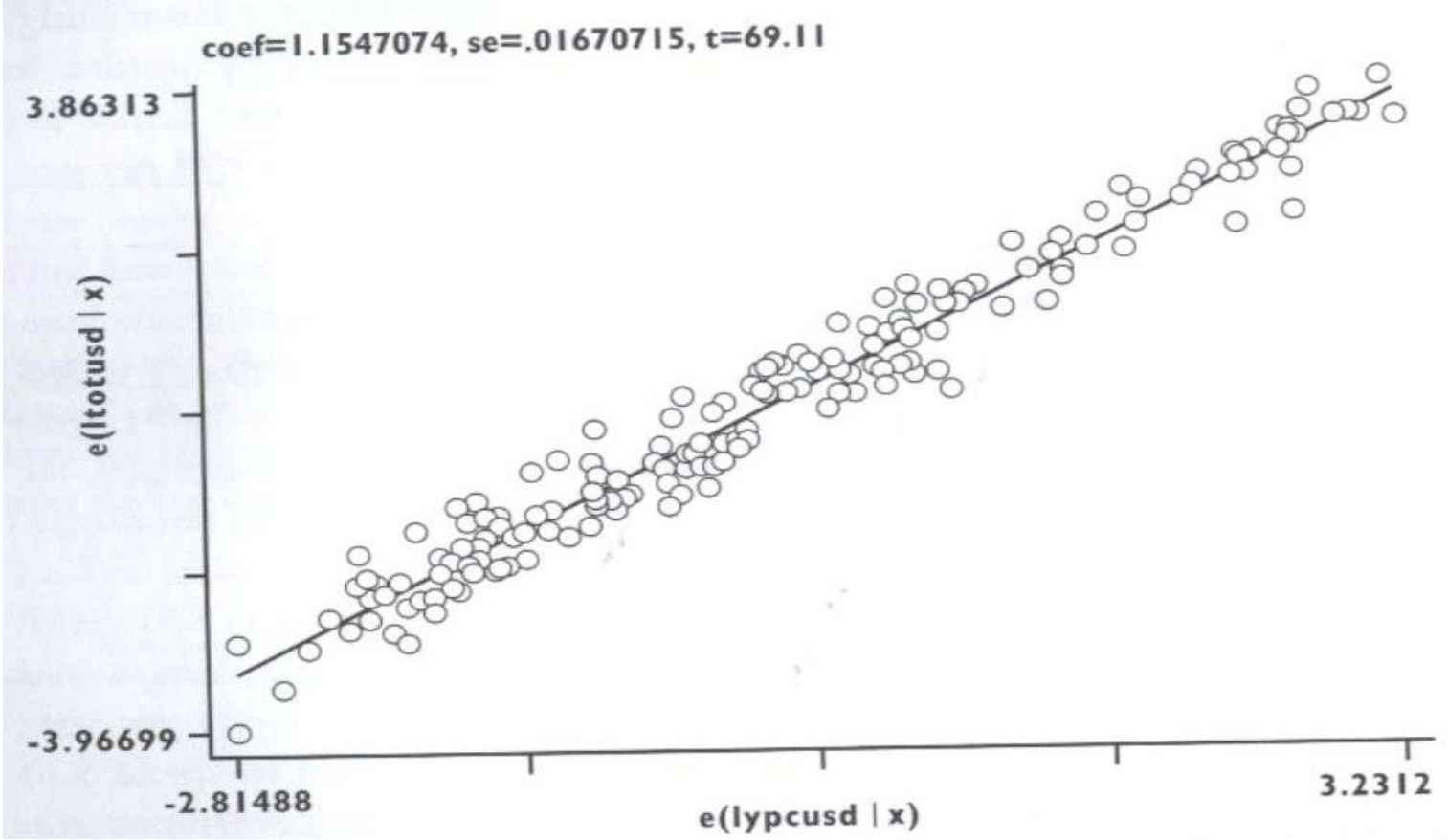
Տնտեսություն և առողջություն
Կյանքի միջին տևողությունը և մանկական մահացությունը՝ կախված երկրի զարգացման մակարդակից

Զարգացման մակարդակ	Տարեկան եկամուտը /դոլլար/	Սպասվելիք կյանքի միջին տևողություն	Մանկական մահացություն	<5 տարեկան երեխաների մահացություն
Ամենանվազագույն զարգացման մակարդակ	293	51	100	159
Ցածր եկամուտով	538	59	80	120
Միջինից ցածր եկամուտով	1200	70	35	39
Միջինից բարձր եկամուտով	4900	71	26	35
Զարգացման բարձր մակարդակ	25730	78	6	6

Տնտեսություն և առողջություն
1965-1994 թթ. ՀՆԱ աճը 1 շնչի հաշվարկով՝ կախված եկամուտից և մանկական մահացությունից

Եկամուտը 1965թ. /ԱՄՆ դոլլար/	Մանկական մահացություն /1965թ./			
	<50	50-100	100-150	>150
<750	-	3.7	1.0	0.1
750-1500	-	3.4	1.1	0.7
1500-3000	5.9	1.8	1.1	2.5
3000-6000	2.8	1.7	0.3	-
>6000	1.9	0.5	-	-

Առողջապահության ծախսերի կախվածությունը ՀՆԱ-ից բնակչության 1 շնչի հաշվարկով



Առողջապահությունը որպես տնտեսության ոլորտ

- Տնտեսության խոշոր մասնակից է ոչ միայն ծախսային բաժնով
- Խոշորագույն գործատու է
- Քաղաքաշինական գործոն է /Ռոչեստերի հիվանդանոցը, կուրորտային կենտրոնները Ռուսաստա-նում, Չեխիայում, Գերմանիայում, Հայաստանում/

Տնտեսության ձևերը

1. Վարչահրամայական
2. Շուկայական - ըստ պետական կարգավորման աստիճանի լինում է՝

✓ ազատ

✓ կարգավորվող

❖ «կվազի-շուկա» հատուկ ձև է, բնորոշ սոցիալապես կարևոր ոլորտներին

Շուկա

Փոխանակման ոլորտ է՝ վաճառողը շուկա է
բերում իր աշխատանքի արդյունքը, /ապրանք - եթե շոշափելի է,
ծառայություն - եթե շոշափելի չէ/, իսկ գնորդը ձեռք է բերում այն

Շուկան ենթադրում է՝

1.բազմաթիվ վաճառողների պարտադիր առկայություն
2.նրանց իրավահավասարություն
3.մրցակցություն
4.ռեսուրսների և տեղեկատվության ձեռքբերման հավասարություն
5.տեղեկատվության մատչելիություն գնորդի համար
6.գնագոյացման ազատ շուկայական մեխանիզմներ
7.գնորդի համար ազատ ընտրության հնարավորություն

- ✓ գնորդի շուկա
- ✓ վաճառողի շուկա

Շուկայի ֆունկցիաները

Պահանջարկի և առաջարկի հատուկ կարգը կազմում են շուկայական մեխանիզմի հիմքը

Շուկայի ֆունկցիաներն են՝

1.տեղեկատվական

2.միջնորդական

3.գնագոյացման

4.կարգավորող

5.առողջացուցիչ

Պահանջարկ

Պահանջարկը այն քանակությունն է, որի համար սպառողը /գնորդը/ պատրաստ է վճարել տվյալ գինը

❖ Պահանջարկը կախված է

1.ապրանքի գնից,

2.որակից

3.փոխարինողների առկայությունից և դրանց գնից

4.բնակչության եկամուտներից

5.նորաձևությունից /մոդա/

6.ավանդույթներից, ճաշակներից և այլն:

❖ Բժշկական ապրանքների և ծառայությունների նկատմամբ պահանջարկը, նշվածներից բացի կախված է նաև

1.բնակչության տարիքային կառուցվածքից

2.հիվանդացության բնույթից

3.ապահովագրական համակարգի առկայությունից

Պահանջարկ

Լինում է՝

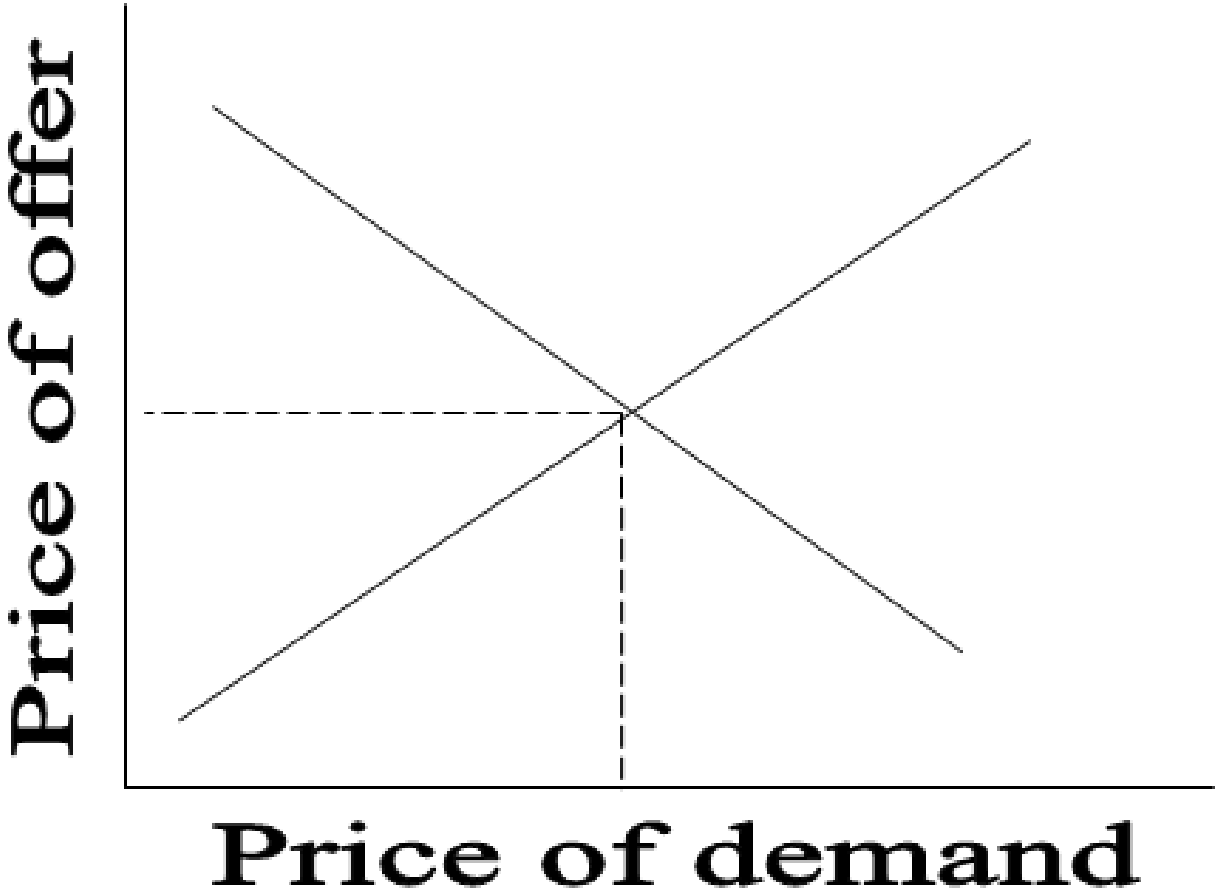
- Ճկուն
- Ոչ ճկուն
- Խթանված
- Չդրսևորված /չկա ծառայություն – չկա պահանջարկ/
- Չհիմնավորված /հեքիմներ, շամաններ/
- Չափազանց մեծ /աբորտներ՝ ոչ ցանկալի հղիության նախազգուշացման փոխարեն/
- Հետաձգված, մի կողմ դրված /հետո կդնեմ ոսկե ատամներ, երբ փող ունենամ/
- Ոչ կանոնավոր /հիվանդացության, նորաձևության և սեզոնային տատանումները/ և այլն

