

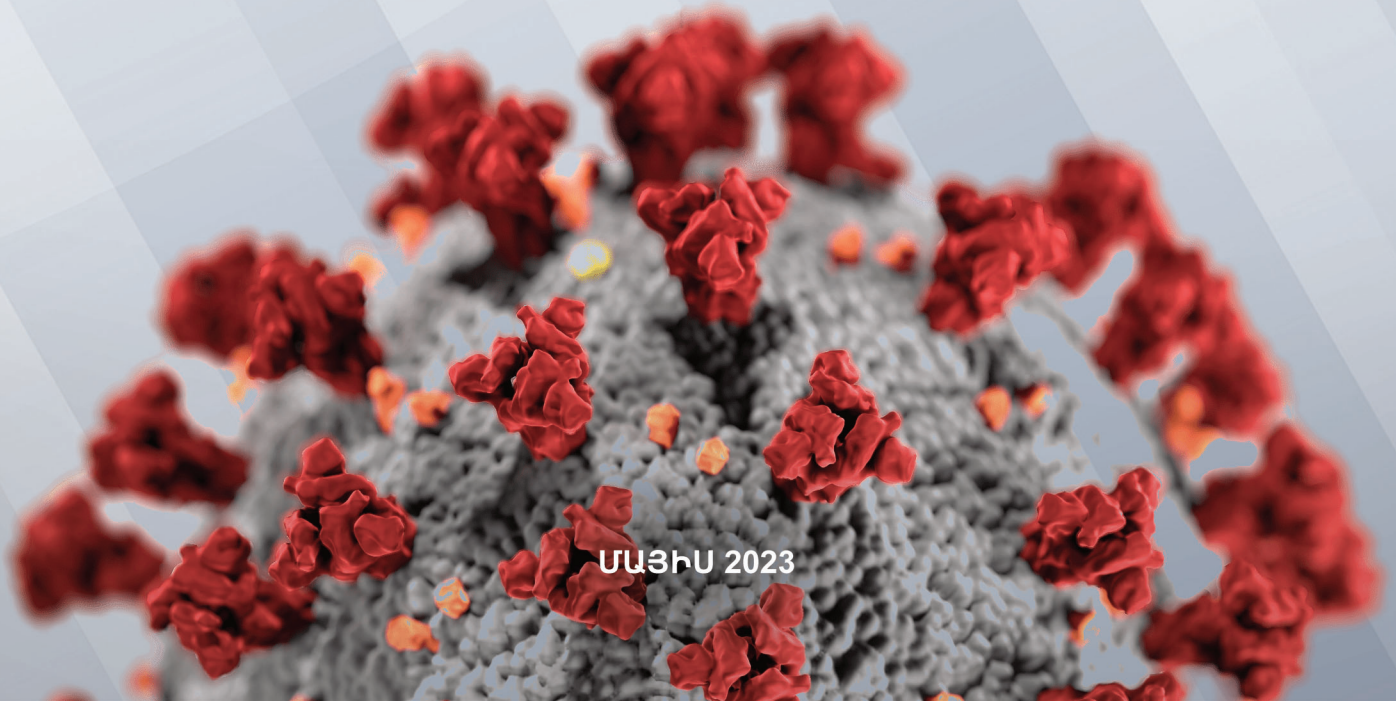


ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԳՈՐԾԱՏՈՒՆԵՐԻ  
ՀԱՆՐԱՊԵՏԱԿԱՆ ՄԻՈՒԹՅՈՒՆ

# ԴԻՏԱՐԿՈՒՄՆԵՐ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ COVID-19-Ի ԴԵՄ ՁԵՌՆԱՐԿԱԾ ՊԱՅՔԱՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Վերլուծությունը իրականացրել է ՀԳՀՄ փոխնախագահ՝  
Թաթուլ Ստեփանյանը

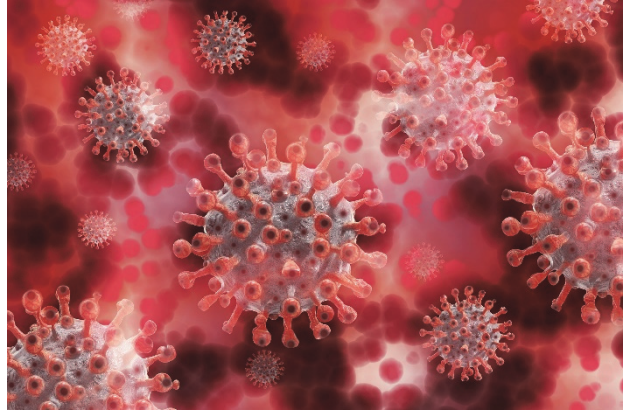
ՄԱՅԻՍ 2023



**ԴԻՏԱՐԿՈՒՄՆԵՐ**  
**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ COVID-19-Ի ԴԵՄ ՁԵՌՆԱՐԿԱԾ**  
**ՊԱՅՔԱՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ**

**Ե՞րբ covid-19-ը մտավ հայաստանյան օրակարգ և ի՞նչու:**

ԶԼՄ-ներից տեղեկացանք, որ 08.12.2019 թվականին Չինաստանի Ժողովրդական Հանրապետության Յուխան/Յուհան քաղաքում արձանագրվել է նոր տիպի շնչառական վարակիչ հիվանդություն, որը արագ տարածվում է և օրեցօր մեծացնում ընդգրկման աշխարհագրությունը: Դեկտեմբեր ամսի կեսերին՝ 15-16-ին, Չինաստանի Ժողովրդական Հանրապետության պետական մարմինները դիմում են Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպությանը /ԱՀԿ/ SARS-CoV-2 տիպի վիրուսով վարակիչ հիվանդության փաստի հաստատման, արձանագրման և հաջորդիվ պարտադիր կատարման ենթակա միջոցառումների իրականացման հրահանգներ ստանալու նպատակով: Հիվանդությունը ԱՀԿ-ի կողմից հաստատվում, ապա հանրայնացվում է 30.12.2019 թվականին և անվանվում է նոր կորոնավիրուսային COVID-19:



**Հարց է առաջանում, թե այս լուրը ԶԼՄ-ներով և այնուհետ ԱՀԿ-ի կողմից պաշտոնական հաղորդագրություն ստանալուց հետո ի՞նչ պետք է արվեր Հայաստանի Հանրապետությունում:**

