



ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ՀԱՇՎԵՔՆՆԻՉ ՊԱԼԱՏ

Ո Ր Ո Շ ՈՒ Մ

2026 թվականի հուլիսի 14-ի թիվ 37-Ա

ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԲՆԱԳԱՎԱՌԻ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԿԱԴՐԱՅԻՆ ՆԵՐՈՒԺԻ
ՏԱՐԱԾՔԱՅԻՆ ԶԱՐԳԱՅՄԱՆ ՀԱՄԱՉԱՓՈՒԹՅԱՆ ԿԱՏԱՐՈՂԱԿԱՆԻ
ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Ղեկավարվելով «Հաշվեքննիչ պալատի մասին» օրենքի 10-րդ հոդվածի 1-ին մասի
4-րդ կետով՝ Հաշվեքննիչ պալատը

Ո Ր Ո Շ ՈՒ Մ Է՝

1. Հաստատել առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի
տարածքային զարգացման համաչափության կատարողականի հաշվեքննության
հաշվետվությունը՝ համաձայն հավելվածի:

ՀԱՇՎԵՔՆՆԻՉ ՊԱԼԱՏԻ
ՆԱԽԱԳԱՀ



Recoverable Signature

X

Ձ.ՆՄՏ

2026-07-22 12:49:25 GMT+4
Հաշվառված է E-ՊՈԼԻՍ-ի կողմից



/ԱՏՈՄ ԶԱՆՋՈՒՂԱՉԱՆ

Signed by: MKHITARYAN ZHIRAYR 1707930740



ԿԱՏԱՐՈՂԱԿԱՆԻ ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ
ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Հավելված
Հաշվեքննիչ պալատի
2026 թվականի հուլիսի 14-ի N 37 - Ա որոշման

Առողջապահական կադրային ներուժի տարածքային զարգացման համաչափություն

Առողջապահական համընդհանուր ծածկույթի
ապահովումը պահանջում է արդյունավետորեն
հաղցնադրել առողջապահական կադրերի հանդեպ
կարիքի, պահանջարկի և առաջարկի միջև խզումը՝
փարամֆային համաշխարհային պարզացման համարեփում



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

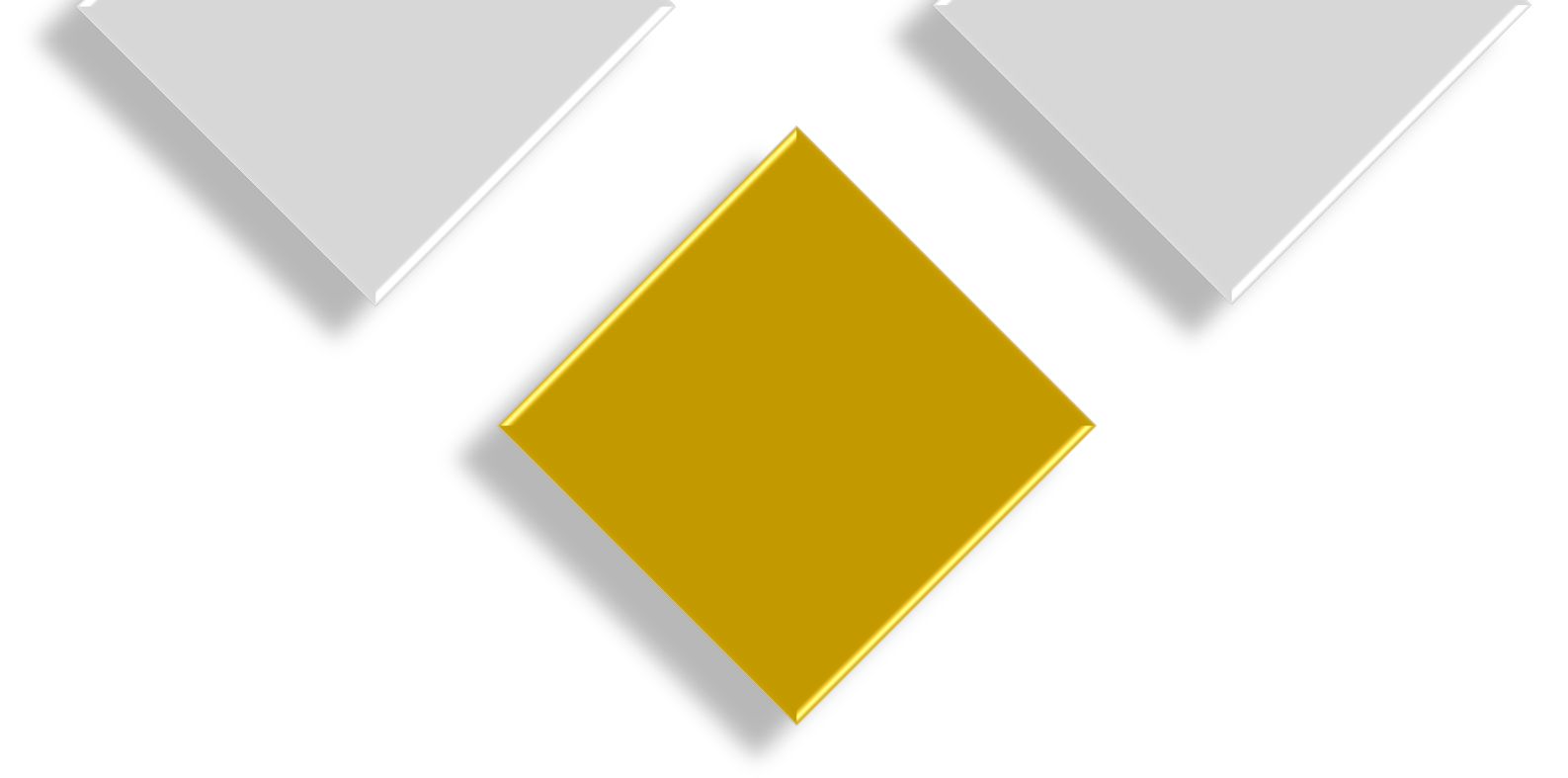
Դրան հասնելու համար Հաշվեքննիչ պալատն իրականացնում է հաշվեքննություններ, որոնց արդյունքում **ժամանակին, մասնագիտական և անկողմնակալ** տեղեկատվություն է տրամադրում հանրությանը, Ազգային ժողովին և Կառավարությանը:

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 հան-
րային շահին միտված հավելյալ արժեք ստեղծելու ներուժից, հիմնախնդրի էականությունից և հաշվեքննելիությու-
նից: Միջնաժամկետ հորիզոնում արտաքին պետական հաշվեքննության 7 առաջնահերթություններն են հանդի-
սանալով՝ (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 զար-
գացումը, (6) Պետական ֆինանսների և սեփականության կառավարման ինստիտուտների զարգացումը, (7) Ներ-
դաշնակ զարգացող համայնքները: Հաշվեքննության առաջնահերթություններին, ինչպես նաև յուրաքանչյուր ա-
ռաջնահերթության շրջանակում ձևակերպված հաշվեքննության հիմնական ուղղություններին հնարավոր է ծանո-
թանալ «Հաշվեքննիչ պալատի 2025-2027թթ. առաջնահերթությունները» փաստաթղթում, որի էլեկտրոնային տար-
բերակը հասանելի է Հաշվեքննիչ պալատի պաշտոնական կայքում. www.armsai.am:



Բովանդակություն

Հապավումներ.....	5
Ամփոփագիր	6
Ներածություն.....	7
Հաշվեքննության արդյունքները.....	20
Պլանավորման համակարգն ապահովել է արդյոք առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի տարածքային համաչափ զարգացում	20
Իրականացված միջոցառումները համարժեքորեն հասցեագրել են արդյոք առողջապահական կադրերի նկատմամբ կարիքն ու պահանջարկը տարածքային համաչափ զարգացման համատեքստում	30
Եզրակացություն	41
Հաշվեքննության մասին	42

Հապավումներ

ԱԱԻ	Առողջապահության ազգային ինստիտուտ
ԱՀԱ	Առողջության համապարփակ ապահովագրություն
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԱՍՀՆ	Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարություն
ԲԲՕՍՄՕ	«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենք
ԲՀ	Բժշկական հաստատություն
ԲՄԿ	Բուժակ-մանկաբարձական կետ
ԵՊԲՀ	Երևանի պետական բժշկական համալսարան
ԿՏԱԿ	Կրթական տեխնոլոգիաների ազգային կենտրոն
ՀՀ	Հայաստանի Հանրապետություն
ՀՊ	Հաշվեքննիչ պալատ
ՄԱԿ	Միավորված ազգերի կազմակերպություն
ՇՄՁ	Շարունակական մասնագիտական զարգացում
ՏՀԶԿ	Տնտեսական համագործակցության և զարգացման կազմակերպություն



ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ

ԻՆՉՈ՞Ւ ԻՐԱԿԱՆԱՑՎԵՑ ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆԸ.

Առողջապահական համընդհանուր ծածկույթի ապահովումը պահանջում է արդյունավետորեն հասցեագրել առողջապահական կադրերի հանդեպ կարիքի, պահանջարկի և առաջարկի միջև խզումը՝ տարածքային համաչափ զարգացման համատեքստում: Տվյալ հաշվեքննության նախաձեռնման համար հիմք է հանդիսացել Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահական կադրերի տարածքային անհամաչափ բաշխվածության հանգամանքը: Մասնավորապես, չնայած մայրաքաղաքում է բնակվում ՀՀ բնակչության 37%-ը, իսկ մարզերում՝ 63%-ը, մայրաքաղաքում են գործել բժիշկների շուրջ 67%-ը, իսկ մարզերում՝ 33%-ը:

Տվյալ հաշվեքննության նպատակն է եղել՝ գնահատել առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի տարածքային համաչափ զարգացմանն ուղղված պետական քաղաքականության միջոցառումների արդյունավետությունը և ներկայացնել դրա բարձրացմանն ուղղված առաջարկություններ:

Հիմնախնդրի արդիականությունը հատկապես ընդգծվում է առողջության համապարփակ ապահովագրության մասշտաբային ռեֆորմի արդյունավետ ընթացքն ապահովելու համատեքստում:

Ի՞ՆՉ ԱՐՁԱՆԱԳՐՎԵՑ. Առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի համաչափ զարգացման ապահովման տեսանկյունից առանցքային համարվող նպատակային ուսուցման միջոցառմանն ուղղված միջոցների օգտագործումը բնութագրվել է նրա պատակային արդյունավետությամբ (նպատակային ուսուցմամբ շրջանավարտների 84.5%-ն աշխատում է մարզերում): Այնուհանդերձ, նշված միջոցառումը դեռևս չի ունեցել էական ազդեցություն բուժաշխատողների անհամաչափ բաշխվածության նվազեցման գործում: Այս, ինչպես նաև վերաբերելի սոցիալական աջակցությամբ

յան միջոցառումներին ցածր ընդգրկվածության և չհամալրված հաստիքները երկարաժամկետում կայուն մակարդակում պահպանվելու պայմաններում, 2016-2024թթ. ընդգրկող ժամանակահատվածում արձանագրվել է մայրաքաղաքի և մարզերի միջև բուժաշխատողների բաշխվածության անհամաչափության խորացման միտում:

ՀՀ հիվանդանոցային և ԱԱՊ հաստատություններում գործող բժիշկների թիվը 2016-2024թթ. աճել է շուրջ 21.7%-ով, սակայն նույն ժամանակահատվածում մայրաքաղաքում գործող բժիշկների թիվն աճել է 24.4%-ով, իսկ մարզերում՝ 16.5%-ով:

Ի տարբերություն բժիշկների, միջին բուժանձնակազմի դեպքում մայրաքաղաք-մարզեր բաշխվածության անհամաչափությունն ավելի փոքր է: Այնուհանդերձ, ՀՀ հիվանդանոցային և ԱԱՊ հաստատություններում գործող միջին բուժանձնակազմի թիվը 2016-2024թթ. նվազել է շուրջ 2.2%-ով: Ընդ որում, մայրաքաղաքում տվյալ ցուցանիշն աճել է 3.7%-ով, մինչդեռ մարզերում նվազել է 8.2%-ով:

2016-2025թթ. ավագ և միջին բուժաշխատողների չհամալրված հաստիքների թվի (չհասցեագրված պահանջարկի) նշանակալի բարելավում չի արձանագրվել:

Արդյունքում, չի ապահովվել օրենքով առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի պլանավորմամբ հետապնդվող նպատակին՝ տարածքային համաչափ զարգացմանը, հասնելու արդյունավետությունը:

Ի՞ՆՉ ԱՆԵԼ. Հաշվեքննիչ պալատը ներկայացնում է մի շարք **առաջարկներ**, որոնք ուղղված են առողջապահության կադրային ներուժի կառավարման համակարգի ինստիտուցիոնալ զարգացմանը՝ տվյալ բնագավառում կուտակված միջազգային լավագույն փորձն արտացոլող չափանիշների տեսանկյունից:

Ներածություն

- 1. Աշխարհում բուժաշխատողների թիվն աճում է, սակայն շարունակում է մնալ անհամաչափ բաշխված, իսկ բուժաշխատողների հանդեպ չհասցեագրված պահանջարկը՝ բարձր:** Մասնավորապես, 2023 թվականին բուժաշխատողների թիվն աշխարհում կազմել է ավելի քան 70 մլն, իսկ դեֆիցիտը՝ 14.7 մլն մարդ¹:
- 2. Կանխատեսվում է, որ բուժաշխատողների պահանջարկը դրսևորելու է աճի միտում՝ պայմանավորված ժողովրդագրական (բնակչության ծերացման միտումներով), ոչ վարակիչ հիվանդությունների և բազմահիվանդացության աճող տեսակարար կշռով:** Նշված միտումներով պայմանավորված, տեղի են ունենալու նաև առողջապահական ծառայությունների պահանջարկի կառուցվածքային տեղաշարժեր՝ մեծացնելով բուժաշխատողների պահանջարկն առողջության առաջնային պահպանման օղակում. այն օղակում, որին ավանդաբար բնորոշ են կադրերի ներգրավման և պահպանման հարաբերականորեն ավելի մեծ դժվարություններ: Ընդ որում, բուժաշխատողների պահանջարկն աճելու է անհամաչափ բաշխման համատեքստում, որը ձևավորում է մի իրավիճակ, երբ երկրում միաժամանակ առկա է լինում թե՛ կադրերի ավելցուկ, թե՛ գործազրկություն²:
- 3. ՄԱԿ-ի կայուն զարգացման նպատակների և համապարփակ առողջապահական ծածկույթի ապահովման ուղղությամբ առաջընթացի արագացման նպատակով, Առողջապահության համաշխարհային համաժողովը հաստատել է³ ԱՀԿ-ի Առողջապահական մարդկային ռեսուրսների գլոբալ ռազմավարությունը⁴** մինչև 2030 թվականն ընդգրկող հորիզոնի համար՝ հորդորելով անդամ-պետություններին ընդգրկել ռազմավարությամբ նախատեսված նպատակներն իրենց ազգային առողջապահական, կրթական և զբաղվածության ռազմավարություններում՝ ազգային առաջնահերթություններին և առանձնահատկություններին համահունչ, ապահովել ներպետական (հորիզոնական և ուղղահայաց) համագործակցություն առողջապահական աշխատուժին վերաբերելի քաղաքականությունների արդյունավետ իրականացման համար:

¹ The Sustainable Development Goals Report 2025, UN, էջ 15:

² Working for Health 2022-2030 Action Plan, WHO.

³ Առողջապահության համաշխարհային համաժողովի WHA69.19 (2016) բանաձև:

⁴ Global strategy on human resources for health: workforce 2030, WHO, 2016.

նացման համար, ինչպես նաև համարժեք ֆինանսավորում: Գլոբալ ռազմավարությամբ սահմանված նպատակները ներառում են՝

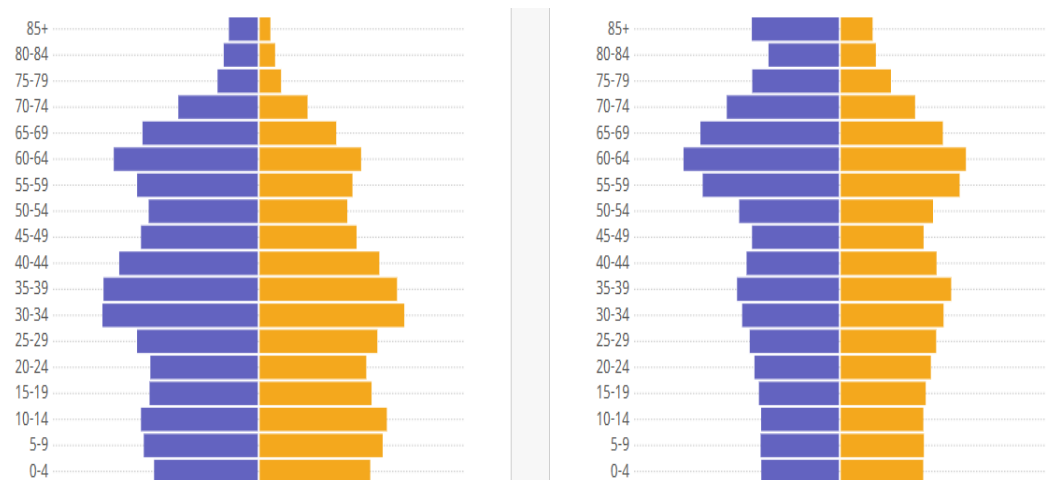
- ակտիվորեն կանխատեսել և ծածկել առողջապահական աշխատուժի հանդեպ կարիքի, պահանջարկի և առաջարկի միջև խզումը, ներառյալ՝ ըստ աշխարհագրական բաշխվածության.
- ձևավորել առողջապահական մարդկային ռեսուրսների արդյունավետ կառավարման և առաջնորդության ինստիտուցիոնալ կարողություններ:

4. Գլոբալ միտումներին համահունչ, ՀՀ-ում մարդիկ ապրում են համեմատաբար ավելի երկար և ավելի առողջ: ՀՀ-ում կյանքի սպասվող տևողությունը հետևողականորեն աճել է: Եթե 1960 թվականին այն կազմում էր 59.1 տարի⁵, ապա 2024 թվականին այն հասել է 78.6⁶ տարվա և կանխատեսվում է, որ կշարունակի աճել:

5. Բնակչության բարձր տարիքային խմբի տեսակարար կշռի աճի պայմաններում կարևոր է առողջ ծերացում ապահովելը (կյանքի առողջ տարիների մաքսիմալացումը): Նշված գործոնները պայմանավորելու են նաև առողջական խնդիրներ ունեցող և երկարաժամկետ խնամք պահանջող անձանց թվի և առողջապահական ծառայությունների կարիքի աճը:

Գծապատկեր 1.

ՀՀ բնակչության ժողովրդագրական առկա (2023թ.՝ ձախ գրաֆիկ) և կանխատեսվող պատկերը (2050թ.՝ աջ գրաֆիկ)՝ ըստ տարիքի և սեռի



Աղբյուր՝ ԱՀԿ, Demographic change 2023 – 2050: Գրաֆիկների ձախ կողմում ներկայացված է կանանց թիվը, իսկ աջ կողմում՝ տղամարդկանց:

2016-2024թթ. ՀՀ հիվանդանոցային և ԱԱՊ հաստատություններում գործող բժիշկների թիվը և միտումները

6. ՀՀ հիվանդանոցային և ԱԱՊ հաստատություններում գործող բժիշկների

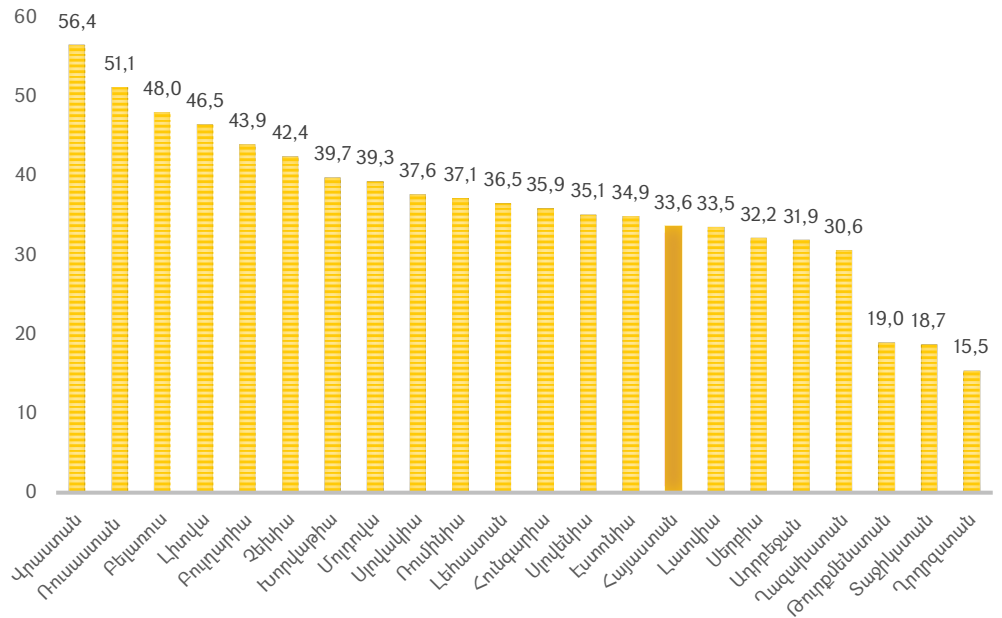
⁵ https://worldscorecard.com/scorecards/armenian-scorecard/life-expectancy/?utm_source=chatgpt.com#google_vignette

⁶ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք 2025, էջ 16:

թիվը 2024 թվականին կազմել է 11,401⁷:

7. 10,000 բնակչի հաշվով բժիշկների թվով Հայաստանը համադրելի 22 երկրների շարքում զբաղեցրել է 15-րդ տեղը:

Գծապատկեր 2. Բժիշկների թիվը համադրելի երկրներում (10,000 բնակչի հաշվով), 2023թ.

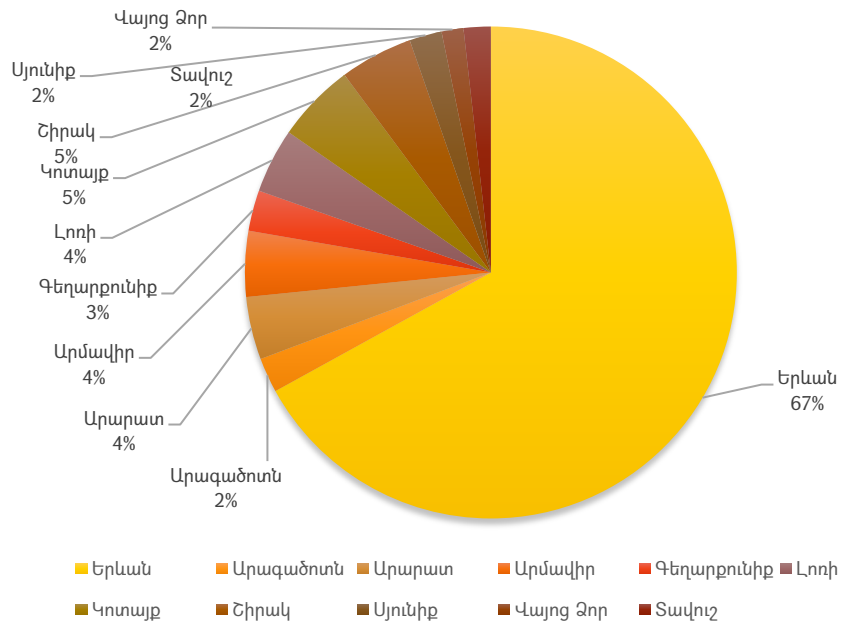


Աղբյուր՝ ԱՀԿ, Medical doctors (per 10,000), հասանելի ամենաթարմ տվյալները:

8. Հանրապետությունում բժիշկների տարածքային բաշխվածությունը բնութագրվում է անհամաչափությամբ: Մասնավորապես, չնայած մայրաքաղաքում է բնակվում << բնակչության 37%-ը, իսկ մարզերում՝ 63%-ը, 2024թ. դրությամբ մայրաքաղաքում են գործել բժիշկների շուրջ 67%-ը, իսկ մարզերում՝ 33%-ը (Գծապատկեր 3):

⁷ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք 2025, էջ 215:

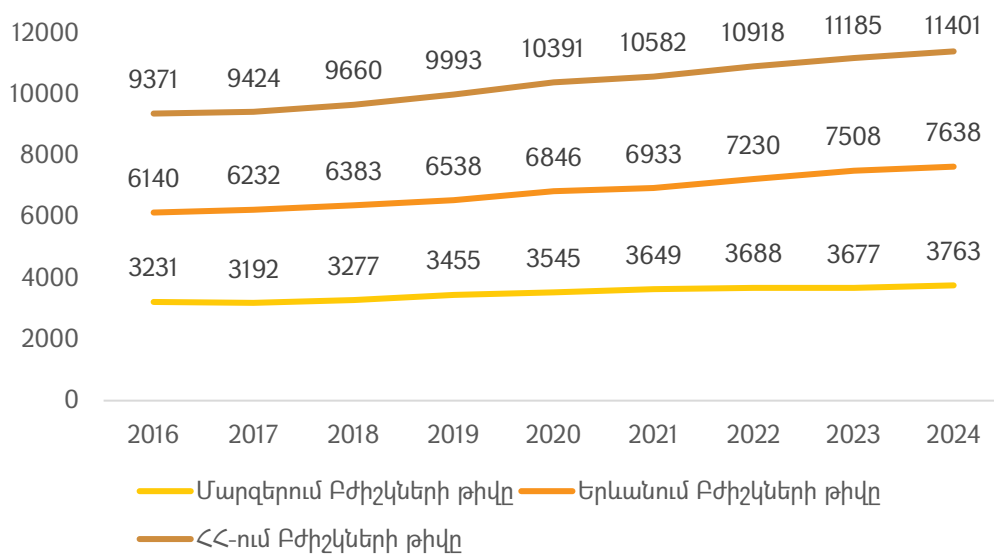
Գծապատկեր 3. Բժիշկների տարածքային բաշխվածությունն ըստ մայրաքաղաքի և մարզերի, 2024թ.



Աղբյուր՝ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2025թ., ԱԱԻ:

9. ՀՀ հիվանդանոցային և ԱԱԴ հաստատություններում գործող բժիշկների թիվը 2016-2024թթ. ընկած ժամանակահատվածում աճել է շուրջ 21.7%-ով, սակայն նշված աճն ուղեկցվել է մարզերի և մայրաքաղաքի միջև անհամաչափության խորացմամբ: Մասնավորապես, նույն ժամանակահատվածում Երևանում գործող բժիշկների թիվն աճել է 24.4%-ով, իսկ մարզերում՝ 16.5%-ով:

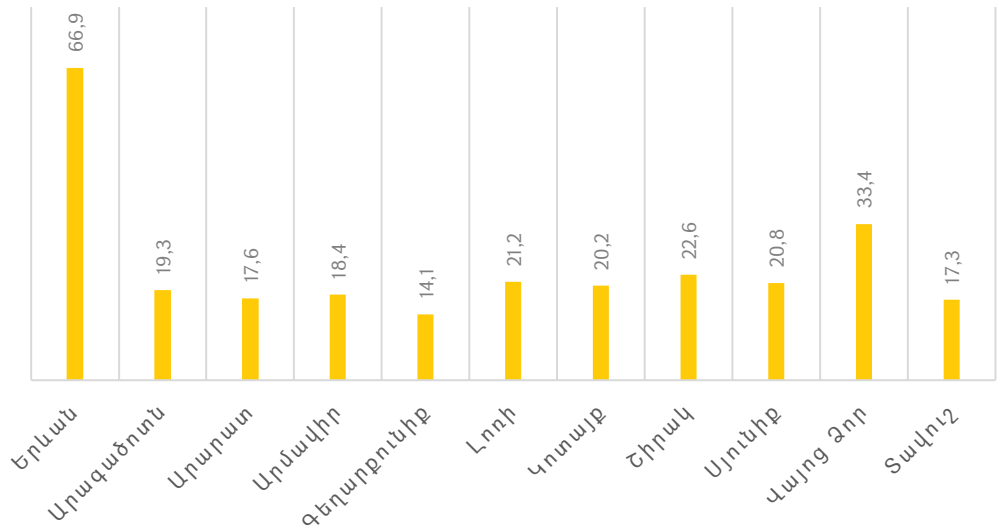
Գծապատկեր 4. Բժիշկների թվի փոփոխությունը 2016-2024թթ.



Աղբյուր՝ Առողջություն և առողջապահություն վիճակագրական տարեգրքեր, ԱԱԻ:

10. Ըստ այդմ, 2024թ. դրությամբ, 10,000 բնակչի հաշվով բժիշկների թիվը մայրաքաղաքում կազմել է 66.9 մարդ, իսկ մարզերում տատանվել է 14.1-33.4 միջակայքում (2-4-ապատիկ ավելի պակաս):

Գծապատկեր 5. Բժիշկների թիվը, 10,000 բնակչի հաշվով, 2024թ.



Աղբյուր՝ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգրքեր, ԱԱԻ:

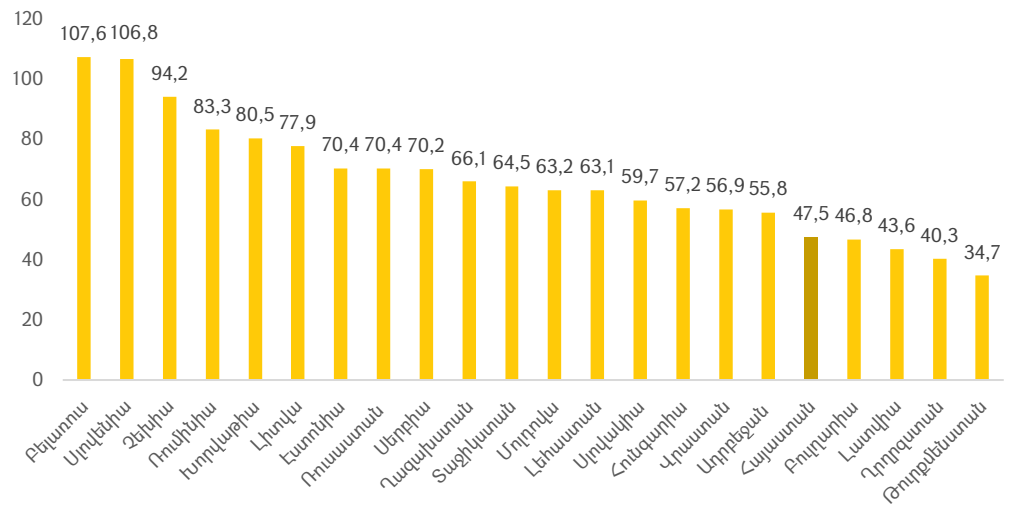
2016-2024թթ. ՀՀ հիվանդանոցային և ԱԱՊ հաստատություններում գործող միջին բուժանձնակազմի թիվը և միտումները

11. ՀՀ հիվանդանոցային և ԱԱՊ հաստատություններում գործող միջին բուժանձնակազմի թիվը 2024 թվականին կազմել է 15,949⁸:

12. Համադրելի երկրների համեմատությամբ 10,000 բնակչի հաշվով բուժքույրական և մանկաբարձական անձնակազմի թվով ՀՀ-ն զբաղեցնում է 18-րդ տեղը:

⁸ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք 2025, էջ 219:

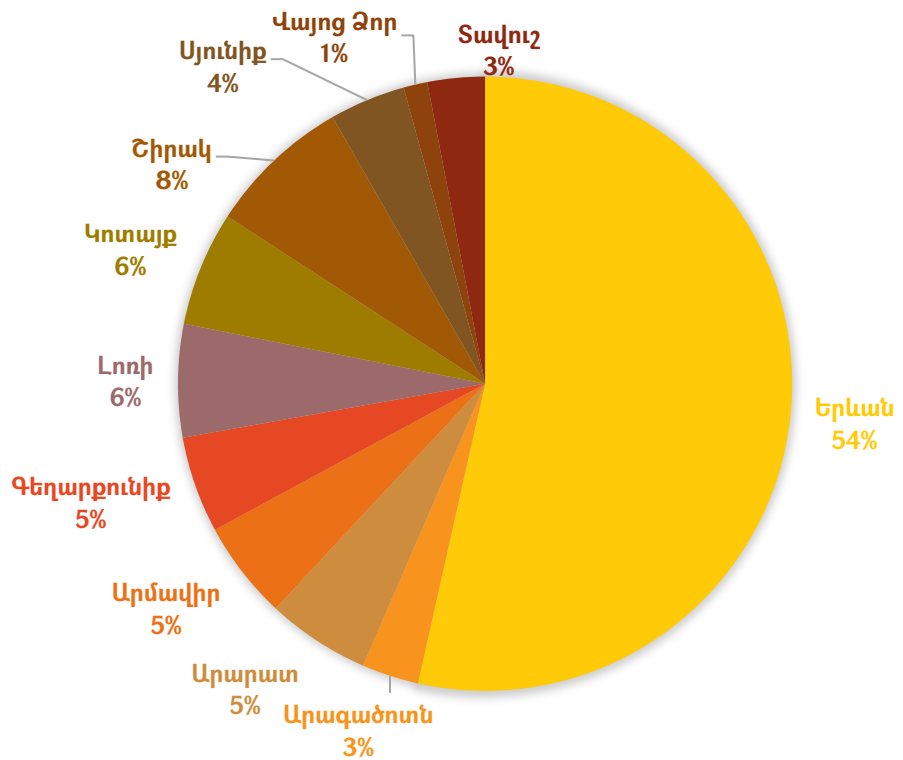
Գծապատկեր 6. Բուժքույրական և մանկաբարձական անձնակազմի թիվը համադրելի երկրներում (10,000 բնակչի հաշվով), 2023թ.



Աղբյուր՝ ԱՀԿ, Nurses and Midwifery (per 10,000), հասանելի ամենաթարմ տվյալները:

13. Ի տարբերություն բժիշկների, միջին բուժանձնակազմի դեպքում մայրաքաղաք-մարզեր բաշխվածության անհամաչափությունն ավելի փոքր է: Մասնավորապես, 2024թ. դրությամբ մայրաքաղաքում է գործում միջին բուժանձնակազմի շուրջ 54%-ը, իսկ մարզերում՝ 46%-ը:

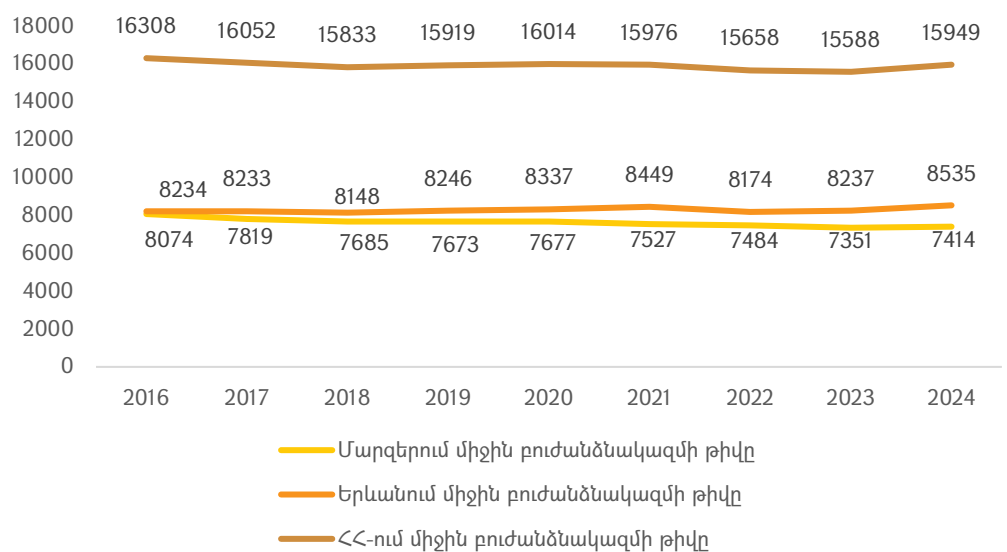
Գծապատկեր 7. Միջին բուժանձնակազմի տարածքային բաշխվածությունն ըստ մայրաքաղաքի և մարզերի, 2024թ.



Աղբյուր՝ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք 2025թ., ԱԱԻ:

14. Այնուհանդերձ, ՀՀ հիվանդանոցային և ԱԱՊ հաստատություններում գործող միջին բուժանձնակազմի թիվը 2016-2024թթ. նվազել է շուրջ 2.2%-ով: Հատկանշական է այն փաստը, որ Երևանում տվյալ ցուցանիշն աճել է 3.7%-ով, մինչդեռ մարզերում նվազել է 8.2%-ով:

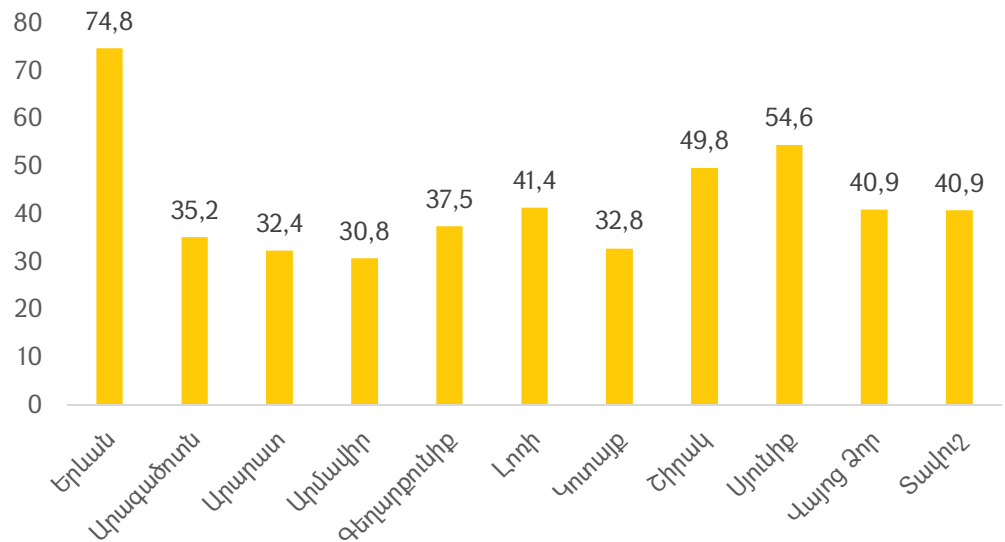
Գծապատկեր 8. Միջին բուժանձնակազմի թվի փոփոխությունը 2016-2024թթ.



Աղբյուր՝ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգրքեր, ԱԱԻ:

15. Ըստ այդմ, 2024թ. դրությամբ, 10,000 բնակչի հաշվով միջին բուժանձնակազմի թիվը մայրաքաղաքում կազմել է 74.8 մարդ, իսկ մարզերում տատանվել է 30.8-54.6 միջակայքում:

Գծապատկեր 9. Միջին բուժանձնակազմի թիվը, 10,000 բնակչի հաշվով, 2024թ.

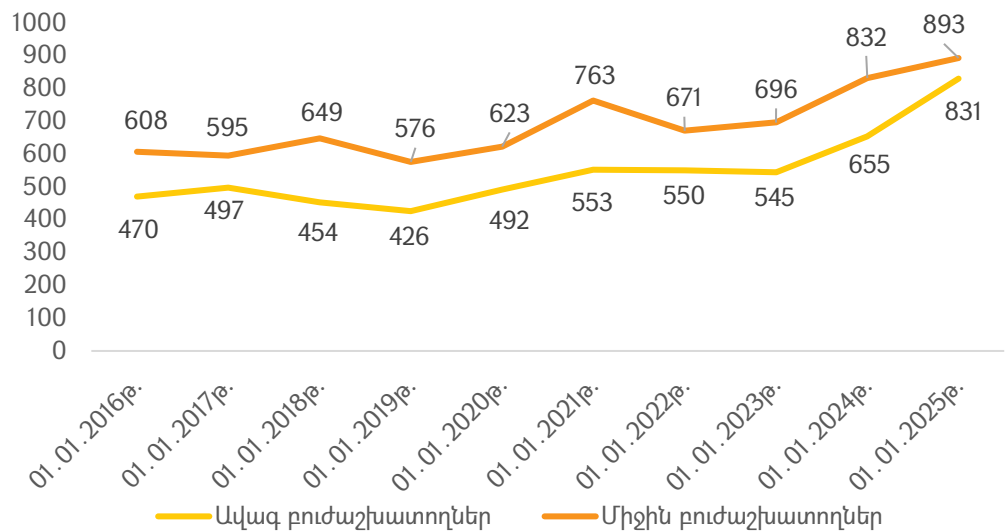


Աղբյուր՝ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2025թ., ԱԱԻ:

2016-2024թթ. ՀՀ հիվանդանոցային և ԱԱՊ հաստատություններում բուժաշխատողների չհամալրված հաստիքների փոփոխության միտումները

16. ԱՆ տրամադրած տեղեկատվության համաձայն, 2016-2025թթ. ավագ և միջին բուժաշխատողների չհամալրված հաստիքների թիվը դրսևորել է աճի միտում:

Գծապատկեր 10. Ավագ և միջին բուժաշխատողների չհամալրված հաստիքների թիվը*



Աղբյուր՝ Առողջապահության նախարարություն (20.03.2026թ. թիվ ԱԱ/05/8962-2026 գրություն):

* ԲՀ-ներում չհամալրված հաստիքների⁹ վերաբերյալ **գծապատկեր 10-ում** ներկայացված տեղեկատվությունը ԱՆ-ում առկա չի եղել: Նախարարությունը Հաշվեքննիչ պալատի հարցմանը պատասխանելու նպատակով տվյալները ստացել է մարզպետարաններին և ԱՆ-ի ենթակայությամբ¹⁰ գործող ԲՀ-ներին հասցեագրված գրությունների միջոցով և ստացված տեղեկատվությունը ներկայացրել է Հաշվեքննիչ պալատին:

17. Հաշվեքննության իրականացման ժամանակահատվածում ուսումնասիրվել է Առողջապահության նախարարության պաշտոնական կայքում հրապարակված թափուր հաստիքների վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Այդ տվյալների համաձայն, ավագ բուժաշխատողների թափուր հաստիքների թիվը տատանվել է 267.5-ից 286.25 միջակայքում, իսկ միջին բուժաշխատողների մասով 01.04.2026թ. դրությամբ հրապարակված է եղել ընդամենը 5.25 թափուր հաստիք:

⁹ Չհամալրված հաստիքների վերաբերյալ ցուցանիշը հաշվարկվել է, որպես ԲՀ-ների հաստիքների ընդհանուր թվի և փաստացի համալրված հաստիքների թվի տարբերություն:

¹⁰ Կառավարության 20.02.2025թ. թիվ 194-Ն որոշմամբ մարզային 42 ԲՀ-ների բաժնետոմսերի կառավարման լիազորությունները վերապահվել են ԱՆ-ին:

Ամսաթիվ	Ավագ բուժաշխատողների թափուր հաստիքների թիվը
30.01.2025թ.	286.25
01.09.2025թ.	267.5
01.04.2026թ.	278.75

18. Միևնույն խնդրո առարկային վերաբերելի երկու աղբյուրների միջև տվյալների էական շեղումները ձևավորում են բուժաշխատողների թափուր հաստիքների ցուցանիշի ճշգրտության ռիսկ: Վերջինս ենթակա է հասցեագրման բուժաշխատողների ռեգիստրում անհրաժեշտ գործիքակազմի ներդրմամբ, ինչը հնարավորություն կտա ինքնաշխատ եղանակով գեներացնել ԲՀ-ներում թափուր հաստիքների վերաբերյալ տվյալները:

19. Այնուհանդերձ, տվյալների երկու աղբյուրների պարագայում էլ, թափուր (չհամալրված) հաստիքների դինամիկայի վերլուծությամբ, բուժաշխատողների հանդեպ չհասցեագրված պահանջարկի էական բարելավում չի արձանագրվել:

ՀԱՇՎԵՔՆՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿԸ

21. Տվյալ հաշվեքննության նպատակն է եղել՝ գնահատել առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի տարածքային համաչափ զարգացմանն ուղղված պետական քաղաքականության միջոցառումների արդյունավետությունը և ներկայացնել դրա բարձրացմանն ուղղված առաջարկություններ:

ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐՆ ՈՒ ՀԱՆՁՆԱՌՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

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

22.1. ՀՀ Սահմանադրության համաձայն, յուրաքանչյուր ոք, օրենքին համապատասխան, ունի առողջության պահպանման իրավունք, իսկ պետության քաղաքականության հիմնական նպատակներից է բնակչության առողջության պահպանման և բարելավման ծրագրերի իրականացումը, արդյունավետ և մատչելի բժշկական սպասարկման պայմանների ստեղծումը, ինչպես նաև տարածքային համաչափ զարգացումը (Սահմանադրության 85-րդ հոդվածի 1-ին մաս, 86-րդ հոդվածի 7-րդ և 10-րդ կետեր):

22.2. Վերոնշյալ սահմանադրական նպատակադրումներին համահունչ, օրենսդիրը սահմանել է առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի պլանավորման ինստիտուտը՝ որպես բնակչության առողջության պահպանման և բարելավման ծրագրերի իրականացման, արդյունավետ և հասանելի բժշկական սպասարկման պայմանների ստեղծման, մարդու և հանրային առողջության պահպանման և տարածքային համաչափ զարգացման նպատակով առողջապահության բնագավառում մասնագիտական գործունեություն իրականացնող ավագ և միջին բուժաշխատողների¹¹ քանակի և մասնագիտությունների պահանջարկի կարճաժամկետ, միջնաժամկետ և երկարաժամկետ գնահատման և պահանջարկի բավարարմանն ուղղված միջոցառումների համալիր¹²:

22.3. Կառավարության 2021-2026թթ. ծրագրով գերակա նպատակ է

¹¹ Ավագ բուժաշխատողներ են համարվում առողջապահության բնագավառում որոշակի մասնագիտական գործունեություն իրականացնող ֆիզիկական անձինք, որոնք ունեն համապատասխան բարձրագույն կրթություն ու բժշկի որակավորում, մասնագիտացում և օրենսդրությամբ սահմանված կարգով ստացել են մասնագիտական գործունեության և ՇՄԶ հավաստագրեր, իսկ միջին բուժաշխատողներ են համարվում առողջապահության բնագավառում որոշակի մասնագիտական գործունեություն իրականացնող ֆիզիկական անձինք, որոնք ունեն առնվազն միջին մասնագիտական կամ նախնական մասնագիտական (արհեստագործական) կրթություն ու որակավորում և օրենսդրությամբ սահմանված կարգով ստացել են առաջին անգամ մասնագիտական գործունեության կամ ՇՄԶ հավաստագիր (ԲԲՕՍՄՕ-ի 2-րդ հոդվածի 1-ին մասի 20-րդ և 21-րդ կետեր):

¹² ԲԲՕՍՄՕ 2-րդ հոդվածի 1-ին մասի 64-րդ կետ:

սահմանվել առողջապահության ոլորտի մարդկային ներուժի պատրաստման, արդյունավետ պլանավորման և կառավարման միջոցով բժշկական հաստատությունները բարձրագույն և հետբուհական ու միջին մասնագիտական կրթությամբ որակյալ մասնագետներով ապահովելը՝ բժշկական օգնության և սպասարկման որակը բարձր պահելու նպատակով (Կառավարության ծրագրի «4.5 Առողջապահություն» բաժնի 13-րդ ենթակետ)¹³:

22.4. ՄԱԿ-ի կայուն զարգացման նպատակներից է՝ ապահովել առողջ կյանք և խթանել բոլորի բարեկեցությունը՝ անկախ տարիքից (Նպատակ 3): Առողջապահական աշխատուժն ունի հիմնարար նշանակություն նշված նպատակի իրագործման, համապարփակ առողջապահական ծածկույթի, մարդկանց առողջության, առողջապահական համակարգի դիմակայունության և որակյալ մարդկային կապիտալով ներառական տնտեսական աճի ապահովման գործում: Նշված նպատակի շրջանակում նախատեսվում է էականորեն ավելացնել առողջապահության ֆինանսավորումը և բուժանձնակազմին աշխատանքի ընդունումը, զարգացումը, վերապատրաստումը և պահպանումը զարգացող երկրներում (Թիրախ 3.c): *Տվյալ թիրախի ապահովման ցուցիչներից է սահմանվել բուժաշխատողների խտությունն ու բաշխվածությունը* (Ցուցիչ 3.c.1):

ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆԱՑՈՒՄԸ

23. Հաշվեքննությունը կենտրոնացել է հետևյալ գործոնների վրա.

- **Պլանավորում.** Որքանո՞վ է կադրային կարիքների և կրթական պատվերի գնահատման գործընթացը հիմնված միջազգային ստանդարտների (WISN, NHWA) վրա:
- **Տարածքային համաչափություն.** Բժշկական մասնագիտական անձնակազմի բաշխման համաչափությունը Երևանի և մարզերի, ինչպես նաև տարբեր մարզերի միջև:
- **Տվյալներ և թվայնացում.** Բուժաշխատողների ռեգիստրի ֆունկցիոնալությունը և դերը՝ որպես կառավարչական որոշումների հիմք:
- **Կադրերի պահպանում.** Մարզերում մասնագետների պահպանմանն ուղղված պետական միջոցառումների ազդեցությունը:

24. Հաշվեքննության հարցերը, ժամկետները, մոտեցումը և մեթոդաբանական այլ մանրամասները ներկայացված են **«Հաշվեքննության մասին»** բաժնում:

¹³ Կառավարության 18.08.2021թ. թիվ 1363-Ա որոշում:

ԻՆՉՈ՞Ւ Է ԱՅՆ ԷԱԿԱՆ

25. Հաշվեքննության նշված կենտրոնացման էականությունը պայմանավորված է նրանով, որ առողջապահական ծառայությունների հասանելիությունը կանխորոշող էական գործոն է մարդկային ռեսուրսների հասանելիությունը և արդյունավետ տեղաբաշխվածությունը.

- **Կայուն զարգացում.** Մարզերում թափուր (չհամալրված) հաստիքների չնվազումը և կադրային ներուժի ոչ համարժեք պլանավորումը ձևավորում են ռիսկեր առողջապահական համակարգի կայուն զարգացման տեսանկյունից:
- **Փաստահեն կառավարում.** Պետական միջոցների (նպատակային ուսուցում, սոցիալական փաթեթներ) օգտագործման **նպատակայնության և երկարաժամկետ արդյունավետության ապահովումը** սերտորեն փոխկապակցված է համարժեք վերլուծական գործիքակազմի ներդրման և կադրային հոսքերի փաստահեն կանխատեսման հետ:
- **ԱՀԱ ներդրման սահուն ընթացքի ապահովում.** Առողջության համապարփակ ապահովագրության ներդրման համատեքստում մասնագիտական կադրային կարիքի բացահայտումն ու հետևողական հասցեագրումը համակարգի արդյունավետ գործունեության կարևոր նախադրյալներից է:

Հաշվեքննության արդյունքները

Պլանավորման համակարգն ապահովել է արդյոք առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի տարածքային համաչափ զարգացում

**ԻՆՉՈՒՒ Է ՏՎՅԱԼ
ՀԱՐՑԸ ԿԱՐԵՎՈՐ**

26. Առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի արդյունավետ պլանավորումը բնակչությանը որակյալ, հասանելի և շարունակական բժշկական օգնություն և սպասարկում ապահովելու հիմնական նախադրյալներից է: Պլանավորման համակարգի թերությունները կարող են հանգեցնել մասնագետների անհամաչափ կենտրոնացման, թափուր հաստիքների չհամալրման և ծառայությունների հասանելիության սահմանափակումների թերհասցեագրման:

27. Կադրային կարիքների և պահանջարկի համարժեք գնահատումն էական նշանակություն ունի պետական միջոցների նպատակային օգտագործման համար, մասնավորապես՝ կրթական պատվերի և իրական կարիքի միջև խզումը նվազագույնի հասցնելու տեսանկյունից՝ կառավարելով այն իրավիճակը, երբ բժշկական որոշ մասնագիտությունների (մասնագիտացումների) գծով գերհագեցվածությունն ուղեկցվում է մյուսների դեֆիցիտով:

ՊԱՏՃԱՌՆԵՐ

28. Հաշվեքննության տվյալ արդյունքը պայմանավորող հիմնական պատճառներն են՝

- ՀՀ մասշտաբով միասնական և համակարգված պլանավորում չի իրականացվել՝ պայմանավորված ԱՆ ենթակայության ներքո չգտնվող ԲՀ-ների գծով սահմանափակումներով:
- Ներդրված չի եղել աշխատուժի կարիքի գնահատման միջազգայնորեն ընդունված մեթոդաբանություն (մասնավորապես՝ ԱՀԿ-ի կողմից երաշխավորված WISN գործիք):
- Բացակայել են մեխանիզմները, որոնք թույլ կտային հետևել կադրերի հոսունությանը և թափուր հաստիքների համալրման արագությանը, որի պատճառով սահմանափակվել են պրոակտիվ կադրային քաղաքականություն իրականացնելու հնարավորությունները:

ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐ

29. Առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի պլանավորումն իրականացնում է լիազոր մարմինը (Առողջապահության նախարարությունը):

Աղբյուր՝ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 35-րդ հոդվածի 1-ին մաս:

30. Առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի պլանավորումն իրականացվում է իրավիճակային վերլուծության և վիճակագրական ցուցանիշների հիման վրա...

Աղբյուր՝ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 35-րդ հոդվածի 2-րդ մաս:

31. Նախատեսվել է իրականացնել առողջապահական մարդկային ներուժի որակյալ համակարգի ձևավորում և կառավարում, այդ թվում՝

- ՀՀ-ում անհրաժեշտ առողջապահական կադրերի ներկայիս և հեռանկարային պահանջարկը հաշվարկելու համար նորմատիվների սահմանում (աշխատանքային ծանրաբեռնվածության գնահատում որևէ մարզային բժշկական հաստատությունում՝ օգտվելով ԱՀԿ-ի կողմից մշակված «Անհրաժեշտ աշխատակազմի ծանրաբեռնվածության ցուցանիշները» (Workload Indicators of Staffing Needs) մեթոդաբանությունից և անհրաժեշտ մասնագետների ցուցակի ձևավորում՝ ըստ յուրաքանչյուր մարզի միջին և երկարաժամկետ առողջապահական կարիքների):

- Առողջապահական մարդկային ներուժի տեղեկատվական միասնական և համապարփակ տվյալների շտեմարանի ձևավորում:

Աղբյուր՝ Կառավարության 2023թ. փետրվարի 9-ի «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգի 2023-2026 թվականների զարգացման ռազմավարությունը և դրանից բխող միջոցառումների ցանկը հաստատելու մասին» թիվ 174-Լ որոշմամբ հաստատված թիվ 1 հավելվածի 127-րդ կետի 3-րդ ենթակետ:

32. Առանձնահատուկ կարևորություն ունի այնպիսի միջոցառումների իրականացումը, որոնք կաջակցեն նորավարտ մասնագետների մուտքը աշխատաշուկա:

Աղբյուր՝ Global strategy on human resources for health: workforce 2030, WHO, 2016. (page 26, poin 44)

33. Մարդկային ռեսուրսների կառավարման համակարգի արդյունավետության գնահատումը ներառում է թափուր հաստիքների համալրման միջին տևողության, կրթության և զբաղվածության ընթացքում հոսունության մակարդակի վերլուծությունը:

Աղբյուր՝ Global strategy on human resources for health: workforce 2030, WHO, 2016. (page 34, poin 72)

34. Լիազոր մարմինը պետք է վարի բուժաշխատողների թարմացվող (իրական ժամանակում) ռեգիստր՝ ապահովելով տվյալների արդիականությունը:

Աղբյուր՝ Global strategy on human resources for health: workforce 2030, WHO, 2016. (page 21)

35. Ռեգիստրի ձևավորումն իրականացվում է երկու եղանակով՝ տվյալների մուտքագրման և տվյալների ինքնաշխատ լրացման կամ փոխանցման: Ռեգիստրում տվյալների մուտքագրումն իրականացվում է բուժաշխատողի կամ կլինիկական օրդինատորի (կլինիկական ռեգիդենտի) կողմից: Ինքնաշխատ եղանակով օրենսդրությամբ սահմանված կարգով տվյալները ստացվում են տվյալների սկզբնաղբյուր հանդիսացող բազաներից: Բուժաշխատողը կամ կլինիկական օրդինատորը (կլինիկական ռեգիդենտը) իրականացնում են տվյալների մուտքագրում կամ թարմացում՝ աշխատանքային կարգավիճակի փոփոխության դեպքում՝ այդ փոփոխության ի հայտ գալու պահից երեք աշխատանքային օրվա ընթացքում:

Աղբյուր՝ Կառավարության 2021թ. դեկտեմբերի 23-ի «Բուժաշխատողների ռեգիստրի ձևավորման և վարման կարգը հաստատելու մասին» թիվ 2142-Ն որոշման հավելվածի 4-7-րդ կետեր:

36. Բոլոր երկրները մինչև 2030թ. պետք է գրանցեն առաջընթաց առողջապահության ոլորտի կադրերի համաչափության ոլորտում անհավասարությանների կրճատման ուղղությամբ՝ նպատակադրելով դրանց կիսով չափ նվազեցումը:

Աղբյուր՝ Global strategy on human resources for health: workforce 2030, WHO, 2016, p. 9.

ՀԱՄԱԵԹՍԸ

37. Առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի պլանավորումը բնակչության առողջության պահպանման և բարելավման ծրագրերի իրականացման, արդյունավետ և հասանելի բժշկական սպասարկման պայմանների ստեղծման, մարդու և հանրային առողջության պահպանման և տարածքային համաչափ զարգացման նպատակով առողջապահության բնագավառում մասնագիտական գործունեություն իրականացնող ավագ և միջին բուժաշխատողների քանակի և մասնագիտությունների պահանջարկի կարճաժամկետ, միջնաժամկետ և երկարաժամկետ գնահատման և պահանջարկի բավարարմանն ուղղված միջոցառումների համալիր է:

Աղբյուր՝ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 2-րդ հոդվածի 1-ին մասի 64-րդ կետ:

ԱՌԿԱ ԻՐԱՎԻՃԱԿ

38. Պահանջարկի համապարփակ գնահատման սահմանափակումներ. Առողջապահական համակարգի մարդկային ռեսուրսների արդյունավետ պլանավորման, կանխատեսման և կառավարման անհրաժեշտ նախադրյալը ԲՀ-ների կադրային ներուժի վերաբերյալ **ժամանակին և ամբողջական տվյալների** առկայությունն է:

39. ԱՆ-ի կողմից պարբերաբար հավաքվել և պաշտոնական կայքում հրապարակվել է տեղեկատվություն իր ենթակայության ներքո գտնվող մարզային ԲՀ-ների թափուր հաստիքների վերաբերյալ:

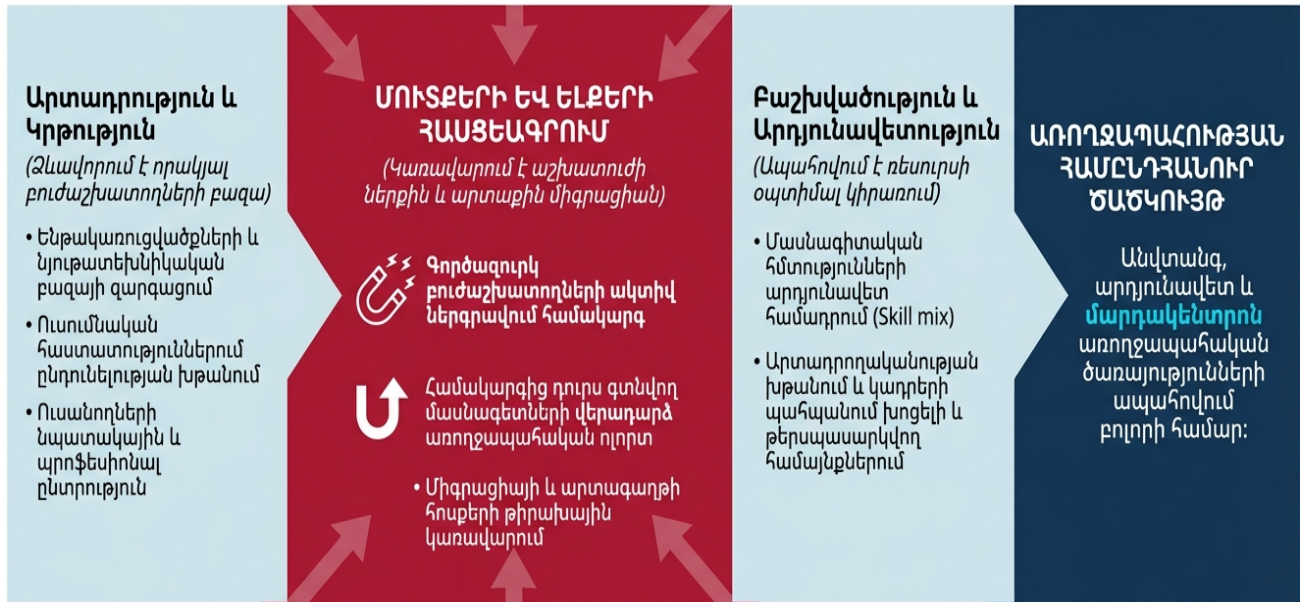
40. Գործող իրավակարգավորումներով նախատեսված չեն հաշվետվողականության կամ տեղեկատվության պարտադիր ներկայացման այնպիսի մեխանիզմներ, որոնց համաձայն ԱՆ-ի ենթակայության ներքո չգտնվող ԲՀ-ները (մասնավոր, համայնքային, համալսարանական) կանոնավոր կերպով ԱՆ-ին կտրամադրեին թափուր հաստիքների (պահանջարկի) վերաբերյալ տվյալներ: Նման մեխանիզմի բացակայությունը սահմանափակում է Հանրապետության մասշտաբով առողջապահական մարդկային ռեսուրսների պահանջարկի **համապարփակ** գնահատման հնարավորությունը:

41. Ամբողջական առաջարկի հիման վրա պահանջարկի հասցեագրման սահմանափակումներ. Առկա չեն գործազուրկի կարգավիճակ ունեցող կամ համակարգից դուրս զբաղված բուժաշխատողներին նույնականացնելու մեխանիզմներ, ինչպես նաև չեն իրականացվել վերջիններիս՝ համակարգ վերադարձնելու ուղղությամբ միջոցառումներ: Այս համատեքստում հարկ է նկատել, որ առկա մասնագետների (գործազուրկ կամ համակարգից դուրս գտնվող)՝ համակարգ ներգրավմամբ, բուժաշխատողների պահանջարկի հասցեագրումն ավելի ծախսարդյունավետ մոտեցում է, քան նոր կադրերի պատրաստման ճանապարհով կադրային դեֆիցիտի հաղթահարումը:

42. Վերլուծական գործիքակազմի սահմանափակումներ. ԱՆ-ի կողմից չեն իրականացվում կադրային հոսքերի խորքային վերլուծություններ, մասնավորապես՝

- թափուր հաստիքների համալրման միջին տևողության գնահատում մայրաքաղաքում և մարզերում (*աշխատաշուկայի արձագանքման արագությունը*).
- կադրերի հոսունության գնահատումներ.
- նույն տարվա ընթացքում համակարգում աշխատանքի անցնող շրջանավարտների թվի գնահատում՝ ըստ տարածքային բաշխվածության (մայրաքաղաք / մարզեր):

Առողջապահական աշխատաշուկայի ձևավորման քաղաքականության լծակները



Աղբյուր՝ Global strategy on human resources for health: workforce 2030, WHO, 2016. (page 13, Figure 2: Policy levers to shape health labour markets):

43. Սահմանված չեն կադրերի ներկա և հեռանկարային պահանջարկի հաշվարկման միասնական նորմատիվներ: Մասնավորապես, չի ներդրվել ԱՀԿ-ի կողմից երաշխավորված WISN (աշխատանքային ծանրաբեռնվածության հիման վրա անձնակազմի կարիքների որոշման) մեթոդաբանությունը, ինչը թույլ կտար հաշվարկել անհրաժեշտ մասնագետների թվաքանակը՝ ըստ փաստացի ծանրաբեռնվածության և տեղական առանձնահատկությունների:

44. Չեն ձևավորվել անհրաժեշտ մասնագետների ցանկեր՝ ըստ յուրաքանչյուր մարզի ներկա, միջնաժամկետ և երկարաժամկետ առողջապահական կարիքների:

45. Ժողովրդագրական (սերնդափոխության) ռիսկեր. Կադրային պլանավորման գործընթացը չի հասցեագրել բուժաշխատողների տարիքային կառուցվածքը: Մարզերում բժիշկների մինչև 22%-ը գտնվում է 65 և բարձր տարիքային խմբում, իսկ մինչև 31%-ը՝ 55-65 տարիքային խմբում¹⁴:

¹⁴ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք 2025թ., ԱԱԻ:

46.Բժշկական մասնագիտություններ. Կադրային ներուժի տարածքային անհամաչափ բաշխվածությունն առավել սուր է արտահայտված որոշ բժշկական մասնագիտությունների գծով: Օրինակ՝ սրտաբան-ռեանիմատոլոգների, մանկական սրտաբանների, սրտային վիրաբույժների, ինտերվենցիոն սրտաբանների, նյարդաբանների (այդ թվում՝ մանկական), նյարդավիրաբույժների (ներառյալ՝ անոթային, էնդովասկուլյար, մանկական), մանկաբույժների և քիթ-կոկորդ-ականջաբանների պարագայում մարզերի մեծ մասում նկատվում է մասնագետների բացակայություն: Իսկ մի շարք դեպքերում, մեկ բժշկին բաժին ընկնող բնակչության թիվը մարզերում գերազանցում է մայրաքաղաքի համապատասխան ցուցանիշն՝ ընդհուպ տասնյակ անգամներով¹⁵:

47. Առողջապահական կադրային ներուժի տարածքային անհամաչափ բաշխվածությունը շարունակվում է շրջանավարտների թվի աճի պայմաններում: Ընդ որում, միջին բուժաշխատողների մասով նկատվում է համակարգում զբաղվածների նվազման միտում՝ շրջանավարտների աճի ֆոնին:

Տարեթիվ	Բարձրագույն բժշկական և ոչ բժշկական ուսումնական կազմակերպությունների շրջանավարտներ	Միջին մասնագիտական ուսումնական կազմակերպությունների շրջանավարտներ
2020թ.	1,043	1,337
2021թ.	1,423	1,188
2022թ.	1,031	1,111
2023թ.	1,308	1,289
2024թ.	1,402	1,713

Աղբյուր՝ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2025թ., ԱԱԻ:

Ծանոթություն. 2021թ.-ից տվյալներն իրենց մեջ ներառում են առաջին և երկրորդ աստիճանի կրթական ծրագրեր իրականացնող բարձրագույն հաստատությունների շրջանավարտների թվերը:

¹⁵ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք 2025թ., ԱԱԻ:

Ներդիր 1.

Կադրային ներուժի պլանավորման կարողությունների զարգացման վերաբերյալ

Առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի արդյունավետ պլանավորումը պետք է հիմնված լինի ոչ թե պարզ քանակական ցուցանիշների, այլ՝ աշխատանքային ծանրաբեռնվածության կանխատեսվող ծավալների վրա: Ըստ ԱՀԿ-ի «Workforce 2030» ռազմավարության, առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի պլանները պետք է հասցեագրեն հետևյալ ուղղությունները.

- **Կարիքների ճշգրիտ գնահատում.** Սահմանել բուժաշխատողների անհրաժեշտ քանակը, կատեգորիան և որակավորումը՝ ելնելով բնակչության առողջապահական փաստացի կարիքներից:
- **Կրթություն և տեղաբաշխում.** Ապահովել որակյալ մասնագետների պատրաստման և նրանց համաչափ տարածքային տեղաբաշխման կարողությունը:
- **Ներգրավում և պահպանում.** Զարգացնել մասնագետների ներգրավման և ռեգիոններում պահպանման մեխանիզմները՝ կիրառելով ֆինանսական և ոչ ֆինանսական (բնակարանային, մասնագիտական և այլ) խրախուսման ռազմավարություններ:

Աղբյուր՝ Global strategy on human resources for health: workforce 2030, WHO, 2016. (page 25, point 40)

Աշխատակազմի կարիքի աշխատանքային ծանրաբեռնվածության ցուցանիշներ (WISN)

WISN (Workload Indicators for Staffing Need) գործիքն ուղեցույց է հանդիսանում առողջապահության ոլորտի կառավարիչների համար՝ հնարավորություն տալով վերլուծել և հաշվարկել բուժաշխատողների փաստացի ծանրաբեռնվածությունը, ինչի հիման վրա էլ որոշվում է բժշկական հաստատությունների աշխատուժի իրական պահանջարկը:

Աղբյուր՝ Global strategy on human resources for health: workforce 2030, WHO, 2016. (page 48)

Կադրային ներուժի պլանավորման ՏՀՀԿ (OECD) մոդելը

Տնտեսական համագործակցության և զարգացման կազմակերպության (OECD) անդամ երկրներում առողջապահական կադրերի կարիքի գնահատումն իրականացվում է «Stock-and-flow» (պաշարների և հոսքերի) մոդելով: Ի տարբերություն պարզ վիճակագրական հաշվառման, այս մոդելը հաշվի է առնում.

- **Ակտիվության աստիճանը.** ոչ թե բժիշկների ընդհանուր թիվը, այլ նրանց փաստացի աշխատածամանակը, որն ուղղվում է պացիենտների սպասարկմանը (direct patient care):
- **Կանխատեսվող հոսքերը.** մոդելը կանխատեսում է ապագա մատակարարումը՝ հիմնվելով նոր շրջանավարտների (ներհոսք) և կենսաթոշակի անցնողների կամ համակարգից դուրս եկողների (արտահոսք) հարաբերակցության վրա:

Տվյալ մոտեցումը հնարավորություն է տալիս գնահատել ոչ միայն ներկա պահանջարկը, այլև կանխատեսել ապագա անհամամասնությունները և ժամանակին ապահովել թիրախային ներհոսք:

Աղբյուր՝ Global strategy on human resources for health: workforce 2030, WHO, 2016. (page 44)

48. ԱՀԱ ներդրման հայեցակարգի համաձայն, տարիների ընթացքում ձևավորված խնդիրները, որոնք բերել են համակարգը կադրերով ապահովման գործառույթների արդյունավետության նվազեցման, պետք է իրենց առաջնահերթ լուծումները ստանան ապահովագրական համակարգի ներդրումից առաջ, ինչպես նաև ներդրմանը զուգահեռ՝ առաջացող նոր հարաբերությունների պայմաններում:

49. ԱՆ-ի կողմից տրամադրված տեղեկատվության համաձայն, չի իրականացվել ԱՀԱ ներդրմամբ պայմանավորված՝ բուժաշխատողների լրացուցիչ կարիքի գնահատում:

Բուժաշխատողների ռեգիստրի վերաբերյալ

50. Ավագ և միջին բուժաշխատողների ճշգրիտ թվաքանակի, մասնագիտացումների վերաբերյալ ճշգրիտ տեղեկատվություն ունենալու նպատակով, «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի համաձայն (2020 թվականին ընդունված նոր խմբագրությամբ), վարվում է բուժաշխատողների ռեգիստր (2024 թվականի մայիս ամսից՝ նաև կլինիկական օրդինատորների):

51. Բուժաշխատողների ռեգիստրը ստեղծում և վարում է լիազոր մարմինը: Ռեգիստրի հիմնական նպատակը առողջապահության բնագավառում **գործունեություն իրականացնող** ավագ, միջին բուժաշխատողների և կլինիկական օրդինատորների (կլինիկական ռեզիդենտների) վերաբերյալ տվյալների **հավաքումը, հաշվառումը, պահպանումը, ուսումնասիրումը, վերլուծությունը, կանխատեսումը և օրենքով նախատեսված դեպքերում դրանց փոխանցումն ապահովելն է**¹⁶:

52. Միջազգային չափանիշների համաձայն, բուժաշխատողների ռեգիստրը պետք է ներառի հետևյալ նվազագույն տեղեկատվությունը¹⁷.

- նույնականացման քարտի տվյալներ (համար, տրման և վավերականության ժամկետներ).
- անուն, ազգանուն, հայրանուն, նախկին ազգանուն.
- ծննդյան տվյալներ (ամսաթիվ, սեռ, ծննդավայր, լուսանկար).
- քաղաքացիություն, բնակության երկիր և լեզուների տիրապետում.
- հասցե (մշտական և ժամանակավոր բնակության).
- կոնտակտային տվյալներ (հեռախոսահամար, էլ. փոստ).
- մասնագիտական լիցենզիա և հավաստագրում (կրթություն, տրամադրող հաստատություն, ժամկետներ).
- զբաղվածություն (պաշտոն, աշխատանքային կարգավիճակ).
- գործատուի հասցե (ընթացիկ աշխատավայրի ամբողջական հասցեն).
- տվյալները ներկայացնող հաստատություն (ներկայացնող կազմակերպության անվանումը և ամսաթիվը):

53. Ռեգիստրի հիմնական գործառույթներն են.

- աշխատուժի պլանավորումը և կարիքների գնահատումը.

- որակավորման կառավարումը, ներառյալ՝ լիցենզավորումը և վերապատրաստումները.
- ֆինանսական կառավարումը, այդ թվում՝ աշխատավարձերի և թափուր տեղերի հաշվառմամբ.
- տվյալների փոխգործելիությունը տարբեր տեղեկատվական համակարգերի միջև:

54. Կառավարության 2021–2026թթ. գործունեության միջոցառումների ծրագրով նախատեսված էր մինչև 2023թ. հունիսը բուժաշխատողների ռեգիստրը լիարժեք ինտեգրել պետական տվյալների այլ բազաներին (ՊԵԿ «Հարկատու-3», Ոստիկանության «Բնակչության պետական ռեգիստր», ԱՆ ՔԿԱԳ և ԿԳՄՄՆ «ԿՏԱԿ»):

55. Արձանագրվել է, որ մինչև հաշվեքննության իրականացման ավարտը, սահմանված վերջնաժամկետում լիարժեք ինտեգրումը չի իրականացվել: Մասնավորապես, տեղի չի ունեցել ինտեգրումը ԱՆ ՔԿԱԳ և ԿԳՄՄՆ «ԿՏԱԿ» տվյալների բազաներին:

56. Հսկողական մեխանիզմների վերաբերյալ. Թեև սահմանված է բուժաշխատողի կողմից տվյալների թարմացման 3-օրյա ժամկետ, սակայն բացակայում են հսկողական մեխանիզմներ բուժաշխատողի կողմից տեղեկատվությունը ժամանակին և ամբողջական լրացնելու նկատմամբ:

57. Վերլուծական գործիքակազմի անբավարարություն. Թեև բուժաշխատողների ռեգիստրը ներկայումս ունի տեսակավորման լայն հնարավորություններ, այնուամենայնիվ առկա են հետևյալ սահմանափակումները.

- տվյալների արտահանման հնարավորության բացակայություն.
- թափուր հաստիքների չներկայացվածություն.
- աշխատող և չաշխատող կադրերի անվանական ցանկերի չներկայացվածություն:

58. Թափանցիկություն և հաշվետվողականություն. Չնայած ԱՀԿ-ի ուղենիշներին¹⁶ և բուժաշխատողների ռեգիստրի ձևավորման և վարման կարգի 18-րդ կետի (*հանրության համար տվյալներն անհրաժեշտ են իր բժշկական կարիքներին առավել համապատասխանող բուժաշխատող ընտրելու հնարավորության ապահովման նպատակով*)՝ տվյալները հանրությանը հասանելի դարձնելու վերաբերյալ դրույթին, **hrh.am** կայքում ներկայացված տեղեկատվությունն ամբողջական չէ: Միջին բուժաշխատողների վերաբերյալ տվյալներ առկա չեն, իսկ ավագ բուժաշխատողների մասով ներկայացված է ընդամենը 78 բժիշկ, ինչը չի կարող ապահովել բուժառուների՝ իրենց կարիքներին համապատասխանող մասնագետ ընտրելու իրավունքը:

¹⁶ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 9-րդ հոդված:

¹⁷ Human Resources for Health Information System. Minimum Data Set for Health Workforce Registry, WHO, 2015.

¹⁸ Global strategy on human resources for health: workforce 2030, WHO, 2016. (page 35, point 76):

Ներդիր 2.

ԱՀԿ ստանդարտները առողջապահական աշխատուժի ռեգիստրների վերաբերյալ

Տվյալների համապարփակ ծածկույթ. Ռեգիստրները պետք է աստիճանաբար ընդլայնեն նվազագույն տվյալների փաթեթը՝ ներառելով առողջապահական աշխատողների թվաքանակի, բաշխվածության, հոսքերի (շարժի), պահանջարկի, առաջարկի, կարողությունների և վարձատրության վերաբերյալ համապարփակ ցուցանիշներ:

Գործող աշխատուժի տվյալների ճշգրտում. Աշխատողների ռեգիստրի կապը վարձատրության ցուցակների հետ կարող է օգնել բացահայտելու և իրականացնելու ճշգրտումներ համակարգում փաստացի չաշխատող անձանց մասով:

Թափանցիկություն և անվտանգություն. Բուժաշխատողների վերաբերյալ տվյալները պետք է հասանելի լինեն հանրությանը՝ բուժառուներին իրազեկված ընտրության հնարավորություն տալու համար:

Աղբյուր՝ Global strategy on human resources for health: workforce 2030, WHO, 2016. (Page 35՝ Point 75-76)

59. Այսպիսով, հաշվեքննությամբ արձանագրված փաստերը վկայում են, որ բուժաշխատողների ռեգիստրն ունի դեռևս չիրացված ներուժ բուժաշխատողների վերաբերյալ տվյալների հավաքման, հաշվառման, պահպանման, վերլուծության և կանխատեսման գործառույթների լիարժեք իրականացումն ապահովելու տեսանկյունից:

ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Առողջապահության նախարարությանը

60. Մշակել բուժաշխատողների հանդեպ կարիքի և պահանջարկի գնահատման՝ միջազգային չափանիշներին համապատասխանող մեթոդաբանություն (*Առաջարկություն N 1*):

61. Ապահովել բուժաշխատողների ռեգիստրում վերոնշյալ մեթոդաբանության համաձայն գնահատումների իրականացման համար անհրաժեշտ ամբողջական, ճշգրիտ և ժամանակին տվյալների առկայությունը (*Առաջարկություն N 2*):

Իրականացված միջոցառումները համարժեքորեն հասցեագրել են արդյոք առողջապահական կադրերի նկատմամբ կարիքն ու պահանջարկը՝ տարածքային համաչափ զարգացման համատեքստում

ԻՆՉՈ՞Ւ Է ՏՎՅԱԼ ՀԱՐՑԸ ԿԱՐԵՎՈՐ

62. Մարզերում առողջապահական մասնագետների ներգրավման ու երկարաժամկետ պահպանման միջոցառումների արդյունավետությունն ունի էական նշանակություն տարածքային համաչափ զարգացման և բժշկական ծառայությունների հասանելիության ապահովման տեսանկյունից:

ՊԱՏՃԱՌՆԵՐ

63. Հաշվեքննության տվյալ արդյունքը պայմանավորող հիմնական պատճառներն են՝

- Նպատակային ուսուցման պլանավորված տեղերի քանակն ունի բարելավման հեռանկար՝ մարզերում բուժաշխատողների պահանջարկի / կարիքի բավարարման համատեքստում.
- Մարզերում բուժաշխատողների պահպանմանն ուղղված սոցիալական աջակցության ծրագրերն ունեցել են սահմանափակ ընդգրկում:

ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐ

64. «Առողջապահության համակարգի մարդկային ներուժի զարգացման 2022-2026 թվականների գործողությունների ծրագիրը հաստատելու մասին» Կառավարության որոշման նախագծի մշակման միջոցառում:

Աղբյուր՝ Կառավարության 2021թ. նոյեմբերի 18-ի «Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2021-2026 թվականների գործունեության միջոցառումների ծրագիրը հաստատելու մասին» թիվ 1902-Լ որոշմամբ հաստատված թիվ 1 հավելվածի «Առողջապահության նախարարություն» բաժնի 23.1 կետ:

65. «Մարզային բժշկական հաստատությունները կադրերով ապահովման, այդ թվում՝ բուժաշխատողների սոցիալական աջակցության և խրախուսման մեխանիզմների վերաբերյալ միջոցառումների ցանկը հաստատելու մասին» Առողջապահության նախարարի հրամանի ընդունում:

Աղբյուր՝ Կառավարության 2023թ. փետրվարի 9-ի «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության համակարգի 2023-2026 թվականների զարգացման ռազմավարությունը և դրանից բխող միջոցառումների ցանկը հաստատելու մասին» թիվ 174-Լ որոշմամբ հաստատված թիվ 2 հավելվածի «2.5.1. Բժշկական կրթության որակի բարելավում» բաժնի 2-րդ կետ:

66. Նպատակային ուսուցմամբ ընդունված ուսանողի հետ կնքված պայմանագրում պարտադիր ամրագրվում է նաև հետևյալ պայմանը. ուսանողը ավարտելուց հետո՝ առնվազն 3 տարի ժամկետով, Հայաստանի Հանրապետության կառավարության սահմանած կարգով գործուղվում է աշխատելու ուղեգրող կազմակերպության նախատեսած վայրերում:

Աղբյուր՝ «Կրթության մասին» օրենքի 6-րդ հոդվածի 3.2 մաս:

67. ԲՈՒՀ-ը պարտավորվում է սովորողի հետ կնքված պայմանագրի կրկնօրինակը դրա կնքումից հետո 15-օրյա ժամկետում ներկայացնել Հայաստանի Հանրապետության կրթության և գիտության նախարարություն:

Աղբյուր՝ ՀՀ Կառավարության 22.01.2015թ. թիվ 324-Ն որոշման 2-րդ հավելվածի 3.1-րդ կետի «գ» ենթակետի:

68. ԲՈՒՀ-ն ավարտելուց հետո շրջանավարտը մինչև տվյալ տարվա սեպտեմբերի 20-ը ԲՈՒՀ է ներկայացնում բնակավայրում գործունեություն ծավալող կազմակերպության հետ կնքած աշխատանքային պայմանագրի պատճենը, իսկ հաջորդող յուրաքանչյուր տարվա համար՝ տվյալ կազմակերպությունում աշխատելու մասին տեղեկանք:

Աղբյուր՝ ՀՀ Կառավարության 22.01.2015թ. թիվ 324-Ն որոշման 1-ին հավելվածի 6-րդ կետի:

69. Պայմանագրի պահանջների կատարման նկատմամբ հսկողությունն իրականացնում է Հայաստանի Հանրապետության կրթության և գիտության նախարարությունը:

Աղբյուր՝ ՀՀ Կառավարության 22.01.2015թ. թիվ 324-Ն որոշման 2-րդ հավելվածի 6.2-րդ կետ:

70. ԱՍՀՆ իր նպատակների և խնդիրների կենսագործման նպատակով կազմակերպում և ապահովում է աշխատաշուկայի ընթացիկ իրավիճակի և բնակչության զբաղվածության հիմնախնդիրներն ուսումնասիրելու (վերլուծելու) աշխատանքների իրականացումը, բնակչության զբաղվածության կարգավորման նպատակով, աշխատաշուկայի ընթացիկ իրավիճակին և ձևավորված պահանջներին համապատասխան, մշակում է զբաղվածության պետական ծրագրեր և ապահովում է այդ ծրագրերի իրականացումը:

Աղբյուր՝ ՀՀ վարչապետի 2018թ. հունիսի 11-ի «Հայաստանի Հանրապետության աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության կանոնադրությունը հաստատելու մասին» թիվ 700-Լ որոշման հավելվածի 11-րդ կետի 4-րդ ենթակետ:

ԱՌԿԱ ԻՐԱՎԻՃԱԿ

71. Առկա է խզում առողջապահական համակարգի կադրային առաջարկի և մարզային պահանջարկի միջև: Վերջին 5 տարիների (2020-2024թթ.) ընթացքում բժիշկ-մասնագետ շրջանավարտների միջին տարեկան թիվը կազմել է 1,241 (որից ԵՊԲՀ-ի շրջանավարտներինը՝ 597), իսկ միջին բուժանձնակազմինը՝ 1,328:

72. Համաձայն ԱՍՀՆ տվյալների՝ ՀՀ-ում գործազուրկների կազմում առողջապահության մասնագետները շարունակում են մեծ թիվ կազմել¹⁹: Չնայած մասնագետների առկայությանը, պահպանվում է մարզերում բուժաշխատողների չհամալրված հաստիքների չնվազման միտումը:

Նպատակային ուսուցում

73. Նպատակային ուսուցումը մասնագիտական կրթական ծրագրերով պետության համար առաջնային և կարևորություն ներկայացնող բնագավառները, ինչպես նաև Հայաստանի Հանրապետության տարածաշրջանները, այդ թվում՝ սահմանամերձ և բարձրլեռնային բնակավայրերը, համապատասխան որակավորմամբ մասնագետներով ապահովելու նպատակով իրականացվող ուսուցում է²⁰:

74. Նպատակային ուսուցմամբ ընդունված ուսանողի հետ կնքված պայմանագրում պարտադիր ամրագրվում է հետևյալ պայմանը.

- Ուսանողն ավարտելուց հետո առնվազն երեք տարի ժամկետով Հայաստանի Հանրապետության կառավարության սահմանած կարգով գործուղվում է աշխատելու ուղեգրող կազմակերպության նախատեսած վայրերում:
- Այս պայմանը չկատարելու դեպքում շրջանավարտը Հայաստանի Հանրապետության կառավարության սահմանած կարգով և ժամկետներում պարտավոր է փոխհատուցել ուսումնառության տարիների համար Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեից տրամադրված ուսանողական նպաստի ձևով ուսման վճարի լրիվ փոխհատուցման չափի և պետական կրթաթոշակի չափի հանրագումարի կրկնապատիկը: Փոխհատուցված գումարի 70 տոկոսը բարձրագույն ուսումնական հաստատությունը վերադարձնում է Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջե, իսկ 30 տոկոսը տնօրինում է Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով²¹:

75. Պայմանագրային պարտավորությունների և հսկողության վերաբերյալ. Հաշվեքննությամբ արձանագրվել է, որ.

- ԲՈՒՀ-երի և ուսանողների միջև կնքված պայմանագրերում բացակայել է պարտադիր աշխատանքային գործունեության և փոխհատուցման վերաբերյալ օրենսդրական պահանջը:

¹⁹ Հայաստանի Հանրապետության աշխատաշուկայի իրավիճակը 2025 թվականի դեկտեմբերի 1-ի դրությամբ:

²⁰ «Կրթության մասին» օրենքի 3-րդ հոդվածի 27-րդ կետ:

²¹ «Կրթության մասին» օրենքի 6-րդ հոդվածի 3.2-րդ մաս:

- ԿԳՄՍ նախարարության կողմից չի իրականացվել պայմանագրերի պահանջների կատարման նկատմամբ հսկողությունը: Համաձայն ԿԳՄՍՆ պարզաբանման՝ առողջապահության բնագավառի նպատակային ուսուցման շրջանավարտներին առնչվող հարաբերությունները **չեն կարգավորվել** ՀՀ Կառավարության 22.01.2015թ. թիվ 324-Ն որոշմամբ:
- Չնայած իրավական պահանջին, ԲՈՒՀ-երը ԿԳՄՍՆ-ին չեն ներկայացրել կնքված պայմանագրերի կրկնօրինակները:

76. ԱՆ-ի և ուսանողների միջև կնքվել են «Աշխատելու պարտավորություն ստանձնելու մասին» պայմանագրեր (նշված պայմանագրերի օրինակելի ձև ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված չէ), որտեղ սահմանվել է, որ ուսումնառությունն ավարտած դիմորդի ավարտական փաստաթուղթը (դիպլոմը) մնում է ԱՆ-ում: Ավարտական փաստաթղթի բնօրինակը դիմորդին է տրվում պայմանագրով ստանձնած պարտավորություններն ամբողջությամբ կատարելուց հետո:

77. Հաշվի առնելով վերոգրյալը, հաշվեքննությամբ առաջարկվել է Առողջապահության նախարարությանը և ԿԳՄՍ նախարարությանը մշակել և ներդնել ԲՈՒՀ-Ուսանող-ԱՆ փոխհարաբերությունները կարգավորող գործուն մեխանիզմներ, որոնք կերաշխավորեն կողմերի միջև արդյունավետ կոորդինացումը: ԿԳՄՍ նախարարությունը, առաջարկությանն ի պատասխան հայտնել է, որ իրականացվում են «Բարձրագույն կրթության և գիտության» մասին օրենքից բխող ենթաօրենսդրական իրավական ակտերի մշակման և ներդրման աշխատանքներ (այդ թվում՝ կրթաթոշակի նոր կարգ, պետության համար առաջնահերթություն ներկայացնող մասնագիտություններով պետական կրթաթոշակների հատկացման պայմաններ, աշխատաշուկա-ԲՈՒՀ հարաբերություններին առնչվող այլ կարգավորումներ), որոնց համատեքստում, ԱՆ-ի հետ համագործակցությամբ, կդիտարկվեն ԲՈՒՀ-Ուսանող-ԱՆ փոխհարաբերությունները կարգավորող գործուն մեխանիզմներ:

78. **Նպատակային ուսուցման տեղերի բաշխման անհամաչափություն.** Առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի պահանջարկի բավարարման նպատակով յուրաքանչյուր տարի լիազոր մարմինը (Առողջապահության նախարարությունը) կրթության բնագավառի պետական կառավարման լիազոր մարմին է ներկայացնում տեղեկատվություն ընդհանուր մրցույթից առանձնացված միջին մասնագիտական, բարձրագույն և հետբուհական մասնագիտական կրթական ծրագրերով նպատակային ուսուցման անհրաժեշտ տեղերի վերաբերյալ²²: Ստացված համապատասխան տեղեկատվության հիման վրա Կառավարության համապատասխան որոշումներով սահմանվում են նպատակային ուսուցման ծրագրին հատկացվող տեղերի քանակները:

²² «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 35-րդ հոդվածի 3-րդ մաս:

79. Սկսած 2021-2022թթ. ուսումնական տարվանից, ԵՊԲՀ «Բուժական գործ» մասնագիտությանը հատկացվել են նպատակային ուսուցման տեղեր²³:

80. Հատկացված նպատակային տեղերը բոլոր մարզերի համար (բացառությամբ Կոտայքի մարզի) սահմանվել են **հավասարաչափ**: Սա վկայում է այն մասին, որ պլանավորման հիմքում չեն դրվել մարզերում բուժաշխատողների իրական կարիքներն ու պահանջարկը, քանի որ թե՛ թափուր հաստիքների թիվը, թե՛ բժիշկների խտությունը (10,000 բնակչի հաշվով) ըստ մարզերի տարբերվում են:

81. Համաձայն ԱՆ-ի պարզաբանման՝ նպատակային տեղերի հավասարաչափ բաշխումը դիտարկվել է որպես սկզբնական մոտեցում, իսկ շրջանավարտների փաստացի տեղաբաշխումն իրականացվում է ըստ առողջապահական համակարգի ընթացիկ կարիքների:

82. Վերոնշյալի վերաբերյալ հարկ է նշել, որ մարզերի միջև տեղերի հավասար բաշխումը չի հասցեագրում մարզերում բժշկական կադրերով ապահովվածության անհամաչափ պատկերը: Մասնավորապես, 2024թ. դրությամբ, 10,000 բնակչի հաշվով բժիշկների թիվը մարզերում տատանվել է 14.1-ից 33.4 միջակայքում: Նման պայմաններում տեղերի հավասար բաշխումը վկայում է ըստ պահանջարկի պլանավորման բացակայության մասին: Ավելին, ըստ մարզերի հավասարաչափ բաշխման սկզբունքը կորցնում է իր կառավարչական նշանակությունը, եթե պլանավորման փուլում հաշվի չեն առնվում տարածքային կարիքների տարբերությունները, իսկ տեղաբաշխումը թողնվում է հետագա իրավիճակային լուծումներին:

Մարզ	Սահմանված տեղերի թիվը				
	2021/2022թ. ուսումնական տարի	2022/2023թ. ուսումնական տարի	2023/2024թ. ուսումնական տարի	2024/2025թ. ուսումնական տարի	2025/2026թ. ուսումնական տարի
Արագածոտն		2	3	4	5
Արարատ		2	3	4	5
Արմավիր		2	3	4	5
Գեղարքունիք		2	3	4	5
Լոռի		2	3	4	5
Կոտայք		1	1	1	2
Շիրակ		2	3	4	5
Սյունիք	2	2	3	4	5
Վայոց ձոր		2	3	4	5
Տավուշ		2	3	4	5
Ընդամենը	2	19	28	37	47

²³ Կառավարության 01.04.2021թ. թիվ 465-Ն որոշում, 07.04.2022թ. թիվ 477-Ն որոշում, 16.03.2023թ. թիվ 352-Ն որոշում, 12.04.2024թ. թիվ 488-Ն որոշում, 17.04.2025թ. թիվ 449-Ն որոշում:

83. Կառավարության համապատասխան որոշումներով յուրաքանչյուր տարի, ըստ մասնագիտությունների, սահմանվում են կլինիկական օրդինատուրայի նպատակային ընդունելության տեղերը: 2016-2025 թվականներին 48 մասնագիտությունների գծով սահմանվել է նպատակային ընդունելության 561 տեղ, որից համալրվել է 525-ը կամ 93.5%-ը:

Կարգավիճակ			Քանակ	Տոկոս
Ուսումնավարտել է, որից	Սահմանված ժամկետով աշխատելու պարտավորությունը չի խախտվել	Գործուղվել է մարզ	305	58.1%
		Գործուղվել է Երևան	7	1.3%
	Սահմանված ժամկետով չի աշխատել	ԱՆ-ի կողմից չի գործուղվել	3	0.6%
		Առողջական խնդիրներով պայմանավորված	2	0.4%
		Կատարվել է փոխհատուցում	13	2.5%
Ուսումը չի ավարտել, որից	Պայմանագիրը լուծվել է (Կատարվել է փոխհատուցում)		8	1.5%
	Առողջական խնդիրներով պայմանավորված		4	0.7%
	Գտնվում է ուսումնառության ընթացքում		183	34.9%
Ընդամենը			525	100%

84. Ինչպես երևում է վերոնշյալ աղյուսակից, 18 շրջանավարտի կողմից չեն պահպանվել աշխատելու պայմանագրային պարտավորությունները: **Նրանցից 3-ի դեպքում** (2 սպորտային բժշկություն, 1 ֆիզիոթերապիա) ԱՆ-ի կողմից մասնագետների գործուղում մարզեր չի իրականացվել, քանի որ մարզային բժշկական կազմակերպություններում տվյալ պահին բացակայել է համապատասխան մասնագետների պահանջարկը, իսկ **2-ի դեպքում** առկա են եղել առողջական խնդիրներ:

85. ԱՆ պարզաբանման համաձայն՝ սպորտային բժշկության գծով նպատակային տեղերի հատկացումը պայմանավորված է եղել ոչ միայն առանձին մարզերի ընթացիկ պահանջարկով, այլև Հանրապետությունում տվյալ մասնագետների ընդհանուր պակասով և առողջապահական համակարգի երկարաժամկետ ռազմավարական կարիքներով: Ըստ ԱՆ դիրքորոշման՝ նման մասնագետների պատրաստումը դիտարկվել է որպես ռազմավարական ներդրում՝ ուղղված Հանրապետության ողջ տարածքում սպորտային բժշկական ծառայությունների հասանելիության բարելավմանը, որակյալ կադրային ներուժի համալրմանը և ոլորտի կայուն զարգացման ապահովմանը:

86. Մնացած 13 դեպքում շրջանավարտների կողմից իրականացվել է համապատասխան ֆինանսական փոխհատուցում (պարտավորությունից հրաժարում), ընդ որում՝ որոշ դեպքերում տարածամկետ: Հարկ է նշել, որ ԱՆ-ի և ուսանողների միջև կնքված պայմանագրերում փոխհատուցման ժամկետներ սահմանված չեն:

87. ԱՆ պարզաբանման համաձայն՝ պայմանագրերում փոխհատուցման ժամկետներ նախատեսված չեն՝ յուրաքանչյուր առանձին դեպքի համար անհրաժեշտ ճկունություն ապահովելու նպատակով: Ըստ ԱՆ-ի՝ շահառուների ֆինանսական հնարավորությունները կարող են էապես տարբեր լինել, ուստի անհատական վճարման գրաֆիկների կիրառումը նպաստում է պարտավորությունների կամավոր կատարմանը և թույլ է տալիս խուսափել անհամաչափ ֆինանսական բեռից՝ միաժամանակ պաշտպանելով պետության շահերը:

88. Վերոնշյալի վերաբերյալ հարկ է նշել, որ պայմանագրերով փոխհատուցման հստակ վերջնաժամկետների բացակայությունը ստեղծում է կառավարչական որոշումների ընդունման անորոշություն և մեծացնում է հայեցողական որոշումների կայացման ռիսկը: Նշված ռիսկը կարող է կառավարվել պայմանագրում փոխհատուցման առավելագույն ժամկետի սահմանմամբ, որը կարող է լինել նաև ճկուն՝ հնարավորություն տալով շահառուին ընտրել ինչպես միանվագ վճարման, այնպես էլ՝ տարածամկետ մարման տարբերակ:

89. Թվով 7 շրջանավարտներ ԱՆ-ի կողմից գործուղվել են աշխատելու Երևանում: ԱՆ-ի հետ կնքված պայմանագրերում նշված է, որ նպատակային պետական պատվերի համակարգում կլինիկական օրդինատուրայի ծրագիրն իրականացվում է ԲՀ-ների՝ **առաջնահերթությունը տալով, մարզային ԲՀ-ների**, կադրային պահանջարկը համալրելու նպատակով:

90. Բացի այդ նշված է, որ ԱՆ-ն իրավունք ունի իր հայեցողությամբ ընտրել **ՀՀ մարզերում գործող ցանկացած կազմակերպություն**, որի հետ պետք է կնքվի աշխատանքային պայմանագիր:

91. ԱՆ պարզաբանման համաձայն՝ շրջանավարտների գործուղումը Երևան պայմանավորված է եղել առողջապահական համակարգի առաջնահերթ և համապետական նշանակություն ունեցող կադրային կարիքների բավարարմամբ: Ըստ ԱՆ դիրքորոշման՝ Հանրապետությունում առկա է որոշակի մասնագիտությունների (մասնավորապես՝ արյունաբանների, թոքաբանների և մանկական հոգեբույժների) սուր պակաս, ուստի նրանց աշխատանքի կազմակերպումը մայրաքաղաքում նպատակ ունի ապահովել մասնագիտացված բժշկական ծառայությունների հասանելիությունն ու շարունակականությունը ողջ երկրի մասշտաբով:

92. Հաշվեքննությամբ արձանագրվել է, որ 15.04.2026թ. դրությամբ **մարզերում աշխատում են շրջանավարտների 84.5%-ը**, ընդ որում հարկ է նշել, որ մարզերում աշխատող անձանց շուրջ 60%-ը տվյալ մարզերից են²⁴: Այս ցուցանիշը վկայում է տվյալ միջոցառման գծով բյուջետային միջոցների օգտագործման նպատակային արդյունավետության մասին:

²⁴ Ըստ հաշվառման հասցեների:

93. Այնուամենայնիվ, նպատակային ուսուցման համար սահմանված տեղերի քանակը բավարար չէ պլանավորվող տեղերի և մարզային իրական կարիքների / պահանջարկի միջև առկա խզումը վերացնելու համար՝ հաշվի առնելով նաև ԱՀԱ ներդրմամբ պայմանավորված բուժաշխատողների հանդեպ կարիքների ենթադրվող աճը: Վերոնշյալը պայմանավորում է նպատակային ուսուցման պլանավորվող տեղերը, աստիճանաբար, մարզային իրական կարիքներին / պահանջարկին մոտարկելու անհրաժեշտությունը:

Մարզային բժշկական հաստատությունների կադրային ապահովման և սոցիալական աջակցության միջոցառումների ընթացքը

94. Առողջապահության բնագավառի կադրային ներուժի արդյունավետ պլանավորումն ու կառավարումը բարդ և բազմաշերտ գործընթաց է: Այս համատեքստում **ԱՀԿ-ի «Առողջապահական մարդկային ռեսուրսների գլոբալ ռազմավարություն 2030»-ը** հորդորում է անդամ-պետություններին ռազմավարական նպատակներն ընդգրկել ազգային առողջապահական, կրթական և զբաղվածության ծրագրերում:

95. 2023 թվականին Կառավարությունն ընդունել է ՀՀ առողջապահության համակարգի 2023-2026 թվականների զարգացման ռազմավարությունը²⁵:

96. Ռազմավարությունից բխող միջոցառումների ցանկով նախատեսված է եղել մշակել և ընդունել «Մարզային բժշկական հաստատությունները կադրերով ապահովման, այդ թվում՝ բուժաշխատողների սոցիալական աջակցության և խրախուսման մեխանիզմների վերաբերյալ միջոցառումների ցանկը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանը: Փաստաթղթի ընդունման համար որպես վերջնաժամկետ էր սահմանվել 2023թ. սեպտեմբերի 2-րդ տասնօրյակը:

97. Սահմանված ժամկետում՝ 2023թ. սեպտեմբերի 19-ին, հաստատվել է ՀՀ առողջապահության նախարարի **թիվ 4473-Ա հրամանը** («Մարզային բժշկական հաստատությունները կադրերով ապահովման, այդ թվում՝ բուժաշխատողների սոցիալական աջակցության և խրախուսման մեխանիզմների վերաբերյալ միջոցառումների ցանկը հաստատելու մասին»): Սույն հրամանով հիմքեր են ստեղծվել մարզային առողջապահական հաստատությունների կադրային համալրմանն ուղղված հետագա քայլերի իրականացման համար:

98. Հաշվեքննությամբ արձանագրվել է, որ կադրերի պահպանմանն ուղղված սոցիալական աջակցության ծրագրերն ունեցել են սահմանափակ ընդգրկվածություն: Մասնավորապես.

- 2025թ. ընթացքում աջակցություն է տրամադրվել նպատակային ծրագրի շրջանակներում ավարտած, ԱՆ-ի կողմից ընտրված մարզային ենթակայության բժշկական կազմակերպություններ ուղեգրված ըն-

²⁵ Ռազմավարության ընդունմամբ կատարվել է նաև ՀՀ կառավարության 2021-2026թթ. գործունեության միջոցառումների ծրագրով սահմանված՝ «Առողջապահության համակարգի մարդկային ներուժի զարգացման 2022-2026 թվականների գործողությունների ծրագիրը հաստատելու մասին» նախագծի մշակման հետ կապված միջոցառումը:

դամենը 26 ավագ բուժաշխատողների, որոնց տրամադրվող ամսական աջակցությունը կազմել է ընդամենը 216,000 դրամ (հաշվարկային): Բուժաշխատողների ընդգրկվածության նշված մակարդակն ունի սահմանափակ ներուժ համակարգային կարիքների ու պահանջարկի հասցեագրման տեսանկյունից:

- 2024թ.-ից իրականացվել է առանձին մասնագիտությունների գծով միջին բուժաշխատողների աշխատավարձերի չափերի վերանայում: Մասնավորապես, բարձրացվել են թերապևտիկ, մանկաբուժական և ընտանեկան բժշկի կաբինետների, ինչպես նաև ԲՄԿ բուժքույրերի աշխատավարձերը: Հարկ է նշել, որ **ԱՆ-ում առկա չէ որևէ վերլուծություն կամ ամփոփ տեղեկատվություն (<Պ-ին համապատասխան տեղեկատվություն չի ներկայացվել)** այն մասին, թե նշված միջոցառման արդյունքում փաստացի քանի բուժաշխատողի աշխատավարձ է բարձրացել և միջինում ինչ չափով (տոկոսով կամ բացարձակ թվով):
- 2024թ.-ից միջին բուժաշխատողների աջակցության նպատակով ներդրվել է կատարողականի վրա հիմնված խրախուսման մեխանիզմ: Սակայն, ինչպես և աշխատավարձերի վերանայման դեպքում, **ԱՆ-ում բացակայում է որևէ վերլուծություն կամ ամփոփ տվյալ**, թե քանի բուժաշխատող է փաստացի օգտվել այդ մեխանիզմներից և միջինում որքան է կազմել նրանց եկամտի ավելացումը:
- Նախատեսված է եղել 2024-2025թթ. ընթացքում ներդնել միջին բուժաշխատողների համար **ուսման վարձի լրիվ փոխհատուցմամբ** նպատակային կրթական ծրագիր, սակայն այն **փաստացի չի իրականացվել**:

99. Համաձայն ԱՆ պարզաբանման, 2024-2025 թվականների ընթացքում միջին բուժաշխատողների պահանջարկը եղել է բավականին ցածր, ինչի հետևանքով տվյալ ժամանակահատվածում ծրագրի իրականացումը նպատակահարմար չի համարվել: Միաժամանակ, միջին բուժաշխատողների թափուր հաստիքների վերաբերյալ իրականացվում է շարունակական մշտադիտարկում՝ աշխատաշուկայի պահանջարկի փոփոխություններին համապատասխան ծրագրի իրականացման նպատակահարմարությունը գնահատելու համար:

100. Միջազգային լավագույն փորձի համաձայն (Ներդիր 3), մարզերում կադրերին պահպանելու համար, ֆինանսական հատկացումներից բացի, անհրաժեշտ է ներդնել սոցիալական աջակցության ավելի լայն գործիքակազմ, ինչպես օրինակ՝ բնակարանային ապահովության մեխանիզմներ, բուժաշխատողների ընտանիքների համար կրթական դրամաշնորհներ և այլն (**«միջամտությունների փաթեթային» մոտեցում**):

Ներդիր 3.

Բուժաշխատողների պահպանման վերաբերյալ միջազգային փորձը (ԱՀԿ)

Բուժաշխատողների՝ գյուղական կամ հեռավոր վայրերում աշխատելու որոշումների վրա ազդում է մի շարք գործոնների համակցություն, ինչպիսիք են՝ կրթությունը, իրավակարգավորումները, ֆինանսական խրախուսումները, ինչպես նաև անձնական և մասնագիտական աջակցությունը: Հետևաբար, այս չորս ոլորտներում անհրաժեշտ է միջամտությունների փաթեթ (bundle):

Աղբյուր՝ Global strategy on human resources for health: workforce 2030, WHO, 2016. (page 48)

Սոցիալ-ֆինանսական փաթեթը պետք է լինի բազմաբաղադրիչ և ներառի հետևյալ առանցքային տարրերը.

- Ուղղակի ֆինանսական հավելումներ. Հատուկ դժվարին պայմաններում աշխատանքի համար նախատեսված հավելավճարներ (hardship allowances):
- Կրթական աջակցություն. Ուսման վարձի փոխհատուցում, դրամաշնորհներ և կրթական նպաստներ (education allowances and grants) ինչպես բուժաշխատողի, այնպես էլ նրա ընտանիքի անդամների համար:
- Կենցաղային և ընտանեկան արտոնություններ. Բնակարանային ապահովության նպաստներ (housing allowances), ընտանիքի և կենսակերպի հետ կապված խրախուսանքներ (family and lifestyle incentives):

Հետադարձ կապ և բավարարվածության գնահատում. Քաղաքականության մշակման և կոնկրետ միջոցառումների ընդունման հիմքում պետք է դրվեն **բուժաշխատողների բավարարվածության հարցումները (employee satisfaction surveys)**: Սա թույլ է տալիս աշխատանքային պայմանները հարմարեցնել բուժաշխատողների իրական կարիքներին և հետադարձ կապին (feedback)՝ բարձրացնելով իրականացվող ծրագրերի արդյունավետությունը:

Աղբյուր՝ Global strategy on human resources for health: workforce 2030, WHO, 2016. (page 18, point 25)

ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Առողջապահության նախարարությանը

101. Նպատակային ուսուցմամբ պլանավորվող տեղերի ընդհանուր թիվը և մարզերի միջև բաշխումը մոտարկել բուժաշխատողների հանդեպ կանխատեսվող կարիքներին և պահանջարկին (*Առաջարկություն N 3*):

Առողջապահության նախարարությանը,

Կրթության, գիտության, մշակույթի և սպորտի նախարարությանը.

102. Մշակել և ներդնել ԲՈՒՀ-Ուսանող-ԱՆ փոխհարաբերությունները կարգավորող գործուն մեխանիզմներ, որոնք կերաշխավորեն կողմերի միջև արդյունավետ կոորդինացումը (*Առաջարկություն N 4*):

Առողջապահության նախարարությանը.

103. Մարզային բժշկական հաստատություններում մասնագետների կայուն ներգրավումն ու երկարաժամկետ պահպանումն ապահովելու նպատակով, ըստ անհրաժեշտության համագործակցելով այլ իրավասու պետական մարմինների հետ, ներդնել փաթեթային լուծումներ, այդ թվում՝ վարձատրությունից բացի խրախուսման այլ բաղադրիչների կիրառմամբ (*Առաջարկություն N 5*):

Եզրակացություն

104. Առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի համաչափ զարգացման ապահովման տեսանկյունից առանցքային համարվող նպատակային ուսուցման միջոցառմանն ուղղված միջոցների օգտագործումը բնութագրվել է նպատակային արդյունավետությամբ (նպատակային ուսուցմամբ շրջանավարտների 84.5%-ն աշխատում է մարզերում): Այնուհանդերձ, նշված միջոցառումը դեռևս չի ունեցել էական ազդեցություն բուժաշխատողների անհամաչափ բաշխվածության նվազեցման գործում: Այս, ինչպես նաև վերաբերելի սոցիալական աջակցության միջոցառումներին ցածր ընդգրկվածության և չհամալրված հաստիքները երկարաժամկետում կայուն մակարդակում պահպանվելու պայմաններում, 2016-2024թթ. ընդգրկող ժամանակահատվածում արձանագրվել է մայրաքաղաքի և մարզերի միջև բուժաշխատողների բաշխվածության անհամաչափության խորացման միտում, որի արդյունքում չի ապահովվել օրենքով առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի պլանավորմամբ հետապնդվող նպատակին՝ տարածքային համաչափ զարգացմանը, հասնելու արդյունավետությունը:

Հաշվեքննության մասին

105. 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:

106. Կատարողականի հաշվեքննությունը պլանավորվում, իրականացվում և արդյունքներն ամփոփող հաշվետվությունը կազմվում է՝ առաջնորդվելով աուդիտորական էթիկայի սկզբունքներով և մասնագիտական ստանդարտներով²⁶:

- 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 են հետապնդում հաշվետվությունն օգտագործողներին ներկայացնել հաշվեքննության առաջարկությունների կատարման անհրաժեշտության հիմնավորումները:

- եզրակացնելով՝ ի պատասխան հաշվեքննության նպատակի:

- առաջարկելով ինչ անել՝ հաշվեքննության առարկայի առկա հիմնախնդիրները լուծելու և կատարողականը բարելավելու համար:

²⁶ 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:

107. Հաշվետվության հաստատումից հետո իրականացվում է հետհսկողություն՝ պարբերաբար հանրությանը, Ազգային ժողովին և Կառավարությանը ներկայացնելով տեղեկատվություն հաշվեքննության առաջարկությունների կատարման ընթացքի վերաբերյալ:

ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՔԸ

108. Հաշվեքննությունն իրականացվել է Հաշվեքննիչ պալատի 2025թ. հունիսի 26-ի թիվ 43-Ա որոշմամբ հաստատված առաջադրանքի հիման վրա: Հաշվեքննիչ պալատի 2025թ. գործունեության ծրագրի 1-ին մասի 2-րդ ծրագրային կետը կատարվել է հաշվեքննության 2025-2027թթ. միջնաժամկետ առաջնահերթություններից 1.12-րդ ուղղությունն իրագործելու նպատակով:

ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱԿԸ ԵՎ ՄՈՏԵՑՈՒՄԸ

109. Առարկան. Հաշվեքննության ընթացքում գնահատվել է առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի տարածքային զարգացման համաչափությունը:

110. Նպատակը. Տվյալ հաշվեքննության նպատակն է՝ գնահատել առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի տարածքային համաչափ զարգացմանն ուղղված պետական քաղաքականության միջոցառումների արդյունավետությունը և ներկայացնել դրա բարձրացմանն ուղղված առաջարկություններ:

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

- Արդյունավետ է եղել արդյոք առողջապահության բնագավառի մասնագիտական կադրային ներուժի պլանավորման համակարգը (տարածքային համաչափ զարգացման համատեքստում).
- Արդյունավետ են եղել արդյոք առողջապահական կադրերի նկատմամբ կարիքների ու պահանջարկի բավարարմանն ուղղված միջոցառումները (տարածքային համաչափ զարգացման համատեքստում).

112. Մոտեցումը. Կատարողականի հաշվեքննությունն իրականացվել է արդյունքին, խնդրին և համակարգին միջոցառումներով:

ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆԸ ԵՆԹԱԿԱ ՄԱՐՄԻՆՆԵՐԸ

113. Հաշվեքննության ենթակա մարմիններն (հաշվեքննության օբյեկտներն) են եղել Առողջապահության նախարարությունը, Կրթության, գիտության, մշակույթի և սպորտի նախարարությունը, Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարությունը:

ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆԸ ԶԱՓԱՆԻՇՆԵՐԸ

114. Որպես հաշվեքննության չափանիշների աղբյուրներ են դիտարկվել հաշվեքննության առարկային վերաբերելի ՀՀ օրենսդրությունն ու միջազգային լավագույն փորձը, այդ թվում՝ ԱՀԿ-ի կողմից ընդունված փաստաթղթերը: Մասնավորապես՝

- ՀՀ Սահմանադրություն:
- «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենք:
- ՀՀ կառավարության ծրագիր (2021-2026թթ.), դրանից բխող միջոցառումների ծրագիր:
- ՀՀ առողջապահության համակարգի 2023-2026 թվականների զարգացման ռազմավարություն:
- ՄԱԿ-ի կայուն զարգացման նպատակներ:
- Նպատակային ուսուցմանը վերաբերելի կարգավորումներ («Կրթության մասին», «Բարձրագույն և հետբուհական մասնագիտական կրթության մասին» օրենքներ, դրանցից բխող վերաբերելի իրավական ակտեր):
- Global strategy on human resources for health: workforce 2030, WHO, 2016.
- Working for Health 2022-2030 Action Plan, WHO.
- Health labour market analysis guidebook, WHO, 2021.
- National Health Workforce Accounts: A Handbook, WHO, 2017.
- Human Resources for Health Information System. Minimum Data Set for Health Workforce Registry, WHO, 2015.
- Guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas, WHO, 2021.
- Workload indicators of staffing need User's manual, second edition, WHO.

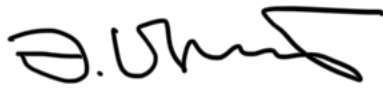
115. Ընտրված չափանիշները ներկայացված են հաշվեքննության յուրաքանչյուր արդյունքին կից:

ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԿԵՏՆԵՐԸ

116. Հաշվեքննությունն ընդգրկել է 2016թ. հունվարի 1-ից մինչև 2025թ. հունիսի 30-ը ներառող ժամանակաշրջանը: Հաշվեքննությունն իրականացվել է 2025թ. հուլիսի 7-ից մինչև 2026թ. հուլիսի 7-ն ընկած ժամանակահատվածում:

ՀԱՇՎԵՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ԽՈՒՄԲԸ

117. Հաշվեքննությունն իրականացվել է Հաշվեքննիչ պալատի կատարողականի հաշվեքննության վարչության կողմից, որի աշխատանքները համակարգել է Հաշվեքննիչ պալատի անդամ Ժիրայր Մխիթարյանը:



Ժիրայր Մխիթարյան
Հաշվեքննիչ պալատի անդամ
14 հուլիսի, 2026 թվական
Հաշվեքննիչ պալատ
Բաղրամյան 19, ք. Երևան
Հայաստանի Հանրապետություն

ՀՀ ԱՇՎԵՔՆՆԻՉ ՊԱԼԱՏ

Հայաստանի Հանրապետություն, ք. Երևան, Բաղրամյան 19
www.armsai.am, secretariat@armsai.am