Առաջարկ

Առաջարկը կախված է

1. Արտադրության ծախսերից /ինքնարժեքից/
2. Տեխնոլոգիայից
3. Այլ ապրանքների արժեքներից, պետության հարկային քաղաքականությունից և այլն

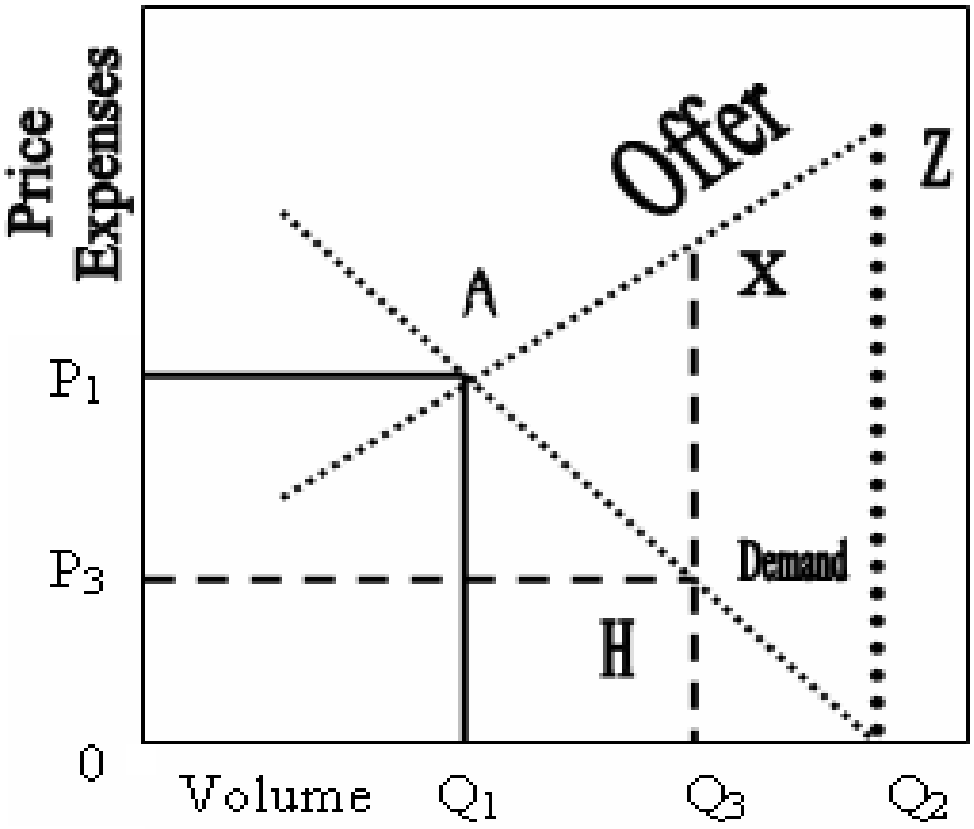
Պահանջարկ և առաջարկ
Հավասարակշված գին



Կվազի-շուկայի բնութագրերը

- Շահույթ ստանալը հիմնական նպատակ չէ
- Ծառայություն մատուցողն և ստացողը հավասար պայմաններում չեն
- Ծառայություն սպառողն ու վճարողը հաճախ տարբեր են
- Սպառողը մտահոգված չէ էժանագին բժիշկ փնտրելու համար
- Միջնորդի առկայությունը խթանում է պահանջարկը
- Հիմնականում ներկայացված է ծառայությունների ձևով
- Միևնույն ծառայության համար հաճախ վճարվում է տարբեր գին
- Հանրային ապրանքների ու ծառայությունների առկայությունը /«վերալցման էֆեկտ», «նապաստակի էֆեկտ»/
- Բուժօգնության մեջ պահանջը կրում է պարտադիր բնույթ, հաճախ չի կարող լինել հետաձգված կամ փոխարինված
- Ոչ միշտ է հսկվում և հստակ որոշվում կապը բժշկական աշխատանքի ծախսերի և վերջնական արդյունքի միջև
- Հնարավոր են հակասություններ հիմնարկում արդյունավետության և ողջ առողջապահության համակարգի կառուցվածքային արդյունավետության միջև

Պահանջարկի խթանումը ապահովագրության միջոցով



Արդյունավետությունն առողջապահության մեջ

1. Բժշկական – բժշկական արդյունքին /էֆեկտին/ հասնելու աստիճանն է /հիվանդի առողջացումը, բուժված հիվանդների տոկոսը/
2. Սոցիալական – սոցիալական արդյունքին հասնելու աստիճանն է – ողջ առողջապահության համակարգով բնակչության բավարարվածությունը, կյանքի միջին տևողության ավելացումը, հիվանդացության և մահացության ցուցանիշների իջեցումը: Սկզբունքորեն սոցիալական արդյունավետությունը նման է և կապված է բժշկական արդյունավետության հետ, սակայն ավելի լայն հասկացություն է
3. Տնտեսական – ծախսերի և հասած արդյունքների հարաբերակցությունն է, հաջողության գինը

Արդյունավետությունն առողջապահության մեջ

- Արդյունավետության 3 ձևերի մեջ կա անխուսափելի հակասություն – տնտեսականորեն անարդյունավետ միջոցառումների սոցիալական արդյունավետությունը կարող է լինել չափազանց մեծ
- Տնտեսական արդյունավետության մասին կարելի է խոսել, համեմատելով երկու ըստ բժշկական արդյունավետության գրեթե միանման մեթոդներ, որոնք տարբերվում են իրենց արժեքներով: Փողը բժշկության մեջ անհրաժեշտ է հաշվել, սակայն տնտեսումը դա հիմնական նպատակը չէ

Տնտեսագիտական արդյունավետության գնահատման մեթոդները

- **Ծախսերի արդյունավետության** վերլուծությունը անցկացվում է միայն այն ժամանակ, երբ արդյունքները /«ելքերը»/ չափվում են նույն /միաչափ/ բնական ֆիզիկական ցուցանիշով: Այս մեթոդը կիրառելի է միայն բժշկական միջնորդությունների ալտերնատիվ տարբերակների գնահատման համար
- **Ծախսերի օգտակարության** վերլուծությունը կիրառվում է, երբ բժշկական միջնորդության արդյունքը գնահատվում է ավելի բարդ ինտեգրալ ցուցանիշով
- **Ծախսերի օգտավետության** վերլուծությունը կիրառվում է այն դեպքում, երբ ինտեգրալ ցուցանիշն ունենում է դրամային արտահայտություն: Բանը նրանումն է, որ դրամային միավորը նույնպես ինտեգրալ չափանիշ է հանդիսանում: Այսինքն, դա ծախսերի և օգուտի հարաբերակցությունն է, արտահայտված դրամային համարժեքով /էկվիվալենտով/:

Հիվանդացությունից կրած վնաս

1.Ուղղակի - ծախսերն են բուժման վրա, ծախսերը մասնագետների պատրաստման, գիտական հետազոտությունների վրա

2.Անուղղակի - կորուստներն են, կապված աշխատունակության կորուստների հետ, աշխատանքի արտադրողականության իջեցման հետ, արտադրանքի թերարտադրման հետ, հաշմանդամության կամ վաղաժամ մահացության հետևանքով /2-3 անգամ գերազանցում են ուղղակի ծախսերից/

- Պրոֆիլակտիկ, դիագնոստիկ և բուժական միջոցառումների արդյունքում կորուստները կարող են լինեն իջեցված: Մինչև միջոցառումները և անցկացված միջոցառումներից հետո տնտեսական վնասի տարբերությունը կոչվում է կանխված վնաս
- Բժշկական և պրոֆիլակտիկ միջոցառումները ինքնին կարող են լինեն շահութաբեր /պոլիոմիելիտի, դիֆտերիայի օրինակ/
- Տնտեսական արդյունավետությունը հավասար է կանխված վնասի և կատարած ծախսերի հարաբերությանը՝
- Տնտեսական արդյունավետությունը = <u>կանխված վնասը</u>
  ծախսերը

Ռեսուրսների բաշխման տարբերակներ

- Սահմանափակ ռեսուրսների բաշխման խնդիրը ամենաբարդերից մեկն է, որը չի կարող լուծվել շուկայական տնտեսության շրջանակներում:
- Ռեսուրսների բաշխման 4 տարբերակները՝

1. կառավարության հարկադրական որոշում
2. հանրության ավանդույթներին և նորմերին համաձայն
3. հաջորդականություն
4. շուկայական գներ

Առողջապահության գերակայությունների ձևավորում

Քառակողմ պրոցես է, որի մասնակիցներն են՝

1.հասարակությունն ու պացիենտները

2.բժշկական ծառայությունների արտադրողները

3.գների և արդյունավետության մասին տվյալները՝ «ծախսեր-օգուտ»

4.կառավարությունը

Գերակայություններին ներկայացվող երեք պահանջները

1.Գործող առողջապահության շրջանակներում պետք է լինեն իրականում իրագործելի և բավականաչափ որակով

2.Գերակայություններով նախատեսվող ռեսուրսների շրջանակներում պետք է ընդգրկեն հանրության բոլոր կամ գրեթե բոլոր անդամները

3.Գերակայությունները պետք է արտացոլեն քաղաքական համաձայնության հայտնի աստիճանը իրենց ակտուալության վերաբերյալ

Գերակայությունների օրինակ

- **Մարդկային արժանապատվությունը**– բոլոր մարդիկ օժտված են հավասար արժանապատվությամբ և հավասար իրավունքներով անկախ նրանց անձնական բնութագրերից և հասարակության մեջ ունեցած պարտականություններից
- **Պահանջ և հավասարություն** – ռեսուրսները պետք է հատկացնել առաջնային պահանջների բավարարման համար, հատուկ ուշադրություն դարձնել այն
  խմբերի պահանջներին, որոնք չգիտեն իրենց իրավունքները
  և, ուրիշների հետ համեմատած,
  ավելի քիչ հնարավորություն ունեն արտահայտել իրենց կարծիքը կամ իրականացնել իրենց իրավունքները
- **Արդյունավետությունը ծախսերի տեսանկյունից** – տարբեր տարբերակների ընտրության ժամանակ նախընտրությունը տրվում է ծախսերի և վերադարձի նկատմամբ բալանսավորված մոտեցմանը /սկզբունքը կիրառվում է միայն նույն հիվանդության բուժման տարբեր մեթոդների համադրության դեպքում/

Պետության դերը կարգավորման հարցում

- Գների թելադրանք /հարկադրանք/
- Բաշխման թելադրանք /հարկադրանք/
- Լինել ծառայությունների արտադրողը
- Վճարել մասնավոր արտադրողների կողմից ցուցաբերվող ծառայություն-յունները
- Թելադրել խաղի կանոնները շուկայում
- Կարող է արտահայտվել նաև ակտիվ հարկային քաղաքականությամբ, նպաստներով և դոտացիաներով /լրավճարներ/, քվոտաներով /սահմանված նորմերով/ և լիցենզիաներով

Միջնորդի դերը (ՀՀ-ՊԱԳ)

Վաճառողի /բժշկական ծառայությունների արտադրող/ և սպառողի /պացիենտ/ միջև կա միջնորդ - գնորդը /պետական գործակալություն/, որն ունի մի շարք չափազանց կարևոր ֆունկցիաներ՝

- պաշտպանում է սպառողի /պացիենտի/ իրավունքները
- հսկում է ցուցաբերվող բժշկական ծառայությունների որակը
- հսկում է գները
- հսկում է ցուցաբերվող բժշկական օգնության անհրաժեշտ ծավալը
- խթանում է մրցակցությունը բժշկական ծառայությունների արտադրողների միջև

Ամբուլատոր–պոլիկլինիկական հաստատությունների ֆինանսավորման մեխանիզմներ

1.ֆինանսավորում ըստ նախահաշվի (բյուջետային)

2.ֆինանսավորում մեկ շնչի համար

3.ֆինանսավորում իրականացված առանձին ծառայությունների համար

4.ֆինանսավորում պոլիկլինիկական սպասարկման յուրաքանչյուր դեպքի համար

5.ֆինանսավորում յուրաքանչյուր պոլիկլինիկական ավարտուն դեպքի համար

Բժշկական ծառայությունների կազմակերպման երեք մոդելներ

- Պայմանագրի կնքում գնորդի և մատակարարի միջև՝ ծառայության համար վճարման տարիֆով: Սպառողը /պացիենտը/ սովորաբար մատակարին ընտրելու իրավունք չունի: Այս համակարգը գործում է մեծամասն երկրներում
- Հատուցման սխեմա, երբ սպառողը ընտրում է մատակարարին, ստանում է ծառայությունը, վճարում է այն, իսկ հետո միջնորդը փոխհատուցում է ծախսերի **ՄԱՍԸ** /այս մոդելը գործում է Ֆրանսիայում/
- Ինտեգրացում ծառայությունների մատակարարման և գնման միջև, այսինքն գնորդը հանդիսանում է սարքավորումների սեփականատերը և բուժանձնակազմի գործատուն /Մեծ Բրիտանիա/

Բյուջետային ֆինանսավորում

- Հատկացվում է խստորեն ըստ հոդվածների
- Չի խթանում ինտենսիվ և որակով աշխատանքը
- Արդյունավետությունը ցածր է
  և չի խթանվում խիստ սահմանափակումների պատճառով
- Համակարգը չի նպաստում մրցակցությանը և աշխատանքի բարձր արդյունավետությանը
- **Սակայն** թույլ է տալիս խստորեն հսկել ծախսերը և զսպել բժշկական ծառայությունների գները:

Բժիշկների աշխատանքի վճարման համակարգեր

- Բժիշկն ունի հնարավորություն նպաստելու սեփական ծառայությունների պահանջարկի բարձրացմանը
- Վարձատրման օպտիմալ համակարգի նպատակներն են՝

- ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործում
- մատչելիություն
- որակ
- առողջության պահպանման պրոբլեմին գլոբալ մոտեցում՝ պրոֆիլակտիկայի ընդգրկմամբ
- պացիենտի հնարավորություն ընտրել բժշկին
- բժշկի մասնագիտական ազատություն

Բժիշկների վճարման երեք հիմնական ձևեր

- Հոնորար /վճարում ծառայության համար/ - բերում է ծառայությունների ծավալի, բուժման ժամկետների մեծացմանը, չհիմնավորված ծառայությունների պարտադրմանը
- Կոշտ աշխատավարձ /վճարում ժամանակի համար/ - հանգեցնում է սերուցքի քաշմանը, սպասարկման որակի իջեցմանը՝ կամ կոնսուլտացիայի վրա ծախսվող ժամանակի կրճատման կամ
  չհիմնավորված կերպով հիվանդանոց ուղեգրման միջոցով, չի ն պաստում աշխատանքի ինտենսիֆիկացմանը
- Ըստ շնչի վճարում /բնակչության առողջության պատասխանատվության համար/ - բերում է սերուցքի քաշմանը, սպասարկման որակի իջեցմանը

Բժիշկների վճարման կոմբինացված ձև

- Կիրառվում է Հյուսիսային Եվրոպայի երկրներում, մաքսիմալ օգտագործվում է նշված երեք մեթոդներից յուրաքանչյուրի դրական կողմերը
- Նորվեգիայում ընտանեկան բժիշկի աշխատավարձը կազմվում է՝ 50% ըստ շնչի վճարումից, 30% հոնորարից և 20% պացիենտների համավճարներից
- Ֆինլանդիայում՝ 60% աշխատավարձից, 20% ըստ շնչի վճարումից, 15% հոնորարից և 5% հավելումներից

Ո՞վ է որոշում բժշկին վճարման չափը

1. Բժիշկն ինքն է սահմանում իր հոնորարը – կիրառվում է հազվադեպ /Ֆրանսիա/
2. Հոնորար - բժիշկների և գնորդների միջև բանակցությունների արդյունք է /ունի առավել լայն տարածում/
3. Սահմանվում է կենտրոնական հաստատության կողմից

Ստացիոնար օգնության վճարում

Բյուջետային, պրոսպեկտիվ և ռետրոսպեկտիվ վճարման ձևերի փոփոխված տարբերակներն են

- Գլոբալ բյուջե /բյուջետային/ - բանակցության արդյունք է մատակարի և ֆինանսավորող կողմերի միջև

–Վճար է վերջնական արդյունքի, ավարտված դեպքի համար

–Վճարվող ծառայությունների ծավալը հստակեցված է

–Հնարավոր է տնտեսված միջոցների կուտակում և մաներում

Թերությունները՝

- Տրամադրվող ծառայությունների որակը չի ֆիքսվում և մատակարարը ձգտում է տնտեսել որակի հաշվին
- Նախապայմաններ են ստեղծվում սերուցքը քաշելու համար

Պրոսպեկտիվ վճարման մեթոդ

- Մշակված են ախտորոշմամբ-կապված խմբեր /կլինիկա-վիճակագրական/, թվով 487, որոնց գները որոշվում են նախորդ 5-6 տարիների գներից ելնելով
- Անհնար է ընդգրկել բոլոր ախտորոշումները, հիվանդության ընթացքի ծանրությունը, օրգանիզմի առանձնահատկությունները, բարդությունները
- Հնարավոր է հիվանդին տեղափոխել խմբից խումբ՝ ավելի թանկարժեք և օգտավետ
- Հնարավոր է ընտրել օգտավետ պացիենտներ, հրաժարվել դժվար դեպքերից, տարեցներից և այլն
- Ֆիքսված գները զսպում են ծախսերը, սակայն դժվար են ենթարկվում վերահաշվարկների՝ կոնսերվատիվ են
- Ոչ լիարժեք բուժված հիվանդի վաղաժամ դուրս գրման վտանգ
- Անհրաժետ է տարատեսակ և ստույգ տվյալների բազա

Վճարում տրամադրած ծառայությունների դիմաց /ռետրոսպեկտիվ/

- **Վարձացուցակ /տարիֆ/ ծառայությունների համար՝** բերում է ոչ պարտադիր ծառայությունների ուռճեցմանը և ծախսերի ավելացմանը /կեսարյան հատում, բժշկական միջնորդության նենգափոխում/
- **Տարիֆ հիվանդանոցում 1 օր գտնվելու համար՝** բերում է դուրս գրման ձգձգմանը, բուժման ժամկետների և ծախսերի ավելացմանը
- **Տարիֆ կոնկրետ դեպքերի համար** (ըստ մեկ հիվանդի բուժման միջին արժեքի)՝ անկախ հիվանդության ախտորոշումից և բարդության աստիճանից

- նպաստում է հիվանդների դուրս գրման արագացմանը
- ոչ լիարժեք բուժված հիվանդների թվի ավելացմանը
- բաժանմունքի աշխատանքի ծավալի մեծացմանը
- պոլիկլինիական օղակի բեռնվածության ավելացմանը
- օգտավետ հիվանդների ընտրությանը

Առողջապահության ծախսերի աճի զսպում

Առաջարկի զսպման մեթոդներն են՝

- բժշկական ԲՈՒՀ-երի ուսանողների թվի կրճատում
- հիվանդանոցային մահճակալների թվի կրճատում
- տեղակալման քաղաքականություն
- ծախսերի լիմիտավորում /ֆիքսված բյուջեներ/
- թանկարժեք սարքավորման նկատմամբ հսկողություն
- թանկարժեք դեղորայքի նկատմամբ հսկողություն

Առողջապահության ծախսերի աճի զսպում

Պահանջարկի զսպման մեթոդներն են՝

- ❖ Համավճարներ
  - հաշվի առաջին ”X” գումարի վճարում
  - հաշվի “X”%-ի վճարում
  - մաքսիմալ ծածկույթ /օրինակ, մինչև 100.000 դրամ/
- ❖ Համակարգից դուրս գալու հնարավորություն /Հոլանդիայում եկամուտների որոշակի մակարդակից հետո կարելի է դուրս գալ ապահովագրության երկրորդ համակարգից/
- ❖ Պարգևատրում ապահովագրական դեպքի բացակայության համար
- ❖ Հարկային արտոնություններ մասնավոր ծառայություններից օգտվող անձանց համար

Բժշկական սպասարկման որակ

Հանրային առողջության և
առողջապահության ամբիոն
2016

«Որակ» հասկացությունը

Արտադրանքի որակը հատկությունների միագումար է, որի շնորհիվ բավարարվում են մարդու կոնկրետ պահանջները: Որակը լայնորեն կիրառվում է, երբ միանման ապրանքները համեմատվում են ըստ նրանց կատարելագործման կամ պիտանելիության աստիճանի

Որակը առողջապահության ոլորտում

Առանձնահատկությունները՝

- Առողջապահությունն ունի ավելի շատ պարտականություններ մարդու նկատմամբ
- Առողջապահության համակարգը ի սկզբանե պետք է գործի մարդու և հասարակության բարիքների համար
- Առողջապահության համակարգի արդյունավետ գործունեության համար կառավարման գործընթացի մեջ անհրաժեշտ է ներառել հասարակությանը
- Առողջապահության ոլորտում որակի բարելավումը միշտ կապված է հսկայական ծախսերի հետ
- Բժշկական պրակտիկայում, որպես կանոն, չեն լինում բացարձակապես միանման իրավիճակներ
- Բժշկական պրակտիկայում չկան ստանդարտավորված որոշումներ

«Բժշկական ծառայությունների որակի» վրա ազդող գործոններ

- Ընդհանուր տնտեսական
- Բժշկի և այլ բուժանձնակազմի որակավորում
- Բուժհիմնարկի հագեցվածություն սարքավորումներով
- Պացիենտի վիճակ և կենսակերպ
- Պացիենտի պահվածք, բժշկին և հիվանդին շրջապատողների վարվելաձև, եղանակ, տարվա ժամանակ և այլն
- Որակի իմաստը տարբերվում է, կախված՝

- ծառայությունը ցուցաբերվում է առանձին հիվանդին
- ցուցաբերվում է ԲՊՀ-ում
- ընդհանուր առմամբ երկրով մեկ և այլն

«Որակի» գնահատման տարբեր մոտեցումներ

Բժիշկները գնահատում են՝

- բարեխիղճ աշխատանքը
- աշխատանք ունենալու շահագրգռվածությունը
- պացիենտների նկատմամբ հոգատարությունը
- կատարած աշխատանքից առավելագույն եկամուտի ստացման ձգտումը

Առողջապահության կառավարման մարմինները՝

- կարևորում են ֆինանսական ցուցանիշները
- նյութական-ռեսուրսային ապահովման ցուցանիշները
- բժշկական սպասարկման ընդհանուր վիճակը երկրում /և առանձին տարածաշրջաններում/

«Որակի» գնահատման տարբեր մոտեցումներ

Պացիենտը գնահատում է՝

- բուժման որակը /վերջնական արդյունքը/
- սպասարկման որակը
- կարևորում է նաև բուժօգնության պայմանները՝

✓ ցավի և անդուր միջամտությունների/պրոցեդուրաների բացակայությունը

✓ բուժաշխատողների հետ հարաբերման բնույթը

✓ բուժօգնության ստացման հարմարավետ պայմանները, հատկապես վճարովի ծառայությունների լայնացման և կամավոր բժշկական ապահովագրության զարգացման հետ մեկտեղ

Բժշկական օգնության որակի սահմանում: Պահանջներ

Բժշկական օգնության ցուցաբերման որակը՝

բազմաթիվ բնութագրերի ամբողջություն է, որոնք հաստատում են ցուցաբերված բժշկական օգնության համապատասխանությունը պացիենտի կամ ողջ բնակչության պահանջներին, սպասելիքներին, բժշկագիտության և տեխնոլոգիաների ժամանակակից մակարդակին

Բժշկական օգնությանը ներկայացվող պահանջները՝

1. Արդյունավետությունը
2. Անվտանգությունը
3. Ուղղվածությունը դեպի պացիենտ
4. Խնայողականությունը
5. Համապատասխանությունը

Բժշկական օգնության որակի պահանջներ

1. **Արդյունավետությունը** ՝ իրականում և իդեալական պայմաններում ստացվող արդյունքների հարաբերությունն է

- Արդյունավետ են այն բուժման մեթոդները, որոնք հիմնված են ապացուցողական բժշկության սկբունքների վրա
- Ապացուցողական բժշկության սկզբունքները ներառված են ժամանակակից կլինիկական ձեռնարկներում և հանձնարարականներում

2. **Անվտանգությունը**՝ բուժումը պետք է լինի առավելագույնս անվտանգ: Որակի աստիճանը օգուտի և ռիսկի հավասարակշռմանը հասնելու աստիճանն է

Բժշկական օգնության որակի պահանջներ

3.**Ուղղվածություն դեպի պացիենտ՝**

- Հաշվի առնել հիվանդի նախընտրությունները և ցանկությունները : Հիվանդին պետք է ընդգրկել բուժման վերաբերյալ որոշման կայացման պրոցեսի մեջ
- Բավարար տեղակատվության, շփման, ուսուցման հիման վրա հիվանդը տալիս է միջամտության համար տեղեկացված համաձայնություն
- Ֆիզիկական և հոգեբանական կոմֆորտ, բացասական գործոնների մաքսիմալ նվազեցում բուժման ընթացքում
- Բուժման կոորդինացում և ինտեգրացում:
  Բոլոր փուլերը /ախտորոշում, կոնսուլտացիա, պրոցեդուրա/ պետք է կոորդինացնել՝ կատարել ժամանակին, պահպանել բուժման հաջորդականությունը, բացառել հետազոտման կրկնությունը, արդյունքների կորուստը

Բժշկական օգնության որակի պահանջները

4. **Խնայողականությունը**՝ արդյունքների և ծախսերի միջև հարաբերակցության ցուցանիշ է
5. **Համապատասխանությունը /ադեկվատությունը/**՝ փաստացի սպասարկման համապատասխանությունն է պահանջվողին

«Ադեկվատություն» չափանիշը ներառում է՝

- ժամանակին սպասարկում
- բավականաչափություն
- մատչելիություն
- գիտա-տեխնիկական մակարդակի ապահովում

Բժշկական օգնության արդյունավետության չափանիշներ

- **Ժամանակին սպասարկում՝** ժամանակին, առանց ուշացնելու օգնության ցուցաբերումը
- **Բավականաչափություն՝** անհրաժեշտ բուժ-պրոֆիլակտիկ միջոցառումների օգտագործում նվազագույն ծավալով
- **Մատչելիություն՝** բուօգնություն ստացածների և կարիք ունեցողների թվի հարաբերությունն է
- **Գիտա-տեխնիկական մակարդակի ապահովում՝** բուժօգնության ցուցաբերման ժամանակ բժշկական գիտելիքների և տեխնիկայի կիրառման աստիճան

Բուժօգնության որակի գնահատման Ավեդիս Դոնաբեդյանի մոդել

Առաջարկել է բուժօգնության որակի գնահատման երեք մոտեցումներ՝

1. **կառուցվածքային**՝ բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները նկարագրող բնութագրերն են
2. **պրոցեսուալ**՝ օգնության ձևը, որն իրականացվում է այդ պայմաններում
3. ըստ **վերջնական արդյունքի**՝ հիվանդի վիճակը միջնորդության ավարտից հետո

Ա. Դոնաբեդյանի մոդել՝ Կառուցվածքային կոնցեպցիա

Ընդգրկում է մարդկային, ֆիզիկական և ֆինանսական ռեսուրսները, որոնք անհրաժեշտ են բուժօգնության ցուցաբերման համար՝

- բուժ-պրոֆիլակտիկ հիմնարկի ապահովումը կադրերով, թվաքանակը, բաշխումը, որակավորումը
- բուժ-պրոֆիլակտիկ հիմնարկի շենքերը, նրանց աշխարհագրական տեղակայումը
- ֆինանսավորման ճանապարհները և բժշկական ծառայությունների կազմակերպումը, անձնակազմի աշխատանքի կազմակերպման մակարդակը

Կառուցվածքային մոտեցման առանձնահատկությունները

- ❖ Կառուցվածքի և արդյունքի ուսումնասիրումը բժշկական օգնության որակի գնահատման անուղղակի մոտեցում է
- ❖ Կառուցվածքային ցուցանիշների թերությունները, որոնք սահմանափակում են նրանց կիրառումը՝
- կառուցվածքի բնութագրերը հարաբերորեն կայուն են, այդ իսկ պատճառով նրանց օգտագործումը անիմաստ է ընթացիկ հսկողության/մոնիտորինգի համար
- կառուցվածքային ցուցանիշներն ըստ իրենց տեղեկատվության աստիճանի զիջում են արդյունքի և պրոցեսի ցուցանիշներին

Բուժօգնության որակի կառուցվածքային բաղադրիչը

Ապահովում են առողջապահության կառավարման մարմինները՝

- **Բուժհիմնարկի լիցենզավորում**՝ որոշակի գործունեության իրավունքի թույլտվություն է, մինիմալ պահանջների երաշխիք է
- **Բուժհիմնարկի ակրեդիտացիա /հավատարմագրում/՝** հաստատում է հիմնարկի և բուժանձնակազմի համապատասխանությունը հաստատված բարձր ստանդարտներին: Նրա նպատակն է՝

- Պաշտպանել սպառողի շահերը
- Ապահովել բուժօգնության անհրաժեշտ ծավալն ու որակը

- ✓ Լիցենզավորմանը և ակրեդիտացիայի ենթակա են բոլոր բժշկական հիմնարկները՝ անկախ սեփականության ձևից: Ակրեդիտացիայի արդյունքում տրվում է արտոնագիր
- ✓ Բուժհիմնարկների մրցակցության պայմաններում ակրեդիտացիայի դերը էապես մեծանում է:

- **Բուժաշխատողների՝** 1. լիցենզավորում 2. կատարելագործում /պարտադիր վերապատրաստում, շարունակական ուսուցում/

Բուժօգնության որակի գնահատման պրոցեսի բաղադրիչ

- Գնահատվում է բժշկության նոր տեխնոլոգիաների օգտագործման աստիճանը յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում՝
- ախտորոշման ճշտությունը
- բուժման համապատասխան տեխնոլոգիայի ընտրությունը
- նորմերի, արձանագրերի և ստանդարտների կատարումը
- բուժօգնության կոորդինացիան և հաջորդականությունը և այլն
- Համեմատած «արդյունքի» հետ, «պրոցեսի» գնահատման դեպքում, որակի գնահատականը վերջնական չէ և ավելի քիչ է հաստատուն
- Հենց պրոցեսի չափանիշներն են պատասխանում հիմնական հարցին՝ ցուցաբերվել է արդյո՞ք հիվանդին պատշաճ բժշկական օգնություն, թե ոչ, այսինքն, համարվում են որակի գնահատման ուղղակի մեթոդ
- Ամենալուրջ խնդիրը՝ բժշկական գործունեության եզակիությունն է

Բուժօգնության որակի գնահատման արդյունքի բաղադրիչ

- Արդյունք - պացիենտի առողջական վիճակի փոփոխությունն է բուժօգնության ցուցաբերումից հետո՝ ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական
- Արդյունը ներառում է նաև հիվանդի կարծիքը՝

- բավարարվածությունը բուժօգնությունից
- հիվանդության մասին ձեռքբերված գիտելիքները
- վարվելակերպի փոփոխությունները առողջական վիճակի բարելավման ուղղությամբ
- նշված չափանիշները կարող են դիտվել որպես ներկայիս կամ ապագա առողջության երաշխիքի կոմպոնենտներ:

Բուժօգնության որակի գնահատման արդյունքի բաղադրիչ

- ❖ Հիմնական առավելություններն են՝
- Արդյունքը, որպես չափման միավոր, ծանրակշիռ է, և անառարկելի
- Հիվանդի առողջացումը, ողջ մնալը, ռեաբիլիտացիան հաստատուն արժեքներ են
- ❖ Սահմանափակումներն են՝
- Տվյալ արդյունքը որպես չափման միավոր համապատասխանում է, թե ոչ /հիվանդների ողջ մնալը ոչ մահաբեր հիվանդության դեպքում/
- Արդյունքը արտացոլում է բժշկագիտության հնարավորությունները ընդհանրապես և նրանց լիարժեք օգտագործումը կոնկրետ դեպքում
- Բուժօգնությունից բացի բազմաթիվ այլ գործոնները /խառնվող գործոնները/ զգալի ազդեցություն ունեն արդյունքի վրա
- Չափանիշներից ոմանք բարդ է չափել /պացիենտների կարծիքը ցուցաբերված օգնության մասին, բավարարվածության, սոցիալական ռեաբիլիտացիայի աստիճանը, հաշմանդամների ռեաբիլիտացիայի/

Կառուցվածք—Պրոցես—Արդյունք

Որակի գնահատման մոդելը՝

- Բաղադրիչները փոխկապված են /բուժհիմնարկի կառուցվածքային բնութագրերը ազդում են բժշկական օգնության պրոցեսի վրա, որն իր հերթին՝ բուժման արդյունքի վրա /հիվանդի առողջական վիճակ/
- Բուժօգնության որակի մասին մեծ հավանականությամբ կարելի է դատել կամ առաջին երկու էլեմենտների միագումարով, կամ վերջինի գնահատման հիման վրա:

Բժշկական օգնության որակի գնահատման ստանդարտներ

- Նորմատիվային փաստաթղթեր են, որոնք ներկայացնում են բուժօգնության որակի նկատմամբ պահանջներ տվյալ պաթոլոգիայի ժամանակ՝ հաշվի առնելով ժամանակակից պատկերացումները պրոֆիլակտիկայի, ախտորոշման, բուժման, ռեաբիլիտացիայի մեթոդների մասին և կոնկրետ բուժիմնարկի հնարավորությունները
- Բժշկական օգնության որակի ստանդարտներն ապահովում են՝

1.Մարդկային և նյութական ռեսուրսների խնայողություն

2.Օպտիմալ որոշման ընդունում

3.Պացիենտների անվտանգություն, շահերի պաշտպանություն՝ բժշկական ապրանքներից և ծառայություններից պահանջվող որակի ապահովման միջոցով

4.Բուժաշխատողների պաշտպանություն չհիմնավորված մեղադրանքներից

Ստանդարտների տեսակներ

Ըստ կիրառման մակարդակի տարբերում են՝

- բժշկական հիմնարկների
- տարածքային
- ազգային
- միջազգային

Ստանդարտները կարող են մշակվել բուժ-պրոֆիլակտիկ հիմնարկի՝

- կառուցածքի
- գործունեության պրոցեսի
- արդյունքների համար

Ստանդարտների տեսակներ

Ըստ ձևի ստանդարտները լինում են՝

1. **Առողջապահության ռեսուրսների** – վերաբերվում են բժշկական մասնագետների որակավորմանը, հիմնարկների անշարժ գույքին և սարքավորմանը, դեղամիջոցներին և այլն
2. **Բուժ-ծառայությունների և հիմնակների կազմակերպման** - վերաբերվում են առողջապահության կազմակերպմանը, կառավարմանը, ռեսուրսների արդյունավետ և անվտանգ օգտագործմանը, բուժական պրոցեսի կազմակերպմանը, որակի հսկողությանը և այլն
3. **Տեխնոլոգիական** – կանոնակարգում են բուժօգնության պրոցեսը՝ ախտորոշումը և բուժումը

Ստանդարտների տեսակներ

4.**Բժշկական օգնության ծրագրերի** – կանոնակարգում են կոմպլեքսային բժշկական միջոցառումների անցկացումը, որոնք իրականացվում են բնակչության առանձին խմբերի համար

5.**Բժշկա-տնտեսագիտական** – ախտորոշման և բուժման համատեղ ստանդարտ է՝ բժշկական ծառայությունների արժեքի ներառմամբ: Բաղկացած է երեք հիմնական մասերից՝

- բժշկական տեխնոլոգիայից
- կատարման արդյունքներից
- իրականացման արժեքից

6.**Կոմպլեքսային** – կառուցվածքային-կազմակերպական, տեխնոլոգիական ստանդարտների և որոշակի բժշկական մասնագիտության կամ ծառայության գործունեությունը կանոնակարգող կոնկրետ ծրագրերի համալիր է

Բժշկական ստանդարտների հիմունքներ

- Բժշկության ստանդարտավորման սկզբունքները ներկայումս պետք է հիմնվեն ապացուցողական բժշկության վրա
- Բժշկական ստանդարտների ստեղծման տեղեկատվական աղբյուրը կլինիկական հանձնարարականներն ու ձեռնարկներն են, որոնք, մշակվելով աշխարհի առաջատար գիտական կենտրոններում, տեղայնացվում են տարբեր երկրում
- Հանձնարարականները օգնում են բժիշկներին ռացիոնալ բուժօգնություն ցուցաբերել տարբեր կլինիկական իրավիճակներում

Բժշկական ծառայությունների որակի հիմնական հասկացություններն են՝

- գնահատականը
- հսկողությունը
- ապահովումը
- կառավարումը

Որակի *գնահատականը* – սպասարկման որակի փաստացի մակարդակի որոշումն է

Բժշկական ծառայությունների որակի հիմնական հասկացություններն են՝

Որակի հսկողությունը /որակի ապահովում/՝ միջոցների ձեռնարկում է սպասարկման որակի բարելավման ուղղությամբ, որի նպատակն է՝

- բարձրացնել բուժհիմնարկի աշխատանքի արդյունավետությունը
- ապահովել քաղաքացիների որակյալ բուժօգնության ստանալու իրավունքը

Որակի հսկողությունը լինում է

1. **Արտագերատեսչական՝**

- Մասնակիցներն են ապահովագրական, հասարակական կազմակերպությունները, ասոցիացիաները
- Որոշվում է ֆինանսական ծախսերի համապատասխանությունը ցուցաբերված բժշկական օգնության ծավալին և որակին

2. **Ներգերատեսչական՝**

- Մասնակիցներն են բուժհիմնարկների և առողջապահության կառավարման մարմինների պաշտոնյա անձինք
- Հսկվում է բուժ-դիագնոստիկ պրոցեսի, բժշկական տեխնոլոգիաների և ստանդարտների կատարումը: Հիմնական խնդիրներն են՝

- ապահովել բժշկական սպասարկման որակը համապատասխան երաշխիքներին
- պաշտպանել բժշկական հիմնարկների և բուժաշխատողների շահերը
- բավարարել հիվանդի պահանջները և պաշտպանել նրա շահերը
- բարձրացնել բժշկական սպասարկման որակը

«Սոցիալական ապահովագրություն» հասկացություն

Սոցիալական ապահովագրության համակարգը՝

- վերաբերվում է աշխատող բնակչությանը
- նյութապես օգնում է աշխատողին ժամանակավոր անաշխատունակության դեպքում
- պետական համակարգ է
- տարածվում է պետական և ոչ պետական հիմնարկների աշխատողների վրա
- սոցիալական ապահովագրության պետական հիմնադրամը ձևավորվում է մասամբ պետության, բայց հիմնականում աշխատողների աշխատավարձից պահումների հաշվին
- ղեկավար մարմինն արհմիությունն է
- կենտրոնական ղեկավար մարմինը հանրապետական կոնֆեդերացիան է
- տեղային ղեկավար մարմինը յուրաքանչյուր հիմնարկի արհկոմիտեն է

Աշխատունակության բժշկական փորձաքննություն

Անաշխատունակության տեսակները `

❖ կայուն հաշմանդամություն

- Լրիվ, երբ անձը որևէ աշխատանքի ունակ չէ
- մասնակի, երբ անձը իր մասնագիտությամբ անաշխատունակ է, բայց կարող է ուրիշ աշխատանք կատարել

❖ ժամանակավոր

- Լրիվ, երբ անձը որևէ աշխատանքի ունակ չէ
- Մասնակի, երբ անձը իր մասնագիտությամբ անաշխատունակ է, բայց կարող է ուրիշ աշխատանք կատարել

Ժամանակավոր անաշխատունակության թերթիկը և նրա նշանակությունը

- ✓ Ժամանակավոր անաշխատունակությունն իրավաբանորեն հաստատող փաստաթուղթ է

Նշանակությունը՝

- **բժշկա-վիճակագրական**՝ թերթիկի հիման վրա որոշվում է ժամանակավոր անաշխատունակությամբ ուղեկցվող հիվանդացությունը
- **ֆինանսական**՝ ժամանակավոր անաշխատունակության օրերի համար սոցիալական ապահովագրության կողմից տրվում է նպաստ
- **իրավաբանական**՝ փաստարկում է աշխատանքից բացակայելու հարգելի պատճառը

Ժամանակավոր անաշխատունակության թերթիկի լրացման կարգը

- Տրվում է բժշկին դիմելու օրվանից: Ունի մեկ բացառություն, եթե հիվանդը1 օր առաջ գրանցվել է պոլիկլինիկայում
- Տրվում է ըստ բնակության վայրի, բացառությամբ 2 դեպքերից՝

✓ եթե անձը հիվանդացել է պաշտոնական գործուղման ժամանակ, ապա պոլիկլինիկայի գլխավոր բժշկի ստորագրությամբ և կնիքով կարող է ստանալ այդ թերթիկը

✓ ստացիոնարում թերթիկը տալիս են բոլորին անկախ բնակության վայրից

- լրացվում է տվյալ երկրի պետական լեզվով /նաև դիագնոզը/
- նշվում է ժամանակավոր անաշխատունակության պատճառը ժամանակավոր անաշխատունակության օրերը գրվում են սկզբում թվերով, ավարտվում են տառերով, օրինակ. 05.11.- ութը նոյեմբերի

Ժամանակավոր անաշխատունակության պատճառները

- հիվանդություն
- տրավմա
- խնամք
- կարանտին
- պրոտեզավորում
- սանատորա-կուրորտային բուժում
- հղիություն և ծննդաբերություն

Ժամանակավոր անաշխատունակությունը պայմանավորված հիվանդությունով

Արտահիվանդանոցային բուժօգնություն ստանալու ժամանակ Ժամանակավոր անաշխատունակության թերթիկի տրման կանոնակարգը ՀՀ-ում /գործում է 2003 թ-ից/

- Մինչև 3 ամիս կարող է տրվի տեղամասային բժշկի և բաժնի վարիչի կողմից
- 3 ամսից հետո մինչև 6 ամիս ժամկետով կարող է տրվի պոլիկլինիկայում Բժշկա-սոցիալական փորձագիտական հանձնաժողովի / ԲՍՓՀ/ եզրակացությամբ, եթե տվյալ անձը դեռևս բուժման ենթակա է
- Ստացիոնարում բուժօգնություն ստանալու դեպքում ժամկետի սահմանափակում գոյություն չունի

Ըստ խնամքի ժամանակավոր անաշխատունակության թերթիկի տրման կանոնակարգը ՀՀ-ում

- ❖ Տրվում է 3-7 օրով ընտանիքի անդամին չափահաս հիվանդին խնամելու համար /նախկինում չէր տրվում/
- ❖ Տրվում է հիվանդ երեխայի խնամքի համար
- 2 շաբաթով - մինչև 3 տարեկանը միայն մորը, 4 տարեկանից հետո՝ ընտանիքի անդամներից որևէ մեկին
- 3 շաբաթով - եթե մայրը միայնակ է /ամուսնալուծված, այրի/
- 24 օրով - եթե երեխան բուժումը ստանում է տնային ստացիոնարի պայմաններում
- ❖ Տրվում է առողջ երեխայի խնամքի համար /նախկինում չէր տրվում/ ՝
- մորը՝ մինչև 3 տարեկան երեխայի խնամքի համար
- 7 օրով հորը՝ մոր քաղաքից բացակայության դեպքում

Հղիության և ծննդաբերության հետ կապված տրման կանոնակարգը ՀՀ-ում

- Հղիության նորմալ ընթացքի դեպքում կնոջը տրվում է դեկրետային կամ ֆիզիոլոգիական արձակուրդ /70 օր- նախածննդաբերության շրջանում և 70 օր - հետծննդաբերության շրջանում/, կինը ստանում է իր աշխատավարձի 100%-ի չափով և նրա աշխատանքի տեղը և ստաժը պահպանվում են
- Եթե կինը ծննդաբերում է ավելի շուտ, քան նախատեսված է, ապա այդ օրերը գումարվում է հետծննդյան արձակուրդին
- Եթե ծննդաբերությունը ընթացել է բարդություններով, ապա հետծննդաբերական արձակուրդը տրվում է 85 օրով /70+15/
- Եթե ծնված երեխաների թիվը 1-ից ավելի է, ապա հետծննդաբերական արձակուրդը տրվում է 110 օրով /70+40/
- Եթե կինը որդեգրել է երեխային, նա ստանում է արձակուրդ մինչև երեխայի 70 օրը լրանալը

Բնակչության առողջության պահպանման և կանխարգելման ժամանակակից պրոբլեմները

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը

Հանրային առողջության և
առողջապահության ամբիոն
2016

Տարբեր գործոնների տեսակարար կշիռը մարդու առողջության ձևավորման գործում

- **Կյանքի պայմանները և ապրելակերպը՝ 50% և ավել**
- Շրջակա միջավայրի պայմանները՝ 18-22%
- Ժառանգական գործոնները՝ 20%
- Բժշկական օգնության մատչելիությամբ՝ 8-10%

➢ «Կյանքի պայմանները» – ապրելակերպի վրա ազդող առկա նյութական և ոչ նյութական գործոններն են:

➢ «Ապրելակերպը» – գործունեություն է, մարդկանց ակտիվություն
է, որոնք որոշակի կերպով արձագանքում են կյանքի պայմանների վրա և օգտագործում դրանք

Ռիսկի գործոնների ազդեցությունը մարդու առողջության վրա

- Հիվանդության անմիջական պատճառ չեն
- Բարձրացնում են հիվանդության առաջացման հավանականությունը
- Որպես կանոն, ազդում են ոչ թե մեկ, այլ մի քանի ռիսկի գործոններ
- Եթե մեկ գործոնը կարող է բարձրացնել հիվանդության առաջացման ռիսկը դիցուկ 2 անգամ, ապա 2-3 գործոնների համատեղ ազդեցությունը՝ 10 և ավել անգամ

Ռիսկի գործոնների խմբավորման և դասակարգման տարբեր ձևեր

Առավել կարևոր կամ մեծ ռիսկի գործոններն են՝

1. ծխելը
2. հիպոդինամիան
3. սթրեսը
4. ալկոհոլի չարաշահումը
5. ոչ ռացիոնալ սնունդը և այլն:

- Մեծ ռիսկի գործոնները թվաքանակով շատ չեն, բայց լայն տարածված են և հանդիսանում են բազմաթիվ ոչ ինֆեկցիոն հիվանդությունների առաջացման ռիսկի գործոններ:

Ռիսկի գործոնների խմբավորման և դասակարգման տարբեր ձևերը

Ըստ բնույթի և ծագման ռիսկի գործոնները լինում են՝

1. առաջնային (դրանք գործում են ի սկզբանե, ինքն իրենցով)
2. երկրորդային (հանդես են
   գալիս որպես արդեն իսկ զարգացած խախտման արդյունք)

Առաջնային ռիսկը գործոնները	Երկրորդային ռիսկի գործոններ
ծխել	դիաբետ
ալկոհոլի չարաշահում	արտերիալ հիպերտենզիա
ոչ ռացիոնալ սնունդ	լիպիդեմիա, խոլեստերինեմիա
հիպոդինամիա	ալերգիա

Կառավարելի և անկառավարելի ռիսկի գործոնները

- Նման խմբավորումը կարևորվում է դրանց դեմ պայքարի միջոցառումների մշակման և իրացման համար
- Նախազգուշական միջոցառումները պետք է ուղղված լինեն կառավարելի գործոնների վերացման ուղղությամբ

Անկառավարելի գործոններ	Կառավարելի գործոններ
տարիք	ծխել
սեռ	ալկոհոլի օգտագործում
ժառանգական գործոններ	բարձր արտերիալ ճնշում
ընտանեկան նախատրամադրվածություն	հիպոդինամիա
	դիաբետ
	դիետա
	սթրես
	խոլեստերինի բարձրացում և այլն

Ռիսկի խմբերի դասակարգում

Ռիսկի խմբերը ըստ դեմոգրաֆիկ գործոնների՝

- երեխաներ
- տարեցներ
- միայնակներ
- այրիներ
- փախստականներ, տեղափոխված անձինք

Ռիսկի խումբ ըստ արտադրական գործոնների ՝

- ծանր, վնասակար և վտանգավոր պայմաններում աշխատողներ

Ռիսկի խմբերը ըստ Ֆունկցիոնալ վիճակի՝

- հղիներ
- անհասներ
- մանկուց հաշմանդամնե
- ժառանգական ռիսկով, զարգացման արատներով անձինք

Ռիսկի խմբերի դասակարգում

Ըստ նյութական վիճակի և սոցիալական կարգավիճակի՝

- աղքատներ
- գործազուրկներ
- թափառաշրջիկներ

Ըստ վարքագծի՝

- ալկոհոլիկներ
- սեկսուալ փոքրամասնություններ
- նարկոմաններ
- տոքսիկոմաններ
- մոլեկրոնները սեկտանտներ

Ներկայումս ավելի շատ շեշտադրվում ռիսկային վարքագիծը, քան ռիսկի խմբերը

Կանխարգելում, նախազգուշացում ՝ սահմանումը

- «գործողություններ են՝ ուղղված հիվանդությունների, խախտումների առաջացման, անաշխատունակության հավանականության նվազեցմանը, հիվանդությունների սրացումների կասեցմանը կամ դանդաղեցմանը»
- կանխարգելման նպատակն է՝

- հսկողություն շրջակա միջավայրի և արտադրական պայմանների վնասակար գործոնների նկատմամբ
- ինֆեկցիոն հիվանդությունների հսկողություն՝ մասսայական իմունիզացիայի և քիմիոպրոֆիլակտիկայի անցկացման միջոցով
- ոչ ինֆեկցիոն հիվանդությունների հսկողություն՝ սկրինինգ-թեստեր, կոնսուլտացիաներ
- մարդկանց անհատական վարքագծի փոփոխումը սեփական առողջության նկատմամբ

Կանխարգելում, նախազգուշացում կամ պրոֆիլակտիկա

- ❖ անհատական
- ❖ հասարակական /սոցիալական/
- բժշկական
- սանիտարա-տեխնիկական
- հիգիենիկ
- սոցիալ-տնտեսական

➢ Հիվանդությունների նախազգուշացման համակարգի ստեղծումը և ռիսկի գործոնների վերացումը դիտվում է որպես պետության կարևորագույն սոցիալ-տնտեսական և բժշկական խնդիրից մեկը

Պրոֆիլակտիկ խնդիրների կատարման գործիքներ

- Օրենսդրական կարգավորում /տարբեր պետական ստանդարտներ՝ ՍԹԽ, ՍԹՄ, ԱԹՄ, առանձին նյութերի կիրառման արգելքներ և այլն/:
- Հարկեր, նպաստներ /բնաօգտագործման հարկեր արգելքային հարկեր հին տեխնոլոգիաների, ծխախոտի և ալկոհոլի համար, աջակցում էկոլոգիապես մաքուր արտադրությանը/:
- Լուսավորչություն /կրթությունը/, տեղեկատվություն:
- Ուղիղ ներդրումներ /մաքրման սարքավորումներ, իմունիզացիա, ռեկրեացիոն գոտիների, սպորտային-առողջարական սարքավորումների շինարարություն/:
- Գիտական հետազոտություններ

Պրոֆիլակտիկայի ձևերը /1/

Առաջնային պրոֆիլակտիկա՝

- Միջոցառումների համակարգ է՝ ուղղված բնակչության հիվանդությունների առաջացման նախազգուշացմանը առաջնային ռիսկի գործոնների վերացման կամ դրանց ազդեցության աստիճանի մեղմացմանը: Ճանապարհները՝
  - պատվաստումներ
  - աշխատանքի և հանգստի ռացիոնալ ռեժիմի ստեղծում
  - ապրելակերպի առողջացում
  - շրջակա միջավայրի առողջացում և այլն:
- Պրոֆիլակտիկ գործունեությունը պարտադիր է բոլոր բժշկական աշխատողների համար, և պատահական չէ, որ պոլիկլինիկաները, հիվանդանոցները, դիսպանսերները կոչվում են բուժպրոֆիլակ-տիկ հիմնարկություններ:

Պրոֆիլակտիկայի ձևերը /2/

Երկրորդային պրոֆիլակտիկա՝

- Միջոցառումների կոմպլեքս է՝ ուղղված արտահայտված ռիսկի գործոնների վերացմանը, որոնք որոշակի պայմաններում /իմունային ստատուսի իջեցում, գերլարվածություն, ադապտացիայի խախտում/ կարող են բերել հիվանդության առաջացմանը, սրացմանը կամ կրկնմանը:
- Առավել արդյունավետ միջոց է դիսպանսերիզացիան /հիվանդությունների վաղ հայտնաբերում, դինամիկ հսկողություն, ուղղորդված բուժում/

Պրոֆիլակտիկայի ձևերը /3/

Երրորդային պրոֆիլակտիկա՝

- Միջոցառումների կոմպլեքս է՝ ուղղված հիվանդների վերականգմանը /ռեաբիլիտացիա/, որոնք կորցրել են լիարժեք կենսագործունեության հնարավորությունը:
- Ռեաբիլիտացիան լինում է՝

- Սոցիալական՝ սեփական սոցիալական պիտանելիության մեջ վստահության ձևավորում
- Աշխատանքային՝ աշխատանքային հմտությունների վերականգնում
- Հոգեբանական՝ անձի վարքագծային ակտիվության վերականգնում
- Բժշկական՝ օրգան-համակարգերի ֆունկցիաների վերականգնում

Կանխարգելման գործի բարդության պատճառները

Առողջապահության համակարգ՝

- Գործունեության մեծ մասն ուղղված է բուժօգնության ցուցաբերմանը
- Բուժաշխատողները չեն վարձատրվում կանխագելիչ գործունեության դիմաց
- Հիմնականում բուժող բժիշկները թերագնահատում են կանխարգելման դերը
- Վատ են տիրապետում պրոֆիլակտիկ աշխատանքի մեթոդաբանությանը և տեխնոլոգիաներին
- Սկրինինգները կրում են անկանոն բնույթ, բացակայում է մշտական, հետևողական դիտարկումը

Բնակչություն՝

- Կրթության ցածր մակարդակը, բժշկական տեղեկատվության ոչ ճիշտ մեկնաբանումը
- Առողջ մարդուն կանխարգելման պահանջների կատարման համոզելու դժավարությունը՝ մեծ կամքի ուժ, անհատական ջանքերի գործադրում, սովորույթներից և հաճույքներից հրաժարվելը, ժամանակի և նյութական ծախսեր
- Առողջ մարդու կողմից առողջության թերագնահատումը
- Առողջ մարդու համար այլ գործերի լուծման առավել կարևորումը, քան կանխարգելումն է
- Սկրինինգ-տեստերի դրական արդյունքների նկատմամբ ենթագիտակցական վախը, անվստահությունը, դիսկոմֆորտը

Առողջ ապրելակերպի քարոզչության հիմնական մեթոդներն ու ձևերը

- Առողջ ապրելակերպը հիգիենիկ վարքագիծ է՝ հիմնված գիտականորեն հիմնավորված սանիտարահիգիենիկ նորմատիվների վրա, ուղղված առողջության պահպանմանն ու ամրապնդմանը, աշխատունակության բարձր մակարդակի ապահովմանը, ակտիվ երկարակեցությանը
- Առողջ ապրելակերպի ձևավորմանը զգալիորեն նպաստում է բնակչության սանիտարական լուսավորությունը, առողջ ապրելակերպի քարոզչությունը

Սանիտարական լուսավորություն

- Առողջապահության բաժին է, որի էությունն ու բովանդակությունը բնակչության հիգիենիկ կրթումն ու դաստիարակությունն է
- Գործընթաց է, որը տեղեկացնում, հիմնավորում և օգնում է մարդկանց յուրացնել, հետևել առողջ ապրելակերպին, խթանում է ձգտումները միջավայրի բարելավմանը և այդ բնագավառում հետազոտությունների անցկացմանը
- Ըստ ԱՀԿ /Ալմա-Աթա/ – «Դա պրոցես է, որն ուղղված է խթանելու մարդկանց ցանկությունները լինել առողջ, անհատականորեն կամ կոլեկտիվորեն անել ամեն ինչ առողջության պահպանման համար և օգնել դիմողներին պահանջի դեպքում»: Այլ կերպ ասած – դա առողջ կյանքի նկատմամբ ակտիվ դրական տրամադրվածության ստեղծումն է: /«Ես ուզում եմ լինել առողջ, ես կարող եմ լինել առողջ, ես պետք է անեմ դրա համար այս, այն և այլն»/:

Սանիտարական լուսավորության ֆունկցիաները

- հաղորդում, տեղեկացնում
- ուսուցանում, կրթում
- հիմնավորում, պատճառաբանում
- համոզում
- խորհրդատվություն
- բարոյականության բարձրացում
- առողջության ամրապնդում
- կազմակերպում

Սանիտարա-հիգիենիկ գիտելիքների քարոզչության ուղղությունները

Բժշկական, սանիտարա-հիգիենիկ գիտելիքների քարոզչության, հմտությունների դաստիարակության, առողջ ապրելակերպի ձևավորման կարևորագույն ուղղություններն են՝

1. *Առողջության պահպանմանը նպաստող գործոնների քարոզչություն*՝ շրջակա միջավայրի, աշխատանքի, անձնական հիգիենա, ռացիոնալ սնունդ, աշխատանքի և հանգստի ռեժիմ, ֆիզկուլտուրա և սպորտ, սեռական հարաբերությունների հիգիենա, կոփում, բժշկա-սոցիալական ակտիվություն
2. *Առողջության վրա բացասաբար ազդող գործոնների կանխարգելման քարոզչություն*՝ ալկոհոլի չարաշահում, թմրամոլություն, ծխել, որոշ էթ-նիկական ծեսեր ու սովորույթներ և այլն:

Առողջ ապրելակերպի քարոզչության մասնակիցները

- ❖ Պետական մարմիններ
- ❖ Հասարակական կազմակերպություններ
- ❖ Բժշկական հաստատություններ
- ❖ Ինքնին բնակչություն

- ➢ Առողջ ապրելակերպի ձևավորումը առաջնային պրոֆիլակտիկայի հիմնական ուղղությունն է
- ➢ Բուժաշխատողի համար առողջ ապրելակերպի քարոզչությունը աշխատանքի կարևոր և անհրաժեշտ բաժինն է և մասնագիտական պարտականությունը

Սանիտարական լուսավորության պրոցեսի կոմպոնենտները

1. հաղորդակցության աղբյուր /հաղորդողը, ուղարկողը/
2. հաղորդակցության ստացող /լսարանը/
3. հաղորդակցության բովանդակություն
4. հաղորդակցման ուղիներ՝ մեթոդներ ու միջոցներ /բանավոր, տպագրական, դիտողական, կոմբինացված/
5. հետադարձ կապ /ուղղակի՝ անմիջական, անուղղակի՝ ուշացումով/

Հաղորդակցության աղբյուր /1/

Հաղորդողը պետք է՝

- պարզ և հստակ պատկերացնի և ձևակերպի հանդիպման նպատակը
- ծանոթ լինի լսարանին,
  նրա սպեցիֆիկ պրոբլեմներին ու հետաքրքրություններ ին, մանրակրկիտ, լիարժեք տիրապետի հաղորդվող թեմային
- հասկանա լսարանի հետ հաղորդակցման կապի առանձնահատկությունները
- գնահատի իր մասնագիտական հնարավորությունները և սահմանափակումները

Հաղորդակցության ստացող /2/

Լսարանը լինում է.

1.**Կառավարելի՝**

- ընտրվում է ըստ որևէ մի հատկանիշի /նույն արտադրության բանվորներ, հղի կանայք, երիտասարդ մայրեր և այլն/
- աուդիտորիան միատար է
- ունի ընդհանուր հետաքրքրություններ և պրոբլեմներ
- սովորաբար ավելի ուշադիր է
- ավելի հեշտ է կապի մեջ մտնել
- կանխատեսել հնարավոր հարցերը և նախապատրաստվել դրանց
- ենթակա է համագործակցության

2.**Անկառավարելի /ազատ/՝**

- ավելի բարդ է, այն հաղորդողից պահանջում է ավելի բարձր մասնագիտական որակավորում

Հաղորդակցության բովանդակություն /3/

Պահանջներն են՝

- համապատասխանի նպատակին
- հիմնվի իրականում զգացվող կարիքների վրա
- լինի բովանդակալի և իմաստալի
- պարզ և հասկանալի
- յուրահատուկ /սպեցիֆիկ/ և ճիշտ
- ժամանակին և ադեկվատ
- հետաքրքիր և լսարանի համար հարմար
- ընդունելի՝ կուլտուրայի, սովորույթների, սոցիալակ արժեքների տեսանկյունից

Հաղորդակցման ուղիներ /4/

Անհատական հաղորդակցում՝

- Հիմնականում իրականցվում է կլինիկայում, կոնսուլտացիայի, պատրոնաժային հաճա-խումների ժամանակ
- Արդյունավետ է ինֆորմացիան տեղ հասցնելու, համոզելու, վստահալից և մտեր-միկ զրույցի, ինտիմ հարցերի քննարկ-ման ամաչկոտության հաղթահարման առումներով
- Արդյունավետ չէ բնակչության լայն շերտե-րի ընդգրկման և քարոզչության մասսայականության տեսակետից

Հաղորդակցման ուղիներ /4

Խմբային հաղորդակցում՝ լեկցիաներ, զեկուցումներ, քննարկումներ, սեմինարներ և այլն:

- Բարենպաստ է, ստեղծվում է անմիջական կոնտակտ, առաջանում է վստահալից և փոխըմբռնելի մթնոլորտ
- Պրոցեսի մեջ ընդգրկվում է մարդկանց անհամեմատ մեծ թվաքանակ
- Լսարանը գրավելու համար խմբերը ձևավորվում են ըստ հետաքրքրությունների

Հաղորդակցման ուղիներ /4/

Մասսայական հաղորդակցում՝ օգտագործվում են զանգվածային լրատվական միջոցները. ռադիո, հեռուստատեսություն, ինտերնետ, պարբերական մամուլ, հրապարակումներ, բրոշյուրներ և այլն:

- Ապահովում է մաքսիմալ մասսայականություն
- Լսարանը /հանրությունը/ խայտաբղետ է, ինչը դժվարեցնում է գտնել հետաքրքրությունների, ճաշակի, պահանջների ընդհանուր եզրեր
- Հետադարձ կապը բացակայում է կամ ուշանում

Լսարանի հետ բարեհաջող շփման 7 հիմնական կանոնները (V.T. Covello, 1988)

1.Ընկալեք և ընդգրկեք լսարանին՝ որպես գործընկերոջ
2.Մանրազնին պլանավորեք հանդիպունը և գնահատեք Ձեր կարողությունները
3.Հետաքրքրվեք մարդկանց հոգսերով և պրոբլեմներով
4.Եղեք ազնիվ, անկեղծ, սրտաբաց
5.Համակարգեք և համագործակցեք վստահություն վայելող այլ կառույցների հետ
6.Ընդառաջեք մասսայական տեղեկատվական միջոցների կարիքներին
7.Խոսեք պարզ և կարեքցանքով

Միջազգային համագործակցությունն առողջապահության բնագավառում

- Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպությունը (ԲՕՅ)՝ միջազգային առողջապահության կազմակերպություններից ամենահեղինակավորն ու խոշորագույնն է
- Միացյալ Ազգերի Կազմակերպությունը (ՕՕՀ)
- Աշխատանքի Միջազգային Կազմակերպությունը (ՄՕՏ)
- Միջազգային Մանկական Ֆոնդը (ՅՈՒՆԻՍԵՖ)
- Միացյալ Ազգերի Կազմակերպությունը գիտության և կուլտուրայի գծով (ՅՈՒՆԵՍԿՕ)
- Միջազգային Պարենային Կազմակերպությունը (ՓԱՕ)
- Ատոմային էներգիայի Միջազգային գործակալությունը (ՄԱԳԱՏԷ)

Ներկայումս գործում են ավելի քան 200 միջազգային բժշկական կազմակերպություններ և ընկերություններ

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը /ԱՀԿ/

- Հիմնական նպատակն է՝ բոլոր ժողովուրդների կողմից առողջության հնարավորին բարձր մակարդակի ձեռքբերումը:
- ԱՀԿ Կանոնադրության մեջ առաջին անգամ հռչակվել է՝

- յուաքանչյուր մարդ ունի առողջության իրավունք
- երկրները սկզբունքորեն պատասխանատու են իրենց ժողովուրդների առողջության համար

- Ըստ ԱՀԿ՝ առողջության և միջազգային անվտանգության ամրապնդման ու գիտության զարգացման միջև կապն անխզելի է

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը /ԱՀԿ/

- Ստեղծվել է երկրորդ Համաշխարհային պետերազմից հետո 1946թ.:
- Պաշտոնապես գործում է 1948 թ. ապրիլի 7-ից /համարվում է առողջության համաշխար-հային օր, որը նվիրվում է որևէ կարևոր առողջապահական խնդրին՝ օրինակ, 2006 թ. - հոգեբուժությանը/:
- ԱՀԿ միավորում է 193 պետություններ: ՀՀ-նն ԱՀԿ անդամ է 1994 թ.
- ԱՀԿ-ն համագործակցում է մոտ 180 միջազգային կազմակերպությունների, գործակալությունների և ասոցիացիաների հետ:

ԱՀԿ կառուցվածքը

- Բարձրագույն մարմինը – Առողջապահության Համաշխարհային Ասամբլեան է
- Ասամբլեան կազմված է պատգամավորներից, որոնք ներկայացնում են անդամ-պետությունները /յուրաքանչյուրից ոչ ավելի 3 ներկայացուցիչ /ՀՀ ունի 1 ներկայացուցիչ/:
  Պատգամավորները՝ իրենց երկրի առողջապահության ոլորտի ղեկավարներն են
- Ասամբլեայի հերթական նստաշրջաններն գումարվում են տարեկան մեկ անգամ:
- Ասամբլեայի գործառույթներն են՝

- Որոշում է ԱՀԿ գործունեության ուղղությունները
- Քննարկում և հաստատում է աշխատանքի պլանը, բյուջեն, անդամավճարների չափը
- Ընդունում է նոր անդամներ
- Նշանակում է ԱՀԿ նոր գլխավոր տնօրենին
- Լուծում է այլ կազմակերպությունների հետ համագործակցման հարցեր
- Քննարկում է առողջապահության հետ կապված ՄԱԿ առաջարկությունները և ներկայացնում զեկույցներ դրանց կատարման վերաբերյալ:

ԱՀԿ Գործադիր Կոմիտե /ԳԿ/

- Ասամբլեայի նստաշրջանների միջև ԱՀԿ բարձրագույն մարմինն է
- Հերթական նստաշրջանները գումարվում են տարեկան 2 անգամ
- Կազմի մեջ մտնում են ԱՀԿ անդամ-պետություններից 30 ներկայացուցիչներ /ընտրվում են 3 տարով/
- Տարեկան 1 անգամ ԳԿ անդամների 1/3-րդը թարմացվում է: Անվտանգության Խորհրդի մշտական անդամ երկրները ռո-տացիայի չեն ենթարկվում

ԱՀԿ քարտուղարություն

- ԱՀԿ Կենտրոնական վարչական օրգան է, ղեկավար՝գլխավոր տնօրեն /ԳԿ առաջարկությամբ ընտրում է Ասամբլեան՝ 5 տարով/
- ԱՀԿ քարտուղարության կառուցվածքը ապակենտրոնացված է՝
- ԱՀԿ գլխավոր գրասենյակը /Ժնևում/
- Գործում են 6 տարածաշրջանային գրասենյակները՝

1.Եվրոպայի երկրներ՝ Կոպենհագեն,Դանիա

2.Ամերիկայի երկրներ՝ Վաշինգտոն, ԱՄՆ

3.Արևելյան Միջերկրյածովյան երկրներ՝ Ալեքսանդրիա, Եգիպտոս

4.Հարավ-Արևելյան Ասիայի երկրներ՝ Դելի, Հնդկաստան

5.Խաղաղ օվկիանոսի Արևմտյան մասի՝ Մանիլա, Ֆիլիպիններ

6.Աֆրիկա /Սահարայից հարավ/՝ Բրազավիլ, Կոնգո

- ԱՀԿ գլխավոր և տարածաշրջանային գրասենյակներում աշխատողների թիվը ավելի քան 4,5 հազար է:

ԱՀԿ բյուջե

ԱՀԿ ֆինանսավորվում է երկու աղբյուրներից՝

1.Մշտական բյուջեն կազմվում է պետությունների պարտադիր անդամավճարներից /գրեթե 600 մլն $/

- Բյուջեի ավելի քան 2/3-րդը մուծում են զարգացած երկրները /ԱՄՆ՝ 17%, Ճապոնիա՝ 11%, Եվրոպայի երկրները՝ 50%, ՀՀ անդամավճարը ՝ 50 000 $/:

2.ԱՀԿ ֆինանսավորվում է նաև Առողջության ամրապնդման Կամավոր ֆոնդի կողմից /հիմնված է 1960թ./, որը գումարվում է նվիրատվություններից և ԱՀԿ անդամ-երկրների կամավոր մուծումներից:

- ✓ Արտաբյուջետային մուծումները տարեկան ավելանում են և հասնում մշտական բյուջեի չափերին:
- ✓ ԱՀԿ բյուջեի մեծ մասը ուղղվում է զարգացող երկրներ: Եվրոպական տարածաշրջանին հատկացվում է բյուջեի 6%-ը
- ✓ ԱՀԿ գումարային բյուջեն կազմում է շուրջ 1-1.2 մլրդ $

ԱՀԿ ֆունկցիաները

- Առողջապահության գծով միջազգային աշխատանքները ղեկավարող և համակարգող մարմին է
- Մշակում և կատարելագործում է բժշկական և առողջապահական միջազգային ստանդարտներ, անվանացուցակ ու դասակարգումներ և աջակցում է դրանց տարածմանը
- Անցկացնում է բժշկական հետազոտություններ, աջակցում անդամ-երկրների ազգային առողջապահության բարելավմանը
- Աջակցում է առողջապահության ոլորտում միջազգային կոնվենցիաների /ԱՀԿ-ի Ծխախոտի դեմ պայքարի մասին շրջանակային կոնվենցիա, գործում է 2005 թ., փետրվարից, որին ՀՀ միացավ 2004 թ./, համաձայնացումների և կանոնների ընդունմանն ու կատարմանը

ԱՀԿ գործունեության ուղղություններ

- Առողջապահության ծառայությունների ամրապնդումն ու կատարելագործում
- Ինֆեկցիոն և ոչ ինֆեկցիոն հիվանդությունների դեմ պայքար և կանխարգելում
- Շրջակա միջավայրի պահպանում և առողջացում
- Մոր և մանկան առողջության պահպանում
- Բժշկական կադրերի պատրաստում
- Սանիտարական վիճակագրություն
- Բժշկա-կենսաբանական հետազոտությունների զարգացում

ԱՀԿ գործունեության ընդհանուր ռազմավարությունը

- «Առողջությունը բոլորի համար» հռչակումը /1981 թ-ից/:
- ԱՀԿ մեծ դեր ունի ամբողջ աշխարհում առողջության պահպանման հիմնախնդիրների լուծման գործում:
- ԱՀԿ բարեհաջող իրականացրեց օսպայի լիկվիդացման ծրագիրը:
- Այժմ գործում է պոլիոմիելիտի լիկվիդացման ծրագիրը, ՁԻԱՀ-ի դեմ պատվաստանյութի մշակման ծրագիրը և այլն: