Հայաստանում առողջապահության ամենօրյա պատկերը

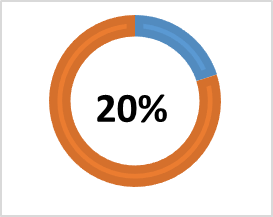
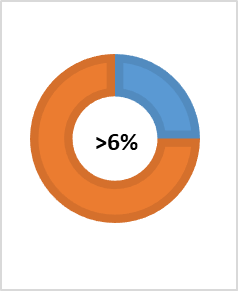
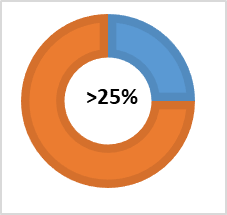
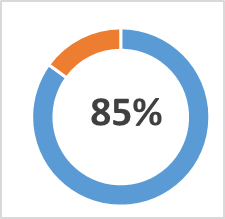
ՉԿԱ ՀԱՄԱՊԱՐՓԱԿ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

ՉԿԱ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

ՉԿԱ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ

ՉԿԱ ՈՐԱԿ

Ի՞նչ են անում ներկայումս մարդիկ, եթե բուժօգնության կարիք ունեն



Կատարում են գրպանից դուրս ծախսեր

Շուրջ 9%-ի համար դրանք աղետալի են

Դրա հետևանքով նրանց զգալի մասն աղքատանում է

Եվ ֆինանսական պատճառներով չի դիմում բժշկի

Առողջապահական ծախսեր

Սպառողական ծախսեր

Աղքատացող բնակչություն

Բժշկի չդիմելու պատճառներ

***ՆԱԽԱԳԻԾ***

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ**

**Ո Ր Ո Շ Ո Ւ Մ**

**«——« սեպտեմբերի 2019 թվականի N ------------ Լ**

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՊԱՐՓԱԿ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳԻՆ ՀԱՎԱՆՈՒԹՅՈՒՆ ՏԱԼՈՒ ՄԱՍԻՆ**

Հիմք ընդունելով Հայաստանի Հանրապետության Սահմանադրության 146-րդ հոդվածը և հաշվի առնելով Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2018 թվականի հունիսի 8-ի N 667-Լ որոշման 2-րդ կետը` Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը ***որոշում է.***

1. Հաստատել՝

1) Առողջության համապարփակ ապահովագրության ներդրման հայեցակարգը` համաձայն N 1 հավելվածի.

2) Առողջության համապարփակ ապահովագրության ներդրման հայեցակարգից բխող միջոցառումների իրականացման ժամանակացույցը՝ համաձայն N 2 հավելվածի:

3) Առողջության համապարփակ ապահովագրության ներդրման նպատակների և միջոցառումների գնահատման համախմբված ցուցանիշների ցանկը՝ համաձայն N 3 հավելվածի:

2. Հայաստանի Հանրապետության պետական կառավարման մարմինների ղեկավարներին՝ սույն որոշումն ուժի մեջ մտնելու պահից ապահովել հայեցակարգից բխող միջոցառումների իրականացումը ըստ սահմանված ժամանակացույցի:

|  |  |
| --- | --- |
| **Հայաստանի Հանրապետության վարչապետ** | **Ն. Փաշինյան** |
| 2019 թ. սեպտեմբերի --  Երևան |  |

Բովանդակություն

[Օգտագործված հապավումներ 4](#_Toc19309786)

[**Հ Ա Յ Ե Ց Ա Կ Ա Ր Գ** 5](#_Toc19309787)

[**I. ԱՄՓՈՓ ՆԿԱՐԱԳԻՐ** 5](#_Toc19309788)

[**II. ԱՌԿԱ ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ ԵՎ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ** 5](#_Toc19309789)

[2.1. Առողջապահական համակարգի կառավարումը 5](#_Toc19309790)

[2.2. Առողջապահության ֆինանսավորման պատկերն ըստ աղբյուրների և ֆինանսների կառավարման գործառույթների 7](#_Toc19309791)

[2.3. ՀԾՓ և բնակչության խմբեր 11](#_Toc19309792)

[2.4. Բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների ձեռք բերման/գնման գործող մեխանիզմները 12](#_Toc19309793)

[2.5. Բժշկական ծառայություների փոխհատուցման գործող մեխանիզմները 15](#_Toc19309794)

[2.6. Հաշվետվողականության և վերահսկման առկա համակարգերը 17](#_Toc19309795)

[2.7. Բժշկական օգնության որակը 19](#_Toc19309796)

[2.8. Առողջապահության տեղեկատվական համակարգերը 20](#_Toc19309797)

[2.9. Հիմնախնդիրները 21](#_Toc19309798)

[III. ԱՀԱ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԸ 22](#_Toc19309799)

[IV. ԱՀԱ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐԻ ԼՈՒԾՈՒՄ ԵՎ ԱՀԱ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ՆԱԽԱՊԱՅՄԱՆՆԵՐԻ ԱՊԱՀՈՎՈՒՄ 23](#_Toc19309800)

[*4.1. Առողջապահության համակարգի կառավարման գործառույթները* 24](#_Toc19309801)

[*4.2. ԱՀԱ ծածկույթը՝ բնակչության խմբերը և ծառայությունները* 24](#_Toc19309802)

[*4.3. ԱՀԱ ծածկույթի հաշվարկը և ֆինանսավորման աղբյուրները* 27](#_Toc19309803)

[*4.4. Բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների ձեռք բերումը/գնումը* 30](#_Toc19309804)

[*4.5. Բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների դիմաց փոխհատուցումը* 32](#_Toc19309805)

[*4.6. Հաշվետվողականություն, մոնիտորինգ և վերահսկում* 33](#_Toc19309806)

[*4.7. Բուժօգնության որակ և տեղեկատվական համակարգեր* 34](#_Toc19309807)

[V. ԱՀԱ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄԸ 36](#_Toc19309808)

[*5.1.* *ԱՀԱ ֆինանսական կայունությունը* 36](#_Toc19309809)

[*5.2.* *Պետական կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինների, բժշկական կազմակերպությունների և բնակչության եկամուտների և ծախսերի վրա ազդեցությունը* 38](#_Toc19309810)

[5.3. Սոցիալական ազդեցությունը 39](#_Toc19309811)

[*5.4. Տնտեսության վրա ազդեցությունը* 40](#_Toc19309812)

[VI. ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՕՐԵՆՍԴՐԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎՈՐՄԱՆ ՇՐՋԱՆԱԿԸ ԵՎ ՀԻՄՔԵՐԸ 41](#_Toc19309813)

[Հավելված 2: Հայաստանի Հանրապետությունում առողջության համապարփակ ապահովագրության համակարգի ներդրման իրավական միջոցառումների ցանկ 43](#_Toc19309814)

[Հավելված 3։ ԱՀԱ ներդրման նպատակների և միջոցառումների գնահատման համախմբված ցուցանիշների ցանկ 45](#_Toc19309815)

# Օգտագործված հապավումներ

|  |  |
| --- | --- |
| ԱԱՀ | Ավելացված արժեքի հարկ |
| ԱԱՀ | Առողջապահության ազգային հաշիվներ |
| ԱԱՊ | Առողջության առաջնային պահպանում |
| ԱՀԱ | Առողջության համապարփակ ապահովագրություն |
| ԱՀԿ | Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն |
| ԱՄՀ | Արժույթի միջազգային հիմնադրամ |
| ԱՄՆ | Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներ |
| ԱՆ | ՀՀ Առողջապահության նախարարություն |
| ԱՊՆԾ | Առողջապահական պետական նպատակային ծրագրեր |
| ԱՊՊԱ | Ավտոտրանսպորտային միջոցների օգտագործումից բխող պատասխանատվության պարտադիր ապահովագրություն |
| ԱՎԾ | Ազգային վիճակագրական ծառայություն |
| ԲՀՄՕ | Բյուջետային համակարգի մասին ՀՀ օրենք |
| ԲՆԱ | Բժշկական նշանակության ապրանք |
| ԲՍՓՀ | Բժշկա-սոցիալական փորձաքննության հանձնաժողով |
| ԳԱՎԻ | Պատվաստումների և պատվաստանյութերի գլոբալ դաշինք |
| ԸԱԾ | Ընդհանուր առողջապահական ծախսեր |
| ՀԶՌԾ | ՀՀ կառավարության հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիր |
| ՀՀ | Հայաստանի Հանրապետություն |
| ՀՆԱ | Համախառն ներքին արդյունք |
| ՀԸԿՏ | Հաշմանդամությամբ ընթացող կյանքի կորցրած տարիներ |
| ՀԾՓ | Հիմնական ծառայությունների փաթեթ |
| ՁԻԱՀ | Ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշ |
| ՄԺԾԾ | ՀՀ կառավարության միջին ժամկետ ծախսերի ծրագիր |
| ՄԻԱՎ | Մարդու իմունային անբավարարության վիրուս |
| ՊԱԳ | ՀՀ ԱՆ պետական առողջապահական գործակալություն |
| ՊԲԱ | Պարտադիր բժշկական ապահովագրություն |
| ՊՊ | Պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բոժօգնություն և սպասարկում |
| ՖՆ | ՀՀ ֆինանսների նախարարություն |

**Հավելված N1**

ՀՀ կառավարության 2019 թվականի

Սեպտեմբերի ----ի N----Լ որոշման

# **Հ Ա Յ Ե Ց Ա Կ Ա Ր Գ**

**ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՊԱՐՓԱԿ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՆԵՐԴՐՄԱՆ**

# **I. ԱՄՓՈՓ ՆԿԱՐԱԳԻՐ**

1. Առողջության համապարփակ ապահովագրության (այնուհետև՝ ԱՀԱ) ներդրման հայեցակարգը (այնուհետև` հայեցակարգ) մշակվել է Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2019 թվականի փետրվարի 8-ի N 65-Ա որոշման N 1 հավելվածի 4.3-րդ կետով նախատեսված միջոցառման կատարման շրջանակներում:
2. ԱՀԱ ներդրման հիմնական նպատակը պետության սոցիալական պատասխանատվության և բնակչության սոցիալական համերաշխության սկզբունքների հիման վրա առողջապահության կայուն ֆինանսավորման համակարգի ստեղծումն է, որը պետք է ապահովի բնակչության բոլոր խմբերի համար բժշկական հիմնական ծառայությունների ֆինանսական հասանելիություն և պաշտպանվածություն:
3. ԱՀԱ-ն առողջապահության բնագավառում բնակչության առողջության պահպանման պետության կողմից ​​երաշխավորված ինքնուրույն համակարգ է, որն ապահովում է հիվանդությունների կանխարգելման, բուժման և ընթացիկ վերահսկման ծախսերի փոխհատուցումը: ԱՀԱ համակարգը ապահովագրվածների համար երաշխավորում է բարձրորակ բժշկական օգնություն ստանալու հավասար հնարավորություններ։
4. ԱՀԱ-ն իրականացվելու է մեկ միասնական գնորդի/վճարողի սկզբունքով՝ պետության կողմից հիմնադրված կառույցի` ԱՀԱ հիմնադրամի միջոցով, որը պետք է ապահովի ապահովագրվածների առողջապահական ծախսերի համար անհրաժեշտ գումարների հաշվարկման և ծախսման արդյունավետությունը։
5. ԱՀԱ ներդրման հիմնական արդյունքը հիվանդացության և մահացության ցուցանիշների բարելավումն է, առողջական խնդիրների հետևանքով հաշմանդամության դեպքերի նվազումը, ինչը կնպաստի մարդկային կապիտալի կայուն զարգացմանը և տնտեսության աճին:

# **II. ԱՌԿԱ ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ ԵՎ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ**

# 2.1. Առողջապահական համակարգի կառավարումը

1. Առողջապահական համակարգը ներառում է հիվանդանոցներ, պոլիկլինիկաներ, առողջության առաջնային պահպանման կենտրոններ, բուժակ-մանկաբարձական կետեր, գիտահետազոտական, ախտորոշիչ կենտրոններ, ուսումնական հաստատություններ, հիվանդությունների վերահսկում և կանխարգելում իրականացնող կենտրոններ, դեղատներ, առողջարաններ և այլն։
2. 1996 թվականից սկսվեց առողջապահության համակարգի կառավարման ապակենտրոնացման գործընթացը: Դրա արդյունքում նախկինում գործող շրջանային մոտ 40 բուժմիավորումների հիման վրա ստեղծվեցին 377 ինքնուրույն բժշկական կազմակերպություններ՝ առանձնացվեցին հիվանդանոցները, պոլիկլինիկաները, կանանց առողջության կենտրոններն ու ծննդատները, ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկաները, գյուղական բժշկական ամբուլատորիաները: Միևնույն ժամանակահատվածում սկսվեց նաև մասնավորեցման գործընթացը, որի արդյունքում ամբողջությամբ մասնավորեցվեց դեղատնային ցանցը և ստոմատոլոգիական պոլիկլինիկաները, ինչպես նաև առանձին առողջարաններ, ախտորոշիչ կենտրոններ և հիվանդանոցներ: Հետագայում մասնավոր ներդրումների հաշվին հիմնադրվեցին նոր բժշկական կազմակերպություններ, զգալիորեն ավելացավ ստոմատոլոգիական կենտրոնների և դեղատների թվաքանակը: Արդյունքում, 2019թ-ի դրությամբ, գործող բժշկական կազմակերպությունների 29%-ը մասնավոր է, ինչը ընդգրկում է մահճակալային ֆոնդի և բուժանձնակազմի համապատասխանաբար՝ 32% և 35%-ը: Դեղատների թվաքանակը անցնում է 1500-ից, ինչը առկա բնակչության թվաքանակի հետ համեմատած մի քանի անգամ գերազանցում է միջազգային համանման ցուցանիշը:
3. Ապակենտրոնացմանը և առանձնացմանը հաջորդեց դրանց միավորումը՝ 2004թ-ին մեկնարկված օպտիմալացման ծրագրի շրջանակներում: Դրա արդյունքում առանձին հիվանդանոցներ գրեթե չմնացին, հատկապես մարզերում դրանք միավորված են պոլիկլինիկաների, շտապօգնության կայանների հետ և գործում են որպես բազմապրոֆիլ բժշկական կենտրոններ, իսկ մնացած հիվանդանոցները, որոնք գործում են հիմնականում Երևան քաղաքում՝ նեղ մասնագիտացված կենտրոններ կամ ծննդատներ են: Առանձին պոլիկլինիկաներ գործում են միայն Երևանի, Գյումրու և Վանաձորի համայնքային ենթակայության տակ: Բժշկական կազմակերպությունների մեծ մասը կամ շուրջ 75.7%-ը պետության մասնաբաժնով` ԱՆ, այլ պետական կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինների ենթակայության ներքո գտնվող փակ բաժնետիրական ընկերություններ, պետական կամ համայնքային ոչ առևտրային ընկերություններ են:
4. Բնակչության որոշակի հատված բժշկական օգնություն և սպասարկում է ստանում ուժային կառույցների՝ պաշտպանության նախարարության, ոստիկանության, ազգային անվտանգության ծառայության, արտակարգ իրավիճակների նախարարության, արդարադատության նախարարության կառուցվածքում գործող պոլիկլինիկաներում և հոսպիտալներում։ Այս կազմակերպությունների կողմից արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային անվճար ծառայություններ են մատուցվում ոչ միայն զինծառայողներին, այլ նաև նրանց ընտանիքների անդամներին: Վերջիններս կարող են ստանալ միևնույն ծառայությունները անվճար սկզբունքով նաև քաղաքացիական բժշկական կազմակերպություններում: Ծառայությունների մատուցման և տարբեր աղբյուրներից ֆինանսավորման բացառումը կարող է հանդիսանալ ֆինանսական ռեսուրսների ծախսման արդյունավետության բարելավման միջոց:
5. Առողջապահական հիմնարկները և ռեսուրսները հիմնականում կենտրոնացված են հանրապետության առավելապես խոշոր քաղաքներում (հիմնականում Երևանում` բժիշկների 68.3%-ը, հիվանդանոցային մահճակալների 51.8%-ը, ստացիոնար բուժհիմնարկների 32.1%-ը), որը ստեղծում է լուրջ խոչընդոտներ հանրապետության հեռավոր բնակավայրերի բնակչության բուժօգնության և սպասարկման ֆիզիկական մատչելիության ապահովման առումով։

# 2.2. Առողջապահության ֆինանսավորման պատկերն ըստ աղբյուրների և ֆինանսների կառավարման գործառույթների

1. Առողջապահության համակարգում բարեփոխումների կարևորագույն քայլ էր 1996 թվականին Ազգային Ժողովի կողմից «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի ընդունումը, որում ի թիվս այլ կարևոր կանոնակարգումների ամրագրվեց առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի միջոցով պետության կողմից բնակչության առողջության պահպանման սահմանադրական պարտականությունների իրացումը: Ելնելով օրենքի պահանջից, սկսած 1997 թվականից, պետական բյուջեից առողջապահությանն ուղղվող ծախսերը իրականացվում են առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի (ԱՊՆԾ) միջոցով, որտեղ նշվում են հիմնական գերակայությունները և նպատակները, ինչպես նաև առանձին միջոցառումները:
2. Որպես առողջապահության ֆինանսավորման ներքին աղբյուր, պետական բյուջեի ծախսերի ձևավորումն ունի երկու հիմնական մոտեցում՝ առողջապահական գերակայությունների պահպանում և սոցիալական ուղղվածության ապահովում։ Առողջապահության ֆինանսավորման համար չի գործում որևէ նպատակային հարկ, գումարները տրամադրվում են բյուջետային ընդհանուր մուտքերից՝ ելնելով կառավարության գերակայություններից և առաջնահերթություններից: Սկսած խորհրդային ժամանակներց մինչ օրս, առողջապահությունը չի համարվել առաջնահերթ ուղղություն և պետական բյուջեի հատկացումները միջինում չեն գերազանցել տարեկան բյուջետային ծախսերի 6%-ը և ՀՆԱ-ում 1,5%-ը։ Գործող ՊՊ համակարգում ՀԾՓ-ի ծածկույթն ապահովվում է կառավարության կողմից հաստատված խմբերի և առանձին հիվանդությունների համար՝ պետական բյուջեի հատկացումների հաշվին։ Ծրագրերի և միջոցառումների համար նախատեսվող գումարները հաշվարկվում են դեռևս պատմականորեն ձևավորված կատարողականների՝ հիմնականում հիվանդանոցային դեպքերի և կատարված լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների թվաքանակներով։ Բյուջեի համապատասխան ծրագրերի և միջոցառումների կազզման ընթացքում հաշվի չեն առնվում բնակչության սեռատարիքային կամ առողջական առանձնահատկությունները և դրանց ազդեցության չափը չի հաշվարկվում, որի հետևանքով որոշակի ծրագրեր անընդհատ գերակատարվում են, իսկ այդ գերակատարումները հաշվի չառնելը ռիսկերը տեղափոխում են բուժհիմնարկների և շահառուների մակարդակ։
3. Առողջապահական համակարգի ֆինանսավորման ամենախոշոր աղբյուրը քաղաքացիների ուղղակի վճարումներն են, որոնք կազմում են առողջապահության ֆինանսավորման շուրջ 85,5 տոկոսը[[1]](#footnote-1): Քաղաքացիների ուղղակի վճարումներից 90 տոկոսը և ավելին կազմում են ուղղակի գրպանից կատարվող վճարումները, որոնց մեջ հիվանդանոցային ծառայությունների դիմաց վճարումների շուրջ 25-30 տոկոսը, ըստ փորձագիտական գնահատականների, կազմում են ոչ պաշտոնական վճարումները։ 1997 թ.-ին վճարովի ծառայություններ իրականացնելու իրավունքը օրենքով ամրագրելու հիմնական նպատակը բնակչության կողմից ոչ պաշտոնական (ստվերային) վճարումների էապես կրճատումն էր, այդուհանդերձ դա տեղի չունեցավ: Սոցիալ-տնտեսական ճգնաժամի պայմաններում, չնայած վճարունակության խիստ անկմանը, բնակչությունը ստիպված էր իր առողջապահական կարիքների համար վճարումների բեռի մեծ մասը վերցնել իր վրա, կատարելով ոչ պաշտոնական (ստվերային) անմիջական վճարումներ: Այդպիսի իրավիճակի հիմնական և կարևորագույն պատճառը պետական բյուջեի միջոցների հաշվին փոխհատուցվող բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների, ինչպես նաև բժշկական կազմակերպությունների կողմից վճարովի ծառայությունների համար սահմանված ցածր գներն էին, որոնք ամբողջությամբ չեին ծածկում կատարվող իրական ծախսերը: Այդ ծառայությունների իրական գնագոյացման հարցերն, ըստ էության, դեռևս ամբողջությամբ կանոնակարգված չեն: Վճարովի ծառայությունների գները սահմանվում են բուժօգնություն իրականացնողների կողմից` առանց պետության միջամտության ու կարգավորման: Շատ դեպքերում վճարովի բուժօգնության գները հաստատվում են ՊՊ շրջանակներում փոխհատուցվող գների չափով կամ ավելի պակաս՝ հիմնականում գների հաշվարկման մեթոդաբանության բացակայության պատճառով։ Համավճարները, որպես ֆինանսավորման պաշտոնական մասնավոր աղբյուր, գործնական կիրառում են ստացել 2004թ-ից սկսած՝ արտահիվանդանոցային դեղորայքային ծրագրի մեկնարկով, որը նախատեսում էր բնակչության որոշակի խմբերի համար հիմնական դեղերի ցանկից համավճարով կամ ամբողջությամբ անվճար դեղերի տրամադրում: Այս ծրագրով բնակչության որոշակի խմբեր վճարում են դեղորայքի գնի 50 կամ 70%-ի չափով։ Հիվանդանոցային օղակում ներկայումս շարունակվում է 2011 թվականից ամբողջ հանրապետությունում անհետաձգելի և գինեկոլոգիական բժշկական օգնության, իսկ ավելի ուշ ուռուցքաբանական և մաշկային ու սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների բուժման նպատակով մատուցվող ծառայությունների համար կիրառվող համավճարների մեխանիզմի կիրառումը: Պետության կողմից փոխհատուցվող ծառայությունների գների ցածր մակարդակը, համավճարի կիրառման մասնատվածությունը և համավճարի չափի անփոփոխ լինելը տարիների ընթացքում համավճարը դարձրեցին լրացուցիչ բեռ բնակչության գրպանին։

Մասնավոր ծախսերում ամենամեծ տեսակարար կշիռը դեղերի և ԲՆԱ ձեռք բերման ծախսերն են: Տնային տնտեսությունների առողջապահական ընդհանուր 484,576.8 մլն դրամ ծախսերից 188,188,1 մլն դրամը կամ 39%-ը կազմում է դեղորայքի և ԲՆԱ ձեռք բերման ծախսերը, որից 188,178,5 մլն դրամը տնային տնտեսությունների կողմից առանց դեղատոմսի դեղերի ձեռք բերման ծախսն է։ Դեղորայքի համար ծախսերի ամենամեծ տեսակարար կշիռը գրանցվել է շնչառական, աղեստամոքսային, ներզատական, ուռուցքաբանական, նյարդաբանական, սրտաբանական հիվանդությունների բուժօգնության դեպքում[[2]](#footnote-2):

1. Հայաստանում գործում է ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին օրենք, որի շրջանակներում սահմանափակ ծավալներով իրականացվում է կամավոր բժշկական ապահովագրություն (ԸԱԾ-ի 1,5%): Օրենքում առողջության ապահովագրությունը սահմանվում է որպես ամրագրված դրամական հատուցում կամ հատուցում՝ կախված պատահարի բնույթից, կամ վերջին երկուսը միասին վերցված: Հայաստանում միայն բժշկական ապահովագրությամբ զբաղվող ապահովագրական ընկերություններ չկան: Առողջության ապահովագրումն իրականացվում է մասնավոր ապահովագրական ընկերությունների կողմից, որոնք շուկայում ներկայացնում են նաև բազմաթիվ այլ ապահովագրական ծառայություներ (պրոդուկտներ)՝ սկսած ավտոտրանսպորտային պատահարների պարտադիր ապահովագրությունից և վերջացրած Հայաստանից դուրս գնացող քաղաքացիների կյանքի և առողջության վնասի փոխհատուցման փաթեթներով: Առողջության ապահովագրության փաթեթներում հիմնականում ընդգրկված են միջազգային և արտասահմանյան կազմակերպությունների, տեղային կազմակերպությունների սահմանափակ թվով աշխատակիցներ: Առողջության կամավոր ապահովագրության զարգացումը խթանելու նպատակով հարկային օրենսգրքով արտոնություններ են սահմանվել կազմակերպությունների համար, որոնք իրենց աշխատակիցներին մինչև 120.0 հազ դրամի շրջանակներում ապահովագրելու դեպքում կարող են այդ գումարը որպես ծախս դիտարկել և նվազեցնել հարկվող շահույթի մեծությունից:
2. 2012 թվականի պետական բյուջեով պետական ծառայողների աշխատավարձի 10% աճի համար նախատեսված գումարները (18 մլրդ դրամ), ուղղվեցին վերջիններիս սոցիալական փաթեթի ծրագրի իրականացմանը, որից առողջության ապահովագրության պարտադիր բաղադրիչի համար նախատեսված միջոցները կազմեցին 10.5 մլրդ դրամ կամ ընդհանուր սոցիալական փաթեթի ծրագրի համար նախատեսված գումարների 58%-ը, որից կատարված ապահովագրական հատուցումների կամ բուժօգնության դիմաց վճարումների ընդհանուր ծավալը կազմեց 33% կամ 3,45 մլրդ դրամ: Սա նշանակում է, որ պետական բյուջեից այս նպատակով հատկացված գումարների 67%-ը կամ 7,01 մլրդ դրամը, մնացել է վերոհիշյալ մասնավոր ապահովագրական ընկերությունների տրամադրության տակ: Հաշվի առնելով վերոնշյալը, կառավարությունը[[3]](#footnote-3) 2013թ-ին զինծառայողների և նրանց հավասարեցված անձանց, ինչպես նաև փրկարար ծառայության ծառայողների, իսկ 2014թ-ից պետական ծառայողների համար առողջության ապահովագրության ծառայությունները դուրս բերեց սոցիալական փաթեթի շրջանակներից և այդ գումարները փոխանցեց ԱՆ` վերոհիշյալ անձանց համար բժշկական օգնության և սպասարկման ծրագրեր իրականացնելու նպատակով: Ընդ որում, պետք է փաստել, որ ԱՆ փոխանցելուց հետո, ֆինանսավորման ավելի փոքր ծավալների շրջանակներում (շուրջ 5,0 մլրդ դրամ կամ ապահովագրականներին 2012թ-ին փոխանցված գումարների ընդամենը 50%-ի չափով), ավելացվեցին այս ծրագրերի շրջանակներում սպասարկվող շահառուների թվաքանակը (զինծառայողների և նրանց ընտանիքների մասով որպես շահառուների խումբ ավելացվեցին ժամկետային զինծառայողները և նրանց ընտանիքների անդամները), վերացվեցին հատուկ և դժվարամատչելի հետազոտությունների սահմանափակումները, ավելացվեցին փաթեթի շրջանակներում տրամադրվող ծառայությունները և հանվեց առավելագույն փոխհատուցման շեմը (ապահովագրականների դեպքում գործում էր 3,8 մլն դրամ առավելագույն փոխհատուցման շեմ): Այս դեպքում, կառավարությունը կարողացավ վերաբաշխել առկա ֆինանսական ռեսուրսները, մինչդեռ ապահովագրական ընկերություններին փոխանցելու դեպքում նման վերաբաշխման հնարավորություն կառավարությունը չուներ և ավել փոխանցված գումարները մնացին ապահովագրական ընկերությունների տրամադրության տակ: Չնայած այս անհաջող փորձառությանը, կառավարությունը սոցիալական փաթեթի շահառուների[[4]](#footnote-4) մասով բյուջետային գումարները 2017 թվականի հոկտեմբերի 1-ից նորից փոխանցեց մասնավոր ապահովագրական ընկերությունների[[5]](#footnote-5): Նոր կարգով նախատեսված է, որ հատուցումների հարաբերությունն ապահովագրավճարներին պետք է ունենա 90% ուղենշային մակարդակ կամ ապահովագրական ընկերությունների տրամադրության տակ կմնա մոտ 10% (94.5 մլն դրամ): Սակայն, փաստացի հատուցումների հարաբերությունն ապահովագրավճարներին կազմել է 76.4% կամ ապահովագրական ընկերությունների մոտ 2017թ-ի 4-րդ եռամսյակի կտրվածքով, մնացել է շուրջ 222.9 մլն դրամ՝ 128.4 մլն դրամ ավելի, քան նախատեսվող 94.5 մլն դրամը: Համեմատության համար նշենք, որ 2017թ.-ին պետական բյուջեից ֆինանսավորվող բոլոր առողջապահական ծրագրերը (67.0 մլրդ դրամ) կառավարելու համար, պետությունը ՊԱԳ-ի պահպանման վրա ծախսել է շուրջ 360.0 մլն դրամ[[6]](#footnote-6): Կառավարությունը նաև հնարավորություն է տվել սոցիալական փաթեթի գումարն ամբողջությամբ օգտագործել պետական հիմնարկների ծառայողների ընտանիքների բժշկական ապահովագրության համար, սակայն մասնավոր ապահովագրական ընկերությունները ակտիվություն չեն ցուցաբերում այս հարցում՝ համարելով այն ռիսկային։ Այսպիսով, չնայած 2002 թվականից օրենքով գործել է առողջության մասնավոր/կամավոր ապահովագրությունը, ապահովագրական ընկերություններին տրվել են հնարավորություններ և արտոնություններ՝ առողջության ապահովագրության մասնաբաժինը մեծացնելու նպատակով, սակայն դրանք չեն հանգեցրել հիմնական նպատակների իրականացմանը՝ գրպանից կատարվող ուղղակի ծախսերի նվազեցման, ծախսերի կառուցվածքի փոփոխությունների, աղետալի ծախսերի կրճատման: Մասնավոր/կամավոր ապահովագրության զարգացման խնդիրներից ամենաէականը համապարփակ ապահովագրության բացակայությունն է ողջ բնակչության համար: ԱՀԱ ներդրման դեպքում մասնավոր ապահովագրական ընկերությունները հնարավորություն կունենան լրացնել ՀԾՓ-ում չընդգրկված ծառայությունները, քանզի ԱՀԱ հիմնադրամը իր վրա կվերցնի հիմնական ռիսկերը և այդ դեպքում մասնավոր ապահովագրական ընկերությունները կարող են առաջարկել լրացուցիչ փաթեթներ՝ առանց վախենալու անհատական ռիսկերի չհավասարակշռված բաշխումից։
3. Առողջապահության ֆինանսական մյուս աղբյուրի՝ արտաքին աշխարհից առողջապահության համակարգում կատարված ծախսերն իրենց արտացոլումն են գտնում պետական բյուջեում, բացառությամբ բարեգործական ծրագրերի շրջանակներում առողջապահության համակարգում կատարված աշխատանքների և մատակարարված ապրանքների։ Առողջապահության համակարգում հիմնական ֆինանսական ներկայություն ապահովել են Համաշխարհային Բանկի, Գլոբալ Հիմնադրամի, ԳԱՎԻ-ի կողմից իրականացվող ծրագրերը: Այս կազմակերպությունների կողմից տրամադրվող ֆինանսական աջակցությունը՝ վարկերի և դրամաշնորհների տեսքով, ուղղված են առողջապահական համակարգի ենթակառուցվածքների հզորացմանը և կառավարման բարելավմանը (Համաշխարհային բանկ), առանձին հիվանդությունների դեմ պայքարին (Գլոբալ Հիմնադրամի կողմից տուբերկուլյոզի և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի դեմ պայքար), պատվաստանյութերի ձեռք բերմանը (ԳԱՎԻ): Ֆինանսավորումն իրականացվում է վարկային ծրագրերի կամ կառավարության հետ համագործակցային հուշագրերի շրջանակներում և տարեց տարի նվազում է՝ ակնկալելով պետության կողմից մասնակցության չափի ավելացում հետագա տարիների ընթացքում, ինչը ենթադրում է պետական բյուջեից կամ այլ աղբյուրներից այս ծախսերի իրականացում։

# 2.3. ՀԾՓ և բնակչության խմբեր

1. ՀԾՓ-ն ընդգրկում է ինչպես ողջ բնակչության, այնպես էլ բնակչության որոշակի խմբերի համար անվճար և արտոնյալ (համավճարով) պայմաններով մատուցվող հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ:
2. Ամբողջ բնակչության համար հիմնականում հասանելի են առանձին անհետաձգելի վիճակների և հիվանդությունների, ինֆեկցիոն և սոցիալական նշանակության հիվանդությունների, առողջության առաջնային պահպանման և շտապ բժշկական օգնության ծառայությունները: Բնակչության բոլոր խմբերին պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում, ԱՆ կողմից սահմանված հիվանդությունների և վիճակների ցանկի համաձայն տրամադրվում են հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման հետևյալ տեսակները և ծառայությունները․
3. վերակենդանացման միջոցառումներ,
4. տուբերկուլյոզի բժշկական օգնության ծառայություններ,
5. հոգեկան և նարկոլոգիական հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ,
6. աղիքային և այլ ինֆեկցիոն հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ,
7. զորակոչային տարիքի անձանց բժշկական օգնության ծառայություններ,
8. ծննդօգնություն,
9. մինչև 18 տարեկան երեխաների բժշկական օգնության ծառայություններ,
10. հեմոդիալիզի ծառայություններ.

Բնակչության բոլոր խմբերին տրամադրվում է նաև արտոնյալ պայմաններով, այսինքն՝ համավճարի/համաֆինանսավորման սկզբունքով, անհետաձգելի բուժօգնության, ուռուցքաբանական և արյունաբանական (միայն քիմիաթերապիայի մասով), գինեկոլոգիական, մաշկային և սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների բուժման փաթեթներ: Այս դեպքերում բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկում ընդգրկված անձանց համար չի կիրառվում համաֆինանսավորման դրույթը:

Բնակչության բոլոր խմբերին անվճար տրամադրվում է նաև պետության կողմից երաշխավորված արտահիվանդանոցային (ամբուլատոր-պոլիկլինիկական) բժշկական օգնություն և սպասարկում՝ սահմանված ծառայությունների փաթեթների շրջանակներում:

1. Բնակչության խմբերը, որոնց համար հասանելի է ավելի լայն ծածկույթ, ձևավորվել են տարիների ընթացքում՝ հիմնականում ընդգրկելով սոցիալական կամ հատուկ կարգավիճակ ունեցողներին՝ հաշմանդամություն ունեցող անձիք, զինծառայողներ, մինչև 18 տարեկան երեխաներ, ընտանեկան նպաստի համակարգում ընգրկված և 30 և ավելի միավոր ունեցող ընտանիքների անդամներ։ Բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկը, ինչպես նաև ծառայությունների փաթեթները, դրանց բացառությունները սահմանվում են կառավարության որոշումներով և ԱՆ հրամաններով:

Բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկում ընդգրկված անձանց, ամբողջ բնակչության համար հասանելի բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակներից ու ծառայություններից բացի, անվճար տրամադրվում են նաև հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման մնացած տեսակներն ու ծառայությունները, դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների, ինչպես նաև որոշ խմբերին ստոմատոլոգիական բժշկական օգնության ծառայությունների փաթեթներ:

1. Բնակչության համար դեղերի ապահովումն իրականացվում է առանձին հիվանդությունների համար, ինչպես նաև բնակչության հատուկ խմբերին՝ հիմնական դեղերի ցանկում ընդգրկված դեղերի մասով: Անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով դեղերը տրամադրվում են դեղատոմսերով՝ հիմնական դեղերի ցանկից։
2. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներից դուրս մնացած ծառայությունների համար թե բնակչության սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերը, թե այդ խմբերում չընդգրկված քաղաքացիները վճարում են ուղղակիորեն, իրենց անձնական միջոցներից, բանկային վարկերի միջոցով, ապահովագրական ընկերությունների, բարեգործական կազմակերպությունների և հիմնադրամների միջոցների հաշվին:
3. Հիմնական ծառայությունների փաթեթի էվոլյուցիոն զարգացման ընթացքում այն կորցրել է սկզբնական տրամաբանությունը՝ հիվանդությունների հիմնական բեռին համահունչ ծառայությունների մատուցումը: ՀԾՓ-ներում փոփոխությունները հաճախ իրականացվել են ելնելով կարճաժամկետ սոցիալական խնդիրներ լուծելու հնարավորությունից՝ քաղաքական կուսակցությունների նախընտրական ծրագրերի հիման վրա: Նաև դա է պատճառը, որ տարիների ընթացքում ձևավորվել են տարբեր փաթեթներ բնակչության ավելի քան 25 խմբերի համար՝ ստեղծելով անորոշություն և բազմաթիվ ռիսկեր ոչ միայն ֆինանսավորման կառավարման մարմնի, այնպես էլ բժշկական կազմակերպությունների և քաղաքացիների համար:

# 2.4. Բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների ձեռք բերման/գնման գործող մեխանիզմները

1. Բնակչի կողմից բուժհաստատության և բժշկի՝ օրենքով սահմանված ընտրության իրավունքի իրացումն ապահովելու համար, սկսած 1999 թվականից կառավարությանն առընթեր ՊԱԳ-ը սկսեց ձեռք բերել ՊՊ շրջանակներում փոխհատուցվող ծառայություններ ցանկացած կազմակերպաիրավական տեսակ և սեփականության ձև ունեցող բժշկական կազմակերպություններից: Ծառայությունների ձեռք բերման նման մոտեցումը շարունակվում է նաև մինչ օրս: ԱՆ կողմից հաստատվում է ՊՊ տեղադրելու գործընթացը մեկնարկող հրաման, որով հաստատվում են ներկայացվող փաստաթղթերի կազմն ու ներկայացման ժամանակացույցը: ԱՆ պատասխանատուների կողմից ձևավորված ՊՊ տեղադրման հանձնաժողովի կողմից քննարկվում են բժշկական կազմակերպությունների կողմից ներկայացվող հայտերը, որոնք կամ բավարավում են կամ մերժվում: ՊՊ շուրջ 20 տարի գործողության ընթացքում ԱՆ կողմից մերժվել են հիմնականում եզակի ստոմատոլոգիական կամ լաբորատոր ծառայություններ մատուցող ընկերությունների հայտերը: Մեծամասամբ ԱԱՊ գործունեություն իրականացնող տարածաշրջանային բժշկական կազմակերպությունների համար ՊՊ տեղադրումը կրում է ձևական բնույթ, քանզի նրանց համար գործում է պարզեցված ընթացակարգ, և, փաստացի օգտվելով տվյալ բնակավայրում կամ տարածաշրջանում միակ առողջապահական, լիցենզավորված հաստատություն լինելու առավելությունից, ավտոմատ կերպով տեղադրվում է ՊՊ։ ՊՊ տեղադրման գործընթացը նաև ուղղակի չի կապվում կազմակերպությունների կառավարման արդյունավետության, բուժօգնության որակի ցուցանիշների հետ։ Կազմակերպությունները ներկայացնում են որոշակի ֆինանսական տվյալներ, տվյալներ կադրերով ապահովվածության վերաբերյալ, սակայն դրանք չեն հանդիսանում վճռորոշ որոշումների կայացման համար։ Ներկայումս գործող ՊՊ տեղադրման մեխանիզմը ավելի շատ ծառայում է բժշկական կազմակերպությունների պահպանմանը, քան հանդես է գալիս որպես բնակչին մատուցվող ծառայությունների անհրաժեշտ որակի և ծավալի ապահովմանն ուղղված մրցակցային միջոց։
2. Չնայած, որ կառավարման բարեփոխումների շրջանակներում 2002թ-ից ՊԱԳ-ը դարձել է ԱՆ աշխատակազմի կառույց և փաստացի դադարել է իրականացնել ռազմավարական գնորդի և անկախ ֆինանսավորման մարմնի գործառույթներ, սակայն պայմանագրերի նախապատրաստումը և դրանց շրջանակներում կատարված աշխատանքների մշտադիտարկումը փաստացիորեն շարունակվում է իրականացվել ՊԱԳ-ի կողմից։ ՊՊ տեղադրման հանձնաժողովի դրական եզրակացությունից հետո ՊԱԳ-ը նախապատրաստում է բժշկական կազմակերպության հետ կնքման ենթակա պայմանագիրը՝ կցելով սահմանափակ (գլոբալ) բյուջեի սկզբունքով հաշվարկված պայմանագրային գումարի և ՊՊ շրջանակներում փոխհատուցման ենթակա ծառայությունների հավելվածները: Բժշկական կազմակերպությունների պայմանագրային գումարները հաշվարկվում են կառավարության կողմից հաստատված մեթոդաբանության հիման վրա[[7]](#footnote-7): Պայմանագրերին կից կնքված բյուջեներից ավել կատարողականները ԱՆ կողմից չեն ընդունվում և ֆինանսավորման ենթակա չեն: Սակայն կառավարությունը թույլ է տալիս իրականացնել վերաբաշխումներ առանձին ծրագրերի և ենթածրագրերի միջև։ Ենթածրագրերի միջև վերաբաշխումները կարող են իրականացվել առանց վերաբաշխվող գումարների սահմանափակման՝ բժշկական կազմակերպությունների հետ լրացուցիչ համաձայնագրերի կնքման միջոցով, մինչդեռ ծրագրերի միջև վերաբաշխումները իրականացվում են ԱՆ հրամանով՝ համաձայնեցնելով ՖՆ և Վարչապետի հետ: Վերաբաշխումները իրականացվում են ըստ ծրագրերի՝ դրանց ընթացիկ կատարողականների վերլուծության և տարեկան կանխատեսումների հիման վրա: Վերաբաշխումների հիմնական նպատակն է բյուջետային միջոցների արդյունավետ օգտագործումը և պլանային ցուցանիշներից շեղումների (գերակատարումների) փոխհատուցումը: Ցանկացած դեպքում, դրանք կկրեն ծրագրային, թե ենթածրագրային բնույթ, վերաբաշխումից հետո բյուջեից փոփոխությունները պետք է արտացոլվեն բժշկական կազմակերպությունների հետ կնքված պայմանագրերում։
3. Կնքված կամ փոփոխված պայմանագրերը մուտքագրվում են ՖՆ գանձապետարանի էլեկտրոնային համակարգ՝ ըստ առանձին ծրագրերի և բժշկական կազմակերպությունների, եռամսյակային կտրվածքով՝ համաձայն կառավարության կողմից հաստատված ֆինանսավորման համամասնությունների և բյուջետային ծրագրերի ցուցանիշների։ Դրանք պետք է հաստատվեն նախ ԱՆ հաշվապահական հաշվառման բաժնի պետի, գլխավոր քարտուղարի կողմից, իսկ այնուհետև նաև Գանձապետարանի և ՖՆ համապատասխան ստորաբաժանումների պատասխանատուների կողմից: Այս գործընթացի տևողությունը և մուտքագրման ենթակա տվյալների քանակը, գանձապետական էլեկտրոնային համակարգի սահմանափակումները հնարավորություն չեն տալիս իրականացնել ավելի ճկուն ֆինանսավորում։ Պայմանագրային գումարը սպառելուց հետո բժշկական կազմակերպությունները չեն ընդունում հիվանդների, հերթագրում են կամ տրամադրում են վճարովի բուժօգնություն, քանզի պայմանագրային գումարի փոփոխություները կարող են տևել 2-3 ամիս և չկա որևէ երաշխիք, որ այդ ընթացքում կատարված աշխատանքները ամբողջությամբ կփոխհատուցվեն։
4. Հանրային ֆինանսների կառավարման բարելավումներին զուգահեռ առաջ եկած գանձապետական համակարգի սահմանափակումների պայմաններում, ինչպես նաև որպես նախարարության ստորաբաժանում հանդես գալու հանգամանքը զգալիորեն կրճատել է ՊԱԳ-ի՝ որպես միասնական, ռազմավարական գնորդի դերը: Պայմանագրերի կնքման, ծառայությունների դիմաց փոխհատուցման, գների հաստատման, կազմակերպությունների վերահսկման գործառույթները կառավարվում են նախարարության աշխատակազմի կամ անմիջականորեն նախարարի կողմից, ինչը զգալիորեն նվազեցնում է ՊԱԳ-ի՝ որոշումների կայացման և արդյունավետ կառավարման գործառույթները։ Բացի դա, ՊԱԳ-ի աշխատակիցները պետական ծառայողներ են և ստանում են իրենց պաշտոնին համապատասխան ֆիքսված աշխատավարձ՝ անկախ իրականացված աշխատանքների ծավալից։ Բացակայում են նաև կադրերի մասնագիտական վերապատրաստման մեխանիզմները և միջոցները։
5. ՊԱԳ-ի կողմից իրականացվող գործառույթների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ․
6. ՊԱԳ-ը չունի ծառայությունների գնումների հետ կապված սկզբունքային որոշումներ կայացնելու իրավունք, այլ կատարում է հիմնականում տեխնիկական բնույթի աշխատանքներ:
7. Բազմաթիվ գործառույթներ և պարտականություններ կրկնվում են ոչ միայն ՊԱԳ-ի կառուցվածքային ստորաբաժանումների միջև, այլ նաև ԱՆ տարբեր ստորաբաժանումների հետ:
8. Տարբեր ստորաբաժանումների գործառույթներում նկարագրված են կոնկրետ աշխատանքներ, որոնք փաստացի չեն իրականացվում կամ չեն կարող իրականացվել առանձին բաժնի լիազորությունների շրջանակներում, քանզի դրանք ամրագրված չեն նույնիսկ ՊԱԳ-ի կանոնադրությամբ:
9. Բացակայում են կրթության և մասնագիտացման հստակ պահանջները առանձին ստորաբաժանումների պաշտոնների նկարագրերում:
10. ՊԱԳ-ի աշխատակիցների թվաքանակը պայմանավորված չէ իրականացվող աշխատանքի ծանրաբեռնվածության մակարդակով:
11. ՊԱԳ-ի աշխատակիցների վարձատրությունը մրցունակ չէ, վարձատրության և կադրերի կառավարման համակարգը սահմանափակվում է պետական ծառայողների գործող համակարգով, ինչը նվազեցնում է վերահսկման, մշտադիտարկման և ժամանակակից ապահովագրական համակարգի խիստ տեխնիկական գործառույթներ իրականացնող անձնակազմի ճկուն գործելու հնարավորությունը:

# 2.5. Բժշկական ծառայություների փոխհատուցման գործող մեխանիզմները

1. 1999 թվականից ԱԱՊ համակարգում անցում է կատարվել ըստ սպասարկվող ազգաբնակչության թվաքանակի (per capita) ֆինանսավորման մեխանիզմի, այսինքն պետական բյուջեից ֆինանսավորումն իրականացվում է տարվա կտրվածքով մեկ բնակչի հաշվով նախատեսված միջինացված նորմատիվի հիման վրա, որի մեծությունը տարբեր է երեխաների և մեծահասակների համար: Ֆինանսավորման նման մեխանիզմին անցումը կարևորվում է հիմնականում բյուջետային ծախսերի զսպման, վարչարարական ծախսերի կրճատման, ֆինանսական ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործումն ապահովելու, ինչպես նաև կանխատեսելի պլանավորում, ռեսուրսների արդարացի բաշխում և դրանց նկատմամբ պատշաճ վերահսկում ապահովելու տեսանկյունից: Նման ֆինանսավորման մեխանիզմը որոշ փոփոխություններով գործում է մինչ օրս: ԱԱՊ ֆինանսավորման համակարգում կարևոր է ընդգծել 2004 թվականից ընտանեկան բժիշկների համար «Մասնավոր ֆոնդապահի» սկզբունքի ներդրումը, համաձայն որի ընտանեկան բժիշկներին հնարավորություն տրվեց տնօրինել իրենց կողմից սպասարկվող բնակչության համար հաշվարկված գումարները՝ ԱԱՊ, նեղ մասնագիտական խորհրդատվության և լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների մասով: Դա նպաստեց հետագայում ընտանեկան բժիշկների մասնավոր և խմբային պրակտիկաների ներդրմանը:
2. Սկսած 2007 թվականից լայնորեն ներդրվեց բնակչության ազատ գրանցումը ԱԱՊ բժիշկների մոտ, ինչը նպատակ ուներ գործարկել բնակչության կողմից իրենց ԱԱՊ բժշկին ընտրելու իրավունքը։ Սկսած 2010 թվականից ներդրվել է ըստ գործունեության ցուցանիշների գնահատման ֆինանսավորման սկզբունքը, սակայն դրա համար նախատեսված ֆինանսական միջոցների սահմանափակումները հնարավորություն չտվեցին այն դարձնել արդյունավետ գործող համակարգ: Գնահատվող ցուցանիշների կազմը և բնույթը սահմանափակ է, քանզի չի ընդգրկվում այնպիսի ցուցանիշներ, որոնց կատարումը կարող է հանգեցնել լրացուցիչ ֆինանսական ծախսերի՝ լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների մասով։ Բացի դա, սքրինինգային հետազոտություները կամ բուժզննումները չունեն պարտադիր բնույթ, բացառությամբ սոցիալական փաթեթի շահառուների բժշկական զննման, երբ այն ուղղակիորեն կախված է փաթեթի այլ բաղադրիչներից օգտվելու հնարավորության հետ։ Մինչդեռ ԱԱՊ օղակում հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման և դրանց զարգացման կանխարգելման դեպքում հիվանդությունների բեռը զգալիորեն կնվազեր։
3. Որպես արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության մակարդակի առանձին օղակ հանդես է գալիս նաև շտապ բժշկական օգնությունը: Այստեղ կիրառվում է փաստացի կանչերի դիմաց տարբերակված (ընդհանուր, մասնագիտացված, բուժակային /ֆելդշերային/ բրիգադների համար հաշվարկված) գներով ֆինանսավորում: Ընդ որում, շտապ բժշկական օգնության ծրագրի պլանավորումը և պայմանագրային գումարների հաշվարկը նույնպես իրականացվում են ըստ մարդաշնչի ֆինանսավորման սկզբունքով: Մեխանիզմը տալիս է դրական արդյունքներ, սակայն միևնույն ժամանակ առաջ են եկել որոշ խնդիրներ հավելյալ և անհիմն կանչերի փոխհատուցման հետ կապված, որոնք հիմնականում առաջ են գալիս քրոնիկ հիվանդների սպասարկման արդյունքում։ Դեռևս ներդրված չեն ԱԱՊ հաստատությունների աշխատանքի արդյունավետության գնահատման համակարգեր՝ ըստ շտապօգնության կանչերի ցուցանիշների:
4. Ներդրված նոր մեխանիզմները նպատակ ունեին հզորացնել ԱԱՊ ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպություններին և բժիշկներին, ուժեղացնել ուղեգրումների համակարգը, թույլ չտալով անհարկի հիվանդանոցային բուժօգնության ուղեգրումներ կատարել։ Սակայն ԱԱՊ մակարդակում բժիշկների մոտիվացիայի ցածր մակարդակը, լաբորատոր հետազոտությունների իրականացման և արտահիվանդանոցային դեղորայք տրամադրելու սահմանափակումները չնպաստեցին խնդրի լուծմանը։ ԱԱՊ օղակի արդյունավետության բարձրացման խնդիրների թվին են դասվում նաև արտահիվանդանոցային պայմաններում բուժման ենթակա հիվանդությունների և վիճակների ցանկերի, հիվանդությունների բուժման հստակ սխեմաների բացակայությունը և հիվանդանոցային ուղեգրումներ տրամադրելու կանոնակարգումների անկատարությունը։

Կանոնակարգման և հստակեցման կարիք ունեն նաև ԲՍՓՀ կողմից հաշմանդամություն ունեցող անձանց վերականգնողական անհատական ծրագրերի (ՎԱԾ) կազմմանը և իրականացմանը ԱԱՊ բժշկի մասնակցության հարցերը։ Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար ԲՍՓՀ կողմից կազմվում են ՎԱԾ-եր՝ այդ թվում բժշկական վերականգնման ծրագրեր: Ծրագրերի կազմման մեջ ԱԱՊ բժշկի ընդգրկվածությունը շատ սահմանափակ է, մինչդեռ վերջինս է պատասխանատու հաշմանդամություն ունեցող անձի հիվանդության բուժման և ընթացիկ վերահսկման կազմակերպման և իրականացման համար: Հաշմանդամություն ունեցող անձինք առանց սահմանափակման կարող են օգտվել ՊՊ մեծ ծածկույթից, հետևաբար, ԱԱՊ բժիշկները պետք է անմիջական մասնակցություն ունենան ՎԱԾ-ի առողջապահական ծրագրի կազմմանը։

ԱԱՊ օղակում ըստ մարդաշնչի ֆինանսավորման գործող մեխանիզմը շատ դեպքերում սահմանափակում է հիվանդանոցներում ամբուլատոր ծառայություններ՝ լաբորատոր-գործիքային հետազոտություններ և մասնագիտացված խորհրդատվություն տրամադրելու հնարավորությունները։ ԱԱՊ օղակի սահմանափակ ռեսուրսները հնարավորություն չեն տալիս բնակչությանը բարձրորակ մասնագիտական խորհրդատվություն և ախտորոշման ծառայություններ տրամադրել: Իսկ հիվանդանոցային պայմաններում ախտորոշվելուց հետո բնակիչը պետք է վերադառնա ԱԱՊ բժշկի մոտ և մասնագիտացված խորհրդատվության կամ բուժման անհրաժեշտության դեպքում նորից ուղեգրվի հիվանդանոցային բժշկական կազմակերպություն։ Դա է պատճառը, որ ուղեգրման դեպքում միանգամից նշվում է հիվանդանոցային բուժման նպատակը՝ ինչը բերում է չհիմնավորված հոսպիտալացումների թվաքանակի աճի։ Ճիշտ է հիվանդանոցային բժշկական օգնություն իրականացնողները՝ ելնելով պայմանագրային գումարի սահմանափակումներից, նման դեպքերը հիմնականում ներկայացնում են քիչ ծախսատար ծառայությունների համար նախատեսված գներով, սակայն ամեն դեպքում դրանք հաշվառվում են որպես հիվանդանոցային դեպքեր և, բնականաբար, շատ ավելի ծախսատար են ամբուլատոր պայմաններում մատուցվող ծառայությունների համեմատ։

1. Հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման փոխհատուցման հիմքում 1997 թվականից սկսած ներդրվեց պայմանագրային հիմունքներով փաստացի սպասարկված դեպքի (մատուցված ծառյության) դիմաց ֆինանսավորման սկզբունքը: Այդ սկզբունքը գործում է մինչ օրս, երբ փոխհատուցումն իրականացվում է յուրաքանչյուր ավարտված դեպքի դիմաց` մատուցված ծառայությունների համար հաստատված միջինացված գնով: Առաջին անգամ կիրառվող պայմանագրային հարաբերությունների միջոցով հստակեցվեցին Պատվիրատու - Կատարող փոխհարաբերությունները, ինչպես նաև` յուրաքանչյուր բուժօգնություն և ծառայություն մատուցողի կողմից տրամադրվող և պետության կողմից փոխհատուցվող ծառայությունների տեսակները: Նշված մեխանիզմի ներդրումը ենթադրում էր հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների և դրանց գների ձևավորում ըստ առանձին բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների: Սակայն դրա հետ մեկտեղ, այն ունի որոշակի թերություններ՝
2. հիվանդանոցային բուժման գինն իրատեսական չէ, հիմնված չէ որևէ մեթոդաբանության վրա, մասնակի է փոխհատուցում բուժօգնություն իրականացնողների իրական ծախսերը (ըստ փորձագիտական գնահատականների փոխհատուցվում է իրական ծախսերի 42%-ը[[8]](#footnote-8)),
3. բժշկական կազմակերպությունների կողմից մատուցվող վճարովի ծառայությունների և ապահովագրական ընկերությունների կողմից փոխհատուցվող գները չեն ձևավորվում նույն մեթոդաբանությամբ, հետևաբար միևնույն ծառայության համար կարող են գործել տարբեր գներ, որոնց հաշվարկման մեթոդները, ինչպես նաև մեծությունը էականորեն տարբերվում են,
4. համակարգի կառավարման և վերահսկման ոչ կատարյալ մակարդակի, ինչպես նաև ՊՊ շրջանակներում փոխհատուցման ենթակա հիվանդությունների և վիճակների ցանկի ոչ հստակ ձևակերպումները տարընթերցման հնարավորություններ են ստեղծում բժշկական կազմակերպությունների համար,
5. հիմքում չունենալով բժշկական ուղեցույցներ կամ նորմատիվներ, բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների գները չեն նպաստում մատուցվող բժշկական օգնության և սպասարկման որակի բարձրացմանը և բուժանձնակազմի վարձատրման համակարգի զարգացմանը:

# 2.6. Հաշվետվողականության և վերահսկման առկա համակարգերը

1. Բժշկական կազմակերպությունները ԱՆ են ներկայացնում ամսական հաշվետվություններ՝ կատարված աշխատանքների քանակների և գումարների վերաբերյալ՝ ըստ բյուջետային ծրագրերի, միջոցառումների և ծառայությունների՝ տվյալ ամսվա համար նախատեսված ամսական համամասնության շրջանակներում (օրինակ՝ մինչև մայիս ամիսը ներկայացված կատարողականը պետք է ավել չլինի պայմանագրով տվյալ ծրագրի համար նախատեսված գումարի 4/12-րդ մասից): ՊԱԳ-ի կողմից ամսական կտրվածքով ստացվում են ամփոփ հաշվետվություններ հիվանդանոցային, ստոմատոլոգիական դեպքերի և ԱԱՊ կատարողականի վերաբերյալ:

Ամփոփ հաշվետվությունները կազմվում են յուրաքանչյուր դեպքի և/կամ ծառայության մատուցման վերաբերյալ անհատական հաշվետվությունների հիման վրա: Անհատական հաշվետվություններն ընդգրկում են ինչպես ոչ ֆինանսական ցուցանիշներ՝ սեռ, տարիք, նախնական և վերջնական ախտորոշումներ ըստ ՀՄԴ 10-ի, բարդություններ, վիրահատություն, մահճակալ օրերի թիվ, այնպես էլ ֆինանսական ցուցանիշներ՝ մատուցված ծառայության տեսակ և գին, հետազոտությունների տեսակ և գին, բյուջետային ծրագիր:

1. ՊԱԳ-ի մշտադիտարկման բաժինները որոշ բյուջետային ծրագրերի մասով իրականացնում են ընթացիկ մշտադիտարկում ներկայացված անհատական հաշվետվությունների միջոցով (case management)՝ ստուգելով դրանց համապատասխանությունը գործող չափորոշիչներին: ՊԱԳ-ի ֆինանսական բաժինները իրականացնում են ընթացիկ մշտադիտարկում ծրագրերի ֆինանսական ցուցանիշների վերաբերյալ: Շեղումների առկայության դեպքում առաջարկություն է ներկայացվում ՊԱԳ-ի մշտադիտարկման բաժիններին՝ կատարել հաշվետվությունների ուսումնասիրություն կոնկրետ ծրագրի հետ կապված:
2. ՊԱԳ-ի կողմից իրականացվող մշտադիտարկումների ընթացքում ուսումնասիրվում են փաստացի տվյալների և հաշվետվությունների համապատասխանությունը: Սակայն հայտնաբերված թերությունները բյուջեների պլանավորման վրա չեն ազդում, այլ հանդես են գալիս զուտ ֆինանսական պատժամիջոցի տեսքով, օրինակ, նվազեցում է կատարվում ընթացիկ կատարողականի գումարից կամ փոխանցվում է պետական բյուջե: Ուսումնասիրվում են հիմնականում շահառուների փաստաթղթային համընկնումները, ուղեգրերի առկայությունը, ծառայության համապատասխանությունը ՊՊ-ով տվյալ շահառուների համար նախատեսված ծրագրերին։ Սակայն ծախսերի նորմատիվների և կլինիկական նորմատիվների բացակայությունը հնարավորություն չեն տալիս գնահատել տրամադրված ծառայությունների համապատասխանությունը բուժօգնության հաստատված ծավալին և որակին։
3. Առողջապահության համակարգի կատարողականի և ֆինանսավորման ստուգումներ իրականացվում են նաև պետական եկամուտների կոմիտեի, ֆինանսների նախարարության, պետական վերահսկողական ծառայության կողմից։ Հաշվեքննիչ պալատի կողմից ուսումնասիրությունները և ստուգումները կազմակերպվում են պետական բյուջեի կատարողականի գնահատման գործառույթից ելնելով։ Արտաքին վերահսկման այս մարմինների կողմից կազմակերպված ստուգումները կրում են զուտ ֆինանսական բյույթ՝ ուսումնասիրելով բժշկական կազմակերպությունների կողմից կատարված հարկային մուտքերի համապատասխանությունը և պետական բյուջեից կատարվող ծախսերի արդյունավետությունը։ Բուժօգնության որակի և ծառայությունների մատուցման կատարողականները աուդիտի չեն ենթարկվում՝ համապատասխան մարմինների և ընթացակարգերի բացակայության պատճառով։
4. Շահառուների բավարարվածության, ծառայությունների մատուցման վերաբերյալ գնահատականների ներդրված համակարգեր չկան։ Դժգոհությունների դեպքում շահառուները դիմում են բժշկական կազմակերպությունների վարչակազմին կամ նախարարության թեժ գիծ։ Ներկայացվում են նաև գրավոր բողոքներ, որոնք կարող են ուղղված լինել մարդու իրավունքների պաշտպանի գրասենյակ, դատարան, իրավապահ մարմիններին, ազգային ժողով, կառավարություն և այլն։ Մեծամասամբ, նշված բողոքների վերաբերյալ պարզաբանումների ակնկալիքով դիմում են ԱՆ/ՊԱԳ, որոնք իրավասու են կոնկրետ դեպքով պարզաբանումներ տրամադրել և մեկնաբանություններ անել։ Բողոքների մեծ մասը պայմանավորված է ծառայությունների ծածկույթի հստակ չլինելով, լրացուցիչ վճարների գանձումների վերաբերյալ պարզաբանումների բացակայությամբ, բժշկական կազմակերպությունների կողմից պայմանագրային գումարների սպառմամբ պայմանավորված հիվանդներին հերթագրելու հանգամանքով։
5. ՊԱԳ-ի կողմից կարող են վերահսկվել միայն ՊՊ շրջանակներում բուժօգնություն ստացած դեպքերը, իսկ վճարովի ծառայություններ ստացող քաղաքացիներին տրամադրվող ծառայությունների քանակական և որակական ցուցանիշները որևէ տեսակի վերահսկողությունից դուրս են:

# 2.7. Բժշկական օգնության որակը

1. Հայաստանում բուժօգնության որակի ապահովմանն ու կառավարմանն ուղղված քաղաքականությունը և միջոցառումներն ամրագրված են վերջին տարիների ընթացքում ընդունված մի շարք իրավական ակտերով: Մասնավորապես՝ հիվանդանոցային օղակում ստեղծվել են որակի վերահսկման մասնագիտական հանձնաժողովներ և ներդրվել են որակի գնահատման ցուցանիշներ, որոնք անցած տարիների ընթացքում ենթարկվել են մի շարք փոփոխությունների, իսկ արտահիվանդանոցային օղակում երեք և ավելի ԱԱՊ բժիշկ ունեցող հաստատություններում ներդրվել է որակի ապահովման գործնական միջոցների համալիր փաթեթ իր գործիքակազմով: Արդիականացվել են Երևանի և մարզերի արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային ծառայություններ մատոցող որոշ բժշկական կազմակերպությունների ենթակառուցվածքները՝ ժամանակակից սարքավորումներով հագեցման և կառուցման/վերանորոգման աշխատանքների իրականացման միջոցով: ԱԱՊ ծառայություններ մատուցող բժշկական անձնակազմի գերակշիռ մասը վերամասնագիտացել է՝ որպես ընտանեկան բժիշկ և բուժքույր: Մշակվել են բազմաթիվ կլինիկական ուղեցույցներ և գործելակարգեր՝ արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային օղակում կիրառելու նպատակով: Այնուամենայնիվ, հստակ սահմանված չափորոշիչների, գործելակարգերի, ցուցանիշների, գնահատման ընթացակարգերի և գործիքների ոչ լիարժեք ներդրումը և կիրառման բացակայությունը, ինչպես նաև վերջիններիս ինստիտուցիոնալացումը բավարար չեն ներկայումս առողջապահական համակարգի առջև դրված խնդիրների լուծման համար:
2. Անվտանգության, որպես մատուցվող ծառայությունների որակական բնութագրիչի կարևոր բաղադրիչը մարդկային ներուժն է, որը հանդիսանում է նաև ոլորտի արժեք ստեղծողը: Վերջին երկու տասնամյակների ընթացքում առողջապահության համակարգում իրականացվել են մի շարք առանցքային վերափոխումներ անհրաժեշտ քանակությամբ որակյալ կադրերով բժշկական կազմակերպությունները ապահովելու համար: Առողջապահության բնագավառի կադրերի քանակական և կառուցվածքային պլանավորումը և, մասնավորապես, նեղ մասնագետներով մարզային բժշկական կազմակերպությունների ապահովումն ըստ մարզերի հրատապ կարիքների, փորձ է կատարվել լուծել տարբեր բժշկական կազմակերպություններից մասնագետներին ուղեգրելու, ինչպես նաև կլինիկական օրդինատուրայում մարզերից բժիշկներին անվճար տեղեր հատկացնելու միջոցով: Առողջապահական համակարգում բժշկական ներուժի հավասարակշռված պլանավորումը և կառավարումը քաղաք/մարզ համամասնությամբ չափազանց բարդ խնդիր է, նամանավանդ կադրերի կառավարման տեղեկատվական համակարգի բացակայության դեպքում: Բժշկական կազմակերպությունների տեխնիկական հագեցվածության առկա իրավիճակը, տարածաշրջաններում սոցիալտնտեսական անբարենպաստ պայմանները, պետական կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինների ոչ արդյունավետ աշխատանքը բժշկական կազմակերպությունների կառավարման՝ այդ թվում կադրերի կառավարման հարցում, ինչպես նաև ծառայությունների դիմաց վճարման գոյություն ունեցող մեխանիզմները բերել են ծառայությունների մատուցման կենտրոնացման Երևան քաղաքում, ինչն էլ դարձել է կադրերի լուրջ հոսունության և մարզերում դրանց պակասի հիմնական պատճառը:

# 2.8. Առողջապահության տեղեկատվական համակարգերը

1. Մինչև 2017թ. ՊԱԳ-ի կողմից շահագործվող էլեկտրոնային տեղեկատվական համակարգը անցել է էվոլյուցիոն բարելավումներ՝ բուժհիմնարկների կողմից ներկայացվող հաշվետվություների թղթային կենտրոնացված մուտքագրումից, մինչև բուժհիմնարկներում տվյալների բազաների ձևավորմամբ և էլեկտրոնային հաշվետվությունների ներկայացմամբ:
2. Ներկայումս, առողջապահական համակարգում գործարկվում է ԱՐՄԵԴ էլեկտրոնային առողջապահական տեղեկատվական համակարգը: Համակարգի սպասարկումն իրականացնում է «Էլեկտրոնային առողջապահության ազգային օպերատոր» ՓԲԸ-ն, իսկ համակարգի սպասարկման դրույթները կարգավորվում են «Էլեկտրոնային առողջապահության ազգային օպերատոր» ՓԲԸ-ի և Կառավարության միջև կնքված կոնցեսիոն պայմանագրի հիման վրա: Այս համակարգը մշակվել է 2014-2015թթ-երի և ներդրվել է 2017թ-ի մայիսին, որը փոխարինել է նախկինում գործող ՊԱԳ-ի կողմից մշակված տեղեկատվական համակարգերը: Համակարգին միացած են ՊՊ շրջանակներում բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ մատուցող շուրջ 470 բժշկական կազմակերպություններ: Համակարգը հնարավորություն է ընձեռնում հավաքագրել և մուտքագրել հիվանդանոցային, ԱԱՊ, ստոմատոլոգիական դեպքերի հաշվառման վերաբերյալ ֆինանսական տեղեկատվությունը, որը օգտագործվում է ՊԱԳ-ի կողմից ՊՊ շրջանակներում բժշկական կազմակերպությունների փոխհատուցման գործընթացները իրականացնելու համար: Համակարգը ունի նաև սահմանափակ կիրառում սոցփաթեթի շահառուներին մատուցված ծառայությունների հաշվառման և ֆինանսավորման համար, որը իրականացվում է գործող մասնավոր ապահովագրական կազմակերպությունների միջոցով:
3. Առողջապահական տարեկան վիճակագրական տվյալները, բժշկական անձնակազմի ռեգիստրը, տարբեր դիսպանսեր խմբերի ռեգիստրները որոնք ներկայումս հավաքագրվում են առողջապահության վիճակագրական տեղեկատվական կենտրոնի կողմից, դեռևս ամբողջական կերպով արտացոլված չեն ԱՐՄԵԴ համակարգում: Համակարգի կառավարման ներկա մոդելը լուրջ խոչընդոտներ է առաջացնում համակարգի կառավարման, ԱՆ/ՊԱԳ-ի կողմից ներկայացվող խնդիրների վերլուծության, անհրաժշետ փոփոխությունների կատարման հարցում, զգալիորեն երկարացնում ֆունկցիոնալ գործառույթների ադապտիվ գործընթացները: Քանի որ համակարգը ի սկզբանե մշակված չի եղել ֆինանսական կառավարման նպատակով և չի ունեցել համապատասխան կառուցվածք, ներկայումս շատ բարդ և ռեսուրսատար է նաև համակարգում ֆինանսական կառավարման հաշվետվողականության փոփոխությունների իրականացումը: Դեռևս խնդիրներ կան բժշկական կազմակերպությունների ներքին կառավարման տեղեկատվական համակարգերի ինտեգրման հետ կապված, ինչը կրկնակի աշխատատար և ծախսատար է դարձնում բժշկական կազմակերպությունների կողմից հաշվետվողականության կազմակերպումը:

# 2.9. Հիմնախնդիրները

1. Հայաստանի առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի գնահատման միջազգային համեմատականները և ծախսարդյունավետ ծրագրերի մասով դիտարկումները ցույց են տալիս, որ սահմանափակ ֆինանսական միջոցների առկայության դեպքում առողջապահության համակարգը գործում է արդյունավետ և հնարավորություն է տալիս գրանցել բարելավվող ոչ ֆինանսական ցուցանիշներ՝ կյանքի միջին տևողության աճի, մայրական և երեխաների մահացության ցուցանիշների նվազման տեսքով[[9]](#footnote-9):

Աղյուսակ 1: Առողջապահական առանձին ցուցանիշների դինամիկան

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **1997** | **2007** | **2017** |
| **կյանքի սպասվող տևողությունը` ծնվելու պահից, որից** |  |  |  |
| *Տղամարդ* | *68.2* | *69.8* | *71.9* |
| *Կին* | *74.7* | *76.1* | *78.7* |
| Մանկական մահացության գործակիցը 1 000 կենդանի ծնվածի հաշվով | 15.4 | 10.9 | 8.2 |
| Մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության գործակիցը (1000 կենդանի ծնվածի հաշվով) | 19.5 | 12.3 | 9.6 |
| Մայրական մահացության գործակիցը (100 000 կենդանի ծնվածի հաշվով) | 39 | 15 | 8 |
| Առողջապահության բյուջետային ծախսերը պետական ծախսերում, % | 6.4 | 6.1 | 5.4 |
| Առողջապահության պետական ծախսերը ՀՆԱ-ում, % | 1,6 | 1,5 | 1,5 |
| Մասնավոր առողջապահական ծախսերը ՀՆԱ-ում, % |  | 2,5 | 8,1 |

Արձանագրված ցուցանիշները Հայաստանը կարողացել է ապահովել Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի շատ երկրների համեմատ ցածր պետական ֆինանսավորմամբ՝ 2017թ.-ին ապահովելով առողջապահության բնագավառի մասով համախմբված բյուջեի ծախսերի 5.4%-ը կամ ՀՆԱ-ում շուրջ 1,5%, որը առնվազն 4 անգամ պակաս է զարգացող և զարգացած երկրների միջին ցուցանիշներից[[10]](#footnote-10)։

1. Ոչ բավարար չափով ֆինանսավորումը բերել է հասարակության սոցիալապես անապահով հատվածի թույլ թիրախավորման, իրական ծախսերից ցածր փոխհատուցվող գների, բժշկական մասնագիտացված անձնակազմի բացակայությանը մարզերում:
2. Ֆինանսական մատչելիության ցածր մակարդակը բերել է բժշկական կազմակերպությունների թերի ծանրաբեռնվածությանը և ֆինանսական պատճառներով բնակչության շուրջ 20.1%-ը չի հաճախում ԱԱՊ բժշկի: Ֆինանսական միջոցների պակասը խոչընդոտում է համակարգի զարգացմանը և բուժօգնության որակի բարելավմանը, նպաստում է բազմաթիվ ընտանիքների աղքատացման առողջապահական աղետալի ծախսերի պատճառով, խոչընդոտում է բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների հասանելիության և ֆինանսական մատչելիության բարելավմանը: Բնակչության շուրջ 9%-ի մոտ սպառողական ծախսերի ավելի քան 25%-ը կազմում են առողջապահական ծախսերը, որի հետևանքով վերջիններիս շուրջ 6%-ը աղքատանում է՝ ինչն ամենաբարձր ցուցանիշն է տարածաշրջանում[[11]](#footnote-11):
3. Համակարգի արդյունավետության բարձրացման քայլերը չեն համապատասխանում պետության կողմից հատկացվող ֆինանսավորմանը, իսկ բնակչության կողմից կատարվող ծախսերը մեծամասամբ անկառավարելի և անկանխատեսելի են, քանզի կատարվում են միայն առողջական խնդիրների առաջացման դեպքում: Նույնիսկ տնտեսական ճգնաժամերի պայմաններում առողջապահական ծախսերը ոչ միայն չեն նվազել, այլ ընդհակառակը, շարունակել են կայուն տեմպերով աճել, մինչդեռ պետական ծախսերը դրան համաչափ չեն աճել, այլ նվազել են, հասարակության զգալի հատվածի թողնելով դեմ առ դեմ առողջապահական աղետալի ծախսերի հետ:
4. Պետության մակրոտնտեսական ցուցանիշների վերլուծությունը թույլ է տալիս եզրակացնել, որ առողջապահությունը դեռևս երկար ժամանակ չի կարող հանդես գալ առաջնահերթ և գերակա ոլորտների շարքում։
5. Ֆինանսական կառավարման սահմանափակումները, գնումների ընթացակարգերի գործող մեխանզիմները, հնարավորություն չեն տալիս իրականացնել հանրային ֆինանսական միջոցների ընթացիկ, ճկուն կառավարում, իսկ բժշկական կազմակերպություններում շատ դեպքերում խնդիրներ են առաջանում ֆինանսների ներքին կառավարման հետ կապված՝ դեղերի և ԲՆԱ գնումների ընթացակարգերին հետևելու, դրանց սահմանափակումները և ռիսկերը հաղթահարելու առումով։ Առկա է նաև ֆինանսների կառավարման մասնագետների բացակայության խնդիրը՝ կառավարման բոլոր մակարդակներում։

# III. ԱՀԱ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԸ

1. Սահմանափակ ռեսուրսների պայմաններում, որպես առաջնահերթություն առողջապահական ծախսերի ամբողջ ծավալով ապահովումը դարձել է հրամայական։ Միջազգային փորձի տեսանկյունից բազմաթիվ երկրներ վաղուց ներդրել են առողջապահական ծախսերի ապահովման նոր աղբյուր՝ առողջության ապահովագրություն, և ներկայումս նրանց հիմնական ռազմավարական խնդիրն է համընդհանուր ծածկույթի ապահովումը բնակչության բոլոր խմբերի համար։ Այս տեսանկյունից, Հայաստանում ԱՀԱ ներդրման հիմնական նպատակներն են՝.
2. ապահովել բնակչության հիմնական բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների ֆինանսական հասանելիությունը և պաշտպանվածությունը,
3. բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների դիմաց կատարվող աղետալի ծախսերի կրճատումը և դրա հետևանքով աղքատացող բնակչության թվաքանակի կրճատումը,
4. առողջապահության բնագավառում ծախսվող գումարների արդյունավետության և նպատակայնության մակարդակի բարձրացումը,
5. բուժօգնության որակի բարելավումը։
6. ԱՀԱ ներդրման նպատակներին հասնելու համար պետք է իրականացվեն հետևյալ միջոցառումները․
7. Կիրառել առողջության հարկ՝ կանխավճարների միջոցով հավաքագրելով առողջապահական ծախսերն ապահովող լրացուցիչ միջոցներ, ինչը կնպաստի քաղաքացիների գրպանից դուրս կատարվող ուղղակի ծախսերի կրճատմանը, կբարձրացնի քաղաքացիների կողմից կատարվող ծախսերի կանխատեսելիության, թափանցիկության և հասցեականության մակարդակի բարձրացմանը, կփոխի առողջապահական ծախսերի կառուցվածքը՝ նվազեցնելով գրպանից դուրս ծախսերի տեսակարար կշիռը առողջապահական ընդհանուր ծախսերում,
8. Պետական ծախսերի մեջ ավելացնել առողջապահությանը հատկացվող չափաբաժինը՝ բնակչության առանձին խմբերի համար բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների նորմատիվային ծախսերի հիման վրա հաշվարկված ապահովագրավճարների վճարումը և պետական հոգածության և հանրային նշանակություն ունեցող ծրագրերի շարունակական ֆինանսավորումը ապահովելու նպատակով,
9. Սահմանել ծառայությունների փաթեթների ձևավորման հստակ սկզբունքներ բնակչության բոլոր խմբերի համար՝ ելնելով վերջիններիս առանձնահատկություններից և արդեն իսկ գործող ծառայությունների փաթեթներից՝ հիմք ընդունելով հիվանդությունների կառուցվածքի, հիվանդությունների բեռի և ծախսատարության ցուցանիշները։
10. Ձևավորել միասնական գնորդի/վճարողի սկզբունքով գործող պետության կողմից հիմնադրված հանրային կառույց` Հիմնադրամ, որը պետք է ապահովի ապահովագրության համար հավաքագրվող գումարների հաշվարկման և ծախսման արդյունավետ մեխանիզմների կիրառումը,
11. Բարելավել առողջապահական համակարգի կառավարումը՝ ԱՆ գործառույթների և կառուցվածքի վերանայման, 51 տոկոս և ավելի պետական մասնաբաժին ունեցող բժշկական կազմակերպությունների արդյունավետ կառավարման մեխանիզմների ներդրման միջոցով։
12. Ուժեղացնել առողջության առաջնային պահպանման օղակը՝ նախատեսելով արտահիվանդանոցային դեղորայքի և հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների նվազագույն բազային փաթեթ, ինչպես նաև նախատեսելով պարտադիր բժշկական զննումների փաթեթ բնակչության տարբեր ռիսկային խմբերի համար։
13. Սահմանել հստակ, չափելի ցուցանիշների համակարգ, որոնց գնահատումը հնարավորություն կտա բարելավել բուժօգնության որակը և հիմք կհանդիսանա ծառայությունների դիմաց ֆինանսավորման նոր մեխանիզմների կիրառման համար։

# IV. ԱՀԱ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐԻ ԼՈՒԾՈՒՄ ԵՎ ԱՀԱ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ՆԱԽԱՊԱՅՄԱՆՆԵՐԻ ԱՊԱՀՈՎՈՒՄ

1. ԱՀԱ ներդրման նախապայմանները ուղղակիորեն պայմանավորված են առողջապահության համակարգի հիմնական բաղադրիչներով, ինչպես նաև սոցիալ-տնտեսական պայմաններով: Տարիների ընթացքում ձևավորված խնդիրները, որոնք բերել են առողջապահության համակարգի կառավարման, ֆինանսավորման՝ այդ թվում ծառայություների գնման և դրանց դիմաց փոխհատուցման, դեղորայքային քաղաքականության, տեղեկատվական համակարգերի, կադրերով ապահովման գործառույթների արդյունավետության նվազեցման, պետք է իրենց առաջնահերթ լուծումները ստանան ապահովագրական համակարգի ներդրումից առաջ, ինչպես նաև ներդրմանը զուգահեռ՝ առաջացող նոր հարաբերությունների պայմաններում: Անհրաժեշտ է նախատեսվող աշխատանքների իրականացման համար կազմել հստակ միջոցառումների կատարման ժամանակացույց՝ ակնկալվող արդյունքների նշմամբ:

# *4.1. Առողջապահության համակարգի կառավարման գործառույթները*

1. Հիմնադրամի համար նախատեսված գործառույթներից և կառուցվածքից ելնելով՝ անհրաժեշտության դեպքում պետք է իրականացվեն առողջապահության կառավարման փոփոխություններ, ինչը ենթադրում է ԱՆ կառուցվածքի և գործառույթների վերանայում՝ այդ թվում ՊԱԳ-ի լուծարում:
2. Անհրաժեշտ է ներդնել բժշկական կազմակերպությունների արդյունավետ կառավարման մոդելներ, ինչը ենթադրում է պետական մասնաբաժնով բժշկական որոշ կազմակերպություններ մասնավոր կառավարման հանձնում, պետական բաժնեմասերի օտարում՝ լավագույն կառավարման փորձը և այլ ներդրումներ կատարելու պայմանով, պետական բժշկական կազմակերպությունների կառավարման խորհուրդների ձևավորում և վերջիններիս կողմից կառավարման հստակ գործառույթների իրականացում:
3. Անհրաժեշտության դեպքում վերանայել բժշկական կազմակերպությունների ծանրաբեռնվածության որոշման, լիցենզավորման կանոնակարգումները։ Մահճակալների զբաղվածության հիման վրա ծանրաբեռնվածության որոշման ցուցանիշներին պետք է փոխարինի ըստ ծառայությունների տեսակների բուժանձնակազմի ծախսած ժամանակի և կիրառվող սարքավորումների և այլ միջոցների աշխատանքի ժամանակի ծախսերի որոշումը։
4. Բուժօգնության որակի բարձրացման և ծախսերի նպատակային կատարման ցուցանիշների բարելավման համար անհրաժեշտ է իրականացնել բժշկական կազմակերպությունների լիցենզիոն պահանջների ապահովման շարունակական հսկում և հավաստագրման տարրերի ներմուծում։
5. Ֆինանսների կառավարման արդյունավետությունը բարձրացնելու նպատակով անհրաժեշտ է իրականացնել գնումների ընթացակարգերի բարելավումներ և ֆինանսների կառավարման փորձի փոխանակում, այդ թվում նաև բժշկական կազմակերպությունների համապատասխան մասնագետների շարունակական վերապատրաստումներ և տեխնիկական աջակցություն:

# *4.2. ԱՀԱ ծածկույթը՝ բնակչության խմբերը և ծառայությունները*

1. Ապահովագրական ծածկույթը կընդգրկի ամբողջ բնակչության համար սահմանված հիմնական (բազային) ծառայությունների փաթեթ (ՀԾՓ), որը կտարբերվի ըստ բնակչության սեռատարիքային խմբերի առանձնահատկությունների։
2. ԱՀԱ օրենքով կսահմանվեն ապահովագրական փաթեթում ընդգրկվող հիմնական ծառայությունները և բնակչության խմբերը։ ՀԻվանդությունների և վիճակների ցանկերը, ծառայությունների շրջանակներում տրամադրվող բուժօգնության ծավալները կհաստատվեն Կառավարության կողմից՝ ԱՆ ներկայացմամբ և Հիմնադրամի խորհրդի համաձայնությամբ:
3. Մինչև 18 տարեկան երեխաների համար հիմնական ծառայությունների փաթեթը կընդգրկի.
4. *Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ, այդ թվում.*

Ա) Տեղամասային բժշկի խորհրդատվությունը, իսկ անհրաժեշտության դեպքում վերջինիս ուղեգրմամբ նեղ մասնագետների խորհրդատվությունը և բժշկական ցուցումների հիման վրա ուղեգրում լաբորատոր-գործիքային ՝ այդ թվում հատուկ և դժվարամատչելի լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների համար,

Բ) Հղիության հսկողության ընթացքում մասնագիտացված խորհրդատվությունը և պարտադիր լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունները,

Գ) Շտապ բժշկական օգնության ծառայություներ, այդ թվում սանավիացիա,

Դ) Ստոմատոլոգիական բժշկական օգնությունը,

Ե) Մտավոր և ֆիզիկական խնդիրներ ունեցող երեխաների խնամքի ծառայություններ,

Զ) Հիմնական դեղերի ցանկում ընդգրկված և տեղամասային բժշկի կողմից նշանակված դեղերի տրամադրում հիվանդությունների դեպքում,

1. Պետական հոգածության առողջապահական ծառայություններ, այդ թվում.

Ա) իմունիզացիա,

Բ) կանխարգելիչ բժշկական օգնություն, պարտադիր բժշկական զննումներ և լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտություններ,

Գ) աղիքային և այլ ինֆեկցիոն հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ,

Դ) տուբերկուլյոզի բժշկական օգնության ծառայություններ,

Ե) ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ բժշկական օգնության ծառայություններ,

Զ) հոգեկան և նարկոլոգիական հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ,

Է) հեմոդիալիզի ծառայություններ:

1. Հիվանդանոցային բուժօգնության և սպասարկման ծառայություններ, այդ թվում.

Ա) Նորածինների վերակենդանացման և ինտենսիվ թերապիայի ծառայություններ,

Բ) Քրոնիկ հիվանդությունների սրացման դեպքում վերակենդանացման և անհետաձգելի բուժօգնության ծառայություններ,

Գ) Սիրտ-անոթային հիվանդությունների բուժում՝ այդ թվում սրտային վիրաբուժություն, առիթմոլոգիա, էնդովասկուլյար վիրաբուժություն,

Դ) Չարորակ նորագոյացությունների վիրահատության և ճառագայթային բուժման ծառայություններ, ինչպես նաև քիմիոթերապևտիկ բուժօգնություն,

Ե) Մանկաբարձություն և նեոնատալ խնամքի ծառայություններ,

Զ) Մանկական և նորածնային վիրաբուժության, ընդհանուր, անոթային, դիմածնոտային, էնդոկրին, կրծքային վիրաբուժության, ակնաբուժական, օրթոպեդիկ և վնասվածքաբանական, նյարդավիրաբուժական, միկրովիրաբուժական, գինեկոլոգիական, քիթ, կոկորդ, ականջաբանական և դիմածնոտային, ուրոլոգիական, պրոկտոլոգիական վիրահատություններ,

1. 18 տարեկանից բարձր բնակչության համար հիմնական ծառայությունների փաթեթը կընդգրկի.
2. *Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ, այդ թվում.*

Ա) Տեղամասային բժշկի խորհրդատվությունը, իսկ անհրաժեշտության դեպքում վերջինիս ուղեգրմամբ նեղ մասնագետների խորհրդատվությունը և բժշկական ցուցումների հիման վրա ուղեգրում լաբորատոր-գործիքային ՝ այդ թվում հատուկ և դժվարամատչելի լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների համար,

Բ) Հղիության հսկողության ընթացքում մասնագիտացված խորհրդատվությունը և պարտադիր լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունները,

Գ) Շտապ բժշկական օգնության ծառայություներ, այդ թվում սանավիացիա

Դ) Ստոմատոլոգիական անհետաձգելի բժշկական օգնությունը (զննում և ատամի հեռացում, պրոթեզավորում),

Ե) Հիմնական դեղերի ցանկում ընդգրկված և տեղամասային բժշկի կողմից նշանակված դեղերի տրամադրում քրոնիկ հիվանդությունների դեպքում, այդ թվում՝

1. Արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ, դրանցից` արյան ճնշման բարձրացումով բնորոշվող հիվանդություններ/գերճնշումային հիվանդություն, սրտի իշեմիկ հիվանդություն, ուղեղի անոթային հիվանդություն,
2. Ներզատական համակարգի հիվանդություներ, սնուցման և նյութափոխանակության խանգարումներ, դրանցից` թիրեոտոքսիկոզ (հիպերթիրեոզ), շաքարային դիաբետ,
3. Մարսողական օրգանների հիվանդություններ, դրանցից՝ ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի խոց, լեղապարկի և լեղուղիների հիվանդություններ:
4. Շնչառական ուղիների հիվանդություններ, դրանցից՝ բրոնխիտ՝ քրոնիկական և չճշտված, էմֆիզեմա, թոքաբորբ, ասթմա, ասթմատիկ ստատուս:
5. Այլ քրոնիկ հիվանդություններ, դրանցից՝ աչքի և նրա հավելյալ ապարատի հիվանդություններ, Ռեակտիվ հոդախախտեր, ռևմատոիդ հոդաբորբ, շարակցական հյուսվածքի տարածուն ախտահարումներ, սպոնդիլոպաթիաներ, երիկամների գլոմերուլյար և տուբուլոինտերստիցիալ. երիկամի և միզածորանի այլ հիվանդություններ, արգանդի պարանոցի էրոզիա և էկտրոպրիոն:
6. Պետական հոգածության առողջապահական ծառայություններ, այդ թվում.

Ա) իմունիզացիա,

Բ) կանխարգելիչ բժշկական օգնություն, պարտադիր բժշկական զննումներ և լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտություններ,

Գ) աղիքային և այլ ինֆեկցիոն հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ,

Դ) տուբերկուլյոզի բժշկական օգնության ծառայություններ,

Ե) ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ բժշկական օգնության ծառայություններ,

Զ) հոգեկան և նարկոլոգիական հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ,

Է) հեմոդիալիզի ծառայություններ:

1. Հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ, այդ թվում.

Ա) Քրոնիկ հիվանդությունների սրացման դեպքում վերակենդանացման և անհետաձգելի բուժօգնության ծառայություններ,

Բ) Սիրտ-անոթային հիվանդությունների բուժում՝ այդ թվում սրտային վիրաբուժություն, առիթմոլոգիա, էնդովասկուլյար վիրաբուժություն,

Գ) Չարորակ նորագոյացությունների վիրահատության և ճառագայթային բուժման ծառայություններ, ինչպես նաև քիմիոթերապևտիկ բուժօգնություն,

Դ) Մանկաբարձություն, նախածննդյան և հետծննդյան բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ,

Ե) Ընդհանուր, անոթային, դիմածնոտային, էնդոկրին, կրծքային վիրաբուժության, ակնաբուժական, օրթոպեդիկ և վնասվածքաբանական, նյարդավիրաբուժական, միկրովիրաբուժական, գինեկոլոգիական, քիթ, կոկորդ, ականջաբանական և դիմածնոտային, ուրոլոգիական, պրոկտոլոգիական վիրահատություններ:

1. Հիվանդանոցային բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը ներառում է բուժման համար անհրաժեշտ միջոցառումները և հարբժշկական ծառայությունները, այդ թվում`
2. բժշկական խորհրդատվություններ,
3. հիվանդանոցային բուժման ընթացքում իրականացվող լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունները,
4. հիվանդանոցային բուժման ընթացքում հիվանդանոցի կողմից անհրաժեշտ դեղորայքով և ԲՆԱ-ով ապահովումը, բուժական միջամտությունները.
5. հիվանդին հիվանդասենյակով ապահովելը (բացառությամբ հիվանդի կողմից նախընտրած առանձին վճարովի հիվանդասենյակների արժեքի):
6. Ապահովագրական փաթեթում բացառություններ կկազմեն կոսմետոլոգիական, պլաստիկ վիրաբուժությունը, հիմնական դեղերի ցանկից դուրս դեղերը, առանձին ոչ բժշկական հարակից ծառայությունները, ինչպես նաև ՀԾՓ-ում չընդգրկված ստոմատոլոգիական ծառայություններն ու նորագույն և թանկարժեք տեխնոլոգիաների օգտագործմամբ իրականացվող միջամտությունները և հետազոտությունները:
7. Կամավոր բժշկական ապահովագրությունը կլինի լրացնող առողջության համապարփակ ապահովագրությանը և կընդգրկի ՀԾՓ-ից դուրս մնացած ծառայությունները:

# *4.3. ԱՀԱ ծածկույթի հաշվարկը և ֆինանսավորման աղբյուրները*

1. Ապահովագրական փաթեթների ծածկույթի հաշվարկը կիրականացվի ելնելով ՀԾՓ-ում ընդգրկված ծառայություններից՝ ըստ ծածկույթում ընդգրկված բնակչության սեռատարիքային խմբերի, կիրառելով առկա վիճակագրական տվյալները փաստացի դիմելիության և ՊՊ շրջանակներում փոխհատուցված դեպքերի ծախսերի վերաբերյալ: Առանձին խմբերի վերաբերյալ դիմելիության տվյալների բացակայության դեպքում կկիրառվեն կանխատեսումներ (ենթադրություններ)՝ հիմնվելով համանման խմբերի ցուցանիշների վրա: Ապահովագրավճարի հաշվարկի համար կկիրառվեն ԱՆ կողմից հաստատված մեթոդաբանությամբ[[12]](#footnote-12) հաշվարկված բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների գները: Ապահովագրավճարի հաշվարկման համար կկիրառվեն նաև կանխատեսումներ (ենթադրություններ)՝ պայմանավորված ապահովագրական դեպքերի թվաքանակի աճի ռիսկերով, որոնք հիմնվում են ապահովագրության ներդրման ազդեցության հետ կապված կանխատեսումների և ֆինանսական պատճառներով բժշկի չդիմելու ցուցանիշների վրա: Վերը նշված տվյալների հիման վրա հաշվարկված և կանխատեսվող տարեկան ապահովագրական ծածկույթի ծախսը 1 շահառուի հաշվով կազմում է 77 274 դրամ:
2. Ապահովագրական ծածկույթի համար պահանջվող ծախսերի փոխհատուցումը կիրականացվի երկու հիմնական աղբյուրներից՝ պետական բյուջեի ընդհանուր եկամուտներից և առողջության հարկից:
3. Անկախ բնակչության որևէ խմբին պատկանելուց, ԱՀԱ ներդրման պահին աշխատող[[13]](#footnote-13) և ինքնազբաղված քաղաքացիները կվճարեն առողջության հարկ:
4. ԱՀԱ ներդրման պահին պետական բյուջեի ՙՊետական հիմնարկների և կազմակերպությունների աշխատակիցների բժշկական օգնության ծառայություններ՚ միջոցառման շահառու հանդիսացող և աշխատող քաղաքացիների համար կսահմանվի անցումային դրույթ, որի ընթացքում նախատեսված բյուջետային գումարների շրջանակներում կապահովվի առողջության հարկի սուբսիդավորում ամսական կտրվածքով՝ մեկ աշխատողի հաշվով տվյալ ծրագրում առկա գումարի չափով:
5. Առողջության հարկի դրույքաչափը կհաստատվի օրենքով՝ ընդունման պահին ապահովագրական ծածկույթի ակտուարական հաշվարկները և պետական բյուջեից առողջապահական ծախսերի կանխատեսվող չափը հաշվի առնելով: Հիմք ընդունելով սոցփաթեթի շահառուների համար գործող գների կառուցվածքը և 2021թ-ի համար կատարված դիմելիության կանխատեսումները, ինչպես նաև 2020-2022թթ-երի համար հաստատված ՄԺԾ ծրագրով 2021թ-ին կանխատեսվող բյուջետային հատկացումները՝ կանխատեսվել է առողջության հարկի չափը (Տես աղյուսակ 2).

Աղյուսակ 2: Ապահովագրական ծածկույթի կանխատեսվող ցուցանիշներն ըստ ՀՆԱ-ի, պետական բյուջեի, աշխատողների և ինքնազբաղվածների ընդհանուր եկամուտների՝ ըստ ապահովագրավճարների վճարման աղբյուրների

|  |  |
| --- | --- |
|  | **2021** |
| Համախառն ներքին արդյունք, մլն դրամ | 7,615,700,000 |
| Ծրագրված բյուջեի եկամուտները, մլն դրամ | 2,027,746,000 |
| Ընդամենը աշխատողների և ինքնազբաղվածների տարեկան եկամուտները, մլն դրամ | 2,047,290,735 |
| Ընդամենը ապահովագրական ծածկույթ, մլն դրամ, **որից** | 229,138,180 |
| Պետական բյուջեի հաշվին ապահովվող ապահովագրական ծածկույթ, մլն դրամ | 106,305,559 |
| Ապահովագրական ծածկույթ դեֆիցիտ, մլն դրամ | 122,832,621 |
| Ապահովագրական ծածկույթի դեֆիցիտի լրացման համար առողջության հարկի չափ, % | 6.00% |
| Ապահովագրական ծածկույթի դեֆիցիտի լրացման համար պետական ծախսերի ավելացում, %[[14]](#footnote-14) | 0.0% |
| Պետական բյուջեի հաշվին ապահովվող ապահովագրական ծածկույթի չափաբաժինը ընդամենը ապահովագրական ծածկույթում, % | 46.4% |
| Առողջության հարկի հաշվին ապահովվող ապահովագրական ծածկույթի չափաբաժինը ընդամենը ապահովագրական ծածկույթում, % | 53.6% |
| Ընդամենը ապահովագրական ծածկույթի չափաբաժինը ՀՆԱ-ում, %, **որից** | 3.01% |
| Պետական բյուջեի հաշվին ապահովվող ապահովագրական ծածկույթի չափաբաժինը ՀՆԱ-ում, % | 1.40% |
| Առողջության հարկի հաշվին ապահովվող ապահովագրական ծածկույթի չափաբաժինը ՀՆԱ-ում, % | 1.61% |
| Ընդամենը ապահովագրական ծածկույթի չափաբաժինը պետական բյուջեում, %, **որից** | 11.3% |
| Պետական բյուջեի հաշվին ապահովվող ապահովագրական ծածկույթի չափաբաժինը պետական բյուջեում, % | 5.24% |
| Առողջության հարկի հաշվին ապահովվող ապահովագրական ծածկույթի չափաբաժինը պետական բյուջեում, % | 6.06% |

1. Կանխատեսվում է, որ ԱՀԱ ներդրումից հետո կշարունակվի վճարովի ծառայությունների մատուցումը, ինչպես ուղղակի բնակչությանը, այնպես էլ կամավոր ապահովագրական ընկերությունների միջոցով՝ ՀԾՓ-ում չընդգրկված և չփոխհատուցվող բժշկական և հարբժշկական ծառայությունների համար։ Հետևաբար անհրաժեշտ է կանոնակարգել և ավելի թափանցիկ դարձնել վճարովի ծառայությունների մատուցման պայմանները, ծառայությունների համար կնքվող պայմանագրերը, ծառայությունների գնագոյացման մեթոդաբանական մոտեցումները։ Այդ նպատակից ելնելով՝ ԱՆ կողմից հաստատված մեթոդաբանությունն արդեն իսկ ներկայացվել է բոլոր բժշկական կազմակերպություներին՝ առաջարկելով կիրառել այն վճարովի ծառայությունների գները հաշվարկելիս:
2. Արտահիվանդանոցային դեղերի ապահովման համար կսահմանվի նվազագույն փաթեթի արժեք, որը կհաշվարկվի պետական գրանցում ստացած և ԱՆ կողմից հիմնական դեղերի ցանկում ընդգրկված դեղերի՝ պետության կողմից փոխհատուցման ենթակա առավելագույն գների հիման վրա: Դեղերի փաթեթում պետության կողմից փոխհատուցման ենթակա առավելագույն գնի գերազանցման դեպքում շահառուի կողմից կվճարվի լրավճար։
3. Դեղերի փաթեթի արժեքի հատուցումը կիրականացվի Հիմնադրամի կողմից: Կառավարության կողմից հաստատված բնակչության խմբերում ընդգրկված շահառուների համար կփոխհատուցվի դեղերի՝ պետության կողմից փոխհատուցման ենթակա առավելագույն գների 100%-ի, իսկ բնակչության մյուս խմբերի համար՝ 50%-ի չափով:
4. Հաշվի առնելով, որ հիմնական ռիսկերի մասով ապահովագրությունը կծածկվի Հիմնադրամի կողմից, կամավոր բժշկական ապահովագրությունը կարող է ավելի հեշտությամբ ապահովագրել անհատական ռիսկերը, ինչպես նաև կորպորատիվ հաճախորդներին առաջարկել լրացուցիչ ապահովագրական ծածկույթ։ Մասնավոր ապահովագրական ընկերությունները արդեն իսկ կորպորատիվ ապահովագրական փաթեթ ձեռք բերած ընկերությունների հետ կարող են բանակցել ապահովագրավճարի մնացորդային մասի համար լրացուցիչ ծառայություններ ձեռք բերելու հարցերը։ Այդ գործողությունները խրախուսելու նպատակով հարկային օրենսգրքով նախատեսված են արտոնություններ կազմակերպությունների համար՝ թույլ տալով տարեկան մինչև 120 հազար դրամի չափով բժշկական ապահովագրական փաթեթ ձեռք բերելու դեպքում տվյալ գումարի չափով նվազեցում կատարել հարկվող եկամտից։

# *4.4. Բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների ձեռք բերումը/գնումը*

1. ԱՀԱ ներդրումը ենթադրում է գոյություն ունեցող ՊՊ սկզբունքների արմատական վերանայում և ռազմավարական գնման գործառույթների կիրարկում, այդ նպատակով կառավարության կողմից հիմնադրված ԱՀԱ հիմնադրամի (այնուհետև՝ Հիմնադրամ) միջոցով։
2. ԱՀԱ գործառույթների իրականացումը, այդ թվում հատուցումների կառավարումը, ծառայությունների գնումը, ծառայությունների գների վերանայումը, մատակարարների ընտրությունը կիրականացվի Հիմնադրամի կողմից: Ծառայությունների փաթեթի ընդլայնման և ապահովագրավճարների չափի վերաբերյալ որոշումները կկայացվեն Կառավարության կողմից՝ ԱՆ կողմից ներկայացված և Հիմնադրամի խորհրդի հետ համաձայնեցված առաջարկությունների հիման վրա:
3. Հիմնադրամի գործառույթները պետք է սահմանվեն օրենքով, ինչպես նաև կառավարության որոշումներով: Հիմնադրամը կունենա կառավարման խորհուրդ, որի կողմից կիրականացվի հիմնական որոշումների ընդունումը: Կառավարման խորհրդին կից կգործեն երկու կոմիտեներ՝ ռազմավարական գնումների, ծառայությունների ձեռք բերման և կատարողականի գնահատման: Խորհրդի անդամները կաշխատեն հասարակական հիմունքներով: Կառավարման խորհրդում ընդգրկված կլինեն կառավարության անդամներ, գործատուների, աշխատողների և սպառողների շահերը ներկայացնող կազմակերպությունների անդամներ՝ հավասար ներկայացուցչականությամբ (50-ական տոկոս մասնակցությամբ կառավարության և մյուս ներկայացուցիչների համար): Կառավարման խորհրդին կից կոմիտեներում կլինեն ներկայացուցիչներ բժշկական միություններից, հասարակական կազմակերպություններից, մասնագիտացված ասոցիացիաներից: Կարող են ընդգրկվել նաև փորձագետներ: Կառավարման խորհրդի կազմը կնշանակվի վարչապետի կողմից, ոչ պակաս քան 1 տարի և ոչ ավել քան 3 տարի ժամկետով: Կառավարման խորհրդի նախագահ ի պաշտոնե կնշանակվի առողջապահւթյան նախարարը:
4. Ծառայությունների գնման նպատակով բժշկական կազմակերպությունների ընտրության չափանիշները և կարգը պետք է հանդիսանան այն հիմնական թիրախները, որոնք կապահովեն Հիմնադրամի ֆինանսական կայունությունը, ապահովագրության ներդրման նպատակների իրագործումը, ռազմավարական գնորդին բնորոշ գործառույթների իրացումը։
5. Պայմանագրերի ընտրողական կնքման սկզբունքը (selective contracting) պետք է կիրառվի ոչ միայն բժշկական կազմակերպությունների, այլ նաև այդ բժշկական կազմակերպություններից գնման ենթակա ծառայությունների ցանկերի նկատմամբ: Անհրաժեշտ է գնահատել նաև բուժօգնության որոշակի ծառայությունների նկատմամբ բնակչության պահանջարկը ըստ տարածաշրջանների՝ հիմնվելով դրանց սպառման ցուցանիշների վերլուծությունների վրա: ԱՆ-ն և Հիմնադրամը համատեղ կմշակեն բուժօգնության և դեղորայքի որոշակի տեսակներ ՀԾՓ-ում ընդգրկելու (կամ չընդգրկելու) սկզբունքներ, որը պետք է հիմնված լինի հիվանդացության և մահացության ցուցանիշների վերլուծության, ծախսարդյունավետության գնահատման, ինչպես նաև տեխնոլոգիական զարգացման ապահովման տեսանկյունից: Այս սկզբունքները կառավարությանը կտրամադրեն անհրաժեշտ հիմնավորումներ ՀԾՓ-ի պարբերական վերանայումների համար:
6. Պայմանագրերի կնքման գործընթացը կամ դրանց վերանայումները չպետք է ժամանակատար լինեն, ուստի դրանք կարող են կնքվել մեկ տարուց ավելի ժամկետով՝ նախատեսելով փոփոխություններ գնվող ծառայությունների տեսակների և դրանց գների մասով։ Հիմնադրամի աշխատակազմը պետք է օժտված լինի բժշկական կազմակերպությունների ներկայացուցիչների հետ պայմանագրային գումարների վերաբերյալ բանակցելու լիազորությամբ։ Ընդ որում, բանակցություններից առաջ պետք է կատարվեն համապատասխան վերլուծություններ բժշկական կազմակերպություների հզորությունների, բուժօգնության որակի, ֆինանսական կարգապահության, պացիենտների կարծիքների վերաբերյալ։ Այդ ամենը կարող է բերել պայմանագրերի ընտրողական կնքման, ինչը պետք է հիմնված լինի հստակ սահմանված չափանիշների և թափանցիկ գործընթացի վրա և ապահովի բնակչության համար ծառայությունների ֆիզիկական (տարածքային) մատչելիություն:
7. Սահմանափակված բյուջեի կիրառումը կարևոր գործիք է ֆինանսական միջոցները արդյունավետ ծախսելու համար, սակայն դրա կիրառումը պետք է շատ ճկուն լինի, չնախատեսի պայմանագրերի անընդհատ փոփոխություններ, հաշվի առնի նաև բուժօգնության որակը բնութագրող ցուցանիշների գնահատումը։
8. Նախատեսվում է, որ հիմնադրամը կօգտագործի գնագոյացման մշակված գործիքներ՝ գնահատելու համար օգտագործվող դեղերի և ԲՆԱ ծավալները և հնարավոր ծախսերը։ Այդ գործիքները Հիմնադրամը կօգտագործի տեղական արտադրողների և ներմուծողների հետ բանակցելիս՝ ծառայության գների վերաբերյալ համաձայնություն ստանալու ժամանակ, իսկ դեղերի և ԲՆԱ կենտրոնացված ձեռք բերման հնարավորությունը կարող է օգտագործվել որպես ուժեղ գործիք՝ ներքին արտադրողների և ներմուծողների հետ բանակցություններում։
9. Մարդասիրական, բարեգործական ճանապարհներով ստացված ապրանքների բաշխումը և դրանց հետագա ծախսագրումը պետք է համաձայնեցվի Հիմնադրամի հետ։ Հիմնադրամը նաև պետք է լիազորություն ունենա մասնակցել ԱՆ կողմից՝ դոնոր կազմակերպությունների հետ համատեղ մշակվող ծրագրերին, ներկայացնել առաջարկություններ կազմվող ծրագրերի վերաբերյալ։ Հիմնադրամը կարող է նաև հանդես գալ որպես առողջապահության բնագավառում ԱՆ-ի հետ համատեղ ծրագրեր իրականացնող՝ գնահատելով ծրագրի անհրաժեշտ ուղղությունները և իրականացման դեպքում դրա ծախսարդյունավետությունը։

# *4.5. Բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների դիմաց փոխհատուցումը*

1. ԱՀԱ ներդրման համար կարևոր նշանակություն ունեն ծառայությունների դիմաց փոխհատուցման մեխանիզմները։ Ապահովագրական փաթեթներում ընդգրկվող հիմնական ծառայությունների փոխհատուցման համար պետք է կիրառվի խառը փոխհատուցման սկզբունքը ԱԱՊ մակարդակում՝ զուգակցելով ըստ մարդաշնչի ֆինանսավորումը, առանձին ծառայությունների դիմաց ըստ կատարողականի փոխհատուցման (լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտություններ, արտահիվանդանոցային դեղորայք և այլն), ինչպես նաև ըստ գործունեության արդյունքների բոնուսային ֆինանսավորման էլեմենտները: Հիվանդանոցային մակարդակում փոխհատուցումը պետք է իրականացվի ըստ ավարտված դեպքի՝ այն զուգակցելով բանակցվող սահմանափակ բյուջեի և որակի գնահատման ցուցանիշների էլեմենտներով:
2. Արտահիվանդանոցային դեղերի փոխհատուցումը կիրականացվի դեղատոմսերի հիման վրա՝ հիմնական դեղերի ցանկում ընդգրկված և փոխհատուցման ենթակա դեղերի համար Հիմնադրամի կողմից սահմանված դեղերի առավելագույն գների վերաբերյալ հրապարակային առաջարկ ներկայացնելու միջոցով, որին կարող է միանալ տարածքում գործող և համապատասխան լիցենզիա ունեցող ցանկացած կազմակերպություն: Հիմնադրամը կվարի դեղերի փաթեթների սահմանաչափերի վերաբերյալ ապահովագրված անձանց անհատականացված հաշվառում: Արտահիվանդանոցային դեղերի փաթեթի շրջանակներում՝ դեղերի փաթեթում ընդգրկված դեղերի՝ Հիմնադրամի կողմից սահմանված փոխհատուցման առավելագույն գնից բարձր գնով դեղերի ձեռքբերման դեպքում կգործի լրավճարի սկզբունքը և քաղաքացին կվճարի հաստատված առավելագույն գնի և վաճառքի գնի տարբերությունը։ Անհրաժեշտ է իրականացնել հիմնական դեղերի ցանկի վերանայում և գնահատում, դրա արդունավետության գնահատում՝ ելնելով հիմնական հիվանդությունների կառուցվածքից և շահառուների խմբերից: ԱՆ կհաստատի գնահատման չափանիշները, որոնք հիմք կհանդիսանան Հիմնադրամի կողմից արտահիվանդանոցային դեղերի և ԲՆԱ փոխհատուցման համար:
3. Պետք է ամրապնդվի ԱԱՊ օղակի՝ միայն բժշկական ցուցումների հիման վրա ուղեգրելու գործառույթը կիրառելու պահանջը։ Ուղեգրերը պետք է լինեն խիստ վերահսկելի և էլեկտրոնային։ Պետք է մշակվեն ուղեգրերումների գնահատման համակարգեր, որոնց միջոցով կարելի է գնահատել ուղեգրման կապը հիվանդության ախտորոշման հետ։ Միևնույն ժամանակ, պետք է հիվանդանոցային պայմաններում ամբուլատոր ծառայություններ՝ մասնավորապես անհետաձգելի բուժօգնության (emergency), լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտություններ և մասնագիտացված խորհրդատվություն տրամադրելու հնարավորություն տալ՝ անհարկի հիվանդանոցային թանկ ծառայություններից խուսափելու նպատակով։
4. Ուղեգրման կանոնակարգերը պետք է հնարավորություն տան բուժող բժշկին ուղեգրող բժշկի հետ համատեղ հիվանդության ընթացքի վերահսկում իրականացնել էլեկտրոնային համակարգերի միջոցով և որոշումներ կայացնել լրացուցիչ հետազոտման, խորհրդատվության կամ հիվանդանոցային բուժման համար՝ առանց քաղաքացու համար ավելորդ քաշքշուկներ ստեղծելու։
5. Փոխհատուցման համար կիրառվելու են ԱՆ կողմից հաստատված նոր մեթոդաբանության հիման վրա հաշվարկված բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների գները։ Ընդ որում, ծառայությունների գների հաշվարկման հիմքում ընկած նորմատիվային ծախսերը՝ դեղերի և ԲՆԱ, լաբորատոր-գործիքային հետազոտություների, վիրահատական միջամտությունների, ախտորոշման և բուժման ընթացքում մատուցված մասնագիտական խորհրդատվության մասով, պետք է հանդիսանան ծառայությունների մատուցման նվազագույն տեխնիկական չափանիշներ։ Պետք է սահմանվեն նաև բուժանձնակազմի աշխատավարձի նվազագույն սահմանաչափերը՝ ըստ մասնագիտությունների։ Կարևոր է նաև վերադիր ծախսերի չափաքանակների սահմանումը։ Վերադիր ծախսերի չափը կարող է օգտագործվել որպես բժշկական կազմակերպությունների զարգացման ցուցիչ։ Զարգացող առողջապահության համակարգ ունենալու, ներդրումներ ապահովելու նպատակով վերադիր ծախսերի չափը կարող է ավելացվել։ Հիմնադրամը նաև պետք է հրապարակի փոխհատուցման ենթակա ծառայությունների տեխնիկական նվազագույն պայմանները՝ այդ թվում լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների համար։
6. Պայմանագրով նախատեսված պայմանների խախտումների համար պետք է սահմանվեն խիստ պատիժներ և տուգանքներ ինչպես բժշկական կազմակերպությունների, այնպես էլ բժիշկների համար՝ ընդհուպ մինչև պայմանագրի լուծարում, լիցենզիայից զրկելու համար դիմում ԱՆ և այլն։
7. Ծառայություների դիմաց փոխհատուցման տեխնիկական չափանիշները և նորմատիվային ծախսերը պետք է զուգակցվեն ծառայությունների որակի պահանջների հետ։ Այդ տեսանկյունից կարևորվում է ԱՆ կողմից կլինիկական ուղեցույցների և նորմատիվների հաստատումը, կիրառման ապահովումը և հետագա բարելավումները։ Որպես հիմնական կիրարկող կառույց կարող է հանդես գալ Հիմնադրամը, որը կիրականացնի դրանց պրակտիկ կիրառման մշտադիտարկում, ծախս-արդյունավետության փորձարկում և տվյալներ կտրամադրի խորհրդին՝ հետագա բարելավումների համար։ Բացի դա, հիմնադրամը կարող է գոյություն ունեցող կլինիկական ուղեցույցների կամ նորմատիվների հիման վրա մշակել սահմանափակ ռեսուրսների պայմաններում կիրառելի ընթացակարգեր, որոնք կօգտագործվեն դեպքերի փոխհատուցման ժամանակ։

# *4.6. Հաշվետվողականություն, մոնիտորինգ և վերահսկում*

1. ԱՀԱ համակարգը հնարավորություն կտա ապահովել բուժօգնության մատուցման և փոխհատուցման համադրելի տվյալների ստացումը, որոնք հիմք կհանդիսանան ապահովագրության գործընթացի թափանցիկ իրականացման համար։ Այդ առումով, պետք է հաստատվեն ֆինանսական և ոչ ֆինանսական տվյալներ պարունակող հաշվետվությունների ստանդարտ ձևաչափեր.
2. Արտաքին օգտագործողների համար՝ կառավարություն, վարչապետ, ազգային ժողով,
3. ԱՀԱ համակարգի կառավարման համար՝ Հիմնադրամի կառավարման խորհուրդ,
4. Ներքին օգտագործման համար՝ Հիմնադրամի կառուցվածքային ստորաբաժանումներ, տնօրինություն,
5. Հանրային հաշվետվություններ։

Հիմնադրամի կողմից պարբերաբար հրապարակվող տվյալների և հաշվետվությունների տեսքերը և պարունակությունը նախօրոք պետք է հաստատվեն կառավարման խորհրդի կողմից: Հաշվետվություններում պետք է ընդգրկվեն այն բոլոր ցուցանիշները, որոնք կարող են արտացոլել ԱՀԱ կարճաժամկետ նպատակների իրականացումը, ինչպես նաև գնահատել այդ ընթացքում իրականացվող միջոցառումների արդյունքները։

Ներքին օգտագործման համար կարող են կիրառվել հաշվետվությունների ոչ ստանդարտ ձևաչափեր, որոնք ունակ կլինեն տվյալներ տրամադրել ֆինանսական հոսքերի օպտիմալ կառավարման, բժշկական կազմակերպությունների կատարողականների և բուժօգնության որակի ընթացքիկ վերահսկման նպատակով։

1. Պետք է մշակվեն մշտադիտարկման իրականացման կանոնակարգեր, կազմվեն անհրաժեշտ տվյալների ցանկերը, որոնք պետք է համադրվեն ծառայությունների վերահսկման նպատակով։ Բժշկական կազմակերպություններից կարող են պահանջվել ոչ միայն ստանդարտ հաշվետվություններ, որոնք կօգտագործվեն ծառայությունների դիմաց ֆինանսավորման նպատակով, այլ նաև այլ տվյալներ, որոնք կբնութագրեն ծառայությունների համար կատարված ծախսերը և բուժօգնության որակը, ծառայությունների համար սահմանված տեխնիկական չափանիշների ապահովումը։
2. Ապահովագրված անձանց նույնականացման նպատակով օրենքով կամ կառավարության որոշումներով կսահմանվեն տարբեր գերատեսչությունների կողմից Հիմնադրամին ներկայացվող տվյալների շտեմարանների ցանկերը, դրանց տրամադրման հաճախականությունը, ձևաչափը։
3. Հիմնադրամի կառուցվածքում պետք է ձևավորվի ներքին աուդիտի, կատարողականի գնահատման և վերլուծության ստորաբաժանում, որի անդամները կնշանակվեն անմիջականորեն խորհրդի կողմից: Այդ ստորաբաժանումը, այլ գործառությների հետ մեկտեղ, պատասխանատու կլինի նաև կառույցի կողմից բժշկական կազմակերպությունների հետ կնքված պայմանագրերի կատարողականների վերահսկման համար, որոնց արդյունքների վերաբերյալ պարբերաբար կզեկուցի խորհրդին: Հիմնադրամի աշխատանքների գնահատումը կիրականացվի ԱՀԱ խորհրդի կողմից հաստատված արդյունքային ցուցանիշների հիման վրա, որոնց մշակման և գնահատման մեթոդաբանությունը կհաստատվի խորհրդի կողմից:
4. Հիմնադրամը կունենա արտաքին աուդիտ: Հաշվեքննիչ պալատը կիրականացնի բյուջեի կատարողականի գնահատում, իսկ միջազգային հեղինակավոր աուդիտորական կազմակերպության կողմից կիրականացվի Հիմնադրամի ֆինանսական աուդիտ:
5. Հիմնադրամը պարբերաբար, առնվազն եռամյա կտրվածքով, կներկայացնի տեղեկատվություն ԱՀԱ ներդրման նպատակի և միջոցառումների արդյունքային ցուցանիշների համախմբում ներկայացված արդյունքների վերաբերյալ (տես հավելված 3-ը), որոնք հիմք կհանդիսանան ԱՀԱ գործունեության գնահատումն իրականացնելու համար:

# *4.7. Բուժօգնության որակ և տեղեկատվական համակարգեր*

1. Գնումների, փոխհատուցման, վերահսկման և մոնիտորինգի նախանշված գործառույթների ապահովման համար կարևորվում է համապատասխան տեղեկատվական համակարգի առկայությունը: Հատկապես նախատեսվող ռազմավարական գնորդի գործառույթների իրականացումը ենթադրում է նաև բժշկական կազմակերպության գործունեության ընթացիկ տվյալների հավաքագրում և վերլուծություն, ինչը պետք է ապահովվի զարգացած ներքին կառավարման տեղեկատվական համակարգերի միջոցով։ Գործող տեղեկատվական համակարգերի գնահատումը թույլ է տալիս եզրակացնել, որ դրանք մշակված չեն նախանշված գործառույթներն ապահովելու համար, այլ կարող են սոսկ տվյալների փոխանակման ինտերֆեյսերի միջոցով ապահովել բուժհիմնարկներից որոշակի տեղեկատվության տրամադրումը: ԱՀԱ հիմնադրամի ներքին տեղեկատվական համակարգը իր տեխնիկական միջոցներով պետք է իրականացնի հիմնական գործառությներն անմիջապես ՊԵԿ-ի, սոցիալական ապահովման ծառայության, գանձապետարանի հետ և ունենա այլ կապող ինտերֆեյսներ այլ պետական համակարգերի հետ: Այսինքն Հիմնադրամի ներքին կառավարման համակարգը պետք է ունենա իր զարգացման տեխնոլոգիական ցիկլը: Համակարգի հիմնական հատկանիշները պետք է լինեն:
2. Ճկունությունը: Համակարգը պետք է հնարավորություն տա արագ ադապտացվել փոփոխվող պահանջներին:
3. Հարմարավետությունը: Համակարգը պետք է լինի օգտվողների համար հարմարավետ, համապատասխանի ներկայացվող գործառույթներին, աշխատի առանց խափանումների և արագ, և հնարավորություն ունենա համագործակցել այլ տեղեկատվական համակարգերի հետ վեբ սերվիսների միջոցով:
4. Հաշվետվողականությունը: Համակարգը պետք է հնարավորություն ընձեռնի ստանալ ինչպես ստանդարտացված, այնպես էլ ցպահանջ հաշվետվություններ,
5. Ներկայացուցչականությունը: Համակարգը պետք է ունենա տվյալների վերլուծության և վիզուալ ներկայացման ֆունկցիաներ,
6. Ծախսարդյունավետությունը: Համակարգը պետք է լինի մատչելի թե մշակման փուլում թե հետագա սպասարկման ընթացքում,
7. Անվտանգությունը: Համակարգը պետք է լինի անվտանգ և համապատասխանի ինչպես միջազգային ընդունված ստանդարտներին, այնպես էլ գործող տեղեկատվական համակարգերին ներկայացվող պահանջներին:
8. Ստուգումը: Համակարգը պետք է հնարավորություն տա նախորոք մշակված ցուցանիշների հիման վրա ինքնաշխատ եղանակով գնահատել շեղումները նախանշված ցուցանիշներից և դրա վերաբերյալ տեղեկատվություն ուղարկել համակարգն օգտագործողներին:
9. ԱՀԱ ներդրման համատեքստում մատուցվող բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների որակի բարելավման նպատակներին հասնելու համար պետք է իրականացվեն հետևյալ միջոցառումները.
10. ԱՆ կառուցվածքում ստեղծել/վերակազմակերպել միավոր, որի հիմնական խնդիրը պետք է լինի բժշկական ծառայությունների որակի ապահովման և բարելավման քաղաքականության սահմանումը, կանոնակարգումը, պլանավորումը և ազգային մակարդակով մշտադիտարկումը:
11. Հիմնադրամի կառուցվածքում անհրաժեշտ է նախատեսել համապատասխան ստորաբաժանում, որի գործառույթները պետք է լինեն հաստատության, մարզի և հանրապետության մակարդակով մշտադիտարկումը և վերահսկողությունը՝ ֆինանսավորման համար հաստատված որակի ցուցանիշների նկատմամբ, մատուցված ծառայությունների համապատասխանությունը հաստատված ուղեցույցերին և գործելակարգերին:
12. Առաջնահերթության կարգով պետք է մշակվեն/վերանայվեն, հաստատվեն, ներդրվեն և մշտադիտարկվեն ՀԾՓ-ում ընդգրկված և հիվանդությունների ու վիճակների վերաբերյալ կլինիկական ուղեցույցներ և գործելակարգեր: Վերոնշյալ գործառույթները կարող են իրականացվել մասնագիտացված կրթական հաստատությունների (ԱՆ առողջապահության ազգային ինստիտուտ և Երևանի պետական բժշկական համալսարան) և մասնագիտական ասոցիացիաների միջոցով:
13. Անհրաժեշտ է սահմանել և ներդնել հիվանդանոցային բուժօգնության որակի չափելի առնվազն 10 ցուցանիշներ, որոնք կարտացոլեն մատուցվող ծառայությունների արդյունքները (հիվանդանոցային մահացություն, չնախատեսված կրկնակի հոսպիտալացումներ և այլն) և անվտանգությունը (բուժօգնության ընթացքում ձեռք բերված բարդություններ, ներհիվանդանոցային վարակներով պայմանավորված բարդություններ, վիրահատական և հետվիրահատական բարդություններ և այլն)
14. Մարդկային ներուժի բարելավման նպատակով անհրաժեշտ է սահմանել նորմատիվներ՝ առողջապահական կադրերի ներկայիս և հեռանկարային պահանջարկը հաշվարկելու համար, գնահատել աշխատանքային ծանրաբեռնվածությունը բժշկական կազմակերպությունում և մշակել անհրաժեշտ մասնագետների (ներառյալ նրանց կրթության աստիճանի և հմտությունների համախմբի (skill mix) ցուցակ՝ ըստ յուրաքանչյուր մարզի միջին և երկարաժամկետ առողջապահական կարիքների:
15. Պետք է ապահովել ընդհանուր առողջապահական կադրերի ռեգիստրում մարզային նեղ մասնագետների ռեգիստրի վարում` ներկա իրավիճակը գնահատելու, պահանջարկը կանխատեսելու համար.
16. Անհրաժեշտ է իրականացնել ըստ մարզերի նեղ մասնագետներով ապահովվածության ստանդարտների մշակում, որը իր մեջ կընդգրկի.

Ա) մարզային առողջապահական համակարգի կողմից բժշկական օգնության և սպասարկման հստակ ծավալների սահմանումը,

Բ) յուրաքանչյուր մարզային բժշկական կենտրոնի օրինակելի կառուցվածքը,

Գ) այդ կառուցվածքին համահունչ կադրային ապահովվածության ստանդարտները:

# V. ԱՀԱ ՆԵՐԴՐՄԱՆ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄԸ

# *ԱՀԱ ֆինանսական կայունությունը*

1. Կառավարությունը կքննարկի Հիմնադրամի տարեկան բյուջեի նախագիծը հիմնական ֆինանսական ցուցանիշների մակարդակով, ինչպես օրինակ պլանավորված եկամուտներն ու ծախսերը, նախատեսվող դեֆիցիտը կամ ավելցուկը, վարչական ծախսերի տեսակարար կշիռը և այլն, և որպես պետական բյուջեի բաղկացուցիչ մաս այն կներկայացնի Ազգային ժողովի հաստատմանը:
2. Հիմնադրամը՝ յուրաքանչյուր բյուջետային տարվա համար, Հիմնադրամի կառավարման խորհրդի կողմից հաստատված մեթոդաբանության հիման վրա, կհաշվարկի մեկ ապահովագրվածի հաշվով ապահովագրավճարը և ընդհանուր ապահովագրական ծախսերը, կհամադրի պլանային եկամուտների հետ և ԱՀԱ խորհրդին կներկայացնի առաջարկություններ դեֆիցիտի լրացման աղբյուրների կամ ավելցուկի ծախսման ուղղությունների վերաբերյալ: Հիմնադրամի կողմից կներկայացվեն նաև միջին ժամկետ և երկարաժամկետ ծախսերի և եկամուտների գնահատականներ: Տարվա ընթացքում, սկսած երրորդ եռամսյակից, Հիմնադրամը խորհրդին պետք է ներկայացնի ընթացիկ տարվա ֆինանսական ցուցանիշները, ավելցուկի կամ դեֆիցիտի չափը, ինչպես նաև առաջարկություններ ծառայությունների փաթեթի ընդլայնման կամ սահմանափակումների կիրարկման վերաբերյալ:
3. Յուրաքանչյուր տարվա համար ԱՀԱ գործադիր տնօրենը կհաշվարկի Հիմնադրամի վարչական ծախսերը և կներկայացնի կառավարման խորհրդի հաստատմանը:
4. Հաշվի առնելով ֆորմալ հատվածում զբաղվածության գրանցման աճի տեմպերը (2017թ-ի համեմատ 2019թ-ի 1-ին եռամսյակում աշխատողների թիվը աճել է 11%-ով), ինչը ենթադրում է առողջության հարկի միջոցով հավաքագրվող միջոցների աճ, ԱՆ կողմից կարող են նախապատրաստվել և Հիմնադրամի հետ համաձայնեցնելուց հետո կառավարությանը ներկայացնել ՀԾՓ-ի վերանայման վերաբերյալ առաջարկություններ:
5. Հիմնադրամի ֆինանսական հոսքերը կապահովվեն օրական կտրվածքով՝ պետական բյուջեի միջոցների հաշվին, Հիմնադրամի գանձապետական հաշվեհամարին կատարվող փոխանցումների միջոցով:
6. Պետական եկամուտների կոմիտեի կողմից, ընդհանուր հարկային վարչարարության սկզբունքներից ելնելով, կապահովվի առողջության հարկից պետական բյուջե կատարվող վճարումների չափի, ժամկետայնության, ծավալների նկատմամբ վերահսկողությունը:
7. Ապահովագրության ներդրումը բժշկական կազմակերպությունների կողմից կարող է դիտվել որպես լրացուցիչ միջոցներ ներգրավելու աղբյուր՝ իրականում ոչ անհրաժեշտ ծառայություններ մատուցելու և դրանց դիմաց փոխհատուցում ստանալու միջոցով: Այս երևույթը հայտնի է որպես անբարեխղճության ռիսկ: Նման ռիսկերի մեղմացման նպատակով պետք է կիրառվեն փոխհատուցման մեխանիզմներ, որոնք կսահմանափակեն բժշկական կազմակերպությունների կողմից ապահովագրվածներին ոչ անհրաժեշտ ծառայությունների մատուցումը: Կլինիկական ուղեցույցների և նորմատիվների կոշտ գործելու պայմաններում առաջացող սահմանափակումները չեն նպաստի բուժօգնության որակի և մատչելիության բարձրացմանը և կարող են կրել սուբյեկտիվ՝ փորձագիտական մակարդակի կամ զուտ ֆինանսական սահմանափակման բնույթ: Նմանատիպ ռիսկերի մեղմացման նպատակով համավճարների ներդրումը որոշ ծառայությունների և բնակչության որոշ խմբերի համար կարող է արդյունավետ լինել ծառայությունների մատուցումը սահմանափակելու տեսանկյունից։ Բացի դա, ԱՀԱ ներդրման առնվազն սկզբնական ժամանակահատվածում կկիրառվի բժշկական կազմակերպությունների կողմից մատուցվող ծառայությունների դիմաց փոխհատուցման սահմանափակ բյուջեի սկզբունքը, որը կզուգակցվի որակի գնահատման ցուցանիշների և կատարողականի ընթացիկ վերլուծությունների մեխանիզմներով և կհանդիսանա իրականում ոչ անհրաժեշտ ծառայություններ մատուցելու գայթակղության զսպման մեխանիզմ:
8. Կանխատեսվում է, որ ապահովագրության համակարգի ներդրման սկզբում՝ 1-2 տարիների ընթացքում հնարավոր է ծառայությունների ծավալների աճ, որոնք պայմանավորված են նախկինում որոշակի առողջական խնդիրներ ունեցող, սակայն բժշկի չդիմած շահառուների դիմելիությամբ: Այդ ռիսկերը, որոնք տնային տնտեսությունների հետազոտությունների 2017թ-ի ամփոփ արդյունքների համաձայն կազմում են հարցվածների 71.5%-ը, պայմանավորված են ԱԱՊ ծառայություններից օգտվելու համար չդիմելու հիմնական պատճառներով՝ ինքնաբուժմամբ զբաղվելով (51.4%) և ֆինանսական խոչընդոտներով (20.1%): Հետևաբար, ապահովագրավճարների հաշվարկման դեպքում պետք է հաշվի առնել դիմելիության աճի հնարավոր ռիսկը:

# *Պետական կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինների, բժշկական կազմակերպությունների և բնակչության եկամուտների և ծախսերի վրա ազդեցությունը*

1. Պետական և տեղական բյուջեների վրա ազդեցությունը գնահատվում է եկամտային և ծախսային մասի վրա ազդեցությունը հաշվի առնելով։ ԱՀԱ ներդրումը կբերի փոփոխություններ ինչպես ծախսային, այնպես էլ եկամտային մասում։ Առավել երկարաժամկետ ներդրման տեսանկյունից, այս ազդեցությունը պետք է գնահատել նաև ընդհանուր տնտեսության վրա դրական ազդեցության առումով, քանզի ԱՀԱ ներդրումը երկարաժամկետ կտրվածքում բերելու է առողջության վրա կատարվող գրպանից դուրս ծախսերի կրճատման։ Կանխատեսվում է, որ ազատված դրամական միջոցները ուղղակիորեն կներդրվեն տնտեսության մեջ և կավելանան սպառողական ծախսերին, որոնցից էլ հարկերի և տուրքերի տեսքով կվերադառնա պետական կամ տեղական բյուջե։
2. ԱՀԱ ներդրման արդյունքում կկրճատվեն հիվանդացության և մահացության ցուցանիշները, կբարելավվի կյանքի որակը և կյանքի առողջ ապրելու ժամանակահատվածը, կկրճատվի առողջական խնդիրների հետևանքով հաշմանդամություն ունեցող անձանց դեպքերի քանակը՝ խուսափելով ՀՆԱ բացասական ազդեցությունից, որը կարող է առաջանալ առողջության կորստի, հիվանդացության և հաշմանդամության պատճառներով։
3. ԱՀԱ ներդրման հետևանքով կավելանան բյուջետային մուտքերը ոչ միայն առողջապահական ծախսերից ազատված միջոցները սպառողական այլ ծախսերին ուղղելու հետևանքով, այլ նաև բժշկական կազմակերպությունների շրջանառության ավելացման, ոչ պաշտոնական շրջանառության կրճատման տեսքով։ Տեղական բյուջեները կունենան լրացուցիչ միջոցներ ԱՀԱ ներդրումից հետո՝ իրենց ենթակայության տակ գտնվող կազմակերպությունների կառավարման արդյունավետության բարձրացման հետևանքով ձևավորված շահաբաժինների տեսքով։ ԱՀԱ ներդրման ընդհանուր ծախսը կազմում է շուրջ 229,1 մլրդ դրամ[[15]](#footnote-15)։ Համաձայն բժշկական կազմակերպությունների կողմից ներկայացված ֆինանսական ցուցանիշների, 2018 թվականին հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային ծառայություններից ստացված եկամուտը կազմել է շուրջ 82,0 մլրդ դրամ: Պետական տուրքերի և հարկերի մասով վճարումները կազմել են շուրջ 14.4% կամ 11,7 մլրդ դրամ: Նախնական գնահատականների հիման վրա, բացի առողջության հարկի տեսքով բյուջեի ավելացումից (շուրջ 122,8 մլրդ դրամ), բժշկական ծառայությունների մատուցման արդյունքում պետական բյուջե հարկերի և տուրքերի տեսքով կվերադառնա շուրջ 32,7 մլրդ դրամ:
4. Դրական կլինի նաև գրեթե բոլոր բժշկական կազմակերպությունների բյուջեների վրա ազդեցությունը, քանզի գների համահարթեցման և ծառայությունների միևնույն փաթեթի նախատեսման դեպքում գրեթե 2,5 անգամ կավելանա բուժհիմնարկների շրջանառությունը։ Միևնույն ժամանակ, ԱՀԱ ներդրումը ենթադրում է սահմանել կոշտ տեխնիկական պահանջներ՝ բժշկական կազմակերպությունների կողմից մատուցվող ծառայությունների նորմատիվային ծախսերի ապահովման, բուժանձնակազմի համար հաշվարկված նորմատիվային աշխատավարձերի նվազագույն չափաքանակների հաստատման, լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունների իրականացման մեթոդաբանության և ստուգաչափումների (կալիբրովկա) պարտադիր անցկացման միջոցով։ Դա բժշկական կազմակերպություններից կպահանջի մոբիլիզացնել ռեսուրսներ և անհրաժեշտության դեպքում կատարել որոշակի ներդրումներ կամ հրաժարվել որոշակի ծառայություններ մատուցելուց, ինչը կնպաստի առողջապահության բնագավառում ներդրումների աճին, ինչպես նաև ծախսարդյունավետության և որակի ցուցանիշների բարելավմանը։
5. Պետք է նշել, որ ԱՆ կողմից բժշկական կազմակերպությունների արդյունավետության ցուցանիշների բարելավման և հզորությունների արդյունավետ օգտագործման ծրագրեր են մշակվում։ Հետևաբար, ԱՀԱ ներդրումը կօգնի ֆինանսական նոր աղբյուրների ներգրավման միջոցով ապահովել այդ գործընթացների զարգացումը։
6. Առողջության հարկի հաշվարկման սկզբունքները հիմնված են գործող հարկային քաղաքականության հիմնարար սկզբունքների վրա։ Նախնական հաշվարկների համաձայն, աշխատող բնակչության 41%-ից ավելիի համար (ամսեկան 150.0 հազար դրամ և ավել եկամուտ ունեցողներ) առողջության հարկը չի դառնա լրացուցիչ բեռ։ Մնացած 59% աշխատողների համար առողջության հարկի ներդրումը մեղմվում է եկամտահարկի համահարթեցման արդյունքում՝ եկամտահարկի չափի նվազման միջոցով: 2021թ-ից նախատեսվում է սահմանել եկմտահարկի չափը 20% բոլոր աշխատողների համար: Այս դեպքում, նվազագույն սանդղակով հարկվող եկամտահարկի դրույքաչափը շուրջ 59% աշխատողների համար կնվազի 4%-ով, ուստի առողջության հարկի սահմանումը 4-6%-ի չափով չի ունենա զգալի բացասական ազդեցություն աշխատողների եկամուտների վրա:
7. Նվազագույնի կհասցվեն բժշկական անձնակազմին անմիջականորեն վճարվող գումարները կամ բժիշկներին տրվող ոչ պաշտոնական վճարները, քանզի ապահովագրավճարի հիմք հանդիսացող բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների գներում նորմատիվային աշխատավարձի հաշվարկումը և բազային աշխատավարձի ավելացումը կատարվել է հաշվի առնելով բուժանձնակազմին անմիջականորեն վճարվող գումարների մեծությունը (փաստացի միջին աշխատավարձի 27%-ի չափով)[[16]](#footnote-16):

# Սոցիալական ազդեցությունը

1. ԱՀԱ ներդրումը ենթադրում է ուղղակի ազդեցություն սոցիալական հարաբերությունների վրա։ Բնակչության բոլոր խմբերի համար ՀԾՓ-ի սահմանումը կբացառի բնակչության մոտ առաջացած շփոթությունը և անորոշությունը՝ պետության կողմից անվճար երաշխավորվող ծառայությունների վերաբերյալ։ Ապահովագրավճարների հաշվարկման հիմքում դնելով սոցիալական համերաշխության սկզբունքները, հնարավորություն է ստեղծվում բնակչության բոլոր խմբերին տրամադրել երաշխավորված անվճար ապահովագրական ծածկույթ։
2. Բնակչության սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված անձիք կունենան ապահովագրական միևնույն փաթեթ՝ անկախ սոցիալական կարգավիճակից։ Հիմնական ծառայություններ ստանալու տեսանկյունից չեն տարբերվի հարուստների և աղքատների կամ սոցիալապես անապահովների համար գոյություն ունեցող պայմանները, բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունները, դրանց մատուցման որակը։ Առողջական խնդիրներ առաջանալու դեպքում մարդիկ չեն մտածի գումարներ հայթայթելու, վարկեր վերցնելու, պարտքով գումար խնդրելու կամ անձնական գույք վաճառելու մասին։ Ֆինանսական պաշտպանվածության և մատչելիության բարձրացման շնորհիվ կնվազի միայն ծայրահեղ, ուշացված դեպքերում բժշկի դիմելու դեպքերի թիվը, իսկ ժամանակին ախտորոշման և բուժման դեպքում կբարելավվի նրանց կյանքի որակը։ ԱՀԱ ներդրումը կարևորվում է նաև հոգեբանական տեսանկյունից, քանզի հաղթահարվում է հիվանդությունների առաջացման դեպքում ֆինանսական անպաշտպանության վախը, ինչն էլ իր հերթին նպաստում է ինքնավստահության բարձրացմանը, արդյունավետ գործունեությանը, ազատության և պաշտպանվածության գիտակցության բարձրացմանը։

# *5.4. Տնտեսության վրա ազդեցությունը*

1. ԱՀԱ ներդրումը ենթադրում է առողջության հարկից լրացուցիչ գումարների ներգրավվում, ինչպես նաև պետական բյուջեի եկամուտներից առողջապահական ծախսերին ուղղված գումարների ավելացում։ Սակայն թե կարճաժամկետ հատվածում, թե երկարաժամկետ կտրվածքով այդ լրացուցիչ ծախսերը կունենան դրական ազդեցություն տնտեսության վրա։ Բնակչության կողմից ուղղակիորեն բուժօգնության դիմաց կատարվող վճարումների կրճատման հետևանքով կավելանան սպառողական ծախսերը տնտեսական գործունեության այլ ոլորտներում։
2. Առողջապահության ազգային հաշիվների (ԱԱՀ) 2018 թվականի զեկույցի համաձայն, 2017թվականին ընդհանուր առողջապահական ծախսը կազմել է 580,4 մլրդ դրամ, որից տնային տնտեսությունների մասնաբաժինը կազմել է շուրջ 490,7 մլրդ դրամ, պետական ծախսերը՝ 85,0 մլրդ դրամ։ Տնային տնտեսությունների ծախսերից 4,1 մլրդ դրամ է կազմում ապահովագրական ընկերությունների հատուցումները։ Կանխատեսելով, որ ապահովագրական ընկերությունների հատուցումների ծավալները չեն կրճատվի, իսկ պետական ծախսերի չափը՝ համաձայն ակտուարական հաշվարկների 2021թ-ին կկազմի շուրջ 229,1 մլրդ դրամ, ինչպես նաև ենթադրելով, որ այլ ծառայություններից բժշկական կազմակերպությունների մուտքերը կպահպանեն 2018թ-ի մակարդակը (շուրջ 5,8 մլրդ դրամ), իսկ տնային տնտեսությունների ծախսը ստոմատոլոգիական բուժօգնության և դեղերի մասով կպահպանի 2017թ-ի մակարդակը, ընդհանուր առողջապահական ծախսը կգնահատվի շուրջ 458,5 մլրդ դրամ, ինչը կկազմի ԱԱՀ-ի 2017թվականի գնահատականի շուրջ 79% կամ 121,9 մլրդ դրամով պակաս (580.4մլրդ դրամ – 458,5 մլրդ դրամ = 121,9 մլրդ դրամ)։ Ենթադրվում է, որ այս գումարի մի զգալի մասը (շուրջ 100,0 մլրդ դրամ) բնակչության կողմից չի ծախսվի բուժօգնություն ստանալիս, այլ կուղղվի սպառման այլ ծախսերի կատարմանը, որի արդյունքում կբարելավվի շահառուների սոցիալ-տնտեսական վիճակը, կյանքի որակը։ Դա նաև մուլտիպլիկատիվ ազդեցություն կունենա տնտեսության զարգացման վրա:
3. ԱՀԱ համակարգի առկայությունը դրականորեն կազդի նաև Հայաստանի ներդրումային միջավայրի զարգացման տեսանկյունից, քանզի ցանկացած ներդրող շահագրգռված է առողջ աշխատակիցներ ունենալու մեջ և որքան աշխատակիցների առողջության հետ կապված հարցերը կանոնակարգված լինեն պետության կողմից տրամադրվող երաշխիքների տեսքով՝ հիմնական, աղետալի ծախսեր պահանջող հիվանդությունների բուժման մասով, պարտադիր բժշկական զննումների և հետազոտությունների իրականացման հետ կապված, այնքան ներդրողի համար կանխատեսելի և շատ ավելի վստահելի կդառնա ներդրումային միջավայրը։
4. Ֆինանսական կայունության ապահովման, իրական ծախսերի հիման վրա փոխհատուցման և ՀԾՓ-ի հստակ սահմանման դեպքում կավելանան նաև առողջապահության բնագավառում մասնավոր ներդրումները:
5. Հայաստանի ողջ տնտեսությունն ընդհանուր առմամբ վնասներ է կրում հիվանդություններ կամ վաղ տարիքից հաշմանդամություն ունեցողների չկատարած նյութական և ոչ նյութական ներդրումների հետևանքով: Ընդ որում, սիրտանոթային հիվանդություններից հաշմանդամությամբ ընթացող կյանքի կորցրած տարիների (այնուհետև` ՀԸԿՏ) ցուցանիշը Հայաստանում կազմում է 4.306՝ 100,000 բնակչի հաշվով, ինչը համահավասար է այդ հիվանդությունների հետևանքով տարեկան մոտ 350 կյանքի կորստի:
6. Փորձագետների հաշվարկներով ցածր և միջին եկամտով երկրներում սիրտանոթային հիվանդությունները և շաքարային դիաբետը կարող են 6,77%-ով նվազեցնել ՀՆԱ-ն: Հայաստանում մինչև 60 տարեկան հաշմանդամություն ունեցող անձանց 60%-ի հաշմանդամությունը պայմանվորված է հենց վերը նշված հիվանդությունների հետևանքով: ԱՀԱ ներդրմամբ նվազագույնի կհասցվեն առողջական խնդիրների հետևանքով հաշմանդամության դեպքերի թիվը, իսկ հայտնաբերված հիվանդությունների բուժման նպատակով տրամադրվող ծառայությունների փոխհատուցման գործուն մեխանիզմները հնարավորություն կտան կրճատել ՀԸԿՏ ցուցանիշը և դրա ազդեցությունը ՀՆԱ վրա՝ դրանով իսկ մեղմելով ԱՀԱ ներդրման տնտեսական ազդեցության ռիսկերը։

# ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՕՐԵՆՍԴՐԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎՈՐՄԱՆ ՇՐՋԱՆԱԿԸ ԵՎ ՀԻՄՔԵՐԸ

1. ԱՀԱ համակարգի ներդրման նպատակով կմշակվի և կընդունվի «Առողջության համապարփակ ապահովագրության մասին» օրենքը, որի կարգավորման առարկան կլինի ապահովագրված անձանց և շահառուների շրջանակի սահմանումը, ապահովագրության օբյեկտը, ԱՀԱ փաթեթի շրջանակներում քաղաքացիներին պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության ու սպասարկման կազմակերպման և իրականացման կարգը, ակտիվների կառավարման կարգը, ներդրումային քաղաքականությունը և սահմանափակումները, ինչպես նաև կսահմանվեն պետական մարմինների լիազորությունները այս ոլորտում, ԱՀԱ հիմնադրամի ստեղծման և գործունեության կարգն ու պայմանները, այդ թվում՝ երաշխավորման ֆոնդի կարգավորումը, սույն նպատակով տեղեկատվական համակարգի ստեղծման, վարման, օգտագործման, այդ թվում՝ հավաքագրված տվյալների կարգավիճակի սահմանման, օգտագործման սահմանափակումները, գաղտնիության պահպանման կարգը և դրանց հետ կապված այլ հարաբերություններ:
2. Հարկային օրենսգիրքում նախատեսվող փոփոխությունները և լրացումները կսահմանեն ԱՀԱ համար կատարվող ապահովագրավճարը՝ որպես հարկատեսակ (առողջության հարկ), հարկման օբյեկտ հանդիսացող եկամուտները, հարկի դրույքաչափը կամ միանվագ որոշակի գումարի չափը, հարկի հաշվարկման, վճարման պարբերականությունը և կարգը և ժամկետները, պարտավորության հաշվառումը, ինչպես նաև չվճարման դեպքում գանձման կարգը և ժամկետները: Այս ոլորտում անձնավորված հաշվառման համակարգի ստեղծման և կառավարման առումով լրացումներ են նախատեսվում Եկամտային հարկի և սոցիալական վճարի անձնավորված հաշվառման մասին օրենքում**:**
3. Քաղաքացիական օրենսգրքում որոշակի փոփոխություններ և լրացումներ են նախատեսվում ԱՀԱ պայմանագրի իրավական կարգավորման շրջանակներում, այդ թվում՝ օրենսգրքի որոշակի դրույթների գործողություները սահմանափակելու ուղղությամբ, որն ավելի հստակ կուրվագծվի «Առողջության համապարփակ ապահովագրության մասին» օրենքի մշակման ընթացքում:
4. «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքում նախատեսվում է որոշակի փոփոխությունների և լրացումների կատարում՝ ԱՀԱ ներդրման համատեքստում, մասնավորապես՝ բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման ֆինանսավորման աղբյուրների, պետական նպատակային ծրագրերի սահմանման և դրանց հետ կապված այլ հարաբերությունները կարգավորող դրույթներում:
5. Բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների գնման գործընթացը կիրականացվի մրցութային կարգով, կկարգավորվի «Գնումների մասին օրենքով» որում համապատասխան փոփոխություններ և լրացումներ են նախատեսվում գնումների գործընթացը կանոնակարգող դրույթներում՝ պայմանավորված ոլորտի կարգավորման առանձնահատկություններով:
6. «Ապահովագրության եվ ապահովագրական գործունեության մասին» օրենքում որոշակի փոփոխություններ և լրացումներ են նախատեսվում տվյալ օրենքի դրույթները ԱՀԱ հիմնադրամի գործունեության նկատմամբ սահմանափակելու կամ բացառելու ուղղությամբ, որն ավելի հստակ կուրվագծվի ԱՀԱ մասին օրենքի մշակման ընթացքում:
7. ԱՀԱ համակարգի ներդրմամբ կստեղծվի ԱՀԱ հիմնադրամը, որի ստեղծման և գործունեության կարգն ու պայմանները կկարգավորվեն «Առողջության համապարփակ ապահովագրության մասին» օրենքով: Օրենքի հիման վրա Հիմնադրամների մասին օրենքի որոշ դրույթների կիրառման բացառություններ կնախատեսվեն ԱՀԱ հիմնադրամի դեպքում:
8. ԱՀԱ համակարգի ներդրմամբ փոփոխություններ և լրացումներ կկատարվեն «Բյուջետային համակարգի մասին» օրենքում՝ ավելացնելով առողջության հարկը որպես եկամտի աղբյուր, «Պետական տուրքերի մասին» օրենքում՝ հիմնադրամին ազատելով տուրքերի վճարումից, «Դատական ակտերի հարկադիր կատարման մասին» օրենքում Հիմնադրամի ակտիվների վրա բռնագանձում տարածելու սահմանափակումների առումով:
9. «Առողջության համապարփակ ապահովագրության մասին» օրենքի, ինչպես նաև այլ հարակից օրենքներում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին օրենքների ընդունումից հետո կընդունվեն դրանց կիրարկումը ապահովող ենթաօրենսդրական իրավական ակտերը՝ ամբողջականացնելով օրենսդրական դաշտի կարգավորումը և ապահովելով ԱՀԱ համակարգի գործունեությունը:

**Հավելված N2**

ՀՀ կառավարության 2019 թվականի

Սեպտեմբերի ----ի N----Լ որոշման

# Հավելված 2: Հայաստանի Հանրապետությունում առողջության համապարփակ ապահովագրության համակարգի ներդրման իրավական միջոցառումների ցանկ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Միջոցառման անվանումը** | **Նպատակը** | **Արդյունքը և դրա նկարագիրը** | **Կատարման (իրականացման) պատասխանատուն** | **Ժամկետը** |
| 1. | Հայեցակարգն ամրագրող «Առողջության համապարփակ ապահովագրության մասին»  օրենքի մշակում և ընդունում | Բարեփոխման օրենսդրական հիմքերի ստեղծում, Առողջության համապարփակ ապահովագրության համակարգի ներդրման հետ կապված հարաբերությունների իրավական կարգավորում | ա. օրենքի նախագծի մշակում և շահագրգիռ գերատեսչություններ ներկայացում  բ. օրենքի նախագծի վերաբերյալ դիտողությունների ու առաջարկությունների ստացում, ԱՆ կողմից դիտողությունների ու առաջարկությունների ամփոփում և օրենքի նախագծի վերանայում  գ. օրենքի նախագիծը հանրային քննարկման ներկայացում  դ.Հանրային քննարկ-ման արդյունքների ամփոփում, դրանց հիման վրա օրենքի նախագծի վերանայում  ե. Օրենքի նախագիծը կառավարություն ներկայացնելը | ԱՆ | 2019թ.  դեկտեմբեր  2020թ. փետրվար  2020թ. ապրիլ  2020թ. մայիս  2020թ. Հունիս |
| **2.** | Առողջության համապարփակ ապահովագրության մասին»  օրենքի մշակումից բխող այլ օրենքներում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին օրենքների նախագծերի մշակում. | Առողջության համապարփակ ապահովագրության համակարգի ներդրման հետ կապված հարաբերությունների իրավական կարգավորում | ա. Փոփոխությունների մշակում և շահագրգիռ գերատեսչություններ ներկայացում  բ. Փոփոխությունների վերաբերյալ դիտողությունների ու առաջարկությունների ստացում, ԱՆ կողմից դիտողությունների ու առաջարկությունների ամփոփում և փոփոխությունների նախագծի վերանայում  գ. փոփոխությունների նախագիծը հանրային քննարկման ներկայացում  դ. Հանրային քննարկման արդյունքների ամփոփում, դրանց հիման վրա փոփոխությունների փաթեթի վերանայում  ե. Փոփոխությունները կառավարություն ներկայացնելը | ԱՆ | 2019թ.  հունվար  2020թ. մարտ  2020թ. ապրիլ  2020թ. մայիս  2020թ. հունիս |
| **3.** | «Առողջության համապարփակ ապահովագրության մասին»  օրենքի և դրան հարակից օրենքների փոփոխությունների և լրացումների կիրարկումն ապահովող այլ իրավական ակտերի մշակում | Առողջության համապարփակ ապահովագրության համակարգի գործունեության ապահովում |  | կառավարություն և օրենքից բխող նորմատիվ ակտերն ընդունող այլ պետական մարմիններ | 1-ին և 2-րդ միջոցառմամբ նախատեսվող օրենքների պաշտոնական հրապարակման պահից 6 ամսվա ընթացքում |
| **4.** | Պետական ապահովագրական հիմնադրամիստեղծում /այդ թվում վերակազմավորման միջոցով/ | Առողջության համապարփակ ապահովագրության համակարգի ենթակառուցվածքների ապահովում | Հիմնադրամի գործունեության ապահովում | կառավարությւն  «Առողջության համապարփակ ապահովագրության մասին»  օրենքով լիազորված մարմին | 1-ին և 2-րդ միջոցառմամբ նախատեսվող օրենքների պաշտոնական հրապարակման պահից 6 ամսվա ընթացքում |

# Հավելված 3։ ԱՀԱ ներդրման նպատակների և միջոցառումների գնահատման համախմբված ցուցանիշների ցանկ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ՑՈՒՑԱՆԻՇ** | **ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ԴԻՆԱՄԻԿԱՆ**  (Միջին ժամկետ 2021-2025թթ  Երկարաժամկետ 2021 – 2030թթ) | **ԵԼԱԿԵՏԱՅԻՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ 2018թ** |
| **1** | **2** | **3** |
| ***Ֆինանսական ցուցանիշներ*** | | |
| ՀՆԱ-ում առողջապահության պետական ծախսերի մասնաբաժինը | Շարունակական աճ,  միջինժամկետում ≥ 2.5%, երկարաժամկետում ≥ 5.5% | 1.34% |
| Պետական բյուջեում առողջապահության ծախսերի մասնաբաժինը | Շարունակական աճ,  միջինժամկետում ≥ 8%, երկարաժամկետում ≥ 12% | 5,4% |
| Ֆինանսական պատճառներով բժշկի չդիմող տնային տնտեսությունների անդամներ | Նվազում,  միջինժամկետում ≤ 12%,  երկարաժամկետում ≤ 2% | 20,1% |
| Մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշիռը ԸԱԾ-ում | Նվազում,  միջինժամկետում ≤ 52%, երկարաժամկետում ≤ 25% | 85% |
| Գրպանից դուրս ուղղակի առողջության ծախսերի տեսակարար կշիռը մասնավոր ծախսերում | Նվազում,  միջինժամկետում ≤ 49%,  երկարաժամկետում ≤ 15% | 98,7% |
| Մասնավոր ծախսերում առողջության ապահովագրությանն ուղղվող ծախսերի տեսակարար կշիռը | Աճ,  միջինժամկետում ≥ 40%,  երկարաժամկետում ≥ 90% | 1,5% |
| Դեղորայքի ձեռք բերմանն ուղղված մասնավոր ծախսերի տեսակարար կշիռը ընդհանուր մասնավոր ծախսերում | Նվազում,  միջինժամկետում ≤ 28%,  երկարաժամկետում ≤ 15% | 38,3% |
| Կանխարգելման և պարտադիր բուժզննմանն ուղղվող ծախսերի տեսակարար կշիռը ընդհանուր առողջապահական ծախսերում | Շարունակական աճ,  միջինժամկետում ≥ 3%,  երկարաժամկետում ≥ 6% | 1,1% |
| ***Ոչ ֆինանսական ցուցանիշներ*** | | |
| Մահացության ցուցանիշը 1 000 բնակչի հաշվով | Շարունակական նվազում,  Երկարաժամկետում մոտ 1.2 անգամ | 9,1 |
| Ոչ վարակիչ հիվանդություններից մահացության ցուցանիշը 1 000 բնակչի հաշվով | Նվազում,  երկարաժամկետում մոտ 1.2 անգամ | 8.7 |
| Մեծահասակների (հավանական մահվան տարիքը 15-ից 60 տարեկան) մահացության գործակիցը, 1 000 բնակչի հաշվով | Նվազում,  երկարաժամկետում մոտ 90 | 118 |
| Ոչ վարակիչ հիվանդություններից (հավանական մահվան տարիքը 15-ից 60 տարեկան) մահացության տեսակարար կշիռը ընդամենը ոչ վարակիչ հիվանդություններից մահացության մեջ | Նվազում,  երկարաժամկետում մոտ 48 | 59 |
| Բնակչության թվաքանակի մեջ գրանցված հաշմանդամություն ունեցող անձանց թիվը | Շարունակական նվազում,  Երկարաժամկետում 3.2% | 6.8 |
| Ոչ վարակիչ հիվանդություններից հաշմանդամություն ունեցող անձանց տեսակարար կշիռը ընդհանուր հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվաքանակում | Նվազում,  միջինժամկետում մինչև 55%  երկարաժամկետում մինչև 45% | 65 |
| Պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային բուժօգնությունից օգտվող քաղաքացիների թվաքանակ | Շարունակական աճ,  միջինժամկետում ≥ 2850 հազար,  երկարաժամկետում ≥ 2900,0 հազար | 1120,0 հազար |

1. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ազգային հաշիվների զեկույց, 2018 [↑](#footnote-ref-1)
2. Հայաստան։ Ոչ նյութական աղքատությունը, Աղյուսակ 7.5. Հայաստան. Հետազոտվող ամսվա ընթացքում վերջին այցի ժամանակ բուժօգնության համար հիվանդանոց դիմած բնակչության բաշխվածությունն ըստ վճարման ձևի\*, ըստ բուժհիմնարկի մասնագետների, 2017թ [↑](#footnote-ref-2)
3. ՀՀ կառավարության 2013 թվականի հուլիսի 25-ի N 806-Ն, 2014 թվականի մարտի 26-ի N 375-Ն որոշումներ [↑](#footnote-ref-3)
4. ՀՀ կառավարության 2017 թ-ի հուլիսի 27-ի N 915-Ն որոշում [↑](#footnote-ref-4)
5. Ապահովագրական ընկերությունների միջև սոց փաթեթի շահառուների բաշխվածքը, http://moh.am/uploads/Med\_Insurance.pdf [↑](#footnote-ref-5)
6. Հաշվեքննիչ պալատի տարեկան զեկույց, 2018, <http://armsai.am/files/annualreport2017.pdf> [↑](#footnote-ref-6)
7. ՀՀ կառավարության 04.03.2004թ-ի N 318-Ն որոշում [↑](#footnote-ref-7)
8. Հայաստանի հիվանդանոցների ինքնարժեքի ուսումնասիրություն՝ մեթոդաբանություն և արդյունքների վերլուծություն, Տունդե Սաբո, անհատ խորհրդատու, «ԱՎԱԳ Սոլյուշնս» ՍՊԸ, 2010թ [↑](#footnote-ref-8)
9. Ըստ ՀՀ արդարադատության նախարարության քաղաքացիական կացության գրանցումների, որոնք հանդիսանում են մահվան վերաբերյալ վիճակագրական տվյալների սկզբնաղբյուրը [↑](#footnote-ref-9)
10. Համաձայն ԱՀԿ տվյալների բազայի, Եվրոպական երկրներում այդ ցուցանիշը միջինում 7% է, ԱՄՆ-ում՝ 17,6%,: [↑](#footnote-ref-10)
11. Տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտություն, 2018թ [↑](#footnote-ref-11)
12. ՀՀ ԱՆ 25.03.2019թ-ի N 713-Լ հրաման [↑](#footnote-ref-12)
13. եկամտային հարկով հարկման օբյեկտ հանդիսացող ֆիզիկական անձ [↑](#footnote-ref-13)
14. Ապահովագրական ծածկույթի դեֆիցիտի լրացման համար պետական ծախսերի գումարի 20%-ով աճը կբերի առողջության հարկի չափաքանակի 1%-ով նվազման: [↑](#footnote-ref-14)
15. Հաշվարկները կատարվել են հիմք ընդունելով 2020-2022թթ-երի ՄԺԾԾ-ով նախատեսված պետական բյուջեի ցուցանիշները և ԱՆ կողմից ընդունված մեթոդաբանության հիման վրա հաշվարկված բժշկական ծառայությունների գները [↑](#footnote-ref-15)
16. Օգտագործվել են 2018թ-ին բուժանձնակազմի փաստացի աշխատավարձերի տվյալների և ՏՏԿԱՀ-ից բուժանձնակազմին անմիջականորեն վճարված գումարների չափերի վերաբերյալ տվյալների հիման վրա կատարված գնահատումները [↑](#footnote-ref-16)