



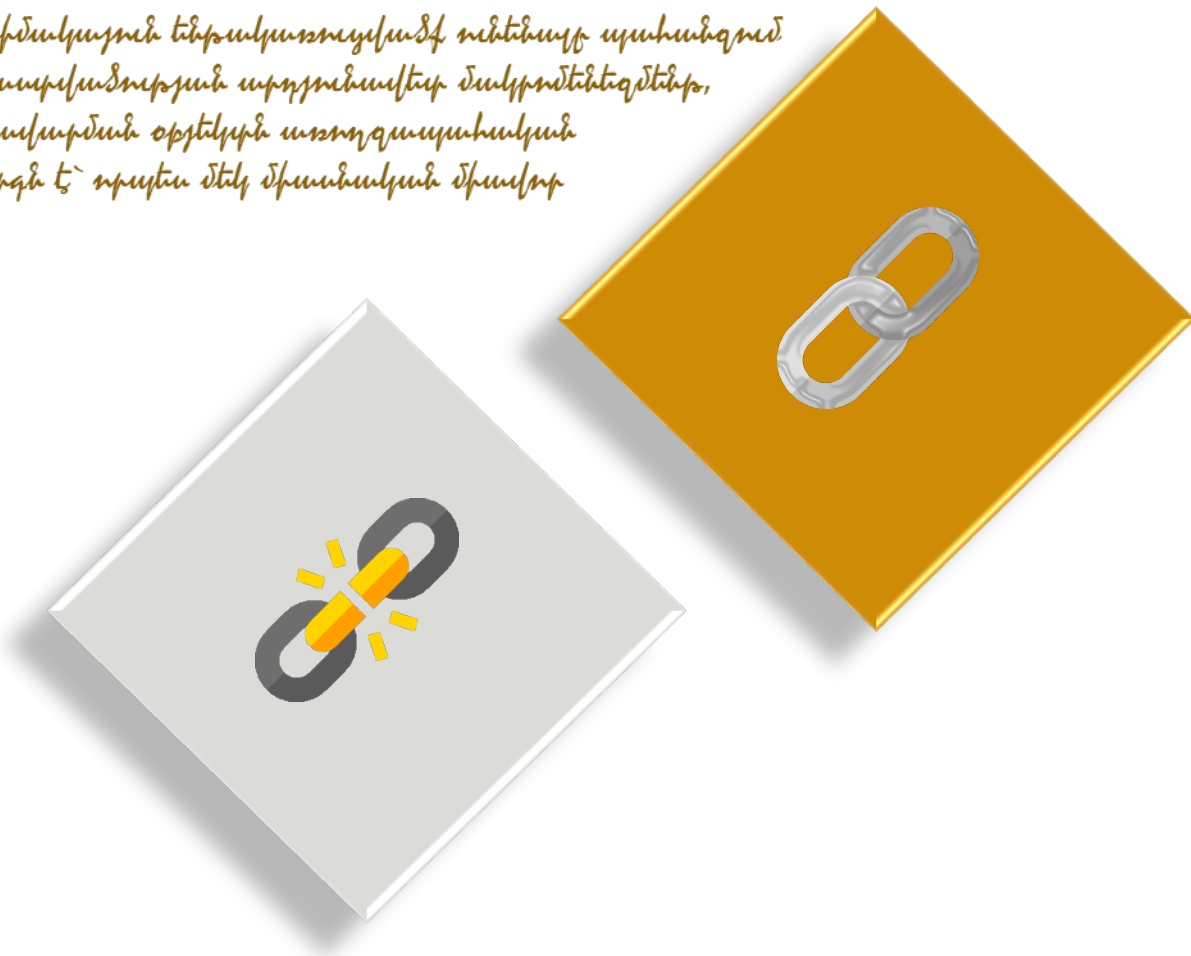
ԸՆԹԱՑԻԿ ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

Կատարողականի հաշվեքննության
արդյունքների վերաբերյալ

Հաստատվել է Հաշվեքննիչ պալատի
2024 թվականի հոկտեմբերի 11-ի N 95-Ա որոշմամբ

Առողջապահական ենթակառուցվածքի դիմակայունությունը

*Առողջապահական ենթակառուցվածքի ունենալը պահանջում է
է պարբերական առողջապահական մակրոտնտեսագիտական,
էրբ կառավարման օբյեկտները առողջապահական
համակարգին է՝ որպես մեկ միասնական միավոր*



Հաշվեքննիչ պալատի առաքելությունն է՝ նպաստել հանրային կառավարումը **բարելավելուն:**

Դրան հասնելու համար Հաշվեքննիչ պալատն իրականացնում է հաշվեքննություններ, որոնց արդյունքում **ժամանակին, մասնագիտական և անկողմնակալ** տեղեկատվություն է տրամադրում հանրությանը, Ազգային ժողովին և Կառավարությանը:

Հաշվեքննիչ պալատը Հայաստանի Հանրապետությունում արտաքին պետական հաշվեքննության (հանրային հատվածում արտաքին աուդիտի) ոլորտում քաղաքականությունը մշակող, հաստատող և իրականացնող անկախ պետական մարմինն է: Յուրաքանչյուր տարի Հաշվեքննիչ պալատն ընդունում է իր գործունեության ծրագիրը՝ ելնելով հաշվեքննության առաջնահերթ ուղղություններից: Հաշվեքննությունների իրականացմամբ Հաշվեքննիչ պալատը գնահատում է հանրային միջոցների կառավարման օրինականությունը (ֆինանսական և համապատասխանության հաշվեքննություններ) և արդյունավետությունը (կատարողականի հաշվեքննություններ): Իր գործունեության ընթացքում Հաշվեքննիչ պալատը ղեկավարվում է թափանցիկության ու հաշվետվողականության արժեքներով և պարբերաբար հանրությանը, Ազգային ժողովին և Կառավարությանն է ներկայացնում հաշվետվություններ հանրային միջոցների կառավարման օրինականության և արդյունավետության վերաբերյալ: Հաշվեքննիչ պալատի առանցքային նպատակադրումն է՝ համակարգային խնդիրների վերհանման և լուծումների առաջարկների միջոցով նպաստել քաղաքացու կյանքում դրական փոփոխություններին:

Միջնաժամկետ հորիզոնում Հաշվեքննիչ պալատը նպատակադրել է՝
մարդակենտրոն հաշվեքննությունների միջոցով նպաստել մարդու
պահանջմունքներն արդյունավետորեն հասցեագրող հանրային կառավարմանը
և միջազգային լավագույն փորձին համահունչ՝ պետության **ինստիտուցիոնալ**
կարողությունների զարգացմանը:

Այդ նպատակով իրականացվող կատարողականի հաշվեքննության
առաջնահերթություններից է «Մարդուն մատչելի, հասանելի, որակյալ և
դիմակայուն առողջապահությունը»:

Հաշվեքննության առաջնահերթությունները սահմանվում են՝ ելնելով հաշվեքննության գործառույթի միջոցով հանրային շահին միտված հավելյալ արժեք ստեղծելու ներուժից, հիմնախնդրի էականությունից և հաշվեքննելիությունից: Միջնաժամկետ հորիզոնում արտաքին պետական հաշվեքննության 7 առաջնահերթություններն են հանդիսանալու՝ (1) Մարդուն մատչելի, հասանելի, որակյալ և դիմակայուն առողջապահությունը, (2) Մարդուն մատչելի և որակյալ ցկյանս կրթությունը, (3) Մարդուն շրջապատող մաքուր և անվտանգ միջավայրը, (4) Մարդուն մատչելի և արդյունավետ արդարադատությունը, (5) Արտահանմանը միտված, գիտահեն և մրցակցային տնտեսության զարգացումը, (6) Պետական ֆինանսների և սեփականության կառավարման ինստիտուտների զարգացումը, (7) Ներդաշնակ զարգացող համայնքները: Հաշվեքննության առաջնահերթություններին, ինչպես նաև յուրաքանչյուր առաջնահերթության շրջանակում ձևակերպված հաշվեքննության հիմնական ուղղություններին հնարավոր է ծանոթանալ «Հաշվեքննիչ պալատի 2024-2026թթ. առաջնահերթությունները» փաստաթղթում, որի էլեկտրոնային տարբերակը հասանելի է Հաշվեքննիչ պալատի պաշտոնական կայքում. www.armsai.am:



Բովանդակություն

Հապավումներ	6
Ամփոփագիր	7
Ներածություն	8
Հաշվեքննության արդյունքները	23
Արտակարգ իրավիճակներին համակարգի ենթակառուցվածքային պատրաստվածության խզումն արդյունավետորեն չի գնահատվում և մշտադիտարկվում	23
Գնահատման հաստատված մեթոդաբանության բացակայության պայմաններում, ԱԻ-ներում համակարգի ենթակառուցվածքային կարիքները լիարժեքորեն չեն բացահայտվում	26
Համակարգի ենթակառուցվածքային կարողությունների գնահատման ու մշտադիտարկման տեղեկատվական կառավարման արդյունավետ համակարգ ներդրված չէ	29
Համակարգի ենթակառուցվածքային պատրաստվածության խզումն ագրեգացված մակարդակում գերազնահատված է, իսկ ապագաբեգացված մակարդակում՝ հիմնականում բացակայում է	34
ԱՆ-ում ԱԻ-ների ռիսկի կառավարման գործընթացի կորոդինացման կարողությունները սահմանափակ են	35
Համակարգի ենթակառուցվածքային պատրաստվածության խզման կառավարման թույլ ինստիտուցիոնալ առաջնորդության պայմաններում, առնչվող պետական գործառույթներն արդյունավետորեն չեն հասցեագրում հիմնախնդիրը	37
Սահմանված չեն ԱԻ-ներին առողջապահական համակարգի՝ որպես մեկ միավորի, ենթակառուցվածքային պատրաստվածության (դիմակայունության) բարձրացման թիրախներ և դրանց հասնելու արդյունավետ ծրագիր.....	39

Ինստիտուցիոնալ թույլ առաջնորդությունը պայմանավորող գործոններից է ԱԻ-ների (աղետների) ռիսկի կառավարման սահմանափակ մանդատը	43
Առաջնահերթությունների որոշման գործընթացի վրա զսպող ազդեցություն է թողնում կառավարման շրջանակի՝ կրիտիկական ենթակառուցվածքների անհստակությունը	44
Կառավարման առաջնահերթ շրջանակի անհստակությունը սահմանափակում է նաև խոցելիության գնահատումների արդյունավետությունը	47
Լիցենզավորման գործընթացը գործնականում անտեսում է հիվանդանոցների ֆիզիկական ենթակառուցվածքի՝ գործող նորմերին համապատասխանության հարցը	49
Պետական թույլ հսկողության և վերահսկողության պայմաններում սահմանափակվում է պլանավորված միջոցառումների իրագործելիությունը	53
Միջազգային համագործակցության բնագավառը պարունակում է ենթակառուցվածքային պատրաստվածության բարելավման զգալի չիրացված ներուժ	56
Եզրակացություն	58
Ամփոփ արդյունքներ և առաջարկություններ	59
Հաշվեքննության մասին	63
Հավելված 1. Հիմնական տերմիններ	67
Հավելված 2. Առողջապահական ենթակառուցվածքի պատրաստվածությունը ռազմական գործողություններով պայմանավորված արտակարգ իրավիճակներին (Գաղտնի)	70

Հապավումներ

ԱԻ	Արտակարգ իրավիճակ
ԱԻՆ	Արտակարգ իրավիճակների նախարարություն
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԱՌԿ	Աղետների ռիսկի կառավարում
ԲՀ	Բժշկական հաստատություն
ԲՀՄ	Բարձրագույն հաշվեքննիչ մարմին
ԵՄ	Եվրոպական Միություն
ԿԵ	Կրիտիկական ենթակառուցվածք
ԿՁՆ	Կայուն զարգացման նպատակ
ՄԱԿ	Միավորված ազգերի կազմակերպություն
ՆԳՆ	Ներքին գործերի նախարարություն
ՀՀ	Հայաստանի Հանրապետություն
ՀՀՇՆ	Հայաստանի Հանրապետության շինարարական նորմ
ՀՊ	Հաշվեքննիչ պալատ
ՊՆ	Պաշտպանության նախարարություն
ՎԿ	Վիճակագրական կոմիտե
ՏԻՄ	Տեղական ինքնակառավարման մարմին
ՓԾ	Փրկարար ծառայություն
ՔԿ	Քաղաքաշինության կոմիտե



ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ

ԻՆՉՈ՞Ւ ԻՐԱԿԱՆԱՑՎԵՑ ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆԸ. Արտակարգ իրավիճակները (ԱԻ) ձևավորում են անմիջական սպառնալիքներ մարդու կյանքի և առողջության համար: Հնարավոր մարդկային կորուստների չափը մեծապես կախված է առողջապահական համակարգի արձագանքման կարողությունից: Ներկայումս Հանրապետության հիվանդանոցային մահճակալների թիվը շուրջ **12 հազ.** է՝ ևս **4 հազ.** մահճակալի ծավալման հնարավորությամբ: Սակայն, ԱԻ-ով պայմանավորված կարիքը կարող է գերազանցել համակարգի առկա կարողությունները: Ամենաէական դիսկոնուստերը երկրաշարժն է, որի դեպքում ծանր ու միջին ծանրության վիրավորների թիվը կարող է հասնել մինչև **120 հազ.-ի**: Մյուս էական դիսկոնուստերն է գործողություններով պայմանավորված իրավիճակն է (**Հավելված 2** (Գաղտնի)):

Հիմնախնդրի խորությունը պայմանավորում է այն հանգամանքը, որ ԱԻ-ներում առողջապահական ենթակառուցվածքն ինքը կարող է տուժել՝ սահմանափակելով բուժօգնության տրամադրման հնարավորություններն այն պահին, երբ դրա կարիքն ամենաշատն է զգացվում: **1988թ.** ավերիչ երկրաշարժի փորձը ցույց տվեց, որ աղետի գոտու առողջապահական ենթակառուցվածքը հիմնականում կորսվեց. փլուզվեց **250** բուժփիմնարկ՝ շարքից հանելով շուրջ **6 հազ.** մահճակալով հիվանդանոցներ: Աղետը տեղի էր ունեցել աշխատանքային ժամի՝ հանգեցնելով փլուզված հիվանդանոցային շենքերում բուժանձնակազմի մեծաթիվ կորուստների: Սակայն համակարգի շարունակականությունը չընդհատվեց, քանի որ Հանրապետության առողջապահական ենթակառուցվածքի հիմնական մասը կենտրոնացած էր մայրաքաղաքում՝ աղետի գոտու սահմաններից դուրս, և մնացել էր անխաթար: Ներկայումս էլ Հանրապետության մահճակալային ֆոնդի շուրջ **2/3-ը** կենտրոնացած է մայրաքաղաքում և բնութագրվում է բարձր խոցելիությամբ: Այն հիմնականում կառուցվել է խորհրդային ժամանակաշրջանում և չի համապատասխանում գործող շիննորմերին:

Հաշվի առնելով առկա մարտահրավերները, պետությունը ստանձնել է մի շարք հանձնառություններ և սահմանել նպատակներ՝ ուղղված ԱԻ-ներում առողջապահական համակարգի գործունեության անխափանության ապահովմանը:

Ի՞ՆՉ ԱՐՁԱՆԱԳՐՎԵՑ. Հաշվեքննությամբ արձանագրվեց, որ Առողջապահության նախարարության (ԱՆ)

կողմից առողջապահական համակարգի ենթակառուցվածքային պատրաստվածության բացերի գնահատման, մշտադիտարկման և կառավարման ինստիտուցիոնալ կարողությունները սահմանափակ են, ինչն, իր հերթին, սահմանափակում է վերոնշյալ նպատակների իրագործելիությունը:

Կարիքները, կարողություններն ու դրանց միջև առկա խզումը համալիր կերպով բացահայտված չէ: ԱՆ-ն չունի առողջապահական բնագավառում ԱԻ-ների դիսկոնուստերի կառավարման համապարփակ մանդատ: Որպես հետևանք, ԱՆ-ն հսկողություն է իրականացնում միայն իր ենթակա բժշկական հաստատությունների աղետների դիսկոնուստերի կառավարման (ԱՌԿ) գործընթացի նկատմամբ: Մինչդեռ, ԱԻ-ների ժամանակ համակարգի արձագանքից առավելագույն արդյունք կարող է ստացվել միայն համակարգի՝ որպես 1 միասնական միավորի պատրաստվածության պարագայում:

Հարակից պետական գործառույթները ևս արդյունավետորեն չեն հասցեագրում հիմնախնդիրը: Հիվանդանոցների լիցենզավորման պարտադիր պահանջներից է գործող շիննորմերին համապատասխանությունը: Վերջիններիս պահպանումը, այլ հավասար պայմաններում, կնշանակեր սեյսմադիմակայուն հիվանդանոցային շենքեր՝ գործունակ ապաստարաններով և կենսապահովման (էներգիա, ջուր, թթվածին և այլն) բազային համակարգերով: Սակայն գործնականում շիննորմերին համապատասխանության պահանջն անտեսվում է լիցենզավորման գործընթացում: Տեսչական մարմինները ստուգումների ընթացքում չեն անդադրադադար համակարգի ենթակառուցվածքային պատրաստվածությամբ: Ենթակառուցվածքային առկա խզումը լրացնելու տեսանկյունից միջազգային համագործակցությունը պարունակում է զգալի չիրացված ներուժ:

Ի՞ՆՉ ԱՆԵԼ. Հաշվեքննիչ պալատը ներկայացնում է մի շարք [առաջարկներ](#), որոնք ուղղված են ԱՆ ինստիտուցիոնալ կարողությունների զարգացմանը, ինչպես նաև կառավարումը համապարփակ ռազմավարական մոտեցմամբ կազմակերպելուն: Այն ենթադրում է ներդնել մշտապես գործող՝ կարիքների և իրական վիճակի խզումը գնահատող մեխանիզմներ՝ թույլ տալով ժամանակի որևէ պահին ունենալու համարժեք ԱՌԿ համակարգ: Վերջինս կնպաստի հնարավոր ԱԻ-ներում առողջապահական ծառայությունների հասանելիությանն ու մարդկային կորուստների նվազեցմանը: Բոլոր առաջարկություններն ընդունվել են ԱՆ-ի կողմից:

Ներածություն

1. Արտակարգ իրավիճակներն անխուսափելի են. դրանց կարող են առերեսվել բոլոր պետություններն ու հասարակությունները: Ավելին, գլոբալ մասշտաբով նկատվում է ԱԻ-ների աճի միտում¹:

2. ԱԻ-ների աճի պայմաններում փոխվեց դրանց կառավարման հարացույցը. վերջինիս բնութագրիչ առանձնահատկությունը հանդիսացավ առավելապես արձագանքող (ռեակտիվ) կառավարման մոտեցումներից ավելի նախաձեռնող (պրոակտիվ) մոտեցումներին անցումը: Դեռևս կես դար առաջ ԱԻ-ների կառավարումը գլխավորապես կենտրոնանում էր դեպքի տեղի ունենալու պահին և դրանից հետո տուժածների կարիքները հասցեագրելու վրա: 1970-ական թվականներից աստիճանաբար ուշադրության կենտրոնը սկսեց տեղաշարժվել դեպի ԱԻ-ների *ռիսկի* կառավարումը՝ այն ժամանակահատվածում, երբ ԱԻ դեռևս չի առաջացել:

3. ԱԻ-ների հասցրած կորուստների չափը մեծապես տարբերվում է և կախված է պետության դիմակայունությունից՝ ԱԻ-ներին պատրաստվածությունից: Դիմակայուն պետության հիմնական նախադրյալներից է դիմակայուն առողջապահական համակարգը, քանի որ ԱԻ-ների մեծամասնությունը ձևավորում է անմիջական սպառնալիքներ մարդու կյանքի և առողջության համար:

ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿԸ

4. Տվյալ հաշվեքննության նպատակն է՝ գնահատել, թե Հանրապետության առողջապահական կրիտիկական ֆիզիկական ենթակառուցվածքների պատրաստվածությունը բավարար է արդյոք ԱԻ-ներում առողջապահական համակարգի գործունեության շարունակականության ապահովման ու արձագանքման առկա ներուժի առավելագույն օգտագործման համար՝ գնահատման արդյունքների հիման վրա ներկայացնելով պատրաստվածության բարելավմանը միտված առաջարկություններ:

¹ Emergency Preparedness and Response in 2023, UNHCR, 2024, p. 5.

**ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ՆՊԱՏԱԿՆԵՐՆ ՈՒ
ՀԱՆՁՆԱՌՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**



5. Հաշվեքննության առարկային վերաբերելի՝ պետության նպատակներն ու հանձնառությունները, որոնք տվյալ հաշվեքննության համար ծառայել են որպես բարձր մակարդակի (նպատակային արդյունավետության գնահատման) չափանիշներ, հետևյալն են.

5.1. ՄԱԿ-ի «2015-2030թթ. Սենդայի ծրագիր»-ի թիրախներից է՝ աղետների արդյունքում ԿԵ-ներին (այդ թվում՝ առողջապահական) հասցվող վնասն ու հիմնական ծառայությունների խաթարումներն էապես նվազեցնելը՝ բարձրացնելով ԿԵ-ների դիմակայունությունը մինչև 2030թ.-ը²: Հայաստանը միացել է Սենդայի ծրագրին 2015թ.-ին:

5.2. ՄԱԿ-ի «Կայուն զարգացման 2030 օրակարգ»-ի թիրախներից է՝ բուլոր, հատկապես՝ զարգացող երկրների վաղ նախազգուշացման, ռիսկերի նըվազեցման և ազգային ու գլոբալ առողջապահական ռիսկերի կառավարման կարողությունների ամրապնդումը (ԿՀՆ 3.դ.)³: Հայաստանը միացել է ՄԱԿ-ի «Կայուն զարգացման 2030 օրակարգ»-ին 2015թ.-ին:

5.3. Առողջապահության համաշխարհային վեհաժողովի⁴ հորդորներն՝ ուղղված անդամ պետություններին՝ ամրապնդելու առողջապահական ԱԻ-ների ու աղետների կառավարման ազգային կարողություններն ու առողջապահական համակարգերի դիմակայունությունը, այդ թվում՝ բնական աղետների նկատմամբ⁵:

5.4. Կառավարության 2021-2026թթ. ծրագրի համաձայն, ԱԻ-ներում և ռազմական դրության պայմաններում առողջապահական համակարգի անխափան գործունեությունը Կառավարության քաղաքականության առաջնահերթ գերակայություններից է, այդ թվում՝ կապված ռեզերվային նյութատեխնիկական ռեսուրսների, անհրաժեշտ կարողությունների և դրանց ծավալման ու մոբիլիզացիայի գործուն համակարգերի ներդրման հետ⁶:

5.5. Կառավարության «ԱՌԿ 2023-2030թթ. ռազմավարությունը» նախատեսում է ռեսուրսները կենտրոնացնել աղետների ռիսկի *կանխարգելման* գործողությունների վրա՝ միաժամանակ ընդլայնելով ֆինանսավորման աղբյուրները, այդ թվում՝ մասնավոր հատվածի և զարգացման գործընկերների ներգրավմամբ (կետ 72):

5.6. «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքը նախատեսել է ԱՆ-ի կողմից ԱԻ-ներում առողջապահության բնագավառի գործունեության պլանների մշակման պահանջ: Ըստ օրենքի, նշված

² Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 – 2030. Resolution 69/283 adopted by the General Assembly on 3 June 2015, Annex 2, 18.d.

³ Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution 70/1 adopted by the General Assembly on 25 September 2015.

⁴ ՄԱԿ-ի մասնագիտացված կառույց հանդիսացող ԱՀԿ-ի որոշում կայացնող մարմինն է:

⁵ Strengthening health emergency preparedness for disasters resulting from natural hazards, A77/A/CONF./4, 29 May 2024, Strengthening national health emergency and disaster management capacities and resilience of health systems, WHA64.10, 24 May 2011.

⁶ ՀՀ կառավարության 2021թ. օգոստոսի 18-ի N1363-Ա որոշմամբ հաստատված՝ ՀՀ կառավարության 2021-2026թթ. ծրագրի 4.5-րդ՝ «Առողջապահություն» բաժին:

պլանները պետք է ներառեն ԱԻ-ի հետևանքների կանխարգելման ու նվազեցման համար անհրաժեշտ սահմանված միջոցառումները (հոդվ. 42.1):

5.7. ԱԻ-ներում առողջապահության բնագավառի գործունեության պլանները հաստատվել են 2021 թվականին⁷: Պլաններով սահմանվել են՝

- ԱԻ-ներում առողջապահության բնագավառի գործունեության *սկզբունքները*, որոնց թվում են՝
 - o հնարավոր ԱԻ-ների կանխարգելմանն ուղղված *պատրաստականության առաջնայնությունը*.
 - o ԱԻ-ների հետևանքների նվազեցման, բնակչության կյանքի և առողջության պահպանման... նպատակով առողջապահական *համակարգի բոլոր մակարդակների* բնականոն գործունեության *շարունակականությունը*.
 - o *պատրաստության*, արձագանքման, վերականգնման փուլերի հետևողական վերահսկողության *պարբերականությունը*:
- ԱՆ-ի *խնդիրները*, այդ թվում՝
 - o հնարավոր ռիսկերի գնահատումը *յուրաքանչյուր* կոնկրետ իրավիճակում ու կոնկրետ տեղակայման վայրում.
 - o ԲՀ-ների հնարավոր *ռիսկերի նվազեցման* աշխատանքների *պլանավորումն* ու իրականացումը.
 - o նոր ռիսկերի առաջացման հնարավորությունների նվազեցումը.
 - o ԱԻՆ-ի (այժմ՝ ՆԳՆ), տարածքային կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինների հետ սերտ համագործակցության *կազմակերպումը* հնարավոր ռիսկերի *գնահատման*, այդ ռիսկերի նվազեցմանն ուղղությամբ ԲՀ-ներում կատարվելիք աշխատանքների *պլանավորման* հարցերով.
 - o ԲՀ-ներում ղեկավար կազմին ռիսկերի գնահատման հարցերում օգնության և խորհրդատվության կազմակերպումը.
 - o ԲՀ-ներում իրականացվող ռիսկերի նվազեցման և այդ հաստատությունների կայունության բարձրացմանն ուղղությամբ կատարվող աշխատանքների *համակարգումը*.
 - o ԲՀ-ների *հնարավորությունների և կարիքների* գնահատման աշխատանքներին մասնակցությունը.
 - o ԲՀ-ների անձնակազմի *ուսուցման* աշխատանքների կազմակերպման համակարգումը.
 - o ռիսկերի նվազեցմանն ուղղությամբ տարվող այլ աշխատանքների համակարգումը:

⁷ ԱՆ 2021թ. հունիսի 14-ի «ԱԻ-ներում առողջապահության բնագավառի գործունեության պլանները հաստատելու մասին» թիվ 48-Ն հրաման, հավելված N1, 3-րդ, 9-րդ և 17-րդ կետեր:

- ԱԻ-ներում հնարավոր հետևանքների կանխարգելման և նվազեցման... համար առողջապահության ոլորտի անհրաժեշտ միջոցառումներն իրականացվում են ԱՆ-ի կողմից՝ հիմնական և աջակցող մասնագիտական կառուցվածքային ստորաբաժանումների միջոցով, ինչպես նաև ԱՆ-ին ենթակա կազմակերպությունների և ՀՀ տարածքում գործող լիցենզավորված հիվանդանոցային պայմաններում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հաստատությունների (անկախ սեփականության ձևից) միջոցով...:

**ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ
ԿԵՆՏՐՈՆԱՑՈՒՄԸ**

6. Հաշվեքննությունը կենտրոնացել է հետևյալ գործոնների վրա.

6.1. Պատրաստվածություն. ԱԻ-ների ռիսկի կառավարման պատրաստվածության փուլի (Գժ. 1) վրա կենտրոնացումը պայմանավորված է դրա որոշիչ նշանակությամբ ԱԻ-ի տեղի ունենալուն հաջորդող փուլերի (արձագանքման և վերականգնման) արդյունավետ ընթացքն ապահովելու գործում, ինչպես նաև ԱԻ-ների առաջացման ամենաէական ռիսկերի կանխման անհնարինությամբ կամ պետության կողմից ոչ ամբողջությամբ կանխելի լինելու հանգամանքով (օրինակ՝ բնական աղետներ):

Գժ. 1. Արտակարգ իրավիճակների ռիսկի կառավարման փուլերը



Աղբյուր՝ ԱՀԿ, <https://www.who.int/europe/emergencies/emergency-cycle>:

6.2. Համակարգին միտված մոտեցում (whole-of-health system-based approach⁸), բայց միևնույն ժամանակ՝ կրիտիկական ենթակառուցվածքի շեշտադրում. Համակարգին միտված մոտեցումը պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ ԱԻ-ին արդյունավետ կարող է արձագանքել միայն առողջապահական համակարգը՝ որպես 1 միասնական միավոր՝ անկախ ԲՀ-ների ենթակայության (պետական կամ տարածքային կառավարման մարմինների կամ համայնքների) և սեփականության ձևից (հանրային կամ մասնավոր): Ուստի, պատրաստվածության կառավարումը նույնպես արդյունավետորեն կարող է տեղի ունենալ համակարգային մոտեցման պարագայում: Կարևորվում է այն հանգամանքը, որ ԱԻ-ներին պատրաստվածության համար նշանակալի է ոչ միայն առանձին ԲՀ-ների պատրաստվածությունը, այլև՝ դրանց միջև կապերը:

Միևնույն ժամանակ, հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բոլոր հաստատությունները չունեն մասշտաբային ԱԻ-ներին համակարգի պատրաստվածությանը նպաստելու համազոր ներուժ:

⁸ Health Emergency and Disaster Risk Management Framework, WHO, 2019, p.x.

Մասնավորապես, դրանց շուրջ կեսի մահճակալային ֆոնդը տատանվում է 2-ից 50 մահճակալի միջակայքում (Գծ. 7): Միևնույն ժամանակ, սահմանափակ է մեծ մահճակալային ֆոնդ ունեցող մի շարք մասնագիտացված հաստատությունների ներուժը՝ ԱԻ-ներին համակարգի պատրաստվածությանը նպաստելու տեսանկյունից (օրինակ՝ հոգեբուժական պրոֆիլի մահճակալների թիվը կազմում է 1,357 կամ ընդհանուրի ավելի քան 11%-ը): Ըստ այդմ, ԱԻ-ներին պատրաստվածության տեսանկյունից ԿԵ-ի վրա կենտրոնացումը նշանակալի է պատրաստվածության կառավարման օբյեկտի որոշակիացման, ինչպես նաև դիմակայունության բարձրացման մեջ ներդրումային *առաջնահերթությունների* պլանավորման տեսանկյունից:

6.3. «Բոլոր վտանգների մոտեցում» (all-hazards approach⁹), բայց միևնույն ժամանակ՝ ամենաառաջնահերթ ռիսկերի վրա կենտրոնացում. «Բոլոր վտանգների մոտեցումը» ենթադրում է ԱԻ-ների ռիսկերի ողջ սպեկտրի կառավարում՝ նկատի ունենալով բոլոր ռիսկերի կառավարման մեջ ընդհանուր տարրերի առկայությունը (ուստիև՝ ընդհանուր կարողությունների անհրաժեշտությունը և տվյալ մոտեցման ծախսարդյունավետությունը): Միևնույն ժամանակ, պատրաստվածության ընդհանուր միջոցառումները պետք է լրացվեն առանձին վտանգներին հատուկ միջոցառումներով: ՀՀ-ում ԱԻ-ների առաջացման 2 ամենաառաջնահերթ ռիսկի գործոններն են՝ ուժեղ երկրաշարժերն ու հնարավոր ռազմական գործողությունները¹⁰:

6.4. Ֆիզիկական ենթակառուցվածք. ԱԻ-ներում ֆիզիկական ենթակառուցվածքի կորստի հետևանքով առաջացած բացն ավելի բարդ է կարճաժամկետում լրացնել՝ ի տարբերություն, օրինակ, պաշարների, մինչդեռ՝ ԱԻ-ները պահանջում են անմիջական արձագանք (մարդկային կյանքերի փրկության տեսանկյունից կրիտիկական է համարվում ԱԻ-ին հաջորդող 72 ժամը): Առողջապահական կրիտիկական ֆիզիկական ենթակառուցվածքի հիմնական մասը կառուցվել է խորհրդային ժամանակահատվածում և չի համապատասխանում գործող շիննորմերին, այդ թվում՝ երկրաշարժադիմացկունության:

6.5. Աշխարհագրական կենտրոնացում. Հաշվի առնելով քաղաքակենտրոնացման միտումները (մայրաքաղաքում է կենտրոնացած ՀՀ բնակչության 37%-ը¹¹), ինչպես նաև հիվանդանոցային մահճակալային ֆոնդի կենտրոնացվածությունը (մայրաքաղաքում է կենտրոնացված Հանրապետության մահճակալային ֆոնդի շուրջ 2/3-ը (Գծ. 6)), ԱԻ-ներին համակարգի պատրաստվածության համատեքստում նշանակալի է Երևան քաղաքի ԲՀ-ների պատրաստվածությունը, հատկապես՝ մահճակալային խոշորագույն ֆոնդ ունեցող (500-ից ավելի) բազմապրոֆիլ ԲՀ-ների: Միևնույն ժամանակ, այս հանգամանքը պայմանավորում է նաև աշխարհագրական ապակենտրոնացման անհրաժեշտությունը:

6.6. Հաշվեքննության հարցերը, ժամկետները, մոտեցումը և մեթոդաբանական այլ մանրամասները ներկայացված են [«Հաշվեքննության մասին»](#) բաժնում:

⁹ Health Emergency and Disaster Risk Management Framework, WHO, 2019, p.6.

¹⁰ ԱՆ 2021թ. հունիսի 14-ի «ԱԻ-ներում առողջապահության բնագավառի գործունեության պլանները հաստատելու մասին» թիվ 48-Ն հրաման:

¹¹ ՀՀ մշտական բնակչության թվաքանակը 2024թ. ապրիլի 1-ի դրությամբ, ՎԿ, 2024, էջ 4:

ԻՆՉՈ՞Ւ Է ԱՅՆ ԷԱԿԱՆ

7. Հաշվեքննության նշված կենտրոնացման էականությունը պայմանավորող հիմնական գործոններն են.

7.1. Հիվանդանոցային ոչ դիմակայուն ենթակառուցվածքի պայմաններում, ԱԻ-ներում կարող է կտրուկ կրճատվել գործող մահճակալային ֆոնդը և սահմանափակվել դրա հետագա ծավալման կարողությունները՝ այն պահին, երբ կտրուկ աճում է դրանց հանդեպ պահանջարկը:

7.2. Առողջապահական ֆիզիկական ենթակառուցվածքի ցածր պատրաստվածության հետևանքով մարդկային կորուստները կարող են ընդգրկել նաև ԲՀ-ներում աշխատող բժիշկներին և այլ բուժաշխատողներին՝ սահմանափակելով տուժածներին սպասարկելու համակարգի կարողությունները: Կենսական սպառնալիքներ կծնավորվեն նաև խոցելի հիվանդանոցներում գտնվող բուժառուների և նրանց հարազատների համար:

7.3. Առողջապահական ենթակառուցվածքներում ներդրումները կլանում են ԱՆ-ների բյուջեների մինչև 70%-ը¹², որոնք հնարավոր ԱԻ-ների դեպքում վնասվելուց կամ ավերվելուց բավարար պաշտպանված չլինելու պարագայում կարող են կորսվել: Նշված ենթակառուցվածքի հետադեպային վերականգնումը կարող է զգալի բեռ հանդիսանալ հանրային ֆինանսական համակարգի համար, ինչպես նաև տևական ժամանակ սահմանափակել որակյալ առողջապահական ծառայություններին հասանելիությունը: Մինչդեռ, պատրաստվածությունը ծախսարդյունավետ է: Գնահատվում է, որ աղետադիմակայունության բաղադրիչի ընդգրկումը նոր ԲՀ-ի նախագծման և կառուցման գործընթացում ավելացնում է ինքնարժեքն ընդամենը 4%-ով¹³:

7.4. Հիվանդանոցների արժեքի մեծ մասը¹⁴ բաժին է ընկնում ոչ թե շենքային կառուցվածքին, այլ՝ ոչ կառուցվածքային տարրերին (հատկապես՝ թանկարժեք բժշկական և լաբորատոր սարքավորումներին), որոնք կարող են շարքից դուրս գալ շենքային կառուցվածքի ոչ բավարար պատրաստվածության հետևանքով, իսկ կենսական սարքավորումների կորուստը կսահմանափակի տուժածներին սպասարկելու համակարգի կարողությունները:

8. Առողջապահական ֆիզիկական ենթակառուցվածքի ցածր պատրաստվածության¹⁵ պայմաններում Հայաստանում **1988թ. ավերիչ երկրաշարժի** հետևանքով առաջացած կորուստներն ու առողջապահական համակարգի արձագանքն ամփոփված է *Ներդիր 1*-ում¹⁶:

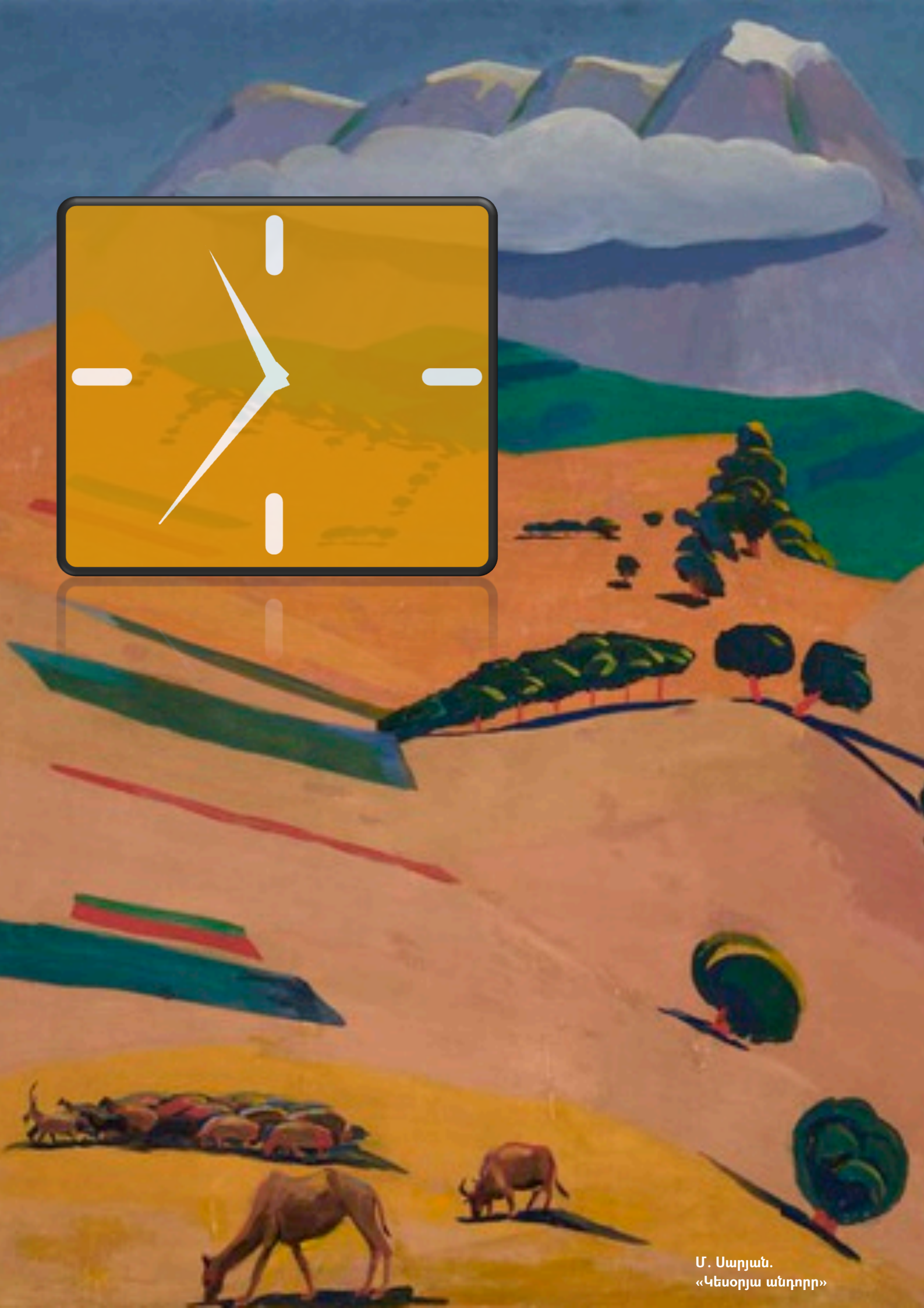
¹² Comprehensive Safe Hospital Framework. Geneva: Safe Hospitals Initiative, WHO, 2015, p.1.

¹³ Protecting New Health Facilities from Disasters: Guidelines for the Promotion of Disaster Mitigation, Washington D.C., PAHO/WHO 2003, p. 34.

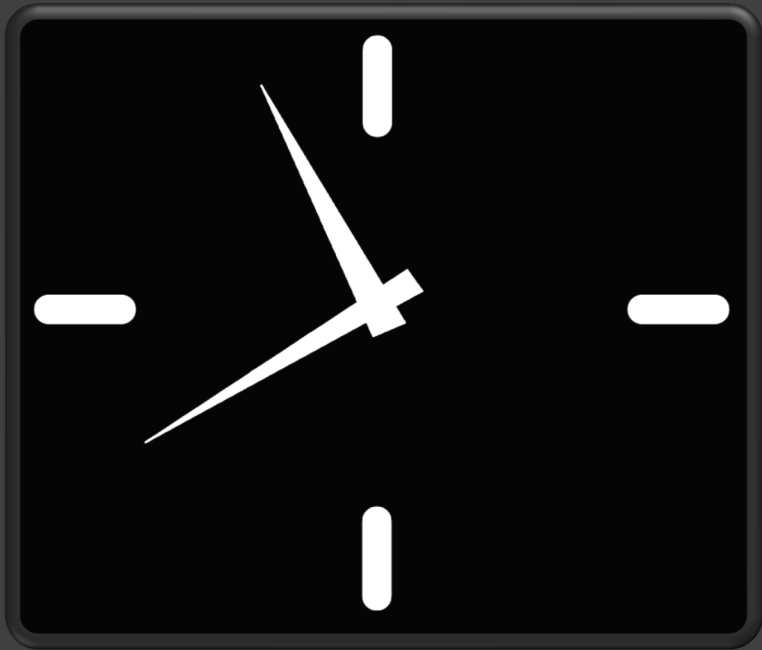
¹⁴ Մինչև 80%-ը: Աղբյուր՝ Protecting New Health Facilities from Natural Disasters: Guidelines for the Promotion of Disaster Mitigation, Washington D.C., PAHO/WHO 2003, էջ 25:

¹⁵ ԽՍՀՄ-ում բացակայում էր ԱԻ-ների բնագավառում մասնագիտացված լիազոր մարմին (ԱԻՆ, ՓԾ...): Առկա էր միայն քաղաքաշտպանության համակարգ՝ ՊՆ-ի կազմում՝ հիմնականում պատերազմական իրավիճակում բնակչության պաշտպանության նպատակով: ԱԻ-ներին պատրաստվածության ուղղությամբ միջոցառումների իրականացումը պետական առաջնահերթություն չէր հանդիսանում:

¹⁶ Համաձայն INTOSAI GUID 5330 «Աղետների կառավարման հաշվեքննության ուղեցույց»-ի, աղետների կառավարմանն առնչվող հաշվեքննության ընթացքում պետք է գնահատվի նախորդ էական աղետի ազդեցությունը (կետ 12, Հավելված III.Ա1, կետ 11): Հանրապետության առողջապահական ֆիզիկական ենթակառուցվածքի վրա ամենավերիչ ազդեցությունը գրանցվել է 1988թ. երկրաշարժի արդյունքում:



Մ. Սարյան.
«Կեսօրյա անդրր»



1988թ. ավերիչ երկրաշարժը և առողջապահական համակարգը

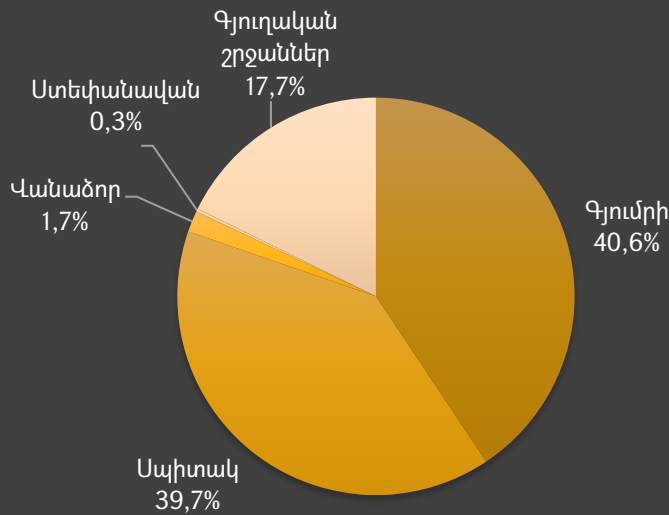
1988 թվականի դեկտեմբերի 7-ին ժամը 11:41-ին տեղի ունեցած ուժեղ երկրաշարժի ինտենսիվությունն էպիկենտրոնում՝ Սպիտակ քաղաքի մերձակայքում, կազմեց 10 բալ, իսկ Հանրապետության մեծությամբ երկրորդ քաղաքում՝ Լենինականում (այժմ՝ Գյումրի)՝ 9 բալ՝ հանգեցնելով նշված քաղաքների ավերման 100%-ով և 75%-ով¹⁷, համապատասխանաբար:

Երկրաշարժի հետևանքով զոհվեց 24,985 մարդ¹⁸:

¹⁷ Multisectoral Study on Disaster and Management Planning in Armenia, Mission to Armenia, 11-30 September 1989, Office of the United Nations Disaster Relief Coordinator UNDR0, UN, section 1.C.

¹⁸ Из сообщения пресс-центра отдела информации Совета Министров СССР, 17.03.1989.

Գծ. 2. 1988թ. երկրաշարժի զոհերի տարածքային բաշխվածությունը

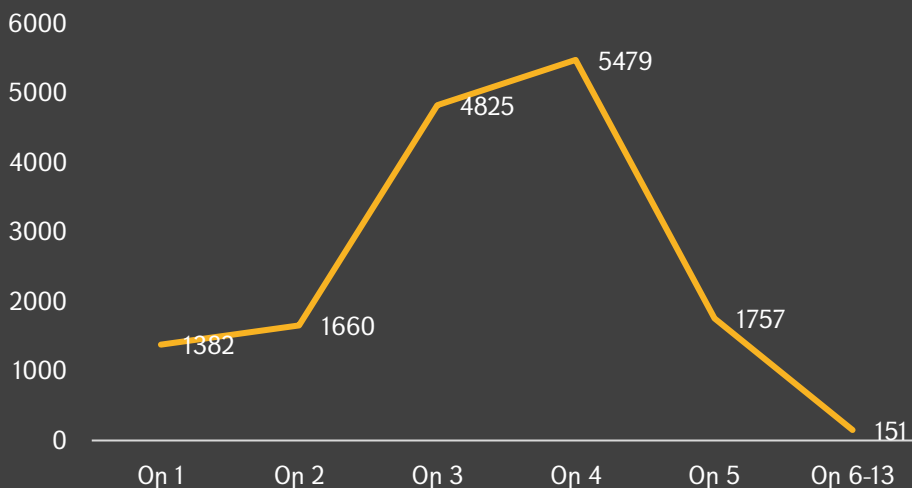


Աղբյուր՝ Multisectoral Study on Disaster and Management Planning in Armenia, Mission to Armenia, 11-30 September 1989, Office of the United Nations Disaster Relief Coordinator UNDRO, UN, section 1.C., 31.12.1988թ. դրությամբ:

Տարբեր աստիճանի վնասվածքներ և վիրավորումներ ստացավ շուրջ 20 հազ. մարդ¹⁹: Փլատակների տակից դուրս բերվեց 39,795 մարդ²⁰, որոնցից ողջ վիճակում՝ 15,254-ը²¹:

Հոսպիտալացվեց 12,495 տուժած²²: Առաջնային ամբուլատոր բուժօգնություն ստանալով 19,004 մարդու, այդ թվում՝ 3,447 երեխայի²³:

Գծ. 3. Փլատակներից հանված ողջ մարդկանց թիվն աղետին հաջորդած երկու շաբաթում



Աղբյուր՝ Multisectoral Study on Disaster and Management Planning in Armenia, Mission to Armenia, 11-30 September 1989, Office of the United Nations Disaster Relief Coordinator UNDRO, UN, section 1.C.:

¹⁹ Из сообщения пресс-центра отдела информации Совета Министров СССР, 17.03.1989.

²⁰ Из сообщения пресс-центра отдела информации Совета Министров СССР, 17.03.1989.

²¹ «Սովետական Հայաստան» թերթ, 30 դեկտեմբերի 1988թ., N 309 (20630), էջ 1:

²² Из сообщения пресс-центра отдела информации Совета Министров СССР, 17.03.1989.

²³ ՀՍՍՀ առողջապահության նախարարության տեղեկանք հունվարի 3-ի դրությամբ:

Ազդեցությունն առողջապահական ֆիզիկական ենթակառուցվածքի վրա և բժշկական սանիտարական կորուստները

Երկրաշարժի պահին գործող շինարարական նորմերի համաձայն, շենքերի պլանավորումն իրականացվում էր 7 բալ ինտենսիվությամբ երկրաշարժի հաշվարկով, որը թերագնահատված էր²⁴:

Երկրաշարժի արդյունքում լրիվ փլվեց մոտ 250 ԲՀ, այդ թվում՝ 32 հիվանդանոց, 14 պոլիկլինիկա, 17 բժշկական ամբուլատորիա:

Հանրապետության առողջապահական համակարգի կրած վնասը կազմեց ավելի քան 0.8 մլրդ դոլարին համարժեք գումար²⁵ շարքից հանելով 6,092 մահճակալով հիվանդանոցներ, մեկ հերթում 14,880 հաճախումով պոլիկլինիկաներ²⁶:

Աղյուսակ 1.

1988թ. երկրաշարժի հետևանքով հիվանդանոցային մահճակալային ֆոնդի կորուստն աղետի գոտում

Մարզ / Բնակավայր	Մահճակալների քանակ
Շիրակի մարզ	3,232
ք. Գյումրի	2,160
Ախուրյանի տարածաշրջան	572
ք. Արթիկ	370
Ամասիայի տարածաշրջան	130
Լոռու մարզ	2,860
ք. Վանաձոր	1,730
ք. Ստեփանավան	380
ք. Սպիտակ	250
Գուգարքի տարածաշրջան	250
Տաշիրի տարածաշրջան	250
Ընդամենը՝ աղետի գոտի	6,092

Աղբյուր՝ ԱՆ:

1977թ.-ին Գյումրիում սկսվել էր բազմաճյուղ մասնագիտացված 1,000 մահճակալանոց հիվանդանոցային համալիրի կառուցումը, որը մինչև երկրաշարժը հանձնվել էր շահագործման: Երկրաշարժի ժամանակ փլուզվեցին գրեթե բոլոր հիվանդանոցները, այդ թվում և 1,000 մահճակալանոց հիվանդանոցը

²⁴ Multisectoral Study on Disaster and Management Planning in Armenia, Mission to Armenia, 11-30 September 1989, Office of the United Nations Disaster Relief Coordinator UNDR0, UN, section 1.C.:

²⁵ «Սովետական Հայաստան» թերթ, 3 հունվարի 1989թ., N 2 (20633), էջ 1:

²⁶ ԱՆ տվյալներ, «Սովետական Հայաստան» թերթ, 18 դեկտեմբերի 1988թ., N 298 (20619), էջ 1:

դարձավ վթարային: Կանգուն մնացին միայն 1920-ականներին կառուցված, փոքր հզորությամբ Գյումրու N1 հիվանդանոցը (Ճերմակ հիվանդանոց)²⁷ և երկաթգծի հիվանդանոցը: Մասամբ պահպանված նշված երկու ԲՀ-ում հնարավոր էր ծավալել միայն 300 մահճակալանոց ստացիոնար²⁸ (120 մահճակալ՝ N1 (վիրաբուժական, վնասվածքաբանական բաժանմունքներ) և 180 մահճակալ՝ երկաթգծի (վիրաբուժական, վնասվածքաբանական, վարակիչ հիվանդությունների, ծննդաբերական, մանկաբուժական) հիվանդանոցներում)²⁹, ինչը բավարար չէր տուժածների սպասարկումը տեղում իրականացնելու համար:

Ծննդատան փլատակների տակ զոհվեցին 200-ից ավելի ծննդկաններ, 10 բժիշկներ, 55 միջին և կրտսեր բուժաշխատողներ³⁰:

Հիմնովին փլուզվեց Սպիտակի կենտրոնական հիվանդանոցի շենքը: Վանաձոր քաղաքի 18 ԲՀ-ից 8-ը հայտնվեց քանդման ենթակա վիճակում, այդ թրվում՝ 2 խոշոր հիվանդանոցները: Հիվանդանոցային մահճակալների թիվն առաջին օրերին Վանաձորում կրճատվեց մինչև 150³¹:

Դադարեցված էին նաև էլեկտրաէներգիայի, գազի մատակարարումը³², ջրամատակարարումը, որի հետևանքով աղետի առաջին օրը բուժօգնությունն ու վիրահատությունները հիմնականում կազմակերպվում էին մթության մեջ, դաշտային պայմաններում³³:

Երկրաշարժի հետևանքով, հիմնականում ԲՀ-ների շենքերի փլուզմամբ պայմանավորված (երկրաշարժը տեղի էր ունեցել աշխատանքային ժամին), մահացավ 254 բժիշկ և միջին ու կրտսեր բուժաշխատող³⁴: Գյումրիում երկրաշարժից հետո 551 բժշկից աշխատանքի էին անցել մոտ 60-ը, Սպիտակում՝ 79-ից 29-ը³⁵, այդ թվում՝ բարոյահոգեբանական վիճակով (ընտանիքի անդամների շրջանում կորուստներով) պայմանավորված: Սպիտակում զոհվեց շրջանային բուժմիավորման 102 աշխատակից, որից 18-ը բժիշկներ³⁶:

Առաջին արձագանքը

Օպերատիվ գործողություններ սկսելու առաջին ազդանշանը հանդիսացավ կապի բացակայությունը Հայաստանի հյուսիսային շրջանների հետ:

Երկրաշարժից 45 րոպե անց աղետի ենթադրյալ շրջաններ ուղարկվեց շտապ բուժօգնության 20 բրիգադ, իսկ երկու ժամ անց, երբ հայտնի դարձան ավե-

²⁷ Գաբրիելյան Է. Փլուզում. -Եր.: Լիզանդ հրատ, 1993, էջ 106-107, 124, 140:

²⁸ «Առողջապահություն» հանդես, նոյեմբեր-դեկտեմբեր 1988, N6 (195), էջ 6:

²⁹ «Առողջապահություն» հանդես, հունվար-փետրվար 1989, N1 (196), էջ 3-5:

³⁰ Գաբրիելյան Է. Փլուզում. -Եր.: Լիզանդ հրատ, 1993, էջ 150:

³¹ Протокол собрания республиканского партийно – хозяйственного актива, 17 января 1989г., ՀՀ ազգային արխիվ, Փ.1, օր. 83, ձ.84, Գաբրիելյան Է. Փլուզում. -Եր.: Լիզանդ հրատ, 1993, էջ 137:

³² «Սովետական Հայաստան» թերթ, 8 դեկտեմբերի 1988թ., N 288 (20607), էջ 4:

³³ «Սովետական Հայաստան» թերթ, 13 դեկտեմբերի 1988թ., N 293 (20614), էջ 1:

³⁴ «Առողջապահություն» հանդես, հունվար-փետրվար 1989, N1 (196), էջ 3-5:

³⁵ «Առողջապահություն» հանդես, նոյեմբեր-դեկտեմբեր 1988, N6 (195), էջ 6:

³⁶ Գաբրիելյան Է. Փլուզում. -Եր.: Լիզանդ հրատ, 1993, էջ 150:

րածության չափերը, աղետի գոտի մեկնեց ևս 100 բժշկական բրիգադ՝ Երևանից և մոտակա շրջաններից՝ համալրված Հանրապետության տարբեր պրոֆիլի առաջատար մասնագետներով³⁷:

Երկրաշարժից մի քանի ժամ անց Վրաստանի բժիշկների բրիգադը (կազմված 40 մասսվաճքաբաններից, ռեանիմատոլոգներից, վիրաբույժներից ու բուժքույրերից) ժամանեց Սպիտակ՝ սկսելով աշխատանքը 4 վրաններում³⁸: Սպիտակ քաղաքի հետ կապը Հայաստանի տարածքով խիստ բարդացած էր, ուստի առաջին բուժօգնությունը հիմնականում կազմակերպվեց Վրաստանի տարածքով: Բժիշկների ևս երկու բրիգադ մեկնել էր Հայաստանի սահմանակից վրացական շրջանները, որոնց հիվանդանոցներն էին բերվել շուրջ 200 տուժածներ: Տուժածներին ընդունելու համար պատրաստվել էր 700 մահճակալ (որից 500-ը՝ Թբիլիսիի ԲՀ-ներում³⁹): Սպիտակում բուժօգնություն էր տրամադրում նաև ՊՆ ռազմական բժիշկների 250 անձից կազմված խումբը:

Ժամը 19:30-ին Երևան ժամանեցին 98 նեղ մասնագետներ (վիրաբույժներ, մասսվաճքաբաններ, նյարդավիրաբույժներ, անզգայացնող - վերակենդանացնողներ և այլն) Մոսկվայի ԲՀ-ներից: Ժամանած մասնագետները ժամը 21:00-ին էրեբունի օդանավակայանից մեկնեցին Գյումրի: Վերջիններս գործի անցան աղետի գոտուն մոտ գտնվող շրջանների ԲՀ-ներում, որտեղ տեղի էր ունեցել տուժածների առաջնային էվակուացիան⁴⁰:

Օրվա վերջին աղետի գոտում աշխատում էր 130 մասնագիտացված բուժական բրիգադ (1,200-ից ավելի բժիշկ)⁴¹:

Երկրաշարժից մեկ ժամ անց Գյումրիում կանգուն մնացած, փոքր հզորությամբ N1 հիվանդանոցում, տեղի վիրաբույժների ուժերով, սկսվեցին առաջին վիրահատությունները: Ժամը 16:00-ի սահմաններում նրանց միացան Երևանից մեկնած բժիշկները⁴²:

Ժամը 18:00-ի դրությամբ Երևանում, ինչպես նաև այն շրջաններում, որոնք կարող էին գտնվել տուժածների էվակուացման հնարավոր ճանապարհներին, ծավալվեց մոտ 10 հազ. մահճակալ⁴³ (որից 5 հազ.-ը Երևանի հիվանդանոցներում, իսկ 750-ը՝ մայրաքաղաքի պոլիկլինիկաներում): Աղետին հաջորդած 24 ժամվա ընթացքում բուժօգնություն ցույց տրվեց 4.7 հազ. տուժածի: Վերջիններս էվակուացվեցին Երևանի և 6 գյուղական շրջանների հիվանդանոցներ⁴⁴:

³⁷ «Սովետական Հայաստան» թերթ, 3 հունվարի 1989թ., N 2 (20633), էջ 3, «Առողջապահություն» հանդես, նոյեմբեր-դեկտեմբեր 1988, N6 (195), էջ 3-4:

³⁸ «Սովետական Հայաստան» թերթ, 3 հունվարի 1989թ., N 2 (20633), էջ 3, «Առողջապահություն» հանդես, նոյեմբեր-դեկտեմբեր 1988, N6 (195), էջ 3-4:

³⁹ «Սովետական Հայաստան» թերթ, 9 դեկտեմբերի 1988թ., N 289 (20608), էջ 2:

⁴⁰ «Առողջապահություն» հանդես, նոյեմբեր-դեկտեմբեր 1988, N6 (195), էջ 3-4, Գաբրիելյան Է. Փլուզում. - Եր.: Լիզանդ հրատ, 1993, էջ 122, 124, 136:

⁴¹ «Սովետական Հայաստան» թերթ, 3 հունվարի 1989թ., N 2 (20633), էջ 3, «Առողջապահություն» հանդես, նոյեմբեր-դեկտեմբեր 1988, N6 (195), էջ 3-4:

⁴² Գաբրիելյան Է. Փլուզում. - Եր.: Լիզանդ հրատ, 1993, էջ 106-107, 124, 140:

⁴³ Multisectoral Study on Disaster and Management Planning in Armenia, Mission to Armenia, 11-30 September 1989, Office of the United Nations Disaster Relief Coordinator UNDR0, UN.

⁴⁴ Multisectoral Study on Disaster and Management Planning in Armenia, Mission to Armenia, 11-30 September 1989, Office of the United Nations Disaster Relief Coordinator UNDR0, UN, «Առողջապահություն» հանդես, նոյեմբեր-դեկտեմբեր 1988, N6 (195), էջ 4:

Լոգիստիկ արձագանքը

Բժշկական էվակուացիայի համար օգտագործվեցին 600 շտապ օգնության և այլ տրանսպորտային միավորներ, ինչպես նաև ուղղաթիռներ ու ռազմական և քաղաքացիական ավիացիա՝ կատարելով 472 թռիչք⁴⁵:

Աղետի սկզբնական փուլում հիմնական խնդիրը հիվանդներին հոսպիտալացման ժամանակավոր կետերից երկրաշարժի օջախին մոտ գտնվող շրջանային հիվանդանոցներ էվակուացնելն էր, այդ թվում՝ աղետին մոտ գտնվող շրջանների ԲՀ-ների տրանսպորտով: Այնուհետև տեղի էր ունենում տուժածների տեղափոխում մայրաքաղաք: Աշտարակ քաղաքի մոտ ձևավորվել էր 2 տեսակավորման կետ⁴⁶:

Ցամաքային էվակուացիան աղետի գոտուց դեպի մայրաքաղաք բարդանում էր ճանապարհների խցանվածության պատճառով: Ըստ այդմ՝ մեկնարկեց հիվանդների և տուժածների էվակուացիան քաղաքացիական և ռազմական ավիացիայով⁴⁷: Դեկտեմբերի 7-ին ժամը 18:00-ից վիրավորներին սկսեցին տեղափոխել Գյումրու օդանավակայան: Օդանավակայանում Երևանից եկած բրժիշկները կազմակերպել էին էվակուացիոն կետ, որտեղ վիրավորներին ցույց էր տրվում բուժօգնություն և կազմակերպվում էր նրանց տեղափոխումը մայրաքաղաք⁴⁸: Օդաչուները կատարեցին 130 թռիչք աղետի գոտի՝ այնտեղ հասցնելով 700 բուժաշխատողների ու փրկարարների՝ էվակուացնելով 1.5 հազ. ծանր վիրավորների⁴⁹: Եվս 1,000 վիրավորներ ավտոմեքենաներով տեղափոխվեցին մոտակա քաղաքներ:

Ներգրավված բուժանձնակազմ

Հանրապետությունում բուժօգնության տրամադրման աշխատանքներին ներգրավված էր ավելի քան 5 հազ. բժիշկ, 1,152 բուժաշխատող ժամանել էր այլ միութենական հանրապետություններից, ևս 417 բուժաշխատող՝ 17 երկրից⁵⁰: Նրանց օգնության էին եկել ավելի քան 250 զինվորական բժիշկներ, բժիշկների կատարելագործման ինստիտուտի 300 ունկնդիր⁵¹: Երևանի բժշկական ինստիտուտի 4-6-րդ կուրսերի ավելի քան 1,000 ուսանողներ ուղարկվել էին Հանրապետական և Էրեբունի հիվանդանոցները, ինչպես նաև 1-ին, 2-րդ և 3-րդ հիվանդանոցները՝ տուժածներին օգնություն ցուցաբերելու համար⁵²:

⁴⁵ «Սովետական Հայաստան» թերթ, 9 դեկտեմբերի 1988թ., N 289 (20608), էջ 4:

⁴⁶ Գաբրիելյան Է. Փլուզում. -Եր.: Լիզանդ հրատ, 1993:

⁴⁷ «Առողջապահություն» հանդես, նոյեմբեր-դեկտեմբեր 1988, N6 (195), էջ 4:

⁴⁸ Գաբրիելյան Է. Փլուզում. -Եր.: Լիզանդ հրատ, 1993, էջ 144:

⁴⁹ «Սովետական Հայաստան» թերթ, 22 դեկտեմբերի 1988թ., N 302 (20623), էջ 2:

⁵⁰ ՀՍՍՀ առողջապահության նախարարության տեղեկանք հունվարի 3-ի դրությամբ:

⁵¹ «Սովետական Հայաստան» թերթ, 3 հունվարի 1989թ., N 2 (20633), էջ 3:

⁵² «Սովետական Հայաստան» թերթ, 9 դեկտեմբերի 1988թ., N 289 (20608), էջ 4:

Հոսափտալացում

Հիվանդների հիմնական մասը կենտրոնացված էր Երևան քաղաքում (86.5%-ը): Տուժաձևների 8%-ը՝ հիմնականում ոչ բարդ վնասվածքներով, շարունակում էր բուժում ստանալ շրջկենտրոնների հիվանդանոցներում: Վնասվածքների բարդ զուգակցումներով բուժառուները (տուժաձևների 5%-ը) տեղափոխվել էին ԽՍՀՄ այլ կլինիկաներ: Վրաստանի ստացիոնարներում հոսափտալացված էր 510 մարդ, որոնցից առաջին օրը՝ 193-ը: Ռուսաստանի ստացիոնարներն էր տեղափոխվել 428 հիվանդ:

Վիրահատվել էր 4,077 մարդ: Հիվանդանոցներում մահացել էին 414-ը⁵³:

Հիմնական ուղերձը



Աղետի գոտում առողջապահական ֆիզիկական ենթակառուցվածքը հիմնականում կորսվեց՝ սահմանափակելով տեղում առողջապահական հզորությունների ծավալումը և հանգեցնելով աղետի գոտում բժշկական անձնակազմի շրջանում էական սանիտարական կորուստների: Աղետից հետո առողջապահական համակարգի գործունեության շարունակականությունը չընդհատվեց՝ թույլ տալով ապահովել արագ արձագանք՝ պայմանավորված այն հանգամանքով, որ Հանրապետության առողջապահական հիմնական ֆիզիկական ենթակառուցվածքը և աշխատանքային ժամին դրանում գտնվող բուժանձնակազմը (կենտրոնացած մայրաքաղաքում) մնացել էր անխաթար՝ գտնվելով աղետի գոտուց դուրս: Համակարգի պատրաստվածության ուղղությամբ միջոցառումների իրականացումն էական է այն պատճառով, որ պոտենցիալ ԱԻ-ի աշխարհագրական գոտի կարող է դառնալ հենց մայրաքաղաքը, այդ թվում՝ սեյսմիկ առավելագույն ռիսկը ք. Երևանում լինելու հանգամանքով պայմանավորված:

⁵³ «Առողջապահություն» հանդես, հունվար-փետրվար 1989, N1 (196), էջ 3-5:

Հաշվեքննության արդյունքները

Արտակարգ իրավիճակներին համակարգի ենթակառուցվածքային պատրաստվածության խզումն արդյունավետորեն չի գնահատվում և մշտադիտարկվում

ԻՆՉՈ՞Ւ Է ՏՎՅԱԼ ԱՐԴՅՈՒՆՔԸ ԿԱՐԵՎՈՐ

9. Ենթակառուցվածքային կարողությունների խզման (gap) գնահատման ինստիտուցիոնալացված *համակարգի* բացակայության հետևանքով հնարավոր չէ համալիր կերպով վերհանել պատրաստվածության առկա բացերը, պլանավորել դրանց հասցեագրման արդյունավետ միջոցառումներ՝ մշտադիտարկելով դրանց կատարման արդյունքում առողջապահական ենթակառուցվածքի դիմակայունության շարժընթացը՝ ըստ անհրաժեշտության կատարելով ճշգրտումներ իրականացվող միջոցառումներում:

ՊԱՏՃԱՌՆԵՐ

10. Հաշվեքննության տվյալ արդյունքը պայմանավորող հիմնական պատճառներն են՝

- **Մեթոդաբանություն.** Մշակված չէ ԱԻ-ներում համակարգի մակարդակում ենթակառուցվածքային կարիքների, առկա կարողությունների (ներառյալ՝ ծավալման առկա կարողությունների) և դրանց միջև խզման համալիր գնահատման մեթոդաբանություն.
- **Տեղեկատվություն.** Ներդրված չէ համակարգի ենթակառուցվածքային կարողությունների վերաբերյալ հուսալի և ժամանակին տվյալների ստացման տեղեկատվական կառավարման համակարգ.
- **Մարդկային ռեսուրսներ.** ԱԻ-ների ռիսկի կառավարման գործընթացների համակարգման ԱՆ կարողությունները սահմանափակ են:

ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐ

11. Առողջապահական համակարգի՝ ԱԻ-ների դեպքում հասանելի **ռեսուրսները (կարողությունները), կարիքները և դրանց միջև խզումը** պետք է բացա-

հայտվեն: Այդ տեղեկատվությունը պետք է փոխանցվի որոշում կայացնողներին ու գործընկերներին՝ հիմնված երկրի ռիսկայնության գնահատականների վրա՝ որոշելու ԱԻ-ներին պատրաստվածության տեսանկյունից առաջնահերթությունները և պայմանավորելու իրազեկ ռազմավարությունների ու միջոցառումների մշակումն ու իրականացումը: Գնահատումները պետք է ներառեն համակարգի բոլոր հատվածներն ու մակարդակները:

Աղբյուր՝ Առողջապահական ԱԻ-ների կարողությունների ամրապնդման ԱՀԿ հեռանկիշներ, ԱՀԿ, 2023, հեռանկիշ 12.Բ.3, Բ.2, ԱԻ-ներին պատրաստվածության ռազմավարական ձևաչափ, ԱՀԿ, 2017, հավելված 1:

12. ԱԻ-ների ռիսկի կառավարումը պետք է իրականացվի **համակարգին միտված մոտեցմամբ** (whole-of-health system-based approach), որը ենթադրում է, որ սահմանված նպատակներին հնարավոր կլինի հասնել բացառապես **միասնական պլանավորման** միջոցով՝ ԱՆ-ի և համակարգի բոլոր մակարդակների բոլոր մասնակիցների (ինչպես հանրային, այնպես էլ՝ մասնավոր հատվածների) գործողությունների **կոորդինացման** մեխանիզմների առկայության պարագայում:

Աղբյուր՝ Առողջապահական ԱԻ-ների և աղետների ռիսկի կառավարման ձևաչափ, ԱՀԿ, 2019, էջ x, ԱԻ-ներին պատրաստվածության ռազմավարական ձևաչափ, ԱՀԿ, 2017, կետ 5.4, էջ 7, հավելված 1:

13. ԱԻ-ներին պատրաստվածության բարձրացման ծրագրի և դրան առնչվող պլանների մշակումը պետք է հիմնված լինի բոլոր վտանգների ռիսկերի գնահատման և առաջնահերթ ռիսկերը կառավարելու առկա կարողությունների վրա: Բոլոր գնահատումների իրականացման համար պահանջվում է **գնահատման ստանդարտացված մոտեցում**: Գնահատումների արդյունքում ստացված տեղեկատվությունը թույլ կտա ամրապնդել պատրաստվածության և արձագանքման համակարգերը պրոակտիվ և փաստահեն եղանակով:

Աղբյուր՝ ԱԻ-ներին պատրաստվածության ռազմավարական ձևաչափ, ԱՀԿ, 2017, էջ 7:

14. ԲՀ-ների դիմակայունության բաղադրիչներից մեկը ԱԻ-ներում ավելացած առողջապահական կարիքները հասցեագրող **ծավալման կարողությունների պլանավորումն** է (ներառյալ՝ մահճակալային ֆոնդի, ժամանակավոր կառույցների հիմնման կամ մոբիլ կլինիկաների միջոցով): Պետք է առկա լինեն լրացուցիչ մահճակալների ծավալման ընթացակարգեր և թեստավորվեն: Հիվանդանոցի կարողությունները պետք է ընդլայնվեն նաև ոչ կրիտիկական վիճակում գտնվող բուժառուներին համապատասխան այլընտրանքային բուժման վայրեր տեղափոխելու միջոցով⁵⁴: ՏԻՄ-երի հետ համագործակցությամբ պետք է բացահայտվեն լրացուցիչ ծավալման վայրեր, որոնք կարող են վերածվել տուժածներին սպասարկման վայրերի (օրինակ՝ դպրոցներ, հյուրանոցներ, համայնքային կենտրոններ և այլն):

Աղբյուր՝ Հիվանդանոցների անվտանգության համաթիվ. գնահատողների ուղեցույց, 2-րդ հրատ., ԱՀԿ, 2015, թիվ 140, ԱԻ-ներին հիվանդանոցի արձագանքման ստուգաթերթ., ԱՀԿ, 2011, առանցքային բաղադրիչ 5, կետ 5 և 9, Առողջապահական ԱԻ-ների և աղետների ռիսկի կառավարման ձևաչափ, ԱՀԿ, 2019, էջ 11, 14, 27:

⁵⁴ Համաձայն Կառավարության 2021թ. փետրվարի 4-ի թիվ 129-Ն որոշման պահանջների, ԲՀ-ներն իրականացնում են պացիենտների դուրս գրում կամ տեղափոխում այլ ԲՀ և հնարավորինս ազատում առկա մահճակալները, բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելու նպատակով ծավալում են լրացուցիչ մահճակալներ՝ Առողջապահության նախարարի համապատասխան հրամաններով:

14.1. Բժշկական սարքավորումների անհրաժեշտ քանակությունը և հասանելիությունը պետք է հայտնի լինի:

Աղբյուր՝ Հիվանդանոցների անվտանգության համաթիվ. գնահատողների ուղեցույց, 2-րդ հրատ., ԱՀԿ, 2015, թիվ 137:

14.2. Պետք է երաշխավորվի կենսական համակարգերի անհրաժեշտ պահուստային (back-up) միջոցների հասանելիությունը ԱԻ-ներում, այդ թվում՝ ջրի, էլեկտրաէներգիայի և թթվածնի:

Աղբյուր՝ Հիվանդանոցների՝ ԱԻ-ներին արձագանքման ստուգաթերթ, ԱՀԿ, առանցքային բաղադրիչ 6, կետ 6, Առողջապահական ԱԻ-ների և աղետների ռիսկի կառավարման ձևաչափ, ԱՀԿ, 2019, էջ 10-11:

15. Պատրաստվածության հիմնական տարրերից մեկը տեղեկատվական կառավարման համակարգերն են: Առողջապահական ԱԻ-ների ռիսկի կառավարման առանցքային կարողությունների մշտադիտարկումը պետք է ինտեգրվի առողջապահական համակարգի մշտադիտարկման առկա համակարգերին: ԱԻ-ներին պատրաստվածության, մշտադիտարկման և հաշվետվողականության նպատակով անհրաժեշտ է զարգացնել առողջապահական տվյալների շտեմարանները, դրանցում առկա տվյալների ժամանակին հասանելիությունը, հուսալիությունը (որակը) և օգտագործելիությունը: Կարևոր նշանակություն ունի տեղեկատվության հավաքման, վերլուծման և տարածման ներդաշնակեցումը համակարգի տարբեր հատվածների միջև: ԱԻ-ների ռիսկի կառավարման համար պատասխանատու բոլոր մարմինները պետք է հասանելիություն ունենան տվյալ համակարգին:

Աղբյուր՝ ԱԻ-ներին պատրաստվածության ռազմավարական ձևաչափ, ԱՀԿ, 2017, էջ 10, Առողջապահական ԱԻ-ների և աղետների ռիսկի կառավարման ձևաչափ, ԱՀԿ, 2019, 5.10, էջ x, INTOSAI GUID 5330 «Աղետների կառավարման հաշվեքննության ուղեցույց», կետ 12, հավելված 3, մաս Բ:

16. Առողջապահական ոլորտի բարեփոխումների շարքում թվայնացումն առաջնահերթ գործընթացներից է: Որպես էլեկտրոնային առողջապահության համակարգի զարգացման միջոցառում է սահմանված համակարգում առկա ստանդարտ հաշվետվական հնարավորությունների հզորացումը:

Աղբյուր՝ ԱՆ 2021թ. փետրվարի 16-ի «Էլեկտրոնային առողջապահության համակարգի զարգացման միջոցառումների ծրագիրը հաստատելու մասին» N 456-L հրամանի հավելված 1-ի կետ 1, հավելված 2-ի կետ 7:

17. Պետք է առկա լինեն կարողությունների մշտադիտարկման ստանդարտացված ցուցիչներ:

Աղբյուր՝ Առողջապահական ԱԻ-ների և աղետների ռիսկի կառավարման ձևաչափ, ԱՀԿ, 2019, էջ 11:

18. ԱԻ-ների ռիսկի կառավարման համար պատասխանատու ԱՆ ստորաբաժանումը / աշխատողները պետք է կորդինացնեն ԱԻ-ների ռիսկի կառավարման գործողությունները կառավարման տարբեր մակարդակների միջև (համայնքային, ազգային)՝ ինչպես առողջապահական համակարգի ներսում, այնպես էլ՝ այլ հատվածների միջև:

Աղբյուր՝ Առողջապահական ԱԻ-ների և աղետների ռիսկի կառավարման ձևաչափ, ԱՀԿ, 2019, էջ 9, 25:

ԱՌԿԱ ԻՐԱՎԻՃԱԿ

Գնահատման հաստատված մեթոդաբանության բացակայության պայմաններում, ԱԻ-ներում համակարգի ենթակառուցվածքային կարիքները լիարժեքորեն չեն բացահայտվում

19. Գնահատման հաստատված մեթոդաբանության բացակայության պայմաններում առկա չէ հուսալի և ամբողջական տեղեկատվություն առողջապահական համակարգի ենթակառուցվածքային կարիքների վերաբերյալ (մակրո- մակարդակում) առաջնահերթ ռիսկի գործոններով պայմանավորված ԱԻ-ի յուրաքանչյուր տեսակի դեպքում (առավելագույն սանիտարական կորուստների առաջացման պարագայում), այդ թվում՝

20. Մահճակալային կարիքների վերաբերյալ. Առկա չէ հուսալի տեղեկատվություն առաջնահերթ ռիսկի գործոններով պայմանավորված ԱԻ-ի յուրաքանչյուր տեսակի դեպքում մահճակալների կարիքի վերաբերյալ (ինչպես ընդհանուր, այնպես էլ՝ ԱԻ-ի առանձնահատկություններից ելնելով ըստ պրոֆիլի (բաժանմունքների)): ԱՆ պլանները պարունակում են մահճակալային կարիքների ագրեգացված գնահատական ուժեղ երկրաշարժի և հնարավոր ռազմական գործողությունների սցենարների դեպքում, որը կազմում է շուրջ 25 հազ. մահճակալ⁵⁵: Կարիքի նշված ագրեգացված գնահատումը, ինչպես նշվեց, իրականացված է առանց հաստատված (հուսալի) հաշվարկման մեթոդաբանության: Հատկանշական է, որ «Ուժեղ երկրաշարժի դեպքում ՀՀ բնակչության պաշտպանության կազմակերպման պլան»-ի համաձայն⁵⁶, բնակչության շրջանում սանիտարական կորուստները կկազմեն 154,793 մարդ (ք. Երևանում՝ 120,212), այդ թվում՝ *ծանր վիրավորներ՝ 77,983 մարդ* (ք. Երևանում՝ 60,562), *միջին ծանրության վիրավորներ՝ 41,834 մարդ* (ք. Երևանում՝ 32,488) և *թեթև վիրավորներ*⁵⁷ 34,976 մարդ (ք. Երևանում՝ 27,162)⁵⁸: Ուստի, մահճակալների գնահատված կարիքը կարող է ծածկել ծանր վիրավորների կանխատեսվող թվի 32%-ը, իսկ ծանր և միջին ծանրության վիրավորների կանխատեսվող թվի 20%-ը⁵⁹: Առկա չեն նաև բավարար գնահատումներ առաջնահերթ ռիսկի գործոններով պայմանավորված ԱԻ-ի յուրաքանչյուր տեսակի դեպքում առողջապահական համակարգի մահճակալային *ապաստանագրեցված կարիքների* վերաբերյալ (ԱԻ-ի առանձնահատկություններից ելնելով ըստ պրոֆիլի (բաժանմունքների) մահճակալների քանակ):

⁵⁵ ԱՆ 2021թ. հունիսի 14-ի «ԱԻ-ներում առողջապահության բնագավառի գործունեության պլանները հաստատելու մասին» թիվ 48-Ն հրամանի հավելված 1-ի 24-րդ կետ:

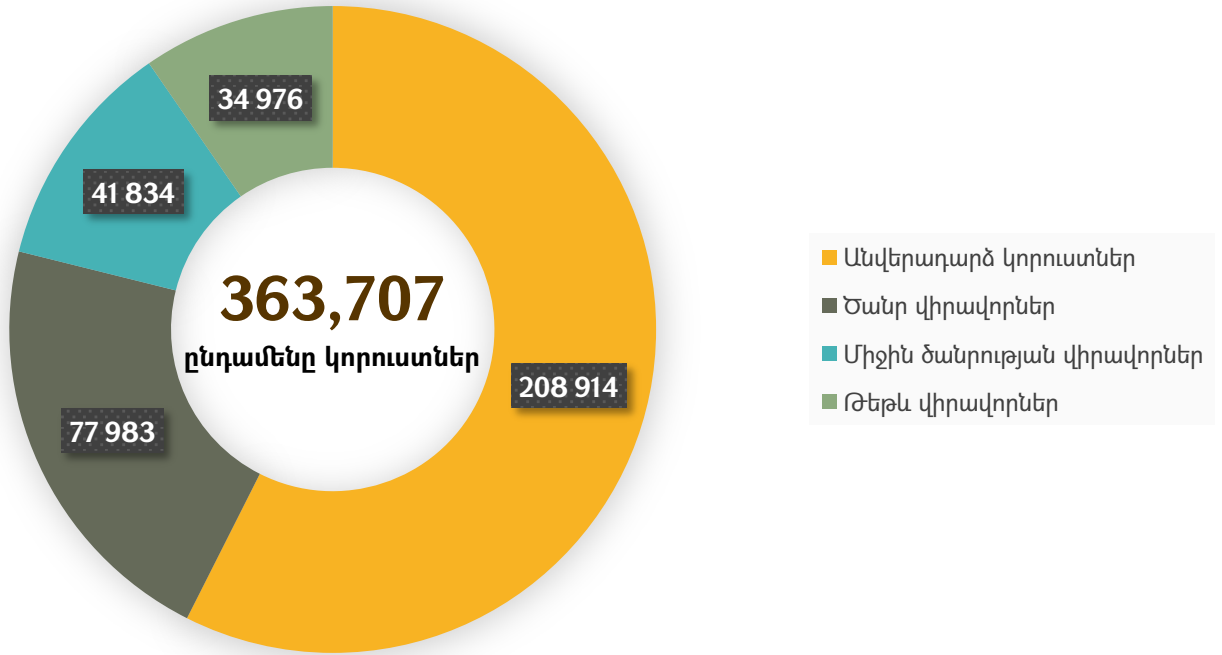
⁵⁶ Կառավարության 2011թ. հունիսի 10-ի «Ուժեղ երկրաշարժի դեպքում ՀՀ բնակչության պաշտպանության կազմակերպման պլանը հաստատելու մասին» N 919-Ն որոշման հավելված 1-ի 7-րդ կետի 10-րդ ենթակետ:

⁵⁷ Թեթև վիրավորների բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը նախատեսված է իրականացնել ամբուլատոր պայմաններում:

⁵⁸ Բնակչության շրջանում ընդհանուր կորուստները կկազմեն 363,707 մարդ (ք. Երևանում՝ 282,455), որոնցից անվերադարձ՝ 208,914 մարդ (ք. Երևանում՝ 162,243):

⁵⁹ Ռազմական գործողությունների դեպքում կարիքի գնահատականը հիմնված է ՌԴ Բժշկական ծառայության կազմակերպման և մարտավարության ձեռնարկի վրա, որը ՀՀ-ում հաստատված գնահատման ստանդարտ չէ:

Գծ. 4. Ուժեղ երկրաշարժի դեպքում կանխատեսվող մարդկային կորուստները



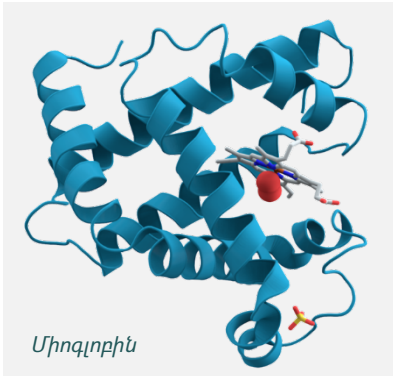
Աղբյուր՝ Կառավարության 2011թ. հունիսի 10-ի «Ուժեղ երկրաշարժի դեպքում ՀՀ բնակչության պաշտպանության կազմակերպման պլանը հաստատելու մասին» N 919-Ն որոշման հավելված 1-ի 7-րդ կետի 10-րդ ենթակետ:

21. Կրիտիկական բժշկական սարքավորումների վերաբերյալ. Առկա չէ հուսալի տեղեկատվություն առաջնահերթ ռիսկի գործոններով պայմանավորված ԱԻ-ի յուրաքանչյուր տեսակի դեպքում (ռիսկի առավելագույն դրսևորման պարագայում) կրիտիկական (կենսապահովման) բժշկական սարքավորումների նկատմամբ առողջապահական համակարգի կարիքների վերաբերյալ⁶⁰:

⁶⁰ Միջազգային դրական փորձի համաձայն, կրիտիկական սարքավորումների (օրինակ՝ թոքերի արհեստական շնչառության սարքեր) քանակը պետք է բավարարի ԱԻ-ի պայմաններում տվյալ սարքավորման նկատմամբ պահանջարկն առնվազն 72 ժամ՝ ԲՀ-ի առավելագույն ծանրաբեռնվածությամբ գործելու համար⁶⁰: Սարքավորումների անվտանգությունը համարվում է բարձր, եթե ԱԻ-ում դրանց կորուստը չի գերազանցի 10%-ը: *Աղբյուր՝* Հիվանդանոցների անվտանգության համաթիվ. գնահատողների ուղեցույց, 2-րդ հրատ., ԱՀԿ, 2015, թիվ 108-110, 103:

Ներդիր 2.

Երկարատև ճնշման համախտանիշը (կրաշ սինդրոմ) և դիալիզի սարքավորումների կարիքը երկրաշարժի դեպքում



Երկրաշարժերի ժամանակ շենքերի կառուցվածքային փլուզման հետևանքով փլատակների տակ հայտնված վիրավորների մկանային հյուսվածքների (74% դեպքերում՝ ստորին վերջույթների⁶¹) վնասման (երկարատև ճնշման⁶²) արդյունքում (վնասվածքային ռաբդոմիոլիզ) քայքայված մկաններից տեղի է ունենում տոքսիկ նյութերի մեծաքանակ արտանետում, որն արյան շրջանառության մեջ անցնելով կարող է առաջացնել երիկամային սուր անբավարարություն (հատկապես՝ արտանետված միոգլոբինը): Դիալիզի իրականացումը կրաշ սինդրոմով պացիենտների դեպքում կյանքի հետ անհամատեղելի սպառնալիքի հաղթահարման առանցքային բուժական միջոցառում է:

ԱՄՆ հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոնի (CDC) տվյալներով⁶³, ուժեղ երկրաշարժերի դեպքում կրաշ սինդրոմ առաջանում է **մինչև 15%** դեպքերում: Կրաշ սինդրոմով բուժառուների **50%-ի** շրջանում զարգանում է սուր երիկամային անբավարարություն, որոնցից **50%-ն** ունենում է դիալիզի կարիք:

Միջազգային պրակտիկայում, լայնորեն հետազոտված՝ կրաշ սինդրոմի ամենազանգվածային դրսևորումներից մեկը 1988թ. Սպիտակի երկրաշարժն էր, որի հետևանքով ծանր վիրավորների մեջ ամենամեծ խմբերից մեկը կազմում էին տվյալ համախտանիշով բուժառուները՝ 843 մարդ (կամ հոսպիտալացվածների շուրջ **7%-ը**): Վերջիններին բուժման համար դիալիզի սարքավորումների խիստ սակավաթիվ լինելը (2-3 հատ⁶⁴) դարձավ աղետին հաջորդող սկզբնական շրջանում տվյալ բուժառուներին Հանրապետությունից դուրս գտնվող ԲՀ-ներ հոսպիտալացնելու հիմնական պատճառներից մեկը: Հետագա օրերին Երևանի հիվանդանոցների տեխապահովվածությունը որոշակիորեն բարելավվեց՝ թույլ տալով սպասարկել հիվանդներին տեղի ԲՀ-ներում:

Հատկանշական է նաև, որ ԱՆ կողմից կլինիկական ուղեցույցների և գործելակարգերի մշակման համատեքստում աղետների բժշկությանը վերաբերելի ուղեցույցների և գործելակարգերի մշակման կարևորությունը թերագնահատված է⁶⁵: Մասնավորապես, մշակված չեն նաև կրաշ սինդրոմին վերաբերելի վերոնշյալ փաստաթղթերը: Վերջիններիս մշակումն ու հաստատումը կարևոր նշանակություն կունենա ԱԻ-ներին համակարգի պատրաստվածության, այդ թվում՝ ոչ ստանդարտ իրավիճակներում բուժանձնակազմի պատրաստվածության և բժշկական կրթության գործընթացում աղետների բժշկության բաղադրիչի արդյունավետ հասցեագրման տեսանկյունից:

⁶¹ Crush Injury and Crush Syndrome. American College of Emergency Physicians, www.acep.org.

⁶² Երկարատև է համարվում 4 ժամից ավելի ճնշումը, թեև՝ կրաշ սինդրոմը կարող է զարգանալ նաև մինչև 1 ժամ ճնշման դեպքում:

⁶³ After an earthquake: management of crush injuries & crush syndrome. Centers for Disease Control and Prevention (U.S.), 2010.

⁶⁴ Գաբրիելյան Է. Փլուզում. -Եր.: Լիզանդ հրատ, 1993, էջ 62:

⁶⁵ ԱՆ պաշտոնական կայք-էջի «Ուղեցույցներ, գործելակարգեր, ընթացակարգեր» բաժնի «Շտապօգնություն և աղետների բժշկություն» բաժնի՝ <https://moh.am/#1/1083>:

22. Կրիտիկական համակարգերի վերաբերյալ. սահմանված չեն ԱԻ-ներում ԲՀ-ների ֆունկցիոնալության պահպանման համար անհրաժեշտ կենսական համակարգերի պատրաստվածությունը երաշխավորող նորմատիվային պահանջներ, այդ թվում՝ էլեկտրաէներգիայի, ջրի⁶⁶ և թթվածնի մատով (միջազգային փորձում առկա դրական գործելակերպերն ամփոփված են *Ներդիր 3-ում*): Նման կարգավորումների առկայությունն անհրաժեշտ է լիցենզավորման և տեսչական ստուգումների ընթացքում համապատասխան գնահատումների իրականացման համար՝ ժամանակի ընթացքում խթանելով համակարգի պատրաստվածությունը:

Համակարգի ենթակառուցվածքային կարողությունների գնահատման ու մշտադիտարկման տեղեկատվական կառավարման արդյունավետ համակարգ ներդրված չէ

23. Հանրապետության մահճակալային ֆոնդը 1990-2022թթ. կրճատվել է ավելի քան 2.5 անգամ՝ հիմնականում պայմանավորված համակարգի օպտիմալացմամբ⁶⁷: Առողջապահական համակարգի գործող մահճակալային ֆոնդը ներառում է 12.1 հազ. մահճակալ (Գծ. 5), որի շուրջ 2/3-ը տեղաբաշխված է մայրաքաղաքում (Գծ. 6): Հիվանդանոցների մեծամասնությունը կազմում են փոքր հիվանդանոցները: Խոշորագույն հիվանդանոցները 3-ն են (Գծ. 7):

⁶⁶ Կառավարության 2010թ. հունիսի 24-ի թիվ 824-Ն որոշման հավելվածի աղյուսակ 1.5-ի 6-րդ տողում սահմանված է ԲՀ-ներում տուժածներին ջրով ապահովման չափաքանակ (50 լիտր/մարդ.օր), որը, սակայն, չի հանդիսանում ԱԻ-ին ԲՀ-ի պատրաստվածության ցուցիչ: Վերջինս պետք է ապահովվի ԲՀ-ում առկա ջրի պահեստային քանակությունների հաշվին (ռեզերվուարներ, ցիստեռններ, այլ տարաներ), այդ թվում՝ ԱԻ-ին անմիջապես հաջորդող ժամերին ԲՀ-ի ֆունկցիոնալությունը պահպանելու համար: Շիննորմերը պարունակում են որոշ պահանջներ, որոնք բավարար համապարփակ չեն հիվանդանոցային ենթակառուցվածքի ֆունկցիոնալությունը երաշխավորելու համար, ինչպես նաև չեն կիրառվում գործող ԲՀ-ներում:

⁶⁷ Կառավարության 2006թ. նոյեմբերի 2-ի «ՀՀ մարզերի առողջապահության համակարգերի օպտիմալացման ծրագրերը հաստատելու մասին» N1911-Ն որոշում:

Ներդիր 3.

Դրական գործելակերպեր. Հիվանդանոցի կենսական համակարգերի պատրաստվածությունը

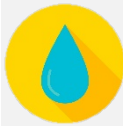


Էլեկտրաէներգիայի այլընտրանքային աղբյուրների (այդ թվում՝ գեներատորների) բարձր կարողությունը ենթադրում է, որ այլընտրանքային աղբյուրներն ինքնաշխատ կերպով գործարկվում են 10 վայրկյանից պակաս ժամանակում և ծածկում են ԲՀ-ի կրիտիկական հատվածներում պահանջարկի ավելի քան 70%-ը⁶⁸:

Աղբյուր՝ «Հիվանդանոցների անվտանգության համաթիվ», ԱՀԿ, 2015, կետ 38:

Հիվանդանոցի կրիտիկական հատվածներում էլեկտրաէներգիայի այլընտրանքային աղբյուրները (այդ թվում՝ գեներատորի աշխատանքը) պետք է պարբերաբար թեստավորվեն ամբողջական ծանրաբեռնվածության ներքո: Բարձր պատրաստվածությունը ենթադրում է ամենամսյա թեստավորում:

Աղբյուր՝ «Հիվանդանոցների անվտանգության համաթիվ», ԱՀԿ, 2015, կետ 39:



Ի լրումն հրդեհների համար նախատեսված ջրի պաշարի, պետք է առկա լինեն ջրի մշտական պաշարներ, որոնք ԱԻ-ի պարագայում կբավարարեն ջրի առնվազն 72 ժամյա կարիքը (օրական 300 լիտր մեկ մահճակալի հաշվով):

Աղբյուր՝ «Հիվանդանոցների անվտանգության համաթիվ», ԱՀԿ, 2015, կետ 56,
Աղբյուրների ռիսկի նվազեցման համար առողջապահական հարվածի ինքնազնահատման գործիք,
Համաամերիկյան առողջապահական կազմակերպություն – ԱՀԿ տարածաշրջանային գրասենյակ, կետ 35ե:

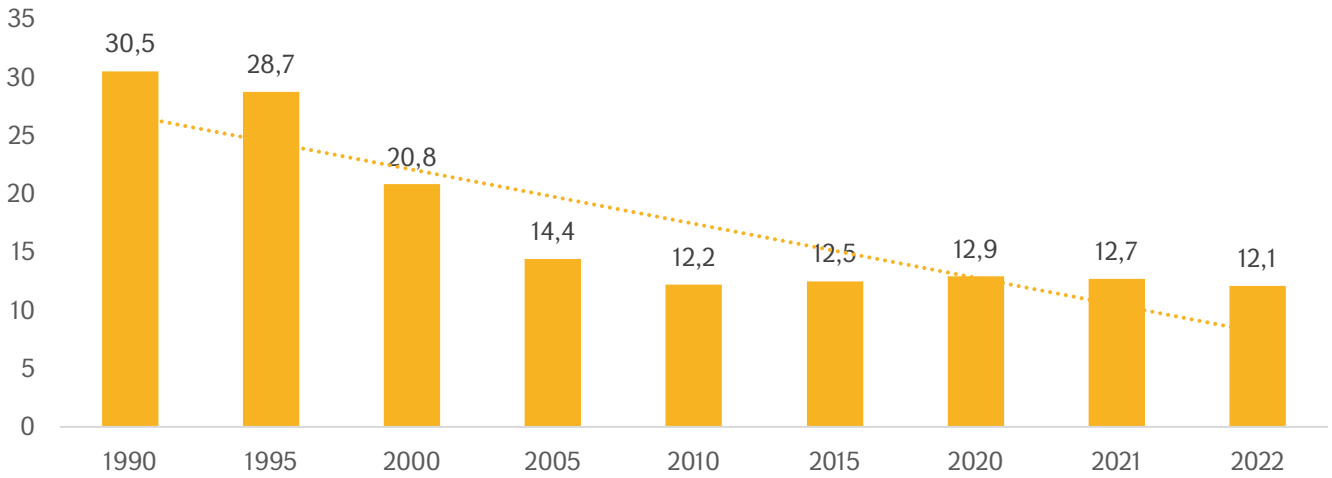


Բժշկական գազի պահեստավորած պաշարը հիվանդանոցի առավելագույն ծանրաբեռնվածության ժամանակ պետք է բավարարի առնվազն 15 օր:

Աղբյուր՝ «Հիվանդանոցների անվտանգության համաթիվ», ԱՀԿ, 2015, կետ 107:

⁶⁸ ԲՀ-ի այն տարածքներն են, որոնք ամենակարևորն են ԱԻ-ում ծառայությունների մատուցման պահանջները բավարարելու համար (օրինակ՝ անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունք, ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք, վիրահատարան):

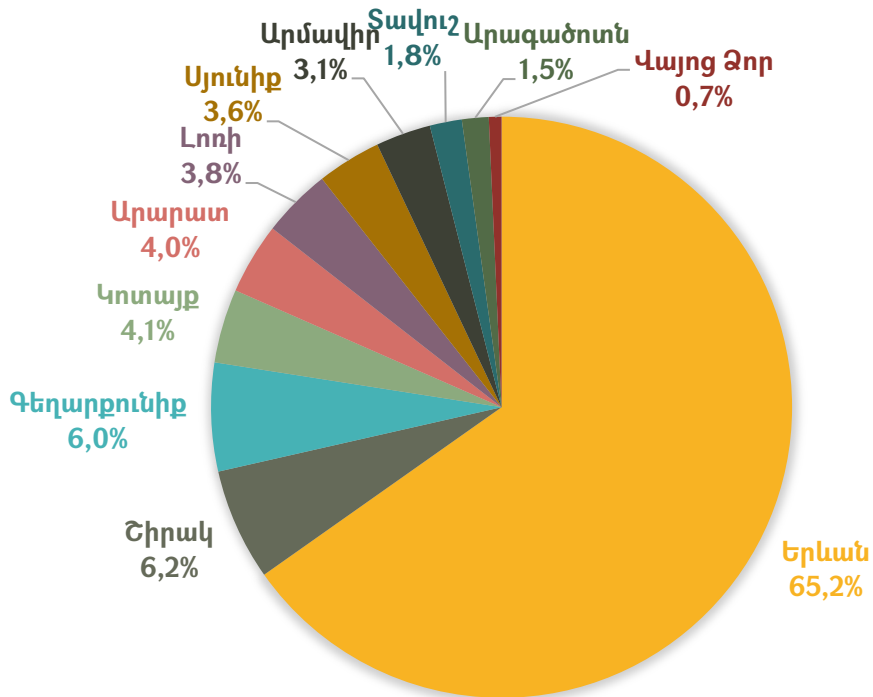
Գծ. 5. ՀՀ մահճակալային ֆոնդի դինամիկան



Ծանոթություն. Հասանելի ամենաթարմ պաշտոնական տվյալները 2022թ. դեկտեմբերի 31-ի դրությամբ են: Վերջիններս հավաքում է ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ-ն՝ համաձայն ՀՀ ԱՆ տարեկան վարչական վիճակագրական հաշվետվության ձևերի:

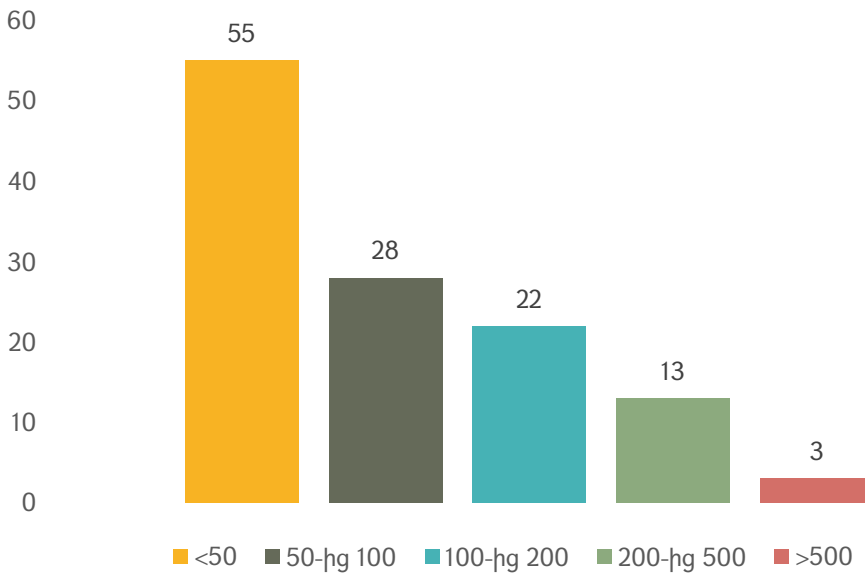
Աղբյուր՝ Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան 2023, – Եր.: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2023, էջ 218:

Գծ. 6. ՀՀ մահճակալային ֆոնդի բաշխվածությունը



Աղբյուր՝ ԱՆ:

Գծ. 7. Հիվանդանոցների չափերը (ըստ մահճակալների թվի)



Աղբյուր՝ ԱՆ:

24. Ըստ ԱՆ-ի, ԱԻ-ների առաջացման դեպքում հնարավոր կլինի ծավալել մինչև շուրջ 4 հազ. լրացուցիչ մահճակալ, որը լիովին չի կարողանա բավարարել առողջապահական համակարգի պահանջարկը:

25. ՀՀ առողջապահական համակարգում առկա չեն նաև շարժական դաշտային հոսպիտալներ, որոնք հնարավոր կլիներ ծավալել ԱԻ-ում հիվանդանոցների կարողությունների անբավարար լինելու պարագայում:

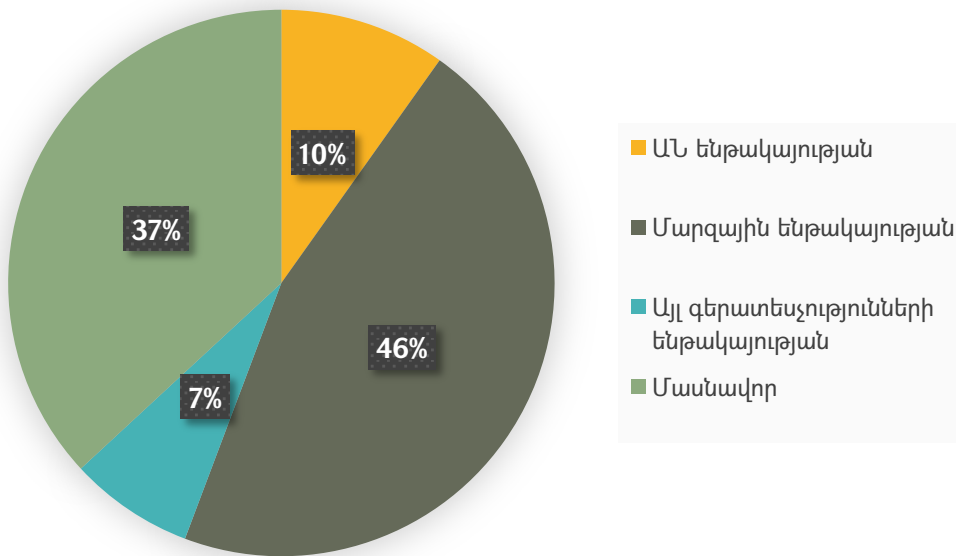
26. Իրականացված չէ նաև ԲՀ-ներից տարբերվող այլ վայրերում⁶⁹ լրացուցիչ մահճակալների ծավալման քանակական պլանավորում:

27. ԱՆ-ում առկա չէ տեղեկատվության կառավարման համակարգ (MIS), որը թույլ կտար ստանալ ժամանակին (սահմանված պարբերականությամբ), համապարփակ և հուսալի տեղեկատվություն առողջապահական համակարգի՝ որպես 1 միասնական միավորի առկա ենթակառուցվածքային կարողությունների (այդ թվում՝ ծավալման առկա կարողությունների) վերաբերյալ: Գործող վիճակագրական հաշվետվությունները թույլ են տալիս ԲՀ-ներից ստանալ մահճակալային ֆոնդի վերաբերյալ տարեկան տվյալներ, սակայն ապագրեգացված տվյալներ, ինչպես նաև կրիտիկական սարքավորումների, կենսական համակարգերի գծով պարբերական հաշվետվողականություն առկա չէ: ԱՆ-ն անհրաժեշտության դեպքում շրջաբերականների միջոցով հավաքում է տեղեկատվություն ԲՀ-ներից, ինչն ինստիտուցիոնալ մոտեցում չէ և հաճախ թույլ չի տալիս ապահովել համակարգի վերաբերյալ ամբողջական պատկերացում: Տեղեկատվության դիսկրետ հավաքման պայմաններում աճում է նաև ԲՀ-ների կողմից տրամադրվող տվյալների որակի դիսկր: Օրինակ, հաշվեքննության ընթացքում ԲՀ-ների ենթակառուցվածքային կարողությունների վերաբերյալ ՀՊ-ն ԱՆ-ից հայցել էր համապատասխան

⁶⁹ Օրինակ, հյուրանոցներ, դպրոցներ, մանկապարտեզներ, սպորտային համալիրներ կամ պետական ու տեղական ինքնակառավարման մարմինների հետ քննարկումների հիման վրա պլանավորված այլ վայրեր:

տեղեկատվություն, այդ թվում՝ պահեստավորված մահճակալների քանակի, ըստ բաժանմունքների մահճակալների քանակի, կենսական սարքավորումների քանակի, դրանց պահեստավորված քանակի, էլեկտրաէներգիայի այլընտրանքային աղբյուրների (այդ թվում՝ գեներատորների) փաստացի առկայության, դրանց գործարկման համար անհրաժեշտ ժամանակի, ծածկույթի, պահեստավորված ջրի փաստացի քանակի, թթվածնի պահեստավորված փաստացի ծավալի վերաբերյալ և այլն: ՀՀ տարածքում գործող հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հաստատություններից ԱՆ-ին համապատասխան տեղեկատվությունը տրամադրել էին միայն 54-ը (ընդհանուրի 45%-ը), որոնց բաժին է ընկնում համակարգի մահճակալային ֆոնդի շուրջ 1/3-ը: Ընդ որում, Երևան քաղաքում հարցմանը պատասխանել էր միայն 6 հիվանդանոց (ընդհանուրի շուրջ 10%-ը), որոնց բաժին է ընկնում մայրաքաղաքի մահճակալային ֆոնդի շուրջ 11%-ը: Հարցմանը չըպատասխանած հիվանդանոցների շարքում են նաև հնարավոր ԱԻ-ներում հիմնական դերակատարում ունեցող՝ Հանրապետության 3 խոշորագույն (>500 մահճակալով) հիվանդանոցներից 2 ոչ պետականները: Նշված պատկերը վկայում է տեղեկատվական կառավարման ինստիտուցիոնալ համակարգի ներդրման անհրաժեշտության մասին:

Գծ. 8. Հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնող կազմակերպություններն՝ ըստ ենթակայության



Ծանոթություն. Հասանելի ամենաթարմ պաշտոնական տվյալները 2022թ. դեկտեմբերի 31-ի դրությամբ են: Վերջիններս հավաքում է ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ-ն՝ համաձայն ՀՀ ԱՆ տարեկան վարչական վիճակագրական հաշվետվության ձևերի:

Աղբյուր՝ Առողջություն և առողջապահություն: Վիճակագրական տարեգիրք, Հայաստան 2023, – Եր.: ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, 2023, էջ 229:

28. Համակարգի ենթակառուցվածքային կարողությունների վերաբերյալ վիճակագրական հաշվետվության ձևի սահմանումը, ինչպես նաև էլեկտրոնային առողջապահության միասնական տեղեկատվական ԱՐՄԵԴ համակարգում ԱԻ-ների (աղետների) ռիսկի կառավարմանը վերաբերելի ենթահամակարգի ներդրումը՝ ԲՀ-ների կողմից պահանջվող տեղեկատվության (գաղտնիք պարունակող տեղեկատվության դեպքում՝ դրա համար սահմանված ընթացակարգով) մուտքագրման և ԱՆ-ում դրանց ագրեգացմամբ համակարգի կարողությունների պատկերի ստացմամբ, թույլ կտա արդյունավետորեն գնահատել և մշտադիտարկել համակարգի կարողությունների խզումը: Նշված տեղեկատվությանը / էլ. համակարգին տեսչական մարմինների հասանելիությունը թույլ կտա ստուգումների ընթացքում տրամադրել հավաստիացում հաշվետվություններում արտացոլված տեղեկությունների արժանահավատության վերաբերյալ (օրինակ՝ պահեստավորված մահճակալների փաստացի քանակի)՝ շտկող վերահսկողական միջոցառումների միջոցով նըպաստելով պատրաստվածության բարելավմանը:

Համակարգի ենթակառուցվածքային պատրաստվածության խզումն ագրեգացված մակարդակում գերազնահատված է, իսկ ապաագրեգացված մակարդակում՝ հիմնականում բացակայում է

29. Ինչպես կարիքների, այնպես էլ կարողությունների գնահատման առկա վիճակը սահմանափակում է առողջապահական համակարգի ենթակառուցվածքային կարողությունների խզման հուսալի գնահատականներ ունենալու ԱՆ-ի հնարավորությունը:

30. Ագրեգացված մակարդակում առկա տվյալները գերազնահատված են: Մասնավորապես, ըստ ԱՆ պլանների, հնարավոր ԱԻ-ի առաջացման դեպքում (առավելագույն սանիտարական կորուստների առաջացման պարագայում) անհրաժեշտ կլինի ծավալել լրացուցիչ մինչև 12.8 հազ. մահճակալ⁷⁰: Նըշված թիվը հաշվարկվել է՝ որպես հնարավոր ամենաէական ռիսկի գործոնով պայմանավորված ԱԻ-ում գնահատված 25 հազ. մահճակալային կարիքի⁷¹ (որի հուսալիությանն անդրադարձել էինք կետ 20-ում) և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն ու սպասարկում իրականացնող ԲՀ-ներում ծավալված շուրջ՝ 12.2 հազ. մահճակալների թվի միջև տարբերություն:

31. ԱՆ պլաններում մահճակալային կարողությունների խզումը 12.8 հազ. գրնահատելը, ըստ էության, ելնում է ԱԻ-ում Հանրապետությունում գործող բոլոր հիվանդանոցների շենքերի 100% անխաթարության կանխավարկածից, որն անիրատեսական կանխավարկած է⁷²:

⁷⁰ ԱՆ 2021թ. հունիսի 14-ի «ԱԻ-ներում առողջապահության բնագավառի գործունեության պլանները հաստատելու մասին» թիվ 48-Ն հրամանի հավելված 1-ի 27-րդ կետ:

⁷¹ ԱՆ 2021թ. հունիսի 14-ի «ԱԻ-ներում առողջապահության բնագավառի գործունեության պլանները հաստատելու մասին» թիվ 48-Ն հրամանի հավելված 1-ի 24-րդ կետ:

⁷² «Ուժեղ երկրաշարժի դեպքում ՀՀ բնակչության պաշտպանության կազմակերպման պլան»-ի 17-րդ կետի համաձայն, ուժեղ երկրաշարժը կարող է շարքից դուրս հանել առողջապահական հիմնարկների՝ ինչպես շենքերը, այնպես էլ՝ բուժանձնակազմին: Վնասված շենքերի ընդհանուր թիվը կանխատեսվում է 157,770 հատ:

32. Բացի այդ, ԱՆ պլաններում կատարվող հաշվարկներում հաշվի չի առնվում այն հանգամանքը, որ ինչպես ժամանակի ցանկացած պահին, այնպես էլ՝ ենթադրյալ ԱԻ-ի ծագման պահին գործող մահճակալային ֆոնդը զբաղված է լինելու որոշ թվով ծանր (դուրսգրման ոչ ենթակա⁷³) հիվանդներով: Նույնը վերաբերում է առօրյա պայմաններում սարքավորումների ծանրաբեռնվածությանը (օրինակ՝ աղետի տեղի ունենալու պահին հիվանդանոցների վերակենդանացման բաժանմունքներում արհեստական շնչառության սարքերին միացված բուժառուներ կամ երիկամային սուր անբավարարությամբ՝ դիալիզի մշտական կարիք ունեցող բուժառուներ և այլն):

33. Ըստ այդմ, գնահատման մեթոդաբանությունը պետք է հաշվի առնի նաև առկա կարողությունների ճշգրտման անհրաժեշտությունը՝ առաջնահերթ ռիսկի գործոններով պայմանավորված ԱԻ-ի յուրաքանչյուր տեսակի դեպքում (ռիսկի առավելագույն դրսևորման պարագայում) համակարգի առկա ենթակառուցվածքի որոշ մասի ոչ շահագործելի դառնալու հետևանքով⁷⁴ առօրյա պայմաններում հասանելի ռեսուրսների կորստի, ինչպես նաև առկա ենթակառուցվածքի՝ առօրյա պայմաններում առկա և ԱԻ-ներում կրճատման ոչ ենթակա կարողությունների միջին զբաղվածության գործոններով:

34. Մահճակալներից բացի այլ ենթակառուցվածքային կարողությունների մասով, ինչպես նաև ապագրեգացված մակարդակում (ըստ բաժանմունքների մահճակալներ, կրիտիկական սարքավորումներ՝ ըստ տեսակի, կենսական համակարգերի պատրաստվածություն՝ ըստ համակարգի) պատրաստվածության խզման հուսալի գնահատման և մշտադիտարկման համակարգ առկա չէ:

ԱՆ-ում ԱԻ-ների ռիսկի կառավարման գործընթացի կորորդինացման կարողությունները սահմանափակ են

35. ԱՆ կազմում գործում է Արտակարգ իրավիճակների և զորահավաքային նախապատրաստության բաժինը, որի 4 հաստիքներից կեսը թափուր է, այդ թվում՝ բաժնի ղեկավարի պաշտոնը: Թափուր է նաև ԱԻ-ներին պատրաստվածության, պլանավորման մասով գլխավոր խորհրդատու-համակարգողի պաշտոնը: Համալրված 2 պաշտոնների մասնագիտացումն առավելապես վերաբերում է զորահավաքային նախապատրաստության և քաղպաշտպանության բնագավառներին:

⁷³ Կառավարության 04.02.2021թ. N 129-Ն որոշմամբ հաստատված կարգի համաձայն:

⁷⁴ Օրինակ՝ ուժեղ երկրաշարժի հետևանքով ԲՀ-ի շենքի հնարավոր փլուզում, միջուկային վթարի դեպքում ԲՀ-ի շենքի՝ ռադիոակտիվ վարակման գոտում հայտնվելու հավանականություն, ռազմական գործողությունների հետևանքով անհասանելիություն/վնասում, ԲՀ-ի շենք(եր)ի հարևանությամբ գտնվող քիմիական արդյունաբերական ձեռնարկություններում վտանգավոր նյութերի արտահոսքով ուղեկցվող հնարավոր վթարներ և այլն:

ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ*Առողջապահության նախարարությանը՝*

36. Մշակել (ըստ անհրաժեշտության՝ միջազգային գործընկերների տեխնիկական աջակցությամբ) և հաստատել առաջնահերթ ռիսկի գործոններով պայմանավորված ԱԻ-ի յուրաքանչյուր տեսակի դեպքում առողջապահական համակարգի (որպես 1 միասնական միավորի) ենթակառուցվածքային (այդ թվում՝ մահճակալային, կրիտիկական սարքավորումների, կենսական համակարգերի) կարիքների, առկա կարողությունների (ներառյալ՝ ծավալման առկա կարողությունների) և խզման համալիր գնահատման (ինչպես ագրեգացված, այնպես էլ՝ ապաագրեգացված մակարդակում) մեթոդաբանություն (*Առաջարկություն N 1*):

37. Մշակել և հաստատել մեթոդաբանությամբ նախատեսվող հաշվարկների իրականացման համար անհրաժեշտ՝ ԲՀ-ներից ստացման ենթակա տվյալները՝ ամփոփող՝ ենթակառուցվածքային կարողությունների վերաբերյալ հաշվետվության ձև, դրա ներկայացման պարբերականության և ընթացակարգի վերաբերյալ կարգավորումներ՝ դիտարկելով հաշվետվողականության նշված գործընթացի թվայնացման հնարավորությունը՝ ԱՐՄԵԴ համակարգում աղետների ռիսկի տեղեկատվական կառավարման ենթահամակարգի ներդրման միջոցով (*Առաջարկություն N 2*):

38. Սահմանված հաստատուն պարբերականությամբ գնահատել (մշտադիտարկել) առաջնահերթ ռիսկի գործոններով պայմանավորված ԱԻ-ի յուրաքանչյուր տեսակի դեպքում առողջապահական համակարգի ենթակառուցվածքային պատրաստվածության խզումը (*Առաջարկություն N 3*):

39. Սահմանել ԱԻ-ներում ԲՀ-ների բնականոն գործունեությունը երաշխավորող՝ ԲՀ-ների շենքերի կենսական համակարգերի (այդ թվում՝ էլեկտրաէներգիայի, խմելու ջրի, թթվածնի) նվազագույն նորմատիվային պահանջներ՝ դրանք ներառելով հիվանդանոցային լիցենզիայի պարտադիր պահանջների կազմում (*Առաջարկություն N 4*):

40. Իրականացնել ԱՆ-ում ԱԻ-ների ռիսկի կառավարման (համակարգման) մարդկային ռեսուրսների կարիքի գնահատում և մշակել քայլեր մարդկային ռեսուրսների կարողությունների բացի հասցեագրման նպատակով (*Առաջարկություն N 5*):

Տեսչական մարմինների աշխատանքների համակարգման գրասենյակին, Առողջապահության և աշխատանքի տեսչական մարմին

41. Ստուգել ԲՀ-ների կողմից ներկայացվող՝ ենթակառուցվածքային կարողությունների վերաբերյալ հաշվետվությունում պարունակվող ռեսուրսների փաստացի առկայությունը և վիճակը՝ ըստ անհրաժեշտության նախաձեռնելով նշված ստուգումների իրականացման համար տեսչական մարմիններին համապատասխան իրավասություններ տրամադրող օրենսդրական փոփոխություններ (*Առաջարկություն N 6*):

Համակարգի ենթակառուցվածքային պատրաստվածության խզման կառավարման թույլ ինստիտուցիոնալ առաջնորդության պայմաններում, առնչվող պետական գործառույթներն արդյունավետորեն չեն հասցեագրում հիմնախնդիրը

ԻՆՉՈՒՒ Է ՏՎՅԱԼ ԱՐԴՅՈՒՆՔԸ ԿԱՐԵՎՈՐ

42. Թեև պետության տարբեր գործառույթներ առնչվում են առողջապահական ենթակառուցվածքների՝ ԱԻ-ներին պատրաստվածության առարկային (այդ թվում՝ կարգավորման, լիցենզավորման, հսկողական, վերահսկողական (տեսչական ստուգման)), այնուամենայնիվ տվյալ ուղղությամբ թույլ ինստիտուցիոնալ առաջնորդությունը զսպող ազդեցություն է ունենում նշված գործառույթների համակարգված իրականացմամբ առողջապահական համակարգի դիմակայունության բարձրացման ոլորտում պետության ներուժի իրացման և սահմանված նպատակների ու հանձնառությունների կենսագործման վրա:

ՊԱՏՃԱՌՆԵՐ

43. Հաշվեքննության տվյալ արդյունքը պայմանավորող հիմնական պատճառներն են.

- **Ռազմավարական կառավարում.** Առողջապահության համակարգի ենթակառուցվածքը պետության ներուժին համարժեք անհրաժեշտ պատրաստվածության կարող է լինել ինստիտուցիոնալ առաջնորդության պարագայում, որը սահմանափակող գործոններից են.

○ **Պլան.** Առկա չէ ռազմավարական ծրագիր, որը կներառեր առողջապահական ենթակառուցվածքի դիմակայունության բարձրացման բոլոր էական ասպեկտները՝ անհրաժեշտ միջոցառումների ժամանակացույցով և իրականացման համար անհրաժեշտ ռեսուրսների պլանավորմամբ.

○ **Մանդատ.** ԱԻ-ների (աղետների) դիսկի կառավարման ԱՆ իրավական մանդատը սահմանափակ է: Որպես հետևանք՝ հիվանդանոցների ԱՌԿ պլանների հանդեպ ԱՆ հսկողությունը թույլ է, և չի ապահովվում արդյունավետ մակրոմենեջմենթ:

- **Լիցենզավորում.** Լիցենզավորման գործընթացը գործնականում անտեսում է հիվանդանոցային ենթակառուցվածքի աղետադիմակայունության բաղադրիչը.

- **Վերահսկողություն.** ԱԻ-ներին առողջապահական ենթակառուցվածքի պատրաստվածությունն արդյունավետորեն չի հասցեագրվում տեսչական ստուգումների ընթացքում:

Ներդիր 4.**Դրական գործելակերպեր. Առողջապահական համակարգում ԱԻ-ների ռիսկի կառավարման հարցում առողջապահության նախարարությունների առաջնորդության վերաբերյալ**

ԱՀԿ համաամերիկյան տարածաշրջանային գրասենյակի (PAHO) Անվտանգ հիվանդանոցների նպատակի վերաբերյալ թիվ CD49/22 բանաձևի համաձայն, ԱՆ-ների առաջնորդությունը պետք է թույլ տա և խրախուսի համակարգի այլ մասնակիցներին՝ ստանձնելու ակտիվ դերակատարում, փոխգործակցելու միմյանց հետ և ապահովելու սիներգիայի էֆեկտ տարբեր մասնակիցների միջև: Այն փաստը, որ խնդրո առարկան միջգերատեսչական բնույթ ունի, չի նվազեցնում ԱՆ-ների՝ առողջապահական համակարգը գլխավորելու պատասխանատվությունը: ԱՆ-ները պետք է ստանձնեն առաջնորդող դերակատարում՝ ԲՀ-ների ֆիզիկական ենթակառուցվածքի դիմակայունության բարձրացման և համակարգի գործունեության շարունակականության ապահովման հարցում՝ հավասարակշռելով հանրային և մասնավոր շահերը: Համատեղ ջանքերը պետք է ուղենշվեն պլանով, որը մշակվել է մասնակցային եղանակով և հաշվի է առնում տարբեր շահառուների բնույթը, շահերը, կարողությունները և ներդրումային ներուժը:

Հաշվի առնելով, որ ԲՀ-ների անվտանգության ապահովման համար անհրաժեշտ միջոցառումները գերազանցում են հասանելի ռեսուրսները, կարևոր է միջգերատեսչական համագործակցությամբ մշակել ԲՀ-ներում աղետի ռիսկի նվազեցման միջամտությունների առաջնահերթությունների որոշման չափանիշներ:

ԱՆ-ի պրոակտիվ ներգրավվածությունն ունի առանցքային նշանակություն՝ օրենսդրության ու կարգավորումների գործադրման հարցում՝ երաշխավորելու համար նոր ստեղծվող ԲՀ-ների կողմից ստանդարտների պահպանումը, ինչպես նաև գործող ԲՀ-ների ենթակառուցվածքը (շենք-շինությունները) արդի պահանջներին համապատասխանեցնելու իրատեսական ծրագրերի առկայությունն ու ողջամիտ ժամկետներում դրանց կենսագործումը:

Որպես առաջին քայլ անհրաժեշտ է սահմանել, թե որ ԲՀ-ներին պետք է վերաբերի «Անվտանգ հիվանդանոցներ»-ի ծրագիրը (նոր և առկա հաստատություններ, հիվանդանոցներ, արյան բանկեր, լաբորատորիաներ և այլն): Գործնականում, հիվանդանոցների դեպքում ընդունված է 50-ից ավելի մահճակալների մոտեցումը: Ծրագիրն ընդգրկում է ինչպես նոր (որոնց կառուցումը նախատեսվում է), այնպես էլ՝ առկա հանրային, մասնավոր և սոցիալական (շահույթ չհետապնդող) հաստատությունները:

Առկա է լայն կոնսենսուս, որ նոր ԲՀ-ները պետք է համապատասխանեն անվտանգության խիստ պահանջներին:

Բոլոր առկա ռիսկային ԲՀ-ների ուժեղացումը մեկ այլ մարտահրավեր է: Դրա հաղթահարումը կարճաժամկետ հորիզոնում իրատեսական և ծախսարդյունավետ չէ: Միևնույն ժամանակ, խնդրի չհասցեագրումն անհնար կդարձնի համակարգի առջև ձևակերպված նպատակներին հասնելու տեսական հնարավորությունը: Առաջնահերթությունների սահմանման եղանակներից մեկը ԱՀԿ «Հիվանդանոցների անվտանգության համաթիվ»-ի կիրառությունն է: Մեքսիկայի 1381 ԲՀ-ների գնահատման փորձը ցույց է տալիս, որ համաթիվ կիրառությունը համեմատաբար արագ գործընթաց է, որն այնուհետև թույլ է տալիս ապահովել տեղական նախաձեռնողականություն:

Աղբյուր՝ Safe Hospitals: A Goal within Our Reach, 49th Directing Council, 61st Session of the Regional Committee, CD49/22, Washington, D.C., USA, 2009, էջ 31, 32, 36 40-44, 64:

Սահմանված չեն ԱԻ-ներին առողջապահական համակարգի՝ որպես մեկ միավորի, ենթակառուցվածքային պատրաստվածության (դիմակայունության) բարձրացման թիրախներ և դրանց հասնելու արդյունավետ ծրագիր

**ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ
ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐ**

44. Պետք է առկա լինի ԲՀ-ների դիմակայունության բարձրացման ազգային ծրագիր, որը կընդգրկի ողջ համակարգը:

Աղբյուր՝ Աղետների ռիսկի նվազեցման համար առողջապահական հատվածի ինքնագնահատման գործիք, Համաամերիկյան առողջապահական կազմակերպություն – ԱՀԿ տարածաշրջանային գրասենյակ, կետ 1.3.2.12.բ, 1.3.2.14, 2.1.2.19.դ, Առողջապահական ԱԻ-ների և աղետների ռիսկի կառավարման ձևաչափ, ԱՀԿ, 2019, էջ 11:

45. Պետք է առկա լինեն անվտանգ և դիմակայուն հիվանդանոցներ և այլ ԲՀ-ներ, որոնք կարող են արագ արձագանքել ԱԻ-ներին՝ երաշխավորելով բոլոր մակարդակներում առողջապահական ծառայությունների արդյունավետ մատուցումն ԱԻ-ից առաջ, դրա ժամանակ և դրանից հետո: Այդ նպատակով անհրաժեշտ է գնահատել, զարգացնել և ձևավորել անվտանգ և դիմակայուն հիվանդանոցային կարողություններ ազգային մակարդակում՝ որպես հիվանդանոցների անվտանգության ծրագրի մաս: Ծրագրի մշակումը պետք է թույլ տա ուժեղացնել այն ԲՀ-ները, որոնք չունեն ԱԻ-ների ժամանակ անվտանգ, արդյունավետ, որակյալ և մատչելի բժշկական ծառայություններ մատուցելու կարողություններ: Անհրաժեշտ է հատկացնել ռեսուրսներ⁷⁵ ԲՀ-ների կարողությունների զարգացման պլանների կատարման համար, գնահատել և մրջտադիտարկել ընթացքը՝ համախմբելով բոլոր ԲՀ-ների և հատվածների տրվյալները՝ վերջիններիս վերլուծության հիման վրա, ըստ անհրաժեշտության, վերանայելով ազգային առողջապահական համակարգի ռազմավարական պլանը:

Աղբյուր՝ Առողջապահական ԱԻ-ների կարողությունների ամրապնդման ԱՀԿ հենանիշներ, ԱՀԿ, 2023, հենանիշ 12.Բ.2. 14.3:

46. Առանձին ԲՀ-ների արձագանքման պլանները պետք է ինտեգրվեն տեղական (համայնքային) և այլ մակարդակների առողջապահական պլաններին՝ ապահովելու համար այլ ծառայությունների և հաստատությունների հետ համագործակցություն և ԲՀ-ների միջև բուժառուների ուղղորդում:

Աղբյուր՝ Հիվանդանոցների անվտանգության համաթիվ. գնահատողների ուղեցույց, 2-րդ հրատ., ԱՀԿ, 2015, թիվ 4.2:

47. ԲՀ-ների կառուցվածքային, ոչ կառուցվածքային և գործառութային անխաթարության ամրապնդմանն ուղղված միջոցառումներն առանցքային նշանակություն ունեն առողջապահական ԱԻ-ների և աղետների ռիսկի արդյունավետ կառավարման տեսանկյունից:

Աղբյուր՝ Առողջապահական ԱԻ-ների և աղետների ռիսկի կառավարման ձևաչափ, ԱՀԿ, 2019, էջ 14:

⁷⁵ Նկատենք, որ առողջապահական ենթակառուցվածքի պատրաստվածությունն ունի գին, որը պետք է պետական քաղաքականության շրջանակում արդարացիորեն բաշխվի համակարգի բոլոր մասնակիցների միջև:

48. ԲՀ-ների դիմակայունության բարձրացման ծրագրի շրջանակում պետք է սահմանվի ԲՀ-ների անվտանգության մակարդակի բարձրացման առաջնահերթությունների ազգային ցանկը՝ անհրաժեշտ միջոցների հատկացմամբ:

Աղբյուր՝ Աղետների ռիսկի նվազեցման համար առողջապահական հատվածի ինքնազնահատման գործիք, Համաամերիկյան առողջապահական կազմակերպություն – ԱՀԿ տարածաշրջանային գրասենյակ, 2010, կետ 1.3.2.14, 1.3.2.13.ֆ:

ԱՌԿԱ ԻՐԱՎԻՃԱԿ

49. Առողջապահական *համակարգի ենթակառուցվածքային պատրաստվածության թիրախներ սահմանված չեն*: Առկա են ԱՌԿ առանձին տարրերին առնչվող հատվածական թիրախներ: Օրինակ՝ ԱՌԿ 2023-2030թթ. ռազմավարության միջոցառումների ծրագիրը նախատեսում է իրականացնել «տարեկան 4 առողջապահական հաստատությունների և ցերեկային խնամք ու դաստիարակություն իրականացնող կազմակերպությունների շենքերի սեյսմիկ խոցելիության գնահատում», ինչպես նաև «գնահատված հաստատությունների սեյսմիկ խոցելիության նվազեցում առնվազն 20%-ով»: Սակայն հատվածական թիրախները չեն պարունակում *համակարգի* դիմակայունության բարձրացման բավարար ներուժ: Կրիտիկական ԲՀ-ների պաշտպանությունն աղետներից ներառում է առկա ԲՀ-ների խոցելիության նվազեցումը՝ ընտրելով և ուժեղացնելով ամենակրիտիկական հաստատությունները⁷⁶: Առաջնահերթ ԲՀ-ների բացահայտված չլինելու պայմաններում սահմանափակվում է վերոնշյալ թիրախով սահմանված խոցելիության գնահատումների նրպատակային արդյունավետությունը: Համակարգի մակարդակում (մակրո-) թիրախների սահմանման ԱՀԿ կողմից առաջարկվող մոտեցումը ներկայացված է Ներդիր 5-ում:

50. Առկա չէ առողջապահական ենթակառուցվածքների դիմակայունության բարելավման (այդ թվում՝ ԲՀ-ների շենք-շինությունների վերակառուցման, գործող շինարարական նորմերին համապատասխանեցման) ծրագիր: Ծրագրի բացակայության պայմաններում բացակայում է հնարավորությունը համապատասխան առաջնահերթությունների սահմանմամբ և ռեսուրսների մոբիլիզացմամբ ժամանակի ընթացքում նվազեցնելու համակարգի ենթակառուցվածքային պատրաստվածության խզումը՝ համակարգի՝ որպես 1 միասնական միավորի մակարդակում:

⁷⁶ Hospitals Safe from Disasters 2008-2009 World Disaster Reduction Campaign, UN, p.9.

Ներդիր 5.

Դրական գործելակերպեր. ԱՀԿ-ի «Անվտանգ հիվանդանոցների համապարփակ ձևաչափ»-ով նախատեսվող արդյունքային թիրախներն ու ցուցիչները

Թիրախներ

1. Մինչև 2030 թվականը, բոլոր նոր հիվանդանոցները և այլ ԲՀ-ների 80%-ը պետք է կառուցվեն՝ դիմակայելու համար ԱԻ-ներին՝ տվյալ երկրի շինարարական և անվտանգային նորմերին համապատասխան:
2. Մինչև 2030 թվականը, գործող հիվանդանոցների 50%-ը, որոնք պահանջում են անվտանգության բարելավում, պետք է վերակառուցված լինեն՝ երկրի շինարարական և անվտանգային նորմերին համապատասխան:
3. Մինչև 2030 թվականը, բոլոր հիվանդանոցները և այլ ԲՀ-ները պետք է ունենան ԱԻ-ներին արձագանքման պլաններ՝ շարունակելու համար առողջապահական ծառայությունների մատուցումն ԱԻ-ներում:

Ցուցիչներ

1. Ազգային առողջապահական ԱԻ-ների և աղետների կառավարման պլաններում ընդգրկված անվտանգ հիվանդանոցների թիվը:
2. Կրիտիկական հիվանդանոցների թիվը, որոնք գնահատվել են և ներկայացվել առաջարկություններ՝ անվտանգային և ԱԻ-ներին պատրաստվածության վերաբերյալ:
3. Գործող ԲՀ-ների թիվը, որոնք ձեռնարկել են միջոցառումներ՝ բարելավելու շենքերի և սարքավորումների անվտանգությունը, ԱԻ-ների և աղետների կառավարումը:
4. Նոր հիվանդանոցների և այլ ԲՀ-ների թիվը, որոնք կառուցվել են՝ դիմակայելու համար տեղական ԱԻ-ներին և միջոցներ են ձեռնարկել՝ բարելավելու անվտանգությունը, ֆունկցիոնալությունն ու ԱԻ-ներին պատրաստվածությունը:

Աղբյուր՝ «Անվտանգ հիվանդանոցների համապարփակ ձևաչափ», ԱՀԿ, էջ 9:

Ներդիր 6.**Դրական գործելակերպեր. ՀՀ կրթական հաստատությունների դիմակայունության բարձրացման ծրագրերը**

Սենդայի ծրագիրն աղետադիմակայուն ենթակառուցվածքների շարքում առանձնահատուկ շեշտադրում է առողջապահական և կրթական կրիտիկական ենթակառուցվածքները:

ՀՀ-ում գործում է «Պետական հանրակրթական դպրոցների սեյսմիկ անվտանգության բարելավման 2015-2035թթ. ծրագիր»-ը: Հաշվի է առնվել, որ ՀՀ տարածքում գոյություն ունեցող հանրակրթական դպրոցների գերակշիռ մեծամասնությունը նախագծվել և կառուցվել է մինչև 1988 թվականը, և նրանց նախագծման հիմքում ընդունված սեյսմիկ ուժերն անհամեմատ ցածր են կանխատեսումներից:

Ծրագրի իրականացմամբ նախատեսվում է բարելավել դպրոցների սեյսմիկ անվտանգությունը, որպեսզի նվազեցվեն դպրոցներում հնարավոր զոհերի և վնասների ռիսկերը երկրաշարժերի ժամանակ, և ավելի լավ հնարավորություն ստեղծվի դպրոցների շենքերը երկրաշարժից հետո որպես կացարաններ և ԱԻ-ների արձագանքման կետեր օգտագործելու նպատակով⁷⁷:

Խոցելիության գնահատականների հիման վրա որոշվել են առաջնահերթությունները: Սեյսմակայունության տեսանկյունից առավել վտանգավոր դպրոցների կառուցման, վերակառուցման և հիմնանորոգման (այդ թվում՝ վերանորոգման) ծրագրում ընդգրկվել է 368 դպրոց (Հանրապետությունում առկա 1,385 պետական հանրակրթական դպրոցներից): Հաշվի առնելով, որ հանրակրթական դպրոցների մեծ մասը հանրային սեփականություն է, Ծրագիրն, ըստ էության, հասցեագրում է հանրակրթական համակարգը:

Մինևոյն ժամանակ, Կառավարության ծրագիրը նախատեսել է մինչև 2026 թվականը կառուցել, հիմնանորոգել կամ վերանորոգել առնվազն 300 դպրոց, առնվազն 500 մանկապարտեզ և նախակրթարան, ինչպես նաև նախատեսվել է ակադեմիական քաղաքի հիմնում: Նշված ծրագրերը, գործող շինարարական նորմերին համապատասխան իրականացմամբ, թույլ կտան համալիր կերպով հասցեագրել կրթական ենթակառուցվածքի աղետադիմակայունության բարձրացման հիմնախնդիրը (ընդ որում, ոչ միայն սեյսմադիմացկուն շինարարության, այլև՝ մնացած շիննորմերի կիրառությամբ, կխթանվի նաև այլ ԱԻ-ների հանդեպ դիմակայունությունը):

Աղբյուր՝ Կառավարության 2015թ. հուլիսի 23-ի «ՀՀ պետական հանրակրթական դպրոցների սեյսմիկ անվտանգության բարելավման 2015-2035թթ. ծրագիրը հաստատելու մասին» N 797-Ն որոշում, Կառավարության 2021թ. օգոստոսի 18-ի N1363-Ա որոշմամբ հաստատված՝ ՀՀ կառավարության 2021-2026թթ. ծրագիր:

ԱՄՆ Կալիֆորնիայի նահանգում հիվանդանոցների դիմակայունության բարձրացման ծրագիրը

ԱՄՆ Կալիֆորնիայի նահանգն աշխարհի ամենաբարձր սեյսմիկ ակտիվություն ունեցող տարածաշրջաններից է, ուր ուժեղ երկրաշարժեր (M6.0-ից M6.9) տեղի են ունենում յուրաքանչյուր 2-3 տարին մեկ: Հանրային իշխանության արձագանքը պատմականորեն եղել է շինարարական նորմերի խստացման տեսքով՝ հատուկ պահանջներ սահմանելով կրիտիկական շենքերի հանդեպ:

1933թ. տեղի ունեցած երկրաշարժի արդյունքում (M6.3, ժ. 5:55), փլուզվեց 70 դպրոց և էապես վնասվեց 120-ը: Մեկ ամսվա ընթացքում ընդունված օրենքը նախատեսեց հանրային դպրոցների երկրաշարժադիմացկունության բարձրացման պահանջներ: Այդ պահից ի վեր տեղի ունեցած երկրաշարժերի հետևանքով, օրենքի շրջանակում ընդգրկված որևէ դպրոց չի փլուզվել:

⁷⁷ Ուժեղացված և վերակառուցված դպրոցների շենքերից կօգտվեն նաև դպրոցների շուրջ ապրող 706,401 բնակիչ, որոնց կտրամադրվեն ժամանակավոր կացարաններ սեյսմիկ իրադարձությունների և այլ ԱԻ-ների ժամանակ:

1973թ. տեղի ունեցած երկրաշարժի արդյունքում փլուզվեց նահանգային հիվանդանոց, որից հետո օրենսդիրն ընդունեց «Հիվանդանոցային սեյսմիկ անվտանգության» ակտը: 1994թ. տեղի ունեցած երկրաշարժից հետո, երբ տուժեցին բազմաթիվ ԲՀ-ներ, նշված ակտը փոփոխության ենթարկվեց՝ նախատեսելով ավելի խիստ պահանջներ: Նշված փոփոխությանը հաջորդած գնահատումները ցույց տվեցին, որ հիվանդանոցային շենքերի 37%-ը (973-ը) բնութագրվում էր փլուզման բարձր ռիսկով: Նախատեսվեց մինչև 2008թ. կա՛մ վերակառուցել նշված շենքերը, կա՛մ փոխարինել նոր շենքերով, կա՛մ քանդել: Թույլատրվում էր հետաձգել ժամկետը մինչև 2013թ.՝ որոշ պահանջների բավարարելու և լիազոր մարմնի համաձայնությունը ստանալու դեպքում: Եվս 175 հիվանդանոցային շենքեր, թեև դրանցում գտնվողների կյանքի համար էական սպառնալիք չէին ներկայացնում, չէին կարողանա շարունակել իրենց գործունեությունն ուժեղ երկրաշարժի դեպքում: Որպես վերջիններիս վերակառուցման կամ քանդման ժամկետ, օրենքը նախատեսել էր 2030թ.-ը:

Սահմանված պահանջների ապահովումը խթանելու համար լիազոր մարմինը (Առողջապահական պլանավորման և զարգացման համապետական գրասենյակ (OSHPD)) համակողմանիորեն վերանայում և հաստատում է հիվանդանոցների վերակառուցման և շինարարության պլանները՝ որպես շարունակական, փուլային գործընթացի մաս՝ երաշխավորելու համար, որ բոլոր հիվանդանոցային շենքերը համապատասխանում են սահմանված պահանջներին: Պլանների վերանայման համար լիազոր մարմինը ներգրավում է անհրաժեշտ փորձագետների: Ներկայացված ծրագրերի 71%-ը հետ է վերադարձվել լրամշակման համար: Շինարարական ծրագրերը չեն կարող շարունակվել՝ առանց առաջարկված ճշգրտումների իրականացման և օրենսդրական պահանջներին համապատասխանության ապահովման:

Աղբյուր՝ California's Hospital Seismic Safety Law: Its History, Implementation and Related Issues, Office of Statewide Health Planning & Development, 2005:

Ինստիտուցիոնալ թույլ առաջնորդությունը պայմանավորող գործոններից է ԱԻ-ների (աղետների) ռիսկի կառավարման սահմանափակ մանդատը

ՀԱՇՎԵՔՆԵՆՈՒԹՅԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐ

51. Օրենսդրությունը պետք է տրամադրի ԱՆ-ին բավարար իրավասություններ (մանդատ)՝ առաջնորդելու առողջապահական համակարգն ԱՌԿ-ին վերաբերելի հարցերում:

Աղբյուր՝ Աղետների ռիսկի նվազեցման համար առողջապահական հատվածի ինքնագնահատման գործիք, Համաամերիկյան առողջապահական կազմակերպություն – ԱՀԿ տարածաշրջանային գրասենյակ, կետ 2.1.2.18.բ, 2.1.1.15:

52. Պետք է ներգրավել այլ նախարարություններին և/կամ գործընկերներին, որոնք կարող են աջակցել համակարգի համապատասխան կարիքների ու խզման հասցեագրմանը՝ հիմնված ռեսուրսների քարտեզագրման վրա:

Աղբյուր՝ Առողջապահական ԱԻ-ների կարողությունների ամրապնդման ԱՀԿ հենանիշներ, ԱՀԿ, 2023, հենանիշ 12.Բ.3:

ԱՌԿԱ ԻՐԱՎԻՃԱԿ

53. ՀՀ օրենսդրությունը նախատեսում է ռազմական դրությամբ պայմանավորված՝ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակեր-

պությունների առողջապահության բնագավառի կառավարման լիազորությունների անցնում ԱՆ-ին (անկախ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների սեփականության ձևից)⁷⁸:

54. Թեև համանման կարգավորում առկա չէ այլ ԱԻ-ներով պայմանավորված իրավիճակների համար, շրջանառության մեջ է գտնվում «ԱՌԿ և բնակչության պաշտպանության մասին» օրենքի նախագիծը, ըստ որի ԱԻ-ներով պայմանավորված՝ ԱՆ-ն իր իրավասության սահմաններում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններին (անկախ կազմակերպատիրավական ձևից) կարող է տալ պարտադիր կատարման ենթակա ցուցումներ (հոդվ. 21, մաս 2):

55. Վերոնշյալ կարգավորումները սահմանում են մանդատ՝ ԱԻ-ի տեղի ունենալուն հաջորդող ժամանակահատվածի համար: Մինչդեռ, աղետի տեղի ունենալուց հետո արդյունավետ արձագանքը հնարավոր է, եթե համակարգը պատրաստված է տվյալ ԱԻ-ին արձագանքելուն, ինչը պահանջում է ոչ միայն ԱԻ-ի, այլև՝ ԱԻ-ի *ռիսկի* կառավարման մանդատի առկայություն, որը կտարածվի ողջ համակարգի վրա՝ անկախ ԲՀ-ների սեփականության ձևից:

Առաջնահերթությունների որոշման գործընթացի վրա զսպող ազդեցություն է թողնում կառավարման շրջանակի՝ կրիտիկական ենթակառուցվածքների անհատականությունը

ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐ

56. Մինչև 2030թ. պետք է էապես կրճատել աղետների հետևանքով **կրիտիկական ենթակառուցվածքներին** հասցվող վնասը և հիմնական ծառայությունների խաթարումը (ներառյալ՝ ԲՀ-ների), այդ թվում՝ դրանց դիմակայունության բարձրացման միջոցով⁷⁹:

Աղբյուր՝ ՄԱԿ-ի Աղետների ռիսկի նվազեցման Սենդայի 2015-2030թթ. գործողությունների ծրագիր, թիրախ «Դ»: ՀՀ-ն միացել է Սենդայի ծրագրին 2015թ.-ին:

57. ԲՀ-ները պետք է ներառվեն ազգային ԿԵ-ների ցանկում և շարունակեն իրենց գործունեությունը ԱԻ-ների (աղետների) ժամանակ:

Աղբյուր՝ Աղետների ռիսկի նվազեցման համար առողջապահական հատվածի ինքնազնահատման գործիք, Համաամերիկյան առողջապահական կազմակերպություն – ԱՀԿ տարածաշրջանային գրասենյակ, կետ 1.1.2 (3.յ), Առողջապահական ԱԻ-ների և աղետների ռիսկի կառավարման ձևաչափ, ԱՀԿ, 2019, էջ 14:

58. Հիվանդանոցները պետք է ճանաչվեն որպես կրիտիկական և բարձր առաջնահերթություն ունեցող ակտիվներ, ինչպես նաև հիմնական շահառուներ

⁷⁸ «Ռազմական դրության իրավական ռեժիմի մասին» օրենք, հոդվ. 12:

⁷⁹ Սենդայի ծրագիրը հաջորդեց «Հյոգոյի 2005-2015թթ. գործողությունների ծրագիր»-ին, որը նախատեսում էր պատշաճ նախագծման, ուժեղացման (retrofitting) և վերակառուցման միջոցով պաշտպանել և ամրապնդել կրիտիկական հանրային հաստատություններն ու ֆիզիկական ենթակառուցվածքը, ներառյալ՝ կլինիկաներն ու հիվանդանոցները՝ դրանք աղետների հանդեպ բավարար դիմակայուն դարձնելու նպատակով (Աղբյուր՝ Հյոգոյի 2005-2015թթ. գործողությունների ծրագիր. ազգերի ու համայնքների՝ աղետներին դիմակայելու կարողությունների զարգացում, ՄԱԿ, 2007, կետ III.Բ.4.ii,f): ՀՀ-ն միացել էր Հյոգոյի ծրագրին 2005թ.-ին:

ու նպաստողներ՝ ԱԻ-ների հանդեպ ավելի դիմակայուն և պաշտպանված հասարակությունների զարգացման ճանապարհին:

Աղբյուր՝ «Անվտանգ հիվանդանոցների համապարփակ ձևաչափ», ԱՀԿ, առանցքային պահանջ 3:

ԱՌԿԱ ԻՐԱՎԻՃԱԿ

59. ՀՀ-ում առկա չէ «կրիտիկական ենթակառուցվածք» հասկացության գործառնական իրավական սահմանում, ԿԵ-ների բացահայտման մեթոդաբանություն, այդ թվում՝ առանձին ենթակառուցվածքները (ներառյալ՝ առողջապահական) որպես ԿԵ դասակարգելու չափանիշներ: Ըստ այդմ՝ առկա չէ առողջապահական ոլորտի ԿԵ-ները ներառող և պարբերաբար թարմացվող ցանկ:

60. Թեև ՀՀ օրենսդրությունը պարունակում է հատուկ, կարևորագույն նշանակության օբյեկտ հասկացությունը⁸⁰, սակայն դրա շրջանակը որոշակիացված է սեյսմիկ ռիսկի մասով՝ ներառելով 50 և ավելի մահճակալով պոլիկլինիկաների, առողջության պահպանման կենտրոնների, ամբուլատորիաների, հիվանդանոցների, ծննդատների ու հոսպիսների շենքերն ու շինությունները⁸¹: Չնայած սեյսմիկ ռիսկն ԱԻ-ները պայմանավորող էական ռիսկ է, այնուամենայնիվ միակը չէ: ԱԻ-ների ռիսկի արդյունավետ կառավարումը ենթադրում է բոլոր վտանգների վրա հիմնված մոտեցման (all hazards approach) կիրառություն: Բացի այդ, միայն մահճակալային չափանիշը հնարավոր ԿԵ-ների շարքից դուրս է թողնում ԱԻ-ներում կենսական նշանակության այնպիսի օբյեկտներ, ինչպիսիք են օրինակ՝ արյան պաշարների պահպանման ենթակառուցվածքները կամ ռեֆերենս լաբորատորիաները:

61. Ավելին, հաշվեքննության արդյունքում արձանագրվեց, որ նույնիսկ նշված հատվածական շրջանակի վերաբերյալ ոլորտի լիազոր մարմին հանդիսացող ՆԳՆ-ն չի տիրապետում օրենսդրությամբ սահմանված չափանիշին բավարարող ԲՀ-ների ցանկի:

ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Առողջապահության նախարարությանը՝

62. Նախաձեռնել ԱՆ-ին՝ առողջապահական համակարգի մակարդակում ԱԻ-ների *ռիսկի* կառավարման (համակարգման) բացահայտ մանդատ նախատեսող օրենսդրական փոփոխություններ (*Առաջարկություն N 7*):

⁸⁰ «ԱԻ-ներում քնակչության պաշտպանության մասին» օրենք, հոդվ. 1:

⁸¹ ՀՀ տարածքային կառավարման և ԱԻ-ների նախարարի 30.11.15թ. N 1243-Ն հրաման, հավելված 2, կետ 13:

Ներդիր 7.

Դրական գործելակերպեր. ԿԵ-ների սահմանումն ու ԲՀ-ները

- *Եվրոպայի խորհրդի 2008/114/EC դիրեկտիվի համաձայն*, ԿԵ-ն ակտիվ է, համակարգ կամ դրանց մաս, որն ունի էական նշանակություն հասարակական կենսական գործառույթների, մարդկանց առողջության, անվտանգության, ապահովության, սոցիալ-տնտեսական կենսամակարդակի պահպանման համար և որոնց խափանումը կամ ոչնչացումը կունենա նշանակալի ազդեցություն պետության վրա՝ նշված գործառույթների պահպանումը ձախողելու հետևանքով⁸²: Դիրեկտիվի 2-րդ հավելվածը նախատեսում է ԵՄ-ի համար կրիտիկական հատվածները (դրանց շարքում է առողջապահական հատվածը), իսկ 3-րդ հավելվածը՝ ԿԵ-ների բացահայտման ընթացակարգը:

- *ԱՄՆ օրենսդրության համաձայն*, ԿԵ-ն ներառում է համակարգերն ու ակտիվները, որոնք ունեն այնպիսի կենսական նշանակություն ԱՄՆ-ի համար, որոնց խափանումը կամ ոչնչացումը թուլացնող ազդեցություն կունենա երկրի անվտանգության, ազգային տնտեսական ապահովության, հանրային առողջության կամ դրանց համակցության վրա⁸³:

- *Ավստրիայի օրենսդրության համաձայն*, ԿԵ-ն ակտիվ է, համակարգ կամ դրանց մաս, որն ունի էական նշանակություն հասարակական կենսական գործառույթների, մարդկանց առողջության, անվտանգության, ապահովության, սոցիալ-տնտեսական կենսամակարդակի պահպանման համար և որոնց խափանումը կամ ոչնչացումը կունենա նշանակալի ազդեցություն պետության վրա՝ նշված գործառույթների պահպանումը ձախողելու հետևանքով⁸⁴:

- *Չեխիայի օրենսդրության համաձայն*, ԿԵ-ն սահմանվում է, որպես արտադրական և ոչ արտադրական համակարգեր և ծառայություններ, որոնց թերի գործառնությունը կարող է լուրջ ազդեցություն ունենալ ազգային անվտանգության, տնտեսության, հանրային կառավարման և բնակչության հիմնարար կենսական կարիքների ապահովման վրա⁸⁵:

- *ՌԴ օրենսդրության համաձայն*, կրիտիկական կարևոր ենթակառուցվածքային օբյեկտ է համարվում այնպիսի օբյեկտը, որի գործունեության խաթարումը կամ դադարումը կհանգեցնի կառավարելիության կորստի, ենթակառուցվածքի ոչնչացման, տնտեսությունում անդառնալի բացասական փոփոխությունների կամ ոչնչացման կամ բնակչության կենսագործունեության անվտանգության էական երկարաժամկետ վատթարացման⁸⁶:

⁸² Council Directive 2008/114/EC of 8 December 2008 on the identification and designation of European critical infrastructures and the assessment of the need to improve their protection.

⁸³ 42 U.S. Code § 5195c.

⁸⁴ Austria, 2008: APCIP (Austrian Program for Critical Infrastructure Protection).

⁸⁵ Kritická infrastruktura – Ministerstvo vnitra České republiky. Ministerstvo Vnitra České Republiky. Úvodní strana – Ministerstvo vnitra České republiky (online). ©2015 (cit. 2015-09-21).

⁸⁶ Основные направления государственной политики в области обеспечения безопасности автоматизированных систем управления производственными и технологическими процессами критически важных объектов инфраструктуры Российской Федерации, Утверждены Президентом Российской Федерации, 3 февраля 2012 г., No 803.

Կառավարման առաջնահերթ շրջանակի անհատակությունը սահմանափակում է նաև խոցելիության գնահատումների արդյունավետությունը

ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐ

63. Սեյսմիկ ռիսկի գնահատումը ենթադրում է մի շարք խնդիրների լուծում, այդ թվում՝ հատուկ և կարևոր նշանակության օբյեկտների սեյսմիկ խոցելիության գնահատում:

Աղբյուր՝ Կառավարության 1999թ հունիսի 10-ի թիվ 429 որոշմամբ հաստատված՝ ՀՀ տարածքում սեյսմիկ ռիսկի նվազեցման համալիր ծրագրի 14-րդ կետի 2-րդ ենթակետ:

64. Անհրաժեշտ է գնահատել ԲՀ-ների առկա շենքերի խոցելիությունը (կառուցվածքային, ոչ կառուցվածքային և կազմակերպչական)՝ բացահայտելու համար դրանց թույլ կողմերը և պլանավորելու, նախագծելու և իրականացնելու համար անհրաժեշտ ֆիզիկական միջամտություններ կամ ուժեղացման աշխատանքներ՝ դրանք դարձնելու համար ապահով, անվտանգ և ԱԻ-ներին ավելի լավ պատրաստված:

Աղբյուր՝ ԲՀ-ներում աղետների նվազեցման սկզբունքներ, Համաամերիկյան առողջապահական կազմակերպություն / ԱՀԿ, 2000, էջ 3, Նոր ԲՀ-ների պաշտպանությունը բնական աղետներից. աղետների նվազեցման խթանման ուղեցույցներ, Համաամերիկյան առողջապահական կազմակերպություն / ԱՀԿ, 2003, էջ 19, Առողջապահական ԱԻ-ների և աղետների ռիսկի կառավարման ձևաչափ, ԱՀԿ, 2019, էջ 14:

65. Պետք է առկա լինի ԲՀ-ների խոցելիության գնահատման մեթոդաբանություն: ԲՀ-ների նկատմամբ պետք է առկա լինի խոցելիության գնահատման պահանջ:

Աղբյուր՝ Աղետների ռիսկի նվազեցման համար առողջապահական հատվածի ինքնագնահատման գործիք, Համաամերիկյան առողջապահական կազմակերպություն – ԱՀԿ տարածաշրջանային գրասենյակ, 2010, կետ 1.1.3.6.a,b,c, 1.3.2.12.c:

ԱՌԿԱ ԻՐԱՎԻՃԱԿ

66. Կառավարման առաջնահերթ շրջանակի անհատակությունը սահմանափակում է նաև խոցելիության գնահատումների արդյունավետությունը. վերջիններս ԱԻ-ների ռիսկի նվազեցման արդյունավետ միջոցառումների պլանավորման անհրաժեշտ նախապայման են: Ըստ ԱՆ-ի, ԲՀ-ների շենք-շինությունները խոցելիության գնահատում չեն անցել: ՆԳՆ-ում առկա տվյալների բազայի համաձայն, իրականացվել է հետազննություն 1 գործող հիվանդանոցի 1 շենքի նկատմամբ: Լիազոր մարմինը չի տիրապետում ԲՀ-ների շենք-շինությունների վերաբերյալ տեղեկատվության, որոնց գծով իրականացված կլինեին խոցելիության նվազեցման միջոցառումներ, դրանց արդյունքում խոցելիության նվազման չափի (%-ով) և խոցելիության նվազեցման ավարտին ԲՀ-ի շենք-շինություններն այդ պահին գործող շինարարական նորմերին համապատասխանեցման վերաբերյալ:

67. Առկա չէ ԲՀ-ների հաստատված խոցելիության գնահատման մեթոդաբանություն: Գործում են «Շենքերի և շինությունների սեյսմիկ խոցելիության մակարդակի (աստիճանի) գնահատման մեթոդական ցուցումները»⁸⁷, որոնք կրթում են ընդհանրական բնույթ:

68. Հաստատված չէ նաև «Սեյսմիկ պաշտպանության մասին» օրենքի 10-րդ հոդվածի 2-րդ մասով նախատեսված՝ «Շենքերի և շինությունների սեյսմակայունության և տեխնիկական վիճակի պարտադիր գույքագրման կարգ»-ը: Ըստ այդմ՝ օրենքով նախատեսված գույքագրման աշխատանքները չեն իրականացվել:

Ներդիր 8.

Դրական գործելակերպեր. ԲՀ-ների խոցելիության գնահատումը՝ որպես առաջնահերթությունների սահմանման գործիք

ԵՄ քաղաքականության համաձայն, առկա շինությունների սեյսմիկ ռիսկի նվազեցմանն ուղղված տեխնիկական և ֆինանսական ջանքերի օպտիմալացման և պատշաճ թիրախավորման համար, առանցքային նշանակություն ունի գործող շենք-շինությունների խոցելիության գնահատումն ու իրազեկվածության խթանումը՝ որպես խոշոր հանրային-մասնավոր նախաձեռնությունների հետագա իրականացման նախադրյալ⁸⁸:

Կոլումբիայի՝ օրենքի ուժ ունեցող «Սեյսմադիմակայուն շինարարության և նախագծման ստանդարտներ»-ի համաձայն, միջին կամ բարձր սեյսմիկ վտանգի գոտում տեղակայված էական նշանակություն ունեցող առկա շենքերը պետք է անցնեն սեյսմիկ խոցելիության գնահատում՝ համաձայն նշված ստանդարտների՝ օրենքն ուժի մեջ մտնելուց հետո 3 տարվա ընթացքում: Օրենքի համաձայն, նշված շենք-շինությունները պետք է վերակառուցվեն՝ համապատասխանեցվելով գործող ստանդարտների համաձայն նոր նախագծվող և կառուցվող կառույցների սեյսմիկ անվտանգության մակարդակին՝ օրենքն ուժի մեջ մտնելուց հետո 6 տարվա ընթացքում:

Չիլիում 1985թ. տեղի ունեցած երկրաշարժն առանձնակի ավերիչ ազդեցություն գործեց երկրի առողջապահական ենթակառուցվածքի վրա: Վնասվեց աղետի գոտում գտնվող 536 ԲՀ-ներից 180-ը և շարքից դուրս եկավ 19,581 մահճակալից 2,796-ը: Նշված փորձի, ինչպես նաև տվյալ երկրում բնական աղետներին պատրաստվածությանը հատկացվող առաջնահերթ նշանակությամբ պայմանավորված, մշակվեց հիվանդանոցների խոցելիության գնահատման ծրագիր՝ առողջապահական ենթակառուցվածքին սպառնացող ռիսկերի նվազեցման և առաջնահերթությունների սահմանման նպատակով: Ընտրվեցին կարևորագույն 14 հիվանդանոցները, որոնցից յուրաքանչյուրն անցավ կառուցվածքային, ոչ կառուցվածքային և ֆունկցիոնալ խոցելիության գնահատում: Գնահատման ելակետը շենքային կառուցվածքի անխաթարությունն ու շենքում գտնվողների անվտանգությունն էր: Հետագա ուժեղ երկրաշարժերը ցույց տվեցին խոցելիության նվազեցման միջոցառումների արդյունավետությունը:

Մոլդովայում իրականացվեց հիվանդանոցների ուժեղացման (retrofitting) ծրագիր՝ Հայիթիում 2010թ.-ին տեղի ունեցած երկրաշարժից հետո՝ ԱՀԿ-ի ֆինանսավորմամբ: Գնահատվեց հիվանդանոցային

⁸⁷ Հաստատվել է ԱԻ նախարարի 23.10.2014թ. թիվ 957-Ա հրամանով:

⁸⁸ Opinion of the European Committee of the Regions — A European policy on the seismic requalification of buildings and infrastructure (2018/C 054/11), point 15.

շենքերի կառուցվածքային, ոչ կառուցվածքային և ֆունկցիոնալ անվտանգությունը: 66 հիվանդանոցներից միայն 56%-ն էր կառուցվածքային առումով անվտանգ: Մշակվեց հիվանդանոցների անվտանգության ամրապնդման ազգային ծրագիր և միջոցառումների պլան, որի իրականացմամբ 5 տարում կառուցվածքային տեսանկյունից անվտանգ հիվանդանոցների թիվն աճեց 8%-ային կետով:

Փորձը ցույց է տալիս, որ կառուցվածքային սեյսմիկ խոցելիության գնահատումների և անհրաժեշտ ուժեղացման միջոցառումների նախագծման ծախսը տատանվում է հիվանդանոցի արժեքի 0.3-0.5%-ի սահմաններում, իսկ ուժեղացման արժեքը՝ հիվանդանոցի արժեքի 4-8%-ի սահմաններում:

Աղբյուր՝ *Protecting New Health Facilities from Natural Disasters: Guidelines for the Promotion of Disaster Mitigation, Washington D.C., PAHO/WHO, 2003, էջ 31, 60, 57-58, Strengthening Moldova's Disaster Risk Management and Climate Resilience, World Bank, 2020, էջ 30.*

ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆ

Առողջապահության նախարարությանը՝

69. Առողջապահական ենթակառուցվածքի դիմակայունության բարձրացման հարցում ցուցաբերել ինստիտուցիոնալ առաջնորդություն⁸⁹ այլ պետական, տեղական ինքնակառավարման մարմինների, մասնավոր ԲՀ-ների և միջազգային դոնորների հետ համագործակցաբար, մշակելով առողջապահական ենթակառուցվածքի դիմակայունության բարձրացման համալիր ծրագիր: Ծրագիրը մշակելիս առաջնորդվել կայուն և տարածքային համաչափ զարգացման ու ռիսկերի դիվերսիֆիկացման սկզբունքներով՝ տնտեսական կամ այլ խթաններով կառավարելով առողջապահական ենթակառուցվածքի աշխարհագրական գերկենտրոնացման ռիսկը (*Առաջարկություն N 8*):

Լիցենզավորման գործընթացը գործնականում անտեսում է հիվանդանոցների ֆիզիկական ենթակառուցվածքի՝ գործող նորմերին համապատասխանության հարցը

ՀԱՄԱԵՔԱՍԸ

70. Լիցենզավորումն առողջության պաշտպանությանն ու անվտանգությանը միտված առանցքային պետական գործառույթ է: Հաշվի առնելով հիվանդանոցային բժշկական օգնության ու սպասարկման գործունեության անմիջական փոխառնչությունը մարդու կյանքի և առողջության հետ, այն հանդիսանում է լիցենզավորման ենթակա գործունեության տեսակ: Վերջինիս իրականացման համար լիցենզիաները տրվում են 5 տարի ժամկետով⁹⁰: Լիցենզավորող մարմինն ԱՆ-ն է:

⁸⁹ Ինստիտուցիոնալ առաջնորդությունը ենթադրում է ծրագիրը նախագծելիս որպես ծրագրի կատարողներ ընդգրկել այն բոլոր շահագրգիռ գերատեսչություններին և այլ կազմակերպություններին, որոնց համալիր գործողություններով հնարավոր է երկարաժամկետում ապահովել առողջապահական համակարգի ենթակառուցվածքային դիմակայունությունը:

⁹⁰ Հինգ տարվա ժամկետը սահմանվել է 2023թ. մայիսի 24-ին «Լիցենզավորման մասին» օրենքում կատարված լրացման համաձայն: Մինչ այդ բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման համար լիցենզիաները տրվում էին անժամկետ: Լրացումն ուժի մեջ է մտել 2024թ. հունիսի 14-ին: Եթե լիցենզիա-

71. Լիցենզավորման պարտադիր պահանջներից է հիվանդանոցների շենքերի համապատասխանությունը շինարարական նորմերին: ԱԻ-ներին առողջապահական ենթակառուցվածքի պատրաստվածության տեսանկյունից էական նշանակություն ունեն հետևյալ շինարարական նորմերը՝

- ՀՀՇՆ 20.04-2020 «Երկրաշարժադիմացկուն շինարարություն. Նախագծման նորմեր».
- ՀՀՇՆ 31-03.02-2022 «ՀՀ քաղաքացիական պաշտպանության պաշտպանական կառույցներ», մասնավորապես ԲՀ-ների ապաստարանների և հալածառազայթային թաքստոցների՝ ԱԻ-ներին պատրաստվածության մասով.
- ՀՀՇՆ 31-03.07-2024 «Առողջապահական կազմակերպություններ. հիվանդանոցային բուժօգնության (ստացիոնար) օբյեկտների շենքեր և շինություններ», այդ թվում՝ ԲՀ-ների պահուստային կրիտիկական համակարգերի և լրգիստիկ պատրաստվածության մասով:

ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐ

72. Լիցենզիան լիցենզավորող մարմնի կողմից *լիցենզավորման կարգերին համապատասխան* տրվող գործունեություն իրականացնելու թույլտվությունն է, որով սահմանվում են նաև տվյալ գործունեության իրականացման համար պարտադիր պահանջներ կամ պայմաններ, և դրանց պահպանման նկատմամբ իրականացվում է օրենքով սահմանված կարգով *հսկողություն*: Լիցենզավորման ենթակա գործունեության տեսակների իրականացման ժամանակ լիցենզավորված անձինք պարտավոր են պահպանել իրավական ակտերով, այդ թվում՝ նաև *լիցենզավորման կարգերով ...* տվյալ գործունեության իրականացման համար նախատեսված *պարտադիր պահանջները կամ պայմանները*:

Աղբյուր՝ «Լիցենզավորման մասին» օրենքի 26-րդ հոդվածի 1-ին մաս, 12-րդ հոդվածի 1-ին մաս:

73. Լիցենզավորման կարգի համաձայն, լիցենզավորման պարտադիր պահանջներից ու պայմաններից է *շինարարական նորմերին համապատասխանությունը*:

Աղբյուր՝ Լիցենզավորման կարգ (Կառավարության 29.06.2002թ. թիվ 867 որոշման հավելված 5-ի 14-րդ կետ):

74. Անհրաժեշտ է սահմանել և կիրառել ապահով ու անվտանգ հիվանդանոցների նվազագույն շինարարական նորմեր, որոնք կապահովեն ռեսուրսների (անձնակազմի, սարքավորումների և պաշարների) պաշտպանությունն ազգային մակարդակում՝ ներառելով համակարգի տարբեր հատվածները (այդ

ների տրամադրման օրվանից անցել է հինգ տարի և ավելի ժամանակահատված, ապա նորից լիցենզավորումը տեղի կունենա Երևան քաղաքում բժշկական օգնության և սպասարկման հիվանդանոցային պայմաններում գործունեության իրականացման համար լիցենզավորված անձանց դեպքում՝ օրենքն ուժի մեջ մտնելուց հետո մեկ տարվա ընթացքում, մարզերում՝ երկու: Այն լիցենզավորված անձինք, որոնց լիցենզիաների տրամադրման օրվանից մինչև օրենքում լրացման ուժի մեջ մտնելն անցել է հինգ տարուց պակաս ժամանակահատված, հինգ տարին լրանալու դեպքում ենթակա են նորից լիցենզավորման ընդհանուր հիմունքներով: Հակառակ դեպքում, լիազոր մարմինը դադարեցնում է այդ լիցենզիաների գործողությունը:

թվում՝ մասնավոր): ԲՀ-ներին վերաբերելի ստանդարտներն ու նորմերը պետք է պահպանվեն ինչպես *գործող*, այնպես էլ՝ *նոր* ԲՀ-ների դեպքում: *Գործող* շինարարական նորմերն ու անվտանգության ստանդարտները պետք է ամբողջությամբ կիրառվեն ԲՀ-ների կառուցման կամ վերանորոգման ժամանակ: Լիցենզավորումը կամ գործող լիցենզիաների վերանայումը հնարավորություն է տալիս նաև *բոլոր* հիվանդանոցներից պահանջելու ձեռնարկել սեյսմադիմակայուն շինարարության միջոցներ և քայլեր՝ ուղղված աղետների դիմաց պատրաստվածությանն ու աղետների ռիսկի նվազեցմանը:

Աղբյուր՝ Առողջապահական ԱԻ-ների և աղետների ռիսկի կառավարման ձևաչափ, ԱՀԿ, 2019, էջ 27, Առողջապահական ԱԻ-ների կարողությունների ամրապնդման ԱՀԿ հենանիշներ, ԱՀԿ, 2023, հենանիշ 12.Բ.2, Հիվանդանոցների անվտանգության համաթիվ. գնահատողների ուղեցույց, 2-րդ հրատ., ԱՀԿ, 2015, թիվ 2, Նոր բժշկական հաստատությունների պաշտպանությունը բնական աղետներից. աղետների ռիսկի նվազեցման խթանման ուղեցույց, Համաամերիկյան առողջապահական կազմակերպություն / ԱՀԿ, 2003, էջ 21:

ԱՌԿԱ ԻՐԱՎԻՃԱԿ

75. Չնայած լիցենզավորման կարգը հիվանդանոցների լիցենզավորման պարտադիր պահանջների ու պայմանների շարքում ամրագրել է նաև շինարարական նորմերին համապատասխանությունը, գործնականում լիցենզավորման ընթացքում դրանց պահպանման նկատմամբ հսկողություն չի իրականացվում: Այլ կերպ ասած՝ ԱՆ-ն համապատասխան լիցենզիա տրամադրելու ժամանակ որևէ ընթացակարգով չի հավաստիանում ԲՀ-ների շենք-շինությունների՝ շինարարական նորմերին համապատասխանության պահանջի ապահովված լինելու մեջ: Ըստ այդմ, շինարարական նորմերին չհամապատասխանելու հիմքով լիցենզիա ստանալու հայտերը մերժելու դեպքեր չեն արձանագրվել:

76. Նշված պահանջի պահպանման նկատմամբ հսկողություն չիրականացնելու պատճառը ֆորմալ-ընթացակարգային է. լիցենզավորման հայտը և դրան կից ներկայացվող փաստաթղթերը⁹¹ չեն պարունակում շիննորմերին համապատասխանության վերաբերյալ որևէ նշում: Հայտի հետագա քննարկման փուլերում ևս դրանց համապատասխանության մեջ հավաստիանալու ընթացակարգեր չեն իրականացվում: Արդյունքում, ԲՀ-ների անվտանգության ու դիմակայունության ապահովմանը միտված նշված պարտադիր պահանջը մնում է չգործադրված՝ անգամ նոր վայրում գործունեությունը մեկնարկող ԲՀ-ների պարագայում:

77. Այսպիսով, առկա է լիցենզավորման կարգով սահմանված՝ շինարարական նորմերին համապատասխանության ապահովման պահանջին բավարարելու հանգամանքը լիցենզավորման հայտում ներառելու և դրա պահպանված լինելու դեպքում միայն լիցենզիան տրամադրելու անհրաժեշտություն: Այնուհանդերձ, հաշվի առնելով, որ գործող շիննորմերին չհամապատասխանող տարածքներում արդեն իսկ գործում են հիվանդանոցներ և դրանց շենքերի համապատասխանեցումը գործող նորմերին կարող է պահանջել որոշակի

⁹¹ Պահանջվում են միայն նախատեսված տարածքի նկատմամբ հայտատուի սեփականության (օգտագործման) իրավունքի պետական գրանցման վկայականի և իրավասու մարմնի կողմից հայտատուի անվամբ տրված՝ գործունեության համար նախատեսված տարածքի հատակագծի պատճենները:

ժամանակ՝ մի կողմից առօրյա պայմաններում առողջապահական ծառայությունների հասանելիությունը չվտանգելու, մյուս կողմից՝ ԱԻ-ների պայմաններում առողջապահական ծառայությունների անհասանելիությունը կանխարգելելու նպատակով, օրենսդրորեն հնարավոր է սահմանել շիննորմերին համապատասխանության պահանջի կիրառության անցումային ժամկետ, եթե տվյալ օրենսդրական պահանջի ներդրման պահին տվյալ վայրում արդեն իսկ իրականացվում էր հիվանդանոցային գործունեություն: Միևնույն ժամանակ, որպեսզի անցումային ժամկետի սահմանումը լինի արդյունավետ՝ ծառայի նպատակին, այն է՝ հնարավորություն տա բարելավելու ենթակառուցվածքը, և չծառայի որպես ԲՀ-ների կողմից առկա իներցիան շարունակելու հավելյալ հնարավորություն, անհրաժեշտ կլինի անցումային ժամկետի տրամադրումը կապակցել ԲՀ-ի կողմից շիննորմերին համապատասխանության ապահովման գործունակ ծրագրի ներկայացման հետ, որի կատարման ընթացքում պետք է առկա լինի արդյունավետ հաշվետվողականություն, ինչպես նաև հրսկողություն (վերահսկողություն): Այս պարագայում, ծրագրի ներկայացումը պետք է դիտարկվի որպես լիցենզավորման պարտադիր պայման (պահանջ):

78. Լիցենզավորման ենթակա գործունեության տեսակների 88%-ի դեպքում սահմանված է հաշվետվության պահանջ, այդ թվում՝ առողջապահության բնագավառում լիցենզավորման ենթակա գործունեության 6 տեսակներից 5-ի դեպքում, բացառությամբ՝ բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման առանցքային տեսակի: Հաշվետվության⁹² պահանջի առկայությունը թույլ է տալիս լիցենզավորող մարմիններին լիցենզավորված անձանցից պահանջել լիցենզավորված գործունեությանն առնչվող հաշվետվություններ կամ տեղեկություններ: Մասնավորապես, ԱՆ-ն, համապատասխան օրենսդրական փոփոխության դեպքում կարող է ունենալ իրավասություն՝ ստանալու հաշվետվություններ ԲՀ-ների կողմից ենթակառուցվածքների անվտանգության բարձրացման ուղղությամբ ներկայացվող ծրագրով ստանձնված հանձնառությունների կատարման ընթացքի վերաբերյալ⁹³: Միևնույն ժամանակ, նշված հաշվետվությունները տեսչական մարմնի համար կարող են դառնալ վերահսկողության առարկա:

79. Լիցենզավորման գործառույթի իրականացման ծախսարդյունավետությանն ու որակին կարող է նպաստել նաև լիցենզավորման համար ներկայացված փաստաթղթերի (մասնավորապես՝ շիննորմերին համապատասխանության վերաբերյալ) փորձաքննական եզրակացության ստացումը⁹⁴: Մասնավորապես, ԱՆ լիցենզավորման գործակալությունը չունի շիննորմերին համապատասխանությունը ստուգելու կարողություններ: Մյուս կողմից, հանրային միջոցների ծախսարդյունավետ օգտագործման տեսանկյունից նպատակահարմար չէ ձևավորել նման կարողություններ (հաստիքներ): Ուստի, «Լիցենզավորման մասին» օրենքով նախատեսված փորձաքննության ինստիտուտը կարող է կիրառելի լինել նաև ԲՀ-ների լիցենզավորման դեպքում:

⁹² «Լիցենզավորման մասին» օրենքի 43-րդ հոդվածի աղյուսակի 9-րդ սյունակում «Հ» տառով նշում:

⁹³ Լիցենզավորված անձի կողմից լիցենզավորման ենթակա գործունեությունից բխող՝ օրենքով նախատեսված հաշվետվությունների սահմանված ժամկետում չներկայացումը կարող է հանդիսանալ լիցենզիայի գործողության կասեցման հիմք:

⁹⁴ «Լիցենզավորման մասին» օրենքի 43-րդ հոդվածի աղյուսակի 6-րդ սյունակում «Փ» տառով նշման դեպքում: Փորձաքննությունն իրականացվում է հայտատուի հաշվին՝ մինչև հայտի ներկայացումը, և փորձաքննության եզրակացությունը ներկայացվում է հայտի հետ միասին:

ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Առողջապահության նախարարությանը¹

80. Նախաձեռնել օրենսդրական փոփոխություններ՝ ուղղված շիննորմերին ԲՀ-ների շենք-շինությունների համապատասխանության ապահովման պարտադիր պահանջը լիցենզավորման հայտում և դրանց կից փաստաթղթերում ընդգրկմանը՝ ըստ անհրաժեշտության.

- սահմանելով անցումային դրույթներ տվյալ վայրում արդեն իսկ իրականացվող հիվանդանոցային գործունեության համար՝ փոխկապակցելով այն ֆիզիկական ենթակառուցվածքի դիմակայունության բարձրացման գործունակ ծրագրի ներկայացման պահանջի հետ.
- սահմանելով հաշվետվության և փորձաքննության պահանջներ (*Առաջարկություն N 9*):

Պետական թույլ հսկողության և վերահսկողության պայմաններում սահմանափակվում է պլանավորված միջոցառումների իրագործելիությունը

ՀԱՄԱՏԵՔԱՍԸ

81. Առողջապահության և Ներքին գործերի նախարարների համատեղ հրամանով⁹⁵ հաստատվել են հիվանդանոցների ԱՌԿ, ինչպես նաև աղետների ռիսկի նվազեցման միջոցառումների պլանի օրինակելի ձևերը:

82. Խնդրո առարկայի մասով վերահսկողական գործառույթներ կարող են իրականացնել Քաղաքաշինության, տեխնիկական և հրդեհային անվտանգության տեսչական մարմինը, Առողջապահական և աշխատանքի տեսչական մարմինը, որոնց գործունեությունը համակարգում է Տեսչական մարմինների աշխատանքների համակարգման գրասենյակը:

ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐ

83. Քաղաքաշինության, տեխնիկական և հրդեհային անվտանգության տեսչական մարմնի խնդիրներից են քաղաքաշինության, տեխնիկական և հրդեհային անվտանգության ոլորտներում ռիսկերի կառավարումը և ՀՀ օրենքների և այլ նորմատիվ իրավական ակտերի պահանջների պահպանումը, ինչպես նաև կանխարգելիչ միջոցառումների իրականացումը: Տեսչական մարմնի կանոնադրական լիազորությունները ներառում են քաղաքաշինական գործունեության բնագավառում իրավական ակտերի, քաղաքաշինական փաստաթղթերի, նորմատիվ-տեխնիկական փաստաթղթերի պահանջների կատարման նկատմամբ վերահսկողության իրականացումը, հայտնաբերված խախտումների վերացման ուղղությամբ պարտադիր կատարման հրահանգներ և ցուցումներ տալը, դրանց իրականացմանը հետևելը:

⁹⁵ ՀՀ ԱՆ 21.06.2021թ. թիվ 2370-Լ և ՆԳՆ 15.06.2021թ. թիվ 734-Լ համատեղ հրաման:

Աղբյուր՝ Վարչապետի 11.06.2018թ. թիվ 730-Լ որոշմամբ հաստատված՝ ՀՀ քաղաքաշինության, տեխնիկական և հրդեհային անվտանգության տեսչական մարմնի կանոնադրության 10-րդ կետ և 11-րդ կետի 4-րդ ենթակետ:

84. Առողջապահական և աշխատանքի տեսչական մարմնի կանոնադրական լիազորություններից են «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքով նախատեսված՝ իր իրավասության սահմաններում վերահսկողության իրականացումն առողջապահության բնագավառում լիցենզիայի պայմանների և պահանջների նկատմամբ⁹⁶, ինչպես նաև հայտնաբերված «Լիցենզավորման մասին» օրենքով և այլ իրավական ակտերով սահմանված պահանջների և պայմանների խախտումների վերաբերյալ ... տրված լիցենզիաներն ուժը կորցրած ճանաչելու կամ դրանց գործողությունը կասեցնելու միջնորդագրերը լիցենզավորող մարմիններ ներկայացնելը:

Աղբյուր՝ Վարչապետի 11.06.2018թ. թիվ 755-Լ որոշմամբ հաստատված՝ ՀՀ առողջապահական և աշխատանքի տեսչական մարմնի կանոնադրության 11-րդ կետի 3-րդ և 14-րդ ենթակետեր:

ԱՌԿԱ ԻՐԱՎԻՃԱԿ

85. ԱՆ-ն տիրապետել է միայն իր ենթակայության հիվանդանոցների պլաններին: Ընդ որում, բացակայում են հիվանդանոցների պլանների՝ նախքան հաստատումը ԱՆ-ի կողմից համաձայնեցված լինելու հավաստումները:

86. ԱՆ-ի ներկայացրած պարզաբանման համաձայն, ԱՆ ենթակայության ԲՀ-ներից բացի այլ ԲՀ-ների ռիսկերի նվազեցման միջոցառումների և ԱԻ-ներին արձագանքման պլանների չներկայացման պատճառն այն է, որ մնացած ԲՀ-ները (Երևանի քաղաքապետարանի, մարզպետարանների և մասնավոր) ԱՆ ենթակայության տակ են անցնում «Ռազմական դրության իրավական ռեժիմի մասին» օրենքի համաձայն՝ միայն ռազմական դրության ժամանակ, հետևաբար ԱՆ-ն նման իրավասություն [պլանների հանդեպ հսկողության] չունի»: Արդյունքում, չի ապահովվում ԱՌԿ գործընթացում արդյունավետ մակրոմենեջմենթ: Հարկ է նկատել, որ ԱԻ-ներին պատրաստվածությունը ԲՀ-ի ներքին գործը չէ: Համապետական նշանակության ԱԻ-ների դեպքում դրանց արդյունավետ արձագանքել կարող է միայն համակարգը՝ որպես մեկ միասնական միավոր:

87. Հատկանշական է, որ Համատեղ հրամանը նախատեսել է պլանների նախագծերը հաստատումից առաջ միայն ՓԾ տարածքային ստորաբաժանման հետ համաձայնեցում՝ առանց առողջապահության բնագավառի իրավասու մարմինների հետ համաձայնեցման պահանջի: Մինչդեռ, ԱՆ մեկ այլ հրաման⁹⁷ նախատեսել էր ԲՀ (անկախ սեփականության ձևից) ռիսկերի նվազեցման միջոցառումների և ԱԻ-ներին արձագանքման պլանները նաև ԱՆ-ի հետ համաձայնեցման պահանջ:

88. Ավելին, ՓԾ տարածքային ստորաբաժանումները ներկայացված պլանների բոլոր նախագծերի վերաբերյալ տրամադրել են միատեսակ դիրքորոշում՝ առաջարկությունների և դիտողությունների բացակայության վերաբերյալ,

⁹⁶ Վերջիններս ներառում են նաև շինարարական նորմերին համապատասխանությունը: Աղբյուր՝ Լիցենզավորման կարգ (Կառավարության 29.06.2002թ. թիվ 867 որոշման հավելված 5-ի 14-րդ կետ):

⁹⁷ ԱՆ 2021թ. հունիսի 14-ի «ԱԻ-ներում առողջապահության բնագավառի գործունեության պլանները հաստատելու մասին» թիվ 48-Ն հրամանի հավելված 1-ի 8-րդ կետ:

մինչդեռ պլանները պարունակում են առերևույթ թերություններ՝ բացակայող տվյալներ և հավելվածներ⁹⁸:

89. ԱՌԿ խորհուրդների նիստերի արձանագրությունները չեն ներկայացվում ԱՆ, որի պայմաններում բացակայում է հսկողությունը պլանների գործադրման նկատմամբ:

90. Սահմանված չէ նաև ԱՌԿ պլանների կատարման վերաբերյալ հաշվետվության օրինակելի ձև, ինչպես նաև հաշվետվության ներկայացման, պլանի կատարման նկատմամբ մշտադիտարկման պահանջներ ու ընթացակարգեր:

91. Քաղաքաշինության, տեխնիկական և հրդեհային անվտանգության տեսչական մարմինը ՀՀ-ում գործող ԲՀ-ներում ՀՀՇՆ 20.04-2020 «Երկրաշարժադիմացկուն շինարարություն. Նախագծման նորմեր» և ՀՀՇՆ 31-03.02-2022 «ՀՀ քաղաքացիական պաշտպանության պաշտպանական կառույցներ» շինարարական նորմերի պահանջների կատարման նկատմամբ ստուգումներ չի իրականացրել: Նման ստուգումներ չեն իրականացվել նաև Առողջապահական և աշխատանքի տեսչական մարմնի կողմից:

92. Առողջապահական և աշխատանքի տեսչական մարմինը չունի նաև ՀՀ ԱՆ 21.06.2021թ. թիվ 2370-Լ և ՆԳՆ 15.06.2021թ. թիվ 734-Լ համատեղ հրամանով նախատեսված պլանների մշակման և կատարման գործընթացի, ինչպես նաև ՀՀ ԱՆ 14.06.2021թ. թիվ 48-Ն հրամանի կատարման նկատմամբ վերահսկողական բավարար իրավասություններ:

93. Արձանագրվել է նաև, որ Քաղաքաշինության կոմիտեի կողմից ՀՀ-ում գործող ԲՀ-ների շենքերի, շինությունների պահպանման և անվտանգ շահագործման, ինչպես նաև դրանց արդիականացման վերաբերյալ հատուկ առաջարկներ⁹⁹ չեն մշակվել: Ըստ ՔԿ-ի, վերջինս պայմանավորված է եղել մոնիթորինգային տվյալների հավաքման և հսկողական լիազորությունների վերապահման բացակայությամբ:

94. ԱՌԿ միջոցառումների համար ֆինանսական միջոցներ ԲՀ-ները չեն հատկացրել, ինչը մեծապես սահմանափակում է ԱՌԿ պլանների իրագործելիությունը և դրանց նպաստումը համակարգի դիմակայունության բարձրացմանը:

⁹⁸ Ներկայացված պլաններում բացակայում են համապատասխան նշումներ ԱԻ-ներում խմելու ջրի բավարար քանակի, կենսական կարևորության բժշկական սարքավորումների, գազի պաշարների առկայության, ինչպես նաև ջրամատակարարման, էլեկտրամատակարարման, գազամատակարարման, ջրահեռացման համակարգերի անխափան աշխատանքի ապահովման վերաբերյալ (պլանը ներկայացվել է Հրամանով սահմանված օրինակելի ձևին համապատասխան, սակայն որևէ լրացուցիչ նշումներ առկա չեն վերոնշվածի առկայության վերաբերյալ): Ներկայացված 6 ԱՌԿ պլանները տնօրենների հրամաններով հաստատված չեն (ՀԴ-ին ներկայացված համապատասխան պլանները և դրանք հաստատելու մասին հրամանները տնօրենների կողմից ստորագրված և կնքված չեն)...

⁹⁹ Վարչապետի 11.06.2018թ. թիվ 748-Լ որոշմամբ հաստատված՝ ՀՀ ՔԿ-ի կանոնադրության 11-րդ կետի 12-րդ և 20-րդ ենթակետեր:

ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆ

Տեսչական մարմինների աշխատանքների համակարգման գրասենյակին, Առողջապահության և աշխատանքի տեսչական մարմին, Քաղաքաշինության, տեխնիկական և հրդեհային անվտանգության տեսչական մարմին

95. Ստուգումները պլանավորելիս և իրականացնելիս հասցեագրել առողջապահական ենթակառուցվածքի՝ ԱԻ-ներին պատրաստվածության բաղադրիչը և վերահսկել ԲՀ-ների կողմից դիմակայունության բարձրացմանն ուղղված պլանների կատարման ընթացքը՝ ըստ անհրաժեշտության.

- նախաձեռնելով նշված ստուգումների իրականացման համար տեսչական մարմիններին համապատասխան իրավասություններ շնորհող օրենսդրական փոփոխություններ.
- նախաձեռնելով ոչ ռացիոնալ վարքագծի դրսևորումը կանխելու ներուժ ունեցող տուգանք սահմանող օրենսդրական փոփոխություններ (տուգանքի չափը պետք է բավարար նշանակալի լինի՝ ձևավորելու համար պլանների կատարման խթաններ) (*Առաջարկություն N 10*):

Միջազգային համագործակցության բնագավառը պարունակում է ենթակառուցվածքային պատրաստվածության բարելավման զգալի չիրացված ներուժ

ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐ

96. Համաշխարհային և տարածաշրջանային *պատրաստվածությունն* ունի էական նշանակություն ԱԻ-ներին արձագանքման համար, որոնք գերազանցում են տեղական և պետական մարմինների կարողությունները, այդ թվում՝ նկատի ունենալով միջազգային և տարածաշրջանային դերակատարների տեխնիկական և ֆինանսական աջակցության շրջանակը, որը կարող է ամրապնդել պետության և համայնքների *պատրաստվածությունը*:

97. ԱԻ-ներին *պատրաստվածությունը* պահանջում է գործողությունների *կորորդինացում* միջազգային գործընկերների հետ: *Ծավալման կարողությունների* վերաբերյալ պետք է առկա լինեն միջպետական համաձայնագրեր:

Աղբյուր՝ ԱԻ-ներին պատրաստվածության ռազմավարական ձևաչափ, ԱՀԿ, 2017, հավելված 1, կետ 4.3, 5.1.3:

ԱՌԿԱ ԻՐԱՎԻՃԱԿ

98. Միջազգային համագործակցությունն ունի էական նշանակություն, հատկապես այնպիսի ԱԻ-ներում, որոնց հետևանքների հաղթահարումը գերազանցում է պետության հնարավորությունները: Հայաստանի Հանրապետությունը բազմաթիվ երկրների, ինչպես նաև միջազգային կազմակերպությունների հետ կնքել է ԱԻ-ներում փոխադարձ օգնության համաձայնագրեր, որոնք

հիմնականում հոչակում են սկզբունքներ: Հիմնական կենտրոնացումն արձագանքման փուլի վրա է՝ աղետը տեղի ունենալուց հետո՝ ըստ հայտերի, առաջացած կարիքի բավարարման մասով:

99. Մշակված չեն ըստ սցենարների հնարավոր կորուստների հաշվարկից բխող, այդ թվում՝ առողջապահական կրիտիկական ֆիզիկական ենթակառուցվածքների շարքից դուրս գալու հետևանքով առաջացող բացի բավարարման երկկողմ և բազմակողմ պլաններ՝ քանակական հաշվարկներով:

Ներդիր 9.

Դրական գործելակերպեր. Միջազգային կազմակերպությունները և ԱԻ-ներին ազգային պատրաստվածությունը

ԱՀԿ-ն աջակցում է առողջապահական ԱԻ-ների և աղետների ռիսկի կառավարման գործողությունների ամբողջական շրջանակի զարգացմանը և կիրարկմանը, այդ թվում՝ առողջապահական ԱԻ-ների ծրագրի և ԱՀԿ գրասենյակների ու տեխնիկական ծրագրերի միջոցով: Վերջիններս նպաստում են ազգային առողջապահական համակարգերի ամրապնդմանն ու պետությունների և համայնքների դիմակայունության բարձրացմանը: Առողջապահական ԱԻ-ների ծրագրի առաքելությունն է՝ օգնել պետություններին և կոորդինացնել միջազգային գործողությունները՝ ԱԻ-ները կանխարգելելու, դրանց պատրաստվելու, հայտնաբերելու, արագ արձագանքելու և վերականգնվելու հարցերում: ԱՀԿ-ն աջակցում է երկրներին բոլոր վտանգների վրա հիմնված մոտեցմամբ ԱԻ-ների և աղետների ռիսկի կառավարման կարողությունների զարգացման հարցում՝ քաղաքականության առաջարկների, տեխնիկական աջակցության, տեխնիկական ուղեցույցների, նորմերի և ստանդարտների տրամադրման միջոցով: ԿՁՆ-ների, Սենդայի ծրագրի և Առողջապահական միջազգային կանոնների կիրարկումն ուղենշում է ԱՀԿ-ի գործողությունները՝ ԱԻ-ների ռիսկի կառավարման ոլորտում պետությունների կարողությունների զարգացման հարցում:

ՄԱԿ-ը և իր կազմակերպությունները, այլ միջազգային կազմակերպություններ, միջկառավարական կազմակերպությունները, Կարմիր խաչի միջազգային կազմակերպությունը և այլ շահառուներ նույնպես կարող են նպաստել առողջապահական ԱԻ-ների ռիսկի կառավարման՝ պետության կարողությունների զարգացմանը: Օրինակ, ՄԱԿ-ի Աղետների նվազեցման նախաձեռնության կարողությունների գործընկերությունն (CADRI) աջակցում է կառավարություններին՝ աղետների ռիսկի նվազեցման ազգային կարողությունների գնահատման, պլանավորման և զարգացման հարցում, ներառյալ՝ ԱԻ-ներին պատրաստվածության մասով: Միջազգային և տարածաշրջանային գործընկերության այլ ձևաչափերը նույնպես կարող են աջակցել առողջապահական անվտանգության, ԱՌԿ, միջուկային անվտանգության և հարակից այլ ոլորտներում ռեսուրսների ձեռքբերման, կարողությունների զարգացման և ԱԻ-ների միջազգային աջակցման մեխանիզմների հետ կապի հարցում, ինչպես օրինակ՝ ՄԱԿ-ի Աղետների ռիսկի նվազեցման գրասենյակը (UNDRR), Համապարփակ առողջապահական ծածկույթ 2030 (UHC2030) գործընկերությունը և այլն:

Միջազգային կազմակերպություններն ընձեռում են նաև միջազգային և տարածաշրջանային վարժանքների միջոցով պատրաստվածության պլանները թեստավորելու հնարավորություն:

Աղբյուր՝ Առողջապահական ԱԻ-ների և աղետների ռիսկի կառավարման ձևաչափ, ԱՀԿ, 2019, ԱԻ-ներին պատրաստվածության ռազմավարական ձևաչափ, ԱՀԿ, 2017, հավելված 1:

ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆ

100. Միջազգային համագործակցության բնագավառը կարող է դիտարկվել որպես Առաջարկություն N8-ի համաձայն մշակվող ծրագրի շրջանակում ենթակառուցվածքային պատրաստվածության խզումը նվազեցնելու ուղիներից մեկը:

Եզրակացություն

101. Հաշվի առնելով ԱԻ-ներում առողջապահական ենթակառուցվածքի կարողությունների խզման գնահատման և հետագա կառավարման ինստիտուցիոնալ համակարգի առկա թերություններն ու առնչվող պետական գործառույթների կողմից բավարար չափով հիմնախնդրի չհասցեագրումը, ԱԻ-ներում առողջապահական համակարգի անխափան գործունեության երաշխավորման հարցում չի ապահովվել նպատակային արդյունավետություն:

Ամփոփ արդյունքներ և առաջարկություններ

ԱՐԴՅՈՒՆՔ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆ

Արտակարգ իրավիճակներին համակարգի ենթակառուցվածքային պատրաստվածության խզումն արդյունավետորեն չի գնահատվում և մշտադիտարկվում

Գնահատման հաստատված մեթոդաբանության բացակայության պայմաններում, ԱԻ-ներում համակարգի ենթակառուցվածքային կարիքները լիարժեքորեն չեն բացահայտվում:

Առողջապահության նախարարությանը՝
Մշակել (ըստ անհրաժեշտության՝ միջազգային գործընկերների տեխնիկական աջակցությամբ) և հաստատել առաջնահերթ ռիսկի գործոններով պայմանավորված ԱԻ-ի յուրաքանչյուր տեսակի դեպքում առողջապահական համակարգի (որպես 1 միասնական միավորի) ենթակառուցվածքային (այդ թվում՝ մահճակալային, կրիտիկական սարքավորումների, կենսական համակարգերի) կարիքների, առկա կարողությունների (ներառյալ՝ ծավալման առկա կարողությունների) և խզման համալիր գնահատման (ինչպես ագրեգացված, այնպես էլ՝ ապաագրեգացված մակարդակում) մեթոդաբանություն (*Առաջարկություն N 1*):

Համակարգի ենթակառուցվածքային կարողությունների գնահատման ու մշտադիտարկման տեղեկատվական կառավարման արդյունավետ համակարգ ներդրված չէ:

Առողջապահության նախարարությանը՝
Մշակել և հաստատել մեթոդաբանությամբ նախատեսվող հաշվարկների իրականացման համար անհրաժեշտ՝ ԲՀ-ներից ստացման ենթակա տվյալներն ամփոփող՝ ենթակառուցվածքային կարողությունների վերաբերյալ հաշվետվության ձև, դրա ներկայացման պարբերականության և ընթացակարգի վերաբերյալ կարգավորումներ՝ դիտարկելով հաշվետվողականության նշված գործընթացի թվայնացման հնարավորությունը՝ ԱՐՄԵԴ համակարգում աղետների ռիսկի տեղեկատվական կառավարման ենթահամակարգի ներդրման միջոցով (*Առաջարկություն N 2*):

Տեսչական մարմինների աշխատանքների համակարգման գրասենյակին,

Առողջապահության և աշխատանքի տեսչական մարմին՝

Ստուգել ԲՀ-ների կողմից ներկայացվող՝ ենթակառուցվածքային կարողությունների վերաբերյալ հաշվետվությունում պարունակվող ռեսուրսների փաստացի առկայությունը և վիճակը՝ ըստ անհրաժեշտության նախաձեռնելով նշված ստուգումների իրականացման համար տեսչական մարմիններին համապատասխան իրավասություններ տրամադրող օրենսդրական փոփոխություններ (*Առաջարկություն N 6*):

[Համակարգի ենթակառուցվածքային պատրաստվածության խզումն ագրեգացված մակարդակում գերազնահատված է, իսկ ապագրեգացված մակարդակում՝ հիմնականում բացակայում է:](#)

Առողջապահության նախարարությանը՝

Սահմանված հաստատուն պարբերականությամբ գնահատել (մշտադիտարկել) առաջնահերթ ռիսկի գործոններով պայմանավորված ԱԻ-ի յուրաքանչյուր տեսակի դեպքում առողջապահական համակարգի ենթակառուցվածքային պատրաստվածության խզումը (*Առաջարկություն N 3*):

Սահմանել ԱԻ-ներում ԲՀ-ների բնականոն գործունեությունը երաշխավորող՝ ԲՀ-ների շենքերի կենսական համակարգերի (այդ թվում՝ էլեկտրաէներգիայի, խմելու ջրի, թթվածնի) նվազագույն նորմատիվային պահանջներ՝ դրանք ներառելով հիվանդանոցային լիցենզիայի պարտադիր պահանջների կազմում (*Առաջարկություն N 4*):

[ԱՆ-ում ԱԻ-ների ռիսկի կառավարման գործընթացի կորորինացման կարողությունները սահմանափակ են:](#)

Առողջապահության նախարարությանը՝

Իրականացնել ԱՆ-ում ԱԻ-ների ռիսկի կառավարման (համակարգման) մարդկային ռեսուրսների կարիքի գնահատում և մշակել քայլեր մարդկային ռեսուրսների կարողությունների բացի հասցեագրման նպատակով (*Առաջարկություն N 5*):

[Համակարգի ենթակառուցվածքային պատրաստվածության խզման կառավարման թույլ ինստիտուցիոնալ առաջնորդության պայմաններում, առնչվող պետական գործառույթներն արդյունավետորեն չեն հասցեագրում հիմնախնդիրը](#)

[Սահմանված չեն ԱԻ-ներին առողջապահական համակարգի՝ որպես մեկ միավորի, ենթակառուցվածքային պատրաստվածության](#)

Առողջապահության նախարարությանը՝

Առողջապահական ենթակառուցվածքի դիմակայունության բարձրացման հարցում ցուցաբերել ինստիտուցիոնալ

[\(դիմակայունության\) բարձրացման թիրախներ և դրանց հասնելու արդյունավետ ծրագիր:](#)

առաջնորդություն¹⁰⁰ այլ պետական, տեղական հինքնակառավարման մարմինների, մասնավոր ՔՀ-ների և միջազգային դոնորների հետ համագործակցաբար, մշակելով առողջապահական ենթակառուցվածքի դիմակայունության բարձրացման համալիր ծրագիր: Ծրագիրը մշակելիս առաջնորդվել կայուն և տարածքային համաչափ զարգացման ու ռիսկերի դիվերսիֆիկացման սկզբունքներով՝ տնտեսական կամ այլ խթաններով կառավարելով առողջապահական ենթակառուցվածքի աշխարհագրական գերկենտրոնացման ռիսկը (*Առաջարկություն N 8*):

[Ինստիտուցիոնալ թույլ առաջնորդությունը պայմանավորող գործոններից է ԱԻ-ների \(աղետների\) ռիսկի կառավարման սահմանափակ մանդատը: Կառավարման առաջնահերթ շրջանակի անհստակությունը սահմանափակում է նաև խոցելիության գնահատումների արդյունավետությունը:](#)

Առողջապահության նախարարությանը՝

Նախաձեռնել ԱՆ-ին՝ առողջապահական համակարգի մակարդակում ԱԻ-ների *ռիսկի* կառավարման (համակարգման) բացահայտ մանդատ նախատեսող օրենսդրական փոփոխություններ (*Առաջարկություն N 7*):

[Լիցենզավորման գործընթացը գործնականում անտեսում է հիվանդանոցների ֆիզիկական ենթակառուցվածքի՝ գործող նորմերին համապատասխանության հարցը:](#)

Առողջապահության նախարարությանը՝

Նախաձեռնել օրենսդրական փոփոխություններ՝ ուղղված շիննորմերին ՔՀ-ների շենք-շինությունների համապատասխանության ապահովման պարտադիր պահանջը լիցենզավորման հայտում և դրանց կից փաստաթղթերում ընդգրկմանը՝ ըստ անհրաժեշտության.

- սահմանելով անցումային դրույթներ տվյալ վայրում արդեն իսկ իրականացվող հիվանդանոցային գործունեության համար՝ փոխկապակցելով այն ֆիզիկական ենթակառուցվածքի դիմակայունության բարձրացման գործունակ ծրագրի ներկայացման պահանջի հետ.
- սահմանելով հաշվետվության և փորձաքննության պահանջներ (*Առաջարկություն N 9*):

¹⁰⁰ Ինստիտուցիոնալ առաջնորդությունը ենթադրում է ծրագիրը նախագծելիս որպես ծրագրի կատարողներ ընդգրկել այն բոլոր շահագրգիռ գերատեսչություններին և այլ կազմակերպություններին, որոնց համալիր գործողություններով հնարավոր է երկարաժամկետում ապահովել առողջապահական համակարգի ենթակառուցվածքային դիմակայունությունը:

[Պետական թույլ հսկողության
և վերահսկողության
պայմաններում
սահմանափակվում է
պլանավորված
միջոցառումների
իրագործելիությունը:](#)

*Տեսչական մարմինների աշխատանքների
համակարգման գրասենյակին,
Առողջապահության և աշխատանքի տեսչական
մարմին, Քաղաքաշինության, տեխնիկական և
հրդեհային անվտանգության տեսչական
մարմին՝*

Ստուգումները պլանավորելիս և
իրականացնելիս հասցեագրել
առողջապահական ենթակառուցվածքի՝ ԱԻ-
ներին պատրաստվածության բաղադրիչը և
վերահսկել ԲՀ-ների կողմից դիմակայունության
բարձրացմանն ուղղված պլանների կատարման
ընթացքը՝ ըստ անհրաժեշտության.

- նախաձեռնելով նշված ստուգումների
իրականացման համար տեսչական
մարմիններին համապատասխան
իրավասություններ շնորհող
օրենսդրական փոփոխություններ.
- նախաձեռնելով ոչ ռացիոնալ
վարքագծի դրսևորումը կանխելու
ներուժ ունեցող տուգանք սահմանող
օրենսդրական փոփոխություններ (տու-
գանքի չափը պետք է բավարար
նշանակալի լինի՝ ձևավորելու համար
պլանների կատարման խթաններ)
(Առաջարկություն N 10):

Հաշվեքննության մասին

102. Կատարողականի հաշվեքննությունների իրականացմամբ Հաշվեքննիչ պալատը հանրությանն ու Ազգային ժողովին ներկայացնում է հավաստիացում հանրային սեփականության կառավարման արդյունավետության վերաբերյալ: Նպատակը՝ հանրային կառավարման արդյունավետության բարելավմանը նպաստելն է:

103. Կատարողականի հաշվեքննության թեմաները ձևակերպվում են ռազմավարական գործընթացի արդյունքում՝ հիմնվելով արտաքին պետական հաշվեքննության միջնաժամկետ առաջնահերթությունների վրա: Թեմաների ընտրությունը կատարվում է՝ ելնելով դրանց էականությունից, բարելավման ներուժից և հաշվեքննելիությունից:

104. Կատարողականի հաշվեքննությունը պլանավորվում, իրականացվում և արդյունքներն ամփոփող հաշվետվությունը կազմվում է՝ առաջնորդվելով աուդիտորական էթիկայի սկզբունքներով և մասնագիտական ստանդարտներով¹⁰¹:

- սահմանելով կատարողականի գնահատման հուսալի չափանիշներ՝ հիմնված օրենսդրության և միջազգային լավագույն փորձի վրա: Չափանիշները ցույց են տալիս, թե հաշվեքննության առարկան ինչպիսի պայմանների պետք է բավարարի, որպեսզի ապահովվի բարձր կատարողական: Չափանիշները հաշվեքննության իրականացման փուլի մեկնարկին քննարկվում են հաշվեքննության ենթակա մարմնի հետ:

- հավաքելով հաշվեքննության բավարար (քանակապես) և համապատասխան (որակապես) ապացույցներ:

- ներկայացնելով հաշվեքննության արդյունքները՝ առկա իրավիճակը հաշվեքննության չափանիշների հետ համեմատելու հիման վրա:

- վեր հանելով հաշվեքննության արդյունքը պայմանավորող պատճառներն ու հետևանքները: Բացահայտված պատճառները կարևոր են բարելավման առաջարկությունների ուղենշման համար, իսկ հետևանքները՝ նպատակ

¹⁰¹ Հաշվեքննությունն իրականացվել է Հաշվեքննիչ պալատի «Կատարողականի հաշվեքննության մեթոդաբանության» համաձայն՝ հիմնված «ISSAI 100 - Հանրային հատվածում աուդիտի հիմնարար սկզբունքները» և «ISSAI 300 - Կատարողականի աուդիտի սկզբունքները» աուդիտի բարձրագույն մարմինների միջազգային ստանդարտների վրա:

են հետապնդում հաշվետվությունն օգտագործողներին ներկայացնել հաշվեքննության առաջարկությունների կատարման անհրաժեշտության հիմնավորումները.

- եզրակացնելով՝ ի պատասխան հաշվեքննության նպատակի.
- առաջարկելով ինչ անել՝ հաշվեքննության առկա հիմնախնդիրները լուծելու և կատարողականը բարելավելու համար:

105. Հաշվետվության հաստատումից հետո իրականացվում է հետհսկողություն՝ պարբերաբար հանրությանն ու Ազգային ժողովին ներկայացնելով տեղեկատվություն հաշվեքննության առաջարկությունների կատարման ընթացքի վերաբերյալ:

**ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ
ՀԻՄՔԸ**

106. Հաշվեքննությունն իրականացվել է Հաշվեքննիչ պալատի 2024թ. հունվարի 30-ի թիվ 14-Ա որոշմամբ հաստատված առաջադրանքի հիման վրա: Հաշվեքննիչ պալատի 2024թ. գործունեության ծրագրի 2-րդ մասի 5-րդ ծրագրային կետի կատարումը նպաստել է հաշվեքննության 2024-2026թթ. միջնաժամկետ առաջնահերթություններից 1.16-րդ ուղղության իրագործմանը:

**ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ
ՇՐՋԱՆԱԿԸ ԵՎ
ՄՈՏԵՑՈՒՄԸ**

107. Առարկան. Հաշվեքննության ընթացքում գնահատվել է առողջապահական կրիտիկական ֆիզիկական ենթակառուցվածքների՝ ԱԻ-ներին պատրաստվածությունը:

108. Նպատակը. Տվյալ հաշվեքննության նպատակն է՝ գնահատել, թե Հանրապետության առողջապահական կրիտիկական ֆիզիկական ենթակառուցվածքների պատրաստվածությունը բավարար է արդյոք ԱԻ-ներում առողջապահական համակարգի գործունեության շարունակականության ապահովմանն ու արձագանքման առկա ներուժի առավելագույն օգտագործման համար՝ գնահատման արդյունքների հիման վրա ներկայացնելով պատրաստվածության բարելավմանը միտված առաջարկություններ:

109. Հարցերը. Հաշվեքննության են ենթարկվել ձևակերպված նպատակից բխող հետևյալ հարցերը.

- առկա է արդյոք ԱԻ-ներին առողջապահական համակարգի ենթակառուցվածքային պատրաստվածության խզման գնահատման և մշտադիտարկման արդյունավետ համակարգ.
- առկա են արդյոք առողջապահական համակարգի ենթակառուցվածքային պատրաստվածության խզման նվազեցման (կառավարման) արդյունավետ կառուցակարգեր:

110. Մոտեցումը. Կատարողականի հաշվեքննությունն իրականացվել է *համակարգին միջոցառումներ* մոտեցմամբ: Նշված մոտեցման դեպքում ուսումնասիրվում է կառավարման համակարգերի պատշաճ գործունեությունը:

**ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ
ԱՌՆՉՎՈՂ ՄԱՐՄԻՆՆԵՐԸ**

111. Հաշվեքննության ենթակա մարմինը (օբյեկտը) Առողջապահության նախարարությունն է:

112. Հաշվի առնելով հաշվեքննության առարկայի միջգերատեսչական բնույթը, հաշվեքննության գործընթացին ներգրավված են եղել նաև Ներքին գործերի և Պաշտպանության նախարարությունները, Առողջապահական և աշխատանքի, ինչպես նաև Քաղաքաշինության, տեխնիկական և հրդեհային անվտանգության տեսչական մարմինները, Քաղաքաշինության կոմիտեն:

**ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ
ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐԸ**

113. Որպես հաշվեքննության չափանիշների աղբյուրներ են դիտարկվել հաշվեքննության առարկային վերաբերելի ՀՀ օրենսդրությունն ու միջազգային լավագույն փորձը, այդ թվում՝ ԱՀԿ-ի ռազմավարական փաստաթղթերն ու ուղեցույցները: Ընտրված չափանիշները ներկայացված են հաշվեքննության յուրաքանչյուր արդյունքին կից:

**ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ
ԺԱՄԿԵՏՆԵՐԸ**

114. Հաշվեքննությունն ընդգրկել է 2023թ. հունվարի 1-ից մինչև 2024թ. մարտի 31-ը ներառող ժամանակաշրջանը: Հաշվեքննությունը կատարվել է 2024 թվականի մարտի 1-ից մինչև հոկտեմբերի 11-ն ընկած ժամանակահատվածում:

**ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ
ԵՆԹԱԿԱ ՄԱՐՄՆԻ
ԱՐՁԱԳԱՆՔԸ**

115. Հաշվեքննության արդյունքներն ամփոփող հաշվեքննության արձանագրությունը սահմանված կարգով ներկայացվել է հաշվեքննության օբյեկտին: Հաշվեքննության օբյեկտի ղեկավարը ստորագրել է այն՝ համաձայնելով հաշվեքննության արձանագրության հետ:

**ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ
ԽՈՒՄԲԸ**

116. Հաշվեքննությունն իրականացվել է Հաշվեքննիչ պալատի կատարողականի հաշվեքննության վարչության կողմից, որի աշխատանքները համակարգել է Հաշվեքննիչ պալատի նախագահ Ատոմ Զանջուղազյանը:

Ատոմ Զանջուղազյան
Հաշվեքննիչ պալատի նախագահ
11 հոկտեմբերի, 2024 թվական
Հաշվեքննիչ պալատ
Բաղրամյան 19, ք. Երևան
Հայաստանի Հանրապետություն

Հավելված 1. Հիմնական տերմիններ

Աղետ – համայնքի կամ հասարակության բնականոն կենսագործունեության խաթարում, որի հետևանքների վերացումն ու հետադետային վերականգնումը գերազանցում են համայնքի կամ հասարակության սեփական ուժերով հաղթահարելու կարողությունը:

Աղետի ռիսկ – աղետ առաջացնող վտանգի հավանականության և այդ աղետին ենթակա համակարգի խոցելիության համադրության արդյունքն է:

Աղետների ռիսկի կառավարում – աղետների ռիսկի նվազեցմանը, պատրաստվածության բարձրացմանը, ԱԻ-ներին արձագանքմանն ու հետադետային վերականգնմանն ուղղված գործընթացներ:

Աղետների ռիսկի նվազեցում – վտանգի գնահատման, կանխման, կանխարգելման, բնակչության, բնակավայրերի, ենթակառուցվածքների ու շրջակա միջավայրի տարրերի խոցելիության նվազեցմանն ու կարողությունների զարգացմանն ուղղված միջոցառումների համալիր:

Անվտանգ հիվանդանոց – ԲՀ, որի ծառայությունները մնում են հասանելի և որը շարունակում է գործել առավելագույն կարողությամբ, նույն ենթակառուցվածքով՝ ԱԻ-ի ազդեցությունից առաջ, դրա ընթացքում և անմիջապես հետո:

Արտակարգ իրավիճակ – իրադրություն, որն առաջացել է որոշակի տարածքում կամ օբյեկտում բնական, կլիմայական, տեխնոլոգիական, կենսաբանական (համաճարակ, անասնահամաճարակ, բույսերի վարակիչ հիվանդություններ) վտանգավոր երևույթների, զենքի տեսակների կիրառման հետևանքով և հանգեցրել է կամ կարող է հանգեցնել մարդկային զոհերի, մարդկանց առողջության վատթարացման, շրջակա միջավայրի վնասման, նյութական կորուստների և կենսագործունեության բնականոն պայմանների խախտման:

Արտակարգ իրավիճակների կառավարում – ԱԻ-ների բոլոր ասպեկտների հասցեագրմանն ուղղված ռեսուրսների և պարտականությունների կազմակերպում և կառավարում, մասնավորապես՝ պատրաստվածության, արձագանքման և նախնական վերականգնման քայլերի: ԱԻ-ը վտանգավոր պայման է, որը պահանջում է հրատապ գործողություններ: Արդյունավետ գործո-

ղությունները կարող են թույլ տալ խուսափել իրավիճակն աղետի վերածվելուց: ԱԻ-ների կառավարումն ընդգրկում է պլաններ և ինստիտուցիոնալ կառուցակարգեր՝ ներգրավելու և ուղենշելու կառավարության, ոչ կառավարական, կամավորական և մասնավոր կազմակերպությունների ջանքերը՝ համապարփակ և կորդինացված ճանապարհով արձագանքելու ԱԻ-ների կարիքների ողջ սպեկտրին:

Առաջնահերթ ռիսկի գործոններ - հնարավոր ռազմական գործողություններ, ուժեղ երկրաշարժեր, Հայկական ատոմային էլեկտրակայանի վթարի առաջացում, նախկին քիմիական արդյունաբերական ձեռնարկություններում վրտանգավոր նյութերի արտահոսքով ուղեկցվող հնարավոր վթարներ, կենսաբանական գործոնով պայմանավորված ԱԻ-ներ, ռազմական գործողությունների կամ բնական աղետների հետևանքով առաջացող միգրացիոն հոսքեր:

Առավելագույն կարողություն – կարողություն, որը հաշվի է առնում ԲՀ-ի կողմից մատուցվող ծառայությունների տեսակներն ու ԱԻ-ներին արձագանքման համար պահանջվող հավելյալ կարողությունը:

Դիմակայունություն - պետության, համայնքի և հասարակության՝ վտանգների ազդեցությանը ժամանակին և արդյունավետ դիմագրավելու, ներգործություններից առաջացած պայմաններին հարմարվելու և արագ վերականգնվելու կարողություն:

Դիմակայուն բժշկական հաստատություն – Դիմակայուն ԲՀ-ն անվտանգ է, ապահով, կայուն և կշարունակի գործել ԱԻ-ներում:

Խոցելիություն - վտանգի, վտանգավոր երևույթի ազդեցությանը ենթակա տարածքում առկա բնակչության տուժելու և բնակավայրերի, շենքերի, շինությունների, ենթակառուցվածքների ու շրջակա միջավայրի տարրերի վնասվելու հակվածության աստիճանը:

Ծավալման կարողություն – առողջապահական ծառայության ունակությունը՝ ընդլայնվելու բնականոն կարողության սահմաններից՝ բավարարելու համար ավելացած պահանջարկը:

Կայուն զարգացում – զարգացում, որը բավարարում է ներկայի պահանջները՝ առանց վտանգելու ապագա սերունդների հնարավորությունները՝ բավարարելու իրենց սեփական պահանջմունքները:

Կառուցվածքային միջոցառումներ – ցանկացած ֆիզիկական կառուցվածք՝ նվազեցնելու կամ խուսափելու վտանգների հնարավոր ազդեցություններից կամ ինժեներական տեխնիկաների կիրառություն՝ հասնելու համար վտանգների հանդեպ դիմակայունության կամ կառույցների / համակարգերի դիմակայունության: Օրինակ՝ երկրաշարժադիմակայուն կառուցվածքներ, տարահանման ապաստարաններ, հեղեղային պատվարներ և այլն: Ֆիզիկական կառուցվածքի դիմակայունության բարձրացումից տարբերվող այլ միջոցառումները համարվում են ոչ կառուցվածքային միջոցառումներ և ներառում են շիննորմերը, սարքավորումների և կահույքի ամրացվածությունը և այլն:

Կարողություն - պետության, համայնքի, կազմակերպության, անհատի մոտ առկա բոլոր հնարավորությունների, հատկանիշների և ռեսուրսների (նյութական, ֆիզիկական, մտավոր) միասնություն, որը կարող է օգտագործվել ԱՌԿ-ի և բնակչության պաշտպանության ոլորտում սահմանված նպատակներին հասնելու համար:

Կենսական համակարգեր – համակարգեր, որոնց խաթարումը կարող է ընդհատել կամ խաթարել հիվանդանոցների գործունեությունը: Ներառում են էլեկտրամատակարարման, ջրամատակարարման, բժշկական գազերի, ջեռուցման, օդափոխության, հրդեհային պաշտպանության համակարգերը:

Կրիտիկական ենթակառուցվածք – ֆիզիկական կառույցներ, հաստատություններ, ցանցեր և այլ ակտիվներ, որոնց տրամադրած ծառայություններն ունեն առանցքային նշանակություն համայնքի կամ հասարակության սոցիալական և տնտեսական կենսագործունեության համար՝ ինչպես առօրյա պայմաններում, այնպես էլ ԱԻ-ների ժամանակ: Ներառում են հիվանդանոցներն ու այլ ԲՀ-ները:

Պատրաստվածություն – ԱՌԿ-ի և բնակչության պաշտպանության համակարգի սուբյեկտների նախապատրաստման շարունակական գործընթացի ապահովման և համալիր համակարգման շնորհիվ՝ ԱԻ-ների սպառնալիքի կամ դրանց առաջացման դեպքում արագ և արդյունավետ արձագանքման հնարավորություն:

Սանիտարական կորուստներ – ոչ անվերադարձ կորուստներն են՝ վիրավորները կամ հիվանդները, որոնք ԱԻ-ի պատճառով կորցրել են մարտունակությունը կամ աշխատունակությունը առնվազն 24 ժամով:

Սեյսմակայունություն - կառուցվածքի դիմացկունությունը երկրաշարժի ազդեցությանը:

Սեյսմիկ ռիսկ - մարդկային, նյութական, մշակութային արժեքների և այլ հնարավոր կորուստներ՝ պայմանավորված ուժեղ երկրաշարժով:

Սեյսմիկ ռիսկի նվազեցում - պետության և հասարակության երկարաժամկետ համալիր և բազմաբնույթ գործողություններ (վարչական, իրավական, սոցիալական, տնտեսական, ուսուցողական, կրթական, գիտական, ինժեներատեխնիկական, կազմակերպչական և այլն)՝ ուղղված ուժեղ երկրաշարժից մարդկային, նյութական, մշակութային արժեքների և այլ հնարավոր կորուստների նվազեցմանը:

Սեյսմիկ խոցելիություն - տարբեր ուժի երկրաշարժերի դեպքում շենքերի և շինությունների վնասման և փլուզման, մարդկային ու նյութական արժեքների կորստի հավանականություն:

Սեյսմիկ խոցելիության գնահատում - շենքերի և շինությունների սեյսմիկ խոցելիության գնահատում (շենքերի, շինությունների հնարավոր վնասվածության աստիճանի կանխատեսում ուժեղ երկրաշարժի դեպքում) և մարդկային ու նյութական արժեքների կորստի հավանականության գնահատում:

Վտանգ - երևույթ, գործընթաց, գործունեություն, իրադարձություն, որը կարող է հանգեցնել մարդկային զոհերի, մարդկանց առողջության վատթարացման, կենսաապահովման միջոցների, գույքի և նյութական կորուստների, սոցիալական, տնտեսական գործունեության և ծառայությունների խաթարումների, շրջակա միջավայրի տարրերին պատճառվող վնասների:

Ուժեղ երկրաշարժ - երկրաշարժ, որի ուժը մեծ է 5.5 բալից:

Ուժեղացում - շինարարական աշխատանքների և միջոցառումների համալիր՝ ուղղված շենքի կամ կառույցի կոնստրուկտիվ տարրերի վերակառուցման միջոցով շենքի կառույցի՝ գործող նորմատիվային պահանջներին համապատասխանեցմանը: Ուժեղացումը պահանջում է հաշվի առնել կառույցի նախագիծը և գործառույթը, այն ազդեցությունները, որոնց կարող է ենթարկվել կառույցն առանձին վտանգների դեպքում, ինչպես նաև ուժեղացման տարբեր եղանակների իրատեսականությունն ու ծախսարդյունավետությունը:

Աղբյուրներ՝ «ԱՌԿ և բնակչության պաշտպանության մասին» օրենքի նախագիծ, «Սեյսմիկ պաշտպանության մասին» օրենք, ՀՀՇՆ 20-06-2014, Առողջապահության նախարարի 2021թ. հունիսի 14-ի «ԱԻ-ներում առողջապահության բնագավառի գործունեության պլանները հաստատելու մասին» թիվ 48-Ն հրաման, Hospital safety index: guide for evaluators – 2nd ed., WHO, 2015, UNISDR terminology on disaster risk reduction. Geneva, United Nations International Strategy for Disaster Reduction, 2009, Glossary of Health Emergency and Disaster Risk Management Terminology, WHO, 2020, Pandemic flu. Managing demand and capacity in health care organizations. (Surge) London, Department of Health, 2009:

Հավելված 2. Առողջապահական ենթակառուցվածքի պատրաստվածությունը ռազմական գործողություններով պայմանավորված արտակարգ իրավիճակներին (Գաղտնի)

