**ՀԻՄՆԱՎՈՐՈՒՄ**

«Հ**ԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ 2012 ԹՎԱԿԱՆԻ ԴԵԿՏԵՄԲԵՐԻ 27-Ի N 1691-Ն ԵՎ 2014 ԹՎԱԿԱՆԻ ՄԱՐՏԻ 27-Ի N 375-Ն ՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐԻ ՄԵՋ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ԼՐԱՑՈՒՄՆԵՐ ԿԱՏԱՐԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ» ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՈՐՈՇՄԱՆ ՆԱԽԱԳԾԻ**

**1. Ընթացիկ իրավիճակը և իրավական ակտի ընդունման անհրաժեշտությունը**

«Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն և 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշումների մեջ փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշման նախագծի ընդունումը բխում է ՀՀ կառավա­րության ծրագրի «Առողջապահություն» բաժնի 5-րդ կետի «ա» ենթակետով 2017 թվականի համար նախատեսված` պետական պատվերի տեղաբաշխման գործընթացի թափանցիկության բարձրաց­ման, ՀՀ պետական բյուջեի միջոցների առավել նպատակային և արդյունավետ օգտագործման անհրաժեշտությունից:

Ներկայումս սոցիալական փաթեթի շահառուների (այսուհետ նաև՝ Շահառու) համար պետության կողմից երաշխավորված անվճար պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման կարգն ու ծառայությունների փաթեթները սահմանված են ՀՀ կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն որոշումով:

Գործող իրավակարգավորմամբ Շահառուների համար ՀՀ պետական բյուջեից հատկացվող միջոցները բժշկական հաստատությունների միջև բաշխվում են նախապես` մինչև կոնկրետ բժշկական ծառայություն մատուցելը, տարվա ընթացքում առաջանում է բաշխված գումարի և պահանջարկի անհամապատասխանություն, և մեծ պահանջարկ ունեցող բժշկական հաստատություններին տրամադրված գումարները ծախսվում են օրացուցային տարվա ավարտից շատ ավելի շուտ:

Ստացվում է մի իրավիճակ, երբ Շահառուն փաստացի չի կարողանում օգտվել բժշկական ծառայություններից և գործող կարգի համաձայն՝ ստիպված է լինում հերթագրվել` սպասելով ծառայությունների մատուցմանը 3-6 ամիս: Բացի այդ՝ Շահառուն մինչև ծառայությունը ստանալը երբեմն զրկված է հստակ իմանալու հնարավորությունից՝ իրեն ցուցված բժշկական ծառայությունը պետք է տրամադրվի իր, թե պետության միջոցների հաշվին, քանի որ կոնկրետ դեպքի փոխհատուցման ենթակա լինելու վերաբերյալ որոշումը կայացվում է միայն բուժման ավարտին: Գործող համակարգի պայմաններում Շահառուն հնարավորություն չունի նաև անհրաժեշտ հիվանդանոցային բուժօգնությունը ստանալու համար անմիջապես դիմել հիվանդանոցային օղակի բժշկական հաստատությանը, որը փաստացի պետք է մատուցի ծառայությունը, քանի որ պարտադիր նախապայման է հանդիսանում սոցիալական փաթեթի շահառու հանդիսանալու վերաբերյալ հավաստագրի ստացումը և առաջնային պահպանման օղակի բուժհաստատության ուղեգիրը, ինչը շատ դեպքերում ֆորմալ բնույթ է կրում և շահառուի կողմից ընկալվում է որպես բյուրոկրատական քաշքշուկ:

Առկա խնդիրների և խոչընդոտների պատճառով ներկայումս Շահառուներն իրենց համար անվճար պայմաններով տրամադրման ենթակա բժշկական ծառայություններից շատ դեպքերում ստիպված օգտվում են վճարովի հիմունքներով: Օբյեկտիվ պատճառներից ելնելով՝ բավարար չեն նաև գործող վերահսկողական մեխանիզմները և խնդիրների հարթման մեխանիզմները: Արդյունքում առկա են բազմաթիվ դժգոհություններ ինչպես Շահառուների, այնպես էլ բժշկական հաստատությունների շրջանում:

**2. Առաջարկվող կարգավորման բնույթը**

Նախագծով նախատեսվում է Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն և Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի N 375-Ն **որոշումների մեջ** կատարել փոփոխություններ և լրացումներ: Փոփոխությունների հիմնական նպատակը սոցիալական փաթեթի շահառուների համար իրենց նախընտրած բժշկական հաստատությունում տրամադրվող բժշկական փաթեթի շրջանակներում բժշկական ծառայությունների ամբողջ ծավալով, անխոչընդոտ` առանց հերթագրումների ստացումն է` միաժամանակ ուժեղացնելով ծախսվող ֆինանսական միջոցների նկատմամբ վերահսկողությունը և բարձրացնելով դրանց արդյունավետությունը: Ստորև, ըստ հիմնական ուղղությունների, ներկայացված են առաջարկվող մոդելի առանձնահատկությունները:

**Մոդելի նկարագիր**

Առաջարկվող մոդելով ՀՀ Կառավարությունը, ի դեմս Առողջապահության նախարարության, յուրաքանչյուր տարի ապահովագրում է սոցիալական փաթեթի շահառուներին ՀՀ-ում գործող առողջության ապահովագրության լիցենզիա ունեցող և սոցիալական փաթեթի շահառուների ապահովագրության ծրագրին մասնակցության հայտ ներկայացրած ապահովագրական ընկերություններում՝ ապահովելով բժշկական փաթեթով նախատեսված ծառայությունների տրամադրումը սոցիալական փաթեթի շահառուներին` որպես ապահովագրված անձինք:

Շահառուն հնարավորություն է ունենում առանց որևէ հավաստագրի անհրաժեշտության, միայն անձը հաստատող փաստաթղթի միջոցով դիմել ծրագրում ներառված ցանկացած բժշկական հաստատություն և ստանալ փաթեթով նախատեսված բժշկական ծառայությունները:

Ընդ որում, սոցիալական փաթեթի շահառուներին ծառայությունների մատուցումը հստակ կանոնակարգելու և պատշաճ որակով իրականացնելու նպատակով ներկայացվող որոշմամբ սահմանվում են տրամադրվող ապահովագրության փաթեթը, ապահովագրական պայմանագրի ձևը, բժշկական հաստատությունների հետ ապահովագրական ընկերությունների համագործակցության կարգը, ինչպես նաև ապահովագրական ընկերությունների ընտրության և ընտրված ապահովագրական ընկերությունների միջև շահառուների բաշխման (կցագրման) և վերաբաշխման բազմագործոն համակարգը, որում ներառված են ինչպես ապահովագրական ընկերությունների ֆինանսական և գործառնական կարողությունների գնահատման ցուցանիշները, այնպես էլ փաստացի մատուցված ծառայությունների որակական ցուցանիշներ:

Որոշմամբ բժշկական հաստատությունների ցանկը, որոնցում Շահառուն կարող է ստանալ տրամադրվող բժշկական ծառայությունները, ինչպես նաև բժշկական ծառայությունների գնացուցակը սահմանվում են Առողջապահության նախարարության կողմից, պարտադիր են ծրագրին մասնակից ապահովագրական ընկերությունների համար և հանդիսանում են համապատասխանաբար ապահովագրության պայմանագրի, ապահովագրական ընկերությունների և բժշկական հաստատությունների միջև կնքվող ծառայությունների մատուցման պայմանագրի անբաժանելի մասը:

**3. Նախագծի մշակման գործընթացում ներգրավված ինստիտուտները,   
անձինք և նրանց դիրքորոշումը**

Նախագծի մշակմանը մասնակցել են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության աշխատակազմի պետական առողջապահական գործակալությունը, կառուցվածքային ստորաբաժանումների աշխատակիցները, ՀՀ կենտրոնական բանկը:

**4. Ակնկալվող արդյունքը**

Իրավական ակտի ընդունմամբ ակնկալվում է, որ ՀՀ պետական բյուջեից հատկացվող միջոցները կծախսվեն առավել նպատակային և հասցեական, զգալիորեն կբարձրանան պետական հիմնարկներում և կազմակերպություններում աշխատող շուրջ 100,0 հազար Շահա­ռուի սոցիալական փաթեթի շրջանակներում հատկացվող բժշկական ծառայություններից օգտվելու մատչելիությունը և դիմելիությունը՝ նվազագույնի հասցնելով հերթագրումների և Շահառուի կողմից նախընտրած բժշկական հաստա­տությունների ընտրության հետ կապված լարվածությունը: Առաջարկվող նախագծի իրավակարգավորման պայմաններում ակնկալվում է նաև մատուցվող բժշկական ծառայությունների որակի բարձրացում՝ շնորհիվ նոր մեխանիզմով ներդրված կրկնակի վերահսկողության մեխանիզմի: Նոր մեխանիզմով, բացի Առողջապահության նախարարությունից, բժշկական ծառայությունների մատուցման ընթացքին և հասցեականությանը հետևում է նաև ապահովագրական ընկերությունը` որպես ապահովագրական հատուցումը վճարող և բժշկական ծառայությունների մատուցումը կազմակերպող կողմ: