

Հավելված N 1
ՀՀ կառավարության 2013 թ.
մայիսի 29-ի նիստի N 21
արձանագրային որոշման

ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳ

ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ
ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ
ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ

I. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1. Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական կայուն զարգացման ապահովման կարևոր ուղղություններից է հասարակության առողջության պահպանումը: Յուրաքանչյուր քաղաքացուն մատչելի և որակյալ բժշկական օգնությամբ ապահովելու նախապայմանների ստեղծումը հանդիսանում է նաև աղքատության հաղթահարման ռազմավարության ներդրման կարևոր տարրերից մեկը:

2. Առողջապահության համակարգի կարևոր բաղադրիչներից մեկը առողջապահության ֆինանսավորումն է՝ ներառյալ ֆինանսավորման աղբյուրները, բժշկական օգնության և սպասարկման դիմաց փոխհատուցման գները և վճարման մեխանիզմները, այդ իրավահարաբերությունների պետական կարգավորման շրջանակները:

3. «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքով առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուրներն են.

- 1) Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեից հատկացումները,
- 2) ապահովագրական հատուցումները,
- 3) քաղաքացիների անմիջական վճարումները,
- 4) Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ չարգելված այլ աղբյուրները:

4. Նշված Օրենքով սահմանված են առողջապահության ֆինանսավորման այն բոլոր աղբյուրները, որոնք կիրառվում են զարգացած երկրներում: Հայաստանի Հանրապետությունում որպես հիմնական ֆինանսավորման աղբյուրներ իրականում հանդես են գալիս պետական բյուջեից կատարվող հատկացումները և քաղաքացիների կողմից կատարվող անմիջական վճարումները (վճարովի ծառայությունների և համավճարի տեսքով): Բժշկական ապահովագրությունը Հայաստանի Հանրապետությունում դեռևս կայացման փուլում է, այս ուղղությամբ 2012 թվականին ՀՀ կառավարության 2011 թվականի N 1917-Ն որոշմամբ հաստատված սոցիալական փաթեթի շրջանակներում ձեռնարկվել են առաջին շոշափելի քայլերը:

5. Հայաստանի Հանրապետությունում պետական առողջապահական ծախսերի մակարդակը միջազգային չափանիշներով անբավարար է: Այսպես, ՀՆԱ-ում առողջապահության ընդհանուր ծախսերը 2010թ-ին կազմել են 4.6%, այդ թվում՝ պետական առողջապահական ծախսերը՝ 1.8%, ընդ որում՝ վերջին ցուցանիշը գործնականում չի փոխվել նաև 2011-12թթ. ընթացքում: Առողջապահական պետական ծախսերի տեսակարար կշիռը պետական բյուջեի ընդհանուր ծախսերում կազմել է. 2010թ.՝ 5.9%, 2011-12թթ.՝ 6.2%¹: Համեմատության համար՝ առողջապահության ընդհանուր ծախսեր - ՀՆԱ հարաբերակցության ցուցանիշը ԱՊՀ-ում միջինը 8%-ից բարձր է, Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի (ԵԿԱ) տարածաշրջանում կազմում է 12%, իսկ Եվրոմիության անդամ երկրներում՝ շուրջ 15%²: Ինչ վերաբերվում է առողջապահական պետական ծախսեր – ՀՆԱ հարաբերակցությանը, ապա ԱՊՀ-ում այդ ցուցանիշը 2010թ-ին կազմել է 4.8%, ԵԿԱ տարածաշրջանում՝ 6.7%, Եվրոմիության երկրներում՝ 5.5% (առանց բժշկական ապահովագրության)³:

6. 1997 թվականից հիվանդանոցային ծառայությունների դիմաց փոխհատուցումն իրականացվում է ըստ ավարտված դեպքի: Արտահիվանդանոցային ծառայությունների հիմնական մասը փոխհատուցվում է ըստ մարդաշնչի (per capita), մյուս մասը՝ ըստ ավարտված դեպքի:

7. 2000 թվականից ՀՀ պետական բյուջեից ֆինանսավորումն իրականացվում է սահմանափակ (գլոբալ) բյուջեի սկզբունքով, այսինքն՝ տարվա սկզբին հաստատվում է ֆինանսական միջոցների այն ծավալը, որի շրջանակներում տվյալ բյուջետային տարում պետք է իրականացվի ֆինանսավորում: Սահմանափակ բյուջեն հաշվարկվում է ՀՀ պետական բյուջեով առողջապահության համակարգին հատկացված միջոցների

¹ 2012թ.՝ ըստ ՀՆԱ աճի 4.1% կանխատեսման և պետբյուջեի 1,044.2 մլրդ. դրամ պլանավորված ծախսերի:

² Հարկաբյուջետային կոնսոլիդացումը և վերականգնումը Հայաստանում: Համաշխարհային ճգնաժամի ազդեցությունը փոքր բաց տնտեսության վրա: Համաշխարհային Բանկի զեկույց, 2011թ.:

³ Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության տվյալների առցանց շտեմարան

շրջանակներում, ըստ բժշկական օգնության և սպասարկման առանձին տեսակների և ծրագրերի: Յուրաքանչյուր ծրագիր ունի հաշվարկման իր սկզբունքը, որը հավասարապես կիրառվում է համանման բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բոլոր կազմակերպությունների համար:

8. 2009 թվականից առանձին բժշկական կազմակերպություններում փորձարարական (պիլոտային) կարգով կառավարության որոշմամբ ներդրվեց համավճարի սկզբունքը, որի կիրառումը 2011-2012 թվականներին ընդլայնվեց՝ ընդգրկելով որոշակի ծրագրեր (անհետաձգելի և գինեկոլոգիական բժշկական օգնություն, ուռուցքաբանություն և սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների բուժում): Համավճարի ներդրման կապակցությամբ «պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում» սահմանման հետ միասին սկսեց կիրառվել նաև «արտոնյալ բժշկական օգնություն և սպասարկում» սահմանումը:

9. Առողջապահության ֆինանսավորման ոլորտում վերը նշված բարեփոխումների ներդրման արդյունքում արձանագրվել են մի շարք դրական տեղաշարժեր, այդ թվում՝ բարձրացել է պետական բյուջեից հատկացվող ֆինանսական միջոցների ծախսման արդյունավետությունը, թափանցիկությունը և վերահսկելիությունը, որոշակիորեն կրճատվել են համակարգում առկա ստվերային երևույթները, բարձրացել է բժշկական անձնակազմի միջին աշխատավարձը, և այլն:

10. Դրա հետ մեկտեղ՝ կատարված ուսումնասիրությունները և վերլուծությունները ցույց են տալիս, որ առողջապահության պետական ֆինանսավորման ոլորտում դեռևս առկա են բազմաթիվ խնդիրներ, որոնց լուծման համար անհրաժեշտ է համակարգված մոտեցում: Ստորև ներկայացվում են այն հիմնախնդիրները, որոնց կարգավորումը պահանջում է ոլորտը կանոնակարգող օրենսդրական-նորմատիվ ակտերի վերանայում:

11. Առողջապահության պետական ֆինանսավորման ոլորտի հիմնախնդիրները ներկայացվում են հետևյալ կտրվածքով.

- իրավիճակի համառոտ բնութագիրը

- առկա խնդիրները
- խնդրի լուծման համար առաջարկվող քայլերը և միջոցառումների ժամանակացույցը:

II. ՀԱՅԵՑԱԿԱՐԳԻ ՆՊԱՏԱԿԸ

12. Սույն Հայեցակարգի նպատակն է Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորման գործող սկզբունքների հստակեցումը, բյուջետային ֆինանսական միջոցների պլանավորման և հատկացման նոր մոտեցումների սահմանումը, բնակչության առողջության պահպանման ոլորտում պետական երաշխիքների իրականացման գործուն ֆինանսական մեխանիզմների ներդրումը, առողջապահությանը հատկացվող պետական բյուջեի միջոցների ծախսման արդյունավետության բարձրացման հիմնական ուղղությունների ուրվագծումը:

13. Հայեցակարգին հավանություն տալուց հետո, համաձայն միջոցառումների ժամանակացույցի, կմշակվեն և սահմանված կարգով հաստատման կներկայացվեն մի շարք նորմատիվ-իրավական ակտեր (կառավարության որոշումներ, առողջապահության նախարարի հրամաններ, չափորոշիչներ, կամ դրանցում փոփոխություններ), որոնք կապահովեն սույն փաստաթղթում ամրագրված սկզբունքների և մոտեցումների ներդրումը:

III. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾՐԱԳՐԵՐԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲՅՈՒՋԵՈՒՄ

14. Համաձայն «Հայաստանի Հանրապետության 2012 թվականի պետական բյուջեի մասին» ՀՀ օրենքի՝ առողջապահության բյուջեն բաղկացած է 5 խմբից, այդ թվում՝ բժշկական ապրանքներ, սարքեր և սարքավորումներ, արտահիվանդանոցային ծառայություններ, հիվանդանոցային ծառայություններ, հանրային առողջապահական ծառայություններ և առողջապահության (այլ դասերին չպատկանող) ծառայություններ:

Յուրաքանչյուր խումբ, իր հերթին, բաղկացած է համապատասխան դասերից և ծրագրերից:

15. Բժշկական օգնության առանձին տեսակներ տեղ են գտել ոչ համապատասխան խմբերում և նպատակահարմար է առողջապահության բյուջետային ծրագրերում կատարել որոշակի վերախմբավորումներ՝ հստակեցնելով հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային բուժօգնության տարանջատումը, միաժամանակ դրանցում համարժեք արտացոլելով առանձին հիվանդությունների խմբերի և բուժօգնության տեսակների առաջնահերթությունները:

IV. ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՏԵՍԱԿՆԵՐԻ ԵՎ ԾԱՎԱԼՆԵՐԻ ՈՐՈՇՈՒՄԸ

16. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակներն ու ծավալները սահմանվում են Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի մասին օրենքով, կառավարության կողմից հաստատվող ամենամյա առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերով, ինչպես նաև Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի N 318-Ն որոշմամբ:

17. 2013 թվականին առողջապահության ոլորտում պետության կողմից իրականացվող նպատակային ծրագրերն են՝

- բնակչության հիգիենիկ և համաճարակային անվտանգության ապահովումը,
- բնակչության առողջության առաջնային պահպանման ապահովումը,
- մոր և մանկան առողջության պահպանման ապահովումը,
- բնակչության սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց բժշկական օգնության ապահովումը,

- սոցիալական կախվածություն և հատուկ նշանակություն ունեցող հիվանդությունների բուժօգնության և դեղերով ապահովումը:

Հենց այս ծրագրերի ամբողջությունն էլ, ըստ միջազգային ընդունված սահմանման, իրենից ներկայացնում է կառավարության կողմից պետական բյուջեի միջոցների հաշվին տրամադրվող հիմնական ծառայությունների փաթեթը (ՀԾՓ):

18. Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի N 318-Ն որոշման 1-ին հավելվածով հաստատված է պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք ունեցող բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկը, որում ընդգրկված են բնակչության 22 խմբեր: Այդ խմբերում ընդգրկված անձանց ընդհանուր թիվը կազմում է շուրջ 950 հազար մարդ (առանց զինծառայողների և նրանց ընտանիքների անդամների):

19. ՀԾՓ-ում ընդհանուր առմամբ համարժեք արտացոլված են պետական առողջապահական քաղաքականության հիմնական գերակայությունները և ուղղությունները: Դրա հետ միաժամանակ՝ ՀԾՓ-ի կարևոր բաղկացուցիչ մասերից մեկը հանդիսացող սոցիալական կախվածություն և հատուկ նշանակություն ունեցող հիվանդությունների ցանկի սահմանման չափանիշները հստակ որոշված չեն: ՀԾՓ-ի կազմում ընդգրկվող հիվանդությունների ցանկի վերանայումը հատկապես կարևորվում է բյուջետային միջոցների սղության պայմաններում, որոնք անհրաժեշտ է առաջին հերթին ուղղել առավել ծախսարդյունավետ միջամտությունների ֆինանսավորմանը:

20. Անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք ունեցող բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկը մի կողմից՝ հավասարաչափ չի արտացոլում դրանում ընդգրկված բոլոր քաղաքացիների կարիքավորության աստիճանը, մյուս կողմից՝ իր ընդգրկմամբ և թվաքանակով չի համապատասխանում պետության առկա ֆինանսական հնարավորություններին: Այդ ցանկերում ընդգրկված անձանց մեծ թվաքանակը, որը կազմում է ողջ բնակչության ավելի քան 30 տոկոսը, զուգորդված բյուջետային ֆինանսավորման սահմանափակ ծավալների հետ, բերում է նրան, որ պետպատվերի շրջանակներում մատուցվող ծառայությունների

գները հաճախ սահմանվում են իրական ծախսերի մակարդակից ցածր, ինչը առաջացնում է կոռուպցիոն ռիսկեր և ստվերային շրջանառություն՝ բացասաբար ազդելով նաև մատուցված ծառայությունների որակի և մատչելիության վրա:

21. Առաջարկվում է վերանայել պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք ունեցող բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկը՝ առաջնահերթությունը տալով աղքատության (ընտանեկան) նպաստի համակարգում ընդգրկված քաղաքացիներին: Նման մոտեցումը առավել համահունչ կլինի առողջապահության ոլորտում կառավարության կողմից իրականացվող աղքատամետ սոցիալական քաղաքականությանը և կնպաստի դրա թիրախայնության բարձրացմանը: Այս մոտեցման ընդունման դեպքում ցանկում ընդգրկված խմբերի թվաքանակի հնարավոր կրճատման հետ միաժամանակ անապահովության միավորի շեմը կարող է սահմանվել ավելի ցածր՝ ներկայիս 36.00-ի փոխարեն, ինչը թույլ կտա ընդլայնել անվճար բուժօգնությունից օգտվելու իրավունք ունեցող կարիքավոր խմբերի շրջանակը:

Առաջարկվող մոտեցումների ընդունման պարագայում հնարավորություն կստեղծվի ընդլայնել բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկում ընդգրկված անձանց պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով տրամադրվող բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների ցանկը, ընդգրկելով դրանցում նաև նորագույն և թանկարժեք տեխնոլոգիաներով մատուցվող բժշկական ծառայությունները՝ կիրառելով հերթագրման թափանցիկ համակարգ և ելնելով տվյալ տարվա ՀՀ պետական բյուջեի հնարավորություններից:

Միաժամանակ առաջարկվում է վերանայել սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկում չընդգրկված անձանց անվճար բուժօգնություն ստանալու նպատակով ՀՀ առողջապահության ու ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարների, Երևանի քաղաքապետի, ՀՀ մարզպետների, ինչպես նաև բուժհաստատություններում գործող հանձնաժողովների կողմից ուղեգրման գործող կարգը՝ ՀՀ կառավարության որոշմամբ սահմանելով նման ուղեգրման իրավասություն

ունեցող մարմինների ցանկը, ինչպես նաև ուղեգրումների մեխանիզմները և չափաքանակները:

22. Առողջապահության ոլորտում իրականացվող պետական քաղաքականությունը սոցիալական առումով առավել թիրախային դարձնելուն ուղղված վերոհիշյալ սկզբունքներից և մոտեցումներից ելնելով՝ առաջարկվում է վերանայել նաև ամենամյա առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերը:

23. Անհրաժեշտ է հստակեցնել հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային պայմաններում անվճար և արտոնյալ (այսինքն՝ համավճարով մատուցվող) բժշկական օգնության և ծառայությունների տեսակներն ու ցանկերը, որոնք սահմանված են ՀՀ կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի թիվ 318-Ն որոշմամբ: Միաժամանակ առաջարկվում է շարունակել և ավարտին հասցնել առավել հաճախ հանդիպող հիվանդությունների բուժման ուղեցույցների և (կամ) ստանդարտների մշակման աշխատանքները, ինչը կապահովի բուժման որակի վերահսկման օբյեկտիվ չափանիշների կիրառումը, կնվազեցնի երկակի ախտորոշումների և անհարկի հոսպիտալացումների թվաքանակը:

V. ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԳՆԵՐԸ

24. Համաձայն Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի N 318-Ն որոշման՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման գները հաստատում է առողջապահության նախարարը՝ ֆինանսների նախարարի հետ համաձայնեցմամբ:

25. Բուժօգնության գների ոլորտում առկա հիմնախնդիրները կարելի է բաժանել երկու խմբի.

- 1) գների կառուցվածքը և համադրելիությունը,
- 2) գների մակարդակը:

Նշված խնդիրներից առաջինը հիմնականում վերաբերվում է հիվանդանոցային ծառայությունների գներին, իսկ երկրորդը՝ հավասարապես ինչպես հիվանդանոցային, այնպես էլ արտահիվանդանոցային ծառայություններին:

26. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման գների կառուցվածքը, որպես կանոն, ունի ագրեգացման բարձր մակարդակ: Այդ գների զգալի մասը սահմանված են բաժանմունքի կտրվածքով, այսինքն՝ արտացոլում են հիվանդանոցային բժշկական կազմակերպության տվյալ պրոֆիլի բաժանմունքում կատարվող մի խումբ ծառայությունների միջին գինը: Այլ կերպ ասած՝ պետպատվերի շրջանակներում իրականացվող առանձին բուժօգնության տեսակներ կամ միջամտություններ հաճախ չունեն իրենց համար սահմանված առանձին գինը: Արդյունքում ստեղծվում է մի իրավիճակ, երբ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման գները իրենց կառուցվածքով համադրելի չեն ոչ միայն նույն բժշկական կազմակերպությունների կողմից մատուցվող վճարովի ծառայությունների գների հետ, այլ նաև պետության կողմից երաշխավորված արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման (այսինքն՝ համավճարի) գների հետ, քանի որ վերջիններիս սահմանման համար, որպես կանոն, հիմք է ընդունվում տվյալ բժշկական կազմակերպության վճարովի ծառայությունների գնացուցակի կառուցվածքը: Այս իրավիճակը զգալիորեն դժվարացնում կամ հաճախ անհնարին է դարձնում պետպատվերի գների մակարդակի գնահատումը և համեմատությունները վճարովի կամ այլ գների հետ, և հետևաբար՝ նաև դրանց կանոնակարգումն ու վերահսկողությունը:

27. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման գների մակարդակը առողջապահության ֆինանսավորման ոլորտում այսօր առկա հիմնական և ամենասուր խնդիրներից մեկն է: Այդ գները, որպես կանոն, հիմնված չեն տնտեսագիտորեն հիմնավորված ինքնարժեքի հաշվարկի վրա, հետևաբար չեն արտացոլում տվյալ ծառայության մատուցման համար անհրաժեշտ ծախսերի իրական մակարդակը: Գների որոշման հիմքում հաճախ դրվում է տվյալ ծրագրի համար հաջորդ տարվա բյուջեով նախատեսված ֆինանսավորման ծավալը և կանխատեսվող դեպքերի

թվաքանակը (արտահիվանդանոցային ծառայությունների դեպքում՝ սպասարկվող բնակչության թվաքանակը):

28. Վերջին տարիներին բուժօգնության առանձին ծրագրերում իրականացված բարեփոխումների արդյունքում արձանագրվել է այդ ուղղություններով գների որոշակի աճ, մասնավորապես՝ ծննդօգնության և երեխաների բուժօգնության ծրագրերում: Այլ ծրագրերի գծով (անհետաձգելի և գինեկոլոգիական բուժօգնություն, ուռուցքաբանություն, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություններ), ստվերային վճարումները կրճատելու և բուժօգնություններում առկա ֆինանսական ճեղքվածքը փակելու նպատակով ներդրվել է համավճարի մեխանիզմը, որի իմաստը կայանում է հենց պետպատվերի գների և իրական գների միջև առկա տարբերության ծածկումը: Այնուհանդերձ, ընդհանուր առմամբ պետպատվերի գների խնդիրը շարունակում է մնալ չլուծված, հատկապես սուր է իրավիճակը բնակչության սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերի բժշկական օգնության ոլորտում, որտեղ առկա է զգալի խզում իրական գների հետ: Ավելին, նույնիսկ համավճարի ներդրումից հետո, որից բնակչության նշված խմբերը ազատված են, այդ խմբերի բուժման համար պետության կողմից տրվող ֆինանսական փոխհատուցման չափերը չեն վերանայվել:

29. Վերոհիշյալ խնդիրներին լուծում տալու նպատակով անհրաժեշտ է.

1) «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման կարգը հաստատելու մասին» Հայաստանի Հանրապետության կառավարության որոշման նախագծում ներառել բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների ինքնարժեքի հաշվարկման և գնագոյացման հիմնական սկզբունքները,

2) պետական բյուջեից առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորմանն ուղղվող միջոցների՝ ՀՀ կառավարության 2008 թվականի հոկտեմբերի 30-ի «Կայուն զարգացման ծրագիրը հաստատելու մասին» N 1207-Ն որոշմամբ նախատեսվող աստիճանական ավելացմանը զուգահեռ, փուլ առ փուլ, ելնելով տվյալ տարվա ՀՀ պետական բյուջեի

հնարավորություններից, ներդնել վերոհիշյալ սկզբունքների հիման վրա հաշվարկված և հաստատված գները,

3) մշակել բժշկական օգնության և սպասարկման գների կանոնակարգման ընդհանուր կարգ և ամրագրել այն օրենքով, ինչը կապահովի ինչպես պետական պատվերով, այնպես էլ վճարովի հիմունքներով կամ ապահովագրական ընկերությունների հետ կնքած պայմանագրերով ցուցաբերված բուժօգնության գների վերահսկելիությունը, համադրելիությունը և միասնականությունը:

VI. ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ
ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՈՒՄ ԻՐԱԿԱՆԱՑՆՈՂ ԲԺՇԿԱԿԱՆ
ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԱՅԻՆ ԳՈՒՄԱՐՆԵՐԻ ՀԱՇՎԱՐԿՄԱՆ
ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ ԵՎ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐԸ

30. Առողջապահական տարեկան պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում մատուցված բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների ֆինանսավորումն իրականացվում է Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի N318-Ն որոշման համաձայն: Նշված որոշմամբ սահմանվում են արտահիվանդանոցային, հիվանդանոցային և հանրային առողջապահական ծառայությունների, ինչպես նաև առողջապահության (այլ դասերին չպատկանող) ծրագրերի ծավալների որոշման և ֆինանսավորման կարգն ու սկզբունքները: Արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության ծավալները հաշվարկվում են՝ հիմք ընդունելով բժշկական օգնության և սպասարկման նպատակով տվյալ տարվա համար հաստատված նորմատիվներն ու գները, ինչպես նաև տվյալ առողջապահական կազմակերպության սպասարկման տարածքում մշտական բնակվող անձանց թիվը: Վերջինս ներառում է ինչպես առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) բժշկի մոտ գրանցված, այնպես էլ չգրանցված (կցագրված) բնակչության թիվը, որը որոշվում է

Հայաստանի Հանրապետության ազգային վիճակագրական ծառայության կողմից տրամադրված բնակչության թվի մասին տվյալների հիման վրա: Հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորումն իրականացվում է սահմանափակված բյուջեի սկզբունքով, ընդ որում բժշկական կազմակերպությունների սահմանափակված բյուջեի ծավալները հիվանդանոցային բուժօգնության մասով որոշվում են նախորդ տարում փաստացի ֆինանսավորված գումարի, գների բարձրացման և դեպքերի ավելացման նպատակով նախատեսված գումարի հանրագումարով:

31. Վերը նշված ֆինանսավորման սկզբունքների կիրառման արդյունքում վերջին տարիների ընթացքում ի հայտ են եկել մի շարք խնդիրներ: Այսպես, «Հայաստանի Հանրապետության բնակչության առողջության առաջնային պահպանման 2008-2013 թվականների ռազմավարությանը և դրա իրականացման միջոցառումների ծրագրին հավանություն տալու մասին» Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2008 թվականի հունիսի 19-ի նիստի N 24 արձանագրային որոշման համաձայն՝ 2009 թվականից սկսած պետական պատվերի տեղադրումը պետք է կատարվեր ըստ բնակչության կողմից ԱԱՊ գործառույթ իրականացնող բժշկի ընտրության սկզբունքի ձևավորված բնակչության թվաքանակի հիման վրա, ինչը, սակայն, առ այսօր չի իրականացվել: Հիվանդանոցային ծառայությունների մասով պայմանագրային գումարների հաշվարկման վերոհիշյալ մեխանիզմի արդյունքում առաջացել է մի իրավիճակ, երբ բնակչության գրեթե նույն թվաքանակը սպասարկող տարբեր բժշկական կազմակերպություններ ստանում են տարբեր ծավալների ֆինանսավորում, Երևանի և Հայաստանի Հանրապետության մարզերի միջև հիվանդանոցային ծառայությունների բյուջետային ֆինանսավորումը բաշխված է անհավասարաչափ, ինչը բերում է մարզերից դեպի Երևան հիվանդանոցների չհիմնավորված ուղեգրումների աճի և այդ կապակցությամբ առաջանում են խնդիրներ տարածաշրջանային համաչափ զարգացման ապահովման տեսանկյունից:

32. Համաձայն «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի 5-րդ հոդվածի՝ բժշկական օգնության դիմելիս, ինչպես նաև բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալիս յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի ընտրել բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողին: Բնակչության կողմից օրենքով վերապահված այս իրավունքի իրականացումը սկզբունքորեն անհնարին է դարձնում ըստ բժշկական կազմակերպությունների տարեկան պայմանագրային գումարների բացարձակ ճշգրիտ պլանավորումը, ինչի արդյունքում անխուսափելիորեն որոշ կազմակերպություններում տարվա արդյունքներով արձանագրվում են սահմանափակ (գլոբալ) բյուջեի գերակատարումներ, իսկ որոշ կազմակերպություններում՝ թերակատարումներ: Նման իրավիճակում յուրաքանչյուր տարվա վերջին կարիք է զգացվում կատարել բյուջետային միջոցների որոշակի վերաբաշխումներ:

33. Հստակեցված չեն հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային բուժօգնության պայմանագրային գումարների գերակատարման պայմաններում պետական պատվերով հիվանդներին բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման, ինչպես նաև գլոբալ բյուջեի ծավալների սպառման պարագայում կազմակերպության հետագա գործունեության կազմակերպման կարգը, այդ թվում՝ պետության դիրքորոշումը նման իրավիճակներում (պետական պատվերի շրջանակներում գործունեության դադարեցում մինչև տարեվերջ, բժշկական օգնության և սպասարկման սահմանափակումը միայն անհետաձգելի և առաջին օգնության ծավալների շրջանակներում և այլն): Անհրաժեշտ է հստակեցնել նաև մոտեցումների տարբերությունը Երևանի համար՝ հաշվի առնելով այլընտրանքային ծառայությունների առկայությունը, և մարզերի համար՝ այլընտրանքի բացակայության պայմաններում:

34. Հիվանդանոցային բուժօգնության որոշ տեսակների համար փոխհատուցման ներկայումս գործող սկզբունքը (ըստ ավարտված դեպքի ֆինանսավորում՝ զուգորդված փաստացի մահճակալ/օրերի թվի հաշվարկի հետ) չի խթանում աշխատանքների արդյունավետ կազմակերպումը և վերանայման կարիք ունի:

35. Արտահիվանդանոցային ծառայությունների մասով առաջարկվում է.

1) առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունները ֆինանսավորել բացառապես ըստ ԱԱՊ բժշկի մոտ գրանցված բնակչության թվաքանակի,

2) ըստ մարդաշնչի նորմատիվի հաստատման ընթացքում հաշվի առնել տվյալ ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական կազմակերպության կողմից հավաքագրված բնակչության տարիքասեռային կազմը՝ օգտվելով առողջապահության նախարարության պետական առողջապահական գործակալության տեղեկատվական համակարգի ընձեռած հնարավորություններից,

3) նույն սկզբունքով հաշվարկել նաև անվճար և արտոնյալ դեղորայքի տրամադրման համար նախատեսվող բյուջեն՝ հաշվի առնելով տվյալ սպասարկման տարածքում բնակվող շահառուների թիվը,

4) արտահիվանդանոցային ծառայություններում նեղ մասնագիտական բժշկական օգնության ֆինանսավորումը և փոխհատուցումը իրականացնել այդ ոլորտում կառուցվածքային և ֆունկցիոնալ տեսանկյունից նախատեսվող բարեփոխումներին համապատասխան:

36. Հիվանդանոցային ծառայությունների մասով առաջարկվում է.

1) Հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորումը շարունակել իրականացնել սահմանափակված բյուջեի սկզբունքով: Սահմանափակված բյուջեի սկզբունքով ֆինանսավորումն իրականացնել փաստացի կատարված աշխատանքների դիմաց, սակայն ոչ ավելի, քան կազմակերպության և պատվիրատուի միջև կնքված պայմանագրային գումարը:

2) կազմակերպությունների պայմանագրային գումարների և ծավալների (դեպքերի թվաքանակի) պլանավորումը իրականացնել՝ հաշվի առնելով տվյալ կազմակերպության սպասարկման տարածաշրջանում բնակվող բնակչության թվաքանակը, հիվանդացության մակարդակը, վերակառուցված, բուժսարքավորումներով և համապատասխան մասնագետներով հագեցված բժշկական կազմակերպությունների

առկայությունը և դրանով պայմանավորված՝ մասնագիտացված ծառայությունների մատչելիությունը,

3) կառավարության որոշմամբ հաստատել սահմանամերձ և զարգացման հատուկ նշանակություն ունեցող տարածաշրջանների, բնակավայրերի և կազմակերպությունների ցանկը, որոնց համար սահմանել պայմանագրային գումարների հաշվարկման և ֆինանսավորման առանձնահատուկ պայմաններ,

4) բյուջետային ծրագրավորման արդյունավետությունը բարձրացնելու, ծրագրերի ֆինանսավորման լիարժեքությունն ապահովելու նպատակով սահմանել ծրագրերի և ծրագրերում առանձին բժշկական ծառայությունների գերակայություններ, որոնք հիմք կհանդիսանան բյուջեի ծրագրերի ձևավորման և պայմանագրային գումարների գերակատարումների դիմաց փոխհատուցման առաջնահերթությունները որոշելու համար,

5) միևնույն բարդության աստիճանի հիվանդությունների բուժման փոխհատուցումը բոլոր մակարդակների կազմակերպություններում կատարել նույն գներով,

6) պայմանագրերում նախատեսել դրույթ, համաձայն որի անվճար և արտոնյալ բուժօգնության գներում նախատեսված ծախսերը (աշխատավարձ, դեղորայք, լաբորատոր-գործիքային հետազոտություններ և այլն) լիարժեք չկատարելու դեպքում բժշկական կազմակերպության նկատմամբ կարող են կիրառվել ֆինանսական պատասխանատվության միջոցներ,

7) ֆինանսական տարվա ընթացքում կազմակերպություններում բուժվող հիվանդանոցային դեպքերի տեղաշարժի (փաստացի հոսքի), հոսպիտալացման ցուցանիշի ավելացման կամ պակասեցման և այլ պատճառներով պայմանագրային գումարների հնարավոր փոփոխությունները նվազագույնի հասցնելու համար մշակել մեխանիզմներ նշված հարցերը օպերատիվ լուծելու նպատակով:

37. Հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների գների հաշվարկման համար առաջարկվում է կիրառել հետևյալ սկզբունքները.

1) հիվանդանոցային ծառայությունների համար հաստատել կարճաժամկետ բժշկական օգնության (մինչև 3 օր, բացառությամբ՝ վիրահատական միջամտությունների և այլն) ցերեկային ստացիոնարի և լիարժեք բուժման միջին գներ,

2) պայմանագրային գումարները հաշվարկել կազմակերպության համար պլանավորված դեպքերի կանխատեսվող թվի և դրանց համար հաստատված գներով, որը չի կարող գերազանցել տվյալ մակարդակի կազմակերպության և ծառայության համար հաստատված միջին գինը,

3) ֆինանսավորումը իրականացնել ներկայացված փաստացի դեպքերի դիմաց (ոչ ավելի, քան պայմանագրային դեպքերի թվաքանակը) դրանց համար հաստատված գներով, որը չի կարող գերազանցել տվյալ մակարդակի ծառայության համար հաստատված միջին գինը,

4) միջին գները հաշվարկել կազմակերպությունների մակարդակների և ծառայությունների տեսակների համար (բաժանմունքներ, ծառայություններ) հետևյալ կարգով՝

ա. պլանավորվող ընդհանուր դեպքերի թվաքանակում սահմանել կարճաժամկետ և ցերեկային ստացիոնարի պայմաններում բուժման ենթակա դեպքերի նորմատիվներ,

բ. միևնույն մակարդակի կազմակերպություններում, միևնույն բաժանմունքում (ծառայությունում) իրականացվող բժշկական օգնության դիմաց ֆինանսավորման հավասար պայմաններ ապահովելու համար, ելնելով բժշկական օգնության վերը նշված նորմատիվներից և դրանց համար սահմանված գներից, հաշվարկել փոխհատուցման միջին գներ:

5) հստակեցնել անվճար և արտոնյալ պայմաններով բուժօգնության կազմակերպման ընթացքում կիրառվող լրացուցիչ ոչ բժշկական ծառայությունների ցանկը, գները և փոխհատուցման սկզբունքները,

6) ելնելով կազմակերպությունների տեխնիկական հագեցվածությունից, կիրառվող բուժման տեխնոլոգիաներից և պայմաններից՝ կատարել բժշկական կազմակերպությունների դասակարգում:

38. Ըստ առանձին ծրագրերի բժշկական օգնության և սպասարկման դեպքերի հաշվարկման համար առաջարկվում է կիրառել հետևյալ սկզբունքները.

1) «Անհետաձգելի բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրի դեպքերի քանակը պլանավորելիս հաշվի առնել ըստ տարածաշրջանների սպասարկվող բնակչության թվաքանակը և հոսպիտալացման միջին ցուցանիշը՝ Երևան քաղաքի և մարզերի մասնագիտացված կենտրոնների համար նախատեսելով որոշակի լրացուցիչ ծավալներ,

2) «Սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկվածների բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրի շրջանակներում դեպքերի քանակը պլանավորելիս հաշվի առնել տվյալ բժշկական կազմակերպության կողմից սպասարկվող տարածաշրջանում բնակվող սոցիալապես անապահով խմբերում ընդգրկված անձանց թվաքանակը և հոսպիտալացման մակարդակը:

3) «Տուբերկուլոզի բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրի համար նախատեսել կազմակերպությունների կազմում գործող բաժանմունքների և առանձին տուբերկուլոզային դիսպանսերների դեպքերի պլանավորման և ֆինանսավորման առանձին կարգ, ընդ որում՝ հաշվի առնելով, որ նշված ծառայությունը վճարովի, համավճարային և այլ եկամուտներ չունի, ծառայության ֆինանսավորումը կատարել պահպանման տարեկան ծախսերի հատկացման և ըստ փաստացի դեպքերի ֆինանսավորման մոտեցումների համակցման միջոցով: Նույն մոտեցումը առաջարկվում է կիրառել նաև «Հոգեկան և նարկոլոգիական հիվանդանոցների բժշկական օգնության և խնամքի ծառայություններ» ծրագրի դեպքում:

4) Մարզային բազմապրոֆիլային հիվանդանոցներում, որտեղ գործում են ինչպես մանկական, այնպես էլ ինֆեկցիոն բաժանմունքներ, երեխաների հոսպիտալացումը նշված բաժանմունքներում հաճախ խիստ պայմանական է: Նշված խնդիրը լուծելու

նպատակով առաջարկվում է 0-7 տարեկան երեխաների ինֆեկցիոն դեպքերի բուժման և «Երեխաների բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրով նախատեսվող 0-7 տարեկան երեխաների կանխատեսվող դեպքերի թվաքանակը մարզերում հաշվարկել միասին՝ ելնելով տվյալ տարածաշրջանում բնակվող երեխաների թվաքանակից և հոսպիտալացման միջին մակարդակից:

5) «Զորակոչային և նախազորակոչային տարիքի անձանց հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և փորձաքննություն» ծրագրով ներկայումս ֆինանսավորվում է զորակոչային տարիքի անձանց փորձաքննության, բուժման, քաղաքացիական հիվանդանոցներում զինծառայողների և նրանց ընտանիքի անդամների բուժման ծախսերը: Առաջարկվում է այս ծրագրից առանձնացնել զինծառայողների ընտանիքի անդամների բուժման ծախսերը և այն արտացոլել «Սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկվածներին բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրում: Նման առաջարկը պայմանավորված է նրանով, որ փորձաքննության համար հատկացված միջոցները հաճախ ծախսվում են ընտանիքի անդամների բուժման համար և փորձաքննության դեպքերը դուրս են մնում փոխհատուցումից:

6) «Վերականգնողական բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրի համար ըստ բժշկական կազմակերպությունների հստակեցնել ինչպես շահառուների ցանկը, այնպես էլ մատուցվող ծառայությունների տեսակները և ծավալները, տարանջատելով անվճար և արտոնյալ պայմաններով մատուցվող ծառայությունները:

7) «Գինեկոլոգիական բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրով բժշկական օգնության իրականացման պայմանագրային գումարները միևնույն բնակչության թվաքանակ սպասարկող և միևնույն հզորություն ունեցող բժշկական կազմակերպություններում անհամաչափ են բաշխված: Նշված խնդիրը լուծելու և մարզերի համաչափ զարգացումն ապահովելու նպատակով առաջարկվում է նշված ծրագրով պայմանագրային գումարների հաշվարկման համար հիմք ընդունել տվյալ տարածաշրջանում բնակվող կանանց ընդհանուր թիվը:

8) «Երեխաների բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրի շրջանակներում դեպքերի թվաքանակը պլանավորելիս անհրաժեշտ է հիմք ընդունել տարածքում առկա մանկական ազգաբնակչության թվաքանակը:

9) Երևանի, ինչպես նաև մարզերի վերակառուցված և սարքավորումներով հագեցված նեղ մասնագիտացված բաժանմունքների (կազմակերպությունների) պայմանագրային գումարները հաշվարկելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որ դրանցում բժշկական օգնություն և սպասարկում է ցուցաբերվում նաև իրենց անմիջական սպասարկման տարածաշրջանից դուրս գտնվող հիվանդներին՝ համապատասխան լրացուցիչ ծավալների պլանավորմամբ:

39. Հաշվի առնելով տարիների ընթացքում բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ոլորտում կատարված փոփոխությունները, արձանագրված խնդիրները և կուտակված փորձը՝ առաջարկվում է սահմանել պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման նպատակով բնակչության հերթագրման նոր կարգ՝ տարբերակված շահառուների և ծառայությունների տեսակների առումով: Նշված կարգով անհրաժեշտ է հստակեցնել պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բուժօգնություն ստացող հիվանդների պայմանագրային դեպքերի թվաքանակը գերազանցող դեպքերի բուժման կազմակերպման և փոխհատուցման կարգը՝ ամրագրելով գլոբալ բյուջեի ամսական համամասնությունների գերազանցումը բացառապես սուր և անհետաձգելի դեպքերում թույլատրելու գաղափարը, մնացած բոլոր (պլանային բուժօգնության) դեպքերում կիրառելով կամ հերթագրման սկզբունքը, կամ հիվանդի (կամ նրա հարազատների) համաձայնությամբ՝ վճարովի բուժօգնության սկզբունքը:

40. Նկատի ունենալով կետ 33-ում նշված պատճառներով յուրաքանչյուր տարվա վերջում բյուջետային որոշ ծրագրերի շրջանակներում առանձին բժշկական կազմակերպությունների պայմանագրային գումարներում վերաբաշխումներ կատարելու անխուսափելիությունը, առաջարկվում է կառավարության որոշմամբ հստակեցնել այդ գործընթացի կազմակերպման սկզբունքները, մեխանիզմներն ու լիազորությունները, այդ

թվում՝ սահմանելով գերակատարումների դիմաց պայմանագրային գումարների ավելացման հետևյալ առաջնահերթությունները.

ա. գերակայությունների ցանկում ներառված բժշկական ծառայությունների գերակատարումներ,

բ. տարածքային համահարթեցման միջոցառումների հետևանքով պայմանագրային գումարներում առաջացած տարբերություններ,

գ. սահմանամերձ և զարգացման հատուկ կարևորություն ունեցող տարածաշրջանների բժշկական կազմակերպությունների գերակատարումներ:

41. «Դեղորայքի տրամադրում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական, հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացողներին և հատուկ խմբերում ընդգրկված ֆիզիկական անձանց» ծրագրի շրջանակներում կենտրոնացված կարգով ձեռք է բերվում դեղորայք բնակչության սոցիալապես անապահով խավերում ընդգրկվածների, ինչպես նաև որոշակի հիվանդությունների խմբերում ընդգրկվածների համար: Պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող, 50 տոկոս և ավելի պետական մասնակցությամբ առևտրային և պետական ոչ առևտրային կազմակերպությունները իրենց կարիքների համար նույնպես գնում են դեղորայք և բժշկական պարագաներ՝ առանձին ընթացակարգերով, ընդ որում՝ այդ գնումների գործընթացներում միշտ չէ, որ պահպանվում են գնումների մասին օրենսդրության պահանջները:

42. Ելնելով վերոհիշյալից՝ առաջարկվում է օտարերկրյա ճանաչված դեղագործական ընկերություններին հրավիրել մասնակցելու դեղերի կենտրոնացված գնումների շրջանակային ընթացակարգերում: Արդյունքում ակնկալվում է պետական պատվեր իրականացնող պետական կազմակերպություններում դեղորայքի գնման և բաշխման գործընթացում առկա թերությունների վերացման միջոցով ֆինանսավորման արդյունավետության բարձրացում և մեխանիզմների բարելավում:

43. ՀՀ պետական բյուջեի «Հիգիենիկ և հակահամաճարակային փորձագիտական ծառայություններ» ծրագրի շրջանակներում ֆինանսավորումը ներկայումս իրականացվում է ըստ սպասարկվող տարածքում բնակվող ազգաբնակչության թվի (տարբերակված ըստ Երևանի և մարզերի) և ըստ փաստացի կատարված հետազոտությունների փոխհատուցման սկզբունքների: Բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովմանն ուղղված միջոցառումների զգալի մասը (համաճարակաբան, հիգիենիկ, միջատաբանական հետազոտությունները, ֆիզիկական գործոնների գործիքային չափումները, առողջ ապրելակերպի քարոզչություն և այլն) հնարավոր չէ նախորոք պլանավորել ինչպես ֆինանսական, այնպես էլ ոչ ֆինանսական ցուցանիշների առումով: Քանակապես չպլանավորվող հետազոտությունների մատուցման համար գումարի չափը սահմանվել է միայն ըստ բնակչության թվի, հաշվի չեն առնվել այլ չափանիշներ (տարածքի մակերես, կազմակերպությունների թվաքանակ), ինչի արդյունքում առաջացել է անհամամասնություն հատկացված գումարի և հետազոտությունների ծավալի միջև:

44. Առաջարկվում է վերը նշված՝ քանակապես չպլանավորվող հետազոտությունների դիմաց փոխհատուցվող գումարի չափը որոշելիս որպես սկզբունք կիրառել նաև.

- 1) հիգիենիկ և հակահամաճարակային հսկողության ենթակա տարածքի մակերեսը,
- 2) տվյալ տարածքում հիգիենիկ և հակահամաճարակային հսկողության ենթակա կազմակերպությունների թվաքանակը:

45. Պետական բյուջեի «Առողջապահություն (այլ դասերին չպատկանող)» ծրագրի «Դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտություններ» ծրագրի շրջանակներում ֆինանսավորումը իրականացվում է կազմակերպությունների կողմից փաստացի կատարված հետազոտությունների փոխհատուցման սկզբունքով:

Առաջարկվում է ծրագրի գումարի բաշխումը ըստ կազմակերպությունների իրականացնել հիմք ընդունելով դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտություններ

իրականացնող կազմակերպությունների տարածքային հասանելիության, ինչպես նաև այդ կազմակերպությունների համապատասխան սարքեր և սարքավորումներով հագեցվածության սկզբունքները:

46. Բոլոր վերոհիշյալ մոտեցումներն ու սկզբունքները առաջարկվում է ամփոփել և մանրամասն արտացոլել պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման և ֆինանսավորման նոր կարգում, որը պետք է հաստատվի Հայաստանի Հանրապետության կառավարության կողմից՝ ի փոփոխումն 2004 թվականի մարտի 4-ի N318-Ն որոշմամբ հաստատված կարգի:

47. Վերոհիշյալ կարգը առաջարկվում է սահմանել հետևյալ հիմնական բաժիններով.

1) անվճար և արտոնյալ (համավճար և/կամ պետական մասնակցություն) պայմաններով բնակչությանը տրամադրվող բուժօգնության տեսակներն ու ծավալները,

2) բյուջետային ծրագրերի և պայմանագրերում բժշկական օգնության տեսակների ձևավորման սկզբունքները,

3) պայմանագրային գումարների հաշվարկման, պայմանագրերում փոփոխությունների կատարման և ֆինանսավորման սկզբունքները,

4) հանրային առողջապահական ծառայությունների և «Առողջապահություն (այլ դասերին չպատկանող)» ծրագրի պայմանագրային գումարների հաշվարկման սկզբունքները և ֆինանսավորման մեխանիզմները:

48. Պետական պատվերի տեղադրման գործընթացի արդյունավետությունն ու թափանցիկությունը բարձրացնելու նպատակով անհրաժեշտ է վերանայել նաև բժշկական օգնության և սպասարկման պետական պատվերի տեղադրման գործող կարգը: