

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ԵՎ  
ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ  
ԵՐԵՎԱՆԻ Մ.ՅԵՐԱՏՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ  
ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

Լ Ե Վ Ո Ն Հ Ա Կ Ո Ք Ի Հ Ա Կ Ո Ք Յ Ա Ն

ԵՐԵՎԱՆԻ ՔԱՂԱՔԱՊԵՏԱՐԱՆԻ  
ԵՆԹԱԿԱՅՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ  
ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊԱՅՊԱՆՄԱՆ  
ԲՈՒԺՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ  
ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳՈՒՄ  
ԲԱՐԵՓՈԽՈՒՄՆԵՐԻ ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ  
ՀԻՄՆԱՎՈՐՈՒՄԸ

Ժ Դ .00.17 «Հանրային առողջուկային և  
առողջապահուկային  
կազմակերպում» մասնագիտուկային  
բժշկական գիտուկային և ներիթեկնածուի  
գիտականաստիճանի հայցմանատենախոսուկային

Ս Ե Ղ Մ Ա Գ Ի Ր  
Ե Ր Ե Վ Ա Ն - 2019

---

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ  
ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ М. ГЕРАЦИ

ЛЕВОН АКОПОВИЧ АКОПЯН

ОБОСНОВАНИЕ РЕФОРМ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ  
УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НАХОДЯЩИХСЯ В  
ПОДЧИНЕНИИ ЕРЕВАНСКОГО МУНИЦИПАЛИТЕТА

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук  
по специальности

14.00.17 "Общественное здоровье и организация здравоохранения"

ЕРЕВАН – 2019

Ատենախոսությունը անթեման հաստատվել է ՀՀ ԱՆՍ.Խ.  
Ավդալբեկյանի անվան առողջապահություն  
ազգային ինստիտուտի գիտական խորհրդի  
նիստում

**Գիտական ղեկավար՝** Բ.Գ.Ղ., պրոֆեսոր Մ.Ա.  
Մարդիյան

**Պաշտոնակատար  
ընդդիմախոսներ՝** Բ.Գ.Ղ.Ա.Մ.Քուչյան  
Բ.Գ.Ք.Հ.Ա.Վարդանյան

**Առաջատար  
կազմակերպություն՝** ՀՀ  
«Կուրորտաբանություն և  
ֆիզիկական  
թշկություն գրի» ՓԲԸ

Ատենախոսությունը պաշտպանությունը  
կայանալու է 2019թ. հունիսի 24-ին ժամը 14<sup>00</sup>-ին  
Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական թշկական  
համալսարանում գործող ՀՀ ԲՈԿ-ի 045  
«Առողջապահություն կազմակերպում»  
մասնագիտական խորհրդի նիստում (ՀՀ, Երևան 0025,  
Կոբյունի 2):

Ատենախոսությունը կարելի է ծանոթանալ ԵՊԲՀ-ի  
գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է 18.05.2019թ.:

Մասնագիտական խորհրդի  
գիտական քարտուղի Բ.Գ.Ղ., պրոֆեսոր Ա.Կ.  
Հայրապետյան 

---

Тема диссертации утверждена на заседании Ученого совета Национального института  
здравоохранения имени С.Х. Авдалбеяна МЗ РА

**Научный руководитель:** д.м.н. профессор М.А. Мардяян

**Официальные оппоненты:** д.м.н. А.М. Кушкян  
к.м.н. А.А. Варужанян


**Ведущая организация:** ЗАО "НИИ курортологии и физической  
медицины" РА

Защита диссертации состоится 24.06.2019г. в 14<sup>00</sup> часов на заседании специализированного  
совета ВАК РА 045 "Организация здравоохранения" при Ереванском государственном  
медицинском университете им. М. Гераци (0025, Ереван, ул. Корюна 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ереванского государственного медицинского  
университета им. М. Гераци.

Автореферат разослан 18.05.2019г.

Ученый секретарь



специализированного совета

д.м.н., профессор А.К. Айрапетян

## ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

**Թեմայի արդիականությունը:** ՀՀ պետական քաղաքականության գերակա ուղղությունն են երից մեկը բնակչության առողջության պահպանումն ու ամրապնդումն է: Առողջապահական համակարգի բարեփոխումները ազդավարություն հիմնական նպատակը համակարգի կառավարման բարելավումն է, որն իր հերթին ապահովելու է բուժօգնության որակը մատչելի ու թանկ: Առողջապահական համակարգի կառավարման ցանկացած բարեփոխում դառնում է իրատեսական, եթե այդ բարեփոխման հիմքում ընկած է առկա ռեսուրսների (\$ֆինանսական, կադրային, նյութական, ծրագրային) արդյունավետ օգտագործման մոտեցումների ներդրումը: Այս գաղափարներն իրենց արտահայտությունն են գտել բազմաթիվ նոր մատիվային իրավական փաստաթղթերում, պետական որոշումներում: Բազմաթիվ հետազոտողներ փաստում են առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) օղակի կողմից բնակչությանը ցուցաբերված բուժօգնության որակից բավարարվածության ցածր մակարդակի մասին լրվհաննիսյան Ս.Գ., Դավթյան Ժ.Յ., 2012): ԱԱՊ օղակում պետական նպատակային ծրագրի ներդրումը անխոս դրական երևույթ էր: Սակայն ակնհայտ է, որ այդ օղակում բուժօգնության որակի և մատչելիության բարձրացման համար կարևորվում է համակարգի տարբեր մակարդակներում կառավարման բարեփոխումների իրականացումը [Серов А.В., 2016; Herrera C.A., et al., 2017; Pantoja T., et al. 2017]: Հանրային առողջության ոլորտում ապացույցների վրա հիմնված համայնքային առողջապահական ճիշտ քաղաքականություն իրականացումը կապահովի բնակչության շրջանում որակյալ և մատչելի բուժօգնության հասանելիությունը: Վերը շարադրվածը հիմնավորում է հետազոտության արդիականությունը:

**Հետազոտության նպատակը:** Հիմնավորել երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության առողջության առաջնային պահպանման բուժհաստատությունների կառավարման համակարգի բարեփոխումների ներդրման անհրաժեշտությունը և ուղիները:

### Հետազոտության խնդիրները:

1. Դիտարկել (2005-2015թթ.) վերլուծության ենթարկել երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություններում ցուցաբերված

բ ու ժ օ գ ն ու թ յ ա ն ծ ավ ալ ն եր ը և տ Ե ս ա կ ն եր ը , գ ն ա հ ա տ Ել ամ բ ու Լ ա տ ո թ -պ ո Լ ի կ Լ ի ն ի կ ա կ ա ն հ ի վ ա ն դ ա գ ու թ յ ա ն ա մ ա ն ձ ն ա հ ա տ կ ու թ յ ու Լ ն եր ը , ի ն չ պ Ե ս ն ա ն բ ու ժ օ գ ն ու թ յ ա ն ո թ ա կ ի ց և մ ա տ չ Ել ի ու թ յ ու Լ ն ի ց պ ա ց ի Ե ն տ ն եր ի Բ ավ ա ր ա ր -վ ա ծ ու թ յ ու Լ ն ը :

2. Հ ի մ ն ավ ո թ Ել բ ու ժ օ գ ն ու թ յ ա ն ո թ ա կ ի և մ ա տ չ Ել ի ու թ յ ա ն ա պ ա հ ո վ մ ա ն հ ա մ ա կ ա ր գ ի կ ա տ ա ր Ել ա գ ո թ ծ ու Լ մ ը , ո թ պ Ե ս Ա Ա Պ օ ղ ա կ ի բ ու ժ հ ա ս տ ա տ ու թ յ ու Լ ն եր ի ար դ յ ու Լ ն ավ Ե տ կ ա մ ավ ա ր չ ա կ ա ն ո թ ո շ ու Լ մ ն եր ի ը ն դ ու Լ մ ա ն մ Ե թ ո դ ա Բ ա ն ու թ յ ու Լ ն :
3. Կ ա տ ա ր Ել Եր Լ ա ն ի ք ա ղ ա ք ա պ Ե տ ա ր ա ն ի Ե ն թ ա կ ա յ ու թ յ ա ն Ա Ա Պ օ ղ ա կ ի բ ու ժ հ ա ս տ ա -տ ու թ յ ու Լ ն եր ի կ ա մ ավ ա ր մ ա ն հ ա մ ա կ ա ր գ ի SWOT վ Ե թ ը Լ ու ծ ու թ յ ու Լ ն և մ շ ա կ Ել հ ա մ ա կ ա ր գ ի կ ա մ ավ ա ր մ ա ն կ ա տ ա ր Ել ա գ ո թ ծ մ ա ն հ ի մ ն ա կ ա ն ու ղ ի ն եր ը :
4. Հ ի մ ն ավ ո թ Ել Եր Լ ա ն ի ք ա ղ ա ք ա պ Ե տ ա ր ա ն ի Ե ն թ ա կ ա յ ու թ յ ա ն Ա Ա Պ օ ղ ա կ ի բ ու ժ հ ա ս -տ ա տ ու թ յ ու Լ ն եր ի գ ո թ ծ ու Լ ն ե ու թ յ ա ն կ ա մ ավ ա ր մ ա ն ի ն տ Ե գ թ ա ց վ ա ծ հ ա մ ա կ ա ր գ ի ն Ե թ ո դ թ մ ա ն հ ն ա ր ավ ո թ ու թ յ ու Լ ն եր ը և ն ա խ ա դ թ յ ալ ն եր ը :
5. Մ շ ա կ Ել և ն եր դ ն Ել Եր Լ ա ն ի ք ա ղ ա ք ա պ Ե տ ա ր ա ն ի Ե ն թ ա կ ա յ ու թ յ ա ն Ա Ա Պ օ ղ ա կ ի բ ու ժ հ ա ս տ ա տ ու թ յ ու Լ ն եր ի կ ա մ ավ ա ր մ ա ն ի ն տ Ե գ թ ա ց վ ա ծ հ ա մ ա կ ա ր գ ի մ ո դ Ել , կ ա ն ո -ն ա կ ա ր գ Ել ա յ դ հ ա մ ա կ ա ր գ ի գ ո թ ծ ու Լ ն ե ու թ յ ու Լ ն ն ա պ ա հ ո վ ո ղ տ Ե ղ Ե կ ա տ -վ ա կ ա ն և փ ա ս տ ա թ ղ թ ա յ ի ն շ թ շ ա ն ա մ ու թ յ ու Լ ն ը :

**Ա շ խ ա տ ա ն ք ի գ ի տ ա կ ա ն ն ո թ ու Լ յ թ ը :** Հ ի մ ն ավ ո թ վ Ել Ե Եր Լ ա ն ի ք ա ղ ա ք ա պ Ե տ ա ր ա ն ի Ե ն թ ա կ ա յ ու թ յ ա ն Ա Ա Պ օ ղ ա կ ի բ ու ժ հ ա ս տ ա տ ու թ յ ու Լ ն եր ի կ ա մ ավ ա ր մ ա ն ի ն տ Ե գ թ ա ց վ ա ծ հ ա մ ա կ ա ր գ ի ն Ե թ ո դ թ մ ա ն ա ն հ թ ա ժ Ե շ տ ու թ յ ու Լ ն ը :

Մ շ ա կ վ Ել Ե Ա Ա Պ օ ղ ա կ ի Լ ո կ ալ կ ա մ ավ ա ր մ ա ն հ ա մ ա կ ա ր գ ի մ ո դ Ել և հ ի մ ն ավ ո թ վ Ել Ե ա յ ն ն եր դ ն Ել ու ա ն հ թ ա ժ Ե շ տ ու թ յ ու Լ ն ը , ի ն չ պ Ե ս ն ա ն ռ Ե ս ու Լ թ ս ն եր ի կ ա մ ավ ա ր մ ա ն Բ ա թ Ե փ ո խ ու մ ն եր ի հ ի մ ն ա կ ա ն ու ղ ու թ յ ու Լ ն եր ը :

Հ ի մ ն ավ ո թ վ Ել Ե ն Եր Լ ա ն ի ք ա ղ ա ք ա պ Ե տ ա ր ա ն ի Ե ն թ ա կ ա յ ու թ յ ա ն Ա Ա Պ օ ղ ա կ ի բ ու ժ -հ ա ս տ ա տ ու թ յ ու Լ ն եր ի կ ա մ ավ ա ր մ ա ն հ ա մ ա կ ա ր գ ի Բ ա թ Ե փ ո խ ու մ ն եր ի ի թ ա կ ա ն ա ց մ ա ն ռ ա գ մ ավ ա ր ա կ ա ն ու ղ ու թ յ ու Լ ն եր ը , ո թ ը կ ա թ ո ղ Ե ա պ ա հ ո վ Ել բ ու ժ օ գ ն ու թ յ ա ն , ծ ա մ ա յ ու թ յ ու Լ ն եր ի մ ա տ չ Ել ի ու թ յ ու Լ ն , հ ա ս ա ն Ել ի ու թ յ ու Լ ն , ն յ ու թ ա կ ա ն և մ ա թ ո կ ա յ ի ն ռ Ե ս ու Լ թ ս ն եր ի

օգտագործման  
քարտերացում:

արդյունավետության

**Աշխատանքի գիտագործնական նշանակությունը:**

Հետազոտության արդյունքում մշակվել է  
Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ  
օղակի բուժհաստատությունների արդյունավետ  
կառավարման մոդել՝ հիմնված միկրոտնտեսական  
մակարդակում ռեսուրսների արդյունավետ  
կառավարման վրա: SWOT վերլուծության մեթոդի  
օգնությամբ գնահատվել և վերլուծության են  
ենթարկվել ԱԱՊ օղակի  
բուժհաստատությունների կառավարման  
համակարգի հիմնական ռիսկերը, որը  
հնարավորություն կտա կատարել ազդործել առկա  
բուժօգնության որակի կառավարման  
համակարգը: Առաջարկվող մոդելը կարող է  
կիրառվել ռեսուրսների նպատակային և արդյուն-  
նավետ օգտագործման գնահատման համար:  
Հետազոտության արդյունքում ստացված Երևանի  
քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի  
բուժհաստատությունների կառավարման համար  
մշակված ֆունկցիոնալ մոդելը կարող է որպես  
հիմք ծառայել ՀՀ այլ համայնքներում  
առողջապահական համակարգի առաջնային օղակի  
կառավարման քարտեզադրման և իրականացման  
համար:

**Պաշտպանության ներկայացվող հիմնական  
դրույթները:**

1. Երևան քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ  
օղակի բուժհաստատությունների մ  
հավաքագրված բնակչության առողջության  
ցուցանիշների միտումները:
2. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության  
ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների մ  
առողջապահական ռեսուրսների կառավարման  
համակարգի համալիր վերլուծության,  
կառավարման նոր մոտեցումների ներդրման  
հիմնավորումը:
3. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության  
ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների մ ԲՕՈ-  
ի կառավարման համակարգի  
կատարել ազդործում:
4. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության  
ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների մ  
առողջապահական ռեսուրսների կառավարման  
արդյունավետության ապահովող նոր  
մոտեցումների մշակում:

**Ատենախոսության նախնական  
փորձաքննության ընթացքը:** Ատենախոսության հիմնա-

կան դրույթները զեկոնցվել են միջազգային և տեղական գիտաժողովներում, ինչպես նաև ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ-ի գիտական խորհրդի նիստում (5.12.2018թ., արձ.Ո5): Ատենախոսության հիմնական դրույթներն արտացոլված են 8տպագիր աշխատանքներում:

**Ատենախոսության կառուցվածքը և ծավալը:**

Ատենախոսությունը շարադրված է 149 էջի վրա: Բաղկացած է նախաբանից, գրականության և տեսություն-յունից, հետազոտությունների և նյութերի մեթոդները նկարագրող գլխից, սեփական հետազոտության արդյունքները ներկայացնող գլխից, ամփոփումից, եզրակացություններից, գիտագործնական առաջարկներից, գրականության ցանկից, հավելվածներից: Սեփական հետազոտության նյութը մշակվել է 42 աղյուսակի, 17 գծապատկերի և 6 սխեմայի օգնությամբ: Գրականության ցանկը ներառում է 164 սկզբնաղբյուր:

**ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ**

Մեր կողմից կիրառվել են համալիր մեթոդներ՝ վիճակագրական, փորձագիտական գնահատման, սոցիոլոգիական, վերլուծական, փորձարարական մոդելավորման, SWOT վերլուծության: Որպես բուժօգնության որակի (ԲՕՈ) գնահատման չափանիշ վերցվել է առաջնային օղակում ժամանակին, ամբողջական և հիմնավորված հետազոտություն, ախտորոշում, բուժում և խորհրդատվական օգնություն չափանիշները: Դրանցից յուրաքանչյուրին տրվել է բալային գնահատական: Փորձագետների կողմից գնահատվել են ևս ամբողջատոր քարտի վարման որակը: Պացիենտի ախտորոշման որակը գնահատելու համար ուսումնասիրվել է ախտորոշման հիմնավորվածությունը, ժամկետները, սխալ ախտորոշման պատճառները, իսկ բուժման որակի՝ ոչ լիարժեք բուժման հիմնական պատճառները: Կատարվել է ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներքին ղեկավարների առաջնորդության ոճի ինքնագնահատումը ստ Paul Hersey-ի: Օգտագործվել է «Առաջնորդության ոճի գնահատման թեստ»: Հետազոտության օբյեկտ են հանդիսացել երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության 24 ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություն (աղ.1): Պացիենտների բավարարվածության և բժիշկների կարծիքի ուսումնասիրման համար մշակվել է սոցիոլոգիական հարցման, «Բնակչության արտահիվանդանոցային բուժօգնության կազմակերպումից և որակից բավարարվածության

գնահատման» և «Բժիշկներին պոլիկլինիկական  
բուժօգնություն կազմակերպումից և որակից  
բավարարվածություն գնահատման» հարցաթերթեր:



**Աղյուսակ 1**

**Հետազոտող թյան ուսումնասիրման համար  
ձևավորված ընտրանքի նկարագիրը**

	Հետազոտող թյան կազմակերպման համար օգտագործված հարցաթերթերի և պաշտոնական հաշվետվակային ձևեր	n
1.	ՀՀ ԱՆ տարեկան հաշվետվակային ձևեր (2012-2015թթ.)	
2.	«Բժիշկներին կարծիքի ուսումնասիրություն պոլիկլինիկական բուժօգնություն կազմակերպումից և որակից» քարտ	130
3.	Հարցաթերթ «Բնակչության կարծիքի ուսումնասիրություն արտահիվանդանոցային բուժօգնություն կազմակերպումից և որակից»	1335
4.	«Առաջնորդող թյան ոճի ինքնագնահատման» հարցաթերթ	115
5.	«Տեղամասային թերապևտիկոլմից ցուցաբերվող բժշկական օգնություն փորձագիտական գնահատման» քարտ	412
6.	«Ամբուլատոր բուժման ավարտում փորձագիտական գնահատման» քարտ	412
7.	«Ծտապ օգնություն կանչերի վերլուծություն» քարտ	5136
8.	«Ըստ դիմելիության հիվանդացության ուսումնասիրման» քարտ	5865
9.	«Քրոնիկ հիվանդությունների դիսպնսեր հսկողություն վարման փորձագիտական գնահատման» քարտ	412

Տվյալները վիճակագրական մշակումը կատարվել է Microsoft Office Excel for Windows ծրագրային փաթեթի օգնությամբ: Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊՊ օղակի բուժհաստատություններին պլանավորման նոր համակարգի հիմքում դրվել են կառավարման բոլոր մակարդակների գործունեության արդյունավետությունը գնահատող ցուցանիշներ: Որպես հիմք վերցվել է «Ցուցանիշների բաղնաջրավորված համակարգի» (Kaplan R., Norton D., 1996) մեթոդը: Այն հնարավորություն է տալիս հիմնավորել կառավարման ինտեգրացված համակարգի ներդրման անհրաժեշտությունը:

**ՀԵՏԱՂՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ ԵՎ ԴՐԱՆՑ  
ՔՆՆԱՐԿՈՒՄԸ**

Երևան քաղաքի բնակչության բնական շարժը բնութագրող հիմնական ցուցանիշների դինամիկան ունեցել է առանձնահատկություններ: Այսպես, 2014թ.-ին ծնելիությունների ցուցանիշը երևան քաղաքում աճել է 2012թ.-ի համեմատ և կազմել 14,4%: Բացարձակ աճը կազմել է 0,48%, 2013-ի համեմատ ցուցանիշը նվազել է 0,24%-ով: 2012-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում

գրանցվել է մահացու թյանց ու ցանհիշի ան (2012թ.-ի համեմատացուցանիշի անը կազմել է 0,54%): Մահացու թյանց ու ցանհիշն ըստ պատճառների ամենաբարձրն է արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունների դասում: Ընդհանուր հիվանդացության մակարդակի անը պատճառ է դարձել ԱԱՊ օղակի հաճախումների 25% անհի: Կանխարգելիչ հաճախումների տեսակարար կշիռը ընդհանուր հաճախումների մեջ կազմել է 19,7 %: Շտապ օգնության կանչերի 4,1%-ը կարող էր սպասարկվել ԱԱՊ օղակում: Շտապ օգնության կանչերի 25,6%-ն ընդունվել է անմիջապես պացիենտից, 21,1%-ը՝ հարազատներից և հարևաններից, իսկ 21,3%-ը՝ առաջնային օղակի բժիշկների կողմից: Շտապ օգնության կանչերի 66,3% դեպքերում պացիենտը չի հոսպիտալացվել, 6,3% դեպքերում՝ հետազոտության և պատակով ուղեգրվել է ԱԱՊ օղակ: Կեղծ կանչերի տեսակարար կշիռը կազմել է 0,8%: Ըստ հետազոտության տվյալների 45,4% դեպքերում փորձագետները ամբողջատոր դեպքի հետազոտության ընդգրկվածության ծավալը գնահատել են ոչ ամբողջական, իսկ 16,5% դեպքերում՝ ոչ ժամանակին: Պարզվել է, որ ոչ լրիվ հետազոտության պատճառների 46,1%-ը պայմանավորված է եղել ախտորոշիչ սարքավորումների և մեթոդների բացակայում, 22,6%-ը՝ լաբորատորիաների և ֆունկցիոնալ ախտորոշիչ կազմակերպչի ծախսերի կտրուկ կազմակերպման անհամապատասխանություն, 17,7%-ը՝ համապատասխան մասնագետի բացակայում (գծ. 1):



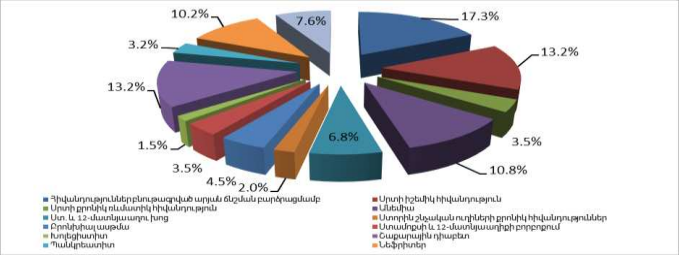
**Գծ ապասկեր 1: ԱԱՊ օղակի**

բ ու ժ հաստատության ընդունումների ամենաբարձրն է արյան շրջանառության հիվանդությունների դեպքերում: Շտապ օգնության կանչերի 25,6%-ն ընդունվել է անմիջապես պացիենտից, 21,1%-ը՝ հարազատներից և հարևաններից, իսկ 21,3%-ը՝ առաջնային օղակի բժիշկների կողմից: Շտապ օգնության կանչերի 66,3% դեպքերում պացիենտը չի հոսպիտալացվել, 6,3% դեպքերում՝ հետազոտության և պատակով ուղեգրվել է ԱԱՊ օղակ: Կեղծ կանչերի տեսակարար կշիռը կազմել է 0,8%: Ըստ հետազոտության տվյալների 45,4% դեպքերում փորձագետները ամբողջատոր դեպքի հետազոտության ընդգրկվածության ծավալը գնահատել են ոչ ամբողջական, իսկ 16,5% դեպքերում՝ ոչ ժամանակին: Պարզվել է, որ ոչ լրիվ հետազոտության պատճառների 46,1%-ը պայմանավորված է եղել ախտորոշիչ սարքավորումների և մեթոդների բացակայում, 22,6%-ը՝ լաբորատորիաների և ֆունկցիոնալ ախտորոշիչ կազմակերպչի ծախսերի կտրուկ կազմակերպման անհամապատասխանություն, 17,7%-ը՝ համապատասխան մասնագետի բացակայում (գծ. 1):

Պարզվել է, որ 94,9% դեպքերում նշված է եղել պացիենտի հիմնական հիվանդությունը, 51,9% դեպքերում՝ նաև ուղեկցող հիվանդությունը:

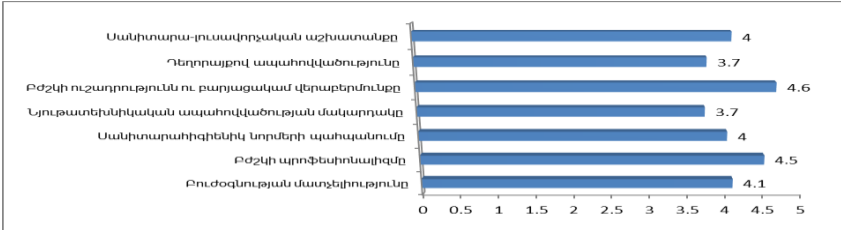
Ըստ փորձագիտական գնահատման համընկած  
 ուղեկցող հիվանդություններ արձանագրվել է  
 77,1% դեպքերում: Պարզվել է, որ ոչ ժամանակին և  
 սխալ ախտորոշման պատճառների կառուցվածքում  
 49,6%-ը պայմանավորված է եղել պացիենտի ոչ ժամա-  
 նակին կամ անկանոն այցով, 19,7%-ը՝  
 հիվանդության ընթացքի առանձնահատ-  
 կություններով, 18,9%-ը՝ ոչ լիարժեք  
 հետազոտություններ: Փորձագետները 6,8% դեպքերում  
 բուժման գործընթացը գնահատել են ձգձգվող, 6,0%  
 դեպքերում պացիենտն իր հիվանդության  
 վերաբերյալ չի ստացել անհրաժեշտ տեղեկատ-  
 վություն և խորհրդատվություն, իսկ 48,1%  
 դեպքերում ուղեգրվել է նեղ մասնագետի  
 խորհրդատվության: Ըստ փորձագետների  
 հարակցություն պարզվել է, որ 8,1% դեպքերում  
 ամբողջատոր բուժման ելքը եղել է առանց  
 փոփոխության, 10,9% դեպքերում այն ավարտվել է  
 հաշմանդամության փաստի արձանագրմամբ, իսկ  
 7,3% դեպքերում պացիենտը ուղեգրվել է հիվան-  
 դանոցային բուժման, 82,8% դեպքերում  
 ուղեգրումները նեղ մասնագետներին եղել են  
 հիմնավորված: Մեր կողմից վերլուծության է  
 ենթարկվել քաղաքապետարանի ենթակայության  
 ԱԱՊ օղակի բուժհաստատություններ տարբեր  
 նոգոլոգիաների կապակցությամբ դիմած  
 պացիենտների հետազոտության տևողությունը:  
 Պարզվել է, որ 51,7% դեպքերում պացիենտի  
 հետազոտությունը տևել է մինչև 3օր, սակայն 8օր  
 և ավելի տևողության դեպքերը կազմել են 5,6%:  
 Պացիենտների չհիմնավորված և ոչ ամբողջակա  
 հետազոտությունները բերել են բուժման միջին  
 տևողության ավելացման: Այս փաստը վկայում է,  
 որ ԱԱՊ օղակում առկա է մատուցած ծառ-  
 այության ներկայի արդյունավետության  
 ցածր մակարդակ: Թերի հետազոտությունների  
 պատճառների 55,3%-ը պայմանավորված է եղել  
 պոլիկլինիկայում ախտորոշիչ  
 սարքավորումների բացակայությամբ, 18,5%-ը՝  
 բուժող բժշկի անբավարարակ ավորմամբ, 14,6%-ը՝  
 համապատասխան մասնագետի բացակայությամբ և  
 ընդամենը 11,6%-ը՝ հիվանդության ընթացքի  
 առանձնահատկություններով: Ոչ ամբողջակա  
 բուժման պատճառների 27,2%-ը պայմանավորված է  
 եղել ոչ ճիշտ և ոչ աջած ախտորոշմամբ, 23,6%-ը՝  
 բուժման գործընթացի նկատմամբ ոչ ամբողջակա  
 հսկողությամբ, 20,3%-ը՝ բուժախտորոշիչ  
 սարքավորումների բացակայությամբ, 18,2%-ը՝  
 հիվանդության ընթացքի առանձնահատկություններով:

ն ե ռ ո վ , 10,4%-ը՝ հ ի վ ա ն դ ն ե ռ ի կ ող մ ի ց ն շ ա ն ա կ ու մ ն ե ռ ի թ ե ռ ի կ ա տ ա ռ մ ա մ ք : Պ ա ց ի ե ն տ ն ե ռ ի 17,3%-ը դ ի ս պ ա ն ս ե ռ հ ս կ ող ու թ յ ա ն ե ն վ ե ռ ց վ է Լ հ ի պ ե ռ տ ո ն ի կ հ ի վ ա ն դ ու թ յ ա ն , 13,2%-ը՝ շ ա ք ա ռ ա յ ի ն դ ի ա ք ե տ ի , 10,2%-ը՝ ն ե ֆ Ր ի տ ի , 13,2%-ը՝ ս Ր տ ի ի շ ե մ ի կ հ ի վ ա ն դ ու թ յ ա ն , 6,8%-ը՝ ս տ ա մ ո ք ս ի և 12-մ ա տ ն յ ա ա դ ու Խ ո ց ի կ ա պ ա կ ց ու թ յ ա մ ք ( գ ծ . 2 ) :



**Գ ծ ա պ ա տ կ ե ռ 2:** Ա Ա Պ ո ղ ա կ ի տ ե ղ ա մ ա յ ա յ ի ն թ ե ռ ա կ ս տ ի մ ո տ դ ի ս պ ա ն ս ե ռ հ ս կ ող ու թ յ ա ն վ ե ռ ց վ ա ծ պ ա ց ի ե ն տ ն ե ռ ի կ ա մ ու Լ ց վ ա ծ ք ն ը ս տ հ ի մ ն ա կ ա ն ն ո գ ու լ ո գ ի ա ն ե ռ ի

Ա Ա Պ ո ղ ա կ ի ք ժ շ կ ի ա շ խ ա տ ա ն ք ի ց ք ա վ ա ռ ա ռ վ ա ծ ե ն ե ղ ե Լ հ ա ռ ց վ ա ծ ն ե ռ ի 84,1%-ը : Յ ա ռ ց վ ա ծ ն ե ռ ի 50,2%-ը ն շ ե Լ է , ո Ր տ ե ղ ա մ ա ս ա յ ի ն թ ե ռ ա կ ս տ ը մ շ տ ա պ ե ս գ ք ա ղ վ ու մ է ա մ ո ղ շ ա պ ռ ե Լ ա կ ե ռ պ ի ք ա ռ ո գ չ ու թ յ ա մ ք , 34,4%-ը՝ հ ա ճ ա խ , 13,2%-ը՝ հ ա գ վ ա դ ե պ , ի ս տ 3,2%-ը՝ ը ն դ ի ա ն ռ ա պ պ ե ս չ ի գ ք ա ղ վ ու մ : Յ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ա ն մ ա ս ն ա կ ի ց ն ե ռ ի ն ա մ ա ջ ա ռ կ վ է Լ է 5 ք ա Լ ա յ ի ն հ ա մ ա կ ա ռ գ ի օ գ ն ու թ յ ա մ ք գ ն ա հ ա տ ե Լ ք ու ժ օ գ ն ու թ յ ա ն ո Ր ա կ ի ք ա ղ ա դ Ր ի չ ն ե ռ ը :

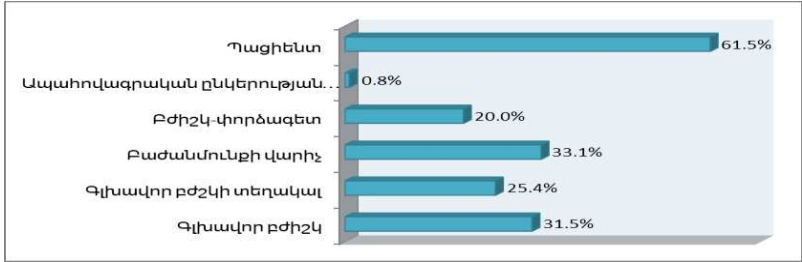


**Գ ծ ա պ ա տ կ ե ռ 3:** Բ ն ա կ չ ու թ յ ա ն կ ող մ ի ց Ա Ա Պ ո ղ ա կ ի ք ու ժ օ գ ն ու թ յ ա ն ո Ր ա կ ի ք ա ղ ա դ Ր ի չ ն ե ռ ի ք ա Լ ա յ ի ն գ ն ա հ ա տ ու մ ( ք ա Լ )

Ը ս տ հ ե տ ա գ ո տ ու թ յ ա ն տ վ յ ա Լ ն ե ռ ի՝ պ ա ց ի ե ն տ ն ե ռ ը ք ա ռ ձ Ր ե ն գ ն ա հ ա տ ե Լ ք ժ շ կ ի ու շ ա դ Ր ու թ յ ու ն ն ու ք ա ռ յ ա ց ա կ ա մ վ ե ռ ա ք ե ռ մ ու ն ք ը ( 4,6 ք ա Լ ) և ք ժ շ կ ի մ ա ս ն ա գ ի տ ա կ ա ն ո Ր ա կ ա վ ո Ր մ ա ն ա ս տ ի ճ ա ն ը ( 4,5 ք ա Լ ) : Պ ա ց ի ե ն տ ն ե ռ ը ց ա ծ Ր ե ն գ ն ա հ ա տ ե Լ պ ո Լ ի կ Լ ի ն ի կ ա յ ի ն յ ու թ ա տ ե խ ն ի կ ա կ ա ն հ ա գ ե ց վ ա ծ ու թ յ ա ն ( 3,7 ք ա Լ ) և

դեղորայքով ապահովվածության (3,7 բալլ) մակարդակը (գծ.3):

Բժիշկների 85,0%-ը նշել են, որ վերջին 5 տարիների ընթացքում կատարելագործել են մասնագիտական որակավորումը: Յարգվածների 88,9%-ը մշտապես օգտվում է մասնագիտական գրականությունից: Յետագոտության մեջ ընդգրկվածների ընդամենը 18,5%-ն է կարողացել ճիշտ նշել բուժօգնության որակի որևէ բաղադրիչի բովանդակությունը: Յարգվածների 61,5%-ի կարծիքով ԲՕՈ-ը պետք է գնահատի պացիենտը, 33,1%-ի՝ բաժանմունքի վարիչը, 31,5%-ի՝ գլխավոր բժիշկը, 25,4%-ի՝ գլխավոր բժշկի տեղակալը, 20,0%-ի՝ բժիշկ-փորձագետը: ԲՕՈ-ի հսկողության առկա համակարգից բավարարված են եղել հարցվածների 31,7%-ը, 19,0%-ը՝ բավարարված չեն, իսկ 48,4%-ը՝ դժվարացել են պատասխանել (գծ.4):



**Գծ ապատկեր 4:** Բժիշկների շրջանում ԲՕՈ-ի գնահատումն ըստ «Ո՞վ պետք է գնահատի ԲՕՈ-ը» հարցի արդյունքների

Ըստ հետազոտության տվյալների (աղ.2)՝ ԱԱՊ օղակում բժշկի աշխատանքի որակի վրա բացասական ազդեցություն են ունեցել բժշկի աշխատանքային ծանրաբեռնվածությունը (69,1%), բժշկական սարքավորումների դեֆիցիտը՝ հագեցվածությունը (56,8%) և նյութական մոտիվացիայի բացակայությունը (37,0%):

**Աղյուսակ 2**

ԱԱՊ օղակի բժիշկների աշխատանքի որակի վրա ազդող ռիսկի գործոնների հաճախականությունը

Ռիսկի գործոն		
1	Բժշկի ծանրաբեռնվածություն	69,1%
2	Բժշկական սարքավորումների դեֆիցիտը՝ հագեցվածությունը	56,8%
3	Միջին բուժանձնակազմի ծանրաբեռնվածություն	22,2%
4	Նյութական մոտիվացիայի բացակայություն	37,0%
5	Բժշկի աշխատանքի նկատմամբ բաժանմունքի վարիչի ոչ բավարար հսկողություն	1,2%
6	Աշխատանքի ոչ ռացիոնալ կազմակերպում	6,2%

7	Ախտորոշման և բուժման նորագույն մեթոդներին չբավարարողները	34,6%
8	Բժշկի չբավարարող ակտիվ մակարդակ	6,2%

Առաջնային օղակի բժիշկները բավարարված չեն բուժօգնությունների փաստաթղթաշրջանում (28,4%), նյութական մոտիվացիայի համակարգից (26,9%), բժշկական սարքավորումներով հագեցվածության աստիճանից (16,3%): Յարգվածների 61,7%-ը բավարարված է ԱԱՊ օղակի բուժման նկատմամբ, իսկ 61,3%-ը՝ վարչական հատվածի հետ ունեցած փոխարարություններից: Ըստ հետազոտության տվյալների, հետազոտությանը մասնակցած մենեջերների 55,7%-ն ունեցել են հարմարվողականության ցածր մակարդակ (0-23 բալլ), 42,6%-ը՝ միջին (24-29 բալլ), իսկ 1,7%-ը՝ բարձր (30-36 բալլ): Մենեջերների առաջնորդության հիմնական ոճերը ներկայացված են աղյուսակ 3-ում: Պարզվել է, որ 20% դեպքերում ղեկավարները միաժամանակ ունեցել են մեկից ավելի առաջնորդության առաջնային ոճ: Առավել տարածված են առաջնորդության 2-3 (47,2%) և 1-2 (29,6%) ոճերը:

**Աղյուսակ 3**

ԱԱՊ օղակի բուժօգնությունների տարբեր մակարդակի մենեջերների առաջնորդության տարբեր ոճերի հանդիպման տարածվածությունը

Առաջնորդության ոճ	n	P±m
Ոճ 1-2	42	29,6±3,8**
Ոճ 1-3	16	11,3±2,7**
Ոճ 1-4	4	2,8±1,4
Ոճ 2-3	67	47,2±4,2**
Ոճ 2-4	3	4,2±1,7*
Ոճ 3-4	7	4,9±1,8*

\*p<0,05, \*\*p<0,001

Ոճ 1-2 պրոֆիլի առաջնորդները (29,6%) կարող են բարձրացնել և իջեցնել իրենց փոխարարությունների վարքագիծը, բայց ամենց վարչարարության իրենց հարմարավետ չեն գտնում: Ըստ P. Hersey-ի, դրանք այն մենեջերներն են, ովքեր դառնում են այլ բժիշկների աշխատանքը վերահսկող, բայց հակված չեն թողնել ու բուժն բժշկությունը: Ոճ 2-3 պրոֆիլի առաջնորդները (47,2%) հակված են հաջողությամբ աշխատել ու պատրաստակամության միջին մակարդակ ունեցող անձանց հետ, սակայն դժվարանում են իրականացնել գործառնություններ կարգապահական խնդիրներ ունեցող անպատրաստ աշխատանքային

խմբերի հետ: Առաջնորդող թյան չորս հիմնական  
նճերի միաժամանակ տիրապետել են հետա-  
զոտող թյան մեջ ընդգրկվածների ընդամենը 9,6%-ը:  
Սակայն իրավիճակի ճիշտ ակնհայտորոշման և ոճի  
փոփոխման համար մենք չենք միաժամանակ պետք է  
ունենանք նաև հարմարվողական թյան բարձր  
մակարդակ:

Ցանկացած համակարգի գործունեության  
արդյունավետությանը կախված է միսկերի ճիշտ  
գնահատման և կառավարման հետ: Այն կարող է իր  
հերթին բերել տարբեր ֆինանսական  
կորուստների: Կառավարման ինտեգրացված  
համակարգը հնարավորություն է տալիս  
իրականացնել ոչ միայն միսկերի կառավարում,  
այլ նաև օպտիմալ գնահատում: Այն օգնում է  
նվազագույնի հասցնել նյութական  
կազմակերպչական ռեսուրսների ոչ  
արդյունավետ օգտագործման աստիճանը:

Հետազոտող թյան հաջորդ փուլում մեր կողմից  
մշակվել է մենեջմենթի միսկի ինտեգրացված  
համակարգի կազմակերպչական-ֆունկցիոնալ  
մոդել: Մոդելի կառուցման առաջին փուլում  
պոտենցիալ միսկի հայտնաբերման համար մեր  
կողմից գնահատվել է ԱԱՊ օղակի բուժհաստա-  
տողությունների հիմնական ներքին միսկերը:  
Արտաքին միսկերի գնահատման համար կիրառվել  
է PEST (համակարգի արտաքին միջավայրի  
գործոնների վերլուծություն)  
քաղաքականություն (Political), տնտեսագիտություն (Economic),  
(Economic), սոցիալական ոլորտ (Social), տեխնոլոգիա  
(Technological)) վերլուծության մեթոդը: ԱԱՊ օղակի  
բուժհաստատողությունների ուժեղ և թույլ  
կողմերի գնահատման համար իրականացվել է  
կազմակերպության ներքին միջավայրի  
գնահատման SWOT վերլուծություն:

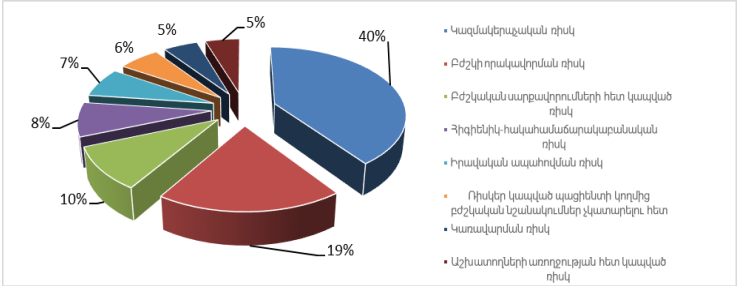
SWOT վերլուծությունը իրականացրել են  
երևանի քաղաքապետարանի առողջապահության  
վարչության կողմից երաշխավորված ԱԱՊ օղակի  
գլխավոր բժիշկները: Ընդգրկման համար  
չափանիշ է հանդիսացել աշխատանքային ստաժը,  
մասնագիտական որակավորումը, մասնագիտական  
կատարելագործումը, ինչպես նաև համակարգում  
մեծ հեղինակություն վայելելու փաստը: ԱԱՊ  
օղակի SWOT վերլուծության արդյունքները  
հիմնավորել են, որ անհրաժեշտ է տարանջատել  
համակարգի ֆինանսավորման աղբյուրները և  
կառավարման մեթոդները: ԱԱՊ օղակի  
կառավարման միսկերի հայտնաբերումից հետո  
փորձագետների կողմից տրվել է այդ միսկերի

քանակական գնահատական: Յուրաքանչյուր միսկի կառավարման ազգավարու թյան մշակման համար կատարվել է ըստ ազդեցության աստիճանի միսկի մակարդակի առաջնակի գնահատում: Պարզվել է, որ ԱԱՊ օղակի կառավարման վրա առավել ազդեցություն են ունենում այդ ոլորտի քաղաքական և տնտեսական միսկերը: ԱԱՊ օղակի SWOT վերլուծության բոլոր գործոնների դիտարկման արդյունքում ընդունվել է որոշում:

Ըստ հետազոտության տվյալների պարզվել է, որ ԱԱՊ օղակի հիմնական գործոններն ընդհանուր առմամբ ազդող միսկերից 7-ն ունեն ազդեցության բարձր (25-50%), իսկ 1-ը՝ ազդեցության ցածր (մինչև 25%) աստիճան: Ըստ միսկերի նյութականացման հավանականության գնահատման միջև 25% ընդգրկվել է 1 միսկ, իսկ 25-50%-ի սահմաններում մնացել են մնացած միսկերը: Մեր կողմից վերլուծվել և գնահատվել են նաև ազգավարական և մարտավարական մակարդակների միսկերը: Արդյունքում ձևավորվել է միսկերի գնահատման քարտեզ, որը հնարավորություն է տվել հիմնավորել երևանի քաղաքայտարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժիաստատության ներքին կառավարման միսկերի դիրքերը:

Հաջորդ փուլում գնահատվել են համակարգի կառավարման միսկերը ըստ հետևյալ սանդղակի՝ «Կարևորություն», «Կառավարման արդյունավետություն» և այդ երկու ցուցանիշների տարբերությունը՝ «Բացասական է \$եկտ»: Եթե «Բացասական է \$եկտը» ստացվի դրական, ապա կարելի է փաստել, որ առկա է միսկերի ոչ բավարար կառավարում, իսկ բացասականի դեպքում՝ առկա է միսկերի հստակ կառավարում:

Ամենամեծ չափաբաժինը կազմել է կազմակերպչական միսկը (40%), իսկ բժիշկների մասնագիտական որակավորման հետ կապված միսկի բաժին է ընկել 19% (գծ. 5):





**Գ ծ ապաստկ ե ր 5: Ա Ա Պ օ ղ ա կ ի**

բ ու ժ հ ա ս տ ա տ ու լ թ յ ու Ն ն եր ի կ առ ա վ ար մ ա ն պ ո -  
տ ն ց ջ հ ալ ռ ի ս կ եր ի կ առ ու ց վ ա ծ ք ը ս տ դ ր ա ն ց  
վ տ ա ն գ ա վ ո թ ու լ թ յ ա ն ա ս տ ի ճ ա ն ի (%)

Հ ե տ ա գ ո տ ու լ թ յ ա ն ա թ դ յ ու Ն ք ն եր ի հ ի մ ա ն վ ր ա  
մ շ ա կ վ ել է Ա Ա Պ օ ղ ա կ ի բ ու ժ հ ա ս տ ա տ ու լ թ յ ու Ն ն եր ի  
ռ ի ս կ -մ ե ն շ ք մ ե ն թ ի կ ա գ մ ա կ եր պ չ ա կ ա ն -  
Ֆ ու Ն կ ց ի ո ն ալ մ ո դ ել : Պ ա թ զ վ ել է , ո թ եր ն ա ն ի  
ք ա դ ա ք ա պ ե տ ա թ ա ն ի ե ն թ ա կ ա յ ու լ թ յ ա ն Ա Ա Պ օ ղ ա կ ի  
բ ու ժ հ ա ս տ ա տ ու լ թ յ ու Ն ն եր ու մ ռ ի ս կ եր ի ց կ թ ա ծ  
կ ո թ ու ս տ ն եր ի ն վ ա գ ե ց ու մ ն ա յ ն ք ա ն էլ  
ա թ դ յ ու Ն ա վ ե տ ձ և չ է , ք ա ն ի ո թ առ կ ա ե ն ռ ի ս կ եր ի  
կ թ ի տ ի կ ա կ ա ն ց ու ց ա ն ի շ ն եր , ո թ ը խ ո ս ու մ է  
հ ա մ ա կ ա թ գ ու մ առ կ ա կ առ ա վ ար մ ա ն  
ա ն կ ա յ ու Ն ու լ թ յ ա ն մ ա ս ի ն : Ա Ա Պ օ ղ ա կ ու մ BSC  
ն եր դ թ ու մ ը ա պ ա հ ո վ ու մ է հ եռ ա ն կ ա թ ն եր ի  
հ ա վ ա ս ա թ ա չ ա փ ք ն ն ա թ կ ու մ : BSC հ ա մ ա կ ա թ գ ն հ ա շ վ ի է  
առ ն ու մ առ ն վ ա գ ն 4 հ եռ ա ն կ ա թ ` « ֆ ի ն ա ն ս ն եր » ,  
« պ ա ց ի ե ն տ » , « ն եր ք ի ն բ ի գ ն ե ս գ ո թ ծ ը ն թ ա ց » , « կ թ ու մ  
և գ ա թ գ ա ց ու մ » : եր ն ա ն ի ք ա դ ա ք ա պ ե տ ա թ ա ն ի  
ե ն թ ա կ ա յ ու լ թ յ ա ն Ա Ա Պ օ ղ ա կ ի բ ու ժ հ ա ս տ ա տ ու լ թ -  
յ ու Ն ն եր ի կ առ ա վ ար մ ա ն հ ա մ ա կ ա թ գ ի  
բ ա թ ե փ ո խ ու մ ն եր ի հ ի մ ն ա վ ո թ մ ա ն հ ա մ ա թ մ եր  
կ ո դ մ ի ց կ ի թ առ վ ել է հ ա մ ա կ ա թ գ ի բ ո վ ա ն դ ա կ ա յ ի ն  
վ եր լ ու ծ ու լ թ յ ա ն դ ե կ ո մ պ ո գ ի ց ջ ա յ ի մ ե թ ո դ ը :  
Ա յ դ պ ի ս ի մ ո տ ե ց մ ա ն շ թ ջ ա ն ա կ ն եր ու մ հ ա մ ա կ ա թ գ ի  
ռ ա գ մ ա վ ար ու լ թ յ ու Ն ը բ ա ժ ա ն վ ել է կ ո ն կ թ ե տ  
ռ ա գ մ ա վ ար ա կ ա ն ն պ ա տ ա կ ն եր ի : Ռ ա գ մ ա վ ար ա կ ա ն  
ն պ ա տ ա կ ի յ ու լ թ ա ք ա ն չ յ ու լ թ ա դ ա դ թ ի չ ի հ ա մ ա թ  
առ ա ջ ա թ կ վ ել է կ ի թ առ ել 3-4 ց ու ց ա ն ի շ : Պ ա թ զ վ ել է ,  
ո թ ե թ ե կ առ ա վ ար չ ա կ ա ն ց ու ց ա ն ի շ ն եր ի  
վ եր ա բ եր յ ալ գ ի տ ել ի ք ն եր ը բ ա ց ա կ ա յ ու մ ե ն , ա պ ա  
առ ա ջ ա ն ու մ է BSC-ի մ շ ա կ մ ա ն դ ժ վ ար ու լ թ յ ու Ն ն եր :

Հ ե տ ա գ ո տ ու լ թ յ ա ն ա թ դ յ ու Ն ք ն եր ը  
հ ի մ ն ա վ ո թ ել ե ն , ո թ BSC-ի ն եր դ թ ու մ ը եր ն ա ն ի ք ա դ ա -  
ք ա պ ե տ ա թ ա ն ի ե ն թ ա կ ա յ ու լ թ յ ա ն Ա Ա Պ օ ղ ա կ ի  
բ ու ժ հ ա ս տ ա տ ու լ թ յ ու Ն ն եր ի ռ ա գ մ ա վ ար ա կ ա ն  
ն պ ա տ ա կ ը չ ա փ ել ի դ ա թ ձ ն ել ու հ ա թ ց ու մ ու ն ի  
կ ի թ առ ա կ ա ն ն շ ա ն ա կ ու լ թ յ ու Ն : Հ ա մ ա կ ա թ գ ի  
կ առ ա վ ար մ ա ն ն ո թ ս կ զ բ ու Ն ք ն եր ի ն  
հ ա մ ա պ ա տ ա ս խ ա ն առ ա ջ ա թ կ վ ու մ է ն եր դ ն ել  
դ ե կ ա վ ար ի և ի թ ե ն թ ա կ ա յ ու լ թ յ ա ն ա շ խ ա տ ո ղ ն եր ի  
հ ա թ ա բ եր ա կ ց ու լ թ յ ա ն ն ո թ մ ո տ ե ց ու մ ն եր : եր ն ա ն ի  
ք ա դ ա ք ա պ ե տ ա թ ա ն ի ե ն թ ա կ ա յ ու լ թ յ ա ն Ա Ա Պ օ ղ ա կ ի  
բ ու ժ հ ա ս տ ա տ ու լ թ յ ու Ն ն եր ու մ առ ա ջ ա թ կ վ ո ղ  
կ առ ա վ ար մ ա ն մ ո դ ել ու մ ը ն դ հ ա ն ու լ պ թ ա կ տ ի կ ա յ ի  
բ ժ ի շ կ ն ի թ գ ո թ ձ առ ու յ թ ն եր ը ի թ ա կ ա ն ա ց ն ու մ է  
ո թ պ ե ս ռ ա գ մ ա վ ար ա կ ա ն բ ի գ ն ե ս -մ ի ա վ ո թ : Ա յ ս

օղակը տնօրինում է բոլոր կրեդիտները և կոորդինացնում աշխատանքները:

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի գործունեության համալիր վերլուծությունը հնարավորություն է տվել հիմնավորել, որ ԲՕՈ-ի ապահովման համակարգում առավել կարևոր է կառուցվածքային արդյունավետության ճիշտ կառավարումը, ինչպես նաև ծառայությունների մատուցման հմտությունների, ծավալի և տեսակի ընդլայնման հնարավորությունների ներդրումը:

ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներհանրակրթական հնարավորությունների բազմակողմանի վերլուծությունը հնարավորություն է տվել գալայն եզրահանգման, որ, եթե համակարգում չներդրվի արագուցիչ ռեսուրսներ և չիրականացվի կազմակերպչական տեխնոլոգիական վերակառուցումներ, ապա առաջնային օղակը իրականացնելու իր առջև դրված ռազմավարական նպատակին հասնելու հնարավորություն չի ունենա: Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության գործունեության արդյունավետության վերլուծության համար մեր կողմից կիրառվել է ինտեգրալ գնահատման մեթոդ: Պարզվել է, որ ԱԱՊ օղակի գործունեության գնահատման ինտեգրալ ցուցանիշը ենթարկվել է նշանակալից փոփոխության ( $\chi^2=40,7$ ,  $p < 0,05$ ): Այսպես, արդյունավետության տեսանկյունից ցածր ինտեգրալ ցուցանիշ է հաշվարկվել 2016թ-ին (35,2%), որը պայմանավորված է եղել «Պացիենտներ», «Լերքին գործընթացներ» և «Ֆինանսներ» հեռանկարային ցուցանիշների նշանակության ցածր մակարդակով: ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներհանրակրթական համար միջին ինտեգրալ ցուցանիշը 2014թ.-ին կազմել է 38,9%, իսկ 2016-ին՝ 35,2%: Ըստ այդ ցուցանիշի գնահատման արդյունքի պարզվել է, որ առողջապահական համակարգի այս ստորաբաժանումը օգտագործում է իր հնարավորությունների 35,2% - 39,4%-ը: Այսպիսով, ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներհանրակառավարման արդյունավետությունը բարձրացնելու համար կարևորվում է ոչ միայն առկա հիմնախնդիրների հայտնաբերումը և գնահատումը, այլ նաև լուծման ուղիների մշակումը (աղ. 4):

**Աղյուսակ 4**

Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ օղակի բուժ հաստատությունների գործունեության ինտեգրալ գնահատումն րստ «հեռանկարներ» բաժինների (2013-2016թթ, %)

«Հեռանկարներ» բաժինները	2013թ.	2014թ.	2015թ.	2016թ.
«Պացիենտներ»	15,7	15,6	14,8	14,3
«Ֆինանսներ»	5	5	4	2
«Կրթում և զարգացում»	10,0	15,0	13,4	10,0
«Ներքին գործընթացներ»	8,7	3,3	5,2	8,9
<b>Ինտեգրալ ցուցանիշ</b>	<b>39,4</b>	<b>38,9</b>	<b>37,4</b>	<b>35,2</b>

Հետագոտություն արդյունքները հիմնավորել են, որ Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ բուժ հաստատությունների գործունեության արդյունքի գնահատման հարցում մեծ է «Պացիենտներ» հեռանկարի տեսակարար կշիռը: Դա է պատճառը, որ մեր կողմից նպատակի ծառի կառուցման ժամանակ այս հեռանկարի կշռային գործակցին տրվել է ամենամեծ արժեքը: «Ֆինանսներ» և «Ներքին գործընթացներ» հեռանկարներն ունեցել են փոքր նշանակություն: Այն պայմանավորված է ֆինանսական ցուցանիշների (ԱԱՊ օղակի ավագ միջին բուժանձնակազմի միջին աշխատավարձ, վճարովի ծառայությունների տեսակարար կշիռ, per capita ֆինանսավորման չափ) ցածր մակարդակով: Կարևորվում է նաև «Ներքին գործընթացներ» հեռանկարի ցուցանիշների ցածր մակարդակի ազդեցությունը համակարգի կառավարման վրա (ԱԱՊ օղակի կառավարման տնտեսապես արդյունավետ մեթոդների ներդրում, կանխարգելիչ գնումների որակի, ԲՕՈ-ի կառավարման համակարգի բարելավում, հիմնական ֆոնդերի օգտագործման, ՊՆԾ-ի կատարողականի արդյունավետության բարձրացում): Մեր կողմից առաջարկվել է Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայ ության ԱԱՊ բուժ հաստատությունների արդյունավետ կառավարման համար համակարգում ներդնել BSC: BSC-ի ներդրումը հնարավորություն կտա հստակեցնել նպատակի 4 հիմնական հեռանկարների՝ «Պացիենտներ», «Ֆինանսներ», «Կրթում և զարգացում», «Ներքին գործընթացներ» ուղիները: Այս խնդրի լուծման տարբերակների քննարկմանը ընդգրկել ենք ԱԱՊ օղակի բուժ հաստատությունների ռազմավարական մենեջերներին (աղ. 5):

**Աղյուսակ 5**

ԱԱՊ օղակի բուժ հաստատությունների կառավարման «Հեռանկարների» կարգային նշանակությունը

«Հեռանկարներ»	Յուրաքանչյուր	Տեսակարար կշիռ
---------------	---------------	----------------

		հեռանկարի կարգային համարը	(%)
1.	«Պացիենտներ»	2	30
2.	«Ֆինանսներ»	1	50
3.	«Կրթում և զարգացում»	3	10
4.	«Երթի գործընթացներ»	3	10
	Ընդամենը		100

Հաջորդ քայլով BSC-ում ընդգրկված գուցանիշներին տրվել է կարգային համար, որի հիման վրա կառուցվել է ԱԱՊ օղակի բուժիտ տատուլյունները՝ զարգացման մասին քարտեզ: Քարտեզի տվյալները հիմնավորել են, որ ԱԱՊ օղակի բուժիտ տատուլյուններն ապահովված չեն որակավորված մասնագետներով, առաջնային օղակում աշխատելը ունի ցածր սոցիալական գրավչություն, ոչ ֆինանսական բաժնի բաղադրիչներին փոխկապակցվածությունը և փոխզդեցությունը ապահովում է «Ֆինանսներ» հեռանկարի զարգացում: Արդյունքում փորձագետները «Պացիենտներ» հեռանկարը համարել են ԱԱՊ օղակի բուժիտ տատուլյուններին համար ամենակարևոր նպատակը: Փորձագետներին կրթությունը ամփոփվել են հաճախականություններին աղյուսակի օգնությամբ:

Հետագոտուլյան հաջորդ փուլում մերկորմից հիմնավորվել է ԱԱՊ օղակի բուժիտ տատուլյուններին նպատակից բխող BSC-ի ներդրման քայլերը: Ընտրել ենք 72 գուցանիշ: Ցուցանիշները բաշխվել են 4 հիմնական հեռանկարներին միջև (F<sub>1</sub>, F<sub>2</sub>, F<sub>3</sub>, F<sub>4</sub>): Ոչ ֆինանսական գուցանիշներին (X) ազդեցությունը ֆինանսականի (Y) վրա ուսումնասիրելու համար առաջին փուլում որպես գլխավոր գործոնային հատկանիշ ընտրվել է «Պացիենտներ» հեռանկարը: Գործոններին ընդգրկման հիմք է հանդիսացել դետերմինացիայի գործակցի արժեքը (R<sup>2</sup>), որի հավաստիությունը գնահատվել է F գործակցի օգնությամբ (աղ. 6):

**Աղյուսակ 6**

ԱԱՊ օղակի բուժիտ տատուլյուններին գործունեությունը գնահատող «Պացիենտներ» և «Ֆինանսներ» հեռանկարների հետփոխկապակցված գործոնների գնահատում

Գործոն	Y <sub>2</sub>	Y <sub>3</sub>	Y <sub>4</sub>	Y <sub>5</sub>	Y <sub>1</sub>
X <sub>3</sub>	R <sup>2</sup> =0.8 p<0.05	R <sup>2</sup> =0.9 p<0.05	R <sup>2</sup> =0.8 p<0.05	0.9 p<0.05	0.9 p<0.05
X <sub>4</sub>	R <sup>2</sup> =0.8 p<0.05	0	0	0.9 p<0.05	0.9 p<0.05

X <sub>5</sub>	0	0	0	0.9 p<0.05	0.9 p<0.05
X <sub>6</sub>	0.9 p<0.05	0.9 p<0.05	0	0	0.9 p<0.05
X <sub>7</sub>	0	0	0	0.9 p<0.05	0.9 p<0.05
X <sub>8</sub>	0.9 p<0.05	0	0	0	0.9 p<0.05
X <sub>9</sub>	0	0	0	0	0.9 p<0.05
X <sub>14</sub>	0.9	0.9	0.8	0.9	0.9
X <sub>15</sub>	0.9	0	0	0.9	0
X <sub>16</sub>	0.9	0.8	0.8	0.8	0.9
X <sub>18</sub>	0.8	0.8	0.8	0.7	0.8

Նույն տրամաբանությամբ վերլուծվել և գնահատվել է նաև «Կրթում և զարգացում» և «Ներքին գործընթացներ» հեռանկարների վրա ազդող գործոնները: Այս վերլուծության արդյունքում առաջարկվում է քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժիաստատության գործունեության վերլուծության համար կիրառել մեր կողմից մշակված ցուցանիշների համակարգը:

### ԵՅՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժիաստատության նկատմամբ հավաքագրված բնակչության բուն և ևնդհանուր հիվանդացության ցուցանիշների բացասական միտումները փաստում են, որ առկա է ԲՕՈ-ի և մտչելիության ապահովման հիմնախնդիր: Ընդհանուր հիվանդացության կառուցվածքում առաջին տեղում արյան շրջանառության համակարգի (27,2%), երկրորդում՝ շնչառական օրգանների (14,5%) հիվանդություններն են:
2. ԱԱՊ օղակի բուժիաստատության դիմելիության կառուցվածքում առաջին տեղում ներգատական համակարգի հիվանդություններն են: Տնային կանչերի 92,2%-ը բաժին է ընկել տեղամասային թերապևտին և ընտանեկան բժիշկին, իսկ շտապ օգնության կանչերի 83,8%-ը պայմանավորված է եղել անհետաձգելի վիճակներով: Պացիենտների 51,7%-ը հետազոտվել է առաջին երեք օրերի ընթացքում, իսկ ամբողջ ծավալով հետազոտվածների տեսակարար կշիռը կազմել է 35,4%:
3. Դիսպանսեր հսկողության որակի և արդյունավետության փորձագիտական գնահատման արդյունքում պարզվել է, որ պացիենտների 36,6%-ը հսկվել է ոչ պարբերաբար, 37,5%-ը՝ ոչ ժամանակին, 46,3%-ի հետազոտությունը եղել է ոչ լրիվ, 41,4% դեպքերում բուժախտորոշիչ միջոցառումներն

իրականացվել են թերացումներով: Շտապ օգնություն կանչերի 4,1%-ը կարող էր սպասարկվել պոլիկլինիկական օդակում: Կանչերի 2,6%-ը եղել են մասնագիտացված բրիգադի կանչ: Շտապ օգնություն կանչերի ելքի արդյունքների վերլուծությունից պարզվել է, որ 66,3% դեպքում հիվանդը չի հոսպիտալացվել, 6,3%-ը՝ ուղեգրվել է բուժօգնություններ հետազոտության համար, 0,6% դեպքերում ունեցել են մասնագիտացված բրիգադի օգնություն կարիք, իսկ կեղծ կանչերը կազմել են 0,8%:

4. ԱԱՊ օդակի ֆինանսավորման ծավալների ավելացումը ՊՆԾ-ի շրջանակներում, վճարովի ծառայությունների որոշակի ծավալի պայմաններում չի ապահովել առողջապահական համակարգի այդ օդակի ֆինանսական ցուցանիշների բարելավում:
5. Բալանսավորված ցուցանիշների համակարգի օգնությամբ երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օդակի բուժօգնությունների գործունեությունը վերլուծությունը, հնարավորություն է տվել ստացված բազմաչափելի ինտեգրալ գործակցի արժեքով հիմնավորել, որ ԱԱՊ օդակի ռազմավարական ծրագիրը 2016թ-ին կատարվել է 35,2%-ով: Ինտեգրալ գործակցի բացասական միտումները պայմանավորված են եղել BSC-ի «Ֆինանսներ» (ավագ և միջին բուժանձնակազմի ցածր միջին աշխատվարձ, վճարովի ծառայությունների ցածր տեսակարար կշիռ, per capita-ի ֆինանսավորման ցածր մակարդակ) և «Ներքին միջավայր» (կառավարման տնտեսապետարդյունավետ մեթոդների ներդրման բացակայություն, կանխարգելիչ գնումներին ցածր որակ, հնարավորություն է տվել հիմնավորել երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օդակի բուժօգնությունների կառավարման համակարգի նոր մոտեցումների ներդրման անհրաժեշտությունը:
6. ԱԱՊ օդակի բուժօգնությունների ռազմավարական կառավարման ալգորիթմի մշակումը, որը հիմնված է SWOT վերլուծության և բալանսավորված ցուցանիշների համակարգի ներդրման վրա, հնարավորություն է տվել հիմնավորել երևանի քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օդակի բուժօգնությունների կառավարման համակարգի նոր մոտեցումների ներդրման անհրաժեշտությունը:

# ԳԻՏԱԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

## Երևանի քաղաքապետարանի առողջապահության վարչությանը

1. ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներկայացված համակարգի բարեփոխումների հիմքում ընդունել կառավարման բազմաձևությունը: Այդ համակարգի կառուցվածքային օպտիմալացման ռազմավարությունը մշակել բուժհաստատության ստորաբաժանումների միջև փոխհարաբերությունների ձևավորման այնպիսի նոր մոտեցումների հիման վրա, որոնք կապահովեն համակարգի պլանավորման, ռեսուրսների բաշխման, կառավարման ոճի և հսկողությունը արդյունավետությունը: Ապահովել ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներդեկատվության կառավարման համակարգի ներդրում՝ որպես ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման և պլանավորման օբյեկտիվ հիմք: Համակարգի ռազմավարական կառավարման ալգորիթմի հիմքում ընդունել SWOT վերլուծության արդյունքները և BSC-ը:
2. Ներդնել քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներկայացված տեղեկատվական համակարգի հետևյալ բաժիններով՝ «Պացիենտի քարտ», «Կիճակագրություն», «Ֆինանսական հոսքերի կառավարման քարտ», «Կադրային հոսքերի կառավարման քարտ»:
3. Քաղաքապետարանի ենթակայության ԱԱՊ օղակի բուժհաստատության ներկայացված բարեփոխումների ռազմավարության մշակման ժամանակ անհրաժեշտ է անցում կատարել վարչարարական կառավարման մեթոդից սոցիալ-փնտզարացվածին: Մշակել և համակարգում ներդնել ավագ և միջին բուժանձնակազմի պաշտոնների նկարագիրը:
4. ԱԱՊ օղակի կառավարման արդյունավետությունը բարձրացնելու համար ստեղծել \$ինանսական հոսքերը կառավարող կենտրոն, կառուցվածքային միավորների գործունեության արդյունավետության համակարգ, սահմանել առողջապահական ռեսուրսների գնահատման ցուցանիշների նվազագույն և առավելագույն մակարդակներ:
5. ԱԱՊ օղակում ներդնել մատրիցային կառավարման մոտեցումներ, որոնք

ենթադրու մ են ֆուսկցիոնալ և ծրագրային կամուսցվածքի միաժամանակ օգտագործում:

**Քաղաքապետարանի ենթակայ ու թյան ԱԱՊ օղակի բուժհաստատությունների գլխավոր բժիշկներին**

1. ԱԱՊ օղակի հաստիքացուցակի հիմնավորման ժամանակ հաշվի առնել ոչ միայն հավաքագրված բնակչության թվաքանակը, այլ նաև այդ բնակչության բժշկադեմոգրաֆիկ և հիվանդացության ցուցանիշների միտումները:
2. ԱԱՊ օղակում զարգացնել և կատարելագործել մասնագիտացված շարժական բուժօգնությունը՝ հագեցնելով անհրաժեշտ գործիքային, և արտոտր հետազոտությունների համար անհրաժեշտ սարքավորումներով:
3. ԱԱՊ օղակի բուժօգնության որակի և մատչելիության բարելավման հիմնական ուղղությունը պետք է լինի կանխարգելիչ աշխատանքներին հասցեականացումը, պոլիկլինիկայում թերապևտների և ներմասնագետների միջև համագործակցության բարելավումը, քրոնիկ հիվանդների դիսպանսեր հսկողության արդյունավետության բարձրամասն հարցում ընտանիքի դերի մեծացումը, բուժօգնության նոր կազմակերպչական տեխնոլոգիաների ներդրումը (ստացիոնարին փոխարինող տեխնոլոգիաներ, միջին բուժանձնակազմի բրիգադա հաշմանդամ հիվանդների և կենսաթոշակառուների տնային կանչերը սպասարկելու համար):
4. Ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի դերը անհրաժեշտ է դարձնել գերակա բուժախտորոշիչ տեղեկատվական-վերլուծական, և նոգիստիկ գործընթացների ճիշտ կամավորման համակարգում, քանի որ այն հնարավորություն է կտա նվազեցնել ավելորդ (տեխնոլոգիական, ֆինանսական) գործընթացները, գուպել բուժական գործընթացի հիմնավորված մոտեցումները, բարձրացնել բուժօգնության որակից և մատչելիությունից պացիենտների բավարարվածությունը:
5. ԱԱՊ օղակում վճարովի ծառայությունների ծավալը ընդլայնելու նպատակով անհրաժեշտ է դիմամիկայում հստակեցնել և մշակել պահանջարկի ձևավորման առավել



արդյունավետ մարտավարություն, կատարել  
չունկայիսուգմենտացիա, հստակեցնել  
առաջնային օղակի մարքեթինգային  
նազմավարությունը:

## ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅԱՆ ԹԵՄԱՅՈՎ ՅՐԱՊԱՐԱԿԿԱԾ ԱՇԽԱՏԱՆՔՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

1. Յակոբյան Լ.Յ., Չոփիկյան Ա.Ս. Միջարք  
բժշկադեմոգրաֆիկ ցուցանիշներ  
գնահատումը որպես բուժօգնություն և  
մատչելիություն չափանիշ // Տեսական և  
կլինիկական բժշկություն հարցեր, Երևան, 2016,  
N1, էջ 57-62:
2. Акопян Л.А., Мардяня М.А., Чоппикян А.С. Мониторинг удовлетворенности населения города  
Еревана поликлинической помощью как индикатор оценки качества медицинской помощи.  
// Инновационные научные исследования: теория, методология, практика, Пенза, 2017, N1,  
с. 232-235.
3. Յակոբյան Լ.Յ. Երևանի քաղաքապետարանի  
ենթակայության արտահիվանդանոցային  
բուժօգնություններում կառավարման  
բուժաշխատողներին գնահատումը ըստ  
հմտությունների հետազոտության արդ-  
յունքների // Տեսական և կլինիկական  
սոցիոլոգիական հարցեր, Երևան, 2017, N1, էջ 3-5:
4. Յակոբյան Լ.Յ. Առողջության  
առաջնային օղակում բուժօգնության  
կառավարման և որակի վերաբերյալ  
բուժաշխատողներին կարծիքի  
նուսումնասիրություն // Տեսական և  
կլինիկական բժշկություն հարցեր, Երևան, 2017,  
N4, էջ 56-58:
5. Hakobyan L. Reform of Yerevan municipality outpatient service management system. // LINGVO-  
SCIENCE, Varna, 2018, N9, p.13-15.
6. Hakobyan L. Health systems reforms and performance assessment. // LINGVO-SCIENCE, Varna,  
2018, N9, p.15-17.
7. Մարդիյան Մ.Ա., Յակոբյան Լ.Յ.  
Արտահիվանդանոցային բուժօգնության  
որակի գնահատումը ստործագիտական մեթոդի  
// Տեսական և կլինիկական բժշկություն  
հարցեր, Երևան, 2018, N2, էջ 4-6:
8. Hakobyan L., Mardiyana M.A., Chopikyan A.S., Dunamalyan R.A. Risk assessment and modeling of  
facilities under Yerevan municipality by SWOT analysis method // Economics, Ivanovo, № 2 (40),  
2019, p. 35-39.

## Резюме

Основной целью стратегии реформирования здравоохранения является улучшение системы управления, что, в свою очередь, обеспечит качество и доступность медицинской помощи. Любая реформа системы здравоохранения становится реалистичной в случае, если она основана на внедрении подходов эффективного применения имеющихся ресурсов. Эти идеи стали основой научно-исследовательской работы и превратили их в актуальность.

**Цель исследования.** Обосновать необходимость и пути внедрения реформ системы руководства медицинских учреждений первичной медицинской помощи (ПМП), находящихся в подчинении муниципалитета города Еревана. Выяснилось, что удельный вес профилактических посещений в общей посещаемости составил 19,7%. 4,1% вызовов скорой помощи могли быть обслужены в звене ПМП, 25,6% вызовов были получены непосредственно от пациента, 21,1% вызовов - от родственников и соседей, и 21,3% - от врачей первичного звена. В 66,3% случаев вызовов скорой помощи пациент не был госпитализирован. По данным исследования, в 45,4% случаев объем охвата обследований амбулаторного случая экспертами оценивался как неполный, а в 16,5% случаев - несвоевременный. 46,0% причин неполного обследования были вызваны отсутствием диагностического оборудования и соответствующих методов, 22,7% - загруженностью лабораторий и кабинетов функциональной диагностики, а 17,6% - отсутствием соответствующего специалиста.

Согласно экспертной оценке, совпадение сопутствующих заболеваний было зарегистрировано в 77,1% случаев. В структуре причин несвоевременного и ошибочного диагноза 49,6% было обусловлено несвоевременным или нерегулярным посещением пациента, 19,7% - с особенностями течения заболевания, и 18,9% - с неполноценным обследованием.

Согласно данным исследования, в звене ПМП на качество работы врача негативно влияют: рабочая загруженность врача (69,1%), недостаточный уровень насыщенности медицинским оборудованием (56,8%), и отсутствие материальной мотивации (37,0%). Врачи первичной медицинской помощи не удовлетворены циркуляцией документации учреждения (28,4%), системой материальной мотивации (26,9%), уровнем насыщенности медицинским оборудованием (16,3%), а 61,7% респондентов были удовлетворены медперсоналом звена ПМП. 55,7% опрошенных менеджеров имели низкий (0-23 балла), 42,6% - средний (24-29 баллов) и 1,7% - высокий (30-36 баллов) уровни адаптации.

Эффективность деятельности любой системы зависит от правильной оценки рисков и управления этой системой. На данном этапе нашего исследования мы разработали организационно-функциональную модель интегрированной системы управления рисками. На первом этапе построения модели мы провели оценку основных внутренних рисков учреждений звена ПМП для выявления потенциального риска. Для внешней оценки риска использовался PEST анализ (анализ факторов внешней среды, действующей на систему: политика (Political), экономика (Economic), социальная сфера (Social), технология (Technological)). Для оценки сильных и слабых сторон учреждений звена ПМП был проведен анализ внутренней среды организации. Согласно данным исследования выявлено, что из действующих на основную деятельность звена ПМП всех 7 рисков имеют высокую (25-50%), а 1 риск - низкую (25%) степень воздействия. Согласно оценке вероятности материализации рисков до 25% включали один риск, а в пределах 25-50% остались остальные риски. Мы также оценили риски стратегического и тактического уровней. В результате была разработана карта оценки рисков, которая позволила обосновать позиции рисков звена ПМП. На основании результатов исследования была разработана организационно-функциональная модель риск-менеджмента учреждений звена ПМП.

Результаты исследования показали, что в учреждениях звена ПМП, находящихся в подчинении муниципалитета города Еревана снижение перенесенных потерь от рисков, не является особо действенным методом, так как существуют критически важные показатели рисков, свидетельствующие о нестабильности существующей системы. Установлено, что в вопросе

переделывания в измеряемую по BSC цель, стратегическая цель находящихся в подчинении муниципалитета города Еревана учреждений звена ПМП имеет определенное значение.

Анализ звена ПМП позволил нам обосновать тот факт, что в в системе обеспечения (качества медицинской помощи) КМП наиболее важно правильное управление структурной эффективностью, внедрение возможностей расширения навыков, объема и вида предоставленных услуг. Комплексный анализ стратегических возможностей учреждений звена ПМП позволяет нам прийти к выводу, что первичное звено будет иметь слабые возможности выполнять поставленную перед собой стратегическую задачу, если в систему не будут включены дополнительные ресурсы и не будут проведены организационные технологические перестройки.

**Научная новизна работы.** Обоснована необходимость внедрения интегрированной системы управления учреждениями звена ПМП, находящихся в подчинении муниципалитета города Еревана.

Была разработана модель системы местного управления учреждениями звена ПМП и обоснована необходимость ее внедрения, а также стратегические направления осуществления реформы системы управления ресурсами, которая может обеспечить повышение эффективности оказываемой медицинской помощи, доступности услуг и использования материальных и людских ресурсов.

**Научно-практическая значимость работы.** В результате проведенного исследования была разработана модель эффективного управления учреждениями звена ПМП, находящихся в подчинении муниципалитета города Еревана, основанная на эффективном управлении ресурсами на микроэкономическом уровне.

## Levon Hakobyan

### SUBSTANTIATION OF MANAGEMENT RECONSTRUCTION IN THE SYSTEM OF THE PRIMARY HEALTH CARE LINK FACILITIES IN SUBORDINATION TO THE MUNICIPALITY OF YEREVAN

#### SUMMARY

The main goal of the healthcare reform strategy is to improve the management of the system, which in its turn will ensure the quality and effective of available resources of health care. Any reform of the health care system becomes realistic if the reform is based on the implementation of approaches of the existing resources effective employment. These ideas have come to be the basis of scientific-research work and have turned them into actuality.

**The purpose of the research** is to substantiate the necessity and ways of the reforms' implementation into the system of management of the primary healthcare facilities being in subordination to the Yerevan municipality.

It was found that the proportion of preventive visits in general attendance was 19.7%. 4.1% of ambulance calls could be attended to the patients on the level of PHC, and 25.6% of the calls were received immediately from the patient, 21.1% of them – from the patient's relatives and neighbors, and 21.3% from the primary care doctors. In 66.3% of emergency calls the patient was not hospitalized.

According to the investigation data 45.4% of cases assessed the incidence of outpatient case studies to be not entirely, and in 16.5% cases - not timely. 46.0% of the reasons for non-complete examination of a patient were due to the lack of diagnostic equipment and appropriate methods, 22.7% of them - due to the laboratories and functional diagnostic cabinets workload, and 17.6% - with the absence of appropriate specialist. According to expert assessment the coincided concomitant illnesses were recorded in 77.1% cases. In the structure of the reasons for non-timely diagnosis and misdiagnosis 49.6% were conditioned by a non-timely or irregular visit of the patient, 19.7% - by the peculiarities of an illness course, and 18.9% - by incomplete examination. According to the investigation data, the physician's workload (69.1%), insufficient saturation with medical equipment (56.8%) and lack of material motivation (37.0%) have a negative impact on the PHC doctor's work quality. The primary care doctors are not satisfied with the documentation circulation of the facility (28.4%), the material

motivation system (26.9%), the level of saturation with medical equipment (16.3%), and 61.7% of the respondents were satisfied with the PHC level. 55.7% of the surveyed managers had a low level of adaptation (0-23 points), 42.6% of them had an average (24-29 points), and 1.7% - a high level of adaptation (30-36 points).

Effectiveness of any system activity depends on the risks' correct assessment and management. At this stage of our research we have developed an organizational and functional model of the risks management integrated system. At the first stage of the model construction we have assessed the main underlying internal risks of the PHC link facilities for potential risk detection. For external risk assessment, PEST analysis (analysis of the system's external environment factors: policy (Political), economic (Economic), social aspect (Technology), technology (Technological)) has been used. Analysis of an organization's internal environment was conducted to assess the strengths and weaknesses of the PHC link facilities. According to the investigation data, 7 of the common risks impacting the main functioning of the PHC level have a high (25-50%), and 1 - a low (up to 25%) grade of impact. According to the risks materialization likelihood assessment, up to 25% included 1 risk, and other remained risks were within 25-50%. We have also assessed the risks of strategic and tactical levels. As a result, a risk assessment map has been developed that has allowed to substantiate the risks positions of the PHC level. Based on the results of the research, the organizational-functional model of risk management of the PHC link facilities has been developed. The results of the investigation revealed that the reduction of the experienced losses from the risks in the PHC link facilities in subordination to the Yerevan municipality is not a rather effective form, as there are critically important indicators that testify about the existing system's instability. It has been established that in regard with the transformation goal into the measurable as per the BSC one the strategic objective of the PHC facilities in subordination to the Yerevan municipality is to make the goal of importance. The analysis of the PHC link facility has enabled us to substantiate the underlined importance of the structural efficiency correct managing, the implementation of the skills, volume and type of the service delivery opportunities expansion in the MCQ system.

A comprehensive analysis of the strategic capabilities of the PHC link facilities allows us to come to the conclusion that the primary link has a weak potential to fulfill its assigned strategic objective if additional resources are not included into the system and no organizational technological reconstructions are performed.

**Scientific novelty of the research.** The necessity to introduce an integrated system of the management of the PHC link facilities being in subordination to the Yerevan municipality is established. A model of system of the PHC link local management has been developed and the need to implement it has been substantiated, as well as the strategic direction for performance of reform of the resource management system, that can provide improvement of effectiveness of the health care, the medical service affordability and accessibility, as well as the material and human resources use.

**Scientific-practical significance of the research.** Based on the results of the performed investigation, a model of effective management of the PHC link facilities in the Yerevan municipality subordination was developed based on effective resources management at the microeconomic level.