Թե ինչպիսի կանխարգելիչ միջոցառումներ են իրականացվել ՀՀ առողջապահության նախարարության և նրա ենթակայությամբ գործող ՀՀ ԱՆ «Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ-ի կողմից մինչև 16.03.2020 թվականն ընկած ժամանակահատվածում, չենք կարող ներկայացնել, քանի որ պաշտոնական կայք էջերում չենք հանդիպել այս հարցը լուսաբանող որևէ հաշվետվության կամ զեկույցի: Այնուամենայնիվ, մինչև ՀՀ-ում արտակարգ դրության սահմանումը, իրադարձությունները զարգացան հետևյալ ընթացքով՝ փետրվարի 23-ին փակվեց հայ-իրանական սահմանը, փոխադարձ համաձայնությամբ մարտի 14-ին 10 օրով փակվեց հայ-վրացական սահմանը: 01.03.2020թ ՀՀ-ում ախտորոշվեց առաջին հիվանդը, որը Իրանից ժամանած Հայաստանի քաղաքացի էր: Նրան և իր հետ շփում ունեցած մարդկանց մեկուսացրեցին: Բոլոր ուսումնական հաստատությունների աշխատանքը դադարեցվեց մինչև մարտի 9-ը: 11.03.2020 թվականին<sup>1</sup> արձանագրվեց ևս 3 նոր դեպք, ովքեր եկել էին Իտալիայից: Նրանցից երկուսը Հայաստանի քաղաքացի էին, իսկ մեկը՝ Իտալիայի: **2020 թվականի մարտի 16-ին Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 298-Ն որոշմամբ սահմանվեց արտակարգ դրություն, Հայաստանի ամբողջ տարածքում COVID-19 համավարակով պայմանավորված հատուկ**

<sup>1</sup> Սրանք պաշտոնական տվյալներն են, որոնք ներկայացված են տարբեր հաշվետվություններում:

իրավական ռեժիմի անցում կատարելու մասին, որը հետագայում երկարացվել է ևս մի քանի անգամ մինչև ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՄԲ (COVID-19) ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ԿԱՐԱՆՏԻՆ ՍԱՀՄԱՆԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ ՀՀ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ N 1514-Ն ՈՐՈՇՈՒՄԸ, ընդունված 11 սեպտեմբերի 2020 թ:

**Փորձենք որքան հնարավոր է հակիրճ ներկայացնել, թե ինչու՞ պիտի ինչ որ քայլեր ձեռնարկվեին և ինչպիսի՞ ընտրության հնարավորություններ կարող էին ունենալ համապատասխան պատկան մարմինները ընդհանրապես, եթե ստանում են վարակիչ հիվանդության, այս դեպքում՝ COVID-19-ի վերաբերյալ այսօրինակ տեղակատվություն:**

Վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարում հանրային առողջության, անասանբուժության, բույսերի պաշտպանության բնագավառներում առաջնորդվում են **ապացուցողական** սկզբունքով:

Հակիրճ պարզաբանենք, թե ի՞նչ է նշանակում «ապացուցողական սկզբունք»: Բոլոր երկրները հանրային առողջության, անասանբուժական հատուկ վտանգավոր հիվանդությունների, բույսերի կարանտին հիվանդությունների և վնասատուների տեսանկյունից դասակարգվում են՝ անապահով, ռիսկային, ապահով և ազատ կարգավիճակների<sup>2</sup>:

Անապահովն այն տարածքն է, որտեղ արձանագրվել է հիվանդությունը և դեռևս չի հաղթահարվել:

Ռիսկայինը՝ այն պետությունները, մարզերը, համայնքները կամ այլ կարգավիճակ ունեցող համաճարակաբանական միավորներ են, որոնք տարբեր ձևաչափերով ուղղակիորեն կապված են անապահով միավորի հետ և մեծ է հավանականությունը, որ հիվանդությունը կարող է ներթափանցել:

Ապահով կոչվում են այն համաճարակաբանական միավորները, որտեղ հիվանդության դեմ պայքարի հատուկ ծրագիրը հաջողել է, տվել է դրական արդյունք և հաշվետու ժամկետում հիվանդության որևէ նոր դեպք չի արձանագրվել:

Ազատ շնորհում են համաճարակաբանական, վարչական, տարածքային, աշխարհագրական, տնտեսական այն միավորին, որտեղ պատասխանատու մարմինները հավելյալ մեթոդներով, ձևերով, ծրագրերով հիմնավորում են, որ վարակիչ հիվանդությունը ոչ միայն սահմանված ժամկետում չի արձանագրվել, այլ այն չի էլ արձանագրվի, քանի որ գոյություն ունեն յուրահատուկ կառավարման համակարգեր, որոնք միջազգայնորեն ընդունելի ընթացակարգերին համապատասխան գիտականորեն ապացուցում են սույն կարգավիճակի կայունությունը: Այս կարգավիճակը շնորհվում է ապահով կարգավիճակին հաջորդիվ, շահառուի նախաձեռնությամբ և միջոցների հաշվին: Այսինքն, եթե պետությունը համարվել է ապահով և նպատակ ունի բարձրացնել սեփական կարգավիճակը համապատասխանեցնելով ազատ մակարդակի, ապա նախաձեռնության հեղինակ միավորը իր կողմից ընդունված համապատասխան ծրագրերի, նրանց կիրառման, ստացված արդյունքների ներկայացմամբ

<sup>2</sup> Գոյություն ունեն նաև միջկարգավիճակային մակարդակներ, որոնց այս փուլում չեն անրադառնա:

**ապացուցուցում է**, որ համապատասխանում է սեփական հետաքրքրությունները բավարարող, այս դեպքում ազատ կարգավիճակին:

Ապացուցողական սկզբունքի համաձայն թիրախ տարածքը գնահատելու, հսկելու, արդյունքները հրապարակելու համար գործում են միջազգային հստակ ընթացակարգեր, ալգորիթմեր, մեթոդներ, որոնցով էլ առաջնորդվում են առողջապահության, անասնաբուժության, ֆիտոսանիտարիայի բնագավառները համակարգող, հսկող, կանոնակարգող միջազգային կառույցները: Վերջիններս էլ հաստատում են հիվանդությունների կամ վնասատուների նկատմամբ յուրաքանչյուր պետության համապատասխան կարգավիճակը:

Բերեմ օրինակ 2012, այնուհետ 2021 թվականներին ՀՀ-ում արձանագրվեց սիբիրախտ<sup>3</sup> հիվանդությունը, կամ 2018 թվականին ՌԴ Վերին Լարսից հետ ուղարկվեցին լուրիկով և վարունգով բեռնված բեռնատարեր, լուրիկի ցեցով<sup>4</sup> վարակված լինելու հիմնավորմամբ: Սա նշանակում է, որ մեր երկիրը այս հիվանդության և վնասատուի տեսանկյունից համարվել է անապահով: Բնագավառները սպասարկող ՀՀ համապատասխան պատասխանատու ինստիտուտները պետք է մշակեն հիվանդությունը և վնասատուն վերացնող ծրագրեր, իրականացնեն այն, արդյունքները հրապարակեն, **ապացուցեն**, որ հաղթահարել են, համապատասխանում են ապահով կարգավիճակի և այս ռիսկերի տեսանկյունից անվտանգ է հետագա համագործակցությունը:

**COVID-19-ի դեպքում, ինչու՞ է Հայաստանի Հանրապետությունը դառնում ռիսկային տարածք, ներկայացնում օրինակի օգնությամբ:**

Ենթադրենք, որևէ **N երկրում**, ուր արձանագրվել է բրուցելոզ<sup>5</sup> հիվանդությունն առկա է արտահանման ենթակա կաթ, այդ կաթի կարիքը կա մեր երկրում և մեր գործարարները փոխադարձ պայմանավորվածություններում հաջողել են, որոշել են ներկրել այդ կաթը, ենթադրենք վերամշակման կամ այլ կերպ իրացման նպատակով:

Ակնհայտ է, որ կաթը կթելուց մինչև մեր երկիր հասցնելը բավականին երկար ժամանակ կպահանջվի: Ուստի գործարարը որոշել է ճանապարհին չփչացնելու նպատակով կաթը եռացրած վիճակում հասցնել Հայաստանի Հանրապետություն: Այս պարագայում մեզ համար այն վտանգ չի ներկայացնում, քանի որ 65 և ավելի ջերմաստիճանում բրուցելաները վերանում են գրեթե ակնթարթորեն: Իսկ եթե, կրկին նույն հիմնավորվմամբ, նույն գործարարը որոշել է նույն կաթը տեղափոխել խորը սառեցման օգնությամբ, ապա մենք հայտնվում ենք ռիսկային պետություն կարգավիճակում, քանի որ բրուցելայի հարուցիչները -275 C-ի պայմաններում անգամ պահպանում են իրենց վիրուլենտությունը<sup>6</sup>: Երկու սցենարների պարագայում էլ կաթի հետ անմիջական շփում ունեցած անձը հիվանդության տարածման տեսանկյունից վտանգ չի ներկայացնում, քանի որ բրուցելոզի դեպքում մարդ համարվում է կենսաբանական փակուղի<sup>7</sup>: Առաջին սցենարում ՀՀ-ն ռիսկային չէ, իսկ երկրորդում՝ կհամարվի ռիսկային և պետք է

<sup>3</sup> <https://armeniasputnik.am/20210804/shiraki-marz-patvastumner-mijocarumner-satm-28548672.html>

<sup>4</sup> <https://armenpress.am/arm/news/948152>

<sup>5</sup> Բրուցելոզը ինչպես COVID-19-ը զոոնոզ հիվանդություններ են, այդ իսկ պատճառով ներկայացնում են այս համեմատականը:

<sup>6</sup> Հիվանդությունն առաջացնելու հատկությունը:

<sup>7</sup> Բրուցելոզի դեպքում մարդուց մարդ վարակի փոխանցման դեպք արձանագրված չէ:

ձեռնարկի առողջացման համապատասխան քայլեր/ծրագրեր, եթե ունի կարգավիճակի փոփոխության կամ արտադրանքն այլ երկիր արտահանման նպատակ:

Ինչ վերաբերում է COVID-19-ին, ապա պետք էր անմիջապես ձեռնարկվեին կանխարգելիչ միջոցառումներ, քանի որ այն ստեղծել է նոր իրողություն՝ հիվանդության մեկնարկում մինչև վերջ պարզ չէր վարակի փոխանցման բոլոր ուղիները: ԱՀԿ-ի կողմից ներկայացվել է, որ հիվանդությունը փոխանցվում է հիվանդ մարդկանց, ինչպես նաև չղջիկների միջոցով: Ուստի, յուրաքանչյուր անմիջական կամ միջնորդավորված շփումը հիվանդ մարդու հետ դիտարկվում է վարակի փոխանցման իրական ռիսկ: Չինաստանում արձանագրված COVID-19-ը մեր երկրի համար լուրջ սպառնալիք է, հաշվի առնելով երկու երկրների միջև սերտ առևտրային, դիվանագիտական, զբոսաշրջային, տնտեսական տարաբնույթ կապերը: Իրադարձությունների այսպիսի զարգացման պարագայում COVID-19-ի նկատմամբ մենք օբյեկտիվորեն հայնտնվում ենք **ռիսկային համարվող պետությունների շարքում**, ինչը պարտադրում է պատկան մարմինների համապատասխան վարքագիծ, հստակ գործողություններ, ակնհայտ ռիսկը կառավարելի դարձնելու նպատակով:

Ինչպես ներկայացվեց վերևում, հիվանդության առաջին պաշտոնական արձանագրումը 08.12.2019 թվականն է, այսինքն՝ առաջին հիվանդը /սկզբնաղբյուր հանդիսացող անձը, կենդանին/, վարակվել է առնվազն 14<sup>8</sup> օր առաջ: Իսկ, եթե դիտարկենք նաև, որ հավանաբար առաջին հիվանդը չէ, որ արժանացել է չինական պատկան մարմինների ուշադրությանը, այլ երրորդ, չորրորդ կամ որևէ այլերորդը, ապա հիվանդության առաջին դեպքը կարող է հասնել մինչև 2019թ. հոկտեմբեր<sup>9</sup> կամ միգուցե ավելի վաղ ժամանակահատված<sup>10</sup>:

**Հիմա հարց- Որքա՞ն մարդ էր ՁԺՀ-ից ժամանել<sup>11</sup> Հայաստանի Հանրապետություն 01.10.2019-16.03.2020թ. ընկած ժամանակահատվածում: Միգուցե արդեն վարակը մեր երկրում էր, անցել էր արդեն շուրջ 140-150 և միգուցե ավելի օրեր:**

Այս հարցը ենթադրում է, որ պետք էր իրականացվեր հստակ, միջազգային նորմերով ընդունված հետազոտություն<sup>12</sup>, համոզվելու համար, թե ինչ կարգավիճակում է Հայաստանի Հանրապետությունը COVID-19-ի նկատմամբ այս ռիսկային փուլում: Ունենք արդեն հիվանդներ, թե՛ ոչ: Ինչպես նաև առանձին հետազոտություն էր ենթադրում անասնաբուժական համակարգում, պայմանավորված այն հանգամանքով, որ COVID-19-ը համարվում է զոոնոզ<sup>13</sup> հիվանդություն: Այս հետազոտությունների արդյունքները պետք է դառնային հետագա մարտավարության համար մեկնարկային ցուցանիշներ: **Սակայն, այսպիսի հետազոտության**

<sup>8</sup> Հիվանդության գաղտնի շրջանի տևողությունը 14 օր է:

<sup>9</sup> Կարևորում են նաև այն հանգամանքը, որ մինչև վերջնական COVID-19 -ի ախտորոշումն հավանաբար իրականացվել են նաև դիֆերենցիալ ախտորոշումներ նախնական այլ հիվանդությունների նկատմամբ : Այս միջոցառումները ժամանակ են պահանջում, քանի որ հիվանդության մեջ կասկածվողից մինչև վերջնական՝ հաստատող ախտորոշումը բաղկացած են մի շարք անհրաժեշտ համաճարակաբանական միջոցառումներից, որը ժամանակ է պահանջում:

<sup>10</sup> Շատ են այն հոգվածները, որոնք պնդում են առավել վաղ ժամկետների մասին:

<sup>11</sup> 2020 թվականի մարտի 16-ին Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 298-Ն որոշմամբ սահմանված արտակարգ դրության ռեժիմի ընդունումը, COVID-19 -ը ընդլայնել էր վարակի աշխարհագրությունը, ներառելով մի շարք այլ երկրներ:

<sup>12</sup> Ձևը ընտրում է պատասխանատու մարմինը, բայց այն չէր կարող լինել պասսիվ հետազոտություն:

<sup>13</sup> Չոոնոզ համարվում են այն հիվանդությունները, որոնք ընդհանուր են կենդանիների և մարդկանց համար, այս դեպքում հիվանդության սկզբնաղբյուրը համարվում է չղջիկը:

**տվյալների չենք հանդիպել ոչ առողջապահության, ոչ էկոնոմիկայի նախարարությունների և ոչ էլ սննդամթերքի անվտանգության տեսչական մարմնի պաշտոնական կայք էջերում<sup>14</sup>:**

COVID-19-ը վարակի ներթափանցումը կանխելու և նրա բացասական ազդեցությունը Հայաստանի Հանրապետության ամբողջ տարածքում բացառելու նպատակով պատասխանատուների կողմից որոշում կայացվեց սահմանափակումներ մտցնել պետական սահմանի անցման կետերում և հանրային կյանքի բոլոր ոլորտներում, ներգրավելով հսկայաձավալ ռեսուրսներ ու ջանքեր:

**Որքանով է արդարացված այս որոշումը, ի՞նչ նպատակ էր հետապնդում, հարցը մնում է բաց և մշտապես կունենա լրացուցիչ պարզաբանման անհրաժեշտություն:**

Նմանատիպ՝ ռիսկային կարգավիճակում հայտնվեցին նաև այլ երկրներ, որոնք դրսևորվեցին տարբեր կերպ: Մի քանի օրինակների օգնությամբ ներկայացնեն տարբերակներ, որոնք երկրների պատասխանատուների տեսանկյունից COVID-19-ի դեմ արդյունավետ պայքարի համար դարձան առավել ընդունելի:

**Օրինակ 1.** Հյուսիսային Կորեան, հաշվի առնելով սեփական ինքնատիպ քաղաքական համակարգը, չնայած, որ աշխարհագրորեն գտնվում է ՉԺՀ-ին հարևանի կարգավիճակում, ամբողջապես փակեց բոլոր սահմանները և փորձեց խուսափել<sup>15</sup> վարակի հնարավոր ներթափանցումից: Այս ռազմավարությունը սպասված արդյունքներ չարձանագրեց, քանի որ զուրկ էր մասնագիտական հիմնավորումից, կրում էր զուտ քաղաքական առանձնահատկություն:

**Օրինակ 2.** Օվկիանիայի մի շարք երկրներ, հաշվի առնելով սեփական աշխարհագրական դիրքը, ավելորդ համարեցին COVID-19-ից խուսաբելու որևէ ջանք գործադրելը, հիմնավորելով, որ գտնվում են խիստ մեկուսի վիճակում և վարակը սպառնալիք չեն դիտարկում:

Վերը բերված երկու օրինակներն էլ ՀՀ-ի դեպքում կիրառելի չեն, ակնհայտ պատճառներով, սակայն ներկայացրել ենք որպես հնարավոր տարբերակ՝ ընդհանրապես:

**Օրինակ 3.** Բելառուսի Հանրապետությունը<sup>16</sup> չկիրառեց սահմանափակումներ, հիմնավորելով, որ COVID-19-ի դեմ կայքարեն հանրային բնական իմունիտետի շնորհիվ:

Էլ ի՞նչ մարտավարություններ/տարբերակներ կարող էին գոյություն ունենալ ընդհանրապես. «**ոչինչ չանել և սպասել, որ հանրային բնական իմունիտետը կլուծի խնդիրը<sup>17</sup>**», «**պաշտպանել բանակը<sup>18</sup>**», «**պաշտպանել սոցիալական ռիսկային խմբերին**», «**ունենալ քիչ հիվանդներ**», «**ունենալ քիչ մահեր**», «**ունենալ քիչ ամբուլատոր բուժում ստացողներ**», «**չկորցնել տնտեսական զարգացման տեմպերը**» և այլ բազում մոտեցումներ:

<sup>14</sup> Չեմ բացառում, որ այն կա, բայց մինչ այժմ հանրայնացված որևէ հաշվետվություն, ելույթ, զեկույց չի խոսում նրա գոյության մասին:

<sup>15</sup> ԱՀԿ-ի տվյալների համաձայն Հյուսիսային Կորեայում հիվանդացածները կազմում են շուրջ 5 մլն մարդ:

<sup>16</sup> Բելառուսում վարակվածների թիվը չի գերազանցում 1 մլն ԱՀԿ-ի տվյալների համաձայն: **Տվյալները թարմացված են 25.03.2023 թ-ին:**

<sup>17</sup> Այս փուլում արդյունավետ պատվաստանյութ չկար:

<sup>18</sup> Սա առանձնահատուկ ուշադրության թեմա է, հատկապես այն ֆոնի վրա, որ ԱՀ նախագահի եթերային ելույթներից մեկում նշեց բանակում COVID-19-ով մեծաքանակ վարակվածների մասին:

Ցանկացած մարտավարություն կարող է գոյություն ունենալ միայնակ, կամ մեկ այլ տարբերակի/ների հետ զուգորդված: Ընդ որում, այս զուգորդումները կարող են ունենալ ամբողջական կամ մասնակի բնույթ, հաշվի առնելով վարակի միավորի վարչական, աշխարհագրական, տնտեսական, մշակութային, պրաքսեմիկ, քաղաքական առանձնահատկությունները:

Որևէ մարտավարական նպատակ ունենալը մեկնարկային է ցանկացած պարագայում, որին կհաջորդեն տրամաբանորեն համապատասխան քայլեր, գործողություններ: Այսինքն՝ ի՞նչ նպատակ ենք հետապնդում, ինչպե՞ս են պայքարելու այս հիվանդության դեմ, ի՞նչ արդյունք են արձանագրելու, ի՞նչ միջոցներ են ուղղորդվելու, ի՞նչ լիազորություններ, դերակատարություն են ունենալու ներգրաված անձիք ու կազմակերպությունները, որքանո՞վ է առաջարկվող ծրագիրը կայուն, ծախսարդյունավետ: Այս և բազում այլ հարցերի պատասխանը պետք է ձևակերպվեն և ներկայացվեն, ինչպես սեփական հանրությանը, այնպես էլ միջազգային կառույցներին՝ **ապացուցողական սկզբունքի հիման վրա:**

Երբ հստակ ձևակերպված չեն որոշումներ կայացնելու հիմքերը, նպատակը, հատկապես այդ ընտրության նախապատվությունը, միշտ էլ կարիք է առաջանում սեփական քայլերի արդարացիությունը հիմնավորելու համար հավելյալ պարզաբանում ներկայացնել քաղաքական իշխանություններին, իրավապահ մարմիններին, մասնագիտական հանրույթին, գործարարությամբ զբաղվող անձանց ու կազմակերպություններին, հասարակության լայն շերտերին, համագործակցող երկրներին ու միջազգային կազմակերպություններին:

Ներկայացնեմ, թե ի՞նչ մարտավարություն որդեգրվեց ՀՀ-ում, և որին հասնելու համար ի՞նչ իրավանորմատիվային փաստաթղթեր ընդունվեցին, որոնց գործնական կիրառման շնորհիվ, հանրային առողջության պատասխանատուների համոզմամբ, կհաղթահարվեր 2020 թ մարտ ամսին ՀՀ-ում արձանագրված COVID-19 համաճարակը: Առողջապահության նախարարության կայք էջում տեղադրված են այդ իրավական նորմերը՝

1. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի No 977 - Ա «Հայաստանի Հանրապետությունում նոր կորոնավիրուսային վարակի (COVID-19) կանխարգելման նպատակով՝ օջախների, հանրային սննդի օբյեկտների, բարձրագույն ուսումնական հաստատությունների, նախադպրոցական և հանրակրթական ուսումնական հաստատությունների ուղևորների փոխադրման ավտոտրանսպորտային միջոցների ավտոտրանսպորտային մեթոդական ուղեցույցը և ավտոբիթմերը, անհատական պաշտպանության միջոցների ռացիոնալ օգտագործման մեթոդական ուղեցույցը հաստատելու մասին» հրամանը ընդունված «16» մարտ 2020թ.:

2. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 4 օգոստոսի 2020 թ. N 17-Ն հրամանը «Հայաստանի Հանրապետությունում կորոնավիրուսային հիվանդության (COVID-19) տարածման կանխարգելման նպատակով կիրառվող N 3.1.2-001-20 սանիտարական կանոնները հաստատելու մասին:

3. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի « 07 » նոյեմբեր 2020թ. N3939-ա հրամանը «Կորոնավիրուսային հիվանդության (COVID-19) դրական դեպքերի ահազանգման կենտրոն ստեղծելու, կորոնավիրուսային հիվանդության (COVID-19) դրական դեպքերի վարման ավտոբիթմը, կորոնավիրուսային հիվանդության (COVID-19)

դեպքերի ինքնամեկուսացման հրահանգը, կորոնավիրուսային հիվանդության (COVID-19) դրական դեպքերի ինքնամեկուսացման, և անվտանգության կանոնների պահպանման վերաբերյալ հիշեցման բջջային կապով կարճ հաղորդագրության տեքստը հաստատելու մասին»:



4. ՀՀ առողջապահության նախարարի «18» սեպտեմբեր 2020 թ. N26–Ն հրամանը «Կորոնավիրուսային հիվանդությունով (COVID-19) հիվանդի հետ անմիջական շփված (կոնտակտավոր), համաճարակային գոտի մուտք գործող և դուրս եկող, կորոնավիրուսային հիվանդության (COVID-19) տեսակետից անբարենպաստ երկրներից Հայաստանի Հանրապետության տարածք մուտք գործող անձանց նկատմամբ օբսերվացիայի կազմակերպման կարգը հաստատելու մասին»:

5. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի «18» սեպտեմբեր 2020 թ. N 24 – ն հրամանը «Հայաստանի Հանրապետությունում

կորոնավիրուսային հիվանդության (COVID-19) տարածման կանխարգելման նպատակով հանրակրթական (բացառությամբ՝ նախադպրոցական) ծրագրեր իրականացնող ուսումնական հաստատություններում կիրառվող № 3.1.2-004-20 սանիտարական կանոնները հաստատելու մասին»:

6. Հավելված ՀՀ կառավարության 2020 թվականի սեպտեմբերի 11-ի N 1514 - Ն որոշումը «Կարանտինի ընթացքում կիրառվող միջոցառումները և սահմանափակումների մասին»:

7. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 11 սեպտեմբեր 2020 թ. n 23-ն հրամանը «Անհատական պաշտպանության միջոցների ցանկը, կիրառման դեպքերն ու կարգը, սանիտարահամաճարակային անվտանգության կանոնները հաստատելու մասին»:

8. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի «07» սեպտեմբեր 2020թ. N 3053–Լ հրամանը «Աշխատավայրում կորոնավիրուսային հիվանդության (COVID-19) վարակման ռիսկերի գնահատման մեթոդական ուղեցույցը (ժամանակավոր) հաստատելու մասին»:

9. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի «27» օգոստոս 2020թ. N 2922 – Լ հրամանը «Հայաստանի Հանրապետության բնակչության շրջանում կորոնավիրուսային հիվանդությամբ՝ COVID-19 պայմանավորված համաճարակային իրավիճակի գնահատման սանիտարահամաճարակային չափանիշները հաստատելու մասին»:

10. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի «20» հուլիս 2020թ. N 2347 – ա հրամանը «Առողջապահության նախարարին կից կորոնավիրուսային հիվանդության (COVID-19) դեմ պայքարի մասնագիտական հակահամաճարակային



խորհրդատվական խումբ ստեղծելու, խորհրդատվական խմբի անհատական կազմը եվ աշխատակարգը հաստատելու մասին»:

11. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի «04» օգոստոս 2020թ. N 17 – ն հրամանը «Հայաստանի Հանրապետությունում կորոնավիրուսային հիվանդության (COVID-19) տարածման կանխարգելման նպատակով կիրառվող սկ n 3.1.2-001-20 սանիտարական կանոնները հաստատելու մասին»:

12. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 27. ապրիլ 2020թ. N 1355 – լ հրամանը «Կորոնավիրուսային հիվանդության (COVID-19) հետ կապված՝ բժշկական կազմակերպություններում N 95 դիմակների օգտագործման կարգի եվ դրանց կիրառման արդյունավետությունը բարձրացնող միջոցառումների վերաբերյալ մեթոդական ուղեցույցը հաստատելու մասին»:

13. Ինքնամեկուսացման տեղեկաթերթիկ

14. Առաջարկություններ «Նոր կորոնավիրուսային հիվանդության տարածումը կանխելու նպատակով՝ ուղևորատար տրանսպորտային միջոցներում կանխարգելիչ միջոցառումների եվ ախտահանման աշխատանքների իրականացման»:

15. Տեղեկատվություն «Հյուրանոցների եվ հյուրանոցային անձնակազմի համար»:

Որևէ փաստաթղթում ձևակերպած նպատակ, ակնկալվող արդյունք, սահմանված վարքականոնի արդարացիության, արդյունավետության պարզաբանման չենք հանդիպում, որովհետև դրանք չկան: Այս մասին է վկայում փաստաթղթերի վերնագրերն անգամ:

**Թե, ինչու՞ ենք այս ջանքերն ու միջոցները գործադրել , որպեսզի ի՞նչ ստացվի, հարցը մնում է բաց:**

Ինչու՞ են COVID-19-ի դեմ պայքարը դիտարկում հատկապես իրավանորմատիվային փաստաթղթերի տեսանկյունից, քանի որ փաստաթուղթը համապատասխան մասնագիտական, կառավարչական, ինստիտուցիոնալ և այլ անհրաժեշտ կարողությունների, ունակությունների խտացումն է: Փաստաթղթում արտացոլված պահանջների կատարումն է, որ նախաձեռնողներին պետք է հասցնի սահմանված նպատակին: Փաստաթղթի օգնությամբ ենք ապացուցում ցանկալի կարգավիճակը:

**Եթե փաստաթուղթը ձևակերպված է կիսատ-պռատ, չի տալիս հնարավոր բոլոր հարցերի պատասխանները, գործնականում իրականացնողները հայտնվում են կամ լիազորությունների չարաշահման, կամ պարտավորությունները թերի կատարման առերևույթ իրողության միջավայրում:**

Դիտարկեմ վերը ներկայացված փաստաթղթերից մի քանիսը մասնագիտական կոմպետենցիաների տեսանկյունից:

**«ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ ՈՐՈՇՈՒՄ 11 սեպտեմբերի 2020 թվականի N 1514-Ն ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՄԲ (COVID-19) ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ԿԱՐԱՆՏԻՆ ՍԱՀՄԱՆԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ<sup>19</sup>»** փաստաթուղթը

<sup>19</sup> COVID-19-ի դեմ նույնպիսի պայքարի վարքագիծ է կիրառվել նաև մինչև սույն որոշման ընդունումը:

հաստատվել է ՀՀ կառավարության կողմից 11.09.2020 թվականին: Այս փաստաթղթի Գլուխ 1-ում՝ «ՄՈՒՏՔԻ ԵՎ ԵԼՔԻ ՀԱՏՈՒԿ ՌԵԺԻՄ» վերնագրած բաժնում հանդիպում ենք այսպիսի ձևակերպման՝ «2) անձին տրվում է 14-օրյա ժամկետով ինքնամեկուսանալու հրահանգ, որի ընթացքում նա կարող է անցնել կորոնավիրուսային հիվանդության (COVID-19) ախտորոշման պոլիմերազային շղթայական ռեակցիայի հետազոտություն (այսուհետ՝ ՊՇՌ հետազոտություն): ՊՇՌ հետազոտության բացասական արդյունքի դեպքում անձը դուրս է գալիս ինքնամեկուսացումից»:

Հիմա ներկայացնեմ պահանջի անկատարությունը՝

ՊՇՌ հետազոտության միջոցով ախտորոշվում է COVID-19 հիվանդությունը, բայց այն կարող է կատարվել ինչպես հակաձինների, այնպես էլ հակամարմինների հայտնաբերման միջոցով: Ուստի «ՊՇՌ հետազոտություն» արտահայտությունից առաջ պետք էր ավելացնել **«հակաձինների նկատմամբ կատարված»** բառակապակցությունը:

Հիմա պարզաբանեմ, թե ինչո՞վ է պայմանավորված սույն արտահայտության կարևորությունը, ինչպես նաև ցանկացած հետազոտության մեթոդի ընտրությունը: Հետազոտական մեթոդ ընտրելու դեպքում ի՞նչ պարամետրերի վրա պետք է ուշադրություն դարձնել և ի՞նչ առանցքային նշանակություն ունի այն հիվանդության դեմ պայքարի հետագա քայլերի մշակման համար՝ ընդհանրապես:

Հիվանդությունների ախտորոշման նպատակով ընտրվող հետազոտությունները, թեստերը դասակարգվում են իրենց «յուրահատկության» և «զգայունության» համադրման բանաձևի շնորհիվ<sup>20</sup>: Այսինքն, միևնույն հիվանդության ախտորոշման դեպքում, տարբեր հետազոտություններ, թեստեր կտան տարբեր ցուցանիշներ, ինչով էլ պայմանավորված է տվյալ մեթոդի հետազոտական արժեքը հիվանդության հայտնաբերման/ախտորոշման տեսանկյունից:

Հետազոտությունների դասակարգման համար անհրաժեշտ է բազային՝ 100 տոկոսանոց ճշգրտության մեթոդի ընդունումը, որի նկատմամբ էլ կգնահատվեն հնարավոր բոլոր հետազոտական մեթոդները: Հարյուր տոկոսանոց ճշգրտության հետազոտությունը ստացել է **«Ոսկե էտալոն» անվանումը՝** երբ հետազոտության ենթակա անձի, կենդանու մոտ առկա են կասկածելի հիվանդության նշանները, իսկ ախտաբանական նմուշում հայտնաբերվել են հիվանդության հարուցիչները: Այս երկու փաստերի ապացուցողական բազայի առկայության դեպքում կարող ենք համոզված կերպով պնդել, որ գործ ունենք տվյալ հիվանդության հետ: **Այսինք, բանաձևենք՝ Կլինիկա+Հարուցիչ= Ոսկե էտալոն:**

Հիվանդության յուրաքանչյուր դեպքի ախտորոշման համար կիրառել «Ոսկե էտալոնի» մեթոդը, արդարացված է, երբ թիրախ պոպուլյացիայում կասկածելի դեպքերի քանակը փոքր է և կառավարելի: Լայն տարածում արձանագրած հիվանդությունների դեպքում, այս մեթոդով առաջնորդվելն արդարացված չէ, քանի որ պահանջում է համեմատաբար երկար տևողություն, առավել շատ միջոցներ:

<sup>20</sup> Սա միջազգային կառույցների կողմից, գիտության շնորհիվ սահմանված չափորոշիչներ են, և կիրառվում են լաբորատոր հետազոտությունների գնահատման պարագաններում:

Ներկայումս, գիտականորեն ապացուցված է, որ «**Ոսկե էտալոնի**» նկատմամբ ՊՇՌ թեստի հետազոտությամբ **հակամարմինների հայտնաբերման** հավաստիությունը COVID-19-ով մեկ շաբաթվա վարակվածության դեպքում կազմում է 30%, երկու շաբաթվա դեպքում 70%, իսկ երեք շաբաթ և ավելին 90%: Ինչը ենթադրում է, որ **հակամարմինների թեսթավորման** միջոցով մեր երկիր մուտք գործած անձանց շրջանում կարող ենք արձանագրել 10-ից մինչև 70% շեղում: Այսինք՝ մեր երկիր մուտք գործած 100 հնարավոր վարակակիր անձանցից 10-70 անձ կարող են COVID-19-ի վարակը տեղափոխել իր կենսագործունեության հետագա միջավայր պայմանավորված վերը նշված ձևակերպման անկատարությամբ<sup>21</sup>:

Իսկ եթե, ՊՇՌ հետազոտության կիրառմամբ փորձում ենք հայտնաբերել COVID-19-ի **հակածիններ**, ապա նրա հետազոտական արժեքը «Ոսկե էտալոնի» նկատմամբ կազմում է՝ շուրջ 95-98 %:

Այսինք, եթե որևէ միջավայրում, ուր իրականացվել է 2 մլն ՊՇՌ հետազոտություն COVID-19-ի հակամարմիններ հայտնաբերման նպատակով, ապա հավաստիությունը կկազմի առավելագույնը՝  $2\,000\,000 * 90 : 100 = 1\,800\,000$ : Բանաձևից պարզ է դառնում, որ ունենք 200 000 կեղծ պատասխան: Իսկ եթե նույն հետազոտությունն իրականացնում ենք COVID-19-ի հակածիններ հայտնաբերելու տարբերակով, ապա կունենանք հետևյալ արդյունքը՝  $2\,000\,000 * 98 : 100 = 1\,960\,000$ : Այս դեպքում կունենանք 40 000 կեղծ պատասխան: Սա այն դեպքում, եթե նմուշառումից, մինչև հետազոտության ընթացում արժեշղթայի բոլոր սեգմենտներում ունենք միջազգայնորեն ընդունելի, որոշ դեպքերում հավաստագրված համապատասխան կարգավիճակ<sup>22</sup>:

Եթե ունենք օրինակ՝ **200 000 կեղծ պատասխան**, ինչը նշանակում է, որ 100 000 հիվանդ են<sup>23</sup>, բայց չեն ախտորոշվել, և 100 000 հիվանդ չեն, բայց ախտորոշվել են որպես՝ հիվանդ: Մեկ հիվանդի բուժման համար ծախսվում է միջինում 2500-3000<sup>24</sup> ԱՄՆ Դոլար, իսկ մեկ փաստացի բայց չարձանագրված հիվանդ կարող է վարակել մինչև 9 անձի:

**Ինչ է ստացվում, որ «հակածինների նկատմամբ կատարված» բառակապակցությունը չներառելով փաստաթղթում, կարող ենք արձանագրել հիվանդության չկառավարվող տարածում և առողջ, բայց հիվանդ ախտորոշված անձինք:**

Երկրորդ փաստաթուղթը, որին կանդրադառնամ Առողջապահության նախարարի 2020թ. օգոստոսի 27-ին ընդունված «**Սանիտարահամաճարակային չափանիշներ Հայաստանի Հանրապետության բնակչության շրջանում կորոնավիրուսային հիվանդությամբ՝ COVID-19 պայմանավորված համաճարակային իրավիճակի գնահատման**» թիվ 2922– Լ հրամանն է:

<sup>21</sup> ՊՇՌ թեստի հետազոտական արժեքը կազմում է 95 %, <https://www.sechenov.ru/pressroom/news/veroyatnost-obnaruzhit-virus-snizhaetsya-kogda-nuzhno-sdavat-ptsr-test/>, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330676/9789240001053-rus.pdf>

<sup>22</sup> Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության և այլ միջազգային կազմակերպությունների կողմից ձևակերպված են և անդամ երկրների կողմից ընդունված:

<sup>23</sup> Այս ցուցանիշները, որոնք ներկայացված են, ունեն մոտավոր ճշգրտություն, հեշտ հաշվարկներ կատարելու համար են: Կապված զգայունության և յուրահատկության ցուցանիշներից նրանք կարող են այլ արժեքով արտահայտվել, սակայն նրանց հանրագումարը կրկին կկազմի 100 000:

<sup>24</sup> ՀՀ-ում այն կազմում է 2500-3200 \$:

Փաստաթղթում ներառված են **սանիտարահամաճարակային չափանիշների կիրառման, համաճարակային իրավիճակի գնահատման, համաճարակաբանական չափանիշների, առողջապահական համակարգի գնահատման, առողջապահական համակարգին վերաբերող չափանիշների, համաճարակաբանական դիտարկման չափանիշների, դեպքերի հետազոտության, կոնտակտավորների հայտնաբերմանը** վերաբերող կիրառական հարցեր, ուր նույնպես առկա են բազում անպատասխան հարցեր, առանց որոնց պատասխանների հնարավոր չէ ապացուցել ընտրված մարտավարության ճշմարտացիությունը: Օրինակ՝ փաստաթղթում սահմանված չէ «դեպքը», հստակ նշելով, թե լաբորատոր կամ այլ ո՞ր պատասխանն է տալիս դեպքին կարգավիճակ: Սա մեկնարկային իրավիճակ է հիվանդության նկատմամբ որևէ ձեռնարկան համար: Կամ, ե՞րբ է համարվում անձը հիվանդ, կամ դրական հակազդած: Սահմանված չէ, արդյո՞ք դրական հակազդած անձը համարվում է հիվանդ, ո՞ր պարագայում է անձը ենթարկվում միջամտության և ինչպիսի՞:

Այնուհետ սույն հրամանում ներկայացվում է՝

«1) եզակի (սպորադիկ), որոնք ներառում են մեկ կամ մի քանի դեպք, որը ներկրված է կամ հայտնաբերված է երկրի ներսում,

2) կլաստերային դեպքեր, որոնք խմբավորված են ժամանակի, աշխարհագրական տարածվածության և/կամ մեկ ընդհանուր ազդեցության արդյունքում,

3) դեպքերի համայնքային փոխանցումն արձանագրվում է COVID-19 տեղական փոխանցում՝ մեծ բռնկումների տեսքով՝ ազդեցության գործոնների գնահատմամբ՝ սակայն չսահմանափակվելով, մասնավորապես՝ մեծաքանակ դեպքեր, որոնք միմյանց հետ չունեն որևէ համաճարակաբանական կապ, և արձանագրվում են գրիպի դեպքային համաճարակաբանական հսկողության շրջանակներում, և/կամ մի քանի կլաստերների արձանագրում երկրի տարբեր հատվածներում, որոնք միմյանց հետ չունեն համաճարակաբանական կապ»:

Սույն տրամաբանությունից ենթադրվում է, որ յուրաքանչյուր իրավիճակում պետք է ձեռնարկվեն **համապատասխան միջոցառումներ**, այնինչ մեր երկրում գործնականում արձանագրում ենք պատասխանատուների կողմից իրականացվող **միանման միջոցառումներ**, ինչը չի կարող արդարացված լինել, քանի որ այն միջավայրում, որտեղ «Եզակի դեպք» է արձանագրվել իրականացվում է «կլաստերային» կամ «համայնքային» դեպքերին բնութագրող միջոցառումներ: Ակնհայտ է, որ այսօրինակ վարքականոնների որդեգրումն արդարացված լինել չի կարող, քանի որ, այն հանգեցնում է միջոցների և ջանքերի չհիմնավորված ծախսերի:

Ենթադրվում է, որ պետք է ձևակերպվեր նաև **համաճարակային օջախը** և **համաճարակային միավորը**, առանց որոնց սահմանումների անհնար է ստանալ այն հարցերի պատասխանները, **թե՛ որտե՞ղ, ի՞նչ աշխարհագրական, կամ վարչական, կամ այլ տարածքում և ե՞րբ պետք է կատարվեն սահմանված միջամտությունները, ի՞նչ ժամկետներում պետք է արձանագրվի որևէ արդյունք**: Սրանք կարևոր հարցեր են հանրային առողջության պահպանման պատասխանատուների համար հասկանալու՝ արդյո՞ք ճիշտ է պլանավորումը:

Նույնչափ կարևոր է նաև «Սկզբնաղբյուր» հանդիսացող դեպքի նկարագրությունը, ինչը պետք է ներդաշնակեցվի համաճարակաբանական քարտի բովանդակության հետ: Առանց սկզբնաղբյուրի ճշտման, անհնար է հասկանալ **վիրուսի միգրացիան բացատրելի է, թե՛ կան այն տարածող այլ շահագրգիռ գործոններ, ուժեր:** Ընդ որում համաճարակաբանական քարտի ձևաչափի և բխող բովանդակության մասին որևէ տեղեկություն զետեղված չէ որևէ կայքում, ինչն անհասկանալի է դարձնում կատարվում է արդյո՞ք համաճարակաբանական հետազոտություն, ու՞մ կողմից, ի՞նչ բովանդակությամբ: Եվ այլ բազում հարցեր, որոնք մինչ այժմ սպասում են պատասխանի:

Մի առանձին ուշադրության է արժանի մասնագիտական իրավանորմատիվային փաստաթղթերի ընդունման ժամանակ **ներառականության ապահովումը:** Սա առանցքային նշանակություն ունի ցանկացած վարակիչ հիվանդության դեմ արդյունավետ պայքարի գործառույթում, քանի որ վերջին հաշվով, ձևակերպված պարտադիր կատարման նորմերն ու պահանջներն իրականացնողները՝ մարդիկ են, նրանց վարքով է պայմանավորված հաջողության հասնելու պայմանը: **Անհրաժեշտ է ստեղծել փոխվստահության մթնոլորտ բոլոր դերակատարների միջև:** COVID-19-ի դեմ պայքարի շրջանակներում բազմիցս ենք ականատես եղել տարբեր, այդ թվում նաև մասնագիտական խմբերի կողմից, բողոքի ակցիաների, ի հակադրություն արդեն իսկ ընդունված նորմի, պահանջի:

Առողջապահության նախարարի «20» հուլիս 2020թ. No 2347 – Ա հրամանի համաձայն ձևավորվել է նախարարին կից խորհրդատվական մարմին: Սակայն լայն հանրությանը որևէ տեղեկատվություն հասանելի չէ մարմին կողմից կատարած աշխատանքների վերաբերյալ՝ **ի՞նչ խորհուրդներ են տրվել, կիրառվե՞լ են, թե՛ ոչ, ընդհանրապես ինչպե՞ս են կայացվել որոշումները:**

**Ամփոփելով,** COVID-19-ի դեմ ընդունված իրավանորմատիվային ակտեր, նրանցից բխող գործողությունները չեն ապացուցում, որ ճիշտ են պլանավորվել ու ճիշտ են կատարվել քայլերը: Ե՞րբ և ինչպե՞ս ներթափանցեց մեր երկրին առեղծվածի չափերի վնաս հասցրած հիվանդությունը, արդարացված է արդյո՞ք պատասխանատուների կողմից պարտադրված այս մարտավարությունը, ի՞նչ կարող էր լինել, եթե գնայինք այլ «ճանապարհով», կարո՞ղ էինք խուսափել բանակում վարակի տարածումից, և այլ հարցերի պատասխանները լայն հանրության, մասնագիտական միջավայրերի համար մնում են չտրված:

COVID-19-ի դեմ ՀՀ-ում պատասխանատու մարմինների կողմից ձեռնարկված գործողությունների ամբողջական պատկերի համար անհրաժեշտ է ունենալ պրաքսեմիկ նորմերի կարևորման, մարդկային, ֆիզիկական եվ ֆինանսական ռեսուրսների, հանրային առողջապահական ծառայությունների մասնագիտական և տեխնիկական անձնակազմի, շարունակական կրթության, կառուցվածքների և քաղաքականության կայունության, գործառնական ֆինանսավորման, լաբորատոր որակի ապահովման, ռիսկերի վերլուծության, համաճարակաբանական հսկողության և վաղ հայտնաբերման համակարգերի, դեղամիջոցների և կենսաբանական նյութերի, նույնականացման և հետազոտելիության, հավաստագրման և վարակի կառավարման գործում այլ կարևոր գործոնների ուսումնասիրությունների արդյունքները:

Եթե հետայսու ևս նման գործելաոճի ընտրումն ու պրակտիկան շարունակվի, ապա ցանկացած վարակիչ հիվանդության արձանագրմանը հաջորդիվ լինելու են չարաշահումների մեջ կասկածվողներ, հանրային միջոցներն անարդյունավետ ծախսելու մեջ մեղադրվողներ և այլ բացասական երանգներ ունեցող երևույթներ: Յուրաքանչյուր գործողություն, որը ենթադրում է հանրային ծառայություն, հանրային միջոցների հաշվին պետք է մանրամասն հիմնավորված լինի իրավական փաստաթղթերով, նշելով դրա առաջնահերթությունը, առավելությունը մնացած այլ տարբերակների նկատմամբ, հիմնավորված լինի գիտության համար ընդունելի լեզվով, իսկ պրակտիկաները բխեն փաստաթղթերից: Այլապես վերջնարդյունքում ունենալու ենք մի իրավիճակ, որը կարելի է բնութագրել հետևյալ կերպ՝ **«ահռելի մեծ միջոցներ<sup>25</sup> ենք ծախսում ավելի շատ վնասներ ունենալու համար»:**

Սույն վերլուծությունը ունի խորհրդատվական և կանխարգելիչ նշանակություն հետագայում նմանատիպ իրավիճակները ավելի արդյունավետ կառավարելու համար:

---

<sup>25</sup> COVID -19- դեմ պայքարի համար ծախսված ճշգրտված ամբողջական տվյալների չեմ հանդիպել: Սակայն տնտեսության վրա նրա ունեցած բացասական ազդեցությունը մեղմելու, չեզոքացնելու նպատակով ՀՀ պետական Բյուջեից հատկացված «Կորոնավիրուսի սոցիալական հետևանքների չեզոքացման ծրագրերի» վերաբերյալ տեղեկատվությունը հասանելի է: [https://www.gov.am/am/covid-19-cragrer./](https://www.gov.am/am/covid-19-cragrer/)