

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ԿԵՐԱԿԱՆԳՆՈՂԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ արագ գնահատման վերլուծություն և քարտեզագրում



Աշխատանքային խմբի անդամներ՝

«Արաբկիր» Բժշկական համալիր - Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտ՝

Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտ

Սերգեյ Սարգսյան
Եվա Մովսեսյան

ԱրԲԵՍ առողջության կենտրոն

Գայանե Զաքարյան
Մանուշակ Երիցյան

Արաբկիր միացյալ մանկական բարեգործական հիմնադրամ

Շուշան Դավթյան

Առողջապահության նախարարություն

Նունե Փաշայան

ՅՈՒՆԻՍԵՖ

Ալաա Սերեհ, միջազգային փորձագետ
Մայա Սիմոնյան



Սույն ձեռնարկը ստեղծվել է ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի աջակցությամբ: Ներկայացված տեսակետները պատկանում են հեղինակներին և պարտադիր չէ, որ արտահայտեն ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի տեսակետները և քաղաքականությունը:

ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ն աշխատում է, որպեսզի Հայաստանում յուրաքանչյուր երեխա լինի սիրված, սնված և խնամված: Հիմնվելով 70-ամյա միջազգային փորձի և Հայաստանի երեխաների համար 25 տարվա հաջողությունների վրա՝ ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ը պարտավորություն է ստանձնում բարելավելու ամենախոցելի՝ աղքատության և մեկուսացման մեջ ապրող երեխաների կյանքը:

ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ն աշխատում է իր գործընկերների հետ, որպեսզի Հայաստանում յուրաքանչյուր երեխա, ծնվելու պահից մինչև ավագ դպրոցի ավարտը, և

յուրաքանչյուր ընտանիք կարողանա օգտվել իր համար նախատեսված քաղաքականություններից և ծառայություններից:

Ստեղծման պահից ի վեր՝ ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ն ամբողջությամբ ֆինանսավորվում է անհատների, մասնավոր հատվածի, հիմնադրամների և կառավարությունների կամավոր նվիրատվություններով: Հայաստանում ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի գործունեությանը ծանոթանալու համար այցելեք www.unicef.am, www.babycef.am և www.Together4Armenia.am կայքերը կամ հետևեք մեզ հետևյալ հարթակներում՝



Facebook.com/UNICEFArmenia



Instagram.com/UNICEF_Armenia



Twitter.com/unicefarmenia



Youtube.com/user/unicefarmenian

Աջ լուսանկար՝ UNICEF/Armenia/2018/Osipova

Ուղեղային կաթված ունեցող տղան բուժում է ստանում լողավազանում իր մարզչի հետ «Երազի տուն» վերականգնողական կենտրոնում:

Ձախ լուսանկար՝ UNICEF/Armenia/2016/Pirozzi

Ուղեղային կաթված ունեցող երեխան խաղում է իր թերապիստի հետ դասի ժամանակ Երևանի թիվ 92 մանկապարտեզում, որտեղ ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ը աջակցել է վերականգնողական ծառայությունների ստեղծմանը:

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Հապավումներ	1
1.Ներածություն	4
2.Մանկական վերականգնողական բժշկության ուսումնասիրության արդյունքները	10
2.1 Վերականգնողական բժշկության կարիքները	10
2.2 Քաղաքականությունը, առաջնորդումը և կառավարումը	14
2.3 Վերականգնողական բուժման ֆինանսավորումը	18
2.4 Վերականգնողական բուժման ծառայությունների ենթակառուցվածքը, տեսակներն ու մակարդակները	20
2.5 Մարդկային ռեսուրսներ վերականգնողական բժշկության համար	32
2.6 Վերականգնման տեխնիկական միջոցներ և օժանդակ սարքեր	33
2.7 Առողջապահական տեղեկատվական համակարգ	35
3.Եզրակացություններ և առաջարկություններ	36
3.1 Վերականգնողական բժշկության կարիքները	36
3.2 Քաղաքականությունը, առաջնորդումը և կառավարումը	36
3.3 Վերականգնողական բուժման ֆինանսավորումը	38
3.4 Ենթակառուցվածքը և ծառայությունները	39
3.5 Մարդկային ռեսուրսներ	40
3.6 Վերականգնման տեխնիկական միջոցներ	41
3.7 Առողջապահական տեղեկատվական համակարգ	42

Հավելված 1. Մանկական վերականգնողական բուժօգնություն տրամադրող հաստատության գնահատման ձևաթուղթ

Հավելված 2. Պետության կողմից տրամադրվող օժանդակող միջոցների ցանկը

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

«Արաբկիր» ԲՀ-ԵԴԱԻ	«Արաբկիր» բժշկական համալիր – Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտ
«Արաբկիր» ՄՄԲՀ	«Արաբկիր» միացյալ մանկական բարեգործական հիմնադրամ
ԱՍԽ	Աուտիստիկ սպեկտրի խանգարումներ
ԵԶՎԿ	Երեխայի զարգացման և վերականգնողական կենտրոն
ԲՀ	Բնածին հիպոթիրեոզ
ՄԱԿ	Միավորված ազգերի կազմակերպություն
ՄՈՒԿ	Մանկական ուղեղային կաթված
ԿՀԴ	Կոնքազդրային հոդի դիսպլազիա
ՎՄԶ	Վաղ մանկության զարգացում
ՀԻԴ	Հիվանդությունների միջազգային դասկարգում
ՖՄԴ	Ֆունկցիոնալության, հաշմանդամության և առողջության միջազգային դասակարգում
ՀՆԱ	Համախառն ներքին արդյունք
ԿԳՆ	Կրթության և գիտության նախարարություն
ԱՍՀՆ	Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարություն
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԱՎԾ	Ազգային վիճակագրական ծառայություն
ԱԱԽ	Առաջնային առողջապահական խնամք
ՖԲ&Վ	Ֆիզիկական բժշկություն և վերականգնում
ՖԿՈՒ	Ֆենիլկետոնուրիա
ՅՈՒՆԻՍԵՖ	Միավորված ազգերի կազմակերպության մանկական հիմնադրամ
ՀԲ	Համաշխարհային բանկ
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն

Երեխայի զարգացումը առողջ աճի կարևորագույն գործոնն է, որը պայմանավորում է նրա սովորելու կարողությունները և սոցիալական ներառումը: Համաճարակաբանական ներկայիս միտումները, վաղ զարգացման կոնցեպտի ընկալման փոփոխությունները, հաշմանդամության դիտարկումը մարդու իրավունքների համատեքստում մատնանշում են երեխայի զարգացման խանգարումների վաղ հայտնաբերման, միջամտության և վերականգնմանն ուղղված համապատասխան առողջապահական ծառայությունների ներդրման անհրաժեշտությունը:

Ծառայությունների մատուցման բացերը հայտնաբերելու և համապատասխան առաջարկություններ մշակելու նպատակով գնահատվել են Հայաստանում հասանելի մանկական վերականգնողական ծառայությունների կարողությունները: Հավաքագրվել է տեղեկատվություն Առողջապահության նախարարության կողմից լիցենզավորված մանկական վերականգնողական ծառայություններ մատուցող կենտրոններից, ներառյալ նրանց իրավաբանական կարգավիճակը, սպասարկվող բնակչությունը և պացիենտների թիվը, ծառայությունների տեսակները, ֆինանսավորման աղբյուրները, ֆիզիկական պայմանները, մարդկային ռեսուրսները և այլն: Երկրորդային տվյալները հավաքագրվել են հանրային հասանելի աղբյուրներից:

Արդյունքում, զարգացման խանգարումներ ունեցող երեխաների իրական կարիքների և լիցենզավորված և փաստացի գործող հաստատությունների կարողությունների համեմատական գնահատական վկայում է լուրջ անհամապատասխանության մասին: Հայաստանի շատ տարածաշրջաններում և համայնքներում մանկական վերականգնողական ծառայությունները հասանելի չեն, հատկապես գյուղական ազգաբնակչության համար, մինչդեռ վիճակագրական տվյալները փաստում են, որ նկատվում է խանգարումների համեմատաբար բարձր տարածվածություն հենց գյուղաբնակ երեխաների շրջանում: Բացակայում է որակի ապահովման համակարգը, առկա են բացեր երեխաների վերականգնման ստանդարտացված մոտեցումների և ուղեցույցների մեջ, հստակ չեն վերականգնողական բուժում տրամադրող հաստատությունների լիցենզավորման չափանիշները: Նկատվում է անձնակազմի պակաս, ներառյալ մանկական վերականգնողաբանների, զարգացման մանկաբույժների, ֆիզիկական թերապիստների, էրգոթերապիստների և այլն: Անձնակազմի շարունակական մասնագիտական զարգացումը, հատկապես ոչ բժշկական անձնակազմի պարագայում, դժվար հասանելի է և հաճախ՝ ոչ արդյունավետ: Նկատվում է զգալի անհամապատասխանություն վերականգնման տեխնիկական միջոցների պահանջարկի և մատակարարման միջև: Առկա է միջգերատեսչական համագործակցության պակաս՝ առողջապահության, կրթության և սոցիալական ոլորտների միջև, ներառյալ քաղաքականության, տեխնիկական և համայնքային մակարդակներում:

Առաջարկվող գործողությունների շրջանակներն են.

- երեխայի զարգացման խրախուսման, հաշմանդամության կանխարգելման և վարման վերաբերյալ ռազմավարությունների վերանայում
- գործող համայնքափնե բազմամասնագիտական վերականգնման ծառայությունների ուժեղացում և ընդլայնում
- վերականգնողական անձնակազմի համալրում և ավելացում՝ նրանց կրթության և վերապատրաստման ծրագրերում ներդրումներ կատարելու միջոցով
- առողջության առաջնային պահպանման համակարգի բուժաշխատողների կարողությունների զարգացում՝ երեխաների հայտնաբերման և վաղ միջամտության վերաբերյալ
- լիցենզավորման ստանդարտների վերանայում, որակի ապահովման մեխանիզմների ներդրում
- երեխաների զարգացման և ֆունկցիոնալության օբյեկտիվ գնահատման նպատակով անհրաժեշտ գործիքների ներմուծում
- ԱՀԿ ԳՄԴ-ի ներմուծում որպես «ընդհանուր լեզու»՝ երեխայի համապարփակ գնահատման համար
- ինտեգրացված խնամքի մոդելների ներմուծում առողջապահության, կրթության և սոցիալական վաղ միջամտության ծառայությունների, համապատասխան ուղեգրումների և շարունակական խնամքի մեջ
- երեխաների զարգացման և վերականգնման կարիքների արտացոլում առողջապահության պլանավորման և ֆինանսավորման ընթացքում
- որակյալ օժանդակ միջոցների ապահովման հնարավորությունների լայնացում
- տեղեկատվության միջուկորտային կառավարման և տվյալների փոխանակման ապահովում

1. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Նախապարմությունը

ԱՀԿ-ն սահմանում է վերականգնողական բժշկությունը՝ որպես «միջամտությունների մի շարք, որոնք նախատեսված են բարելավելու ֆունկցիոնալությունը և նվազեցնելու հաշմանդամությունը որոշակի առողջական վիճակ ունեցող անձանց մոտ՝ միջավայրի հետ փոխգործակցման մեջ»¹: Առողջական վիճակը վերաբերում է հիվանդությանը (սուր կամ քրոնիկ), խանգարմանը, վնասվածքին, բնածին արատներին և այլն: Վերականգնողական բժշկությունը առավելագույնին է հասցնում մարդկանց ապրելու և իրենց կատարյալ ներուժը բացահայտելու կարողությունը և բարելավում է կյանքի որակը:

Ինչ է վերականգնողական բժշկությունը

Վերականգնողական բժշկությունը «միջամտությունների մի շարք, որոնք նախատեսված են բարելավելու ֆունկցիոնալությունը և նվազեցնելու հաշմանդամությունը որոշակի առողջական վիճակ ունեցող անձանց մոտ՝ միջավայրի հետ փոխգործակցման մեջ»: Առողջական վիճակը վերաբերում է հիվանդությանը (սուր կամ քրոնիկ), խանգարմանը, վնասվածքին, բնածին արատներին և այլն: Առողջական վիճակը կարող է պայմանավորված լինել նաև տարիքով, սթրեսով, բնածին արատներով կամ ժառանգական նախահակումով: Վերականգնողական բժշկության կարիք կարող է ունենալ ցանկացած մարդ, ով ունի շարժողական, տեսողական կամ զգայական համակարգի խնդիրներ: Այն անդրադառնում է ֆունկցիոնալության վրա ազդող խանգարումներին, գործառույթների ու մասնակցության սահմանափակումներին, ինչպես նաև անձնական և շրջակա միջավայրի գործոններին (ներառյալ օժանդակող տեխնոլոգիան):

Այս գնահատման համատեքստում մենք ընդունում ենք, որ վերականգնողական բժշկությունը՝ որպես հասկացություն, մատուցվում է մի շարք մասնագիտությունների կողմից բազմաթիվ տարբեր խմբերին, ներառյալ երեխաներին,

մեծահասակներին, տարեցներին, հաշմանդամություն ունեցող անձանց, ինչպես նաև նրանց, ովքեր չունեն հաշմանդամություն (Նկար 1): Այնուամենայնիվ, այս վերլուծության ուշադրության կենտրոնում կլինեն միայն հաշմանդամություն և/կամ զարգացման խնդիրներ ունեցող երեխաները:

Վերականգնողական ծառայությունները նպաստում են առողջությանը և հասարակությանը, անհատներին, համայնքներին և ազգային տնտեսություններին²: Ներդրումները վերականգնողական ծառայությունների մեջ մեծացնում են մարդկային կարողությունները՝ թույլ տալով առողջական խնդիրներ ունեցող մարդկանց ձգտել և պահպանել օպտիմալ ֆունկցիոնալություն՝ բարելավելով իրենց առողջությունը և մասնակցությունը կյանքում, դրանով իսկ բարձրացնելով իրենց տնտեսական արտադրողականությունը³:



Նկար 1: Վերականգնում բոլորի համար
Հղում՝ <https://www.paho.org/>

Մասնավորապես երեխաների համար, վերականգնողական առողջությունը բարելավում է վերջիններիս զարգացումը իրենց լիարժեք ներուժին հասնելու համար, լինելով հեռանկարային, կրթության, համայնքային գործունեության և ավելի ուշ աշխատանքի մեջ մասնակցության համար: Վերականգնողական ծառայությունները կարող են նաև արագացնել հիվանդանոցային բուժումը, դուրս գրումը, կանխել հետընդունումը և թույլ տալ մարդկանց երկար մնալ իրենց տներում:

Ըստ համաշխարհային տվյալների՝ 5 տարեկանից ցածր երեխաների 43 տոկոսը (կամ 250 միլիոնը) չեն դրսևորում իրենց զարգաց-

¹ Հաշմանդամության վերաբերյալ համաշխարհային զեկույց: Ժնև. ԱՀԿ և ՀԲ 2011: Հասանելի է՝ https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/

² Հաշմանդամություն, աղքատություն և զարգացում: Լոնդոն՝ Մեծ Բրիտանիայի միջազգային զարգացման վարչություն (DFID); 2000. Հասանելի է՝ <https://dochas.ie/sites/default/files/dfid%20disability.pdf>

³ ԱՀԿ Հաշմանդամության Գլոբալ Գործողության Պլան 2014-2021: Բարեկարգված առողջություն հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար: Ժնև. ԱՀԿ; 2015. Հասանելի է՝ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199544/9789241509619_eng.pdf?sequence=1

ման ներուժը՝ աղքատության ռիսկերի, անբավարար սնուցման և հիմնական ծառայությունների և վաղ միջամտության ծառայությունների անբավարար հասանելիության հետևանքով⁴։ Երեխաների 11-17 տոկոսը վտանգված են կամ ունեն հաշմանդամություն։ Հիվանդությունների և առողջական վիճակների տարածվածությունը՝ կապված հաշմանդամության ծանր աստիճանի հետ, 2005 թ.-ից աճել է մոտ 23 տոկոսով⁵։



Հղում՝ <https://www.unicef.org/early-childhood-development>

Երեխայի զարգացումը նոր շարժողական հմտությունների, մտավոր ֆունկցիոնալության և հարմարվողական վարքի շարունակական ձեռքբերման գործընթաց է՝ մանկության ողջ ընթացքում։ Երեխայի զարգացումը սահմանում է երեխայի, և հետագայում մեծահասակի առողջ աճը, նրա ուսումնառության կարողությունները, կրթության արդյունքն ու սոցիալական ինտեգրումը։ Երեխայի զարգացման հապաղումը և/կամ խանգարումը առաջացնում են մեկ կամ մի քանի գործառնությունների սահմանափակում, որոնք հանդիսանում են մի շարք հետևանքների պատճառ և կարող են հանգեցնել ժամանակավոր կամ մշտական հաշմանդամության։

Վաղ մանկության զարգացման (ՎՄՀ) ու հաշմանդամությանն առնչվող երեխայի զարգացման խնդիրների լուծման կարևորագույն անհրաժեշտությունը ընդգծված է երկու առանցքային նկատառումներում՝ ժամանակակից համաճարակաբանական միտումներ և փոփոխություններ գաղափարական ընկալման մեջ։ ՎՄՀ-ն ընդգրկում է 0-8 տարեկան երե-

խաների ֆիզիկական, սոցիալական-հուզական, ճանաչողական և հենաշարժիչ համակարգերի զարգացումը։ Վաղ տարիները շատ կարևոր են, քանի որ սա կյանքի այն շրջանն է, երբ ուղեղը զարգանում է առավել արագ, ունի փոփոխության բարձր կարողություն, և դրվում է ողջ կյանքի առողջության և բարօրության հիմքը։

Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին ՄԱԿ-ի կոնվենցիա (հոդ. 26)

Պետությունների կողմից մասնակից կողմերը պետք է կազմակերպեն, ամրապնդեն և ընդլայնեն համապարփակ բուժման և վերականգնողական ծառայություններն ու ծրագրերը, մասնավորապես՝ առողջապահության, զբաղվածության, կրթության և սոցիալական ծառայությունների ոլորտներում, այնպես, որ այդ ծառայությունները և ծրագրերը՝

ա) սկսվեն հնարավորինս վաղ փուլում և հիմնված լինեն անհատական կարիքների և ուժեղ կողմերի բազմակողմանի գնահատման վրա,

բ) ապահովեն ներգրավումը համայնքում և հասարակության բոլոր ճյուղերում և լինեն հասանելի հաշմանդամություն ունեցող անձանց՝ հնարավորինս մոտ իրենց համայնքներին ...

Այսօր Հայաստանի և աշխարհի առողջապահության ոլորտի աշխատակիցները իրենց առօրյա պրակտիկայում հանդիպում են զարգացման խանգարումների բազմաթիվ դեպքերի, օրինակ՝ մանկական ուղեղային կաթված (ՄՌԿ), մենինգոմիելոցելե (spina bifida), մտավոր անկարողության, աուտիստիկ սպեկտրի խանգարումներ (ԱՍԽ) և այլն։ Ընդ որում՝ վերջին տասնամյակներում զգալիորեն փոխվել է մանկական հաշմանդամության հանդեպ ընկալումը։ Եթե նախկինում նման երեխաների մեկուսացումը տարածված էր, ապա այսօր հաշմանդամությունն ավելի շատ ընկալվում է որպես անհատի (առողջական վիճակի) և շրջակա միջավայրի գործոնների միջև փոխգործակցության արդյունք։ ՎՄՀ-ի ընթացքում կատարվող միջամտություններն իրենց բնույթով ընդգրկում են մի քանի բնագավառներ և խիստ կարևոր են բացահայտելու երեխայի ներուժը և կանխելու բարդությունները։ Դրանց արդյունավետ կիրառումը հիմնված է դրանց՝ բազմաթիվ

⁴ Մաուրեն Մ. Բլեք և այլք, «Դարերից եկող վաղ մանկական զարգացում. գիտություն կյանքի ընթացքում», The Lancet 0140-6736, # 16, 4 հոկտեմբերի, 2016 թ. էջ 2. [www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31389-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31389-7.pdf)

⁵ ԱՀԿ. Վերականգնողական բժշկության մակարդակը բարձրացնելու անհրաժեշտությունը [համացանց] Ժնև. ԱՀԿ; 2017: Հասանելի է՝ <http://www.who.int/disabilities/care/NeedToScaleUpRehab.pdf?ua=1>

ոլորտներում, այդ թվում՝ առողջապահական, սննդի, կրթական և սոցիալական պաշտպանության ծրագրերի ինտեգրման վրա⁶:

«Երեխայի իրավունքների մասին» ՄԱԿ-ի կոնվենցիան և «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» կոնվենցիան պետություններին քաջալերում է առողջապահական, կրթական և սոցիալական ոլորտներում քաղաքականության մշակումը՝ նպատակաուղղված լիարժեք ինտեգրմանը. այդ հասկացությունները ի հայտ են բերում բազմաթիվ նոր մարտահրավերներ ներգրավված ոլորտների համար և նրանց մղում են ավելի լավ համագործակցության և ջանքերի համակարգման: Ինտեգրումը պահանջում է մատչելի, արգելք չունեցող ֆիզիկական և սոցիալական միջավայր: Դա երկկողմանի գործընթաց է, որը քաջալերում է հաշմանդամություն ունեցող անձանց ընդունումը, նրանց մասնակցությունը և խրախուսում է հասարակությանը դառնալ բաց և մատչելի հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար⁷:

Համախմբված միջամտությունների անհրաժեշտությունը պետք է դառնա ընդհանրական առաջնային պատասխանատու նախարարությունների համար (ԱՆ, ԱՍՀՆ և ԿԳՆ) և արտացոլվի բոլոր ոլորտների համապատասխան քաղաքականությունների մեջ: Այնուամենայնիվ, առաջին «ճակատային» բնագավառը, որին բախվում է զարգացման խանգարումներով և հաշմանդամություն ունեցող երեխան՝ առողջապահական ոլորտն է: Ուստի՝ առողջապահական հաստատություններն առանցքային դեր ունեն զարգացման խնդիրների վաղ հայտնաբերման, վաղ միջամտության, վերականգնման և, այդպիսով՝ մանկական հաշմանդամության կանխարգելման գործում: Միջազգային հանրությունը, մասնավորապես, ԱՀԿ-ն, ՀԲ-ն և ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ը, գիտակցելով ՎՄԶ-ի զգալի օգուտները, կոչ են արել ՄԱԿ-ի անդամ պետություններին համապատասխան քաղաքականություն մշակել, համապատասխան հնարավորություններ ստեղծել և ընդլայնել ՎՄԶ ոլորտում առկա ծրագրերում ներդրումները՝ որպես առանցքային հիմք

զարգացման և տնտեսական աճի համար⁸: Որպես հիմնական գործիքներ նշված նպատակներին հասնելու համար, մշակվել են որոշակի ընդհանրական կառուցվածքներ միջազգային մակարդակով: ԱՀԿ-ն ներկայացրել է ֆունկցիոնալության, հաշմանդամության և առողջության միջազգային դասակարգումը. երեխաների և երիտասարդների տարբերակը (ՖՄԴ-ԵԵ)՝ որպես ֆունկցիոնալության և հաշմանդամության վերաբերյալ տեղեկատվության կազմակերպման և փաստաթղթավորման հիմնական գործիք⁹: ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ը և ԱՀԿ-ն մշակել են ՎՄԶ-ի և համայնքային ծառայությունների ընդհանուր հասկացությունները: ՀԲ-ն վերլուծել է վաղ միջամտությունների և ՖՄԴ-ի բարձր ծախսարդյունավետությունը՝ տարբեր հետազոտությունների տվյալների հիման վրա:

Նախորդ տարիներին ՀՀ կառավարությունը սկսել է հաշմանդամության գնահատման և հավաստագրման գործընթացը վերանայելու նպատակով հաշմանդամության քաղաքականության բարեփոխում՝ կիրառելով ԱՀԿ-ի կողմից ֆունկցիոնալության, հաշմանդամության և առողջության միջազգային դասակարգումը (ՖՄԴ): ԱՀԿ-ի ՖՄԴ-ն թարգմանվել է հայերեն և հաստատվել է՝ որպես ազգային ստանդարտ 2014 թ.-ին: Ավելին, ԱՍՀՆ-ն, օգտագործելով ՖՄԴ-ի մոտեցումը ներկայիս բժշկական մոդելի փոխարեն, մշակել է «մարդու իրավունքների» մոդելի ներդրման վրա հիմնված հայեցակարգային փաստաթուղթ՝ հաշմանդամության գնահատման նպատակով: Համաձայն 2017-2021թթ. հաշմանդամություն ունեցող անձանց սոցիալական ներգրավման ազգային ռազմավարության՝ սոցիալական ոլորտը մոտ ապագայում կօգտագործի ՖՄԴ-ի վրա հիմնված հաշմանդամության գնահատման և ծառայությունների մատուցման նոր մոդելը: Կրթական ոլորտում, ՖՄԴ-ի վրա հիմնված մոտեցումն օգտագործվում է երեխայի զարգացման և հատուկ կրթության կարիքների գնահատման համար:

Ընդհանուր առմամբ՝ անկախությունից ի վեր, Հայաստանի Հանրապետությունում երեխաների պաշտպանության ոլորտում կիրառվող գործելակերպը զգալիորեն բարելավվել է: Այնուամենայնիվ՝ քաղաքականության և պրակտիկայի մեջ դեռևս առկա են մի շարք մարտահրա-

⁶ ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի ծրագրային ուղեցույցը ՎՄԶ-ի համար: Նյու Յորք. ՅՈՒՆԻՍԵՖ; 2017. Հասանելի է՝ https://www.unicef.org/earlychildhood/files/FINAL_ECD_Programme_Guidance_September_2017.pdf

⁷ Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների կոնվենցիայի մասին վերապատրաստման ծեռնարկ: Նյու Յորք և Ժնև. ՄԱԿ; 2014: Հասանելի է՝ https://www.ohchr.org/Documents/Publications/CRPD_TrainingGuide_PTS19_EN%20Accessible.pdf

⁸ Դաստիարակչական խնամք: ՅՈՒՆԻՍԵՖ, ՀԲ խումբ և ԱՀԿ; 2018: Հասանելի է՝

https://nurturing-care.org/resources/Nurturing_Care_Framework_en.pdf

⁹ Ֆունկցիոնալության, հաշմանդամության և առողջության միջազգային դասակարգումը. երեխաների և երիտասարդների տարբերակը (ՖՄԴ-ԵԵ): Ժնև: ԱՀԿ, 2007: Հասանելի է՝ <http://www.who.int/iris/handle/10665/43737/>

վերներ: Գործընկեր ոլորտների՝ ներառյալ առողջապահական, կրթական և սոցիալական պաշտպանության միջև համակարգումը դեռևս բարելավման կարիք ունի: Առկա է ծառայությունների ակնհայտ բացակայություն, հատկապես երկրի որոշ մարզերում և համայնքներում: Այդ մարտահրավերներին արձագանքելու նպատակով՝ բոլոր շահագրգիռ կողմերը՝ ներառյալ քաղաքականություն մշակող մարմիններն ու հասարակական կազմակերպությունները, պետք է միավորեն իրենց ջանքերը, համակցեն քաղաքականությունները, գործելակերպը և ամրապնդեն համագործակցությունը: Խոշոր բարեփոխումներ են իրականացվում սոցիալական պաշտպանության ոլորտում, որոնք նպատակաուղղված են գործարկելու ՖՄԴ-ի կառուցվածքը՝ հաշմանդամության գնահատման, ծառայությունների և նպաստների համապատասխանության, ինչպես նաև անհատական վերականգնողական ծառայության պլանավորման մշակման նպատակով: Վերջինիս նպատակն է ծառայություններն առավել նպատակային դարձնելը:

Անհրաժեշտ է իրականացնել հաշմանդամություն և զարգացման խնդիրներ ունեցող երեխաներին մատուցվող վերականգնողական ծառայությունների ուղղությամբ առողջապահական համակարգի հնարավորությունների գնահատում, բացահայտել ծառայությունների մատուցման մեջ առկա թերությունները և մշակել ընդլայնման առաջարկություններ դրանք ամբողջ երկրի երեխաներին հասանելի դարձնելու համար: Սա կբարելավի երեխաներին և իրենց ընտանիքներին մատուցվող ծառայությունների որակը:

Այս արագ գնահատման նպատակն է նաև աջակցել երկրին՝ արձագանքելու անդամ պետությունների հաշմանդամության վերաբերյալ համաշխարհային զեկույցի կոչերին. այն է՝ «մշակել, իրականացնել և վերահսկել քաղաքականությունը, կարգավորող մեխանիզմները և վերականգնողական ծառայությունների ստանդարտները, ինչպես նաև խթանել այդ ծառայությունների հասանելիությունը»¹⁰ (էջ 122), իրականացնել ԱՀԿ-ի 2014-2021 թթ. հաշմանդամության գլոբալ գործողությունների ծրագրի 2-րդ նպատակը՝ «ամրապնդել և տարածել վերականգնողական և օժանդակող տեխնոլոգիաներն ու ծառայությունները և վերականգնողական ծառայությունները համայնքներում»¹¹

(էջ 3), ձեռնարկել համապատասխան միջոցներ հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին ՄԱԿ-ի կոնվենցիայում ամրագրված վերականգնողական ծառայություններն ու ծրագրերը կազմակերպելու, ամրապնդելու և տարածելու նպատակով (հոդված 26):

Ուսումնասիրության նպատակը և մեթոդաբանությունը

Ուսումնասիրության նպատակն է Հայաստանում զարգացման խնդիրներ ու հաշմանդամություն ունեցող երեխաների համար հասանելի բժշկական վերականգնողական ծառայությունների հայտնաբերումն ու ծառայությունների մատուցման թերությունների բացահայտումը:

Ուսումնասիրության մեթոդաբանությունը

Ուսումնասիրությունը իրականացվել է 2018 թ.-ին: Ուսումնասիրության նպատակով մշակվել է պարզեցված հարցաշար (Հավելված 1)¹² ՀՀ ԱՆ-ի հետ համագործակցությամբ, նպատակ ունենալով հավաքագրել տեղեկություն երեխաներին վերականգնողական ծառայություններ մատուցող կենտրոններից, որոնք լիցենզավորված են ՀՀ ԱՆ-ի կողմից: Երկրորդական տվյալները հավաքագրվել են հանրությանը հասանելի աղբյուրներից, ինչպիսիք են՝ հաշմանդամություն ունեցող երեխաների իրավունքների պաշտպանությամբ և ծառայությունների մատուցմամբ զբաղվող տարբեր տեղական և միջազգային կազմակերպությունների օրենսդրական կառուցվածքն ու համապատասխան զեկույցները:

Գործող ծառայությունների և դրանց կարիքների գնահատման համար հավաքագրվել է ստորև նշված տեղեկատվությունը.

- կազմակերպության իրավաբանական կարգավիճակը
- սպասարկված բնակչության թիվը և տարածքը (ընգրկելով՝ հանրապետության տարածքը, մարզերը, համայնքները)
- մատուցվող ծառայությունների տեսակները
- ֆինանսավորման աղբյուրները
- ֆիզիկական պայմանները, սարքավորումները և պարագաները, ներառյալ հիմնական կարիքները
- մարդկային ռեսուրսները, նրանց հիմնական կրթությունը, մասնագիտացումը և հետբուհական կրթությունը
- սպասարկված հիվանդների թիվը
- հիվանդների դասակարգումն՝ ըստ վճարու-

¹⁰ Հաշմանդամության վերաբերյալ համաշխարհային զեկույց: ԱՀԿ և ՀԲ: 2011. Հասանելի է՝ https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/

¹¹ ԱՀԿ հաշմանդամության գլոբալ գործողությունների

ծրագիրը 2014-2021թթ.: Ժնև. ԱՀԿ: 2007. Հասանելի է՝ <https://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>

նակության

- վերականգնողական բուժման տևողությունը
- հաշվետվողականություն:

Ուսումնասիրության թիրախային խումբը

Հաստատված հարցաթերթիկը ՀՀ ԱՆ-ի կողմից պատրաստված պաշտոնական նամական վերականգնողական ծառայություններ մատուցելու համար լիցենզավորում ստացած բոլոր հաստատություններին (ընդհանուր առմամբ՝ 28 կազմակերպություն և դրանց բաժանմունքները):

Լիարժեք պատասխաններ ստացվել են 16 հաստատություններից (57%): Առանձին կերպով կապ է հաստատվել այն կենտրոնների հետ, որոնք չեն արձագանքել՝ հասկանալու վերջիններիս չարձագանքելու պատճառները:

Դրանց թվում են՝

- Երկու ՀԿ-ներ չեն արձագանքել («Երագի տուն» ՀԿ-ն 2019թ.-ին ստացավ պետպատվեր):
- Կապանի մանկական վերականգնողական կենտրոն. կառուցվել է և ապահովվել է սարքավորումներով, աշխատակազմը պատշաճ կերպով վերապատրաստվել է, և կենտրոնին տրամադրվել է գործարկման լիցենզիա 2012 թ., սակայն ֆինանսավորման բացակայության պատճառով 2018թ.-ի դրությամբ չէր գործում: Կապանի կենտրոնը ստացավ պետպատվեր և սկսեց աշխատել 2019թ.-ից:
- Վեց բժշկական հաստատություններ (Երևանի պետական բժշկական համալսարանի 2 կլինիկաներ, Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ բժշկական կենտրոն, Էրեբունի բժշկական կենտրոն, Իրվինգ բժշկական կենտրոն, Ճառագայթային բժշկության և այրվածքների հանրապետական գիտական կենտրոն, Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ բժշկական կենտրոն, Ուիգմոր բժշկական կենտրոն) լիցենզավորված են, բայց փաստացիորեն չեն տրամադրում համապարփակ մանկական վերականգնողական ծառայություններ:
- Ըստ Երևանի թիվ 13 պոլիկլինիկայի արձագանքման՝ վերջինս չի տրամադրում համապարփակ մանկական վերականգնողական ծառայություններ:

ԵՐԵՆԱՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՂԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅԱՆ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

2.1 Վերականգնողական բժշկության կարիքները

Աշխարհի շատ հատվածներում վերականգնողական բժշկության աշխատուժի քանակը բավարար չէ: Վերականգնողական բժշկության ծառայությունների չբավարարված կարիքներին նպաստող գործոններից են՝ անբավարար հասանելիությունը, տրանսպորտային խոչընդոտները, ծայրահեղ բարձր ծախսերը և երկար սպասելու խնդիրը¹²: Լրացուցիչ գործոն է վերականգնողական բժշկության անհրաժեշտության մասին իրազեկման պակասը. ինչ է դա իրենից ներկայացնում, ինչո՞վ է զբաղվում և ու՞մ համար դա կարող է օգտակար լինել: Վերականգնողական բժշկությունը ներառում է մի շարք միջամտություններ, որոնք նախատեսված են հաշմանդամության մակարդակը նվազեցնելու և առողջական խնդիրներ ունեցող անձանց ֆունկցիոնալությունը բարելավելու համար՝ այսպիսով հնարավորություն տալով նրանց ավելի լավ փոխազդվելու շրջակա միջավայրի հետ:

ԱՎԾ-ի և ԱՍՀՆ-ի կողմից ներկայացված հաշվետվությունները ցույց են տալիս, որ Օ-ից մինչև 18 տարեկան երեխաների շրջանում փաստացի հաշմանդամության տարածվածությունը կազմում է 1,1%, իսկ աշխարհով մեկ գնահատված է, որ մանկական հաշմանդամության իրական ցուցանիշն ավելի բարձր է¹³: Հարկավոր է նշել, որ մանկական հաշմանդամության տարածվածությունը և ՀՀ-ում գրանցված հաշմանդամությամբ երեխաների տարեկան թվաքանակը գրեթե նույնն է և քիչ է փոփոխվում վերջին տարիների կտրվածքով՝ շուրջ 8000: Փաստացի մանկական հաշմանդամության կառուցվածքը՝ ըստ հիվանդությունների տեսակի ներկայացված է աղյուսակ 1-ում: ԱՀԿ-ի համաձայն՝ ծանր հաշմանդամության հետ կապված առողջական խնդիրների տարածվածությունը 2005թ.-ից ի վեր աճել է 23%-ով¹⁴: Մեծահասակների հաշմանդամության մակարդակը զգալիորեն ավելի բարձր է և կազմում է մոտ 6-7 տոկոս:

¹² Վերականգնողական բժշկությունը Կենտրոնական/Արևելյան Եվրոպայի երկրներում: Էդար Ռ, Քոլլման Լ, Մարինսկի Ս, Սեքեյջ-Կաուլարիչ Կ, Սվետոզովա Օ, Պալատ Մ.: DisabilRehabil: 2008 թ. 30(2): 134-41

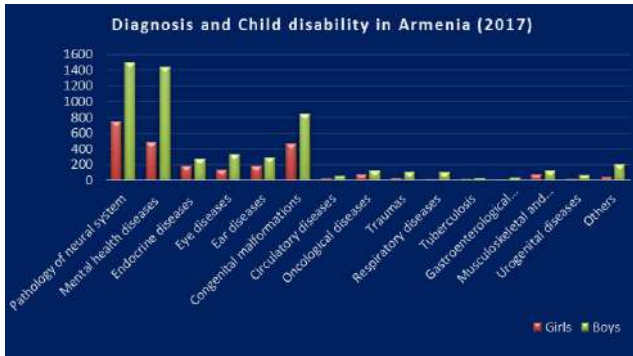
¹³ Հաշմանդամության մասին համաշխարհային զեկույց: Ժնև. ԱՀԿ և ՀԲ: 2011. Հասանելի է՝ https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/

¹⁴ ԱՀԿ-ի վերականգնում՝ 2030 թ. կանչ գործողության: ԱՀԿ: 2017. Հասանելի է՝ <https://www.who.int/disabilities/care/Need-to-scale-up-rehab-July2018.pdf?ua=1>

Մանկական հաշմանդամության կառուցվածքը՝ ըստ հիվանդությունների խմբերի (2017)¹⁵

Ախտորոշում	Ընդամենը	Աղջիկներ	Տղաներ	Տարածվածությունը 100.000-ի մեջ
Նյարդային համակարգի ախտահարում	2,245	749	1,496	330
Հոգեկան առողջության հիվանդություններ (մտավոր խանգարումներ և վարքագծի շեղումներ)	1,915	482	1,433	281
Էնդոկրին համակարգի և մետաբոլիկ հիվանդություններ	452	184	268	66
Աչքի հիվանդություններ	463	133	330	67
Ականջի հիվանդություններ	472	184	288	68
Բնածին անկանոնություններ, դեֆորմացիաներ և քրոմոսոմային հիվանդություններ	1,308	469	839	192
Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ	77	23	54	11
Ուռուցքաբանական հիվանդություններ	202	78	124	29
Վնասվածքներ	138	30	108	20
Շնչառական հիվանդություններ	117	14	103	19
Տուբերկուլյոզ	47	18	29	69
Աղեստամոքսային տրակտի հիվանդություններ	48	9	39	69
Ոսկրամկանային և շարակցական հյուսվածքի հիվանդություններ	195	72	123	28
Միզասեռական համակարգի հիվանդություններ	88	21	67	13
Այլ	249	48	201	37
Ընդամենը	8,016	2,514	5,502	1,178

¹⁵ Ազգային վիճակագրական ծառայություն, 2017, <https://www.armstat.am/en/>



Նկար 2. Բժշկական ախտորոշմամբ տարանջատված հաշմանդամություն ունեցող երեխաների թիվը, ըստ սեռերի, 2017թ.

Նկար 2-ը ցույց է տալիս, որ երեխայի զարգացման խնդիրները կազմում են Հայաստանում մանկական հաշմանդամության պատճառների գերակշիռ մասը: Այնուամենայնիվ, հաշմանդամության տարածվածությունը ամբողջապես չի արտացոլում զարգացման խանգարումների իրավիճակը: 2005 թ. Հայաստանում ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի կողմից անցկացված հետազոտությունը ցույց է տվել, որ 0-ից 8 տարեկան երեխաների մոտավորապես 11%-ն ունի մեկ կամ մի քանի տեսակի զարգացման հապաղում կամ խանգարում, ներառյալ մտավոր, շարժողական, լսողական և տեսողական խանգարումները¹⁶:

2013 թ. Տավուշի մարզում «Արաբկիր» ԲՀԵԴԱԻ-ի կողմից կատարված տնային տնտեսություններում գնահատման արդյունքները¹⁷ ցույց են տվել, որ երեխաների 4%-ը ռիսկի խմբում են, իսկ մարզային մակարդակով արված մեկ այլ ուսումնասիրություն պարզել է, որ միջինում երեխաների 2%-ն ունի հատուկ մասնագիտական գնահատման և երկարաժամկետ վերականգնողական միջամտությունների կարիք՝ հաշմանդամության բարդությունների կանխարգելման կամ երեխայի առողջական վիճակի հետևանքների շրջանակը սահմանափակելու համար: Առավել տարածված խանգարումները, որոնք միջամտությունների կարիք ունեն, մտավոր և խոսքի խանգարումներն են, իսկ երկարաժամկետ ֆիզիկական վերականգնման ամենատարածված պատճառը մանկական ուղեղային կաթվածն է: Ընդհանուր առմամբ առնվազն հանդիպող յուրաքանչյուր երրորդ դեպքում համակցված միջամտությունները պետք է ուղղված լինեն ինչպես մտավոր, այնպես էլ շարժողական գործառնությունների խնդիրների լուծմանը: Միջազգային պրակտիկային համահունչ՝ պետք է ընդգծել, որ

մեկ բուժումը արդյունավետ չէ, քանի որ շատ երեխաներ համակցված միջամտությունների կարիք ունեն¹⁸:

Ըստ ԱՄՀՆ-ի՝ 2017 թ.-ին մանկատներում երեխաների թիվը կազմել է 632, որից 352-ը բնակվում են հատուկ մանկատներում: Պետք է նշել, որ մանկատներում գտնվող հաշմանդամություն ունեցող երեխաների թիվը նախորդ տարիների համեմատ նվազել է: Հատուկ մանկատներում գտնվող երեխաների հաշմանդամության տեսակների և ծանրության մակարդակի վերաբերյալ տվյալներ հրապարակայնորեն հասանելի չեն:

Տարածաշրջանային տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ մանկական հաշմանդամության տարածվածությունը համեմատաբար բարձր է մարզերում, որտեղ գերակշռում է գյուղական բնակչությունը, ինչը կարող է լինել աղքատության ավելի բարձր մակարդակի և առավել քիչ մատչելի առողջապահական և վերականգնողական ծառայությունների արդյունք (Աղյուսակ 2):

Հայտնի է, որ սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակը բնակչության առողջության և բարեկեցության, սոցիալական խնամքի վրա ազդող կարևոր գործոն է: Հայաստանը ՀԲ-ի կողմից որակված է՝ որպես միջինից բարձր եկամուտներ ունեցող երկիր. ըստ 2017 թվականի վիճակագրության՝ մեկ շնչին ընկնող ՀՆԱ-ն մոտավորապես կազմում է 4 հազար ԱՄՆ դոլար¹⁹: Ըստ պաշտոնական վիճակագրության՝ յուրաքանչյուր երրորդ անձն ապրում է աղքատության մեջ, յուրաքանչյուր տասներորդ անձն ապրում է խիստ կամ ծայրահեղ աղքատության մեջ: Աղքատության ռիսկը փոքր-ինչ ավելի բարձր է գյուղական համայնքներում և ամենաքիչն է կազմում մայրաքաղաք Երևանում: Աղքատության մակարդակը ավելի բարձր է 3 և ավելի զավակներ ունեցող ընտանիքներում և այն ընտանիքներում, որտեղ ապրում են հաշմանդամություն ունեցող երեխաներ: ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտությունը²⁰ ցույց է տվել, որ մինչև 18 տարեկան, հատկապես, գյուղաբնակ երեխաների 64%-ն ունի երկու կամ ավելի խնդիր: Երեխաների ավելի քանի մեկ չորրորդը և՛ խոցելի է, և՛ աղքատ, մինչդեռ երեխաների ավելի քան մեկ երրորդը խոցելի է, բայց ոչ աղքատ:

¹⁶ Մանկական հաշմանդամությունը Հայաստանում: Իրավիճակային վերլուծություն: ԱՆ, ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայություն, ՅՈՒՆԻՍԵՖ, Հայ օգնության միություն, Երևան, 2005

¹⁷ ՀՀ Տավուշի մարզի զարգացման խանգարումներով երեխաների առողջական վիճակի և ծառայությունների վերաբերյալ զեկույց: Հակոբյան Ա., Սարգսյան Ս., Մովսեսյան Ե., Հովհաննիսյան Լ. «Արաբկիր» ԲՀ - երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտ: Երևան, 2013. 66 էջ (հայերեն)

¹⁸ Գիտությունների, ճարտարագիտության և բժշկության ազգային ակադեմիաներ: 2016. Հաշմանդամություն ունեցող երեխաների համար որակյալ և հասանելի խնամքի ապահովում և համալիր առողջապահական և կրթական կարիքներ. Սեմինարի նյութեր: Վաշինգտոն, ԱՄՆ: Ազգային ակադեմիաների մամուլ: <https://doi.org/10.17226/23598>. Հասանելի է՝ <https://www.nap.edu/read/23598/chapter/6#38>

¹⁹ <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=AM>

²⁰ Մանկական աղքատությունը Հայաստանում: ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի Հայաստանի գրասենյակը, 2016: Հասանելի է՝ http://www.un.am/up/library/Child_Poverty_Armenia_N-MODA_Report_2016_eng.pdf

Հաշմանդամության հավաստագրված դեպքերի տարածվածությունը Հայաստանի մարզերում²¹

Մարզ	Հաշմանդամություն ունեցող երեխաների թիվը	Երեխաների թիվը 0-18	Հաշմանդամության տարածվածությունը (%)
Երևան	2,261	244,830	0.9
Արագածոտն	370	33,926	1.1
Արմավիր	702	67,237	1.0
Արարատ	890	66,176	1.3
Լոռի	803	56,838	1.4
Շիրակ	753	60,651	1.2
Կոտայք	692	65,722	1.0
Սյունիք	411	32,616	1.6
Վայոց ձոր	118	12,072	1.0
Տավուշի մարզ	321	31,071	1.0
Գեղարքունիք	695	60,363	1.1
Ընդամենը	8,016	731,500	1.1

²¹ Ազգային վիճակագրության ծառայություն, 2017, <https://www.armstat.am/en/>,
ԱՆ Առողջապահության ազգային ինստիտուտ, 2017 թ. .:

2.2 Քաղաքականությունը, առաջնորդումը և կառավարումը

Հաշմանդամությունը բազմակողմանի խնդիր է, որը պահանջում է ինտեգրված և միջգերատեսչական մոտեցում: Հաշմանդամություն և զարգացման խնդիրներ ունեցող երեխաների ծառայությունների մատուցման և աջակցության կազմակերպման և մատուցման մեջ ներգրավված և պատասխանատու են հիմնականում երեք առանցքային նախարարությունները՝ ԱՆ, ԱՍՀՆ և ԿԳՆ:

Տարբեր մասնակից կողմերի ջանքերը կոորդինացնելու նպատակով՝ կառավարությունը ստեղծել է երեխաների պաշտպանության միջգերատեսչական հանձնաժողով՝ ԱՆ, ԿԳՆ, ԱՍՀՆ և տարածքային կառավարման և զարգացման նախարարության մասնակցությամբ: Հանձնաժողովը ակտիվորեն ներգրավված է դեմոստրացիոն ալիզաքայի, ներառական կրթության ընդլայնման և հատուկ դպրոցները կրթության առանձնահատուկ պայմանների կարիք ունեցող երեխաների համար մանկավարժափոխանակական աջակցության կենտրոնների վերափոխելու մեջ:

Հաշմանդամության հարցերով զբաղվող ազգային խորհուրդը բաղկացած է պետական պաշտոնյաներից, տարածաշրջանային ներկայացուցիչներից, հաշմանդամներից և նրանց ներկայացուցիչներից (ՀԿ-ներ և հաշմանդամություն ունեցող անձանց կազմակերպություններ): Այն հիմնադրվել է 2008 թ.-ին: Բարեփոխումների գծով համակարգող միջգերատեսչական կոմիտեի ստեղծումը ուղղված է բարեփոխելու հաշմանդամություն ունեցող անձանց կարիքների գնահատման համակարգը:

ԱՍՀՆ-ն ունի հաշմանդամության հարցերով զբաղվող բաժին՝ բաղկացած հինգ աշխատակիցներից, որոնք մշակում են հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար առավելությունների, ծառայությունների մատուցման և աջակցության, ինչպես նաև օժանդակող սարքերի տրամադրման հետ կապված քաղաքականությունն ու կանոնակարգերը:

Ներկայումս ԿԳՆ-ի կառուցվածքը վերանայվում է:

Այնուամենայնիվ, տեխնիկապես, ներգրավված նախարարությունների և այլ շահագրգիռ կողմերի ջանքերի համակարգումը բավարար չէ և ներկա կարիքներին չի համապատասխանում: Բացի այդ, չկան լավ մշակված մեխանիզմ-

ներ պարբերաբար տվյալների հավաքագրման, վերլուծության և հաշվետվության, ինչպես նաև նախարարությունների միջև միջոլորտային տվյալների կառավարման և տեղեկատվության փոխանակման համար: Երեխաներն ապահովված են վերականգնողական բժշկության անհատական ծրագրերով, որի շրջանակում հաշմանդամություն ունեցող յուրաքանչյուր երեխա իրավունք ունի օգտվելու անվճար վերականգնողական ծառայությունից, սակայն բացակայում են ազգային հաշվետվության գործընթացներն ու մոնիթորինգի կառուցվածքները, հետևելու համար արդյոք այդ ծառայությունները մատուցվել են, թե ոչ:

Հաստատվել են Հաշմանդամություն ունեցող անձանց սոցիալական ներգրավման ազգային ռազմավարությունը, Երեխայի իրավունքների պաշտպանության ազգային ռազմավարությունը և 2017-2021 թթ. գործողությունների ծրագրերը: Բացի այդ, ամեն տարի կառավարությունը հաստատում է հաշմանդամություն ունեցող անձանց սոցիալական ներգրավման տարեկան աշխատանքային պլանը: Այս փաստաթղթերը ընդգծում են «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» կոնվենցիայի ներպետական ոլորտային օրենսդրության ներդաշնակեցման անհրաժեշտությունը և հաշմանդամություն ունեցող երեխաների համար ծառայություններ մատուցելու և աջակցելու, ինչպես նաև մոնիթորինգի իրականացման համար բազմակողմանի մոտեցման ստեղծումը:

Վերջին տասնամյակների ընթացքում կրթության և սոցիալական աջակցության ոլորտների քաղաքականության մեջ նախաձեռնվել են զգալի փոփոխություններ:

2000 թվականից ի վեր ներառական կրթությունը դարձել է Հայաստանի կառավարության առաջնահերթություններից մեկը: 2025 թ.-ին պետությունը ստանձնել է պատասխանատվություն ունենալու լիարժեք ներառական հանրակրթական մոդել: Սա նշանակում է, որ հանրապետության բոլոր հանրակրթական դպրոցները կտրամադրեն ներառական կրթություն: Ինտեգրման խթանման նպատակով՝ այժմ ստեղծվում է մանկավարժահոգեբանական աջակցության կենտրոնների ցանց. այդ կենտրոնները պետք է օժանդակեն և ծառայեն նախադպրոցական և դպրոցական հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաներին: Հատուկ մանկավարժներ, հոգեբաններ և ուսուցիչների օգնականներ աշխատում են ուսուցիչների հետ միասին՝ իրենց աշակերտների հատուկ կարիքներին համապատասխան բովանդակություն և ուսուցման մեթոդներ ադապտացնելու նպատա-

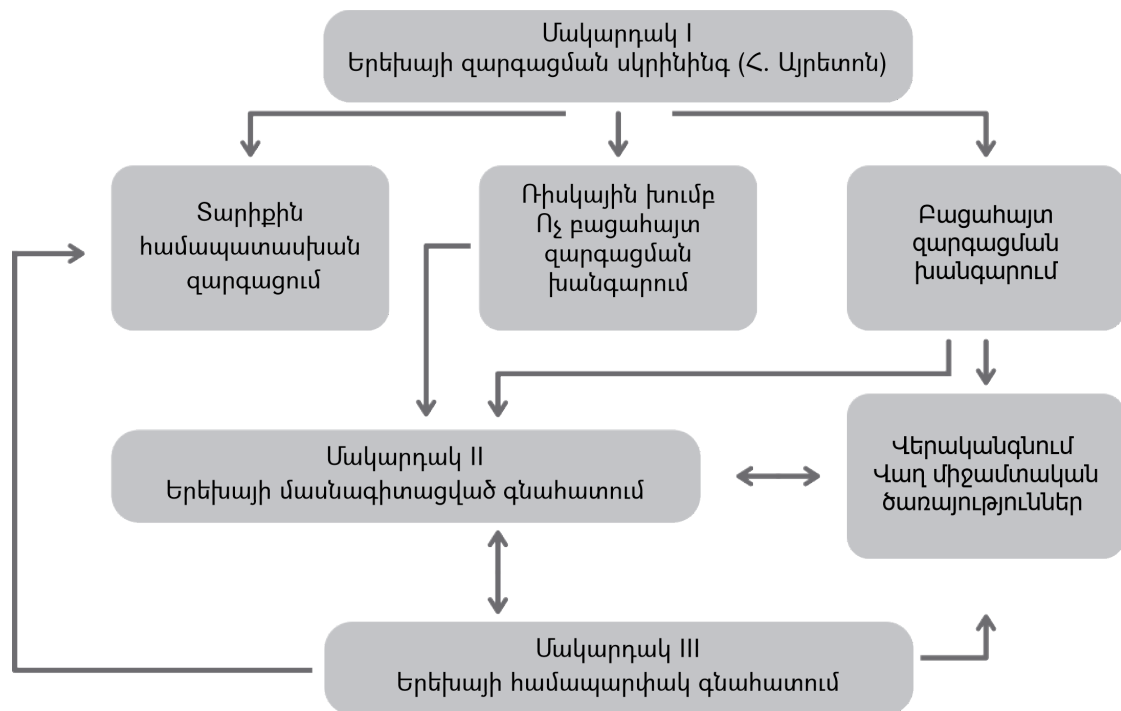
կով: Այնուամենայնիվ, բացառապես ներառական կրթական համակարգի ստեղծմանն ուղղված առաջընթացը դեռևս ցածր է, ինչը պայմանավորված է պետական կարգավորումների և կրթական հաստատություններում առկա ֆիզիկական պայմանների և պահանջվող ծառայությունների ծավալների ու ֆինանսավորման միջև առկա բացթողումներով, ինչպես նաև ուսուցիչների՝ հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին ուսուցանելու, անբավարար գիտելիքներով և հմտություններով: Ավելին, որոշ դեպքերում ծանր և մի քանի հաշմանդամություն ունեցող երեխաներն ավելի մեծ խնամքի կարիք ունեն, ինչպիսիք են անհատական օգնականը և որոշ հատուկ օժանդակող սարքավորումները, որոնք դպրոցներում հասանելի չեն:

Զուգահեռաբար ԱՍՀՆ-ն՝ դեինստիտուցիոնալիզացիայի շրջանակներում, աջակցում է գիշերային խնամքի հաստատությունների վերակազմավորմանն և վերափոխմանը երեխայի և ընտանիքի աջակցության կենտրոնների:

Հայաստանում զարգացման խնդիրներ ունեցող երեխաների վաղ հայտնաբերման գործընթացը բարելավելու համար՝ ՅՈՒՆԻՍԵֆ-ի հետ համատեղ մշակվել է «Վաղ միջամտության» հայեցակարգը, որը հաստատվել է ՀՀ ԱՆ-ի կողմից 2005 թ.-ին: Հայեցակարգը ընդգծում է զարգացման խնդիրներով երեխայի վաղ հայտնաբերման, գնահատման և վերականգնման եռաստիճան համակարգը: Որպես հաջորդ քայլ, 2015-2020թթ. երեխաների և դեռահասների առողջության և զարգացման ազգային ռազմավարության գործողությունների ծրագրի մեջ ընդգրկվել է վաղ միջամտության և վերականգնման հատուկ գլուխ:

Մանկաբույժներն, ընտանեկան բժիշկները և բուժքույրերն անցկացնում են զարգացման սկրինինգ և գնահատում են երեխաներին՝ կիրառելով Այրետոնի կողմից մշակված երեխաների զարգացման ուղեցույցը²²: Սկրինինգը կատարվում է կանխարգելիչ այցելության ժամանակ (մասամբ համադրվելով այլ զննումների և պատվաստումների հետ) և բաղկացած է կլինիկական զննումից և հարցաթերթիկից, որը պետք է լրացվի առողջապահական բնագավառի աշխատողի և ծնողների կողմից: Սկրինինգի պատշաճ իրականացումը հանգեցնում է դիսկալիին խմբին պատկանող երեխաներին՝ հետագա վերագնահատման և/կամ խնամքի այլ մակարդակ ուղղորդելուն:

²² Երեխաների զարգացման գնահատում՝ օգտագործելով ծնողների զեկույցները: Մանկական զարգացման քարտ: ClinPediatr (Phila): 1995 մայիս, 34 (5): 248-55: Այրետոն Հ., Գլասկե Ֆ.



Նկար 3. Հայաստանում առողջապահական համակարգում կիրառվող՝ զարգացման խնդիրներ ունեցող երեխաների հայտնաբերման և միջամտության եռաստիճան մոդելը

Հայաստանում անցկացվող վերջին լայնամասշտաբ հետազոտությունը ցույց է տվել, որ հաշմանդամություն ունեցող երեխաներն առերեսվում են մի շարք խնդիրների՝ մանկապարտեզային, դպրոցական, առողջապահական և վերականգնողական ծառայությունների մատչելիության հարցում: Հարցված երեխաների 18%-ը դպրոց չի հաճախում, 71% -ը չի հաճախում մանկապարտեզ (80% գյուղական համայնքներում); հաշմանդամություն ունեցող յուրաքանչյուր 4 երեխայից միայն 1-ն է (23 տոկոս) ստանում անհատական վերականգնողական պլանով նախատեսված ծառայություններ, հաշմանդամություն ունեցող երեխաների միայն 80%-ն է գտնվում մանկաբույժի կամ ընտանեկան բժշկի վերահսկողության ներքո, իսկ հաշմանդամություն ունեցող երեխաների 27%-ն է ստացել տեխնիկական օժանդակող սարք²³:

Երեխաների պաշտպանության ոլորտում առկա առանցքային բարեփոխում է երեխաներին՝ խնամքի հաստատություններից դուրս բերելու որոշումը, որը կանխարգելում է երեխաների հոսքը դեպի շուրջօրյա խնամքի հաստատություններ՝ վերամիավորելով խնամքի հաստատություններից դուրս բերված երեխային դեպի ընտանեկան միջավայր և զարգաց-

նելով այլընտրանքային խնամքի և համայնքային՝ սոցիալական և կրթական ծառայությունների ձևավորումը՝ խոցելի խմբի երեխաների համար: Դեռևս համայնքային սոցիալական, վերականգնողական և այլընտրանքային ընտանեկան խնամքի ծառայություններ ստեղծվել են սահմանափակ քանակությամբ համայնքներում: Կրթական, սոցիալական հաստատությունները, ինչպես նաև որոշ ՀԿ-ներ տրամադրում են որոշակի վերականգնողական ծառայություններ՝ զարգացման խնդիրներ և հաշմանդամություն ունեցող երեխաների համար:

Մշակվել են որոշ ընդհանուր սկզբունքներ և տեխնիկական ու մասնագիտական որակավորումների պահանջներ, ինչպես նաև խնամքի մատուցման չափորոշիչներ և ծառայություններ, պայմաններ, որոնք պետք է իրագործվեն խնամք և ծառայություններ մատուցող կենտրոնների կողմից (օրինակ՝ ԱՆ կողմից լիցենզավորման պահանջները կամ ԱՍՀՆ-ի պահանջները՝ խնամք և ծառայություններ մատուցող ՀԿ-ների համար):

Այնուամենայնիվ, ՀԿ-ների կողմից՝ հաշմանդամություն և զարգացման խնդիրներ ունեցող երեխաներին տրամադրվող ծառայությունների որակի վերաբերյալ մոնիթորինգը և տվյալները բացակայում են:

Թեև Հայաստանում կան հաշմանդամություն ունեցող երեխաների խնամքի բարելավ-

²³ «Ամեն ինչ ինտեգրման մասին. Հայաստանում կրթության, առողջապահության եւ սոցիալական պաշտպանության ոլորտներում հաշմանդամություն ունեցող երեխաների ինտեգրումը»: ՅՈՒՆԻՍԵՖ (2012), Երևան

ման համար բավարար իրավական հիմքեր, այնուամենայնիվ Երևան քաղաքից դուրս ծառայությունների մատուցումը խնդրահարույց է՝ ծառայությունների մատուցման պետական քաղաքականության բացակայության, միջոցների բացակայության, մարզերում մասնագիտական անձնակազմի սակավության (այդ աշխատակազմը մարզեր տեղափոխելու խրախուսման մեխանիզմների բացակայություն) և սարքավորումների ու օժանդակող տեխնոլոգիայի բացակայության պատճառով:

2.3 Վերականգնողական բուժման ֆինանսավորումը

Լինելով միջինից բարձր եկամուտներ ունեցող երկիր, Հայաստանը անբավարար միջոցներ է ծախսել առողջապահական ոլորտի վրա: Պետական առողջապահական ծախսերի ընդհանուր ծավալը 2018 թ. կազմել է շուրջ 79.6 մլրդ. դրամ, ինչը հավասար է ՀՆԱ-ի 1.3%-ին: Ըստ ՀԲ-ի հաշվարկների, 2016 թ. մեկ շնչի հաշվով բացարձակ ծախսերը կազմել են 369 ԱՄՆ դոլար²⁴: Այս ռեսուրսների մեկ երրորդը ծախսվել է առողջության առաջնային պայպանման ծառայությունների վրա, մոտավորապես դրանց կեսը ծախսվել է հիվանդանոցային խնամքի վրա: Մնացած միջոցները ծախսվել են հանրային առողջության, կանխարգելման ծառայությունների և այլնի վրա:

2016 թ. ԱՆ-ից վերականգնողական ծառայությունների, նեոնատալ սկրինինգի ծրագրերի և հաշմանդամություն և զարգացման խանգարումներ ունեցող երեխաների հիվանդանոցային բուժման համար պետության կողմից տրամադրված դրամական հատկացումները կազմել են մոտավորապես 1.1 մլրդ. դրամ (2.3 մլն. ԱՄՆ դոլար): 2016 թ. միայն վերականգնողական ծառայությունների համար պետությունը վճարել է 765.7 մլն. դրամ (1.6 մլն. ԱՄՆ դոլար), որը կազմում է Հայաստանի պետական առողջապահական բոլոր ծախսերի 1% -ից էլ քիչ (ԱՆ Պետական առողջապահական գործակալություն):

Առողջապահական ծախսերից բացի, կան նաև պետական հատկացումներ սոցիալական բարեկեցության համակարգում հաշմանդամություն ունեցող երեխաների հոգեբանասոցիալական վերականգնման և խնամքի համար, ներառյալ մասնագիտացված սոցիալական խնամքի հաստատությունները և ցերեկային խնամքի կենտրոնները: Ինչևէ, սոցիալական խնամքի հաստատությունների թիվը փոքր է և

դրանք հիմնականում տեղակայված են քաղաքներում: Ծառայությունների մատուցման հետ կապված բացը լրացնելու համար ՀՀ ԱՍՀՆ-ը դիմում է ՀԿ-ներին հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին և մտավոր խնդիրներ ունեցող երիտասարդներին և դեռահասներին աջակցելու և որոշ ծառայություններ մատուցելու համար: ԱՍՀՆ-ը նաև պատասխանատու է սահմանափակ տեսակի օժանդակող սարքերի ապահովման համար, ինչպիսիք են անվասայլակները, քայլակները, որոշակի պրոթեզներ, լսողական սարքեր և այլն: 2017 թ.-ից ի վեր ԱՍՀՆ-ը նախաձեռնեց որոշ օժանդակող սարքերի տրամադրման գործընթացը՝ վկայականներ տրամադրելու միջոցով: Շահառուներն իրենք են ընտրում այն հաստատությունները, որոնք տրամադրում են օժանդակ սարքեր, որոնք ավելի անհատական և համապատասխան են լինում:

Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին ՄԱԿ-ի կոնվենցիա (հոդ. 26)

Առողջական առավելություններից բացի, առողջության առաջնային պահպանման համակարգում մատուցվող վերականգնողական ծառայություններն ավելի մեծ սոցիալական օգուտներ ունեն: Վաղ միջամտությունը կարող է մեծապես նվազեցնել մեծահասակների և երեխաների խրոնիկական հիվանդություններով պայմանավորված հաշմանդամության տարածվածությունը և դանդաղեցնել անկարողության զարգացումը և առաջընթացը, օրինակ՝ բարելավելով մանկական ուղեղային կաթված, Դաունի համախտանիշ ունեցող երեխաների ֆունկցիոնալությունը և ընտանեկան աջակցությունը:

Վերականգնողական ծառայությունները, որոնք տրամադրվում են մարդկանց բնակավայրի մերձակայքում, հնարավորություն են տալիս նրանց կրթվել և աշխատել և մնալ խնամքի և ֆինանսական աջակցության առումով անկախ ավելի երկար ժամանակ: Բացի այդ, բարդությունների կանխարգելման և երկրորդային վիճակների ռիսկի նվազեցման միջոցով, վերականգնումը առաջնային բուժօգնության մակարդակում կարող է օգնել խուսափել ծախսատար հոսպիտալացումից:

²⁴ <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?locations=AM> accessed on 21 June, 2019.

ՀՀ ԿԳՆ-ն պետական բյուջեից ֆինանսական աջակցություն է ստացել հանրակրթական դպրոցներում ներառական կրթության, հատուկ դպրոցներում առանձնահատուկ պայմանների կարիք ունեցող երեխաների կրթության և սոցիալական խնամքի ծառայությունների ֆինանսավորման համար: Բացի այդ, մանկավարժահոգեբանական աջակցության կենտրոնները ստանում են պետական ֆինանսավորում երեխաների ֆունկցիոնալ գնահատման և ծառայությունների մատուցման համար:

Հայաստանում հիմնական բժշկական ծառայությունների մատուցումն անվճար է բնակչության բոլոր խմբերի համար: Հիվանդանոցային և մասնագիտացված խնամքն անվճար է մինչև յոթ տարեկան երեխաների, հղի կանանց և բնակչության որոշակի սոցիալական խմբերի համար, որն ընդգրկում է հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին և մեծահասակներին: ԱՆ-ը պարտավորված է նաև անվճար մատուցել օրթոպեդիայի մեջ կիրառվող անհրաժեշտ սարքավորումները՝ օրթեզներ, սալինթներ՝ հավաստագրված հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին, մինչդեռ, ոչ հավաստագրված հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին սարքավորումները մատուցվում են վճարի դիմաց:

Պետությունն ապահովում է մինչև 7 տարեկան ու սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված (ցանկը հաստատված է ՀՀ կառավարության N 318-Ն հրամանով առ 04.03.2004) երեխաների վերականգնողական բուժումը մասնագիտացված վերականգնողական կենտրոններում և առողջարաններում՝ տեղամասային մանկաբույժի կամ ընտանեկան բժշկի, և/կամ մասնագիտական դիսպանսերների/ կենտրոնների ուղեգրմամբ: Գրանցված հաշմանդամություն ունեցող երեխաների վերականգնումն իրականացվում է բժշկասոցիալական փորձաքննական մարմինների կողմից տրված վերականգնողական անհատական ծրագրի համաձայն:

Ֆիզիկական/ շարժողական, մտավոր, լսողական և զարգացման այլ խանգարումներով երեխաների վերականգնողական բուժումն իրականացվում է ցերեկային ստացիոնարի և/կամ ամբուլատոր պայմաններում՝ ՀՀ ԱՆ կողմից լիցենզավորված բուժհաստատությունների կողմից՝ պետության կողմից սահմանված չափորոշիչների համաձայն (ՀՀ ԱՆ հրաման N 70-Ն առ 01.11.2013): Հարկ եղած դեպքում բուժօգնությունը կարող է կազմակերպվել նաև շուրջօրյա ռեժիմով, եթե կան դժվարություն-

ներ ամենօրյա այցելությունների կազմակերպման առումով: Սոցիալական խնամքի հաստատություններում գտնվող երեխաները վերականգնողական բուժում են ստանում այդ հաստատություններում՝ ԱՍՀՆ ֆինանսավորմամբ: Հիվանդանոցային պայմաններում բուժվում են սուր վերականգնողական բուժման կարիք ունեցող հիվանդները՝ համաձայն ՀՀ ԱՆ հրամանով սահմանված հիվանդությունների և վիճակների (հրաման N 70-Ն առ 01.11.2013): Նշված դեպքերի բուժումը կարող է իրականացվել նաև այլ հաստատություններում՝ մասնագիտացված կենտրոնների հրավիրյալ մասնագետների կողմից:

Այնուամենայնիվ, սահմանափակ ֆինանսական միջոցները և պատշաճ ծառայությունների և աշխատակազմի բացակայությունը մեծապես խոչընդոտում են հաշմանդամություն ունեցող երեխաների կարիքների բավարարմանը:

2.4 Վերականգնողական բուժման ծառայությունների ենթակառուցվածքը, տեսակներն ու մակարդակները

Համայնքային և առաջնային վերականգնողական խնամք (առաջին մակարդակ)

Ընդհանուր առմամբ՝ գյուղական բնակավայրերում արտահիվանդանոցային բուժօգնությունը տրամադրվում է վերջերս վերապատրաստված ընտանեկան բժիշկների (նախկին՝ ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկ) կողմից, որոնք ծառայում էին միայն մեծահասակ բնակչությանը և մանկաբույժների կողմից, որոնք աշխատում են սովորաբար որոշ մեծ գյուղերում տեղակայված գյուղական «ամբուլատորիաներում» 25: Նրանք նաև ծառայություններ են մատուցում շրջակա փոքր գյուղերում ապրող մարդկանց, որտեղ առաջին կոնտակտային անձը հանդիսանում է բուժքույրը կամ բուժակը (ավագ բուժքույր), ով աշխատում է բուժկետում:

Քաղաքներում առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունները տրամադրվում են պոլիկլինիկաների և որոշ մասնավոր առողջության կենտրոնների կողմից 26: Համաձայն ազգային կանոնակարգի՝ յուրաքանչյուր ծնող իրավունք ունի ընտրելու առաջնային բուժօգնության հաստատությունը և բժշկին, սակայն, գերակշռող դեպքերում, այդ որոշման համոզիչ գործոնն է տարածքային առումով մոտ գտնվելը (այսինքն՝ հիվանդներ-

²⁵ ՀՀ-ում կան 240 գյուղական ամբուլատորիաներ (Առողջության ազգային ինստիտուտ, 2017)

²⁶ Քաղաքային ԱՍԿ հաստատությունների ընդհանուր թիվը 102 է (Առողջության ազգային ինստիտուտ, 2017)

որ օգտվում են տեղական հաստատություններից, և բժիշկները պատասխանատու են իրենց բնակության տարածքի համար): Պոլիկլինիկայի բուժանձնակազմը ներառում է ընտանեկան կամ ընդհանուր պրակտիկայի կամ բժիշկների, թերապևտների և մանկաբույժների, ովքեր իրենց խնամքի տակ ունեն որոշակի ձևավորված բնակչություն: Մասնավորապես, մանկաբույժի դեպքում՝ սպասարկվող 0-18 տարեկան երեխաների քանակը տատանվում է 600-1200-ի մեջ՝ կախված այնպիսի գործոններից, ինչպիսիք են մանկաբույժների գտնվելու վայրը և հասանելիությունը:

Պետությունը յուրաքանչյուր երեխայի համար երաշխավորում է առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների անվճար փաթեթ: Այն ներառում է անվճար խորհրդատվություն, երեխայի աճի և զարգացման մոնիթորինգ, հիվանդությունների դեպքերում արտահիվանդանոցային բուժում և կանխարգելիչ պատվաստումներ: Համապատասխանաբար՝ փաթեթը ներառում է երեխայի զարգացման գնահատումը (Այրետոնի սկրինինգ): Թեթև հաշմանդամության կամ զարգացման խնդրի պարագայում՝ առողջապահական անձնակազմը պետք է խորհրդատվություն տրամադրի և հետևողական քայլեր ձեռնարկի: Որոշ քաղաքային պոլիկլինիկաներում տրամադրվում են նաև լոգոպեդի և հոգեբանի ծառայություններ: Միջինից ծանր հաշմանդամության դեպքերում երեխաները մանկաբույժի կամ ընտանեկան բժշկի կողմից պետք է ուղղորդվեն հետագա գնահատման և խնամքի՝ վերականգնման հաջորդ փուլ:

Ընդհանուր առմամբ Հայաստանում չկա համայնքային վերականգնողական ծառայությունների գործող համակարգ: Որոշ մարզերում գործում են համայնքային մակարդակում աշխատող մի քանի ՀԿ-ներ, որոնք տրամադրում են հիմնական վերականգնողական ծառայություններ, սակայն ՀԿ-ների գործունեության մասին տեղեկատվության պակաս կա, և նրանք հաշվետվություն չեն ներկայացնում որևէ պետական մարմնի և չեն վերահսկվում, եթե պետական ֆինանսավորում չունեն: Այնուամենայնիվ, նման ՀԿ-ների թիվը շատ փոքր է և դրանց կարողությունը մարդկային ու ֆինանսական ռեսուրսների, ինչպես նաև աշխարհագրական ծածկույթի առումով դեռևս ցածր է:

Մասնագիտացված վերականգնում (երկրորդ և երրորդ մակարդակ)

Երկրորդ մակարդակում զարգացման գնահատումն ու խնամքը մատուցվում են բազմամասնագիտական թիմի կողմից, որն ընդգրկում է բժիշկ-վերականգնողաբանների, էրգոթերապիստների, ֆիզիոթերապիստների, լոգոպեդների, հոգեբանների, հատուկ մանկավարժների և այլ մասնագետների՝ կախված երեխայի կարիքներից, որոնք գործում են ԵԶՎԿ-ներում: Գնահատման հիման վրա մշակվում է անհատական միջամտության պլան՝ զարգացման խնդիր կամ հաշմանդամություն ունեցող յուրաքանչյուր երեխայի համար: Առաջնայնությունը տրվում է 0-ից 3 տարեկան խմբի երեխաներին: Եթե չկա հաստատված խնդիր կամ երեխան գտնվում է այնպիսի վիճակում, որ կարող է բուժվել տնային պայմաններում, ապա երեխան ուղղորդվում է առաջնային մակարդակում գործող հիմնական բուժօգնության ծառայություններ մատուցող բուժաշխատողների մոտ՝ համապատասխան խորհրդատվությամբ:

Պետությունը ԱՆ-ի միջոցով ֆինանսավորում է վերականգնողական ծրագիրը, որը բաղկացած է 30 այցելությունից՝ հենաշարժիչ համակարգի խանգարումներ ունեցող երեխաների համար, և 70 այցելությունից՝ մտավոր խանգարումներ ունեցող երեխաների համար: Որոշ այցելություններ կարող են անցկացվել առանց ծնողների ակտիվ ներգրավման, սակայն մյուս դեպքերում ծնողները պետք է մասնակցեն վերականգնողական պարապմունքներին և մասնագետների վերահսկողությամբ՝ սովորեն աշխատել երեխայի հետ:

Այս գնահատման արդյունքները ցույց են տվել, որ բոլոր մանկական վերականգնողական կենտրոններն ունեն հերթագրված երեխաների՝ երկար սպասման ցուցակներ, ինչը վտանգավոր է վերականգնողական միջամտության ուղացման և երեխայի զարգացման համար կարևոր ժամանակ կորցնելու առումով: Տարբեր վերականգնողական կենտրոններում հերթագրված և սպասող երեխաների թվաքանակը հասնում է 18-ից 195-ի: Ինչևէ, որոշ երեխաների համար, որոնք, ի վերջո, ծառայություններ են ստանում, պետական բյուջեով նախատեսված այցելությունների քանակը բավարար չէ զարգացման առաջխաղացման համար: Արդյունքում՝ որոշ ծնողներ դիմում են վճարովի ծառայությունների, իսկ նրանք, ովքեր չունեն լրացուցիչ ռեսուրսներ, մնում են միայնակ իրենց կարիքների հետ: Նկար 4-ում պատկերված է

երկրում լիցենզավորված մանկական վերականգնողական կենտրոնների քարտեզը, որտեղից երևում է դրանց սակավությունը. որոշ մարզերում նման կենտրոններն ընդհանրապես բացակայում են, իսկ գործող ծառայությունների աշխարհագրական և սպասարկման ծածկույթը դեռևս սահմանափակ է:



Նկար 4. Երեխաների վերականգնողական կենտրոնների քարտեզը Հայաստանում

Ծանր դեպքերում երեխաներն ուղղորդվում են դեպի ավելի մասնագիտացված (երրորդ) մակարդակի վերականգնողական ծառայություններ (օրինակ՝ Հանրապետական մանկական վերականգնողական կենտրոն, «ԱրԲԵՍ» առողջության կենտրոն), որտեղ երեխան համապարփակորեն գնահատվում է տարբեր մասնագետներից բաղկացած՝ բազմամասնագիտական թիմի (գարգացման մանկաբույժի, բժիշկ-վերականգնողաբանի, նյարդաբանի, օրթոպեդի և այլնի) կողմից:

Ըստ գնահատման՝ կան յոթ համայնքային մանկական զարգացման և վերականգնողական կենտրոններ (ԵԶՎԿ), որոնք հիմնականում սպասարկում են համապատասխան մարզերից եկած երեխաներին: Երեք խոշոր կենտրոնները՝ «ԱրԲԵՍ» ԱԿ, «Հանրապետական մանկական վերականգնողական կենտրոն», «Արմենակ և Աննա Թադևոսեանների բժշկական կենտրոն-հիմնադրամ», երկու առողջարանային կենտրոնները՝ «Արաբկիր» ԲՀ-ԵԴԱԻ-ի Ապարանի ամառային առողջարանային ճամբար և «Արարատ» մոր և մանկան առողջարան, և Խարբերդի մասնագիտացված մանկատունը տրամադրում են խնամք երեխաներին ողջ երկրի տարածքով:

Ստորև ներկայացված են մանկական վերականգնողական կենտրոնների գործունեության գնահատման որոշ արդյունքները.

- Կազմակերպությունների իրավաբանական կարգավիճակը. 16 հաստատություններից հինգը պատկանում են պետությանը (կենտրոնական կամ տարածքային կառավարություններին), մեկ հաստատություն իր կարգավիճակով համարվում է հիմնադրամ, մնացածը մասնավոր ձեռք բերված սեփականություն են (ներառյալ կորպորատիվ կառավարումը):
- Տարիքային խմբերը. վերականգնողական կենտրոնների մեծամասնությունը սպասարկում է մինչև 18 տարեկան երեխաներին: Խարբերդի մանկատունը տրամադրում է խնամք 6-ից 18 տարեկան երեխաներին, ինչպես նաև 18 տարեկանից բարձր երիտասարդներին: Գյումրու վերականգնողական կենտրոնը նույնպես տրամադրում է ծառայություններ 18 տարեկանից բարձր երիտասարդներին: «Արարատ» առողջարանը սպասարկում է 3 տարեկանից բարձր երեխաներին: Ապարանի ամառային առողջարանային ճամբարը մատուցում է խնամքի ծառայություններ 7-18 տարեկան երեխաներին:
- Ֆինանսավորման աղբյուրները. մանկական վերականգնողական ծառայություններ մատուցող բոլոր կազմակերպությունները հիմնականում ֆինանսավորվում են պետության կողմից՝ առողջապահության բյուջեից, որոշները նաև ծառայություններ են մատուցում մասնավոր վճարումներով: Ինը կենտրոններ ֆինանսական աջակցություն են ստանում տարբեր դոնորներից, այդ թվում միջազգային և տեղական կազմակերպություններից, մասնավոր դոնորներից և այլն: Միայն 2 կենտրոններ (Հանրապետական մանկական վերականգնողական կենտրոնը և «ԱրԲԵՍ» ԱԿ-ը) համագործակցում են ապահովագրական ընկերությունների հետ:
- Ֆիզիկական պայմանները. մասնագիտացված սենյակների թիվը, նախատեսված բազմամասնագիտական վերականգնողական անձնակազմի տարբեր մասնագետների պարամունքների համար, տատանվում է 4-ից մինչև 10-ը: Կենտրոնների մեծ մասը վերանորոգվել է վերջին 3-5 տարիների ընթացքում: Կենտրոնների ֆիզիկական պայմանները հիմնականում բավարար են, սակայն որոշ կենտրոններ վերանորոգման կարիք ունեն: Ֆիզիկական մատչելիությունը համեմատաբար ապահովված է, սակայն կարիք կա կենտրոններն ավելի երեխայամետ դարձնելու և որոշ սարքավորումներ ավելացնելու համապատասխան սենյակների համար (զգայական/սենսորային սենյակ, հանգստի սենյակ, լողավազաններ, խաղահրապարակ, սպորտային հարմարություններ և այլն): Բացառությամբ «Արարատ» մոր և մանկան առողջարանի, որն ունի լողավազան և մարզադահլիճ, մյուս բոլոր հաստատություններում բացակայում են առօրյա զբաղվածության գնահատման ու միջամտության համար հատուկ նպատակով կառուցված տարածքները, ինչպիսիք են՝ խոհանոցները, մարզադահլիճները, լողավազանները և լոգոսենյակները:

- Մարդկային ռեսուրսներ. կենտրոնների մեծ մասն ունի վերականգնողական խնամքի մասնագետների թիմ՝ բաղկացած մանկաբույժ-վերականգնողաբանից, ֆիզիկական թերապիստներից (կինեզիոթերապիստներ), էրգոթերապիստներից (օկուպացիոն թերապիստներ), հատուկ մանկավարժներից, լոգոպեդներից, հոգեբաններից և սուրդոթերապիստներից: Բոլոր կենտրոնները, բացառությամբ Գյումրու ավստրիական մանկական հիվանդանոցի վերականգնողական կլինիկայի (որը հիմնականում ապահովում է խնամք հոգեկան առողջության խանգարումներ ունեցող երեխաների համար) և Խարբերդի մասնագիտացված մանկատան, ունեն ֆիզիոթերապիստներ / կինեզիստներ: Խարբերդում գործառույթները մասնակիորեն կատարվում են բուժքույրերի կողմից, ովքեր ունեն վերականգնողական բուժօգնության մասնագիտացում:
- Աշխատավարձեր. հիմնական վերականգնողական անձնակազմի աշխատավարձը տատանվում է 200-ից մինչև 400 ԱՄՆ դոլարի միջև՝ կախված գտնվելու վայրից, բարդություններից և վճարովի ծառայությունների համամասնությունից: Վերականգնողական բուժօգնության մեջ ներգրավված բժիշկների աշխատավարձը կազմում է մոտ 300-500 ԱՄՆ դոլար, ինչն ավելի բարձր է, քան աշխատավարձը առաջնային բուժօգնության հաստատություններում, սակայն հիվանդանոցային բժիշկների եկամտից քիչ է:
- Վերականգնողական աշխատուժի համալրումը շարունակվում է համապատասխան բուհերում ընդհանուր ավարտական գործընթացի և հետագա մասնագիտացման հիման վրա. արագ ընդարձակման ծրագրեր չկան: Բժիշկներն ավարտել են Երևանի պետական բժշկական համալսարանը կամ այլ բարձրագույն բժշկական հաստատություններ և մասնագիտացել են մանկական վերականգնողական բժշկության մեջ: Նրանք անցել են նաև տարատեսակ շարունակական բժշկական կրթության դասընթացներ և վերապատրաստումներ: Ֆիզիոթերապիստները իրենց դիպլոմները հիմնականում ստացել են Հայաստանի ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի պետական ինստիտուտի կողմից: Բոլոր հատուկ մանկավարժները և լոգոպեդները ավարտել են Խ. Աբովյանի անվան Հայաստանի պետական մանկավարժական համալսարանը կամ համալսարանի մարզային մասնաճյուղերը՝ «դեֆեկտոլոգի», «օլիգոֆրենոմանկավարժի», «լոգոպեդի» և «նախադպրոցական ուսուցչի» մասնագիտությամբ: «Դեֆեկտոլոգ» և «օլիգոֆրենոմանկավարժ» տերմիններն օգտագործվել են խորհրդային ժամանակներում և մինչ օրս էլ կիրառվում են Հայաստանում առանձին հատուկ դպրոցների անձնակազմի անվանացանկերում: Հոգեբաններն ավարտել են Հայաստանի պետական մանկավարժական համալսարանը կամ Երևանի պետական հա-

մալսարանը՝ «հատուկ խնամքի մանկավարժական մոտեցումներ և հոգեբանություն» մասնագիտությամբ, ինչպես նաև համապատասխան բժշկական քոլեջներ: Էրգոթերապիստներն ունեն «ուղղիչ մանկավարժ և հոգեբանություն» մասնագիտացում: Հատուկ մանկավարժության ֆակուլտետի համապատասխան մասնագիտությունը վերջերս փակվել է, և «Էրգոթերապիա» մասնագիտությունը մնացել է որպես մագիստրոսական ծրագիր: Մասնագիտական անձնակազմի մեծ մասը մասնակցել է տարբեր հետբուհական դասընթացների, այդ թվում Երևանի պետական բժշկական համալսարանի՝ կինեզիոթերապիստի մասնագիտությամբ:

- Հանրապետական մանկական վերականգնողական կենտրոնը հանդիսանում է ուսումնական կլինիկական բազա Հայաստանի ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի պետական ինստիտուտի և Պետական մանկավարժական համալսարանի ուսանողների համար: «Արաբկիր» ԲՀ-ԵԴԱԻ-ի «ԱրԲԵՍ» առողջապահական կենտրոնը նույնպես ծառայում է որպես կլինիկական բազա պետական մանկավարժական համալսարանի ուսանողների համար:
- Սարքավորումներ և պարագաներ. բոլոր կենտրոնների սարքավորումների և պարագաների մասին համապարփակ տեղեկություններ չկան, սակայն հասանելի տվյալները ցույց են տալիս, որ սարքավորումները կենտրոնների մեծ մասում տարբերվում են: Կառավարության N 1936-Ն որոշմամբ (առ 05.12.2002 թ.), հաստատված մանկական վերականգնողական խնամքի լիցենզավորման ստանդարտները վերաբերում են մանկական վերականգնողական բաժանմունքին և ոչ թե ամբուլատոր ծառայություններին: Հետևաբար, սարքավորումների ձեռք բերման կանոնակարգերը պետք է վերանայվեն և թարմացվեն առկա կենտրոնների տարբեր ուղղվածություններին համապատասխան (շուրջօրյա խնամք, ցերեկային ստացիոնար, ամբուլատոր խնամք, առողջարանային խնամք), ինչպես նաև ժամանակակից տեխնոլոգիական պահանջներին համապատասխան: Անհրաժեշտ է հաստատել համապատասխան միջավայրի, վերականգնողական սարքավորումների և պարագաների ապահովման մի-նիմալ ստանդարտներ՝ որակյալ ծառայությունների մատուցման համար:
- Չկա գործող մոնիթորինգի համակարգ կամ ծառայություններից օգտվողների կանոնակարգված հետադարձ կարծիքի վերլուծություն: Սակայն որոշ կենտրոններ օգտագործում են հետադարձ կարծիքի տուփեր իրենց ներքին օգտագործման համար:
- Սպասարկված երեխաների թիվը. 2017 թ. վերականգնողական բուժման կուրսեր են տրամադրվել ընդհանուր թվով՝ 3423 երեխայի (բացառությամբ նրանց, ովքեր ստացել են առողջարանային խնամք): Սա ըստ դեպքերի մատուցված ծառայությունների թվաքանակն է, մինչդեռ այդ ծառայությունները ստացող

երեխաների թիվը կարող է կրկնվել, քանի որ միևնույն երեխան կարող է ստանալ 2 կամ 3 վերականգնողական բուժում տարվա կտրվածքով: Յուրաքանչյուր կենտրոնում սպասարկված դեպքերի/երեխաների տարեկան թիվը տատանվում է 37-ից (թիվ 9 մանկական պոլիկլինիկայում գտնվող կենտրոն, Երևան) և 87-ից (Սպիտակի մանկական զարգացման և վերականգնողական կենտրոն) մինչև 755-ի (Հանրապետական մանկական վերականգնողական կենտրոն, Երևան) և 531-ի («ԱրԲԵՍ» ԱԿ, Երևան):

- Ամսական կտրվածքով սպասարկված երեխաների միջին թիվը տատանվում է 26-ից մինչև 63: 2017 թ. խորհրդատվությունների տարեկան թիվը կազմել է 384127: 2017 թ. պետական ֆինանսավորմամբ անվճար սպասարկված երեխաների ընդհանուր թիվը 2577-ն է, որոնցից 348-ի վերականգնողական բուժման ծախսերը անմիջապես հոգացել են հիվանդների ընտանիքները: Մնացած դեպքերի համար բուժման ծախսերը վճարվել են ապահովագրական ընկերությունների կողմից կամ մարդասիրական ծրագրերի շրջանակում:
- Հանրապետական մանկական վերականգնողական կենտրոնը, ինչպես նաև «Արմենակ և Աննա Թադևոսեանների» բժշկական կենտրոն-հիմնադրամը մատուցում են հիվանդանոցային ծառայություններ հատուկ կարիքներով երեխաներին:
- «Արարատ» մոր և մանկան առողջարանը և Ապարանի ամառային ճամբարը տրամադրում են նաև կացարան, սնունդ և առողջարանային խնամք:
- Վերականգնողական ծառայություններն որոշ չափով տրամադրվում են խոշոր մանկական հաստատություններում, ինչպիսիք են՝ «Արաբկիր» բժշկական համալիրը և «Սուրբ Աստվածամայր» բժշկական կենտրոնը, սակայն միայն կարճ ժամանակահատվածի համար: Նրանք հիմնականում ծառայում են այն հիվանդներին, որոնք հոսպիտալացվել են այլ պատճառներով կամ վերականգնման փուլում են (օրինակ՝ վնասվածքներից հետո):
- Բուժման կուրսի տևողությունը. ըստ պետական ստանդարտների՝ շարժողական և մտավոր խնդիրներ ունեցող հիվանդների համար շուրջօրյա բուժումը 24 օր է և ցերեկային ստացիոնար բուժման տևողությունը՝ 18 օր: «Արմենակ և Աննա Թադևոսեանների» բժշկական կենտրոն-հիմնադրամում բուժման տևողությունը 23 օր է: ՄՈՒԿ-ի դեպքում դա կարող է ձգվել մինչև 30 օր: Արտահիվանդանոցային կենտրոնների պարագայում. «ԱրԲԵՍ»-ում՝ 30 այցելություն, տարվա մեջ երկու անգամ, շարժողական խնդիրներ ունեցող երեխաների դեպքում և մտավոր խնդիրներ ունեցող երեխաների դեպքում՝ տևողությունը 70 օր է առաջին տարվա ընթացքում և 40 օր՝ հաջորդ տարվա ընթացքում: Խարբերդի մանկատանը վերականգնողական բուժման տևողությունը 3-ից 12 ամիս է: Մնացած մասնագիտացված սոցիալական խնամքի հաստատությունները մատուցում են որոշակի վերականգնողական ծառայություններ, բայց դրանք լիցենզավորված չեն ԱՆ կողմից: Մինչդեռ այլ մասնագիտացված մանկատները ԱՆ-ի կողմից լիցենզավորված չեն վերականգնողական ծառայություններ մատուցելու համար:

- Հանրապետական մանկական վերականգնողական կենտրոնում վերականգնողական բուժման ծրագրի տևողությունը մինչև 40 օր է: Երեխայի ախտորոշման և վերականգնողական խնամքի բարդությունից կախված՝ խնամքը կարող է կազմակերպվել տարեկան 3-4 անգամ, բայց ոչ ավելի, քան երկու իրար հաջորդող բուժումներ տարեկան կտրվածքով:
- Հանրապետական մանկական վերականգնողական կենտրոնը և «Արմենակ և Աննա Թադևոսեանների» բժշկական կենտրոն հիմնադրամը նաև կացություն են տրամադրում 0-5 տարիքային խմբերում գրանցված հաշմանդամություն ունեցող երեխաների խնամակալներին:
- ԱՆ-ի հետ պայմանագրի կնքած և ԱՆ-ի կողմից լիցենզավորված հաստատություններում անվճար տրամադրվում է առողջարանային վերականգնողական բուժում: 0-ից մինչև 7 տարեկան սոցիալական խմբում գտնվող երեխաները կարող են ստանալ առողջարանային վերականգնողական բուժում, եթե նրանք ուղղորդվել են տարածքային մանկաբույժի կամ նեղ մասնագետի կողմից, հաշվի առնելով վերականգնողական բուժման ցուցումներն ու հակացուցումները: Միևնույն հիվանդի ուղղորդումը առողջարանային բուժօգնության կարող է կատարվել տարին մեկ անգամ: Ապարանի ամառային ճամբարում վերականգնողական խնամքի տևողությունը 14 օր է: «Արարատ» մոր և մանկան առողջարանում՝ 18-ից 30 օր՝ կախված ախտորոշումից: Պետությունը նաև տրամադրում է կացարաններ և սնունդ սոցիալապես անապահով ընտանիքների երեխաների խնամակալներին: 2017 թվականին ընդհանուր առմամբ 220 երեխա ստացել է վերականգնողական խնամք առողջարաններում:

Համայնքային ինտեգրացված մոդել

Որպեսզի հաշմանդամություն ունեցող երեխաները լիարժեք, մյուս երեխաների հետ հավասարապես օգտվեն մարդու իրավունքներից և հիմնարար ազատությունից²⁸, ներառյալ՝

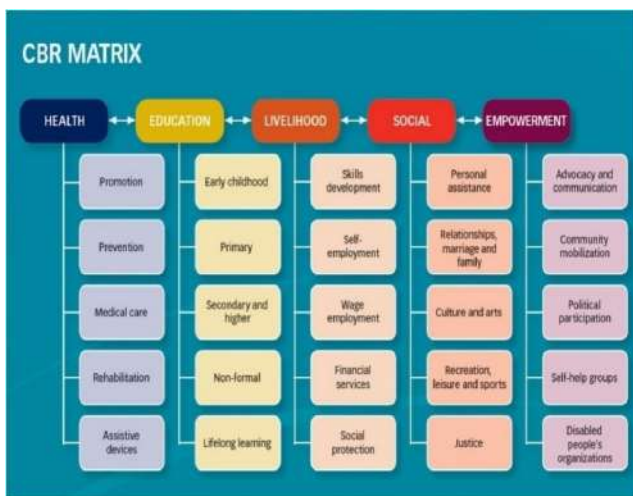
- ընտանիքի հետ ապրելու իրավունքը,
- կրթության իրավունքը,

²⁷ Ոչ բոլոր խորհրդատվությունները (գնահատումները) հանգեցրին վերականգնողական ծառայությունների մատուցմանը:

²⁸ ՄԱԿ-ի հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին կոնվենցիա

- վաղ միջամտության իրավունքը և հետագա հաշմանդամությունը նվազեցնելու և կանխարգելելու համար ծառայություններից օգտվելու իրավունքը,
- համապարփակ բուժօգնությունից և վերականգնողական ծառայություններից և ծրագրերից օգտվելու իրավունքը (իրենց համայնքներին հնարավորինս մոտ տարածության մեջ, մասնավորապես բժշկական, կրթական ու սոցիալական ծառայությունների համար),
- համայնքին և հասարակության բոլոր ճյուղերին մասնակցության ու ներգրավվածության իրավունքը, սկսած 2012 թ.-ից փորձարկվեց համայնքային միջնեկտորիալ ինտեգրացված մոդելը, որի նպատակն է՝ նպաստել միջին, ծանր և բազմակի հաշմանդամություն ունեցող երեխաների սոցիալական ինտեգրմանը, աջակցել նրանց ընտանիքներին և ստեղծել այնպիսի միջավայր, որտեղ երեխաները կարող են խաղալ և հաղորդակցվել իրենց հասակակիցների հետ՝ անկախ նրանց հաշմանդամության կարգավիճակից:

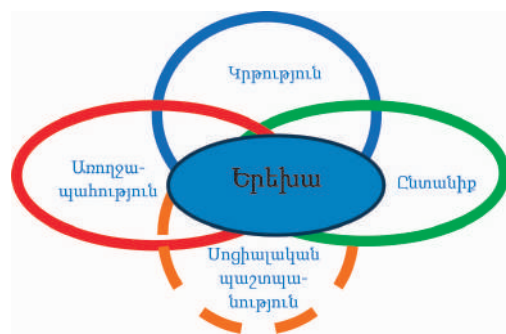
Մոդելը մշակվել է «Արաբկիր» բժշկական համալիր – Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտի և ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի Հայաստանի գրասենյակի կողմից՝ ԱՀԿ-ի համայնքային վերականգնողական բժշկության մատրիցայի հիման վրա (նկ. 5)՝ ծանր և բազմակի հաշմանդամություն ունեցող երեխաների ծնողների հետ միասին, և աջակցություն է ստացել ՀՀ ԱՍՀՆ-ի, ԱՆ-ի, ԿԳՆ-ի և Երևանի քաղաքապետարանի կողմից:



Նկար 5: ԱՀԿ-ի Համայնքային վերականգնման մարտիքս Հղում՝ <https://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/>

Ծրագիրը կոչ է արել ամրապնդել համագործակցությունը առողջապահության, կրթության, սոցիալական ծառայությունների և ընտանիքի միջև՝ ելնելով երեխայի շահերից: Մոդելը ներդրվել է Երևանի Մալաթիա-Սեբաստիա վարչական շրջանում և ներառում է վարչական շրջանի պոլիկլինիկան, տարածքային սոցիալական պաշտպանության ծառայությունները և համայնքային մանկապարտեզը:

Տարածքային պոլիկլինիկաների անձնակազմը և համայնքային սոցիալական աշխատակիցները վերապատրաստում են անցել վաղ հայտնաբերման և ուղղորդման վերաբերյալ: Տարածաշրջանային սոցիալական աշխատակիցները ակտիվորեն մասնակցել են հաշմանդամություն և զարգացման խնդիրներ ունեցող երեխաների հայտնաբերմանը, դեպքերի կառավարմանն և ուղղորդմանը: Վերականգնողական ծառայություններ են ստեղծվել տարածաշրջանային պոլիկլինիկայում՝ աջակցելու վաղ միջամտությանը, հետագա հաշմանդամության նվազեցմանը և կանխարգելմանը: Պոլիկլինիկայի մանկաբույժ-վերականգնողաբանը մատուցում է ծառայություններ ամբողջ վարչական շրջանին և անհրաժեշտության դեպքում հետևում է մանկապարտեզում ծանր և բազմակի հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին: Համայնքային ներառական մանկապարտեզը մասնակիորեն վերանորոգվել է և ֆիզիկապես հարմարեցվել է պահանջներին՝ ապահովելու վաղ կրթություն, խնամք և անհրաժեշտ ծառայություններ, ինչպիսիք են ֆիզիոթերապիա, էրգոթերապիա, լոգոպեդի և հոգեբանի ծառայությունները՝ միջին, ծանր և բազմակի հաշմանդամություն կամ զարգացման խնդիրներ ունեցող 3-6 տարեկան երեխաների համար:



Նկար 6: Բոլոր ոլորտները համագործակցում են երեխայի շուրջ

Նախադպրոցական միջավայրից դեպի դպրոց հաշմանդամություն ունեցող երեխաների սահուն անցումն ապահովելու համար՝ ստեղծվել է համագործակցություն մերձակա դպրոցների հետ: Այն ներառում է երկկողմանի այցելություններ, հանդիպումներ երեխաների, ծնողների և դպրոցական անձնակազմի հետ:

Նորածնային սկրինինգներ

2005 թվականից Հայաստանը գործընկերների և հովանավորների հետ համագործակցությամբ (Յյուրիխի մանկական հիվանդանոց, Ճապոնիայի կառավարություն, «Ջինիշյան» հիշատակի հիմնադրամ, «Հայկական ակնաբուժության նախագիծ» և այլն) սկսել է նեոնատալ սկրինինգի նախագծի իրագործումը: Ներկայումս ծննդատներն ապահովվում են 5 նորածնային սկրինինգային հետազոտությունների իրագործումը՝ բնածին հիպոթիրեոզ, ֆենիլկետոնուրիա, լսողության, անհասության ռետինոպաթիա, կոնքազդրային հոդի բնածին հոդախախտ:

2005 թ.-ից մինչև 2018 թ. ավարտը ընդհանուր առմամբ 429,229 երեխաներ հետազոտվել են բնածին հիպոթիրեոզի ուղղությամբ, որի արդյունքում 142 երեխաների մոտ հայտնաբերվել է հիվանդությունը: Ախտորոշումը հաստատվել է լրացուցիչ հետազոտություններով, որոնք կատարվել են ներկայիս միջազգային ուղեցույցներին համապատասխան: Բնածին հիպոթիրեոզի տարածվածության ցուցանիշը մոտավորապես 1:3000 է, որը համապատասխանում է միջազգային տվյալներին: Ներկայումս բնածին հիպոթիրեոզի ուղղությամբ սկրինինգն իրականացվում է երկրի բոլոր ծննդատներում:

Ներկայումս ՖԿՈՒ-ի սկրինինգը նույնպես իրականացվում է բացառապես բոլոր ծննդոգնության հաստատություններում: 2008 - 2018 թթ. ընդհանուր առմամբ իրականացվել է 311,089 հետազոտություն և հայտնաբերվել է ՖԿՈՒ-ի տարբեր տեսակներով 50 երեխա (տարածվածության ցուցանիշը՝ 1: 6000): Պետությունը ծծկեր հասակի բոլոր երեխաներին ապահովում է հատուկ սննդով, սակայն ավագ հիվանդների սննդի ապահովումը խնդրահարույց է:

2008 թվականից սկսած նորածնային լսողական սկրինինգներն աստիճանաբար ընդլայնվում են երկրի բոլոր մարզերում: Ներկայումս նորածնային սկրինինգ իրականացվում է Հայաստանի բոլոր մարզերում և Երևանի 3 խոշոր ծննդատներում: Ծածկույթը կազմում է ընդհանուր բնակչության մոտ 60% -ը: Հայտնաբեր-

վել է մոտ 200 երեխա (տարածվածության ցուցանիշը՝ 1: 800): Լսողական խանգարումների մասնագիտացված մանկական ազգային կենտրոնը հիմնադրվել է «Արաբկիր» ԲՀ-ԵԴԱԻ-ում, որտեղ երեխաները ստացել են համապարփակ բուժում և խնամք:

2010թ.-ին Հայաստանի որոշ ծննդատներում ներդրվել է կոնքազդրային հոդի դիսպլազիայի ուլտրաձայնային հետազոտության ծրագիր: Ծրագրի ընդգրկման տարածքը դեռևս սահմանափակ է:

Հայաստանում «Հայկական ակնաբուժության նախագիծ» հիմնադրամի կողմից իրագործված ծրագրի շրջանակում 2010 թվականից ի վեր իրականացվում է սկրինինգ անհասության ռետինոպաթիայի հայտնաբերման ուղղությամբ: Նորածինները անցնում են սկրինինգ, եթե նրանք ծնվել են վաղաժամ՝ 32 շաբաթից շուտ, և քաշը կազմում է 1500 գ-ից ցածր: Ընդհանուր առմամբ, 2008 թ.-ից 3133 դեպքեր են հետազոտվել, որոնց արդյունքում 27 երեխա ստացել է լազերային և 28 այլ տեսակի միջամտություններ: Համապատասխան հսկողության և բուժման սխեման մշակվել է ժամանակակից ապացուցված մոտեցումների համաձայն: Անհասության ռետինոպաթիայի տարածման ցուցանիշը 1500 գ-ից ցածր քաշով ծնված երեխաների խմբում կազմում է 1:50 հարաբերակցություն: Այս տվյալները նույնպես համապատասխանում են միջազգային վիճակագրությանը:

Մասնագիտացված վերականգնում թիրախային խմբերի համար

Հայաստանում կան մի քանի հատուկ դպրոցներ, ինչպիսիք են շարժողական, տեսողական, լսողական և մտավոր խանգարումներով երեխաների համար դպրոցները, որոնք մատուցում են մասնագիտացված ծառայություններ: Դրանք ֆինանսավորվում են ԿԳՆ կողմից: Զարգացման խանգարումներ ունեցող երեխաներն ուղեգրվում են այնտեղ մանկավարժական հոգեբանական գնահատման եզրակացության հիման վրա²⁹:

Ծանր տեսողական խնդիրներ ունեցող երեխաները հաճախում են տեսողության խնդիրներ ունեցող երեխաների հատուկ դպրոց: Դպրոցներն ունեն հատուկ սարքավորումներ և համապատասխան անձնակազմ (տիֆլոմանկավարժներ):

Լսողական խնդիրներ ունեցող երեխաներն

²⁹ Հատուկ դպրոցների մի մասը ներկայումս փակման ընթացքում են:

օգտվում են հատուկ սուրդոլոգիական ծառայությունից և ստանում անվճար լսողական սարքեր: Նրանք նույնպես օգտվում են սուրդոմանկավարժական ծառայություններից: Որոշ երեխաների համար կատարվել է կոխլեար իմպլանտացիա. դոնորների և պետության աջակցությամբ այդ երեխաների թիվը աճում է: Լրիվ խուլ և խորը ծանրալսությամբ տառապող երեխաները հաճախում են լսողական խնդիրներ ունեցող երեխաների համար հատուկ դպրոց, միջին աստիճանի ծանրալսության դեպքերում երեխաները հաճախում են ներառական դպրոց:

Թիրախային հատուկ խմբերի համար վերականգնման կարիքների մասին ճշգրիտ տվյալներ չկան: Ըստ հաշմանդամության գնահատման ընթացիկ գործընթացի՝ հիմնվելով բժշկական ախտորոշման վրա, որպես «հաշմանդամություն ունեցող երեխաներ» հավաստագրված երեխաների ծանրության կարգավիճակը, ֆունկցիոնալությունը, ինչպես նաև առանձնահատուկ կարիքները չեն գրանցվում, բացառությամբ որոշ սահմանափակ օժանդակ սարքերի (օր.՝ անվասայլակներ, լսողական սարքեր, քայլակներ և այլն) տրամադրված ԱՍՀՆ-ի կողմից: Ներկայումս ներառական կրթության տանող բարեփոխումների ճանապարհին հատուկ դպրոցներում բոլոր երեխաները կգնահատվեն ըստ իրենց կարիքների՝ մանկավարժահոգեբանական աջակցության կենտրոնների կողմից:

Վերականգնողական ծառայությունների որակը

Վերականգնողական ծառայությունների մատուցման որակի մասին տեղեկատվությունը հասանելի չէ, քանի որ համակարգում բացակայում են երեխաների վերականգնման ազգային ստանդարտները և կլինիկական ուղեցույցները, խնամքի մոդելները, չափորոշիչները և արձանագրությունները, որոնք խրախուսում են արդյունավետ, գիտականորեն հիմնավորված վերականգնողական ծառայությունների մատուցումը:

Ծառայությունների մատուցման որակի մոնիթորինգի մեխանիզմները, ինչպիսիք են որակի ապահովման գործուն ծրագրերը, ներքին աուդիտը և ծառայություններից օգտվողների կարծիքի կանոնավոր վերլուծությունը, բացակայում են:

Ուղեգրման համակարգը

Միջոլորտային համագործակցությունը շատ թույլ է: Ուղեգրման գործընթացները, խնամքի ուղիները, դեպքերի միասնական կառավարումը և համակարգումը հիմնականում իրակա-

նացվում են տարբեր ծրագրերի շրջանակում: Ուղեգրման մեխանիզմի որոշ կանոնակարգեր մշակված են, սակայն բարելավման կարիք ունեն:

Ուղեգրման ցուցանիշների վրա ազդող այլ գործոնները ներառում են վերականգնողական ծառայությունների հասանելիությունը (մարզերում, գյուղական վայրերում և փոքր համայնքներում առանձնահատուկ մարտահրավերներով), թե արդյոք ուղեգրող ծառայությունը հանրային է կամ մասնավոր, ծառայությունների համընկնումը, անհատի հիվանդության հետ կապված խնդիրները, հիվանդների սոցիալական և տնտեսական վիճակը և անձնակազմի վերաբերմունքը վերականգնման նկատմամբ:

Առաջնային մակարդակում վաղ հայտնաբերման գործընթացի արդյունքը միշտ չէ, որ գոհացնող է: Ընտանեկան բժիշկների և առաջնային խնամք իրականացնող բուժաշխատողների շրջանում ոչ ճիշտ ախտորոշման և ուշացած ուղեգրման հարցերը խոշոր խոչընդոտ են հանդիսանում: Դիտարկումները ցույց են տալիս, որ շատ դեպքերում առողջության առաջնային պահպանման համակարգում բուժաշխատողների կողմից իրականացրած Այրետոնի սկրինինգները ոչ պատշաճ են և լրացված ձևաթղթերը՝ ոչ լիարժեք: Ուստի՝ երեխաների զարգացման կարգավիճակը չի գնահատվում և արձանագրվում պատշաճ կերպով, ուստի և վաղ չի հայտնաբերվում: Կային դեպքեր, երբ բուժաշխատողները չունեին իրենց հսկողության տակ գտնվող երեխաների վերականգնման կարիքների մասին բավարար գիտելիքներ, նույնիսկ այնպիսի դեպքերի, ինչպիսիք են Դաունի համախտանիշը կամ աուտիզմը, որի համար ժամանակին միջամտությունը պետք է լինի ակնհայտ: Պատասխանատու առողջապահական աշխատողների հետ հանդիպումների ժամանակ բացահայտվել է թերացումների որոշակի հնարավոր պատճառներ, ինչպիսիք են ծանրաբեռնվածությունը, ժամանակի պակասը, կենտրոնացումն ավելի ակնհայտ խնդիրների վրա, ինչպիսիք են սուր շնչառական վարակները:

Երկրորդ և երրորդ մակարդակներում գրեթե բոլոր վերականգնողական հաստատություններում կան հերթեր՝ սահմանափակ ռեսուրսների և անձնակազմի պակասի պատճառով:

Ընդհանուր առմամբ՝ մասնագետների և ֆինանսավորման պակասի պատճառով, Հայաստանի որոշ մարզերում ծառայությունների մատչելիությունը նշանակալի դժվարություններ է առաջացնում թիրախային խմբերի երեխաների խնամքի համար:

2.5 Մարդկային ռեսուրսները՝ վերականգնողական բժշկության համար

Մարդկային ռեսուրսներ՝ վերականգնողական բժշկության համար

Առողջապահական համակարգերում առկա վերականգնողական ծառայությունները մատուցվում են վերականգնողական մասնագետների՝ ֆիզիոթերապիստների, օկուպացիոն թերապիստների, լոգոպեդների, օրթոպեդիկ և պրոթեզային տեխնիկների կողմից: Վերականգնողական միջամտությունները կարող են տրամադրվել նաև հոգեբանների, սոցիալական աշխատողների, աուդիոլոգների և համայնքային վերականգնողական աշխատողների կողմից: Ընգրկված լինելով առողջության առաջնային պահպանման համակարգի կազմում՝ վերականգնողական ծառայությունները կարող են տրամադրվել ընդհանուր պրակտիկայի/ընտանեկան բժշկների, առաջնային խնամքի բուժքույրերի կամ համայնքային առողջապահական աշխատողների կողմից:

Առողջության առաջնային պահպանման համակարգում աշխատում են լոգոպեդներ ու հոգեբաններ, ովքեր մատուցում են վերականգնողական ծառայություններ որոշակի խնդիրներ ունեցող երեխաներին: Ավելի մասնագիտացված մակարդակներում վերականգնողական խնամքի մասնագետներից կազմված թիմը բաղկացած է մասնավորապես մանկաբույժ-վերակազնողաբանից (ֆիզիկական բժշկության և վերականգնման բժիշկ), ֆիզիոթերապիստներից (կինեզոթերապիստներ), էրգոթերապիստներից, լոգոպեդներից, հոգեբաններից, հատուկ մանկավարժներից, որոշ դեպքերում աուդիոլոգներից, պրոթեզիստներից ու օրթեզիստներից: Կան նեղ մասնագետներ, ինչպիսիք են սուրդոմանկավարժները և տիֆլոմանկավարժները, ովքեր աշխատում են հատուկ դպրոցներում որոշակի՝ ծանր աստիճանի հաշմանդամություն ունեցող երեխաների հետ: Պրոթեզիստներն ու օրթեզիստները հասանելի են միայն Երևանում. նրանք աշխատում են պետության կողմից լիզենզավորված մասնավոր հաստատություններում:

2.6 Վերականգնման տեխնիկական միջոցներ և օժանդակ սարքեր

Օժանդակող տեխնոլոգիա

Օժանդակող տեխնոլոգիան «հատուկ նախագծված և արտադրված կամ առհասարակ հասանելի ցանկացած արտադրանք է (ներառյալ հատուկ սարքերը, սարքավորումները, գործիքները և ծրագրերը), որի առաջնային նպատակն է պահպանել կամ բարելավել անհատի ֆունկցիոնալությունը և անկախությունը և դրանով նպաստել բարեկեցությանը»:

Օժանդակող տեխնոլոգիան (օրինակ՝ քայլակները, անվասայլակները, հենաշարժիչ համակարգի խնդիրներ ունեցող անձանց համար պրոթեզաօրթոպեդիկ սարքերը, սպիտակ ձեռնափայտը և համակարգչային ծրագրերը՝ էկրանի խոշորացման համար կամ կարդալու հնարավորությամբ՝ տեսողության խանգարումներ ունեցող անձանց համար, լսողական սարքերը և կոխլեար իմպլանտները՝ լսողության խանգարումներ ունեցող անձանց համար, խոսքի սինթեզատորները և խոսակցական խանգարումներ ունեցող անձանց հաղորդակցման խցիկները, ինչպես նաև խորհրդանշական պատկերները և ճանաչողական խանգարումներ ունեցող անձանց համար օրացույցի տուփերը) կամ ժամանակի կառավարման պարզ միջոցները պետք է լինեն վերականգնման կարևոր բաղադրիչ³⁰: Մի շարք հիմնական ապրանքներ կարող են տրամադրվել նվազագույն վերապատրաստման միջոցով և կարող են զգալի ազդեցություն ունենալ մարդու ֆունկցիոնալության վրա: Այդպիսի արտադրանքները պահանջված են մեծ թվով մարդկանց կողմից և պետք է լինեն մատչելի և հասանելի մարդու բնակության վայրի մոտակայքում:

Գնահատված է, որ աշխարհում միայն 10-ից մեկ հոգին կարող է ունենալ իրեն անհրաժեշտ օժանդակող սարքավորում³¹:

Հայաստանում՝ որպես հիմնական նպաստի փաթեթի մի մաս, հավաստագրված հաշ-

³⁰ Խասնաբխ Յ., Միրզա Ջ., Մակլաջան Մ. Դարպասի բացումը հաշմանդամություն ունեցող անձանց ինտեգրման համար: Lancet: 2015; 386: 2229-2230, հասանելի է՝ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01093-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01093-4/fulltext), բեռնված՝ 28 փետրվարի 2019

³¹ Առաջնային աջակցող ապրանքների ցուցակ. Բարելավել հասանելիությունը օժանդակ տեխնոլոգիաներին բոլորի համար, ամենուրեք: Ժնև. ԱՀԿ: 2016. Հասանելի է՝ https://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/EMP-PHI_2016.01/en/, բեռնված 27 փետրվարի 2019

մանդամություն ունեցող երեխաները պետք է ստանան օժանդակ սարքեր, ինչպիսիք են քայլակները, անվասայլակները, լսողական սարքերը և այլն՝ նախատեսված ԱՍՀՆ-ի բյուջեով: Այնուամենայնիվ, որոշ մանկական սարքեր հասանելի չեն (մանկական անվասայլակ, քայլակ, կանգնակ), և ծնողները այն ձեռք են բերում իրենց անձնական միջոցներով կամ ստանում մարդասիրական կազմակերպություններից: Հատկապես մեծ խնդիր է թանկարժեք բարձր տեխնոլոգիական միջոցների և ծրագրերի, այդ թվում աուգմենտատիվ և այլընտրանքային հաղորդակցման միջոցների հասանելիության հետ: Որոշ օժանդակ սարքեր տեղական արտադրանքներ են (օրինակ՝ օրթեզներն ու պրոթեզները): Օժանդակ սարքերի տրամադրման ստանդարտները սահմանում է ԱՍՀՆ-ը, որի կողմից ապահովված օժանդակող սարքերի ցանկը կցված է հավելված 2-ում: ԱՍՀՆ-ի կողմից օժանդակ սարքերի տրամադրումն իրականացվում է գնահատման և անհատական վերականգնողական պլանի հիման վրա՝ մշակված ըստ հաշմանդամություն ունեցող երեխայի կարգավիճակի: Սկսած 2017 թ.-ից ԱՍՀՆ-ն տրամադրում է որոշ օժանդակ սարքավորումներ որոշակի ֆինանսական ռեսուրսներով՝ վկայագրերով, ինչպես օրինակ՝ տրամադրվող անվասայլակները ու լսողական սարքերը: Անձը պարտավոր չէ վերցնել վկայագրով սահմանված հատկություններով սարքը, սակայն կարող է ընտրել նույն սարքը այլ հատկություններով և անհրաժեշտության դեպքում վճարել լրացուցիչ ծախսերը:

0-7 տարիքային խմբերի երեխաների և հավաստագրված հաշմանդամություն ունեցող երեխաների համար օրթոպեդիկ սարքերը՝ օրթեզները, սպլինթները և այլ պարագաները տրամադրվում են ԱՆ-ի կողմից, մինչդեռ մյուս բոլոր երեխաների համար դա վճարովի ծառայություն է:

Օժանդակող տեխնոլոգիայի հասանելիությունը սովորաբար բացակայում է առաջնային խնամքի մեջ և, եթե հասանելի է՝ հարմարավետությունն ու որակը հաճախ մարտահրավեր են դառնում: Բացի դրանից, բացակայում է օգտվողների կարծիքի հավաքագրման մեխանիզմ, և նրանցից ոմանք դժգոհ են տրամադրված սարքերի որակից:

2.7 Առողջապահական տեղեկատվական համակարգ

Հիմնական խնդիրներից մեկն այն է, որ երկրում պակասում են վերականգնման վերաբերյալ հավաստի և հուսալի տվյալները: Առողջապահական տեղեկատվական համակարգը հավաքագրում է միայն յուրաքանչյուր դեպքի հաշվարկի հիման վրա ծառայություն ստացած հիվանդների վերաբերյալ սահմանափակ տվյալներ: ՀԿ-ների, վերականգնողական ծառայություններ մատուցող սոցիալական հաստատությունների տվյալները նույնպես ընդգրկված չեն տեղեկատվական համակարգում: Հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին ծառայություններ մատուցող ՀԿ-ները ամսական հաշվետվություններ են ներկայացնում ԱՍՀՆ-ին միայն այն դեպքում, եթե ստանում են ֆինանսավորում պետական բյուջեից, բայց հաշվետվության ձևաթղթերը բարելավման կարիք ունեն՝ մատուցվող ծառայությունների որակի վերահսկման նպատակով:

Հաշմանդամություն ունեցող սպասարկվող երեխաների թվաքանակի վերաբերյալ տեղեկատվությունը շատ սահմանափակ է և չի արտացոլում իրական պատկերը: Երեխայի զարգացման և վերականգնողական կենտրոնների կողմից ԱՆ-ին՝ վերականգնողական ծառայությունների վերաբերյալ ուղարկված տվյալները հաշվարկվում են մատուցված ծառայությունների թվի հիման վրա և չեն արտացոլում երեխաների իրական թիվը, ինչի արդյունքում նույն երեխան կարող է հաշվարկվել ավելի քան մեկ անգամ:

Բացի այդ, նախարարությունների միջև տվյալների փոխանակման մեխանիզմ գոյություն չունի, և ուստի հնարավոր չէ ստուգել ծառայություններից օգտվող հաշմանդամություն ունեցող երեխաների թվաքանակը, և հետևաբար նաև հնարավոր չէ ստուգել, թե արդյոք միևնույն երեխան ստանում է նման ծառայություններ երկու ոլորտներից, կամ հայտնաբերել այն երեխաներին, ովքեր ընդհանրապես որևէ ծառայություն չեն ստանում:

Այսպիսով, քաղաքականության մշակողները չունեն անհրաժեշտ լիարժեք տեղեկատվություն բնակչության կարիքները բացահայտելու և ռեսուրսները արդյունավետ կերպով տեղաբաշխելու համար: Պլանավորողները չունեն անհրաժեշտ տեղեկատվություն՝ ավելի արդյունավետ վերականգնողական ծառայություններ մշակելու համար: Ղեկավարները չունեն անհրաժեշտ տեղեկատվություն՝ վերա-

հսկելու և գնահատելու այդ ծառայությունները, և առաջնային խնամքի մասնագետները (որտեղ վերականգնողական ծառայությունները հասանելի չեն) չունեն անհրաժեշտ տեղեկատվություն բարձրորակ և հիմնավորված խնամքի ապահովման համար:

Բացի այդ, անհրաժեշտ է համակարգված տեղեկատվական շտեմարան՝ վերականգնողական ծառայությունների մատուցման և ֆինանսավորման բոլոր ասպեկտների վերաբերյալ: Սա ներառում է վերականգնողական բժշկության մեջ կատարվող ներդրումները (օրինակ՝ քաղաքականությունները, ֆինանսավորումը, մարդկային ռեսուրսները և ենթակառուցվածքը), վերականգնողական բժշկությունից ստացված ձեռքբերումները (օրինակ՝ ծառայության մատչելիությունը և որակը) և վերականգնողական բժշկության արդյունքները (օրինակ՝ ծառայությունների ծածկույթը և կիրառումը):

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

3.1 Վերականգնողական բժշկության կարիքները

Պաշտոնապես ճանաչված և լիցենզավորված վերականգնողական կենտրոնները տրամադրում են խնամք երեխաների համեմատաբար փոքր թվաքանակի, ինչը շատ ավելի քիչ է, քան հավաստագրված հաշմանդամություն, ինչպես նաև զարգացման խնդիրներ ունեցող երեխաների թիվը, որոնք ճիշտ ժամանակին վերականգնման և բուժման կարիք ունեն՝ կանխելու հետագա բարդությունները:

Համապատասխան լիցենզավորված և գործող հաստատությունների կողմից զարգացման խնդիրներ ու հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին որակյալ բուժօգնություն ու վերականգնողական ծառայություններ մատուցելու իրական կարիքների ու կարողությունների միջև առկա է մեծ բաց:

Գործողությունների ոլորտները.

- Երեխաների համար համապարփակ բուժման և վերականգնողական ծառայությունների և ծրագրերի կազմակերպում, հզորացում և ընդլայնում՝ հատկապես առողջապահական, կրթական և սոցիալական ծառայությունների ոլորտներում, այնպես, որ այդ ծառայությունները և ծրագրերը սկսվեն հնարավորինս վաղ փուլում, հիմնված լինեն անհատական կարիքների և ուժեղ կողմերի բազմամասնագիտական գնահատման վրա և լրացման միմյանց:

- Համայնքային ինտեգրված առողջապահական, կրթական և սոցիալական ծառայությունների խթանում՝ այդ ծառայությունները ընտանիքներին հնարավորինս մոտ, հասանելի, անվճար և մատչելի դարձնելու նպատակով:
- Քաղաքացիական հասարակության մոբիլիզացում՝ երեխաների համար վերականգնողական ծառայությունների պաշտպանության նպատակով՝ խթանելով այն քարոզարշավները, որոնք ընդգծում են վերականգնման համար անհատական, սոցիալական և տնտեսական ազդեցությունը, որպեսզի վերականգնման անհրաժեշտությունը արձագանք ստանա որոշումներ կայացնողների և ֆինանսավորողների կողմից:

3.2 Քաղաքականությունը, առաջնորդումը և կառավարումը

Հայաստանում ծառայությունների մատուցումը լուրջ փոփոխությունների է ենթարկվել: Ի տարբերություն նախկին «խորհրդային» գործելաոճի, ուշադրությունը կենտրոնացվել է արտահիվանդանոցային միջամտությունների վրա, ինչը հանգեցրել է անհարկի հոսպիտալացման նվազեցմանը և բարելավել է ֆինանսական ռեսուրսների սղությունը: Ամբուլատոր ծառայությունների երկարաձգումը պետք է շարունակվի, հատկապես նոր ծառայությունների ստեղծման առումով:

Հարցված լիցենզավորված կենտրոններում հաճախորդների թվաքանակի անհամապատասխանությունը և բուժօգնության ու վերականգնողական ծառայությունների կարիք ունեցող հերթագրված երեխաների սպասման ցուցակներն առաջ են բերում այնպիսի ռիսկեր, որոնց պատճառով երեխաների զգալի մասը խնամք է ստանում ոչ լիցենզավորված կամ մասնավոր հաստատություններում (որը Հայաստանում սովորական պրակտիկա է), եթե ընտանիքը կարող է իրեն թույլ տալ այդպիսի ծախսեր: Դա նաև վտանգում է ծառայությունների շարունակականությունը: Այդ դեպքում ծառայությունների որակը և հաճախորդի բավարարվածությունը չեն վերահսկվում, և հասանելի չէ որևէ տեղեկատվություն, այն մասին, թե արդյոք տրամադրված ծառայությունները համապարփակ են և համապատասխանում են պետական չափորոշիչներին և ինչ ազդեցություն ունեն երեխայի հետագա զարգացման և գործունեության վրա:

Գործողությունների ոլորտները.

- Ամրապնդել քաղաքական աջակցությունը՝ ստեղծելու երեխաների համար համալիր/համապարփակ վերականգնողական ծառայություններ ազգային և մարզային մակարդակներում:
- Մշակել և իրականացնել վերականգնողական բժշկության ռազմավարական նախագծեր և իրականացնել մոնիթորինգ (որը կարող է հիմնվել ԱՀԿ-ի վերականգնողական բժշկության աջակցման փաթեթի և այլ համապատասխան գործիքների վրա):
- Բարելավել համագործակցությունը և համակարգումը գործընկեր՝ առողջապահական, կրթական և սոցիալական պաշտպանության ոլորտների միջև, ինչպես նաև բարելավել ուղեգրման համակարգը և ստանդարտացնել ուղղորդման մեխանիզմները՝ նպաստելու արդյունավետ երեխայակենտրոն վերականգնողական ծառայությունների մատուցմանը և հեշտացնել բազմակի ծառայությունների և երկարադյուն խնամքի կարիք ունեցող երեխաների շարունակական խնամքը:
- Ստեղծել և փորձարկել ծառայությունների մատուցման արդյունավետ մոդելներ, ներառյալ առողջապահական համակարգի տարբեր մակարդակներում և ոլորտների միջև (առողջապահություն, կրթություն և սոցիալական պաշտպանություն) ուղեգրման համակարգերը:
- Ապահովել, որ մանկական վերականգնողական բժշկությունն ինտեգրված լինի առողջապահության պլանավորման և ֆինանսավորման գործընթացների մեջ, ինչպես նաև ներդրվի հիմնական խնամքի փաթեթներում՝ «համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի» հասնելու պետությունների ջանքերին համապատասխան:
- Համայնքի միջավայրին համապատասխան՝ մշակել «տարիքի, սեռի և հաշմանդամության նկատմամբ զգայուն վերականգնողական միջամտությունների» հիմնական փաթեթ երեխաների համար:
- Ուժեղացնել վաղ հայտնաբերման և միջամտության ծառայությունների մատուցումը՝ երեխաների շրջանում հետագա հաշմանդամությունը կանխարգելելու և նվազագույնի հասցնելու նպատակով:
- Ներդնել վերականգնողական ծառայությունները՝ համայնքներում և հիվանդանոցներում առկա ծառայությունների շրջանակի մեջ:
- Իրականացնել ֆինանսական և գնումների քաղաքականություն՝ ապահովելու, որ բարձրորակ օժանդակ սարքերը (ինչպես նաև ուսուցումը՝ դրանց պատշաճ կիրառման համար) հասանելի լինի բոլոր նրանց համար, ովքեր դրանց կարիքն ունեն:
- Ապահովել, որ առողջության ապահովագրությունը (առկայության պարագայում) ներառի վերականգնողական միջամտություններ:
- Բարելավել կրթության և սերտիֆիկացիայի համակարգերը՝ վերականգնողական բժշկության բոլոր մասնագետների համար:

- Վերանայել հաշմանդամության կանխարգելման և կառավարման ռազմավարությունը:
- Խթանել ԱՀԿ-ի ՖՄԴ-ի ընդունումը՝ որպես երեխայի համապարփակ գնահատման և հարակից ոլորտների (առողջապահություն, կրթություն և սոցիալական պաշտպանություն) միջև անհատական կարիքների վրա հիմնված ծառայությունների վերաբերյալ տվյալների փոխանակման «համընդհանուր լեզու»:
- Խթանել ստանդարտացված գործիքների ներդրումը՝ օբյեկտիվորեն գնահատելու երեխայի զարգացման և գործունեության տարբեր բնագավառները և մշակել միջամտության պլանը: Որոշ ստանդարտացված գործիքների շարքում են՝ GMFCS (Խոշոր շարժումների դասակարգման համակարգ), MACS (Ձեռքի կարողությունների դասակարգման համակարգ), CFCS (Հաղորդակցման կարողությունների դասակարգման համակարգ), և EDACS (Ուրելու և խմելու կարողությունների դասակարգման համակարգ):
- Որակյալ, ինտեգրված և համապարփակ մանկական վերականգնողական ծառայությունների մատուցման նպատակով՝ ստեղծել որակի ապահովման մեխանիզմ՝ ԿԳՆ-ի, ԱՍՀՆ-ի և տեղական ինքնակառավարման մարմինների հետ համագործակցությամբ:
- Համախմբել ծնողներին՝ դառնալու գործընկերներ, մասնակի և ավելորդ ծառայությունների կրճատման նպատակով: Օրինակ՝ նվազեցնել կարիքների զուգահեռ գնահատումն ու միևնույն խնդրի վրա կենտրոնանալու պրակտիկան:

3.3 Վերականգնողական բուժման ֆինանսավորումը

Մինչ օրս՝ «սովորական» վերականգնողական ծառայությունների ֆինանսավորման առավել տարածված աղբյուրը Կառավարությունն է: Դա կարելի էր ակնկալել, քանի որ մեծ թվով հաշմանդամություն ու զարգացման խնդիրներ ունեցող երեխաներ պատկանում են սոցիալապես անապահով ընտանիքներին: Ծառայությունների ոչ բավարար ֆինանսավորումը առաջ է բերում ծառայությունների մատուցման սահմանափակումներ, սպասման հերթեր, և մյուս կողմից՝ ցածր աշխատավարձեր և ազդում է վերականգնողական անձնակազմի մոտիվացման վրա: Գրանցված և ակնկալվող հիվանդների թվաքանակի միջև առկա անհամապատասխանությունը ցույց է տալիս, որ շատ ծնողներ օգտվում են վճարովի և «մասնավոր» ծառայություններից՝ չնայած, որ այդ ծախսերն ազդում են ամբողջ ընտանիքի բարեկեցության վրա:

Գործողությունների շրջանակը.

- Վերլուծել պետական ռեսուրսները՝ մանկական վերականգնողական ծառայությունների ֆինանսավորման համար, ինչպես նաև ապահովել, որ վերականգնողական բժշկությունը ներգրավված լինի պլանավորման և ֆինանսավորման գործընթացների մեջ (առողջապահական, սոցիալական պաշտպանության և կրթության ոլորտների միջոցով):
- Գնահատել ՀՀ-ների և մասնավոր հասարակությունների կողմից մատուցվող ծառայությունների որակը և նպաստել պետական ֆինանսավորմանը վերականգնողական ծառայությունների համար հավաստագրման ներդրման միջոցով:
- Բարձրացնել իրազեկվածությունը մեծաթիվ առողջական խնդիրների դեպքում վերականգնողական բժշկության կողմից ստեղծած արժեքի մասին՝ վերականգնողական միջամտությունների արդյունավետության և դրանց ծախսարդյունավետության վերաբերյալ տեղեկատվություն հավաքագրելու միջոցով:
- Ներգրավել տնտեսական հետազոտությունների և դրանց արդյունքների տարածման մեջ, ինչպես նաև հասարակությանը իրազեկել վերականգնողական բժշկության միջամտությունների ծախսարդյունավետության և ներդրման վերադարձի մասին:

3.4 Ենթակառուցվածքը և ծառայությունները

Հայաստանում մանկական համապարփակ և բազմակողմանի վերականգնողական ծառայությունները տրամադրվում են համեմատաբար փոքրաքանակ հաստատությունների կողմից, որոնք երկրում անհավասարաչափ աշխարհագրական բաշխվածություն ունեն: Ուստի, առաջնային անհրաժեշտություն է **բարելավել վերականգնողական խնամքի հասանելիությունը բոլոր երեխաների համար՝ ընդգրկելով գյուղական համայնքները:**

ԱՆ-ի կողմից լիցենզավորված և ԱՍՀՆ-ից ֆինանսական աջակցություն ստացած՝ բազմամասնագիտական մանկական վերականգնողական ծառայություններ մատուցող հաստատությունների թիվը զգալիորեն տարբերվում է փաստացի խնամքի ծառայություններ մատուցող կենտրոնների թվից:

ՀՀ ԱՆ կողմից հաստատված մանկական վերականգնողական ծառայությունների լիցենզիայի ստանդարտները, համաձայն ՀՀ Կառավարության N 1936-Ն որոշման (առ 05.12.2002 թ.), կապված են մանկական վերականգնողական բաժանմունքի հետ՝ որպես ստացիոնար և ոչ թե արտահիվանդանոցային ծառայություններ:

Գործողությունների շրջանակը.

- Խթանել լիցենզավորման ստանդարտների վերանայումը, ներառյալ հազեցվածությունը և աշխատակազմի համալրումը՝ գոյություն ունեցող կենտրոնների տարբեր բնույթներին համապատասխան (հիվանդանոցային, ամբուլատոր և ցերեկային խնամքի ծառայություններ, առողջարանային ծառայություններ):
- Խթանել լավ բաշխված համայնքային վերականգնողական ծառայությունները՝ հաշվի առնելով այնպիսի գործոններ, ինչպիսիք են աշխարհագրական դիրքը, տրանսպորտը, մշակութային և սոցիալական տեսակետն ու ժողովրդագրական տվյալները:

3.5 Մարդկային ռեսուրսներ

Առկա է անձնակազմի, հատկապես մանկաբույժ-վերականգնողաբանի, ֆիզիոթերապիստների և էրգոթերապիստների պակասություն: Հատկապես ոչ բժշկի որակավորում ունեցող վերականգնողական անձնակազմի համար չկա մասնագիտացման ինստիտուցիոնալիզացված և շարունակական մասնագիտական զարգացման հնարավորություն: Ուստի, պետք է ստեղծվի ընթացիկ վերապատրաստման և վերահսկման գործուն համակարգ: Բացի այդ, պետք է վերանայվեն մասնագիտությունների բնութագրերը, որպեսզի դրանք համապատասխանեն միջազգային չափանիշներով ընդունված սահմանումներին:

Գործողությունների շրջանակը.

- Մեծացնել վերականգնողական բժշկության ոլորտի կադրերի քանակն՝ ավելի զգալի ներդրումներ կատարելով կրթական ու վերապատրաստման ծրագրերում և համայնքում գործնական խթաններ ստեղծելու միջոցով: Օրինակ՝ ԲՈՒՀ-երում ներառել վերականգնողական բժշկության ծրագրերի համար կրթական ասպիրանտներ, միջազգային վերապատրաստման ծրագրերի հետ հիմնել ուսանողների փոխանակման ծրագրեր, ապահովել վերականգնողական բժշկության ոլորտի կադրերի համար մրցակցային աշխատավարձ:
- Օգտագործել նորարարական աշխատուժի մոդելը, ավելի արդյունավետորեն փոխանցելու բնակչության պահանջներին և երկրի ռեսուրսներին համապատասխան վերականգնողական բժշկության գիտելիքները աշխատուժին: Օրինակ՝ վերագնահատել ավանդական ուսումնական ծրագրերը և ուսումնասիրել նոր կադրեր ձեռք բերելու տարբերակները, ինչպիսիք են վերականգնողաբանի օգնականները, վերագնահատել կրկնակի մասնագիտությունները:
- Բարձրացնել համայնքային առողջապահական ծառայություններ մատուցողների՝ մանկաբույժների և բուժաշխատողների կարողությունը վաղ հայտնաբերման և վաղ միջամտության վերաբերյալ՝ ընդգրկելով վերականգնողական բժշկությանը վերաբերող գիտելիքները վերջին-

ներիս վերապատրաստման և հավաստագրման գործընթացում՝ ըստ բնակչության կարիքների: Օրինակ՝ ապահովել, որ բուժաշխատողները կարողանան մատուցել առաջին մակարդակի վերականգնողական միջամտություններ պահանջող խիստ փարածված դեպքերի համար:

- Վերապատրաստել և մեծացնել համայնքային բուժաշխատողների կարողությունները, որպեսզի վերջիններս մատուցեն վերականգնողական միջամտություններ ուղեցույցների սահմաններում՝ փարածված դեպքերի համար:
- Օպերիմալացնել վերականգնողական աշխատուժի կադրավառնությունն ու պահպանումը՝ ներդրումներ կատարելով օժանդակող բնագավառներում, ինչպիսիք են վերահսկող կառույցները, մասնագիտական զարգացման հնարավորությունները և ակտիվ մասնագիտական ասոցիացիաները:
- Ստեղծել վերապատրաստման և հավաստագրման աշխատող հնարավորություններ վերականգնողական բժշկության մասնագետների համար:
- Ապահովել հաշմանդամություն ունեցող անձանց հետ աշխատող մասնագետների և աշխատակիցների վերապատրաստումը՝ երեխայի իրավունքների մասին ՄԱԿ-ի կոնվենցիայի և հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին կոնվենցիայի դրույթներին համաձայն՝ այդ իրավունքներով երաշխավորված պարզաձև աջակցություն և ծառայություններ տրամադրելու նպատակով:

3.6 Վերականգնման տեխնիկական միջոցներ

Օժանդակող տեխնոլոգիաների հանդեպ աճող հետաքրքրությունը, իրազեկվածությունն ու կիրառումը էական հնարավորություններ են տալիս բազմաթիվ քաղաքացիներին՝ դառնալու կամ շարունակելու լինել հասարակության լիարժեք, կարևոր անդամներ: Այնուամենայնիվ, կա **զգալի բացթողում օժանդակող տեխնոլոգիաների կարիքի, իրազեկման և տրամադրման միջև**, որը պայմանավորված է մի շարք սոցիալական, ժողովրդագրական և կառուցվածքային գործոններով:

Գործողությունների շրջանակը.

- Ստեղծել և հզորացնել առաջնորդման և քաղաքական աջակցության մեխանիզմներ՝ առողջության առաջնային պահպանման համակարգում օժանդակող տեխնոլոգիաների ապահովման համար՝ ներառելով առողջապահության ոլորտի ռազմավարական պլաններում և մոնիթորինգի շրջանակներում:
- Մեծացնել որակյալ օժանդակող տեխնոլոգիայի տրամադրման շրջանակը:
- Ներառել օժանդակ սարքերի տրամադրումը առողջապահության պլանավորման և ֆինանսավորման գործընթացներում, ինչպես նաև համընդհանուր առողջապահական ծածկույ-

թին հասնելու պետությունների ջանքերի մեջ՝ ընդգրկելով «առաջնային օժանդակող ապրանքների ցուցակը»: ԱՀԿ-ն և ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ը մշակել են առաջնային օժանդակ ապրանքների ցանկ երեխաների համար, որոնք կարող են ադապտացվել ազգային պահանջներին համապատասխան:

- Ապահովել գնումների գործընթացների շրջանակում բարձրորակ օժանդակող ապրանքների կանոնավոր տրամադրումը՝ համապատասխան այն միջավայրին, որտեղ դրանք մատակարարվում են:
- Առողջության առաջնային պահպանման համակարգում գործող անձնակազմին ապահովել անհրաժեշտ գիտելիքներով և հմտություններով՝ մի շարք հիմնական օժանդակող ապրանքների տրամադրման համար, ներառելով գնահատումը և ընտրությունը, տեղադրումը, օգտագործողների վերապատրաստումը և հսկողությունը, այդ թվում պահպանումը և վերանորոգումը:

3.7 Առողջապահական տեղեկատվական համակարգ

Անհրաժեշտ է ճշգրիտ տեղեկատվություն, որպեսզի քաղաքականություն մշակողները հայտնաբերեն բնակչության վերականգնողական կարիքները և ռեսուրսներն արդյունավետ կերպով հատկացնեն, պլանավորողներն ավելի արդյունավետ ծառայություններ մշակեն, ղեկավարները վերահսկեն և գնահատեն ծառայությունները, և մասնագետները մատուցեն բարձրորակ և ապացուցողական հիմքերով հիմնավորված ծառայություններ:

Գործողությունների շրջանակը.

- Խթանել ոլորտների միջև տվյալների կառավարումը և տեղեկատվության փոխանակումը:
- Ուժեղացնել վերականգնման տվյալների հավաքագրումն ու ապահովել տեղեկատվության ինտեգրումը տեղեկատվական կառավարման համակարգերում:
- Առողջապահական պլանավորման նպատակով՝ ապահովել վերականգնողական ծառայությունների մատուցման և ֆինանսավորման փարքեր ասպեկտների վերաբերյալ համակարգի մակարդակով տեղեկատվության հավաքագրումը և օգտագործումը՝ բնակչության կարիքների մասին տեղեկատվությանը զուգահեռ:
- Նախարարությունների վիճակագրական բաժիններին ապահովել տվյալների հավաքագրման, վերլուծման և օգտագործման համար անհրաժեշտ գիտելիքներով ու հմտություններով՝ քաղաքականության որոշումների կայացման համար:

Մանկական վերականգնողական բուժօգնություն տրամադրող հաստատության գնահատման ձևաթուղթ (2017թ.տվյալներով)		
		<i>Բոլոր պատասխանները նշել այսպես՝ լրացնել տեքստ կամ դնել “X” պատասխանի դիմաց</i>
1	Հաստատության իրավաբանական անվանումը	
2	Հասցե	
3	Լիցենզավորված ծառայության տեսակը	
4	Գործունեության սկիզբը / լիցենզավորման տարեթիվը (եթե տարբեր է)	
5	Հաստատության կարգավիճակը	
5.1	<i>Պեղական</i>	
5.2	<i>Մասնավոր</i>	
5.3	<i>ՀԿ / հիմնադրամ</i>	
5.4	<i>Միջազգային կազմակերպության մասնաճյուղ</i>	
5.5	<i>Այլ (ճշտել)</i>	
6	Մատուցվող ծառայությունների բնույթը	
6.1	<i>Հիվանդանոցային</i>	
6.2	<i>Արտահիվանդանոցային</i>	
7	Սպասարկվող տարածքը	
7.1	<i>Համայնք (անվանումը)</i>	
7.2	<i>Շրջան (անվանումը)</i>	
7.3	<i>Մարզ (անվանումը)</i>	
7.4	<i>Հանրապետություն</i>	
7.5	<i>Այլ / լրացուցիչ տեղեկատվություն</i>	
8	Սպասարկվող հիմնական տարիքային խմբերը (կարող է լինել մեկից ավելի պատասխան)	
8.1	<i>0 - 3</i>	
8.2	<i>3 - 6</i>	
8.3	<i>6 - 18</i>	
9	Պետպատվերով ֆինանսավորվող հիմնական խմբերը (կարող է լինել մեկից ավելի պատասխան)	
9.1	<i>Պետպատվերի ուղեգիր 0- 7</i>	
9.2	<i>Պետպատվեր սոց. / հատուկ խումբ</i>	
9.3	<i>Նախարարության միջնորդագիր</i>	
9.4	<i>Այլ՝ ճշտել</i>	
10	Ֆինանսավորման այլ աղբյուրներ (կարող է լինել մեկից ավելի պատասխան)	
10.1	<i>Մասնավոր, ծնողի կողմից</i>	
10.2	<i>Ապահովագրական</i>	
10.3	<i>Բարեգործական</i>	
11	Ֆիզիկական պայմաններ	

11.1	Ընդհանուր տարածք մ ²	
11.2	Մասնագիտական ծառայությունների սենյակների քանակը	
11.3	Վերջին վերանորոգման տարեթիվը	
12	Մասնագիտական սարքավորումներ և գործիքներ	
12.1	Առկա սարքավորումների ցանկ, ներկայացնել	
12.2	Անհրաժեշտ է համալրել, նշել առաջնահերթ անհրաժեշտ սարքավորումները	
13	Անձնակազմ՝ հաստիքների թիվը և ֆիզիկապես առկա մասնագետների թիվը	
13.1	Մանկաբույժ / բժիշկ վերականգնողաբան	
13.2	Ֆիզիկական թերապիստ / կինեզիստ	
13.3	Էրգոթերապիստ	
13.4	Լոգոպեդ	
13.5	Հոգեբան	
13.6	Հափուկ մանկավարժ	
13.7	Այլ/ նշել	
14	Անձնակազմի բազային կրթությունը և վեջին 5 տարվա հիմնական մասնագիտական վերապատրաստումները (անհրաժեշտության դեպքում ավելացնել մասնագետներին)	
14.1	Մանկաբույժ / բժիշկ վերականգնողաբան	
14.2	Ֆիզիկական թերապիստ / կինեզիստ	
14.3	Էրգոթերապիստ	
14.4	Լոգոպեդ	
14.5	Հոգեբան	
14.6	Հափուկ մանկավարժ	
14.7	Այլ մասնագետներ / նշել	
15	Պացիենտներ բուժում	
15.1	Պացիենտների խորհրդավորությունների քանակը	
15.2	Պացիենտների քանակը 2017 թ.	
15.3	Պացիենտների թիվը միջինը ամսական	
15.4	միջինը օրական	
15.5	Տարեկան պեդյապոլերով սպասարկված երեխաների թիվը	
15.6	Տարեկան վճարովի սպասարկված հիվանդների թիվը	
15.7	Հերթագրված հիվանդների թիվը (2017թ. դեկտեմբերի 30-ի դրությամբ)	
16.1	Կուրսի տևողությունը՝ այցերի թիվը (ֆիզիկական խնդիրներով հիվանդների համար)	
16.2	Կուրսի տևողությունը՝ այցերի թիվը (մտավոր խնդիրներով հիվանդների համար)	
16.3	Կուրսի տևողությունը՝ այցերի թիվը (այլ պրոֆիլի հիվանդների համար)	
17	Հաշվետվողականություն, կիրառվող ձևաթղթեր	
18	Էլեկտրոնային բազայի առկայություն	
19	Այլ կարևոր տեղեկատվություն, որը կօգնի հաստատության գործունեության լիարժեք գնահատմանը	
20	Առաջարկություններ՝ ծառայության բարելավման համար	

Պետության կողմից տրամադրվող օժանդակող միջոցների ցանկը**Պրոթեզաօրթոպեդիկ և վերականգնողական պարագաներ և դրանց նորոգում.**

- Պրոթեզներ, այդ թվում՝
- 1 Վերին և ստորին վերջույթի պրոթեզներ, այդ թվում՝
 - 1.1 Վերին վերջույթի պրոթեզներ
 - 1.1.1 Դաստակի կոսմետիկ պրոթեզ
 - 1.1.2 Նախաբազկի ձգողական պրոթեզ
 - 1.1.3 Բազկի ձգողական պրոթեզ
 - 1.1.4 Նախաբազկի կոսմետիկ պրոթեզ
 - 1.1.5 Բազկի կոսմետիկ պրոթեզ
 - 1.1.6 Բազկի միոպրոթեզ
 - 1.1.7 Նախաբազկի միոպրոթեզ
 - 1.1.8 Ուսի էկզարտիկ պրոթեզ
 - 1.2 Ստորին վերջույթի պրոթեզներ
 - 1.2.1 Թաթի պրոթեզ՝ ըստ Լիս Ֆրանկի
 - 1.2.2 Թաթի պրոթեզ՝ ըստ Շոպարի
 - 1.2.3 Սրունքի էնդոսկելիտար մոդուլյար պրոթեզ
 - 1.2.4 Սրունքի էկզոսկելիտար ոչ մոդուլյար պրոթեզ
 - 1.2.5 Սրունքի էնդոսկելիտար մոդուլյար պրոթեզ սիլիկոնե լայներով
 - 1.2.6 Սրունքի էկզոսկելիտար պրոթեզ կաշվից
 - 1.2.7 Սրունքի էնդոսկելիտար պրոթեզ կաշվից ընդունիչով
 - 1.2.8 Սրունքի էկզոսկելիտար պրոթեզ մանժետով
 - 1.2.9 Սրունքի պրոթեզ ըստ Պիրոգովի և Սայմի
 - 1.2.10 Ծնկահոդի էկզարտիկ պրոթեզ
 - 1.2.11 Ազդրի էնդոսկելիտար պրոթեզ կաշվից ընդունիչով
 - 1.2.12 Ազդրի էնդոսկելիտար պրոթեզ կաշվից, շինայով
 - 1.2.13 Ազդրի էկզոսկելիտար պրոթեզ կաշվից
 - 1.2.14 Ազդրի էնդոսկելիտար մոդուլյար պրոթեզ
 - 1.2.15 Ազդրի էնդոսկելիտար մոդուլյար պրոթեզ լրացուցիչ (ISNI) ներդիրով
 - 1.2.16 Ազդրի էնդոսկելիտար մոդուլյար պրոթեզ սիլիկոնե լայներով
 - 1.2.17 Կոնք-ազդրի էկզարտիկ պրոթեզ
 - 1.2.18 Սրունքի էկզոսկելիտար պրոթեզ նստատեղի հենարանով՝ կաշվից
 - 1.2.19 Ազդրի բուժամարզական պրոթեզ լամինացիայով
 - 1.2.20 Սրունքի բուժամարզական պրոթեզ լամինացիայով
 - 1.2.21 Ազդրի էնդոսկելիտար մոդուլյար պրոթեզ և Սրունքի էնդոսկելիտար մոդուլյար պրոթեզ
 - 1.2.22 Սրունքի պրոթեզ ըստ Պիրոգովի և Սայմի և Թաթի պրոթեզ ըստ Շոպարի
 - 1.2.23 Ազդրի էնդոսկելիտար մոդուլյար պրոթեզ և Թաթի պրոթեզ ըստ Շոպարի
 - 1.2.24 Ազդրի էնդոսկելիտար մոդուլյար պրոթեզ և Սրունքի էկզոսկելիտար պրոթեզ կաշվից
 - 1.2.25 Ազդրի էնդոսկելիտար մոդուլյար պրոթեզ լրացուցիչ (ISNI) ներդիրով և Սրունքի էնդոսկելիտար մոդուլյար պրոթեզ
 - 1.2.26 Ազդրի էնդոսկելիտար մոդուլյար պրոթեզ լրացուցիչ (ISNI) ներդիրով և Թաթի պրոթեզ ըստ Շոպարի
 - 1.2.27 Սրունքի բուժամարզական պրոթեզ և Ազդրի բուժամարզական պրոթեզ
 - 1.3 Ակնագնդի (աչքի) պրոթեզներ

- 1.3.1 Ակնագնդի պրոթեզ ապակե
- 1.3.2 Ակնագնդի պրոթեզ պլաստմասե
- 1.4 Կրծքագեղձի էկզոպրոթեզներ

- 2 Վերականգնողական պարագաներ և միջոցներ, այդ թվում՝
 - 2.1 Օրթեզներ
 - 2.1.1 Ճաճանչ-դաստակային օրթեզ առանց հողի, պլաստիկից
 - 2.1.2 Արմնկային օրթեզ առանց հողի, պլաստիկից
 - 2.1.3 Արմնկային օրթեզ հողով, պլաստիկից
 - Սրունք-թաթային օրթեզ առանց հողի, պլաստիկից(AFO)
 - Սրունք թաթային օրթեզ առանց հողի, լամինացիայով(AF)
 - Ծնկան հողի օրթեզ առանց հողի պլաստիկից(KO)
 - Ամբողջ ոտքի օրթեզ առանց հողի պլաստիկից
 - Սրունք-թաթային օրթեզ հողով պլաստիկից(AFO)
 - Սրունք-թաթային օրթեզ հողով, լամինացիայով(AFO)
 - Ծնկան հողի օրթեզ հողով, պլաստիկից (KO)
 - Ծնկան հողի օրթեզ հողով, լամինացիայով (KO)
 - Ամբողջ ոտքի օրթեզ հողով, կաշվից
 - Ամբողջ ոտքի օրթեզ հողով, պլաստիկից
 - Ամբողջ ոտքի օրթեզ հողով, լամինացիայով
 - Սրունքի օրթոպրոթեզ կաշվից
 - Սրունքի օրթոպրոթեզ պլաստիկից
 - Սրունքի օրթոպրոթեզ լամինացիայով
 - Ազդրի օրթոպրոթեզ կաշվից
 - Ազդրի օրթոպրոթեզ պլաստիկից
 - Ազդրի օրթոպրոթեզ լամինացիայով
 - Պարանոցի օրթեզ՝ սեղմիրան (CO)
 - Պարանոցա-կրծքային օրթեզ՝ սեղմիրան (CTO)
 - Պարանոցա-կրծքա-գոտկային օրթեզ՝ սեղմիրան (CTLO)
 - Կրծքա-գոտկա-սրբանային օրթեզ՝ սեղմիրան (TLSO)
 - Գոտկա-սրբանային օրթեզ՝ սեղմիրան (LSO)
 - Կրկնակի կաղապարով օրթեզ՝ սեղմիրան (TLSO)
 - Ստորին վերջույթների ապարատներ
 - Սեղմիրաններ(կորսետ), ռեկլինատորներ
 - 2.2 Սեղմիրան
 - Սեղմիրան փափուկ
 - Սեղմիրան կիսակոշտ
 - Ռեկլինատոր
 - Աղեկապեր, սուպինատորներ (ներդիրներ)
 - 2.3 Աղեկապ
 - Աճուկային աղեկապ
 - Որովայնի աղեկապ
 - 2.11 Ներդիրներ
 - Ներդիր հարթաթաթության համար
 - Օրթոպեդիկ շտկող ներդիր
 - 2.4 Պրոթեզի կոշիկներ (զույգ)

- 2.5 Օրթոպեդիկ և օրթեզի կոշիկներ (զույգ)
- 2.5.1 Օրթեզի կոշիկներ
- 2.5.2 Օրթոպեդիկ կոշիկներ
- 2.6 Ուռնամաններ/բաշմակներ
- 2.7 Հենակներ
 - Թևատակի հենակ
 - Արմնկային հենակ
- 2.8 Ձեռնափայտեր
 - Հենակի, ձեռնափայտի ռեզիններ
 - Ձեռնափայտ սովորական
 - «Սպիտակ ձեռնափայտ» տեսողության խնդիրներ ունեցող անձանց համար
- 2.9 Քայլակներ
 - Քայլակ սովորական
 - Մանկական քայլակ /մանկական ուղեղային կաթվածով երեխաների համար/
- 2.11 Ծնկակալեր
- 2.12 Գուլպաներ
 - Բրոյա-բամբակյա գուլպաներ
 - Սիլիկոնե գուլպաներ
- 2.13 Փոքր տրամաչափի սայլակներ
- 2.14 Լսողական սարքերի ներդիրներ
- 1 Չայնաստեղծ սարքերի և պրոթեզների ձեռքբերում
 - Չայնաստեղծ սարք
 - Չայնաստեղծ պրոթեզ
- 3 Վերին և ստորին վերջույթի պրոթեզների վերանորոգում
 - Վերականգնողական պարագաների և միջոցների վերանորոգում, այդ թվում՝
 - ստորին վերջույթների ապարատների/ստորին վերջույթի հողով օրթեզների վերանորոգում
 - փոքր տրամաչափի սայլակների վերանորոգում
 - հաշմանդամի սայլակների վերանորոգում
 - լսողական սարքերի վերանորոգում

