

ԱԶԳԱՅԻՆ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ
ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ

ՄԻՆԶԵՎ 2035 ԹՎԱԿԱՆԸ

*Բժշկական օգնությունը՝ որպես հանրային իրավունք: Արհեստական
բանականությունը՝ որպես տեխնոլոգիական հարթակ: Բնակչության
առողջությունը՝ որպես ազգային սոցիալ-տնտեսական ռեսուրս:*

Ռազմավարական հայեցակարգ և նախնական ներդրումային մոդել

Նախագծային տարբերակ՝ փորձագիտական քննարկման համար · 11 հոկտեմբերի 2026 թ.

ADKARS — Հայաստանի վերակառուցման և զարգացման գործակալություն

Բոլոր ֆինանսական մեծությունները ներկայացված են 2026 թվականի հաստատուն
գներով: Քանակական ցուցանիշների մի մասը սցենարային գնահատականներ են, որոնք
պահանջում են զույգագրում և տեխնիկատնտեսական ստուգում:

Ռազմավարության ամփոփագիր

Նպատակն է Հայաստանի յուրաքանչյուր քաղաքացու ապահովել ժամանակակից, ժամանակին և ստացման պահին ամբողջությամբ անվճար երաշխավորված բժշկական օգնությամբ՝ կանխարգելումը, բուժումը, գիտությունն ու կառավարումը միավորելով միասնական պաշտպանված ԱԲ հարթակում:

Առաջարկվող բարեփոխումը չի սահմանափակվում հիվանդանոցների կառուցմամբ կամ ապահովագրական փաթեթի ընդլայնմամբ: Այն փոխում է բժշկական օգնության կազմակերպման տրամաբանությունը՝ արդեն առաջացած հիվանդությանն արձագանքելուց անցում կատարելով առողջության շարունակական հսկողության, հիմնավորված կանխարգելման, վաղ ախտորոշման և անհատականացված բուժման: Ժամանակակից ախտորոշումը, բժշկական գիտելիքները, տեխնոլոգիաներն ու ֆինանսական երաշխիքները պետք է հասանելի լինեն՝ անկախ եկամտից և բնակության վայրից:

Հիմնական կազմակերպական տարրը կլինի մարդու՝ ծննդից սկսվող միասնական բժշկական պատմությունը, որը կմիավորի պոլիկլինիկաները, հիվանդանոցները, շտապօգնությունը, լաբորատորիաներն ու նշանակված բուժման միջոցները:

Արհեստական բանականությունը կօգնի բժշկին վերլուծել տվյալները, հետևել ստուգված կլինիկական ուղեցույցներին, հայտնաբերել շեղումները և համակարգել օգնությունը:

Վերջնական որոշումն ու պատասխանատվությունը մնում են բժշկական մասնագետին: [05]

Գիտակլինիկական համակարգը ձևավորվում է բժշկական համալսարանի, մասնագիտացված հիվանդանոցների, մարզային ցանցի և Հայաստանի ազգային գիտակլինիկական խորհրդի շուրջ: Յուրաքանչյուր բուժաշխատող կանցնի իրական շարունակական ուսուցում՝ առնվազն մեկ պարտադիր փուլ յուրաքանչյուր վեց ամիսը մեկ:

Ենթակառուցվածքային ծրագիրը նախատեսում է գործող հիվանդանոցային և ամբուլատոր ֆոնդի խորքային արդիականացում, ժամանակակից հագեցում, սովորական ստացիոնարում անցում մեկտեղանոց հիվանդասենյակների, շտապօգնության արդիականացում և շինարարություն միայն այնտեղ, որտեղ հայտնաբերվել են տարածքային հասանելիության բացեր:

Ցուցանիշ	Բազային մոդել
Կապիտալ վերափոխում, 2027–2035	\$3,93 մլրդ (\$2,95–5,51 մլրդ՝ սցենարների միջակայք)
2035 թ. գործունեության տարեկան բյուջե	\$2,265 մլրդ (\$1,85–2,70 մլրդ՝ սցենարներ)
Հիվանդանոցների վիճակագրական հիմք, 2025	Ստացիոնար հատվածի 117 բժշկական կազմակերպություն

Ցուցանիշ	Բազային մոդել
Առաջնային օգնության լրացուցիչ կենտրոններ	24՝ պլանավորման պահուստ, ոչ հաստատված շինարարություն
Սովորական հիվանդասենյակի նպատակային ձևաչափ	1 պացիենտ՝ կլինիկական բացառություններով
Հիմնական արդյունք	Առողջ կյանքի ավելի շատ տարիներ, հասանելիություն, կանխելի կորուստների նվազում

Ծանոթագրություն: Սցենարները պատրաստի շինարարական նախահաշիվ չեն: Գները ներկայացված են առանց գնաճի և ապագա փոխարժեքի կանխատեսման: Ֆինանսավորման աղբյուրները վերլուծվում են ազգային նախագծերի համախմբված մոդելում:

Մոդելի կարգավիճակ

Փաստաթուղթը միավորում է համաձայնեցված ռազմավարական սկզբունքները, պաշտոնական վիճակագրությունը և նախնական ինժեներատնտեսական ենթադրությունները: Շենքերի և սարքավորումների անհայտ փաստացի վիճակը չի փոխարինվում հորինված տեղեկություններով:

Բովանդակություն

- 01 Պետական բժշկական դոկտրինի հիմքերը
- 02 Ելակետային վիճակը և ժողովրդագրական հիմքը
- 03 Միասնական ազգային բժշկական ԱԲ հարթակ
- 04 Առաջնային օգնություն, ընտանեկան բժիշկ և կանխարգելում
- 05 Ստացիոնար բժշկություն և ճարտարապետական չափորոշիչ
- 06 Հիվանդանոցների, պոլիկլինիկաների և շտապօգնության հագեցում
- 07 Բժշկական համալսարան, գիտություն և շարունակական ուսուցում
- 08 Տարածքային մոդել և աշխարհատեղեկատվական պլանավորում
- 09 Բժշկական օգնության երկու համակարգ և բժշկական զբոսաշրջություն
- 10 Բարեփոխման սոցիալ-տնտեսական արդյունքները
- 11 CAPEX. վերափոխման ծրագիր
- 12 OPEX. տարեկան շահագործում և բժշկական օգնություն
- 13 Իրականացման ժամանակացույց, 2027–2035
- 14 Կառավարում, կարգավորում, ռիսկեր և որակի վերահսկում
- 15 Իրականացումը սկսելու որոշումներ
- Ա Հավելված. մարզային ներդրումային ծրագիր
- Բ Հավելված. անվանապես նշված հաստատությունների ցանկ
- Գ Հավելված. ենթադրություններ, անհրաժեշտ տվյալներ և աղբյուրներ

01. Պետական բժշկական դոկտրինի հիմքերը

Մարդու կենսականորեն անհրաժեշտ կարիքների առումով բժշկական օգնությունը հանրային երաշխիք է, այլ ոչ շուկայական ծառայություն:

Հայաստանի Հանրապետության յուրաքանչյուր քաղաքացի պետք է ունենա ժամանակին բժշկական օգնություն ստանալու երաշխավորված իրավունք՝ ստացման պահին առանց վճարման և անկախ եկամտից, սոցիալական կարգավիճակից, տարիքից կամ բնակության վայրից: Ծախսերը կրում է ֆինանսավորման հանրային համակարգը՝ բյուջեն, ապահովագրական հիմնադրամը կամ դրանց համաձայնեցված համակցությունը: Պետական երաշխիքը պետք է ունենա հստակ սահմանված կլինիկական շրջանակ, վերանայման ընթացակարգեր և վեճերի լուծման թափանցիկ մեխանիզմներ:

Համակարգի հաջողության գլխավոր ցուցանիշը բնակչության առողջական վիճակն է, այլ ոչ խորհրդատվությունների, հոսպիտալացումների կամ թանկարժեք միջամտությունների քանակը: Բժշկական կազմակերպությունները գնահատվում են ըստ կլինիկական արդյունքների, հասանելիության, անվտանգության, պացիենտի արժանապատվության հարգման և միջոցների արդյունավետ ծախսման՝ հաշվի առնելով դեպքերի բարդությունը:

Բժշկական հաստատության սեփականության ձևը չի փոխում որակի պարտադիր չափորոշիչը: Պետական, համայնքային, համալսարանական և մասնավոր կլինիկաները կարող են ազգային ծրագրի շրջանակում գործել թափանցիկ պայմանագրերով՝ անվտանգության, ըստ մասնագիտացման տեխնիկական հագեցման, տվյալների փոխանակման և կլինիկական արձանագրությունների միասնական պահանջներով:

Օրենսդրորեն ամրագրման համար առաջարկվող սկզբունքներ

- Երաշխավորված օգնության հավասար իրավունք. ապահովագրության կամ փաստաթղթերի բացակայության պատճառով անհետաձգելի բուժումից հրաժարվելու անթույլատրելիություն:
- Պացիենտի՝ ծննդից սկսվող շարունակական բժշկական պատմություն և անհրաժեշտ տեղեկությունները ազգային համակարգի ցանկացած կետում ստանալու հնարավորություն:
- Կանխարգելում, վաղ ախտորոշում և անհատականացված բուժում. բժշկի մասնագիտական պատասխանատվություն կլինիկական որոշման համար:
- Բժշկական օգնության միասնական չափորոշիչ և տեղեկատվական միասնական համատեղելիություն՝ հաստատությունների սեփականության տարբեր ձևերի պայմաններում:
- Բժշկական գաղտնիքի պաշտպանություն, զգայուն տվյալների օգտագործման առանձին կանոններ և ԱԲ-ի անկախ գնահատում:
- Բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի մշտական մասնագիտական պատրաստում. կլինիկական ուղեցույցների գիտականորեն հիմնավորված թարմացում:

Երկու հասկացությունների տարբերությունը

«Պացիենտի համար անվճար»-ը չի նշանակում «առանց ծախսերի»: Ֆինանսական կայունությունը պահանջում է բոլոր բժշկական երաշխիքների ծախսերի հաշվարկ և դրանց ծածկում բյուջեից, ապահովագրական վճարներից ու այլ հանրային աղբյուրներից: Չի կարելի խոստանալ օգնության ամբողջ ծավալը՝ առանց կլինիկական փաթեթն ու դրա արժեքը սահմանելու:

02. Ելակետային վիճակը և ժողովրդագրական հիմքը

Հայաստանն ունի բժշկական կազմակերպությունների ճյուղավորված, բայց ոչ միատարր ցանց: Նոր ռազմավարությունը պետք է օգտագործի արդեն ստեղծված ենթակառուցվածքը, այդ թվում՝ վերջերս վերակառուցված օբյեկտները, և բացառի կատարված աշխատանքների կրկնակի ֆինանսավորումը: 2026 թվականի պաշտոնական վիճակագրական տարեգիրքը ներկայացնում է համակարգի՝ 2025 թվականի գործունեության ցուցանիշները: Բազային մոդելում ներառված են 117 ստացիոնար կազմակերպություն, 203 գյուղական ամբուլատորիա և 624 բուժական անկախ բարձրագույն կետ: Առանձին շենքերի գրանցամատյանին անցնելիս կատեգորիաները պետք է ճշգրտվեն: [01]

2026 թվականի հունվարին կառավարությունը հայտնել է առողջապահության հատկացումները 2025 թվականի 164 մլրդ դրամից 2026 թվականին 220 մլրդ դրամի հասցնելու, թվային գործառնությունների զարգացման և 42 մարզային կազմակերպությունների կառավարումը նախարարությանը փոխանցելու մասին: Կազմակերպությունների վարչական միավորումը չի կարելի մեկնաբանել որպես հիվանդանոցային տարածքների ֆիզիկական փակում: [02]

2026 թվականի հունվարից փուլային եղանակով ներդրվում է առողջության համընդհանուր ապահովագրությունը: Հետևաբար ռազմավարությունն առաջարկում է ընթացիկ բարեփոխումը չփոխարինել, այլ ընդլայնել մինչև բժշկական օգնության ամբողջական ազգային համակարգ՝ կլինիկական երաշխիքների և տեխնոլոգիական հասունության անհրաժեշտ մակարդակով: [04]

Մոդելավորման ժողովրդագրական պարամետրերը

Մարզ / Երևան	Բնակչություն, հազ.	Հիվանդանոցային կազմակերպություններ, 2025
Երևան	1 141.1	58
Արագածոտն	135.5	5
Արարատ	267.6	6
Արմավիր	267.9	4

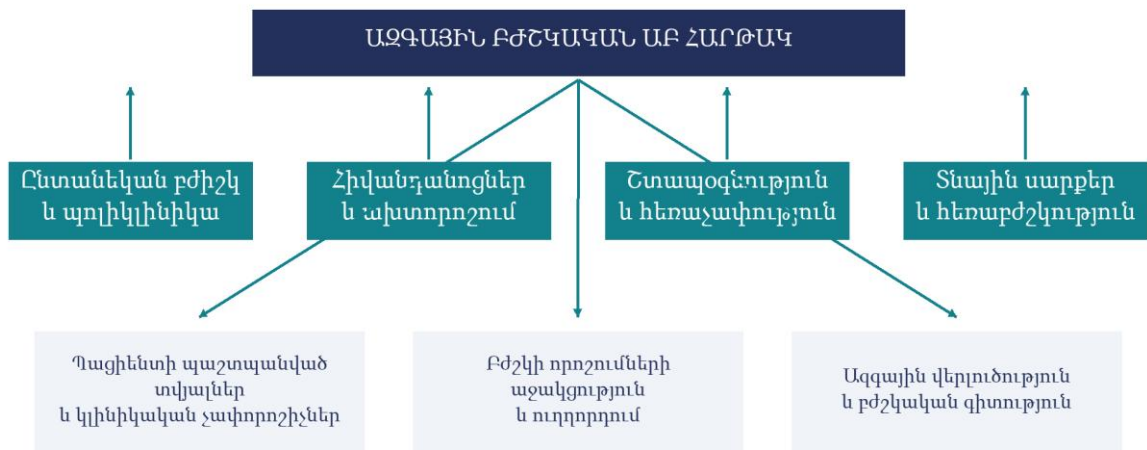
Մարզ / Երևան	Բնակչություն, հազ.	Հիվանդանոցային կազմակերպություններ, 2025
Գեղարքունիք	215.7	7
Լոռի	229.2	6
Կոտայք	293.3	7
Շիրակ	242.4	8
Սյունիք	116.7	7
Վայոց ձոր	49.1	2
Տավուշ	117.7	7

Բնակչությունը 2025 թվականի սկզբի ընդունված բաշխման հիմքն է (մոտ 3,08 մլն), այլ ոչ 2035 թվականի կանխատեսումը: Հիվանդանոցային կազմակերպությունները վիճակագրական կատեգորիաներ են, ոչ շենքեր:

Հայաստանի առանձնահատկությունները պահանջում են միաժամանակ հաշվի առնել բնակչության թվաքանակը և աշխարհագրությունը՝ լեռնանցքները, ձմեռային հասանելիությունը, ճանապարհների որակը, բարդ օգնության կենտրոնացումը Երևանում, գյուղերի խտությունն ու պացիենտների տարիքը: Խիտ բնակեցված քաղաքի համար տնտեսապես օպտիմալ ցանցը պիտանի չի լինի Սյունիքի կամ Շիրակի և Լոռու բարձրադիր տարածքների համար:

03. Միասնական ազգային բժշկական ԱԲ հարթակ

Արհեստական բանականությունը համակարգի գործառնական և մտավոր հիմքն է, սակայն առանց կլինիկական ստուգման բժշկական որոշումների ինքնուրույն աղբյուր չէ:



Պարտադիր պայմաններ՝ կլինիկական վավերացում • տվյալների պաշտպանություն • մարդկային պատասխանատվություն • ԱԲ աուդիտ

Միեւնա 1. Բժշկական օգնության միասնական թվային միջավայր՝ նպատակային ճարտարապետություն: Բոլոր կապերը ներկայացված են հայեցակարգային մակարդակով:

3.1. Շարունակական էլեկտրոնային բժշկական պատմություն

Համակարգը պետք է պահպանի կամ համատեղելի ծառայությունների միջոցով տրամադրի կլինիկական նշանակություն ունեցող ամբողջ տեղեկատվությունը՝ անամնեզը, ախտորոշումները, ակերգիաները, պատվաստումները, դեղերը, վիրահատությունները, լաբորատոր ցուցանիշները, պատկերները, դուրսգրման ամփոփագրերը, շտապօգնության արդյունքները, վերականգնումը և պացիենտի նախընտրությունները: Տեղեկատվությունը մուտքագրվում է մեկ անգամ՝ օգնության տրամադրման վայրում, և հասանելի է լիազորված մասնագետներին՝ իրենց դերի ու բժշկական անհրաժեշտության համաձայն:

Տեխնիկական ճարտարապետությունը պարտադիր չի ենթադրում մեկ կենտրոնացված շտեմարան: Նախընտրելի է տրամաբանորեն միասնական հարթակ՝ պաշտպանված գրանցամատյաններով, ինտեգրման միջերեսներով, պացիենտի միասնական նույնականացմամբ, տվյալների չափորոշիչներով, մուտքերի գրանցմամբ և խափանումների նկատմամբ կայունությամբ: Գործող ArMed համակարգը պետք է օգտագործել որպես վերափոխման ռեսուրսներից մեկը՝ չկրկնօրինակելով աշխատող բաղադրիչները:

3.2. ԱԲ-ի կլինիկական խնդիրները

- Հիվանդության պատմության կլինիկական ամփոփում, վարչական ծանրաբեռնվածության նվազեցում և բժշկական գրառման պատրաստման աջակցություն:
- Լաբորատոր ցուցանիշների նշանակալի փոփոխությունների հայտնաբերում և բժշկին կլինիկականորեն հիմնավորված ռիսկերի մասին նախազգուշացում:
- Բժշկական պատկերների մեկնաբանման աջակցություն և բարդ դեպքերի ուղղորդում երկրորդ փորձագիտական եզրակացության համար:
- Կանխարգելման առաջարկություններ և քրոնիկ հիվանդությունների հսկողություն՝ հաշվի առնելով բժշկական հակացուցումները:
- Կադրերի, դեղերի պաշարների, մահճակալների և բժշկական տեղափոխման պլանավորում. բուժման արդյունքների տարածքային վերլուծություն:
- Տվյալների վերահսկվող օգտագործում գիտական նախագծերում, այդ թվում՝ կլինիկական գրանցամատյաններում և միջամտությունների արդյունավետության հետազոտություններում:

3.3. Անվտանգություն և պատասխանատվություն

ԱԲ գործիքը կլինիկական գործածության է թույլատրվում միայն անվտանգության, ճշգրտության և կոնկրետ խնդրին համապատասխանության գնահատումից հետո: Անհրաժեշտ է սահմանել մոդելների պարտադիր գրանցում, սխալների և մոդելի վարքագծի փոփոխությունների մշտադիտարկում, անկախ աուդիտ, մուտքի վերահսկում և ավտոմատացված առաջարկությունը վիճարկելու մարդու իրավունք: Գեներատիվ համակարգերը չեն կարող ինքնուրույն բուժում նշանակել կամ վերջնական ախտորոշում

տալ: Խորհուրդ է տրվում առաջնորդվել բժշկության մեջ բազմամոդալ ԱԲ-ի կառավարման վերաբերյալ ԱՀԿ սկզբունքներով: [05]

Հետազոտությունները պաշտպանելու համար անհրաժեշտ է օրենսդրորեն տարանջատել օգնության տրամադրման և տեղեկատվության գիտական օգտագործման ռեժիմները: Հետազոտության համար կլինիկական տվյալները պետք է անցնեն համաձայնության, ապանձնավորման կամ կեղծանվանացման, հետազոտական նպատակի ստուգման և էթիկական փորձաքննության սահմանված ընթացակարգերը:

3.4. Տնային և հեռավար բժշկություն

Համակարգը պետք է աջակցի հեռաբժշկական խորհրդատվություններին, քրոնիկ հիվանդությունների հեռավար հսկողությունը և բժշկական ցուցումով նշանակված սարքերի միացմանը՝ ճնշաչափերի, գլյուկոմետրերի, պուլսօքսիմետրերի, ԷՍԳ կաչուն սենսորների և այլ սարքերի: Սպառողական ժամացույցներն ու սմարթֆոնները կարող են օգտակար ազդակներ տալ, սակայն դրանց ցուցանիշները ախտորոշում չեն և պահանջում են կլինիկական մեկնաբանում: Քաղաքացու հեռավար օգնության հասանելիությունը չպետք է կախված լինի թանկարժեք անձնական սարք գնելուց:

04. Առաջնային օգնություն, ընտանեկան բժիշկ և կանխարգելում

Ընտանեկան բժիշկը պետք է դառնա մարդու առողջության համակարգողը ողջ կյանքի ընթացքում: Նրա խնդիրը կարճատև ընդունելությունների առավելագույն քանակը չէ, այլ հիվանդությունների վաղ հայտնաբերումը, քրոնիկ վիճակների վարումը, կանխարգելումը, մասնագետներին ուղղորդումը, դուրսգրումից հետո հսկողությունը և պացիենտին առաջարկությունների բացատրումը:

Ազգային համակարգը բժշկին ապահովում է բժշկական պատմության, կլինիկական ալգորիթմների, ԱԲ ամփոփագրերի և ժամանակակից ախտորոշման հասանելիությամբ: Յուրաքանչյուր պացիենտի կցվում է առաջնային օգնության թիմ: Բարդ պացիենտների համար նախատեսվում են ավելի շատ ժամանակ, մասնագետների հետ կանոնավոր համակարգում և ցուցումներով տնային այցելություններ:

4.1. Տարածքային հզորության նորմատիվը

Ելակետային մոդելում ընդունված է ընտանեկան բժշկության մեկ թիմ՝ մոտ 1 800 կցագրված բնակչի համար: Լեռնային և տարեց բնակչության մեծ բաժին ունեցող տարածքներում ծանրաբեռնվածությունը նվազեցվում է: Սա կադրերի և տարածքների գնահատման պլանավորման նորմատիվ է, այլ ոչ բոլոր հաստատությունների նկատմամբ ինքնաբերաբար կիրառվող կանոն: Պահանջարկը գնահատվում է 1 750–1 950 առաջնային օգնության թիմ, որից հետո ճշգրտվում է գործող բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի փաստացի թվաքանակը:

Որպես նախնական սցենար դիտարկվում է առաջնային օգնության մոտ 409 լիարժեք գործառնական կենտրոն՝ ներառյալ գործող կետերի վերափոխումը և մինչև 24 նոր օբյեկտի պահուստը: Փոքր բուժականամակաբարձական կետերը շարունակում են ապահովել տեղային հասանելիությունը, սակայն պարտադիր չէ, որ մատուցեն խոշոր պոլիկլինիկայի ծառայությունների ամբողջ փաթեթը: Այս թվերը վերջնականապես կսահմանվեն աշխարհատեղեկատվական մոդելում՝ ցանցը բնակավայրերի և հասնելու ժամանակի հետ համադրելուց հետո:

4.2. Արդյունավետության ցուցանիշները

Խումբ	Չափումների օրինակներ
Կանխարգելում	Ապացուցողական հիմք ունեցող սկրինինգներով և պատվաստումներով ընդգրկված պացիենտների բաժին. աշխատանք ռիսկի գործոնների հետ
Քրոնիկ հիվանդություններ	Զարկերակային գերճնշման և շաքարային դիաբետի հսկողություն. կլինիկական արդյունքներ՝ ռիսկի ճշգրտում
Շարունակականություն	Կապ դուրսգրումից հետո, ուղղորդումների որակ և բժշկական պատմության հասանելիություն
Պացիենտ	Անհրաժեշտ օգնության հասնելու ժամանակ, վստահություն, առաջարկությունների հասկանալիություն, հիմնավորված բողոքներ
Անվտանգություն	Նշանակումների սխալներ, անցանկալի իրադարձություններ, արձագանքի ժամանակին լինելը

Չի կարելի բժշկի աշխատանքի որակը գնահատել բացառապես այցելությունների քանակով կամ պացիենտների «իդեալական» արդյունքներով. նման մոտեցումը կարող է խթանել բարդ հիվանդներից խուսափելը: Վարձատրությունը պետք է համատեղի արժանապատիվ բազային վճարն ու մանրակրկիտ ստուգվող որակի ցուցանիշները՝ հաշվի առնելով կցագրված բնակչության կազմը:

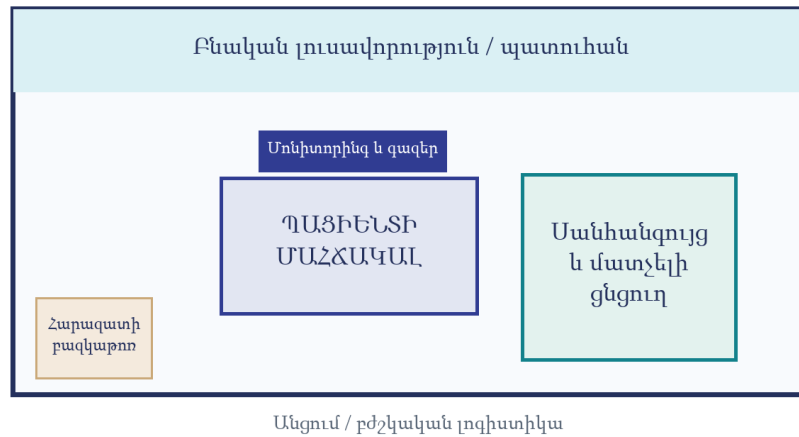
05. Ստացիոնար բժշկություն և ճարտարապետական չափորոշիչ

Սովորական ստացիոնար հիվանդասենյակը պետք է լինի մեկտեղանոց: Միջավայրի որակը և բժշկական անվտանգությունը օգնության չափորոշիչի մասն են:

Ժամանակակից հիվանդանոցների չափորոշիչը ներառում է սեփական սանհանգույցով մեկտեղանոց հիվանդասենյակներ, անվտանգ և մատչելի հատակագծում, բնական լուսավորություն, բժշկական գազեր, մշտադիտարկում, ըստ բաժանմունքի բնույթի՝ հարազատների համար տեղեր, ժամանակակից օդափոխության համակարգեր,

վարակների հսկողություն և պացիենտների հարմար տեղաշարժ: Վերակենդանացման, ինտենսիվ թերապիայի, մեկուսացման, մանկաբուժության և մասնագիտացված միջամտությունների համար անհրաժեշտ են առանձին ռեժիմներ:

Մեկտեղանոց հիվանդասենյակ՝ գործառնական սխեմա, ոչ շինարարական զծագիր



Սխեմա 2. Մեկտեղանոց հիվանդասենյակի գործառնական դասավորություն: Իրական չափերը սահմանվում են բժշկական և շինարարական առաջադրանքով:



Բժշկական ճարտարապետությունը ներառում է ոչ միայն հիվանդասենյակները, այլև լոգիստիկական՝ շտապ և պլանային պացիենտների առանձին հոսքեր, ստերիլ և տնտեսական երթուղիներ, լաբորատոր նմուշների տեղափոխում, ընդունարանի կապը ախտորոշման և վիրահատարանների հետ, ուղղահայաց տեղաշարժ ու տարահաման ուղիներ: Հայաստանում գործող և նոր մասնաշենքերի առանձին սեյսմիկ փորձաքննությունը պարտադիր է:

Մանկական բաժանմունքները պետք է նվազեցնեն երեխայի սթրեսը՝ ծնողների ուղեկցում, խաղային և ուսումնական միջավայր, հասկանալի կողմնորոշում, ջերմ նյութեր և բժշկական տեխնիկայի անհիմն տեսողական ճնշման բացակայություն: Հնարավորության դեպքում բժշկական շենքերը լրացվում են հանգիստ կանաչապատ տարածքներով՝ վերականգնման և այցելուների համար մատչելի:

5.1. Հստ օբյեկտների ներդրումային դասակարգում

Դաս	Աշխատանքների բնույթ	Որոշման չափանիշ
A — լրացուցիչ հագեցում	Վերջերս կառուցված և արդիականացված կենտրոններ. թվային ինտեգրում, առանձին պակասող սարքեր	Հաստատված ինժեներական պիտանիություն
B — վերակառուցում	Ինժեներական համակարգերի փոխարինում, ախտորոշման, հիվանդասեյակների, լոգիստիկայի և անվտանգության արդիականացում	Վերակառուցումը տնտեսապես և տեխնիկապես նպատակահարմար է
C — շենքի փոխարինում	Անպիտան մասնաշենքի փոխարեն նորի կառուցում՝ բժշկական գործառույթի պահպանմամբ	Մեյսմիկ անվտանգության, տարածքների կամ հասանելիության խնդիրներ

Սկզբնական բյուջեն պարունակում է մոտ ութ հիվանդանոցային մասնաշենքի փոխարինման պահուստ, սակայն այս թիվը սցենար է, ոչ տեխնիկական հետազոտության արդյունք: Ժամանակակից մակարդակի գործող և սարքին համալիրները չպետք է կրկին ներառվեն ամբողջական վերակառուցման ծրագրում:

06. Հիվանդանոցների, պոլիկլինիկաների և շտապօգնության հագեցում

Նպատակը ամբողջ համակարգի ժամանակակից, կլինիկականորեն հիմնավորված հագեցումն է: Տեխնիկական չափորոշիչը չպետք է վերածվի յուրաքանչյուր հաստատության համար առավել թանկ սարքավորումների ցանկի: Թանկարժեք տեխնոլոգիաները բաշխվում են բժշկական ցանցի մակարդակներով, սակայն այնտեղ, որտեղ սարքը պարտադիր է, այն պետք է համապատասխանի իր կլինիկական դասի լավագույն բնութագրերին:

6.1. Ստացիոնար հաստատությունների կատեգորիաները

Հաստատության տեսակ	Ըստ մասնագիտացման նվազագույն գործառնական համալիր
A. Ազգային / համալսարանական	ՄՌՏ՝ 3 S և/կամ 1,5 S. բարձր արտադրողականությամբ ՀՏ. ինտերվենցիոն ախտորոշում. փորձագիտական մակարդակի ՈԻՁՀ. զարգացած լաբորատորիա. վիրահատարաններ. ինտենսիվ թերապիա. բարդ մասնագիտացված տեխնիկա:
B. Մարզային հենակետային հիվանդանոց	ՀՏ, թվային ռենտգեն, ՈԻՁՀ, շուրջօրյա լաբորատորիա, անեսթեզիոլոգիա, վերակենդանացում, վիրահատարաններ. սեփական ՄՌՏ կամ հասանելի միջշրջանային հանգույցի ՄՌՏ:
C. Տեղական հիվանդանոց	Ըստ մասնագիտացման բազային ռենտգենագրություն և ՈԻՁՀ, լաբորատորիա, վիճակի կայունացման, մշտադիտարկման և տեղափոխման սարքավորում. հեռառադիոլոգիայի հասանելիություն:
Մասնագիտացված կենտրոններ	Ուռուցքաբանություն՝ ՊԷՏ-ՀՏ, գծային արագացուցիչներ, մոլեկուլային ախտորոշում՝ ըստ ցանցի հզորության: Սրտաբանություն՝ կատետերացում և սրտային վիրաբուժություն՝ կադրերի ու բավարար ծավալի առկայության դեպքում:

6.2. Նպատակային ազգային սարքակազմ. միջակայքներ, ոչ գնումների ցուցակ

Սարքավորում	Նպատակային քանակ, հատ	Սցենարային գին / համալիր
Համակարգչային տոմոգրաֆներ	50–65	\$1,0–3,8 մլն
ՄՌՏ՝ 1,5 S / 3 S	35–45	\$1,6–3,8 մլն
ՊԷՏ-ՀՏ	3–5	\$2,5–4,5 մլն
Գծային արագացուցիչներ	7–10	\$2,5–6,0 մլն և ենթակառուցվածք
Թվային մամոգրաֆներ	35–50	\$0,22–0,40 մլն
Թվային ռենտգեն համալիրներ	150–200	\$0,15–0,35 մլն

Սարքավորում	Նպատակային քանակ, հատ	Սցենարային գին / համալիր
Տարբեր դասերի ՌԻՁՀ սարքեր	1 000–1 500	\$0,015–0,15 մլն

Թվերը 2035 թվականի սարքակազմի ընդհանուր քանակի պլանային միջակայքներ են: Նոր գնումների ծավալը հավասար է նպատակային քանակին՝ հանած շահագործման համար պիտանի սարքին սարքերը: Բոլոր մատակարարումները պահանջում են տեխնիկական բնութագրեր, ենթակառուցվածք, կադրեր և երկարաժամկետ սպասարկում:

6.3. Պոլիկլինիկաներ, ամբուլատորիաներ և բուժականակաբարձական կետեր

Քաղաքային պոլիկլինիկա՝ ԷՍԳ, գործառնական ախտորոշում, փորձագիտական կամ կլինիկական ՌԻՁՀ, ստանդարտ լաբորատոր ախտորոշում կամ նմուշների հուսալի լոգիստիկա, կանխարգելման և պատվաստման կաբինետներ, բժշկական միջամտություններ, թվային աշխատատեղ և հեռաբժշկական կապ: Խոշոր ախտորոշիչ համալիրները կարող են սպասարկել մի քանի պոլիկլինիկա, եթե դա սպասման ժամանակն անթույլատրելիորեն չի երկարացնում:

Գյուղական բժշկական ամբուլատորիա՝ գնման համալիր, ԷՍԳ, կլինիկական անհրաժեշտության դեպքում շարժական ՌԻՁՀ, արագ թեստեր, պատվաստանյութերի սառնարանային սարքավորում, անհետաձգելի վիճակների օգնության համալիր, ընդհանուր բժշկական պատմության և հեռաբժշկական խորհրդատվության հասանելիություն: Բուժականակաբարձական կետ՝ բազային չափումների, նախաբժշկական օգնության, պատվաստման, կապի, տեղափոխման և տվյալների փոխանցման սարքավորում: Բարդ ախտորոշումը կատարվում է հենակետային կենտրոնում:

6.4. Շտապօգնությունը՝ որպես շարժական կլինիկական կետ

Յուրաքանչյուր հագեցված մեքենա պետք է ապահովի մոնիտորինգ և դեֆիբրիլյացիա, ԷՍԳ գրանցում ու փոխանցում, կենսական ցուցանիշների գնահատում, շնչառական աջակցության անհրաժեշտ սարքավորում, պացիենտի թվային պատմություն, դիտարկումների փոխանցում ընդունող հիվանդանոցին և կապի կորստի դեպքում ինքնավար աշխատանք: Ռեանիմոբիլներն ունեն մշտադիտարկման և կենսաապահովման ավելի լայն համալիր: Ուղղորդումը կատարվում է ըստ կլինիկական մասնագիտացման, ոչ միայն հեռավորության:

Նախնական ֆինանսական մոդելի համար ընդունված է տարբեր դասերի 250 մեքենայի ուղենիշ: Ճշգրտումը պահանջում է ավտոպարկի գույքագրում, կանչերի աշխարհագրության և սեզոնային հասանելիության վերլուծություն: Առանձին ֆինանսավորվում են դիսպետչերացումը, կապը, ուսումնական ծրագրերը, ավտոբազաներն ու կանխարգելիչ սպասարկումը:

07. Բժշկական համալսարան, գիտություն և շարունակական ուսուցում

Բժշկական համալսարանը ոչ միայն դիպլոմ ստանալու վայր է, այլև գիտական մշակումների, տեխնոլոգիաների միջազգային փոխանցման և գործնական բժշկական օգնության մեջ դրանց ներդրման ազգային կենտրոն:

Միևնույն ժամանակահատվածում Երևանի պետական բժշկական համալսարանը, այլ գիտական հաստատություններն ու մասնագիտացված հիվանդանոցները պետք է ձևավորեն միասնական գիտակլինիկական էկոհամակարգ: Համալսարանը մասնակցում է բժիշկների և միջին բուժանձնակազմի պատրաստմանը, հիմնարար ու կիրառական գիտությանը, բժշկական տեխնոլոգիաների փոխանցմանը, կլինիկական արձանագրությունների մշակմանը և որակյալ հետազոտությունների իրականացմանը:

Ստեղծվում է Հայաստանի ազգային գիտակլինիկական խորհուրդը: Դրա գործառույթներն են բժշկական ուղեցույցների, հետազոտությունների ազգային առաջնահերթությունների, պատրաստման ծրագրերի և կլինիկական ԱԲ գործիքների անկախ փորձագիտական գնահատումը: Խորհուրդը չի փոխարինում Առողջապահության նախարարությանը, կարգավորող մարմիններին կամ անկախ էթիկական հանձնաժողովներին: Նորմատիվների հաստատման որոշումը մնում է լիազորված պետական մարմին:

7.1. Ուսուցում ողջ մասնագիտական կյանքի ընթացքում

Փուլ՝ յուրաքանչյուր 6 ամիսը մեկ + հրատապ թարմացում՝ կրիտիկական ուղեցույցների փոփոխության դեպքում



Կենտրոնացված չափորոշիչներ • անկախ կլինիկական փորձաքննություն • վճարվող ուսումնական ժամանակ

Միևնույն ժամանակահատվածում Որակավորման շարունակական բարձրացում՝ պարտադիր փուլեր յուրաքանչյուր վեց ամիսը մեկ: Գործնական հմտությունների առկա ուսուցումը պահպանվում է:

Նախարարությունը ձևավորում է շարունակական մասնագիտական զարգացման ազգային էլեկտրոնային հարթակ: ԱԲ-ն օգնում է վերլուծել համաշխարհային գրականությունը, նյութերը թարգմանել հայերեն, ըստ մասնագիտության կառուցակարգել թարմացումները և ստեղծել առաջադրանքներ: Նյութերը հաստատվում են մասնագիտական փորձագետների կողմից: Արձանագրությունների կրիտիկական փոփոխությունները բժիշկներին փոխանցվում են անմիջապես՝ առանց հաջորդ կիսամյակային փուլին սպասելու:

Որակավորման բարձրացումը պետք է ֆինանսավորվի համակարգի շրջանակում, իրականացվի հիմնականում հեռավար՝ այնտեղ, որտեղ դա կլինիկականորեն հնարավոր է, և հաշվառվի աշխատանքային ժամանակում: Վիրաբույժական, միջամտությունների և վերակենդանացման հմտությունները պահանջում են սիմուլյատորներ, գործնական վերապատրաստում և գործնական կատարման գնահատում, ոչ միայն համակարգչային թեստավորում:

7.2. Գիտական ներդրման փուլաշարը

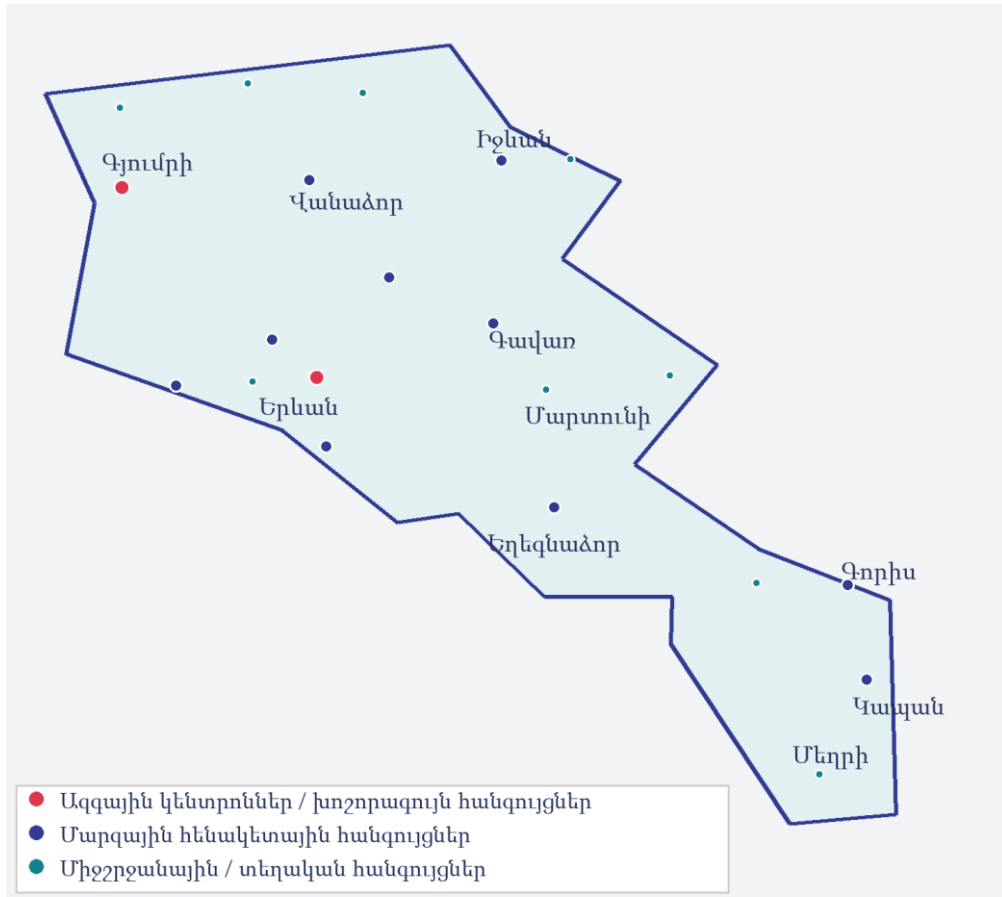
Մասնագիտացված հիվանդանոցը ձևակերպում է կլինիկական խնդիրը → համալսարանը կամ հետազոտական խումբը մշակում է մեթոդաբանությունը → կատարվում է էթիկական և կարգավորող գնահատում → ստուգվում են արդյունքները → խորհուրդն առաջարկում է ներառել արձանագրության մեջ → բժիշկների ուսուցում → ազգային ներդրում → իրական կլինիկական արդյունքների շարունակական մշտադիտարկում:

Բժշկական զբոսաշրջությունը և միջազգային հետազոտական գործընկերությունները կարող են ընդլայնել կլինիկական գործածությունը և որոշ գիտական ընտրանքներ, սակայն օտարերկրյա պացիենտների տվյալներն ինքնաբերաբար չեն օգտագործվում. անհրաժեշտ են համաձայնություն, իրավական հիմք և հետազոտ հսկողություն:

08. Տարածքային մոդել և աշխարհատեղեկատվական պլանավորում

Ոչ մի բնակիչ չպետք է զրկվի ժամանակին անհրաժեշտ օգնությունից՝ լեռնային աշխարհագրության կամ բնակավայրի հեռավորության պատճառով:

Հայաստանի բժշկական ցանցի կառուցվածքը՝ հաշվարկային հենակետային քաղաքներ



Քարտեզը ցուցադրական է՝ առանց հասանելիության գոտիների հաշվարկի: Կետերը բնակավայրեր են, ոչ մասնաշենքերի հասցեներ:

Քարտեզ 1. Հենակետային քաղաքների նախնական ցանց՝ աշխարհագրական տեղաբաշխում, առանց հասնելու ժամանակի հաշվարկի: Երկրի ուրվագիծը՝ Natural Earth, կետերը՝ բնակավայրերի կոդմնորոշիչներ:

Ազգային ցանցը բաժանվում է չորս փոխկապակցված մակարդակի՝ բարձր մասնագիտացված համալսարանական և ազգային կենտրոններ, մարզային բազմապրոֆիլ հիվանդանոցներ, առաջնային օգնություն և ախտորոշիչ հանգույցներ, տեղային բժշկական կետեր, շարժական բրիգադներ և շտապօգնություն: Յուրաքանչյուր մակարդակի համար անհրաժեշտ են գործառնությունների ցանկ, ուղղորդման թույլատրելի երթուղիներ, սարքավորումների և կադրերի չափորոշիչ:

8.1. Առաջնային օգնության նախնական գործառնական ցանց

Մարզ	Վերափոխման ենթակա կետեր	Նոր կենտրոնների պահուստ
Երևան	6	2
Արագածոտն	17	3
Արարատ	0	0

Մարզ	Վերափոխման ենթակա կետեր	Նոր կենտրոնների պահուստ
Արմավիր	20	4
Գեղարքունիք	10	2
Լոռի	10	2
Կոտայք	3	1
Շիրակ	17	4
Սյունիք	7	2
Վայոց ձոր	6	2
Տավուշ	3	2
Ընդամենը	99	24

99 և 24 թվերը տարածական զարգացման վարկած են՝ ստացված ժողովրդագրական և աշխարհագրական գործակիցներից: Գործող և արդեն ֆինանսավորվող նոր կենտրոնները պետք է հանվեն ապագա պահանջարկից: Շինարարությունների իրական ցանկը որոշվում է միայն հասցեները, սպասարկման գոտիների բնակչությունը և ճանապարհային հասանելիությունը պարզելուց հետո:

8.2. Հասանելիության սցենարները

- Առաջնային օգնություն՝ մոդելավորել 20, 30 և 45 բույսի սահմաններում գտնվող բնակչության բաժինը՝ հաշվի առնելով լեռնային ճանապարհներն ու սեզոնը:
- Ախտորոշում՝ լաբորատորիայի, ՈԻՁՀ-ի, ՀՏ-ի և ՄՌՏ-ի առանձին սցենարներ. հաշվի առնել սարքերի թողունակությունը:
- Շտապ օգնություն՝ մոդելավորել մասնագիտացված բուժմանը հասնելու ժամանակը ինֆարկտի, ինսուլտի, վնասվածքի և մանկաբարձական վիճակների դեպքում:
- Մարզային բաշխում՝ ստուգել տարածքային բացառությունները Սյունիքի, Գեղարքունիքի, Տավուշի, բարձրադիր Շիրակի և Լոռու համար:
- Նոր օբյեկտներ՝ կառուցել միայն այն դեպքում, երբ գործող կենտրոնների կադրերի և հագեցման ավելացումը չի լրացնում հայտնաբերված պակասը:

Լիարժեք աշխարհատեղեկատվական մոդելի համար նպատակահարմար է հասանելիությունը հաշվարկել ճանապարհային ցանցերի, ռելիեֆի և բնակչության հիման վրա, օրինակ՝ ԱՀԿ AccessMod մեթոդաբանությամբ: Healthsites of Armenia-ի բաց կոդերի նախագիծը կարող են մեկնակետ լինել, սակայն հրապարակված հավաքածուն թվագրված է 2023 թվականով և պետք է համադրվի 2025–2026 թվականների գրանցամատյանների հետ: [06, 07]

09. Բժշկական օգնության երկու համակարգ և բժշկական զբոսաշրջություն

Առաջին համակարգը Հայաստանի քաղաքացիների երաշխավորված բժշկական օգնությունն է: Այն գործում է միասնական պայմաններով՝ անկախ եկամտից և բնակության վայրից: Երկրորդը երկրում մշտապես բնակվող, աշխատող կամ ժամանակավորապես գտնվող օտարերկրացիների բժշկական օգնությունն է, ինչպես նաև օտարերկրյա պացիենտների պլանային բուժումը: Երկրորդ համակարգի համար գործում է ապահովագրական և պայմանագրային ֆինանսավորում:

Անհետաձգելի օգնությունն անմիջապես տրամադրվում է ցանկացած մարդու: Ապահովագրական պոլիսի, քաղաքացիության և վճարունակության ստուգումը չպետք է ուշացնի կյանքի փրկությունն ու վիճակի կայունացումը: Ծախսերի փոխհատուցումը կազմակերպվում է բուժումն սկսելուց հետո՝ ապահովագրական ընկերության, պայմանագրի, պետական երաշխիքի կամ ապահովագրական ծածկույթի բացակայության դեպքերի համար առանձին փոխհատուցման հիմնադրամի միջոցով:

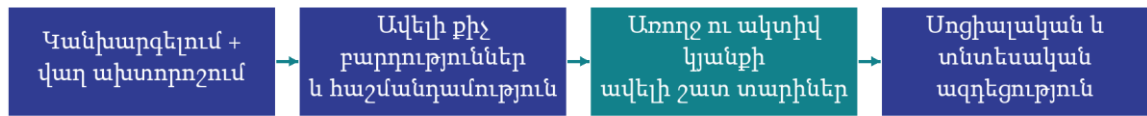
Առաջարկվում է ստեղծել միջազգային բժշկական հաշվարկների ազգային կենտրոն՝ օտարերկրյա ապահովագրական պոլիսների մշակման, հաշիվների ներկայացման և վճարումների հետագա կարգավորման համար: Առևտրային եկամուտները պետք է հաշվառվեն քաղաքացիների իրավունքների բյուջետային ֆինանսավորումից առանձին և չհանգեցնեն քաղաքացիների դուրսմղմանը կլինիկականորեն անհրաժեշտ բուժման տեղերից:

Բժշկական զբոսաշրջությունը դիտարկվում է որպես լրացուցիչ տնտեսական և գիտական ռեսուրս: Առանձին շուկայական գնահատման նախնական ուղղություններն են ստոմատոլոգիան, վերարտադրողական բժշկությունը, վիրաբուժության առանձին տեսակները, սրտաբանությունը, ուռուցքաբանությունը և վերականգնումը: Ոչ մի մասնագիտություն չի հայտարարվում մրցունակ՝ առանց կլինիկական արդյունքների, գների, կադրերի, պահանջարկի և միջազգային հավատարմագրման վերլուծության:

10. Բժշկական բարեփոխման սոցիալ-տնտեսական արդյունքները

Բժշկական օգնության մեջ ներդրումները անվերադարձ սոցիալական ծախսեր չեն. բնակչության առողջությունն ազդում է ակտիվ կյանքի տևողության, ընտանիքների բարեկեցության և տնտեսության զարգացման հնարավորությունների վրա:

Բարեփոխման նպատակը օգնության ծավալը չէ, այլ բնակչության առողջությունը



Ցուցանիշներ՝ կանխելի մահացություն • առողջ կյանքի տարիներ • ընտանիքների ծախսեր • աշխատունակություն

Մխենա 4. Սոցիալ-տնտեսական ազդեցության տրամաբանությունը՝ օգնության որակից դեպի առողջության կանխելի կորուստների նվազում:

Հայաստանի վերաբերյալ ԱՀԿ-ի և ՄԱԶԾ-ի հետազոտությունում ոչ վարակիչ հիվանդությունների տնտեսական վնասը գնահատվել է 362,7 մլրդ դրամ կամ 2017 թվականի ՀՆԱ-ի 6,5%: Սա պատմական գնահատական է, ոչ 2026 թվականի արդի վնասը: Այն պետք է օգտագործել որպես խնդրի մասշտաբի ապացույց, սակայն մեխանիկորեն չփոխադրել 2035 թվական: [03]

10.1. Հինգ չափելի ազդեցություն

- Առողջ կյանքի տևողություն՝ կանխելի մահացության, քրոնիկ հիվանդությունների բարդությունների և հաշմանդամության առաջացման նվազում:
- Ընտանիքների պաշտպանվածություն՝ անհրաժեշտ բժշկական միջամտությունների և դեղերի համար քաղաքացիների ուղղակի վճարումների նվազում:
- Աշխատունակություն՝ կանխելի հիվանդություններով և երկարատև վերականգնմամբ պայմանավորված աշխատանքային ժամանակի կորուստների նվազում:
- Տարածքային արդարություն՝ փոքր քաղաքների և հեռավոր գյուղերի բժշկական մեկուսացման նվազում:
- Գիտատնտեսական զարգացում՝ նոր կարողություններ, հետազոտություններ, կադրերի պատրաստում, կենսաբժշկական տեխնոլոգիաներ և կլինիկական բազայի կայուն աճ:

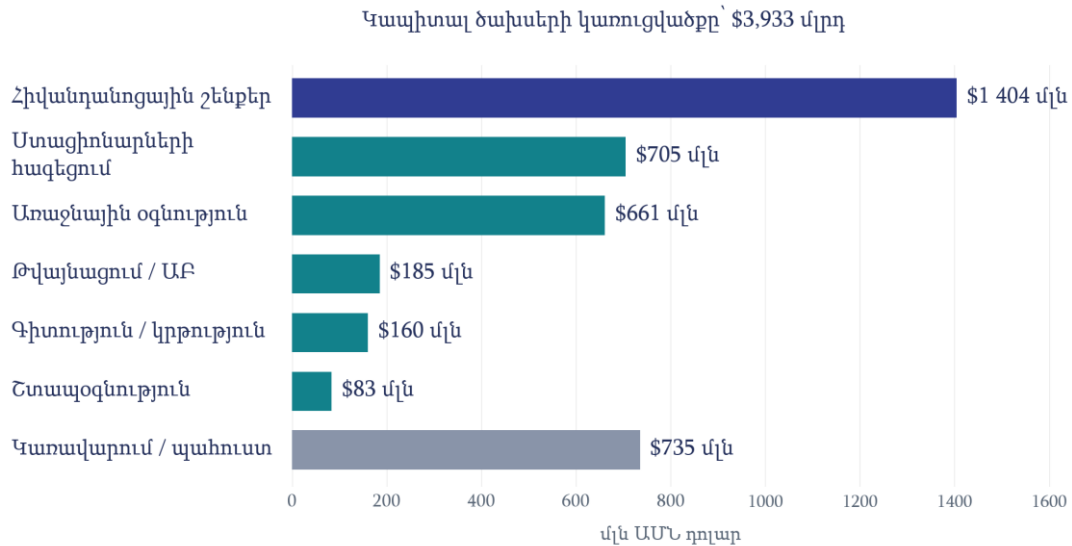
10.2. Գնահատման ազգային համակարգ

Ցուցանիշ	Ելակետային հիմք	Առաջարկվող նպատակային մոտեցում
Կանխելի մահացություն	Սահմանել 2025–2026 թթ. պաշտոնական վիճակագրությամբ	Նվազում՝ ստուգված ելակետի նկատմամբ. թվային ուղենիշ՝ համաճարակաբանական մոդելավորումից հետո
Բուժման համար ընտանիքների խոշոր վճարումների բաժին	Սահմանել տնային տնտեսությունների ծախսերի հետազոտություններով	Տարեկան նվազում. անհրաժեշտ օգնությունից հարկադրված հրաժարման բացառում
Առաջին օգնությանը հասնելու ժամանակ	Անհրաժեշտ է ճանապարհային աշխարհատեղեկատվական համակարգ	Բնակչության բաժնի հրապարակում՝ ըստ 20/30/45/60 րոպեի գոտիների
Էլեկտրոնային պատմության շարունակականություն	ArMed-ի և այլ համակարգերի ամբողջականության աուդիտ	Երաշխավորված համակարգի մասնակիցների լիարժեք գործառնական ընդգրկում
Որակավորման բարձրացում	Լիցենզիաների, կրեդիտների և պարապմունքների գրանցամատյան	Աշխատողների 100%-ն անցնում է համապատասխան պարտադիր փուլերը
ԱԲ-ի կլինիկական անվտանգություն	Ստեղծել ԱԲ համակարգերի գրանցամատյան և վերահսկման ընթացակարգ	Օգտագործվող կլինիկական համակարգերի 100%-ն ունի թույլատրված կարգավիճակ և մշտադիտարկում

Տնտեսական ազդեցությունը կհաշվարկվի բժշկական հաստատությունների բյուջեից առանձին: Տարեկան բժշկական ծախսերը չի կարելի նախահաշվում նվազեցնել ՀՆԱ-ի ենթադրյալ աճի չափով՝ առանց հաստատված մեթոդաբանության: Արդյունքները պետք է ամեն տարի գնահատվեն անկախ գիտական խմբի կողմից և հրապարակվեն:

11. CAPEX. համակարգի վերափոխման ծրագիր

Միանգամյա կապիտալ վերափոխման բազային արժեքը 2026 թվականի հաստատուն գներով \$3,933 մլրդ է: Սցենարների գնահատված միջակայքը \$2,95–5,51 մլրդ է:



Գծապատկեր 1. CAPEX՝ ըստ գործառնական ուղղությունների. պահուստները ներառում են նախագծումը, կառավարումը և ռիսկերը:

Հոդված	CAPEX, \$ մլն
Հիվանդանոցային շենքերի խորքային վերակառուցում, արդիականացում և փոխարինում	1 404
Հիվանդանոցների ժամանակակից տեխնոլոգիական հագեցում	705
Պոլիկլինիկաներ, ամբուլատորիաներ և բուժական մանկաբարձական կետեր	661
Շտապօգնություն և դիսպետչերացում	83
Միասնական թվային հարթակ, ԱԲ և պաշտպանված ենթակառուցվածք	185
Բժշկական համալսարան, ուսուցում, գիտական հզորություններ	160
Նախագծում և ծրագրի կառավարում	255
Նախագծային ռիսկերի պահուստ	480
ԸՆԴԱՄԵՆԸ	3 933

Նախահաշիվը կազմելիս նախատեսված է շինարարական աշխատանքների, սարքավորումների և համահամակարգային ծրագրերի ծախսերի տարանջատում: ՀՏ-ի, ՄՌՏ-ի, ՌԻՉՀ-ի և այլ սարքերի նպատակային քանակներն արդեն ներառված են հիվանդանոցների և առաջնային օգնության հագեցման հոդվածում: Դրանք չի կարելի կրկին ավելացնել: Արդեն շահագործվող սարքերի վերաբերյալ արդի տեղեկատվության ոչ ամբողջական լինելը պահանջում է գնումների պահանջարկից հետագայում հանել գործող պիտանի սարքակազմը:

11.1. Հիվանդանոցային ենթակառուցվածք. ինժեներական վարկած

Աշխատանքների կատեգորիա	Բազային սցենարում օբյեկտների թիվ	CAPEX, \$ մլն
Խորքային վերակառուցում	73	876
Չափավոր արդիականացում	36	144
Հին մասնաշենքերի փոխարեն նորերը	8	360
Լրացուցիչ հասցեական ինժեներական ճշգրտում	—	24
Ընդամենը՝ հիվանդանոցային շենքեր	117	1 404

Այս տեխնիկական բաշխումը սկզբնական \$1,404 մլրդ նորմատիվի այլընտրանքային մանրամասնում է և հաստատված չէ 117 հասցեի հետազոտությամբ: Վերջին տողն արտացոլում է գումարների համաձայնեցումը, ոչ հաստատված նախագծերը: Հիվանդանոցային կազմակերպություններն ու առանձին մասնաշենքերը կարող են մեկին մեկ չհամապատասխանել:

11.2. Առաջնային օգնություն. համալիր արդիականացում

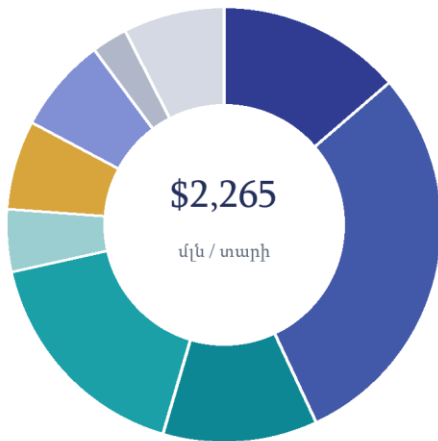
Բաղադրիչ	Ծավալ	CAPEX, \$ մլն
Խոշոր ամբուլատոր ստորաբաժանումներ	100 × \$2,3 մլն	230
Այլ ստորաբաժանումներ	338 × \$0,7 մլն	237
Փոքր կետերի բազային արդիականացում	523 × \$0,10 մլն	52
Կետերի խոշորացում / վերափոխում	99 × \$0,75 մլն	74
Նոր կենտրոնների պահուստ	24 × \$2,8 մլն	67
Բաղադրիչների կլորացման պահուստ	—	1
ԸՆԴԱՄԵՆԸ	Սցենարային մոդել	661

Ուղղությունների գումարները կլորացված են մինչև ամբողջ միլիոններ: Համաձայնեցված բազային CAPEX-ը պահպանելու համար առանձին ներկայացված է \$1 մլն կլորացման պահուստ: 2024 և 2025 թվականների վիճակագրական կատեգորիաները պահանջում են ներդաշնակեցում:

12. OPEX. տարեկան գործունեություն և տեխնոլոգիական պահպանում

2035 թվականին ամբողջությամբ գործող համակարգի բազային բյուջեն տարեկան \$2,265 մլրդ է (մոտ \$730 մեկ անձի հաշվով՝ 3,1 մլն բնակչության դեպքում):

Ամբողջ համակարգի գործառնական բյուջեն՝ 2035 թ. բազային սցենար



Առաջնային օգնություն	310
Ստացիոնարներ	665
Մասնագիտացված ախտորոշում	260
Դեղեր	385
Շտապօգնություն	105
Վերականգնում և այլն	150
Գիտություն / ԱԲ / կադրեր	160
Կառավարում	60
Ակտիվների փոխարինում	170

Տարեկան OPEX-ը ներառում է ենթակառուցվածքի շահագործումը, դրա արժեքը կրկին չի ավելացվում:

Գծապատկեր 2. Տարեկան OPEX-ի պլանային կառուցվածք: Բոլոր գումարները՝ 2026 թվականի հաստատուն գներով:

Ծախսերի հոդված	\$ մլն/տարի
Առաջնային օգնություն, պոլիկլինիկաներ, կանխարգելում	310
Հիվանդանոցային և ստացիոնար օգնություն	665
Մասնագիտացված ամբուլատոր օգնություն և ախտորոշում	260
Դեղեր՝ արդեն հաշվառված ստացիոնար ծախսերից դուրս	385
Շտապօգնություն և բժշկական տեղափոխում	105
Վերականգնում, հոգեբուժություն, երկարատև խնամք և այլ օգնություն	150
Գիտություն և բժշկական վերլուծություն	55
ԱԲ հարթակ, ՏՏ, կիբերանվտանգություն	65

Ծախսերի հոդված	\$ մլն/տարի
Անձնակազմի պարտադիր ուսուցում	40
Կառավարում և հանրային առողջապահություն	60
Սարքավորումների և ենթակառուցվածքի պլանային փոխարինում	170
ԸՆԴԱՄԵՆԸ	2 265

Կլինիկական հոդվածներում արդեն ներառված են աշխատավարձը, ծախսանյութերը, բժշկական ծառայությունները և օգտագործվող ենթակառուցվածքի շահագործումը: Շենքերի, սարքերի, ծրագրերի սպասարկման ու ուսուցման առանձին ներքին հաշվառումն անհրաժեշտ է կյանքի ցիկլը կառավարելու համար, սակայն \$2,265 մլրդ-ին գումարվող նոր գումար չէ: Բյուջետային ֆինանսավորումը, ապահովագրական փոխանցումները և օտարերկրացիների առևտրային վճարումները հետագայում կբաշխվեն ըստ աղբյուրների:

Սա օգնության նպատակային նորմատիվ ծավալի գնահատականն է, այլ ոչ գործող ապահովագրողների ծախսերի կանխատեսումը: Առավել զգայուն գործոններն են հիվանդությունների փաստացի կառուցվածքը, թանկարժեք դեղերի հասանելիությունը, բարդ ուռուցքաբանական օգնության ծավալը, քրոնիկ վիճակների խնամքը, աշխատավարձի ֆոնդը և բնակչության ապագա թվաքանակն ու տարիքը:

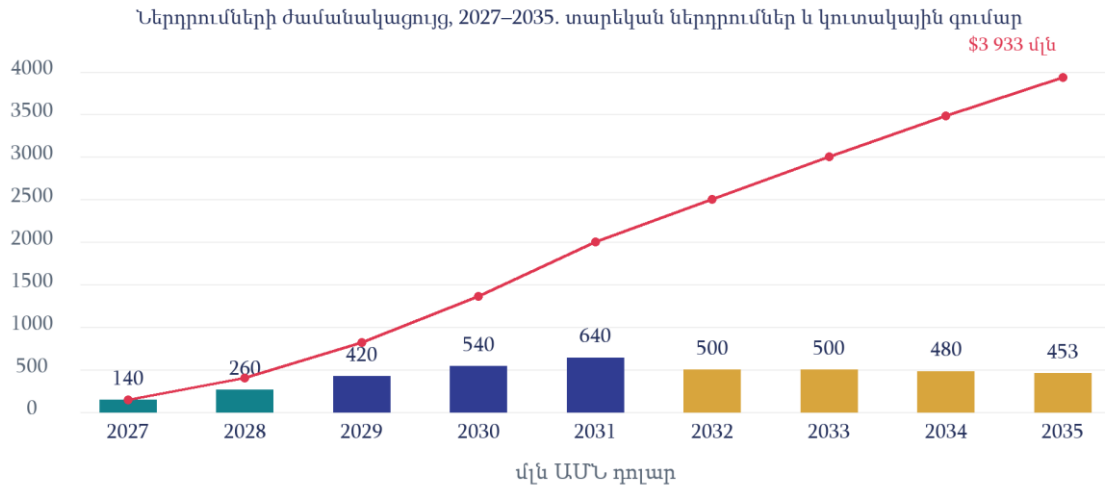
12.1. Սցենարային միջակայք

Սցենար	Կապիտալ ծախսեր	2035 թ. տարեկան ծախսեր
Բարենպաստ	\$2,95 մլրդ	\$1,85 մլրդ
Բազային	\$3,93 մլրդ	\$2,265 մլրդ
Բարդ	\$5,51 մլրդ	\$2,70 մլրդ

Տարեկան գործունեության բյուջեն պետք է համադրել բոլոր աղբյուրներից բժշկական օգնության ընթացիկ ծախսերի ամբողջ գումարի հետ, ոչ միայն Առողջապահության նախարարության բյուջեի: 2026 թվականի առողջապահության պետական բյուջեն սահմանված է մոտ 220 մլրդ դրամի մակարդակով, սակայն պացիենտների ուղղակի վճարումները և այլ ֆինանսական աղբյուրները կազմում են ազգային ծախսերի լրացուցիչ մասը: [02, 09]

Ընթացիկ հաշվարկը չի կապվում առանձին ենթակառուցվածքային և արդյունաբերական նախագծերի հետ: Պետության շահաբաժինները, հարկերը և ազգային նախագծերից այլ հնարավոր հոսքերը կդիտարկվեն միասնական համախմբված բյուջետային գրանցամատյանում: Տվյալների կենտրոնների նախագծային շահույթը չի մեկնաբանվում որպես արդեն ստացված բյուջետային մուտքեր:

13. Իրականացման ծրագիր, 2027–2035



Գծապատկեր 3. Իննամյա ներդրումային ժամանակացույց. ժամանակահատվածների բաժինը պետք է ճշգրտվի՝ կախված նախագծերի և նորմատիվ հիմքի պատրաստվածությունից:

Փուլ	Բովանդակություն	CAPEX
2027–2028	Ազգային չափորոշիչներ, աուդիտ, աշխարհատեղեկատվական համակարգ, ԱԲ ճարտարապետություն, փորձնական նախագծեր և խորհրդի գործարկում	\$400 մլն
2029–2031	Հիմնական վերակառուցում, ախտորոշիչ հագեցում, շտապօգնություն, տվյալների ինտեգրում	\$1 600 մլն
2032–2035	Արդիականացման ավարտ, բարդ մարզեր, ԱԲ և գիտություն, մասշտաբավորում	\$1 933 մլն

13.1. Որոշումներ և վերահսկիչ փուլեր

- 2027. գործառնական չափորոշիչների, ԱԲ-ի անկախ գնահատման և երաշխավորված բժշկական օգնության ցանկի հաստատում:
- 2028. շենքերի և սարքավորումների՝ ըստ օբյեկտների անձնագրերի ստեղծում, ազգային ուսուցման մեկնարկ, առաջին ստուգված աշխարհատեղեկատվական մոդել:
- 2029–2031. արդիականացված հիվանդանոցային և ամբուլատոր համալիրների հերթական բացում՝ առանց շտապ օգնությունն ընդհատելու:
- 2032–2035. տարածքային ընդգրկման ավարտ, բուժման ելքերի կանոնավոր աուդիտ և բյուջեի օպտիմալացում՝ ըստ արդյունքների:

14. Կառավարում, կարգավորում և ռիսկեր

14.1. Պատասխանատվության բաշխում

Մարմին / մասնակից	Հիմնական պարտականություններ
Կառավարություն / խորհրդարան	Օգնության իրավունքի երաշխիքներ, օրենսդրական շրջանակ. երկարաժամկետ ֆինանսավորում և կատարման վերահսկում
Առողջապահության նախարարություն	Պետական բժշկական քաղաքականություն, լիցենզավորում, չափորոշիչներ և շինարարության ծրագիր
Ազգային գիտակլինիկական խորհուրդ	Անկախ կլինիկական ուղեցույցներ, նոր մեթոդների և ԱԲ-ի գիտական փորձաքննություն
Համալսարան և մասնագիտացված կենտրոններ	Հետազոտություններ, տեխնոլոգիաների փոխանցում, կլինիկական ստուգում, ուսուցում և նորարարություններ
Թվային ենթակառուցվածքի օպերատոր	Տվյալների հուսալիություն, փոխանակման չափորոշիչներ, կիբերանվտանգություն, գործողությունների գրանցում և ինտեգրում
Ազգային ֆինանսական կազմակերպություն	Կլինիկականորեն հիմնավորված օգնության վճարում, միասնական սակագներ, գնումների և հաշվարկների վերահսկում

14.2. Հիմնական ռիսկերը

- Արժեքի չափազանց լավատեսական գնահատման ռիսկ. բազմաթիվ մասնաշենքերի մակերեսը, մաշվածությունը և սեյսմակայունությունն անհայտ են: Լուծումը՝ անկախ տեխնիկական աուդիտ և պահուստ:
- Կրկնակի գնումների ռիսկ. 2023–2026 թթ. գործող ծրագրերը և նոր ՀՏ/ՄՌՏ սարքերը պետք է բացառվեն պահանջարկից: Լուծումը՝ ակտիվների ազգային գրանցամատյան:
- Մայրաքաղաքից դուրս կադրերի պակասի ռիսկ. սարքավորումները պետք է գնվեն մասնագետների պատրաստման, տեղափոխման և աջակցության ծրագրերի հետ միասին:
- ԱԲ-ի սխալ առաջարկությունների ռիսկ. կլինիկական վավերացում, ներդրումից հետո մշտադիտարկում և առաջարկությունը մերժելու բժշկի իրավունք:
- Թվային անհավասարության և տվյալների արտահոսքի ռիսկ. անցանց աշխատանք հեռավոր շրջաններում, մուտքի աուդիտ, կիբերպաշտպանություն և պացիենտի թափանցիկ իրավունքներ:
- Ռեսուրսների՝ վճարովի օտարերկրյա պացիենտներին ուղղվելու ռիսկ. քաղաքացիների կլինիկական անհրաժեշտության առաջնահերթության ապահովում և սպասման ժամկետների վերահսկում:
- Մշտական ծախսերի աճի ռիսկ. տեխնիկայի կյանքի ցիկլի, դեղերի գնումների և ապահովագրական սակագների խիստ կառավարում:

Գնումների քաղաքականության հիմքն են թափանցիկ մրցույթները, սարքավորումների կյանքի ցիկլի ամբողջական արժեքի գնահատումը և դեղ արտադրողների հետ բանակցությունները: Անհրաժեշտ է հաշվի առնել գներիկների և կենսասնման դեղերի արդյունավետությունը, դեղերի պակասի կանխարգելումը և անկախ հակամենաշնորհային վերահսկողությունը՝ բժշկական որակը չփոխարինելով միայն նվազագույն գնի չափանիշով:

15. Ռազմավարության գործարկման համար անհրաժեշտ որոշումները

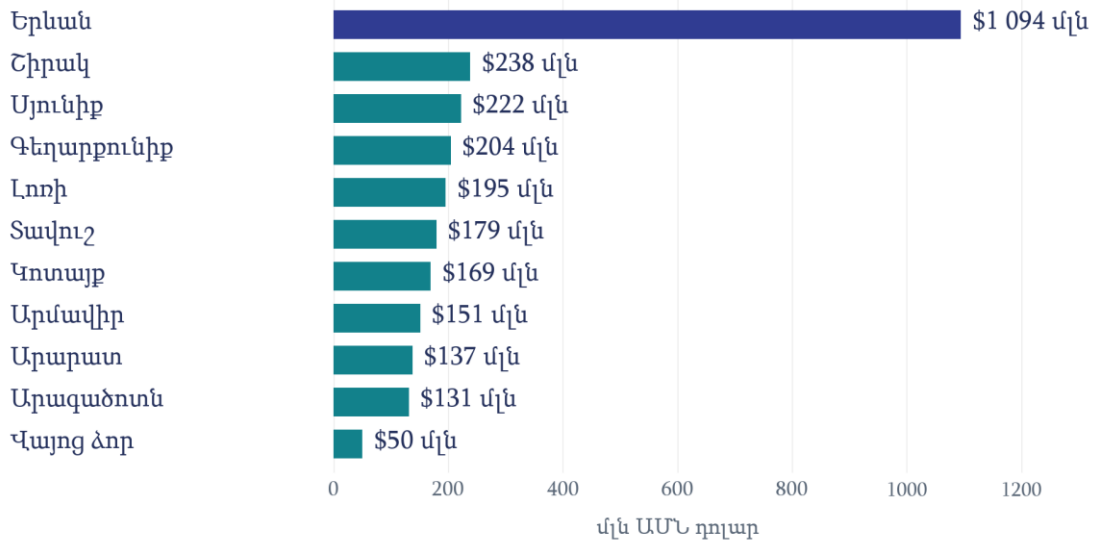
Հաջորդ փուլը պետք է հայեցակարգը վերածի ապացուցողական հիմքով նախագծերի պորտֆելի՝ չհետաձգելով նորմատիվ հիմքի ձևավորումը:

- Հաստատել դոկտրինը՝ քաղաքացիների բժշկական օգնություն ստացման պահին առանց վճարման, երաշխավորված կլինիկական փաթեթ և դրա տարեկան վերանայման մեխանիզմ:
 - Ստեղծել ազգային գիտակլինիկական խորհուրդ և կլինիկական ԱԲ համակարգերի ստուգման անկախ ընթացակարգ:
 - Սահմանել հաստատությունների և մեկտեղանոց հիվանդասենյակների միասնական բժշկական, ճարտարապետական և տեխնիկական չափորոշիչներ:
 - Կատարել շենքերի և սարքավորումների պարտադիր գույքագրում՝ ըստ օբյեկտների. սկսել խոշոր մարզային հանգույցներից:
 - Մշակել հասանելիության ժամանակի, ուղղորդման և ծանրաբեռնվածության աշխարհատեղեկատվական մոդել՝ ճանապարհների, ձմեռային պայմանների և ժողովրդագրական կառուցվածքի հաշվառմամբ:
 - Ստեղծել պացիենտի շարունակական պատմության չափորոշիչներ և սկսել գործող բժշկական համակարգերի փուլային ինտեգրումը:
 - Մշակել բժիշկների շարունակական պատրաստման ազգային հարթակ՝ վեցամսյա փուլերով և միջամտությունների հմտությունների առկա առեստավորմամբ:
 - Ամրագրել CAPEX \$3,93 մլրդ-ը որպես նախնական պլանային ուղենիշ, իսկ OPEX \$2,265 մլրդ-ը՝ որպես նպատակային նորմատիվ մոդել՝ առանց չստուգված շինարարական նախահաշիվների հաստատման:
 - Ֆինանսավորման կոնկրետ աղբյուրների ամրագրումը հետաձգել մինչև ազգային նախագծերի և բյուջետային հոսքերի ընդհանուր գրանցամատյանի պատրաստումը:
- Փորձագիտական քննարկումից հետո վերջնական ռազմավարական փաստաթուղթը պետք է պարունակի առողջության բազային ցուցանիշներ և թվային թիրախային արժեքներ, յուրաքանչյուր ներդրումային օբյեկտի անձնագիր, ելակետային սարքավորումների տվյալներ, ստուգված ճանապարհային աշխարհատեղեկատվական մոդել և անցումային շրջանի տարեկան ֆինանսական ծրագիր: Ներկայումս այս կետերը սահմանված են որպես հաջորդ վերլուծական փուլի ծրագիր:

Հավելված Ա. Մարզային ներդրումային մոդել

Ստորև ներկայացված է համաձայնեցված բազային բաշխման մոդելը: Գումարները մարզերի սցենարային ներդրումային սահմանաչափերն են: Դրանցից ոչ մեկը հաստատված օբյեկտային նախահաշիվ չէ:

Ներդրումների տարածքային մասը՝ \$2,770 մլրդ



Գծապատկեր Ա1. CAPEX-ի տարածքային մասը. մյուս համազգային ծրագրերը հաշվառվում են առանձին:

Մարզ	Հիվանդանոցներ և հագեցում, \$ մլն	Առաջնային օգնություն, \$ մլն	Ընդամենը, \$ մլն
Երևան	921	173	1 094
Արագածոտն	81	50	131
Արարատ	81	56	137
Արմավիր	92	59	151
Գեղարքունիք	151	53	204
Լոռի	136	59	195
Կոտայք	117	52	169
Շիրակ	173	65	238
Սյունիք	184	38	222
Վայոց ձոր	29	21	50
Տավուշ	144	35	179

Մարզ	Հիվանդանոցներ և հագեցում, \$ մլն	Առաջնային օգնություն, \$ մլն	Ընդամենը, \$ մլն
ԸՆԴԱՄԵՆԸ	2 109	661	2 770

Լրացուցիչ \$1,163 մլրդ հատկացվում է շտապօգնությանը, թվայնացմանը, գիտակրթական ծրագրերին, կառավարմանը և պահուստներին: Հատուկ ուշադրություն են պահանջում Սյունիքը, Գեղարքունիքը, Տավուշը և Լոռու ու Շիրակի լեռնային շրջանները: տարածքային հասանելիության արժեքն այստեղ կարող է գերազանցել հանրապետական միջինը:

Հավելված Բ. Հաստատությունների աշխատանքային անվանական ցանկ

Հաջորդ ցանկը կազմվել է բժշկական կազմակերպությունների պատմական պետական ցանկից և աշխատանքային ֆինանսական մոդելում համախմբված լրացուցիչ բաց աղբյուրներից: Այն նախատեսված է ստուգման համար, ոչ թե կազմակերպության՝ 2026 թվականի կարգավիճակը հաստատելու: Ցանկում կարող են լինել լիարժեք ստացիոնար չունեցող բժշկական կենտրոններ, ռազմական և մասնագիտացված հաստատություններ: Այն ինքնին հավասար չէ 2025 թվականի 117 հիվանդանոցային կազմակերպությունների պաշտոնական թվին: [01, 10, 11]

Ցանկի հատված. դիրքեր 1–23

Մարզ	Բժշկական կազմակերպություն՝ ըստ աղբյուրի	Նախնական մասնագիտացում
Երևան	«Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ» բժշկական կենտրոն	Բազմապրոֆիլ
Երևան	«Արմենիա» հանրապետական բժշկական կենտրոն	Բազմապրոֆիլ
Երևան	«Էրեբունի» բժշկական կենտրոն	Բազմապրոֆիլ
Երևան	«Քանաքեռ-Զեյթուն» բժշկական կենտրոն	Բազմապրոֆիլ
Երևան	«Շենգավիթ» բժշկական կենտրոն	Բազմապրոֆիլ
Երևան	Երևանի պետական բժշկական համալսարան, համալսարանական կլինիկաներ	Համալսարանական

Մարզ	Բժշկական կազմակերպություն՝ ըստ աղբյուրի	Նախնական մասնագիտացում
Երևան	Բժշկական գենետիկայի և առողջության առաջնային պահպանման կենտրոն	Մասնագիտացված / ստուգել ստացիոնարը
Երևան	«Նատալի Ֆարմ»	Մատակարար / չհաշվել որպես հիվանդանոց
Երևան	Թիվ 2 բուժմիավորում	Մասնագիտացումը ճշգրտվում է
Երևան	Ս. Վ. Մալայանի անվան ակնաբուժական կենտրոն	Մասնագիտացված
Երևան	Վնասվածքաբանության և օրթոպեդիայի գիտական կենտրոն	Մասնագիտացված
Երևան	Թոքաբանության ազգային կենտրոն	Մասնագիտացված
Երևան	Վ. Ա. Ֆանարջյանի անվան ուռուցքաբանության ազգային կենտրոն	Մասնագիտացված
Երևան	«Նորք» ինֆեկցիոն կլինիկական հիվանդանոց	Վարակային / կարգավիճակը ճշգրտվում է
Երևան	«Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն	Հոգեբուժական
Գեղարքունիք	Սևանի հոգեկան առողջության կենտրոն	Հոգեբուժական
Երևան	Կախվածությունների բուժման ազգային կենտրոն	Մասնագիտացված
Երևան	Հոգեկան առողջության պահպանման ազգային կենտրոն	Հոգեբուժական
Շիրակ	Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն	Հոգեբուժական
Լոռի	Լոռու հոգեկայարդաբանական դիսպանսեր	Հոգեբուժական
Սյունիք	Սյունիքի հոգեկայարդաբանական դիսպանսեր	Հոգեբուժական

Մարզ	Բժշկական կազմակերպություն՝ ըստ աղբյուրի	Նախնական մասնագիտացում
Երևան	Լ. Ա. Հովհաննիսյանի անվան սրտաբանության գիտահետազոտական ինստիտուտ	Սրտաբանություն
Երևան	Մաշկաբանության և վեներոլոգիայի կենտրոն	Մասնագիտացված

2026 թ. կարգավիճակը, մահճակալները, սարքավորումները, շենքերի վիճակը և իրավաբանական նույնականացումը պահանջում են ստուգում լիցենզիաների գրանցամատյանում և տեխնիկական աուդիտով:

Ցանկի հատված. դիրքեր 24–46

Մարզ	Բժշկական կազմակերպություն՝ ըստ աղբյուրի	Նախնական մասնագիտացում
Երևան	Պրոֆ. Ռ. Հ. Յոլյանի անվան արյունաբանական կենտրոն	Արյունաբանություն
Երևան	«Արաբկիր» բժշկական համալիր և երեխաների ու դեռահասների առողջության ինստիտուտ	Մանկական մասնագիտացված
Երևան	«Սուրբ Աստվածամայր» բժշկական կենտրոն	Մանկական / Բազմապրոֆիլ
Երևան	«Նաիրի» բժշկական կենտրոն (Երևան)	Բազմապրոֆիլ
Երևան	Միքայելյան վիրաբուժության ինստիտուտ	Վիրաբուժություն
Երևան	«Նորք-Մարաշ» բժշկական կենտրոն	Սրտային վիրաբուժություն
Երևան	«Իզմիրյան» բժշկական կենտրոն	Բազմապրոֆիլ
Երևան	«Ուիգմոր Քլինիք»	Մասնագիտացված / ստուգել
Երևան	Ուրոլոգիայի կենտրոն	Ուրոլոգիա
Երևան	Վլադիմիր Ավագյանի անվան բժշկական կենտրոն	Բազմապրոֆիլ / ստուգել
Երևան	«Արամյանց» բժշկական կենտրոն	Բազմապրոֆիլ / ստուգել
Երևան	«Մեդլայն Քլինիք»	Մասնավոր կլինիկա / ստուգել ստացիոնարը

Մարզ	Բժշկական կազմակերպություն՝ ըստ աղբյուրի	Նախնական մասնագիտացում
Երևան	«Էլիտ Մեդ» բժշկական կենտրոն	Մասնավոր կլինիկա / ստուգել ստացիոնարը
Երևան	«Գրիգոր Նարեկացի» բժշկական կենտրոն	Մասնագիտացումը ճշգրտվում է
Արագածոտն	Աշտարակի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Արագածոտն	Ապարանի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Արագածոտն	Թալինի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Գեղարքունիք	Գավառի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Գեղարքունիք	Սևանի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Գեղարքունիք	Մարտունու բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Գեղարքունիք	Վարդենիսի հիվանդանոց	Մարզային բազմապրոֆիլ
Վայոց ձոր	Եղեգնաձորի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Վայոց ձոր	Վայքի բուժֆակուլտետ	Մարզային բազմապրոֆիլ

2026 թ. կարգավիճակը, մահճակալները, սարքավորումները, շենքերի վիճակը և իրավաբանական նույնականացումը պահանջում են ստուգում լիցենզիաների գրանցամատյանում և տեխնիկական աուդիտով:

Ցանկի հատված. դիրքեր 47–69

Մարզ	Բժշկական կազմակերպություն՝ ըստ աղբյուրի	Նախնական մասնագիտացում
Կոտայք	Հրազդանի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Կոտայք	Չարենցավանի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ

Մարզ	Բժշկական կազմակերպություն՝ ըստ աղբյուրի	Նախնական մասնագիտացում
Կոտայք	Ռուբիկ Հարությունյանի անվան Աբովյանի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Կոտայք	Նաիրիի բժշկական կենտրոն (Եղվարդ)	Մարզային բազմապրոֆիլ
Սյունիք	Կապանի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Սյունիք	Քաջարանի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Սյունիք	Գորիսի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Սյունիք	Սիսիանի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Սյունիք	Մեղրու տարածաշրջանային բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Շիրակ	Գյումրու բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Շիրակ	Ախուրյանի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Շիրակ	Արթիկի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Լոռի	Վանաձորի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Լոռի	Սպիտակի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Լոռի	Ստեփանավանի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Լոռի	Տաշիրի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Լոռի	Ալավերդու բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Լոռի	«Իր-Վինգ» բժշկական կազմակերպություն	Մասնավոր / ստուգել

Մարզ	Բժշկական կազմակերպություն՝ ըստ աղբյուրի	Նախնական մասնագիտացում
Տավուշ	Իջևանի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Տավուշ	Բերդի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Տավուշ	Նիկոլայ Նասիբյանի անվան Նոյեմբերյանի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Արարատ	Արտաշատի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Արարատ	Արարատի հիվանդանոց, բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ

2026 թ. կարգավիճակը, մահճակալները, սարքավորումները, շենքերի վիճակը և իրավաբանական նույնականացումը պահանջում են ստուգում լիցենզիաների գրանցամատյանում և տեխնիկական աուդիտով:

Ցանկի հատված. դիրքեր 70–82

Մարզ	Բժշկական կազմակերպություն՝ ըստ աղբյուրի	Նախնական մասնագիտացում
Արարատ	Վեդու բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Արարատ	Մասիսի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Արմավիր	Արմավիրի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Արմավիր	Վաղարշապատի հիվանդանոց (Էջմիածին)	Մարզային բազմապրոֆիլ
Արմավիր	Մեծամորի բժշկական կենտրոն	Մարզային բազմապրոֆիլ
Երևան	Պաշտպանության նախարարության կենտրոնական կլինիկական զինվորական հոսպիտալ	Զինվորական հոսպիտալ / առանձին համակարգ
Երևան	Երևանի կայազորային զինվորական հոսպիտալ	Զինվորական հոսպիտալ / առանձին համակարգ

Մարզ	Բժշկական կազմակերպություն՝ ըստ աղբյուրի	Նախնական մասնագիտացում
Լոռի	Լոռու կայագորային զինվորական հոսպիտալ	Զինվորական հոսպիտալ / առանձին համակարգ
Սյունիք	Զանգեզուրի կայագորային զինվորական հոսպիտալ	Զինվորական հոսպիտալ / առանձին համակարգ
Գեղարքունիք	Գեղարքունիքի կայագորային զինվորական հոսպիտալ	Զինվորական հոսպիտալ / առանձին համակարգ
Տավուշ	Բերդի զինվորական հոսպիտալ	Զինվորական հոսպիտալ / առանձին համակարգ
Երևան	«Աստղիկ» բժշկական կենտրոն	Մասնավոր բազմապրոֆիլ
Երևան	«Մուրացան» համալսարանական հիվանդանոց (ԵՊԲՀ ստորաբաժանում)	Համալսարանական, դուստր օբյեկտ

2026 թ. կարգավիճակը, մահճակալները, սարքավորումները, շենքերի վիճակը և իրավաբանական նույնականացումը պահանջում են ստուգում լիցենզիաների գրանցամատյանում և տեխնիկական աուդիտով:

Հավելված Գ. Անհրաժեշտ տվյալներ, մեթոդաբանություն և աղբյուրներ

Գ.1. Տեխնիկատնտեսական մոդելի արդիականացման տվյալները

Տվյալներ	Ինչի համար են անհրաժեշտ
Հասցեներ, լիցենզիաներ, մասնագիտացում և իրավաբանական անձինք	Ճշգրտել կազմակերպությունների համապատասխանությունը իրական շենքերին և բացառել կրկնությունը
Ըստ օբյեկտների մակերեսներ, կառուցման տարեթիվ, սեյսմիկ տվյալներ	Որոշել վերակառուցման, մեկտեղանոց հիվանդասենյակների անցման հնարավորությունը և CAPEX-ը
Մահճակալներ՝ ըստ մասնագիտացման, զբաղվածություն, մնալու տևողություն	Ճշգրտել ստացիոնար ֆոնդի չափն ու թողունակությունը
ՀՏ/ՄՌՏ/ՈԻՉՀ-ի և բժշկական համակարգերի գույքագրում	Մահմանել գնումների պահանջարկը և սպասարկման ծախսերը

Տվյալներ	Ինչի համար են անհրաժեշտ
Բժիշկներ և միջին բուժանձնակազմ՝ ըստ հաստատությունների	Ստուգել սարքավորումների աշխատանքի հնարավորությունները և աշխատավարձի ֆոնդը
Ճանապարհային երթուղիներ, ձմեռային հասանելիություն, գյուղերի հասցեներ	Հաշվարկել բժշկական հասանելիության գոտիները և նոր օբյեկտների պահանջարկը
Ախտորոշումներ, դիմումներ, հոսպիտալացումներ և հաշիվներ	Ճշգրտել երաշխավորված օգնության տարեկան նորմատիվ արժեքը
Պետական ներդրումներ և օբյեկտների գործարկում, 2023–2026	Հանել ավարտված և ֆինանսավորված շինարարական նախագծերը

Գ.2. Մոդելի պայմանականությունները

- CAPEX-ի և OPEX-ի բոլոր գները 2026 թվականի բազային մակարդակներն են՝ առանց դիսկոնտավորման և կանխատեսվող գնաճի:
- Մոտ 362 դրամ՝ \$1-ի դիմաց սցենարային փոխարժեքային ուղենիշը ծառայում է միայն համադրմանը: Ապագա փոխարժեքները չեն կանխատեսվում:
- Սարքերի քանակի միջակայքները նպատակային ընդհանուր սարքակազմն են, ոչ նոր գնումների քանակը:
- Մարզերի բնակչության տվյալները հիմնված են 2025 թվականի բաշխման վրա: 2035 թվականի ժողովրդագրական սցենարը դեռ հաշվարկված չէ:
- Հենակետային քաղաքների քարտեզում օգտագործվում են բնակավայրերի մոտավոր կոորդինատներ: Այն չի պարունակում ճանապարհային երթևեկության ստուգված իզոխրոններ:
- Անվանական ցանկը չի նույնացվում հիվանդանոցային կազմակերպությունների վիճակագրական թվի հետ: Բաց տվյալները թույլ չեն տալիս յուրաքանչյուր հասցեում ստուգել ամբողջ սարքավորումը:

Գ.3. Հիմնական տեղեկատվական աղբյուրները

[01] Հայաստանի առողջապահության ազգային ինստիտուտ: «Առողջություն և առողջապահություն», 2026 թվականի վիճակագրական տարեգիրք (2025 թ. տվյալներ): https://www.nih.am/am/statistical_yearbooks/183/am

[02] Հայաստանի կառավարություն: Առողջապահության նախարարության հաշվետվությունը և 2026 թվականի բյուջեն, 5 հունվարի 2026 թ.: <https://www.primeminister.am/en/press-release/item/2026/01/05/Nikol-Pashinyan-report-Ministry-Health/>

[03] ԱՀԿ / ՄԱԶԾ: Prevention and control of noncommunicable diseases in Armenia: the case for investment, 2019: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2019-3642-43401-60939>

[04] Հայաստանի կառավարություն: Առողջության համընդհանուր ապահովագրության փուլային մեկնարկ, 25 դեկտեմբերի 2025 թ.: <https://www.primeminister.am/en/press-release/item/2025/12/25/Cabinet-meeting/>

[05] ԱՀԿ: Ethics and governance of AI for health: guidance on large multi-modal models, 2024: <https://www.who.int/news/item/18-01-2024-who-releases-ai-ethics-and-governance-guidance-for-large-multi-modal-models>

[06] ԱՀԿ: AccessMod: geographic access to health care՝ առողջապահության տարածական հասանելիության մեթոդաբանություն: <https://www.who.int/tools/accessmod-geographic-access-to-health-care>

[07] Open Data Armenia: Healthsites of Armenia, հաստատությունների կոորդինատներ. հավաքածուն վերջին անգամ թարմացվել է 2023 թ.: <https://data.opendata.am/dataset/healthsites-of-armenia>

[08] Հայաստանի առողջապահության նախարարություն: Համընդհանուր ապահովագրություն. 2026 թվականի փաստաթղթեր և ընթացակարգեր: <https://health.gov.am/>

[09] ԱՀԿ: 2024–2025 թվականներին Հայաստանում աշխատանքի արդյունքները, ֆինանսավորումը և ուղղակի վճարումների նվազեցումը: <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2024-2025-eob/region-EURO/2025/armenia>

[10] Հայաստանի կառավարություն: Բժշկական կազմակերպությունների պատմական ցանկ, թիվ 420-Ն որոշում, 2020: <https://www.e-gov.am/gov-decrees/item/33690/>

[11] ՀՀ առողջության համընդհանուր ապահովագրության հիմնադրամ: Գործընկեր բժշկական կազմակերպությունների բաց կատալոգ: <https://www.uhif.am/en/hospitals>

[12] Natural Earth: Բաց աշխարհագրական տվյալներ՝ ցածր լուծաչափով, ցուցադրական քարտեզի համար: <https://www.naturalearthdata.com/>

Ձևավորման աղբյուրը՝ պատվիրատուի տրամադրած ADKARS ֆիրմային ձևաթուղթը: Բոլոր սխեմաները, գծապատկերները և քարտեզները, բացառությամբ Natural Earth-ի սկզբնական աշխարհագրական ուրվագծի, ստեղծվել են հատուկ այս փաստաթղթի համար:

Փաստաթղթի ավարտ · Նախնական տարբերակ՝ փորձագիտական և ռազմավարական քննարկման համար: