

ԿՈՌՈՒՊՑԻՈՆ ՌԻՍԿԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ
ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ
ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏՈՒՄ



ԿՈՌՈՒՊՑԻՈՆ ՌԻՍԿԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱԿՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈԼՈՐՏՈՒՄ

«Թրանսփարենսի Ինթերնեշնլ հակակոռուպցիոն կենտրոն» ՀԿ
Երևան 0019, Անտառային 164/1
Հեռ.՝ (374 10) 569589, 569689
Ֆաքս՝ (374 10) 569519
Էլ. փոստ՝ info@transparency.am
Կայքէջ՝ www.transparency.am

«Տարածքային զարգացման և հետազոտությունների կենտրոն» ՀԿ
Գեղարքունիքի մարզ, ք. Սևան, Նաիրյան 164, 3-րդ հարկ
Հեռ.՝ (374 99) 085814
Էլ. փոստ՝ rdrcngo@mail.ru

Այս ուսումնասիրությունը հնարավոր է դարձել Ամերիկայի ժողովրդի աջակցությամբ՝ ԱՄՆ Միջազգային զարգացման գործակալության (ԱՄՆ ՄԶԳ) միջոցով: Ուսումնասիրության հաշվետվության բովանդակության համար պատասխանատվությունը կրում են բացառապես «Թրանսփարենսի Ինթերնեշնլ հակակոռուպցիոն կենտրոն» և «Տարածքային զարգացման և հետազոտությունների կենտրոն» հասարակական կազմակերպությունները, և պարտադիր չէ, որ այն արտացոլի ԱՄՆ ՄԶԳ կամ ԱՄՆ կառավարության կարծիքը:

Բովանդակություն

Հապավումներ	4
Ներածություն	5
Պատմական ակնարկ	6
Մեթոդաբանություն.....	10
Գլուխ 1. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնության տեսակները	12
1.1 Իրավական կարգավորումները	12
1.2 Բժշկական ցուցմամբ տրամադրվող անվճար և արտոնյալ պայմաններով բուժօգնության հետ կապված խնդիրները	14
1.3 Սոցիալական ցուցման հիման վրա անվճար և արտոնյալ պայմաններով տրամադրվող բուժօգնության հետ կապված խնդիրները	18
1.4 Անվճար և արտոնյալ հիվանդանոցային բժշկական օգնության համար անհրաժեշտ միջոցների հետ կապված խնդիրները.....	21
Գլուխ 2. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորումը.....	30
2.1 Իրավական կարգավորումները	30
2.2 Բյուջետային միջոցների արդյունավետ օգտագործման հետ կապված խնդիրները	31
2.3 Հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման գների հետ կապված խնդիրները	35
2.4 Արտոնյալ պայմաններով տրամադրվող բժշկական ծառայությունների հետ կապված խնդիրները.....	38
2.5 Առողջապահական կազմակերպությունների և ՊԱԳ-ի միջև պայմանագրային հարաբերությունների հետ կապված խնդիրները.....	41
Գլուխ 3. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնության տրամադրման գործընթաց.....	47
3.1. Իրավական կարգավորումները	47
3.2. Ուղեգրման և հերթագրման հետ կապված խնդիրները	49
Գլուխ 4. Զաղաքացիների իրազեկման և բողոքարկման մեխանիզմները.....	52
4.1 Իրավական կարգավորումները	52
4.2 Զաղաքացիների իրազեկության ապահովման հետ կապված խնդիրները	53
4.3. Զաղաքացիների կողմից բողոքարկման հետ կապված խնդիրները	57
Գլուխ 5. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման նկատմամբ վերահսկողություն.....	61
5.1 Իրավական կարգավորումները	61
5.2 Որակի հսկողության հետ կապված խնդիրները.....	63

5.3 ՀՀ ԱՆ կողմից վերահսկողության հետ կապված խնդիրներ	65
5.4 Պետական կառավարման այլ մարմինների կողմից վերահսկողության հետ կապված խնդիրներ	68
Վերջաբան	70
Հավելված 1. Ուսումնասիրված փաստաթղթերի ցանկ.....	71
Հավելված 2. Իրավասու պետական մարմինների գործառույթները.....	76
Հավելված 3. Ուսումնասիրված բժշկական կազմակերպությունների ցանկ.....	84
Հավելված 4. Հարցաշարեր	85

Հապավումներ

ԱՄՆ ՄԶԳ	Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների Միջազգային զարգացման գործակալություն
ԹԻՅԿ	Թրանսփարենսի Ինթերնեշնլ հակակոռուպցիոն կենտրոն
ՀԾՓ	Հիմնական ծառայությունների փաթեթ
ՀԿ	Հասարակական կազմակերպություն
ՀՀ	Հայաստանի Հանրապետություն
ՀՀ ԱՆ	Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն
ՄԻՊ	Մարդու իրավունքների պաշտպան
ՏՀԶԿ	Տարածքային զարգացման և հետազոտությունների կենտրոն
ՊԱԳ	Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության աշխատակազմի պետական առողջապահական գործակալություն

Ներածություն

Սույն հետազոտությունն իրականացվել է «Թրանսփարենսի Ինթերնեշնլ հակակոռուպցիոն կենտրոն» (այսուհետ՝ ԹԻՀԿ) և «Տարածքային զարգացման և հետազոտությունների կենտրոն» (այսուհետ՝ ՏՀԶԿ) հասարակական կազմակերպությունների կողմից: Հետազոտության նպատակն է վերհանել և գնահատել պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բուժօգնության ոլորտում առկա կոռուպցիոն ռիսկերը և դրանք ձևավորող համակարգային խնդիրները:

Չնայած առողջապահության ոլորտում 1993թ. սկսված և շարունակվող բարեփոխումներին՝ դեռևս ցիցֆհառկա են բազմաթիվ չլուծված խնդիրներ, այդ թվում՝ առողջապահական ծառայություններում կոռուպցիոն տարբեր ռիսկեր, որոնց մասին են վկայում ինչպես տարբեր կազմակերպությունների կողմից իրականացված ուսումնասիրությունները, այնպես էլ՝ մի շարք պետական ռազմավարական փաստաթղթերը:

Սույն հետազոտությունը բաղկացած է հինգ գլուխներից, որոնք վերաբերում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բուժօգնության բնագավառում առկա համակարգային խնդիրներին և ներկայացնում են դրանց լուծմանն ուղղված առաջարկությունները: Ակնկալվում է, որ դրանք տեղ կգտնեն ՀՀ կառավարության կողմից հաստատված 2015-2018թթ. հակակոռուպցիոն ռազմավարությունից բխող ՀՀ առողջապահության նախարարության հակակոռուպցիոն ծրագրում:

Հետազոտության 1-ին գլուխը վերաբերում է պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնության տեսակների՝ սոցիալական և բժշկական հիմքերի, ինչպես նաև բուժօգնության համար անհրաժեշտ միջոցների ծավալի վերաբերյալ իրավական կարգավորումներին և առկա խնդիրներին:

2-րդ գլխում արտացոլված են պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորմանը, բժշկական օգնության և սպասարկման դիմաց պետության կողմից փոխհատուցման գներին, համավճարին, բժշկական կազմակերպությունների և ՀՀ առողջապահության նախարարության աշխատակազմի պետական առողջապահական գործակալության միջև պայմանագրային հարաբերություններին վերաբերող իրավական կարգավորումները և առկա խնդիրները:

3-րդ գլխում ներկայացվում է պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնության տրամադրման գործընթացը՝ հիվանդների ուղեգրմանը և հերթագրմանը վերաբերող իրավական կարգավորումները և առկա խնդիրները:

4-րդ գլուխը վերաբերում է պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման վերաբերյալ քաղաքացիների իրազեկման և բողոքարկման մեխանիզմներին առնչվող իրավական կարգավորումներին և առկա խնդիրներին:

5-րդ գլխում ամփոփված են պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման նկատմամբ վերահսկողության վերաբերյալ իրավական կարգավորումները և առկա խնդիրները:

Պատմական ակնարկ

Հայաստանի Հանրապետությունում մինչև 1990-ական թվականները գործում էր խորհրդային առողջապահական համակարգը, որը մի շարք առավելությունների հետ մեկտեղ ուներ նաև թերություններ: Այդ տարիներին բնորոշ էին պետական կենտրոնացված և ուղղահայաց կառավարումը, հիվանդությունների բուժումը, այլ ոչ թե կանխարգելումը, ուռճացված առողջապահական համակարգը, և արդյունքում՝ ռեսուրսների անհամաչափ բաշխումն ու անարդյունավետ օգտագործումը, տնտեսական խթանների բացակայությունը, առողջապահության մեկ աղբյուրից (պետական բյուջե) և «մնացորդային» ֆինանսավորումը և այլն:

1990-ական թվականների սկզբներին բուժփմնարկներում առկա էր հոսպիտալացման ցածր մակարդակ, որն առաջին հերթին պայմանավորված էր բնակչության սոցիալ-տնտեսական վիճակով: Այդ տարիներին համակարգի կոռումպացվածության և առողջապահական համակարգի նկատմամբ բնակչության ունեցած անվստահության մակարդակն իրականում անհամեմատ բարձր էր, ինչն էլ ուղղակիորեն ազդում էր բժշկական հաստատություններ նրանց դիմելիության և առավել ևս՝ ստացիոնար բժշկական հաստատություններում հոսպիտալացման մակարդակի վրա, ինչը բնավ չէր վկայում բնակչության հիվանդացության իրական մակարդակի մասին: Պետությունը սահմանափակ միջոցներ ուներ բնակչության անվճար հիվանդանոցային բուժօգնությունը կազմակերպելու համար և ստիպված էր սահմանափակել այդ օգնության ծավալները:

Անկախության առաջին իսկ տարիներին ՀՀ ընդհանուր տնտեսական բարեփոխումների ներքո ՀՀ առողջապահության նախարարությունը ձեռնամուխ եղավ առողջապահության համակարգի բարեփոխումների և զարգացման հիմնական ուղղությունները մշակելու գործընթացին: Այդ բարեփոխումները ընթանում էին առողջապահության կառավարման և ֆինանսավորման համակարգերում, ձեռնարկվում էին ապակենտրոնացմանն ուղղված քայլեր և այլն: Գործընթացի հիմնական նպատակն էր ստեղծված նոր տնտեսակարգի պայմաններում ձևավորել և զարգացնել կենսունակ և արդյունավետ առողջապահական համակարգ, որն առավելագույնս կնպաստեր բնակչության առողջության պահպանմանն ու բարելավմանը:

Առողջապահության ոլորտում բարեփոխումների պլանավորման գործընթացը սկսվեց 1993թ.՝ անկախության հռչակումից երկու տարի անց: Համակարգային բարեփոխումների հիմքում ընկած էր այն իրողությունը, որ այլևս հնարավոր չէր պահպանել ուռճացված առողջապահական համակարգը և անվճար ապահովել ողջ բնակչության առողջապահական կարիքները: Ակնկալվող բարեփոխումների արդյունքում բնակչությունը պետք է վճարեր բուժսպասարկման ծախսերի համար: Չնայած կառավարությունը փորձում էր պետության կողմից երաշխավորված ծրագրերի շրջանակներում բնակչության խոցելի խմբերին ապահովել անվճար բուժօգնությամբ, սակայն համակարգի թերֆինանսավորումը ստիպում էր նույնիսկ այս խմբերում ընդգրկված անձանց երբեմն վճարել բուժօգնության համար:

1996թ. ՀՀ ազգային ժողովն ընդունեց «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքը, որով ձևափոխվեց ֆինանսավորման նախկին համակարգը՝ օրինականացնելով ֆինանսավորման այլընտրանքային մեխանիզմները, ներառյալ՝ մասնավոր վճարումները: 1997թ. ՀՀ կառավարության որոշմամբ բնակչության ոչ

խոցելի խմբերի համար ներդրվեց առողջապահական ծառայությունների մեծ մասի դիմաց մասնավոր վճարումների համակարգը: Այսպիսով, օրենսդրորեն տարանջատվեցին բուժօգնության անվճար և վճարովի սկզբունքները, հստակեցվեցին պետության կողմից ֆինանսավորվող բուժօգնության ծավալները՝ միաժամանակ կարգավորելով նախկինում «ոչ պաշտոնական» վճարումների մի հատվածը: Այդ տարիներին գործող խմբագրությամբ օրենքը նախատեսում էր, որ յուրաքանչյուր տարի կառավարության կողմից պետք է հաստատվեին պետական նպատակային առողջապահական ծրագրերը, որոնք ենթակա էին ֆինանսավորման պետական բյուջեի միջոցների հաշվին: Ավելի ուշ՝ 2000թ. օրենքում կատարված փոփոխություններով սահմանվեց, որ պետական նպատակային ամենամյա ծրագրերը հաստատվում են Ազգային ժողովի կողմից՝ պետական բյուջեի ընդունման ընթացքում¹:

Ֆինանսական միջոցների սղության պատճառով պետության կողմից ֆինանսավորվող առողջապահական ծառայությունները կրճատվեցին՝ ընդգրկելով միայն որոշակի ուղղություններ ու գերակա խմբեր: 1998թ. ՀՀ կառավարությունը ներդրեց հիմնական ծառայությունների փաթեթը՝ կազմված հանրային միջոցներով ֆինանսավորվող բուժօգնության տեսակների զամբյուղից, որը ներառում էր ծառայությունների ցանկ և բնակչության առանձին խմբեր, որոնցում ընդգրկված անձինք իրավունք ունեին անվճար օգտվել բուժօգնության այդ տեսակներից:

Հիմնական ծառայությունների փաթեթում ներառված ծառայություններն ու բնակչության խմբերը պարբերաբար վերանայվել և փոփոխվել են և դեռ շարունակում են փոփոխվել: Հանրային ֆինանսներն առավել արդյունավետ օգտագործելու նպատակով պետության կողմից ֆինանսավորվող առողջապահական ծառայությունները շարունակաբար հստակեցվում և հասցեականացվում են՝ պայմանավորված ոլորտային գերակայությունների և թիրախ սոցիալական խմբերի առանձնահատկություններով: Սակայն հիմնական ծառայությունների փաթեթը մինչ օրս էլ դեռ չի կարելի բավարար համարել, քանի որ ամբողջությամբ չի ապահովում անվճար բուժօգնություն ստանալու սահմանված երաշխիքները: Հիմնական ծառայությունների փաթեթում պետական ֆինանսների հասցեագրման մեխանիզմները դեռևս կատարյալ չեն, ինչը հանգեցնում է այս ոլորտում հանրային ֆինանսների ոչ արդյունավետ կառավարման, ինչպես նաև ոլորտում անբավարար թափանցիկության և հաշվետվողականության:

1997թ. Համաշխարհային բանկի և ՀՀ կառավարության միջև կնքված «Առողջապահության ֆինանսավորման և առողջության առաջնային պահպանման զարգացման» վարկային համաձայնագրի շրջանակներում ստեղծվեց ՀՀ կառավարությանն առընթեր պետական առողջապահական գործակալությունը (այսուհետ՝ ՊԱԳ) իր մարզային ստորաբաժանումներով²: Նման կարգավիճակով ՊԱԳ-ը գործեց մինչև 2002թ., երբ ՀՀ Նախագահի հրամանագրով կառավարության կառուցվածքի վերանայման արդյունքում այն ընդգրկվեց ՀՀ առողջապահության նախարարության կազմի մեջ³:

¹ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքում փոփոխություն կատարելու մասին» 21.03.2000թ. ՀՕ-43 օրենք. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=703>

² World Bank. 2004. *Armenia - Health Financing and Primary Health Care Development Project*. Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2004/06/4610710/armenia-health-financing-primary-health-care-development-project>

³ ՀՀ Նախագահի 08.07.2002թ. թիվ ՆՀ-1132-Ն հրամանագիր. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=2881>, ՀՀ կառավարության 15.08.2002թ. թիվ 1300-Ն որոշում. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=43720>

ՊԱԳ-ի ստեղծումն ուղղված էր առողջապահության ոլորտում «ծառայություններ մատուցող-գնորդ» գործառույթների տարանջատմանը, ինչը պետք է բերեր առողջապահության ֆինանսավորման բարելավմանը, պետության կողմից ֆինանսավորվող բուժօգնության որակի և մատչելիության բարձրացմանը: Այնուհանդերձ, ինչպես ցույց տվեցին հետագա տարիների զարգացումները, պետական բյուջեից առողջապահության ոլորտին հատկացվող անբավարար ֆինանսավորման արդյունքում համակարգը հայտնվեց աննախադեպ ճգնաժամային իրավիճակում, որի արդյունքում բուժփիմսարկներում գոյացան աշխատավարձի, ինչպես նաև այլ կրեդիտորական բազմամսյա պարտքեր: Ստեղծված իրավիճակը որոշակիորեն մեղմվեց միայն 2003-2004թթ.: Բժշկական հաստատություններում թերֆինանսավորման արդյունքում այդ տարիներին կուտակված կրեդիտորական պարտքերի զգալի մասը մարվեց ինչպես պետական ֆինանսավորման ծավալների աստիճանական ավելացման, այնպես էլ 2001-2002թթ. բժշկական հաստատությունների՝ երկու տարով շահութահարկի վճարման պարտավորությունից ազատվելու արդյունքում:

Բժշկական կազմակերպության հետ ՊԱԳ-ի կողմից կնքվող պայմանագրերում սկսած 2000թ-ից սկսվեց կիրառվել «գլոբալ բյուջեի» գաղափարը, որն ուղղված էր առաջին հերթին բուժփիմսարկներում պետության պարտքերի կուտակման և հավելագրումների անվերահսկելի գործընթացի կասեցմանը: Համաձայն այդ սկզբունքի՝ ՊԱԳ-ի և բուժփիմսարկի միջև կնքվող պայմանագրում նախապես սահմանվում է տվյալ բժշկական կազմակերպության տարեկան «գլոբալ բյուջեն», այսինքն՝ այն առավելագույն գումարը, որից ավելի այդ բժշկական կազմակերպությունը չի կարող ֆինանսավորվել պետության կողմից:

2009թ. առանձին բժշկական կազմակերպություններում փորձարարական կարգով կառավարության որոշմամբ ներդրվեց համավճարի սկզբունքը, որի կիրառումը 2011-2012թթ. ընդլայնվեց՝ ընդգրկելով որոշակի ծրագրեր:

Առողջապահության համակարգի բարեփոխումների ընթացքում սրվեցին համակարգի կառավարման, ֆինանսավորման, բժշկական ծառայությունների որակի հետ կապված խնդիրները՝ առողջապահական հավասար հնարավորությունների և ծառայությունների մատչելիության, սոցիալական արդարության ապահովման, որակի գնահատման չափորոշիչների և նորմատիվների կանոնակարգման, բժշկատնտեսագիտական չափորոշիչների հստակեցման և ներդրման հիմնախնդիրները, որոնք իրենց հետ բերեցին նաև կոռուպցիոն ռիսկերի վտանգ: Ավելին, մինչ օրս ամբողջությամբ արմատախիլ չի արվել դեռևս խորհրդային ժամանակներից գոյություն ունեցող «ոչ պաշտոնական» վճարումների սովորույթները:

Առողջապահության ոլորտում առկա համակարգային չլուծված խնդիրներն այսօր էլ կոռուպցիայի դրսևորումների առումով ռիսկային իրավիճակներ ստեղծող հիմնական խորքային պատճառներն են⁴: Այսինքն, առողջապահության համակարգում առկա կոռուպցիոն դրսևորումներն ունեն հիմնականում օբյեկտիվ պատճառներ՝ պայմանավորված համակարգային խնդիրներով: Եվ դրանք վերացնելով հնարավոր է նվազեցնել համակարգում առկա կոռուպցիոն դրսևորումները:

Հարկ է նշել նաև Կոռուպցիայի համաշխարհային բարոմետրի (ԿՀԲ)՝ կոռուպցիայի նկատմամբ հանրության վերաբերմունքը և կոռուպցիոն երևույթների հետ շփման նրանց փորձը արտահայտող ցուցանիշները: Այսպես, 2013թ. 1.068 անձանց շրջանում

⁴ Հայաստանի Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման 2012թ. Չեկույց.
http://www.moh.am/karavar/HSPA%202013_REPORT%20%20ARM%20FINAL_07.pdf

անցկացված հարցման մեջ ընդգրկված հաստատություններից/ոլորտներից որպես ամենակոռուպացված երեք ոլորտներից մեկը ընկալվել են հենց առողջապահական հիմնարկությունները/ծառայությունները: Ըստ հարցման տվյալների՝ պատասխանողների 66%-ը բժշկական և առողջապահական ծառայությունները համարել է կոռուպացված/ծայրահեղ կոռուպացված⁵:

Առողջապահական համակարգի կառավարման, ֆինանսավորման, այդ թվում՝ պետական պատվերի շրջանակներում մատուցվող բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների շրջանակներում առկա կոռուպցիոն ռիսկերի կրճատման, որակի բարելավման, թափանցիկության, հաշվետվողականության և վերահսկողության ապահովման անհրաժեշտությունը սահմանվել էր ՀՀ կառավարության կողմից ընդունված հակակոռուպցիոն երկու տարբեր ռազմավարական փաստաթղթերով⁶, որոնք, սակայն, պատշաճ կարգով չեն իրականացվել: Դա արձանագրվել է 3-րդ՝ 2015-2018թթ. հակակոռուպցիոն ռազմավարությամբ, որում նշվում է, որ 2009-2012թթ. հակակոռուպցիոն ռազմավարությամբ սահմանված միջոցառումների ծրագիրն ամբողջությամբ չի կատարվել պետական մարմինների կողմից⁷, կոռուպցիոն ռիսկերի նվազեցմանն ուղղված աշխատանքների իրականացման 2010-2012թթ. ժամանակացույցով նախատեսված մի շարք հակակոռուպցիոն օրենքներ, ինչպես, օրինակ, «ՀՀ հանրային առողջության անվտանգության ապահովման մասին» ՀՀ օրենքը, այդպես էլ չեն ընդունվել:

ՀՀ կառավարության կողմից հաստատված 2015-2018թթ. հակակոռուպցիոն ռազմավարությամբ նախատեսված կոռուպցիայի դեմ պայքարի թիրախային ոլորտներից մեկը հենց առողջապահության ոլորտն է, որով սահմանել է, որ ռազմավարության գործողության առաջին տարում ՀՀ ԱՆ և անկախ փորձագետներից կազմված մշտապես գործող փորձագիտական հանձնախմբի կողմից պետք է իրականացվի կոռուպցիոն ռիսկերի համապարփակ ուսումնասիրություն, որի հիման վրա էլ պետք է սահմանվեն առողջապահության ոլորտի հակակոռուպցիոն միջոցառումները:

⁵ The global corruption barometer 2013, Transparency International.

<http://www.transparency.org/gcb2013/country/?country=armenia>

⁶ ՀՀ կառավարության 06.11.2003թ. թիվ 1522-Ն որոշում.

<http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=28927>

ՀՀ կառավարության 08.10.2009թ. թիվ 1272-Ն որոշում.

<http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=74415>

⁷ ՀՀ կառավարության 25.09.2015թ. թիվ 1141-Ն որոշում. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=100900>

Մեթոդաբանություն

Հետազոտության հիմնական նպատակներ են բացահայտել պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության ոլորտում կոռուպցիոն ռիսկերը և մշակել քաղաքականության բարելավմանն ուղղված առաջարկությունների համապարփակ փաթեթ՝ ուղղված բացահայտված ռիսկերի վերացմանը:

Առաջադրված նպատակների իրագործման համար կիրառվել է Բազելի կառավարման ինստիտուտի կողմից մշակված մոտեցումը, որը հիմնված է որակական մեթոդաբանության վրա: Այս վերլուծական մոտեցումը հիմնված է այն գաղափարի վրա, որ առողջապահական համակարգերը ճիշտ գնահատելու համար անհրաժեշտ է անդրադառնալ ոչ միայն ֆորմալ ինստիտուտների գործառնություններին, այլև նաև ներգրավված առանցքային շահագրգիռ կողմերի վարքը պայմանավորող ֆորմալ և ոչ ֆորմալ ասպեկտներին: Այդ իսկ պատճառով մեթոդաբանությունը ներառում է ոչ միայն ոլորտը կարգավորող օրենսդրական հիմքերի, այլև իշխանության և ազդեցության վերլուծություն: Այդ նպատակով ուսումնասիրության սկզբում իրականացվել է շահագրգիռ կողմերի քարտեզագրում, որի արդյունքում ընտրվել են հիմնական տեղեկատուները:

Այսպիսով, հետազոտության շրջանակներում իրականացվել է իրավական ակտերի և տեղեկատվական փաստաթղթերի վերլուծություն, խորքային հարցազրույցներ հիմնական տեղեկատուների և հիվանդների հետ:

1. Փաստաթղթերի վերլուծություն

Վերլուծվել են պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության, ինչպես նաև առողջապահության ոլորտը կարգավորող ՀՀ օրենսդրական և այլ իրավական ակտերը, վիճակագրական տվյալները և ոլորտին վերաբերող տարբեր զեկույցները: Ուսումնասիրված փաստաթղթերի ամբողջական ցանկը ներկայացված է հավելված 1-ում:

2. Հարցազրույցներ և ֆոկուս խմբային քննարկումներ հիմնական տեղեկատուների հետ

Հարցազրույցների համար հիմնական տեղեկատուներն ընտրվել են տիպային նպատակաուղղված ընտրանքի միջոցով՝ հիմնվելով ոլորտի դերակատարների քարտեզագրման վրա: Հարցվողների տիպերն առանձնացվել են շահագրգիռ կողմերի հիմնական խմբերին համապատասխան. օրենսդիր, գործադիր, վերահսկող և պետական կառավարման այլ մարմինների ներկայացուցիչներ:

Բժշկական կազմակերպության ներսում առանձնացվել են 3 խումբ շահառուներ. բժշկական կազմակերպությունների տնօրենների հետ իրականացվել են հարցազրույցներ, իսկ բժիշկների և բուժքույրերի հետ՝ ֆոկուս խմբային քննարկումներ:

3. Հարցազրույցներ հիվանդների հետ

Հիվանդների ընտրությունը կատարվել է պատահական ընտրանքի սկզբունքով՝ ուսումնասիրված բժշկական կազմակերպություններում 2015թ. հունիս-օգոստոս ամիսներին բժշկական օգնություն ստացած և դուրս գրված հիվանդների ցանկից, որոնք ընտրվել են բժշկական կազմակերպության գրանցամատյաններից՝ ըստ հետևյալ չափանիշների.

- պետպատվերի շրջանակներում սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերի պատկանող հիվանդներ

- պետպատվերի շրջանակներում բժշկական ցուցումով բուժում ստացած հիվանդներ
- համավճարի սկզբունքով բուժում ստացած հիվանդներ

Հիվանդների հետ իրականացվել են 63 խորին հարցազրույցներ: Հարցազրույցների թիվ նախապես չի որոշվել. դրանց քանակը պայմանավորված է տեղեկատվության հազեցվածությամբ և կրկնվող պատասխաններով:

Հիմնական տեղեկատուների և հիվանդների հետ հարցազրույցների հարցաշարերը ներկայացված են հավելված 4-ում:

Բժշկական կազմակերպությունների ընտրությունը

Ուսումնասիրության համար ընտրվել են Երևան քաղաքը, Գեղարքունիքի և Լոռու մարզերը՝ հաշվի առնելով բնակչության խտությունը և հեռավորությունը Երևանից՝ բացառելով Երևանին սահմանակից մարզերը:

ՊԱԳ-ի կողմից ներկայացված տեղեկանքի հիման վրա թիրախային մարզերից ընտրվել են առավելագույն պետական միջոցներ ստացած բժշկական կազմակերպությունները՝ տարբերակված ըստ երկու տիպի՝ բժշկական կազմակերպություն, որի կազմում առկա է պոլիկլինիկա և բժշկական կազմակերպություն, որի կազմում չկա պոլիկլինիկա: Ընդհանուր առմամբ ուսումնասիրության նպատակով ընտրվել է 10 բժշկական կազմակերպություն Երևանում և նշված մարզերում, որոնց ամբողջական ցանկը ներկայացված է հավելված 3-ում:

Գլուխ 1. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնության տեսակները

1.1 Իրավական կարգավորումները

Յուրաքանչյուր քաղաքացուն մատչելի և որակյալ բժշկական օգնությամբ ապահովման և հասարակության առողջության պահպանման նախապայմանների ստեղծումը հանդիսանում է պետության սոցիալական զարգացման կարևոր երաշխիքներից մեկը: Հենց այդ գաղափարն է ընկած ՀՀ Սահմանադրության 85-րդ հոդվածի հիմքում, որը երաշխավորում է յուրաքանչյուր անձի՝ առողջության պահպանման իրավունքը: Ավելին, նույն հոդվածով սահմանված են նաև անվճար բուժօգնության հիմքերը՝ «օրենքը սահմանում է անվճար հիմնական բժշկական ծառայությունների ցանկը և մատուցման կարգը»⁸:

Օրենսդրական մակարդակով մարդու առողջության պահպանման սահմանադրական իրավունքի իրականացումն ապահովող բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման, իրավական, տնտեսական և ֆինանսական հիմքերը սահմանված են ՀՀ Ազգային ժողովի կողմից 1996թ. մարտի 4-ին ընդունած «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքով (այսուհետ՝ օրենք):

Օրենքի համաձայն՝ յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալ անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով՝ պետության կողմից երաշխավորված առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում: Բոլոր նպատակային ծրագրերը միասին կազմում են կառավարության կողմից պետական բյուջեի միջոցների հաշվին տրամադրվող հիմնական ծառայությունների փաթեթը (այսուհետ՝ ՀԾՓ): Առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերը ամենամյա ծրագրեր են, որոնք ուղղված են բնակչության առողջության պահպանմանը և որոնց ֆինանսավորումն արտահայտված է ՀՀ պետական բյուջեում՝ անվճար և արտոնյալ պայմաններով բուժօգնության ձևերով⁹:

Անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակներն ու ծավալները սահմանվում են ՀՀ պետական բյուջեի մասին օրենքով, կառավարության կողմից հաստատվող ամենամյա առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերով, ինչպես նաև ՀՀ կառավարության 2004թ. մարտի 4-ի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» թիվ 318-Ն որոշմամբ (այսուհետ՝ թիվ 318-Ն որոշում):

Թիվ 318-Ն որոշմամբ կարգավորվել են պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բնակչությանը տրամադրվող առողջապահական ծառայությունների և տեսակների ցանկի, ֆինանսավորման, հիվանդների հերթագրման, ուղեգրման և մի շարք այլ հարցերի հետ կապված իրավահարաբերություններ¹⁰: Առկա են նաև թիվ 318-Ն որոշումից բխող բազմաթիվ գերատեսչական իրավական ակտեր, որոնցով

⁸ ՀՀ Սահմանադրություն, հոդված 85. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=102510>

⁹ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենք, հոդված 1, 4. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=97782>

¹⁰ ՀՀ կառավարության 04.03. 2004թ. «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» N 318-Ն որոշում. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=100205>

սահմանվել են տարբեր իրավահարաբերությունների հետ կապված առանձնահատկություններ և մանրամասներ:

Անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման դեպքում առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում քաղաքացիներին տրամադրված բժշկական ծառայությունների, դեղերի և բժշկական պարագաների արժեքն ամբողջությամբ փոխհատուցվում է ՀՀ պետական բյուջեի միջոցների հաշվին¹¹:

Արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման դեպքում առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում քաղաքացիներին տրամադրված բժշկական ծառայությունների, դեղերի և բժշկական պարագաների արժեքը փոխհատուցվում է մասնակի՝ ՀՀ պետական բյուջեի միջոցների հաշվին (համավճարային սկզբունք)¹²:

Անվճար և արտոնյալ պայմաններով բուժօգնության ստանալու իրավունք ունեն՝

- բնակչության բոլոր խմբերին պատկանող անձինք՝ նախարարի հրամանով սահմանված հիվանդությունների և վիճակների դեպքում (բժշկական ցուցում)
- թիվ 318-Ն որոշմամբ սահմանված սոցիալական հատուկ խմբերին պատկանող անձինք (սոցիալական ցուցում):

Բժշկական ցուցումը տրվում է՝

- սոցիալական կախվածություն և հատուկ նշանակություն ունեցող հիվանդությունների դեպքում
- վերակենդանացման բժշկական միջամտություն պահանջող վիճակների դեպքում
- անհետաձգելի բժշկական օգնություն պահանջող հիվանդությունների և վիճակների դեպքում:

Առաջին երկու ենթախմբերում ներառված հիվանդությունների և վիճակների դեպքում, թիվ 318-Ն որոշման համաձայն, բնակչության *բոլոր խմբերին* տրամադրվում է *անվճար* հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում՝ ՀՀ առողջապահության նախարարի կողմից հաստատված հրամանի համաձայն¹³:

Ինչ վերաբերում է անհետաձգելի բժշկական օգնություն պահանջող հիվանդություններին և վիճակներին, ապա սրանց դեպքում բնակչության *բոլոր խմբերին* տրամադրվում է *համավճարային սկզբունքով* հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում՝ ՀՀ առողջապահության նախարարի կողմից սահմանված հրամանի համաձայն¹⁴:

Սոցիալական ցուցումը տրվում է՝

- բնակչության սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց, որոնց սպառիչ ցանկը հաստատված է թիվ 318-Ն որոշման 1-ին հավելվածով:

¹¹ N 318-Ն որոշում, հավելված 2, կետ 2

¹² Տես նույն տեղում

¹³ N 318-Ն որոշում, հավելված 2, կետ 12

¹⁴ N 318-Ն որոշում, հավելված 2, կետ 13

1.2 Բժշկական ցուցմամբ տրամադրվող անվճար և արտոնյալ պայմաններով բուժօգնության հետ կապված խնդիրները

Ինչպես արդեն նշվեց, բնակչության բոլոր խմբերին տրամադրվում է **անվճար** հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում մի շարք հիվանդությունների և վիճակների դեպքում, որոնք սահմանված են ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013թ. հոկտեմբերի 18-ի թիվ 65-Ն հրամանով (այսուհետ՝ թիվ 65-Ն հրաման)¹⁵: Թիվ 65-Ն հրամանով տարբերակվել է երկու խումբ.

- 1) 18 տարեկան և բարձր տարիքի անձինք
- 2) մինչև 18 տարեկան անձինք

18 տարեկան և բարձր տարիքի անձանց անվճար հիմունքներով բուժօգնություն է տրամադրվում հետևյալ հիվանդությունների և վիճակների դեպքում՝

- վերակենդանացման միջոցառումներ և ինտենսիվ թերապիա պահանջող հիվանդություններ և վիճակներ (շոկային վիճակներ, 2-րդ և ավելի աստիճանի, սրտամկանի սուր ինֆարկտ, ինսուլտ և այլն)
- վարակիչ հիվանդություններ (դիֆթերիա, բուբոն, ջրծաղիկ, կարմրուկ, կարմրախտի բարդացած ձևերը և այլն)
- այլ հիվանդություններ և վիճակներ (սուր աֆեկտիվ վիճակներ, փսիխոզներ, օնկոհեմատոլոգիական հիվանդություններ և այլն):

Մինչև 18 տարեկան անձանց անվճար հիմունքներով տրամադրվում է ավելի լայն ծավալով բուժօգնություն, որը 18 տարեկանից բարձր տարիքի անձանց դեպքում անվճար սպասարկվող հիվանդություններից և վիճակներից բացի, ներառում է նաև՝

- անհետաձգելի բժշկական օգնություն պահանջող վիճակներ և հիվանդություններ (սուր սրտային և/կամ անոթային անբավարարություն, սուր երիկամային անբավարարություն, շնչական անբավարարություն 1-ին և 2-րդ աստիճան, հիպերտոնիկ կրիզ, ասթմատիկ վիճակ և այլն)
- սեռական ճանապարհով փոխանցվող և մաշկային հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ (սիֆիլիսի բոլոր ձևերը, բշտային մաշկախտեր և այլն):

ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013թ. փետրվարի 7-ի թիվ 229-Ա հրամանով (այսուհետ՝ թիվ 229-Ա հրաման) սահմանվել են այն հիվանդությունները և վիճակները, որոնց ժամանակ բնակչության բուժօգնությունը և սպասարկումը իրականացվում է **համավճարային սկզբունքով**՝ պետության կողմից բուժման արժեքի մասնակի փոխհատուցմամբ¹⁶:

Մասնավորապես՝ համավճարային սկզբունքով բուժօգնությունը տրամադրվում է միայն 18 տարեկան և բարձր տարիքի անձանց՝ նկատի ունենալով արդեն վերը հիշատակված այն հանգամանքը, որ մինչև 18 տարեկան անձանց անհետաձգելի բժշկական օգնություն և միջամտությունը պահանջող հիվանդությունների դեպքում օգնությունը տրամադրվում է **անվճար**:

Համավճարային սկզբունքով բուժօգնությունը ներառում է.

- *Անհետաձգելի բժշկական օգնություն և գինեկոլոգիական* բժշկական օգնության ծառայություններ (ինսուլտ և սրտամկանի սուր ինֆարկտ /բացառությամբ

¹⁵ ՀՀ ԱՆ 18.10. 2013թ. թիվ 65-Ն հրաման. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=87886>

¹⁶ ՀՀ ԱՆ 07.02. 2013թ. թիվ 229-Ա հրաման. <http://www.moh.am/OrengGorcox/chaporoshich/229.doc>

վերակենդանացման բաժանմունքի/, սուր երիկամային անբավարարություն և այլն).

- *Օսկոհեմատոլոգիական* ծառայություն (օրգան համակարգերի ախտորոշված չարորակ նորագոյացություններ, օսկոհեմատոլոգիական հիվանդություններ և այլն).
- *Սեռական* ճանապարհով փոխանցվող և *մաշկային* հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ¹⁷ (սիֆիլիսի բոլոր ձևերը, բշտային մաշկախտեր և այլն):

Սակայն վերը հիշատակված ցանկերը հաճախ առաջացնում են խնդիրներ: Մասնավորապես.

1. Պարզ չէ անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ենթակա հիվանդությունների և վիճակների ցանկերի որոշման չափանիշները: Այն հանգամանքը, որ վերոհիշյալ ցանկերում ընդգրկված հիվանդությունները և վիճակները պետք է հիմնականում իրենցից ներկայացնեն սոցիալական կախվածություն և հատուկ նշանակություն, նշված է նաև ՀՀ կառավարության կողմից հաստատված 2014 և 2015 թվականների առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերում¹⁸: Սակայն պետք է նկատել, որ այդ հիվանդությունների ուսումնասիրությունից, այնուամենայնիվ, պարզ չէ, թե դրանք ինչպես են գնահատվում «սոցիալական կախվածության» և «հատուկ նշանակության» տեսակետից, երբ բացակայում են բնորոշման չափանիշները՝ առաջացնելով ոչ հստակ սահմաններ անվճար և համավճարային սկզբունքով բուժվող հիվանդությունների և վիճակների հաստատված ցանկերի միջև: Ստացվում է, որ ցանկերն ավելի շատ ծախսատարության տեսանկյունից են սահմանված, քան կյանքին սպառնացող իրական վտանգի լրջության տեսանկյունից: Այսպես, օրինակ՝ հիվանդներն անվճար բժշկական օգնություն ստանալու հնարավորությունից չեն օգտվում այնպիսի հիվանդությունների դեպքում, ինչպիսիք են ինսուլտը (բացառությամբ վերակենդանացման բաժանմունքի) կամ օսկոհեմատոլոգիական հիվանդությունները: Կյանքի համար վտանգավոր այս վիճակները և հիվանդությունները, ընդգրկված լինելով սոցիալական կախվածության և հատուկ նշանակության հիվանդությունների ցանկում, միևնույն ժամանակ խիստ ծախսատար են, ինչն էլ հիմք է հանդիսացել դրանք դասակարգելու համավճարով բուժման ենթակա հիվանդությունների ցանկում: Կամ, բուժօգնությունը համավճարային փոխհատուցմամբ է իրականացվում այնպիսի հիվանդությունների դեպքում՝ ինչպիսին է սուր երիկամային անբավարարությունը, որի ժամանակ իրականացվում է հեմոդիալիզի խիստ ծախսատար պրոցեդուրա, կամ օրգան համակարգերի ախտորոշված չարորակ նորագոյացությունների դեպքում, երբ հաստատված սխեմաներով օգտագործվում են թանկարժեք քիմիոթերապիայի և այլն:

Վերակենդանացման բաժանմունքում բուժում ստացած հիվանդների հետ անցկացված հարցումներից պարզվեց, որ նրանցից ոմանք որպես համավճար մուծումներ են կատարել բժշկական կազմակերպության դրամարկղում, այն դեպքում, երբ համաձայն թիվ 318-Ն որոշման, համավճարը չի տարածվում որոշմամբ հաստատված վերակենդանացման

¹⁷ ՀՀ ԱՆ 07.02. 2013թ. թիվ 229-Ա հրաման, հավելված 1, կետեր 2, 3

¹⁸ ՀՀ կառավարության 25.09.2014թ. N 40 արձանագրային որոշում. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=93345>

ՀՀ կառավարության 08.09.2013թ. N 39 արձանագրային որոշում. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=86132>

միջոցառումներ պահանջող հիվանդությունների և վիճակների վրա: Նման իրավիճակը հնարավոր է, երբ *վերակենդանացման* կարիք ունեցող հիվանդի հիվանդությունը որակվում է որպես *շտապ անհետաձգելի* դեպք, պատմագիրը բացվում է դրան համապատասխան և բուժման դիմաց համապատասխանաբար գանձվում է սահմանված համավճարը: Մինչդեռ եթե դեպքը վերակենդանացման միջոցառումներ պահանջվող գնահատվեր, ապա տրամադրվող բուժօգնությունը պիտի լիներ անվճար:

Մի շարք բժշկական կազմակերպությունների բժիշկների հետ իրականացված ֆոկուս-խմբային քննարկումներից պարզ դարձավ, որ անհետաձգելի վիճակների և հիվանդությունների գործող ցանկի անկատարությունը բուժաշխատողների համար երբեմն ստեղծում է հնարավորություն սակարկելու իրավիճակը և մեկ գրչի հարվածով որոշելու՝ թե հիվանդը պետք է բուժումը ստանա պետպատվերի շրջանակներում, թե՛ ոչ: Հիվանդության պատմագրերի հարմարեցումը նշված ցանկին պետական պատվերով բուժօգնության դեպքերի արհեստական ավելացման (հավելագրումների) լայն հնարավորություններ է բացում՝ ստեղծելով լուրջ կոռուպցիոն ռիսկեր: Նման հավելագրումները, մի կողմից, լուրջ ծանրաբեռնվածություն են առաջացնում պետական բյուջեի առանց այն էլ սուղ միջոցների վրա, իսկ մյուս կողմից՝ նպաստում են ոչ պաշտոնական վճարումների և հովանավորչական դրսևորումների ավելացմանը՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բուժօգնությունը իրականացնելով միայն կաշառքի կամ հովանավորչության պարագայում:

2. Անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ենթակա հիվանդությունների և վիճակների ցանկերը խիստ սահմանափակ են: Երբեմն հիվանդի վիճակը պետք է գնահատվի որպես «անհետաձգելի բուժօգնության կարիք ունեցող», սակայն հաստատված անհետաձգելի վիճակների և հիվանդությունների ցանկում այդ վիճակը, հիվանդությունը կա՛մ ընդհանրապես ներառված չէ, կա՛մ ներառված են միայն դրանց *բարդացած ձևերը*: Սա լուրջ խնդիր է՝ նկատի ունենալով, որ հիվանդությունները և վիճակները «բարդացած» գնահատելու համար ևս սահմանված չեն չափանիշներ: Այսպես, օրինակ՝ «շնչափութության նոպա» և «շնչական անբավարարություն» անհետաձգելի վիճակները նախորդ տարիներին ներառված էին անհետաձգելի միջամտություն պահանջող վիճակների և հիվանդությունների ցանկի մեջ, իսկ ներկայումս գործող ցանկում ներառված է միայն «շնչական անբավարարություն» անհետաձգելի վիճակը: Կամ թիվ 65-Ն հրամանով հաստատված բացառապես անվճար բուժվող հիվանդությունների և վիճակների ցանկի «վարակիչ հիվանդություններ» բաժնում պետության կողմից երաշխավորված անվճար բուժօգնությունը տրամադրվում է մի շարք հիվանդությունների բարդացած ձևերի դեպքում միայն, ինչպես օրինակ՝ քուրծք, ջրծաղիկը, կարմրուկը և այլն¹⁹: Մի կողմից, այս հիվանդությունների ոչ բարդացած դեպքերը չեն դադարում վարակիչ լինելուց և ակնհայտորեն հանրային վտանգ են ներկայացնում, և մյուս կողմից՝ դեռևս չկա այն չափորոշիչը, որին համապատասխան նշված դեպքերը կարող են որակվել որպես հիվանդությունների «բարդացած ձևեր»: Այս առումով ուշագրավ է նաև այն հանգամանքը, որ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի համաձայն՝ շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդությամբ տառապող մարդն իրավունք ունի անվճար ստանալ պետության կողմից երաշխավորված կարգով բժշկական օգնություն և սպասարկում և բուժվել այդ նպատակի համար նախատեսված հատուկ մասնագիտացված բժշկական օգնություն և սպասարկում

¹⁹ ՀՀ ԱՆ 18.10.2013թ. թիվ 65-Ն հրաման, հավելված 1, կետ 3

իրականացնող հաստատություններում²⁰: Իսկ ՀՀ կառավարության որոշմամբ հաստատված շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդությունների ցանկում ներառված են նաև վերը հիշատակված քութեշ, ջրծաղիկ, կարմրուկ և այլ հիվանդություններ, որից բխում, որ դրանք անկախ իրենց բարդության աստիճանից պետք է բուժվեն անվճար²¹: Հետևաբար անհասկանալի է, թե ինչպես է որոշվել թիվ 65-Ն հրամանով սահմանված հիվանդությունների ցանկը: Ակնհայտ է, որ բժշկի հայեցողությանն է թողնված իրավիճակի գնահատումը: Արդյունքում՝ հիվանդության պատմագիրն էլ բժշկի կողմից կարող է բացվել ինչպես պետական պատվերով, այնպես էլ՝ վճարովի սկզբունքով բուժման համար: Նման իրավիճակը բուժող բժշկին սակարկելու հնարավորություն է տալիս և որոշակի անօրինական վճարումների (կաշառքի) պարագայում հիվանդության պատմագիրը կարող է բացվել պետական պատվերով:

Անհետաձգելի միջամտություն պահանջող շատ դեպքեր դուրս են մնում պետական հոգաժողության շրջանակներից՝ հաստատված ցանկերում ներառված չլինելու պատճառով, թեկուզև ծավալային առումով ուղղակիորեն կախված են հատկացված ֆինանսական ռեսուրսներից: Որքան էլ որ փորձ է կատարվում համապատասխանություն մտցնել նախատեսված ֆինանսական ծավալների և հաստատված ցանկերով նախատեսվող անհետաձգելի վիճակների սպասվող դեպքերի ծավալների միջև, իրականում անհետաձգելի միջամտություն պահանջող շատ դեպքեր դուրս են մնում պետական հոգաժողության շրջանակից, քանի որ նշված ցանկերը ամբողջական չեն և հարմարեցված են ֆինանսական ծավալներին: Այդ պատճառով էլ սահմանափակ բյուջեի պարագայում նախատեսվող դեպքերի ծավալները գրեթե մշտապես գերազանցվում են բժշկական կազմակերպությունների կողմից՝ առաջացնելով հետագա ֆինանսավորման խնդիրներ:

Այսպիսով, անհետաձգելի բժշկական միջամտություն պահանջող վիճակների և հիվանդությունների ցանկի անկատարությունը, բժշկի կամ տնօրինության հայեցողությամբ հիվանդության պատմագրերի՝ առկա ցանկերին հարմարեցման, բուժման ուղեցույցների ու չափորոշիչների բացակայության արդյունքում երկակի ախտորոշումների, իսկ որոշ հիվանդությունների դեպքում դրանք որպես այդ հիվանդությունների «բարդացած ձևեր» որակելու հնարավորությունները՝ առանց սահմանված որոշակի չափանիշների, հայեցողական վարքագծի լայն հնարավորություն են ստեղծում դրանով իսկ առաջացնելով կոռուպցիոն ռիսկեր:

Առաջարկություններ

- Մշակել և առողջապահության նախարարի հրամանով հաստատել հիվանդությունների և վիճակների՝ սոցիալական կախվածության և հատուկ նշանակության տեսանկյունից որոշման հստակ չափանիշներ, որով պայմանավորված նաև
 - վերանայել անհետաձգելի բժշկական օգնություն պահանջող հիվանդությունների և վիճակների ցանկը՝ այն դարձնելով ավելի հստակ և հիմնավորված:
 - մշակել և հաստատել պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բուժօգնության ենթակա հիվանդությունների և վիճակների բարդացած ձևերի որոշման չափանիշները:

²⁰ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենք, հոդված 11

²¹ ՀՀ կառավարության 2001թ. դեկտեմբերի 27-ի թիվ 1286 որոշում

1.3 Սոցիալական ցուցման հիման վրա անվճար և արտոնյալ պայմաններով տրամադրվող բուժօգնության հետ կապված խնդիրները

Թիվ 318-Ն որոշմամբ սահմանվել է բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկը, որին պատկանող անձինք, *անկախ* հիվանդության տեսակից, իրավունք ունեն ստանալ անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում (ընտանեկան նպաստի համակարգում ընդգրկված 30 և ավելի բարձր անապահովության միավոր ունեցող նպաստառուներ, 1-ին, 2-րդ և 3-րդ խմբերի հաշմանդամություն ունեցող անձինք, Հայրենական մեծ պատերազմի մասնակիցներ և նրանց հավասարեցված անձինք, վերարտադրողականության տարիքի կանայք՝ հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանում, մինչև 7 տարեկան երեխաներ, միաժող երեխաներ՝ մինչև 18 տարեկան և այլն)²²:

ՀՀ առողջապահության նախարարի թիվ 71-Ն հրամանով հաստատված չափորոշիչի համաձայն՝ պետությունը երաշխավորում է անվճար հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց համար և ներառում է հիվանդանոցային պայմաններում հետազոտությունը և բուժումը՝ *անկախ ախտորոշումից*, բացառությամբ նորագույն և թանկարժեք տեխնոլոգիաների կիրառմամբ մատուցվող բժշկական ծառայությունների²³:

Այնուամենայնիվ, սույն ուսումնասիրության արդյունքում պարզ դարձավ, որ այս խմբում ընդգրկված անձանց համար դեռևս ամբողջ ծավալով մատչելի չէ պետական պատվերով բժշկական օգնությունը: Մասնավորապես.

1. Առկա պետական ֆինանսավորման ծավալները չեն բավականացնում սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկում ներառված անձանց անհրաժեշտ և որակյալ բուժօգնություն տրամադրելու համար: Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք ունեցող բնակչության սոցիալապես անապահով և առանձին /հատուկ/ խմբերի ցանկը, մի կողմից, հավասարաչափ չի արտահայտում դրանում ընդգրկված բոլոր քաղաքացիների կարիքավորության աստիճանը (օրինակ՝ 2-րդ կամ 3-րդ խմբի հաշմանդամները, որպես կանոն, աշխատելու հնարավորություն ունեցող քաղաքացիներ են և ինքնըստիսքյան պարտադիր չէ, որ համարվեն աղքատ՝ զուտ հաշմանդամ լինելու պատճառով), մյուս կողմից՝ այդ խմբերում ընդգրկված անձանց թվի տարեց տարի ավելացումն առաջին հերթին պետական միջոցների անբավարարության միտումներ է առաջացնում: Այդ ցանկերում ընդգրկված անձանց մեծ թվաքանակը, որը կազմում է ողջ բնակչության մոտ 30 տոկոսը, բյուջետային ֆինանսավորման սահմանափակ ծավալների պայմաններում բերում է նրան, որ պետպատվերի շրջանակում մատուցվող ծառայությունների գները հիմնականում սահմանվում են ավելի ցածր, քան իրական ծախսն է: Այսինքն՝ պետպատվերի շրջանակներում հիվանդանոցի կողմից որոշակի ծառայություններ մատուցելու համար պետության կողմից տրամադրվում է շատ ավելի քիչ գումար, քան այդ ծառայություններն իրականում արժեն, ինչը բացասաբար է ազդում թե՛ մատուցված ծառայությունների որակի և թե՛ մատչելիության վրա՝ արդյունքում ստեղծելով սովերային շրջանառություն և կոռուպցիոն ռիսկեր:

²² Թիվ 318-Ն որոշում, հավելված 1

²³ ՀՀ ԱՆ 18.11.2013թ. թիվ 71-Ն հրաման. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=95207>

2. Անվճար բուժօգնություն ստանալու իրավունք ունեցող սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկում ներառված անձանց դիմելիության թիվը տարեց տարի աճում է: Հարցման ենթարկված բժշկական կազմակերպությունների՝ հատկապես մարզային բժշկական կազմակերպությունների տնօրենների մեծամասնության պնդմամբ այդ թիվը գերազանցել է կատարված կանխատեսումները, հետևաբար նաև բժշկական կազմակերպությունների սահմանափակ բյուջեների վերոհիշյալ տողով նախատեսված գումարները: Դա պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ ընտանեկան նպաստի համակարգում անապահովության շեմը ներկայումս սահմանված է 30 միավոր՝ նախկինում սահմանված 36-ի, իսկ ավելի վաղ՝ 38-ի փոխարեն²⁴: Արդյունքում պետական միջոցները չեն բավականացնում բնակչության խոցելի բոլոր խմբերին պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն ցուցաբերելու համար, ուստի նրանցից շատերը հերթագրվում են՝ թիվ 318-Ն որոշման 4-րդ հավելվածով հաստատված հերթագրման կարգին համապատասխան (այսուհետ՝ հերթագրման կարգ): Իսկ ինչպես ցույց տվեց ուսումնասիրությունը, հերթագրման ժամկետները տատանվում են 2-ից 10-ը և ավելի ամիսների սահմաններում, ինչը նշանակում է, որ դեռևս մատչելի չէ ժամանակին և արդյունավետ բուժօգնություն ստանալը հատկապես այդ շրջանակի անձանց համար:

Պետք է նշել, որ հերթագրման կարգն իր հերթին պարունակում է թափանցիկությունը և օրինականությունը սահմանափակող դրույթներ և լայն դաշտ է բացում տարբեր կոռուպցիոն դրսևորումների համար: Մասնավորապես, հերթագրման կարգի համաձայն՝ անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման իրավունք ունեցող հերթագրված կամ հերթագրման ենթակա հիվանդի համար հերթագրման կարգից դուրս արտահերթ բուժօգնությունն իրականացվում է վճարովի սկզբունքով²⁵: Ակնհայտորեն նման իրավիճակը լայն հնարավորություններ է ստեղծում ինչպես ոչ պաշտոնական վճարումների, այնպես էլ հովանավորչական դրսևորումների առումով:

Հերթագրման հետ կապված կոռուպցիոն ռիսկերը այսքանով թերևս չեն սահմանափակվում, և դրանց ավելի մանրամասն անդրադարձ կկատարվի սույն զեկույցի հաջորդ գլուխներում:

3. Սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց անվճար տրամադրվող դեղորայքը բավարար արդյունավետ չէ: Հետազոտության շրջանակներում իրականացված հարցազրույցի արդյունքները ցույց տվեցին, որ սոցիալապես անապահով հատուկ խմբերում ընդգրկված անձինք հաճախ որակյալ դեղորայքը ստիպված են լինում ձեռք բերել սեփական միջոցներով:

Հարցազրույցի մասնակից հիվանդների մեծ մասը տառապում էր տարբեր խրոնիկ հիվանդություններով և նախկինում նույնպես բուժում էր ստացել ստացիոնար բժշկական կազմակերպություններում՝ քաջատեղյակ լինելով այն դեղատեսակներին, որոնք առավել արդյունավետ են ներգործում բուժման գործընթացում: Հենց այդ պատճառով էլ հաճախ այդ անձինք հրաժարվել են բժշկական կազմակերպության կողմից տրամադրված, ըստ իրենց, ոչ արդյունավետ որոշ դեղատեսակներից:

«Ես տարին 2 անգամ ներերակային կաթիլային եմ ընդունում, դրա մեջ մտնում է «Ակտովեգին» դեղը: Դա հիվանդանոցը չի տալիս, մենք ենք գնում, շատ թանկ դեղ է»:
(հիվանդ Գեղարթունիքի մարզից)

²⁴ՀՀ կառավարության 09.02. 2006թ. N 291-Ն որոշում. <http://www.artis.am/DocumentView.aspx?docid=23098>

և ՀՀ կառավարության 26.12.2013թ. N 1515-Ն որոշում. <http://www.artis.am/DocumentView.aspx?docid=88089>

²⁵ Թիվ 318-Ն որոշում, հավելված 4, կետ 10

Ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ Նշված խնդրի հիմնական պատճառներից մեկը այն է, որ բժշկական կազմակերպությունները երբեմն չեն կարողանում ձեռք բերել անհրաժեշտ տեսականու և ծավալի դեղորայք դրա համար նախատեսված ֆինանսական ոչ բավարար միջոցների պատճառով: Խնդիրը շարունակվում է նաև բնակչության սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց ստացիոնար բժշկական կազմակերպությունից դուրս գրվելուց հետո, երբ վերջիններս պետք է ներկայացնեն իրենց հիվանդության պատմագրի քաղվածքը (Եպիկրիզը) իրենց տարածքային պոլիկլինիկայում՝ հետագա դեղորայքային բուժումը անվճար կամ արտոնյալ սկզբունքով շարունակելու նպատակով՝ համաձայն ՀՀ առողջապահության նախարարի թիվ 74-Ն հրամանի²⁶:

Այդ առումով, ավագ և հենակետի բուժօգնությունների հետ հարցազրույցների արդյունքները ցույց տվեցին, որ պատմագրի քաղվածքում, որպես կանոն, ներառվում են միայն բուժման ժամանակահատվածում հիվանդանոցի դեղատանը առկա դեղատեսակները²⁷, իսկ հիվանդանոցային բուժման ընթացքում օգտագործված թանկարժեք և առավել արդյունավետ համարվող դեղորայքը հիվանդության պատմագրերում չի նշվում, որն էլ իր հերթին հիմք է հանդիսանում հետագայում կառավարության թիվ 1717-Ն որոշմամբ սահմանված խմբերին պատկանող հիվանդներին հասանելիք դեղերը անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով պոլիկլինիկայի կողմից հիվանդին չտրամադրելու համար²⁸: Նշված դեպքում հիվանդանոցային բժշկական կազմակերպությունից վերցված հիվանդության պատմագրի քաղվածքը (Եպիկրիզը) պոլիկլինիկայում հիվանդի համար հանդիսանում է անհրաժեշտ դեղորայք ստանալու միակ հիմքը/պահանջագիրը, որով պետք է ապահովվի հիվանդի հետագա շարունակական բուժումը և նոր նշանակումների կատարումն արդեն ամբուլատոր սկզբունքով, սակայն դա տեղի չի ունենում, քանի որ Եպիկրիզում Նշված չեն բոլոր անհրաժեշտ դեղերը: Հետևաբար՝ բնակչության խոցելի խմբին պատկանող հիվանդը անհրաժեշտ և իրեն հասանելիք ծավալի դեղորայքն ամբողջությամբ չի ստանում ոչ հիվանդանոցում և ոչ էլ պոլիկլինիկայում, և ստիպված է լինում դրանք ձեռք բերել սեփական միջոցների հաշվին՝ շուկայական գներով:

4. Որակյալ բուժօգնությունը բնակչության սոցիալապես անապահով խմբին պատկանող անձանց համար մատչելի չէ: Դրա մասին էին վկայում որոշ հիվանդների ղեգոհությունները՝ կապված իրենց անփոփոխելով բուժման ընթացքի կամ երբեմն էլ նրանց հիվանդության վիճակի բարդացման հետ: Տրամադրվող բուժօգնության որակը բնորոշող այնպիսի կարևոր ցուցանիշներ, ինչպիսիք են՝ կրկնակի վիրահատությունները կամ մեկ տարվա ընթացքում կրկնակի հոսպիտալացման դեպքերը, այսօր հիմնականում հսկողության չեն ենթարկվում և

«Երկու տարի առաջ Նույն հիվանդանոցում պառկել եմ և բուժվել վճարովի սկզբունքով և շատ գոհ եմ մնացել և՛ բուժօգնության որակից, և՛ վերաբերմունքից: Այս անգամ, երբ անվճար պետք է բուժվեի, շատ վատ վերաբերվեցին»:
(հիվանդ Երևանից)

²⁶ ՀՀ ԱՆ 27.01.2005թ. թիվ 74-Ն հրաման, Հավելված 1, կետ 4.2

<http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=52046>

²⁷ Այս խնդիրների որոշ մասը լուծում է ստացել «Դեղերի մասին» նոր օրենքում, որը 2016թ. մայիսի 17-ին ՀՀ ԱԺ կողմից ընդունվել է վերջնական խմբագրությամբ, սակայն դեռևս չի ստորագրվել և ուժի մեջ չի մտել՝ <http://parliament.am/register.php?ID=415#r6683>

²⁸ ՀՀ կառավարության 23.11.2006թ. թիվ 1717-Ն որոշում՝ <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=92732>

անգամ ընդհակառակը՝ նման դեպքերը հանդիսանում են ֆինանսավորման համար բավարար պայման և արդարացվում են բժշկական կազմակերպության ղեկավարության կողմից:

Հիշյալ խմբին պատկանող և պետական պատվերով բժշկական օգնություն ստացած հիվանդները հարցազրույցների ժամանակ համեմատություն էին անցկացնում նույն հիվանդությամբ մինչև հաշմանդամության կարգ ստանալը ոչ վաղ անցյալում ստացած *վճարովի* հիվանդանոցային բժշկական օգնության հետ: Նրանց խորը համոզմամբ՝ որակական տարբերություններն առավել քան ակնհայտ են և որակյալ բուժօգնությունը մեծ հաշվով ստացվել էր վճարովի սկզբունքով բուժօգնության ժամանակ:

Պետական պատվերով բուժում ստացած հիվանդները հայտնեցին նաև, որ հաճախ նրանք կամավոր ընտրել են վճարովի հիվանդասենյակներ տվյալ պահին անվճար հիվանդասենյակների առկայության պարագայում ոչ թե լրացուցիչ հարմարավետություն ապահովելու նպատակով, այլ անվճար հիվանդասենյակների սանիտարահիգիենիկ խիստ անբավարար պայմանների պատճառով:

Առաջարկություններ

- Բնակչության անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկում ընդգրկված բնակչության համար հատկացվող պետական ֆինանսավորման ծավալներն ավելացնել կամ նշված խմբերի ցանկում ընդգրկված բնակչության կատեգորիաները որոշել հատկացվող ֆինանսական միջոցներին համապատասխան՝ այս խմբում ներառված որոշ կատեգորիաների նկատմամբ կիրառելով համավճարի սկզբունքը: Միաժամանակ անվճար բուժօգնություն ստանալու իրավունքի հիմքում դնել անապահովության ցուցանիշը:
- Վերահսկել, որպեսզի հիվանդության պատմագրերում նշվեն բժիշկների կողմից դեղորայքային նշանակումների ամբողջ ծավալը՝ անկախ այն հանգամանքից, թե տվյալ դեղատեսակը առկա է բժշկական կազմակերպությունում կամ ձեռք է բերվելու հիվանդի կողմից:
- Դուրսգրվող հիվանդների համար նախատեսել տրամադրվող բուժսպասարկումից բավարարվածության ստուգման օբյեկտիվ մեխանիզմներ (գաղտնի և անանուն գնահատում), որոնց արդյունքները կարող են դառնալ տվյալ բժշկական կազմակերպության հետ ՊԱԳ-ի կողմից կնքվող պայմանագրերի վերանայման հիմք: Օբյեկտիվությունը ապահովելու նպատակով կարելի է դիտարկել օրինակ հասարակական կազմակերպություններին այդ գործընթացներում ներգրավելու հնարավորությունը (follow-up survey):

1.4 Անվճար և արտոնյալ հիվանդանոցային բժշկական օգնության համար անհրաժեշտ միջոցների հետ կապված խնդիրները

Թիվ 318-Ն որոշմամբ, իսկ հետագայում նաև ՀՀ Առողջապահության նախարարի թիվ 71-Ն հրամանով, սահմանված է պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային բուժման համար անհրաժեշտ միջոցների ամբողջ ծավալը²⁹: Համաձայն

²⁹ ՀՀ ԱՆ 18.11.2013թ. թիվ 71-Ն հրաման, հավելված, կետ 7. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=95207>

դրանց՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնությունը և սպասարկումն ընդգրկում է բուժման համար անհրաժեշտ միջոցների **ամբողջ ծավալը**, մասնավորապես՝

- հիվանդին հիվանդասենյակով ապահովումը,
- մասնագիտացված խորհրդատվությունները,
- լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունները,
- վիրահատությունները,
- վիրահատական և ֆիզսոդ միջոցները,
- բուժական միջամտությունները,
- դեղերով ապահովումը,
- թթվածնի և բժշկության մեջ կիրառվող այլ գազերի օգտագործումը,
- ֆիզիոթերապևտիկ բուժումը, հիվանդի խնամքի ապահովումը միջին և կրտսեր բուժական անձնակազմի կողմից,
- այլ անհրաժեշտ բժշկական և հարբժշկական ծառայությունները:

Այն դեպքերում, երբ հիվանդանոցային բժշկական կազմակերպություններում բացակայում են հիվանդի բուժման կազմակերպման համար անհրաժեշտ մասնագիտական խորհրդատվությունների, լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների անցկացման հնարավորությունները, ապա բուժօգնությունն իրականացնող բժշկական կազմակերպությունը նշված միջոցառումները կազմակերպում և ապահովում է այլ բժշկական կազմակերպություններում պայմանագրային հիմունքներով՝ կատարելով փոխհատուցում հիվանդի բուժման համար հատկացվող համապատասխան գումարներից:

Այսինքն, նույնիսկ արտոնյալ պայմաններով տրամադրվող բուժօգնության դեպքում համավճարով հիվանդը պետք է վճարի բուժման համար բոլոր ծախսերը և բուժման ընթացքում լրացուցիչ որևէ այլ ծախս չպետք է իրականացնի: Արդյունքում՝ արտոնյալ սկզբունքով /համավճարով/ բուժում ստացող հիվանդը պետք է ստանա այն նույն ծավալի բուժօգնությունը, ինչ նախատեսված է պետության կողմից երաշխավորված ամբողջությամբ անվճար բուժօգնության համար: Հետևաբար, անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բուժման համար անհրաժեշտ միջոցների **ամբողջ** ծավալը չտրամադրելը կամ այն տրամադրելու նպատակով թեկուզ պաշտոնական (որի դիմաց տրվել է դրամարկղի կտրոն) վճարումները օրինական չեն և իրենց մեջ կրում են կոռուպցիոն ռիսկեր:

1.4.1 Դեղերով ապահովում

Ինչպես արդեն նշվել է, առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում ոչ միայն ամբողջությամբ կամ մասնակի փոխհատուցվում է քաղաքացիներին տրամադրվող բժշկական ծառայությունների, այլ նաև դեղերի և բժշկական պարագաների արժեքը: Այդ առումով թիվ 318-Ն որոշմամբ սահմանված է, որ հիվանդանոցային բուժման դեպքում մեկ օրվա միջին ծախսերի հաշվարկն արտացոլվում է՝ «աշխատավարձ, դեղեր և բժշկական պարագաներ, լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտություններ, սնունդ, կոմունալ և տնտեսական ծախսեր» դասակարգմամբ³⁰:

ՀՀ կառավարության այս քաղաքականությունն ընկած է նաև բժշկական կազմակերպությունների կողմից պետպատվերի շրջանակներում բուժօգնության տրամադրման պայմանագրերի հիմքում, ընդ որում՝ անվճար և արտոնյալ բուժօգնության գներում նախատեսված վերոհիշյալ ծախսերը լիարժեք չկատարելու դեպքում բժշկական

³⁰ 318-Ն որոշում, հավելված 2, կետ 27

կազմակերպության նկատմամբ կարող են կիրառվել ֆինանսական պատասխանատվության միջոցներ³¹:

Դրանց վերաբերյալ դրույթները տեղ են գտել ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով հաստատված՝ ՀՀ ԱՆ և բժշկական կազմակերպությունների միջև կնքվող՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների մատուցման մասին օրինակելի պայմանագրերի հավելված կազմող ծառայությունների մատուցման պայմաններում³²: Պայմանագրերի համաձայն՝ հիվանդանոցային բժշկական կազմակերպությունը պարտավորվում է հիվանդի բուժման համար անհրաժեշտ բոլոր դեղամիջոցները և բժշկական պարագաները ապահովել բժշկական կազմակերպության միջոցների հաշվին: Ընդ որում, սահմանված է, որ դեղերի օգտագործումը *հիվանդի կողմից ձեռք բերված դեղամիջոցներով թույլատրել և կազմակերպել առանձին դեպքերում, հիվանդի համաձայնությամբ, բուժօգնության ղեկավարի թույլատվությամբ և հիվանդության պատմագրում ձևակերպված հիմնավորվածությամբ*: Այս պայմանները խախտելու դեպքում նախատեսված է պատասխանատվություն՝ կա՛մ փոխհատուցվող արժեքի որոշակի նվազեցումների տեսքով, կա՛մ ՊԱԳ-ի կողմից փոխհատուցումն ընդհանրապես չընդունելու ձևով:

Սակայն, ինչպես ցույց տվեց ուսումնասիրությունը, դեղորայքային ապահովման գործընթացներում ևս առկա են մի շարք խնդիրներ: Մասնավորապես.

1. Դեղորայքային բուժման օպտիմալ սխեմաները պաշտոնապես հաստատված չեն, ինչի պատճառով հնարավոր չէ հաշվել պետպատվերի շրջանակներում բուժվող հիվանդի բուժման իրական արժեքը՝ փոխհատուցելու նպատակով: Բացակայում են նաև բժշկատնտեսագիտական չափորոշիչները, ինչը հնարավորություն չի տալիս առողջապահության բյուջեն առավել մեծ չափերով հաստատել՝ նկատի ունենալով, որ եթե հիվանդի բուժման փաստացի արժեքը՝ ներառյալ դեղորայքային բուժման համար անհրաժեշտ ծախսը, իրական հաշվարկվեր, ապա ֆինանսավորման անհրաժեշտ ծավալը կլիներ հաշվարկված և հիմնավոր:

2. Բժշկական կազմակերպությունները երբեմն չեն կարողանում ձեռք բերել անհրաժեշտ տեսակի դեղորայք: Ստացվում է, որ հիվանդանոցը չի պարտավորվում բուժումն իրականացնելու համար հիվանդին առավել որակյալ դեղորայք տրամադրել: Նման դեպքերում բժշկի բանավոր ցուցումով և ուղղորդմամբ հիվանդն ինքն է ձեռք բերում անհրաժեշտ դեղորայքը, ինչի արդյունքում ձևավորվում են լուրջ կոռուպցիոն ռիսկեր՝ անօրինական վճարների գանձում հիվանդից, թանկարժեք կամ դժվարամատչելի դեղերի (այդ թվում չգրանցված) տրամադրում հովանավորչության միջոցով կամ

«Դեղորայքը հաճախ ձեռք է բերվում հիվանդների կողմից, երբ հիվանդանոցում բացակայում է նշանակված դեղատեսակը կամ եթե անհրաժեշտ է առավել էֆեկտիվ դեղատեսակ և այն հնարավոր չէ ձեռք բերել գնումների միջոցով»:

(Բժիշկ Գեղարթունիքի մարզից)

³¹ ՀՀ կառավարության 29.05.2013թ. թիվ 21 արձանագրային որոշում, հավելված, կետ 36, ենթակետ 6.

<http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=84947>

³² ՀՀ ԱՆ 06.02.2013թ. 212-Ա հրաման. http://www.moh.am/karavar/PAG/Paymanagir_BK_2013.pdf և

ՀՀ ԱՆ 17.02.2014թ. թիվ 278-Ա հրաման. https://sha.am/files/Paymanagreri_orinak_dzevar/Hivandanocain_2014.pdf

դեղամիջոցներ ներմուծող կազմակերպություններից դեղորայքի գնում կատարելու շահադիտական ուղղորդում կատարվող վաճառքից կոնկրետ տոկոս ստանալու ակնկալիքով (ատկատ):

3. Դեղերի անհրաժեշտ տեսականու ձեռք բերմանը խոչընդոտում է մրցութային սկզբունքով դեղորայքի գնումները միայն ծախսարդյունավետության տեսանկյունից իրականացնելը: Այսինքն, հաշվի չի առնվում դեղորայքի որակական կողմը և ծագումնաբանական գործոնը՝ սահմանափակելով մրցութային հայտերում կոնկրետ ընկերությունների անվանումները նշելու խիստ կարևոր հնարավորությունը: Այսպես, ՀՀ առողջապահության նախարարի թիվ 1391-Ա հրամանի համաձայն՝ դեղերի ձեռք բերման ընթացքում բուժական արդյունավետության հավասար պայմանների դեպքում նախապատվությունը տրվում է ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից հաստատված բուժման ստանդարտ սխեմաներում ընդգրկված, տվյալ պահին ավելի ցածր շուկայական գին ունեցող հայրենական արտադրության դեղերին³³: Նման պայմաններում մրցութային կարգով անհրաժեշտ քանակի և որակի դեղորայքի տեսականու ձեռք բերումը գրեթե անհնար է դառնում առաջացնելով կոռուպցիոն ռիսկեր:

Այս մասին նշված է նաև Մարդու իրավունքների պաշտպանի 2015թ. տարեկան հաղորդման մեջ. «Պետության կարիքների համար անհրաժեշտ դեղերը ձեռք են բերվում պետական գնումների ընթացակարգով, որի ժամանակ մրցութային հաղթում է, ի թիվս այլ պահանջների, նվազագույն գին ներկայացրած հայտը: Նշված գործընթացի արդյունքում պետական գնումների մրցութներով ձեռքբերվող դեղորայքի որակի պահանջը հաճախ ստորադասվել է առավել ցածր գնի պահանջին, ինչի հետևանքով մի շարք դեպքերում ձեռքբերված դեղորայքի որակը պատշաճ չի եղել: Մասնավորապես, իրականացված ուսումնասիրության շրջանակներում բազմաթիվ բուժաշխատողներ նշել են, որ պետական գնումների գործընթացի թերությունների արդյունքում ծննդատները, որպես կանոն, ստանում են ամենաեժան դեղամիջոցները, ինչն օբյեկտիվորեն անհանգստություն է առաջացնում դրանց որակի կապակցությամբ: Մասնագետները նշել են նաև, որ մի շարք դեպքերում պետական գնումներով գնված դեղերը իրենց որակական հատկանիշներով բավարար չեն լինում, այդ իսկ պատճառով հենց բուժանձնակազմն է խորհուրդ տալիս հիվանդներին չօգտվել պետության կողմից անվճար տրամադրվող դեղերից»³⁴:

Հարցման ենթարկված հիվանդները ևս նշել են, որ դեղորայքը սեփական միջոցներով էին ձեռք բերել այն դեպքերում, երբ բուժման ընթացքում հիվանդանոցում նշանակված դեղորայքը չի եղել կամ անհրաժեշտ է եղել առավել արդյունավետ դեղորայք:

Ուսումնասիրությամբ պարզվեց, որ դուրս գրված հիվանդներից գրեթե բոլորը հիվանդանոցում գտնվելու ընթացքում անվճար ստացել են առաջին անհրաժեշտության

«Եղել է դեղ, որ ես եմ գնել, հիվանդանոցում չի եղել: Դա թանկարժեք դեղորայք է: Մեկ ամսույան արժեք 3000 դրամ: Հիվանդանոցում ինձ ասացին, որ այդ դեղը առկա չէ հիվանդանոցում, եթե կարող եմ ինքս բերեմ, քանի որ դա իմ առողջության համար ավելի լավ կլինի»:
(հիվանդ Երևանից)

³³ ՀՀ ԱՆ 28.12.2005թ. թիվ 1391-Ա հրաման, կարգի կետ 1.

<http://www.moh.am/pharm/8.HivandanocHashvarumdeger.doc>

³⁴ ՀՀ ՄԻՊ 2015թ. տարեկան հաղորդում.

http://www.ombuds.am/storage/files/library/pdf_5949209102_arm_Tarekan_haghordum_2016_Ombudsman.pdf

դեղորայք, ինչով հիմնականում ապահովված է եղել բժշկական կազմակերպությունը, իսկ հիմնական բուժող դեղերի զգալի մասը դեղատներից ձեռք են բերել իրենք՝ հիվանդները: Օրինակ՝ շաքարախտով հիվանդներին, որոնց օրական նշանակվում էր 2 հաբ «Դիաբետոն» տեսակի դեղորայք, բուժմիավորումը ամսական տրամադրում էր միայն 30 հաբը, իսկ մնացածը ձեռք էր բերվում հիվանդների կողմից: Լինում են դեպքեր, երբ հիվանդի դուրս գրման օրը, երբեմն, նշանակվել են մեծաքանակ դեղատեսակներ, որոնք հիվանդները պետք է ձեռք բերեին արդեն տանը՝ բուժումն ավարտին հասցնելու նպատակով, ինչը, ինչպես արդեն նշել է, ծախսային մեծ ծանրաբեռնվածություն է առաջացնում պետպատվերով բուժում ստացած՝ հատկապես անապահով խմբին պատկանող հիվանդների համար:

4. Նշանակված դեղորայքն ամբողջ ծավալով տրամադրելու նկատմամբ չի իրականացվում բավարար վերահսկողություն: Չնայած, որ պայմանագրին կից «ծառայությունների մատուցման պայմաններով» սահմանվել են ֆինանսական պատժամիջոցներ նշանակված դեղորայքը ամբողջ ծավալով չտրամադրելու դեպքում, սակայն եղած վերահսկողությունը բավարար չէ նման դեպքերը բացահայտելու և այդ պատժամիջոցները կիրառելու համար: Մյուս կողմից էլ՝ ֆինանսական պատժամիջոցների վտանգը ստիպում է բուժաշխատողներին թաքցնել հիվանդների կողմից ձեռք բերվող դեղորայքի տեսականու և քանակի մասին ճշգրիտ տեղեկությունը: Ինչպես արդեն նշվեց, իրականացված ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ հիվանդանոցներում, հատկապես մարզային, բժիշկների կողմից հիվանդներին նշանակված դեղորայքի մի զգալի մասը դեռևս ձեռք են բերվում հիվանդների կողմից:

5. Բժիշկների կողմից նշանակված դեղորայքը հիվանդին հասցնելու գործընթացը թափանցիկ չէ: Այսպես, բժշկի կողմից հիվանդին նշանակված դեղորայքի տրամադրման գործառույթը իրականացվում է բաժանմունքի ավագ բուժքույրերի և հենակետի քույրերի կողմից: Ավագ բուժքույրերը, հիվանդության պատմագրերից կամ նշանակման թերթիկներից ծանոթանալով օրվա նշանակումներին, համապատասխան գրառումներ են կատարում դեղորայքի հաշվառման (ծախսի) մատյանում: Նշված գրառումների դիմաց դեղորայքի ծախսի փաստի մասին ստորագրում են հենակետի քույրերը, որոնք էլ դրանք հասցնում են հիվանդին³⁵: Սակայն ավագ բուժքույրերի հետ իրականացված ֆոկուս-խմբային աշխատանքներից պարզվեց, որ գրեթե բոլոր դեպքերում որպես ստացող ստորագրել են հենց իրենք՝ բաժանմունքի ավագ քույրերը, կամ դրանք ընդհանրապես չեն ստորագրվել: Նշված երևույթը բնականաբար հարցականի տակ է դնում ավագ քույրերի կողմից մատյաններով դուրս գրված դեղորայքը հիվանդին հասցնելու օրինականությունը՝ առաջացնելով ավագ քույրերի և հենակետի քույրերի կողմից նշանակված դեղորայքի չտրամադրում հիվանդին և դրանց հետագա յուրացում:

Առաջարկություններ

- Ուսումնասիրել ներկայումս բժիշկների կողմից պրակտիկայում կիրառվող ժամանակակից բուժման օպտիմալ սխեմաները և դրանք հաստատել ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով:
- Վերանայել պետության կարիքների համար ձեռքբերվող դեղերի գնումների գործընթացը կարգավորող օրենսդրությունը: Մասնավորապես՝ դեղորայքային բուժման օպտիմալ սխեմաներին համապատասխան՝ ստեղծել մրցութային

³⁵ ՀՀ ԱՆ 28.12.2005թ. թիվ 1391-Ա հրամանի կարգ, կետ 10. <http://www.moh.am/pharm/8.HivandanocHashvarumdeger.doc>

սկզբունքով դեղորայքի գնումներն իրականացնելիս առաջնահերթությունը դեղորայքի որակական հատկանիշներին տալու հնարավորություն:

- Վերանայել ներհիվանդանոցային դեղաշրջանառությունը կարգավորող ՀՀ ԱՆ 28.12.2005թ-ի թիվ 1391-Ա հրամանով հաստատված կարգը՝ սահմանելով բժշկի կողմից նշանակված դեղորայքը հիվանդին հասցնելու հավաստիությունն ապահովող դրույթներ, ինչպես օրինակ, հիվանդի կամ նրա հարազատի ստորագրությամբ հաստատումը:

1.4.2 Բժշկական հետազոտություններ

Ինչպես արդեն նշվեց, թիվ 318-Ն որոշմամբ սահմանված է, որ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ հիվանդանոցային բժշկական օգնությունը և սպասարկումն ընդգրկում է բուժման համար անհրաժեշտ միջոցների ամբողջ ծավալը, այդ թվում՝ տարբեր *հետազոտություններ*: Սակայն այս ոլորտում ևս առկա են որոշակի խնդիրներ: Մասնավորապես.

1. Դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների տրամադրման կարգի պահանջները հիմնականում խախտվում են: Այսպես, ՀՀ ԱՆ թիվ 53-Ն հրամանով հաստատվել է բնակչությանը պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների տրամադրման չափորոշիչը, համաձայն որի՝ սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերի ցանկում ընդգրկված անձանց հատուկ և դժվարամատչելի հետազոտությունների (ցանկը սահմանված է նույն հրամանով) անհրաժեշտության դեպքում ուղեգրումներն իրականացվում են այն բժշկական կազմակերպության տնօրենի կողմից, որտեղ բուժվում է հիվանդը³⁶: Իսկ սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերի ցանկում չընդգրկված անձանց անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հատուկ և դժվարամատչելի հետազոտությունների անհրաժեշտության դեպքում բժշկական ցուցումների առկայության դեպքում բժշկ-մասնագետների կողմից տրված եզրակացության հիման վրա ուղեգրումը իրականացնում է բժշկական կազմակերպություններն ուղեգրող կենտրոնական մշտական գործող հանձնաժողովը՝ ՀՀ առողջապահության նախարարի կողմից հաստատված հրամանին համապատասխան³⁷: Ուղեգրումներն իրականացվում են դեպի այն բժշկական կազմակերպությունները, որոնց հետ ՀՀ առողջապահության նախարարությունը կնքել է պայմանագիր՝ այդ հետազոտությունները պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման

«Բժիշկը բանավոր ասաց՝ պիտի գնաս Երևան, այստեղի բուժումը օգուտ չի տա: Բայց Երևան գնալու համար փող պետք է ունենաս»:

(հիվանդ Գեղարթունիքի մարզից)

«Այն հիվանդանոցը, ուր որ ես էի դիմել, ոչ մի սարքավորում չուներ, մենակ սրտի կարդիոգրամա է արվել, մնացածն արվեց մեկ այլ տեղ, ուր մենք գնացինք առանց ուղեգրի, պարզապես բուժող բժշկի խորհրդով, որ ռենտգեն անեն: Արեցին և հայտնաբերեցին, որ թոքաբորբ է եղել»:

(հիվանդ Գեղարթունիքի մարզից)

³⁶ ՀՀ ԱՆ 20.09.2013թ. թիվ 53-Ն հրաման, հավելված 1, կետ 3՝ <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=91947>

³⁷ ՀՀ ԱՆ 17.03.2014թ. թիվ 09-Ն հրաման՝ <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=97034>

շրջանակներում իրականացնելու համար:

Այս կապակցությամբ դուրս գրված հիվանդների հետ իրականացված հարցազրույցների արդյունքում պարզվեց, որ նշված կարգի պահանջները հիմնականում խախտվում են: Մասնավորապես՝ սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերի ցանկում ընդգրկված անձանց հատուկ և դժվարամատչելի հետազոտությունների անհրաժեշտության դեպքում հատկապես մարզային բժշկական կազմակերպությունները ցուցված հետազոտություններն իրականացնելու համար հաճախ ոչ թե ուղեգրում, այլ ուղղորդում են համապատասխան բժշկական կազմակերպություններ, ինչը պետության կողմից ֆինանսական փոխհատուցման հիմք չէ:

Արդյունքում թանկարժեք հետազոտությունները իրականացվում են վճարովի սկզբունքով: Որոշ հիվանդներ նույնիսկ ներկայացրել էին իրենց անապահովությունը հավաստող փաստաթղթեր, սակայն հասկանալի է, որ առանց գրավոր ուղեգրի առկայության, որի հիման վրա պետք է այդ ծառայությունների դիմաց ֆինանսական փոխհատուցում ստանար հետազոտությունն իրականացնող բժշկական կազմակերպությունը, այն անվճար սկզբունքով չէր կարող իրականացվել: Հիվանդները հատկապես նշում էին այնպիսի հետազոտություններ, ինչպիսիք են «դուալեքս» տեսակի հետազոտությունը, «կոմայուտերային տոմոգրաֆիա»-ն և «մագնիտոռեզոնանսային տոմոգրաֆիա»-ն, որոնց համար վճարելը ավելորդ լրացուցիչ ծախսային բեռ էր անապահովության խմբում ընդգրկված հիվանդների համար: Հարցման արդյունքում պարզվեց նաև, որ բացառություն չեն դեպքերը, երբ մարզային հիվանդանոցներում բուժում ստացող հիվանդներին անհրաժեշտ հետազոտություններն իրականացնելու համար բուժաշխատողները բանավոր կարգով ուղարկում են այլ բժշկական կազմակերպություններ, սակայն անվճարունակության պատճառով հիվանդները չեն անցնում այդ հետազոտությունները:

Ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ որոշ (հատկապես մարզային) բժշկական կազմակերպություններում սարքավորումների անսարքությունը կամ բացակայությունն է պատճառը, որպեսզի պետական պատվերով քաղաքացիների բուժման ընթացքում ամբողջ ծավալով հետազոտություններ չիրականացվեն: Զանի որ ներկայումս բացակայում են լաբորատորիաների համար սահմանված չափորոշիչները, ուստի դրա արդյունքում կարող են ստացվել լաբորատոր հետազոտությունների, փորձաքնությունների ոչ ճիշտ եզրակացություններ և արդյունքներ: Արդյունքում մի հետազոտությունը կարող է կրկնվել մի քանի անգամ, կամ հիվանդը առանց ուղեգրի ուղարկվում է այլ բժշկական կազմակերպություններ, ինչը հանգեցնում է ինչպես պետական, այնպես էլ հիվանդների կողմից կատարվող լրացուցիչ ֆինանսական ծախսերի:

Գործող չափորոշիչի համաձայն՝ բժշկական կազմակերպության տնօրենի կողմից ուղեգրումը հնարավոր է միայն այն դեպքում, երբ հիվանդը ստացիոնար բուժման մեջ է: Հատուկ և դժվարամատչելի հետազոտությունների իրականացման համար հիվանդը հիմնականում վճարում է մինչև, առանց բժշկական կազմակերպության տնօրենի ուղեգրի, պետական պատվերով հիվանդության պատմագրի բացումը: Միաժամանակ, հիվանդին ինչ-որ կոնկրետ բժշկական կազմակերպություն ուղղորդելը՝ բացառապես այդ կազմակերպության և ուղարկող բժշկի միջև գործնական հարաբերությունների հիմքով, խախտում է հիվանդի ազատ ընտրության իրավունքը, քանի որ նա ունի գոյություն ունեցող բոլոր հնարավորություններն իմանալու և համապատասխան տեղեկատվության հիման վրա իր սեփական ընտրությունը կատարելու իրավունք, ինչը սահմանված է նաև մի շարք

միջազգային փաստաթղթերով, այդ թվում՝ «Հիվանդների իրավունքների պաշտպանության մասին» Եվրոպական կոնվենցիայով³⁸:

2. Գործիքային հետազոտությունների կատարման համար հաճախ պետպատվերով բուժվող հիվանդները մի բժշկական կազմակերպությունից ուղարկվում են մեկ այլ բժշկական կազմակերպություն և վճարում այդ հետազոտությունների դիմաց: Մինչդեռ ՀՀ առողջապահության նախարարի թիվ 212-Ա և թիվ 278-Ա հրամաններով սահմանված է, որ անվճար բուժօգնություն ստացող քաղաքացու բուժման համար անհրաժեշտ լաբորատոր ախտորոշիչ և գործիքային հետազոտությունները պետք է իրականացնել ամբողջ ծավալով և անվճար³⁹: Նշված պարտավորությունն ամբողջովին կամ մասնակի վճարովի կատարելու դեպքում նախատեսվում է ֆինանսական տույժ և վճարված գումարի չափով պակասեցում կատարողականից: Սահմանված է, որ քաղաքացու բուժման համար անհրաժեշտ լաբորատոր-ախտորոշիչ և գործիքային հետազոտություններն ամբողջ ծավալով չիրականացնելու դեպքում կիրառվում է տույժ յուրաքանչյուր դեպքի համար 20.000 դրամի չափով:

Ինչպես բուժաշխատողների, այնպես էլ դուրս գրված հիվանդների հետ անցկացված հարցազրույցներից պարզվեց, որ պետպատվերով բուժման ընթացքում, բժշկի ցուցումով, որոշ հետազոտություններ, հաճախ՝ գործիքային, իրականացվում են այլ բժշկական կազմակերպություններում, սակայն նշված հետազոտությունների դիմաց փոխհատուցումը ուղեգրող բժշկական կազմակերպության կողմից չի իրականացվում, այլ հաճախ վճարվում է հիվանդների կողմից: Նման իրավիճակը կոռուպցիոն ռիսկեր է առաջացնում, մասնավորապես՝ բժիշկները շահադիտական ուղղորդումների արդյունքում ստանում են կամ ակնկալում են որոշակի գումար (ատկատ) ուղղորդվող տվյալ բժշկական կազմակերպություններից:

Երբեմն հետազոտություններն իրականացվում են այլ բժշկական կազմակերպություններում՝ չնայած դրանք տեղում իրականացնելու հզորությունների առկայությանը, և առանց ուղեգրման կամ հետագա ֆինանսական փոխհատուցման: Նման իրավիճակի պատճառներից է նաև առկա հզորությունների հնացած կամ անսարք լինելը կամ պարզապես տվյալ գործիքային հետազոտությունն իրականացնող որակյալ մասնագետի բացակայությունը, ինչը, թերևս, հաճախ է հանդիպում առավելապես մարզային բուժհաստատություններում: Մինչդեռ թիվ 71-Ն հրամանի պահանջները հստակ են. եթե հիվանդանոցային բժշկական կազմակերպությունում բացակայում են հիվանդի բուժման կազմակերպման համար անհրաժեշտ լաբորատոր գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների անցկացման հնարավորությունները, բժշկական կազմակերպությունը բուժման համար հատկացվող միջոցներից պայմանագրային հիմունքներով պետք է փոխհատուցում կատարի սպասարկումն իրականացրած բժշկական կազմակերպությանը⁴⁰:

Այս առումով հիշարժան է ՀՀ վերահսկիչ պալատի 2014թ. դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների գծով իրականացված վերահսկողության արդյունքները, որոնք ամփոփված են վերահսկիչ պալատի 2014թ. տարեկան զեկույցում: Վերահսկիչ պալատի կողմից համակարգչային և մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիայի հետազոտության

³⁸ European charter of patients' rights, 2002.

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf

³⁹ ՀՀ ԱՆ 17.02.2014թ. թիվ 278-Ա հրամանին կից ծառայությունների մատուցման պայմաններ, կետ 1.2.

https://sha.am/files/Paymanagreri_orinak_dzevar/Hivandanocain_2014.pdf

⁴⁰ ՀՀ ԱՆ 18.11.2013թ. թիվ 71-Ն հրաման, չափորոշիչ, կետ 8՝ <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=95207>

գործընթացի նկատմամբ իրականացված վերահսկողության հաշվետվության մեջ մասնավորապես նշվում է. «Ստուգմամբ արձանագրվել է, որ քաղաքացիների հերթագրումը կազմակերպվել է ստուգված կազմակերպությունների ղեկավարության բանավոր ցուցումներով՝ խախտելով թիվ 318-Ն որոշման պահանջները: Միաժամանակ խախտվել է ՀՀ առողջապահության նախարարի 2012թ. թիվ 161-Ա հրամանի 10-րդ կետի պահանջը՝ կապված ներհիվանդանոցային ուղեգրման կազմակերպման հետ: Հաշվետվություններում ներկայացված և փաստացի հետազոտված հատվածների քանակների միջև 5 դեպքում արձանագրվել է անհամապատասխանություն»⁴¹:

Վերոգրյալը վկայում է այն մասին, որ քաղաքացու բուժման համար անհրաժեշտ լաբորատոր ախտորոշիչ և գործիքային հետազոտությունների՝ ամբողջ ծավալով և անվճար իրականացման պարտավորությունը ամբողջովին կամ մասնակի վճարովի կատարելու դեպքում նախատեսված ֆինանսական տույժերը կամ չեն գանձվում, և վճարված գումարի չափով կատարողականի պակասեցումներ իրականում չեն կատարվում կամ կատարվելու դեպքում էլ բժշկական կազմակերպությունները շարունակում են խախտել պայմանագրերով սահմանված պահանջները՝ բնագավառի նկատմամբ անբավարար վերահսկողության արդյունքում: Հիշարժան է նաև, որ լաբորատոր ախտորոշիչ և գործիքային հետազոտությունների գծով, բացի վերահսկիչ պալատի կողմից իրականացված վերահսկողության, առողջապահության նախարարությունից դուրս որևէ այլ վերահսկողություն իրականացնող մարմին վերջին 3 տարիների ընթացքում ստուգումներ չի իրականացրել ոլորտի նկատմամբ (սրա մասին առավել մանրամասն տե՛ս զեկույցի 4-րդ գլխում):

Առաջարկություններ

- Ուժեղացնել հսկողությունը պետպատվերի շրջանակներում բուժվող հիվանդին մի բժշկական կազմակերպությունից մեկ այլ բժշկական կազմակերպություն՝ դժվարամատչելի հետազոտությունների ուղարկելու և այդ հետազոտությունները տրամադրելու նկատմամբ:

⁴¹ Վերահսկիչ պալատի 2014թ. տարեկան հաշվետվություն, 2.5 բաժին.
http://www.coc.am/files/year_reports/Arm_1_4_2015_15_0_47_qpzwqnhu.doc

Գլուխ 2. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորումը

2.1 Իրավական կարգավորումները

Առողջապահության համակարգի կարևոր բաղադրիչներից են ֆինանսավորման աղբյուրները, բժշկական օգնության և սպասարկման դիմաց փոխհատուցման գները և վճարման մեխանիզմները, այդ իրավահարաբերությունների պետական կարգավորման շրջանակները:

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

- ՀՀ պետական բյուջեից հատկացումները,
- ապահովագրական հատուցումները,
- քաղաքացիների անմիջական վճարումները,
- ՀՀ օրենսդրությամբ չարգելված այլ աղբյուրները⁴²:

Ներկայումս ՀՀ-ում առողջապահության ֆինանսավորման հիմնական աղբյուրներն են պետական բյուջեից կատարվող հատկացումները և քաղաքացիների կողմից կատարվող անմիջական վճարումները՝ համավճարի և վճարովի ծառայությունների տեսքով:

Այս առումով 318-Ն որոշմամբ սահմանվել է, որ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն իրականացվում է ամենամյա առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերին համապատասխան՝ ՀՀ պետական բյուջեի միջոցների հաշվին: 2015թ. առողջապահության ոլորտում պետության կողմից իրականացվող նպատակային ծրագրերն են՝

- 1) բնակչության հիգիենիկ և համաճարակային անվտանգության ապահովումը,
- 2) բնակչության առողջության առաջնային պահպանման ապահովումը,
- 3) մոր և մանկան առողջության պահպանման ապահովումը,
- 4) բնակչության սոցիալապես անապահով և առանձին /հատուկ/ խմբերում ընդգրկված անձանց բժշկական օգնության ապահովումը,
- 5) սոցիալական կախվածություն և հատուկ նշանակություն ունեցող հիվանդությունների բժշկական օգնության ապահովումը⁴³:

Նույն նպատակային ծրագրերը նախատեսված են նաև 2016թ. համար⁴⁴:

Այս ծրագրերը միասին իրենցից ներկայացնում են կառավարության կողմից պետական բյուջեի միջոցների հաշվին տրամադրվող ՀԾՓ:

Թիվ 318-Ն որոշման 2-րդ հավելվածով սահմանվել է անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ու ֆինանսավորման կարգը (այսուհետ՝ ֆինանսավորման կարգ):

⁴² Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենք, հոդված 25.

<http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=97782>

⁴³ ՀՀ կառավարության 25.09.2014թ. թիվ 40 արձանագրային որոշում, հավելված 1, կետ 1.

<http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=93345>

⁴⁴ ՀՀ կառավարության 01.10.2015թ. N 44 արձանագրային որոշում. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=100866>

Ֆինանսավորման կարգի համաձայն, ինչպես արդեն նշվել է, առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում քաղաքացիներին տրամադրված բժշկական ծառայությունների, դեղերի և բժշկական պարագաների արժեքը պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման դեպքում ՀՀ պետական բյուջեի միջոցների հաշվին փոխհատուցվում է ամբողջությամբ, իսկ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման դեպքում՝ մասնակի: Արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն իրականացվում է համավճարային սկզբունքով, որի դեպքում հիվանդը վճարում է միայն պատվիրատուի կողմից սահմանված գների և նույն ծառայությունների համար հաշվարկված իրական ծախսերի տարբերությունը, կամ հաստատագրված գումար: Հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորումն իրականացվում է «սահմանափակված բյուջեի» սկզբունքով՝ փաստացի հիվանդանոցի կողմից կատարված աշխատանքների դիմաց, սակայն ոչ ավելի, քան կազմակերպության և ՊԱԳ-ի միջև կնքված՝ ՀՀ պետական բյուջեի միջոցների հաշվին բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման ու փոխհատուցման մասին պայմանագրով սահմանված գումարը⁴⁵:

Այսպիսով՝ հիվանդանոցը կարող է պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բուժօգնություն տրամադրել, միայն եթե առկա է այդ բժշկական կազմակերպության և ՀՀ առողջապահության նախարարության միջև սահմանված կարգով կնքված պայմանագիր:

Բժշկական կազմակերպության ֆինանսավորումը ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով իրականացվում է պատվիրատուի կողմից՝ ՀՀ ֆինանսների նախարարություն ներկայացված հայտերի համաձայն: ՀՀ կառավարության կողմից հաստատված եռամսյակային համամասնությունների շրջանակներում կազմակերպությունների ֆինանսավորումն իրականացվում է կանխավճարային սկզբունքով: Հունվար և փետրվար ամիսներին կանխավճարային գումարը սահմանվում է հաստատված տարեկան պայմանագրային գումարի եռամսյակային համամասնության՝ մինչև 1/3-ի չափով, իսկ մարտ ամսվանից սկսած՝ փաստացի ներկայացված աշխատանքների ծավալի չափով: Պայմանագրային ժամանակահատվածի ընթացքում, նախարարի կողմից սահմանված կարգով, իրականացվում է ֆինանսավորման ճշտում՝ ելնելով կազմակերպությունների կողմից ներկայացված աշխատանքների ծավալներից⁴⁶:

2.2 Բյուջետային միջոցների արդյունավետ օգտագործման հետ կապված խնդիրները

Բյուջետային միջոցների արդյունավետ օգտագործման և դրա սահմաններում որակյալ և մատչելի բուժօգնություն մատուցելու հնարավորությունները երբեմն սահմանափակվում են մի շարք պատճառներով: Մասնավորապես.

1. ՀԾՓ-ում սոցիալական կախվածություն և հատուկ նշանակություն ունեցող հիվանդությունների ցանկը հստակ սահմանված չափանիշներ չունի: Սա ռիսկային է առաջին հերթին բյուջետային միջոցների սղության պայմաններում հատկացվող ֆինանսական միջոցների արդյունավետ օգտագործումն ապահովելու առումով (սրա մասին տե՛ս գլուխ 1, բաժին 1.2):

⁴⁵ Թիվ 318-Ն որոշում, Հավելված 2, կետ 4

⁴⁶ Թիվ 318-Ն որոշում, Հավելված 2, կետ 8

2. Անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք ունեցող բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկը թերի է: Ինչպես արդեն նշվել է, մի կողմից, այն հավասարաչափ չի արտացոլում դրանում ընդգրկված բոլոր քաղաքացիների կարիքավորության աստիճանը, մյուս կողմից՝ առկա է հստակ անհամապատասխանություն նշված կատեգորիայի բնակչության թվաքանակի անընդհատ աճի և պետության կողմից տրամադրվող միջոցների համեմատ: Նման իրավիճակում պետական բյուջեից առողջապահության ոլորտին հատկացվող սուղ միջոցները բավարար չեն, ինչը բերում է նրան, որ պետպատվերի շրջանակներում մատուցվող ծառայությունների գները հաճախ սահմանվում են իրական ծախսերի մակարդակից շատ ցածր: Ստեղծված իրավիճակում առաջանում են լուրջ կոռուպցիոն ռիսկեր՝ բացասաբար անդրադառնալով նաև մատուցված ծառայությունների որակի և մատչելիության վրա:

3. Բժշկական կազմակերպություններում առկա է հավելագրումների պրակտիկա: Ինչպես արդեն նշվել է, հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման և ֆինանսավորման հիմնական սկզբունքների հիմքում ընկած է *սահմանափակված բյուջեի* սկզբունքը: Դա նշանակում է, որ հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորումն իրականացվում է փաստացի կատարված աշխատանքների դիմաց, սակայն ոչ ավելի, քան կազմակերպության և ՊԱԳ-ի միջև կնքված՝ ՀՀ պետական բյուջեի միջոցների հաշվին բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման ու փոխհատուցման մասին պայմանագրով սահմանված գումարը⁴⁷: Չնայած սահմանափակ բյուջեի սկզբունքը կիրառվում է դեռևս 2000թ.-ից և ի սկզբանե ուղղված է եղել առաջին հերթին բժշկական կազմակերպություններում պարտքերի կուտակման և հավելագրումների գործընթացի կասեցմանը, այդուհանդերձ, խնդիրը դեռևս պատշաճ կերպով չի կարգավորվել:

Ուսումնասիրության արդյունքները ցույց տվեցին, որ այսօր էլ լրացուցիչ պետական ֆինանսավորում ստանալու ակնկալիքով պետական պատվերի սահմանափակ բյուջեն արհեստականորեն հաճախ ուռճացվում է բժշկական կազմակերպությունների կողմից, որը հետագայում հիմնավորելու նպատակով երբեմն տեղի են ունենում պետական պատվերի կատարողականի հավելագրումներ:

Այսինքն՝ բժշկական կազմակերպությունը հաստատված սահմանափակ բյուջեի մեծ ծավալները արդարացնելու համար ստիպված է ցույց տալ պետպատվերով բուժօգնության դեպքերի ավելի մեծ թվաքանակ, քան փաստացի եղել է: Իսկ մյուս կողմից, եթե որոշ բժշկական կազմակերպությունների համար բյուջեն անհրաժեշտ ծավալից ավելի է հաստատվում, այն պատճառ է հանդիսանում նույն չափով այլ բժշկական կազմակերպությունների բյուջեները հաստատել անհրաժեշտ ծավալներից պակաս: Եվ նկատի ունենալով, որ պայմանագրում նախապես սահմանվող տարեկան սահմանափակ բյուջեից ավելի բուժփիմարկը չի ֆինանսավորվում, պետության կողմից երաշխավորված և բժշկական կազմակերպությունների կողմից մատուցված բուժօգնության որոշ ծավալներ

«Եթե բժիշկը հիվանդին բուժել է և հիվանդանոցը դեղեր է օգտագործել, օրինակ՝ 7-10 օր, ներկայացնում ենք որպես ցերեկային ստացիոնարով բուժման դեպք, չնայած հիվանդը ցերեկային ստացիոնարում չի եղել»:
(մարզային բժշկական կազմակերպության տնօրինություն)

⁴⁷ Թիվ 318-Ն որոշում, Հավելված 2, կետ 4

մուտն են չփոխհատուցված, որի արդյունքում մշտապես առկա են լինում թերֆինանսավորման հետ կապված բոլոր ռիսկերը՝ ոչ պաշտոնական վճարումներ, մեծաքանակ հերթագրումներ, կրեդիտորական մեծ պարտքեր և դրանց հետ կապված տույժեր/տուգանքներ, դեդորայքի խրոնիկ չտրամադրման դեպքեր, հետազոտությունների իրականացում վճարի դիմաց և այլն:

Ֆինանսավորման կարգի համաձայն՝ պետական պատվերի պայմանագրային գումարները հաշվարկվում են՝ հիմք ընդունելով նախորդ տարվա փաստացի ցուցանիշները, որի ժամանակ պայմանագրային գումարներից ավելի կատարված և չֆինանսավորված ծավալները որպես նոր պայմանագրային գումարի հաշվարկման հիմք չեն ընդունվում⁴⁸: ՊԱԳ-ը նախորդ տարվա վերլուծության ժամանակ որպես «փաստացի կատարողական» ընդունում է բժշկական կազմակերպությունների կողմից կատարված միայն այն աշխատանքի ծավալները, որոնք իր կողմից արդեն ընդունվել են, իսկ շատ դեպքերում՝ պետպատվերի հիմքերի անգամ չլին անհամապատասխանության և թերությունների պատճառով տվյալ դեպքերը ոչ միայն չեն ֆինանսավորվում, այլև հաշվի չեն առնվում որպես փաստացի կատարողական՝ հաջորդ տարվա տվյալ բժշկական կազմակերպության սահմանափակ բյուջեն կազմելիս (ինչպես հաշվի չեն առնվում նաև սահմանափակ բյուջեից դուրս իրականացված բուժօգնության դեպքերը): Արդյունքում արհեստականորեն սահմանափակում են բժշկական կազմակերպության համար անհրաժեշտ ֆինանսական ծավալները, որովհետև ՊԱԳ-ի կողմից ընդունված «փաստացի կատարողականը» խիստ տարբերվում է կատարողականի իրական ծավալներից: Այն բուժօգնության դեպքերը, որոնք ինչ-ինչ պատճառներով չեն ընդունվել ՊԱԳ-ի կողմից և ֆինանսական փոխհատուցում չեն ստացել, հետագայում առաջացնում են բժշկական կազմակերպության համար լուրջ ֆինանսական խնդիրներ՝ տույժերի և տուգանքների ձևով:

Հիվանդի բուժման համար կատարված այն ծախսերը, որոնք որևէ աղբյուրից չեն ֆինանսավորվել (պետության, հիվանդի, բժշկական կազմակերպության զուտ շահույթի կամ այլ բարեգործական ճանապարհներով), և դեպքը ՊԱԳ-ի կողմից չի ընդունվել պետական պատվերով փոխհատուցման համար, ստուգումներ իրականացնող այլ մարմինների (օրինակ, հարկային ծառայության) կողմից դիտվում են որպես «թաքցված շահույթ», քանի որ եթե բուժումը պետական պատվերով չի փոխհատուցվել, ապա այն պետք է իրականացվեր վճարովի սկզբունքով:

Ուսումնասիրության արդյունքները ցույց տվեցին, որ գրեթե բոլոր բժշկական կազմակերպություններում առկա էին չփոխհատուցված բուժօգնության դեպքեր, որոնց մի

«Այս տարի առաջին անգամ ԱՆ աշխատակազմից զգուշացնող նամակ ենք ստացել, որ գերակատարումները հնարավոր է չֆինանսավորվեն և պետպատվերը իրականացնելիս պետք է շատ ուշադիր լինել»:

(բժշկական կազմակերպության տնօրինություն, ք. Երևան)

«Ես արդեն ունեմ գերակատարում, ռիսկի գոտին անցել եմ: Նախկինում էլ է եղել նման խնդիր, որի ժամանակ որոշակի փոխհատուցում եղել է, բայց ոչ ամբողջական: Նախկին տնօրենի ժամանակ ծախսի 50 տոկոսը մնացել է հիմնարկի վրա: Վճարովի ծառայությունների հաշվին ենք փակել: Այս տարի էլ ունենք գերակատարում մոտ 3 մլն դրամի չափով»:

(մարզային բժշկական կազմակերպության տնօրինություն)

⁴⁸ Թիվ 318-Ն որոշում, Հավելված 2, կետ 4, ենթակետ 4

մասը ՊԱԳ-ի կողմից չի ընդունվել պետական պատվերի հիմքերի անհամապատասխանության պատճառով, իսկ մյուս մասը՝ պետական պատվերի պայմանագրով նախատեսված սահմանափակ բյուջեի համար սահմանված ռիսկի գոտին (սահմանափակ բյուջեի 10%-ը⁴⁹) գերազանցելու պատճառով:

4. Բնակչության գրեթե նույն թվաքանակը սպասարկող տարբեր բժշկական կազմակերպություններ ստանում են տարբեր ծավալների պետական ֆինանսավորում: Եվ չնայած այն հանգամանքին, որ ֆինանսավորման կարգով նախատեսված է, որ Երևան քաղաքի և 33 մարզերի բժշկական կազմակերպություններում բնակչության համար պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններից օգտվելու հավասար պայմանների ապահովման նպատակով կազմակերպությունների պայմանագրային գումարների միջև առկա անհամամասնությունները պետք է աստիճանաբար վերացվեն, ներկայումս Երևանի և 33 մարզերի միջև հիվանդանոցային ծառայությունների ֆինանսավորումը շարունակվում է բաշխվել խիստ անհավասարաչափ: Դա բերում է մարզերից դեպի Երևան հիվանդների չհիմնավորված ուղեգրումների աճի, և դրա հետ կապված էլ խախտվում է առողջապահական բժշկական կազմակերպությունների տարածաշրջանային համաչափ զարգացումը: Նման իրավիճակը բացատրվում է հետևյալ պատճառներով.

- Զանի որ ինչպես բժշկի, այնպես էլ բժշկական կազմակերպության ընտրության իրավունքը վերապահված է քաղաքացուն 50, ապա հատկապես մարզային բնակչությունն իրենց առողջական խնդիրներով առավելապես դիմում կամ ուղեգրվում են դեպի Երևանյան կամ այլ քաղաքային բժշկական կազմակերպություններ՝ դրանով իսկ առաջացնելով լուրջ բարդություններ բժշկական կազմակերպությունների պայմանագրային գումարների հաշվարկման և պլանավորման գործընթացում: Սա անխուսափելիորեն բերում է որոշ բժշկական կազմակերպություններում նախատեսված սահմանափակ բյուջեի տարեկան սահմանափակների ինչպես գերակատարումների, այնպես էլ թերակատարումների: Արդյունքում երբեմն առաջանում են կոռուպցիոն ռիսկեր՝ պայմանավորված խրոնիկ թերֆինանսավորման հանգամանքով, ինչը սուր արտահայտված է հատկապես մարզային բժշկական կազմակերպություններում հիվանդների դիմելիության ցածր մակարդակի պատճառով: Ձևավորվել է լուրջ համակարգային խնդիր. մի կողմից՝ բժշկի և բժշկական կազմակերպության ազատ ընտրության հիվանդի իրավունքն է, մյուս կողմից՝ մարզային բժշկական կազմակերպությունների պահպանության հարցը (միակ ցուցանիշը, որի համար ֆինանսավորվում է բժշկական կազմակերպությունը, դուրս գրված հիվանդն է): Նման իրավիճակում յուրաքանչյուր տարվա վերջում կարիք է զգացվում կատարելու բյուջետային միջոցների որոշակի վերաբաշխումներ:

- Երևանում են գտնվում բավական մեծ թվով հանրապետական մասնագիտացված բուժփիմսարկներ, որոնք նախատեսված են ծառայություններ մատուցելու նաև մարզերի բնակիչներին: Մարզային բնակչության ապահովվածությունը հատկապես սրտաբաններով, ուռուցքաբաններով և ներզատաբաններով բավականին ցածր է. բոլոր մասնագիտություններով բժիշկների թափուր աշխատատեղերը հատկապես մեծաքանակ են հեռավոր մարզերում⁵¹: Երևանի և մարզերի միջև կադրային ներուժի բաշխվածության

⁴⁹ Թիվ 318-Ն որոշում, 3 ավելված 2, կետ 4, ենթակետ 5

⁵⁰ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» 33 օրենք, հոդված 5

⁵¹ «Առողջապահական համակարգի 2015-2020 թվականների զարգացման հայեցակարգին, հայեցակարգի կատարումն ապահովող միջոցառումների ծրագրին հավանություն տալու մասին» 33 կառավարության որոշման նախագիծ, գլուխ 4, <http://www.moh.am/OrengMshakum/naxagits16.doc>

անհավասարակշռության հիմնական պատճառներից են մարզերում ցածր աշխատավարձը, վատ աշխատանքային պայմանները, ժամանակակից սարքավորումներով բժշկական կազմակերպությունների թերհագեցվածությունը, կադրային ներուժի անպաշտպանվածությունը, ծանրաբեռնվածությունը, կրթության սահմանափակ հնարավորությունը, վերապատրաստման ֆինանսական անմատչելիությունը և այլն: Չկան մշակված և հաստատագրված մեխանիզմներ՝ ուղղված բուժաշխատողների՝ հատկապես սահմանամերձ և հեռավոր մարզերում աշխատող բժիշկների, խրախուսմանը, սոցիալական աջակցության բարձրացմանը⁵²:

Առաջարկություններ

- Մշակել և առողջապահության նախարարի հրամանով հաստատել հիվանդությունների և վիճակների՝ սոցիալական կախվածության և հատուկ նշանակության տեսանկյունից որոշման հստակ չափանիշներ:
- Բնակչության անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկում ընդգրկված բնակչության համար հատկացվող պետական ֆինանսավորման ծավալներն ավելացնել կամ նշված խմբերի ցանկում ընդգրկված բնակչության կատեգորիաները սահմանել հատկացվող ֆինանսական միջոցներին համապատասխան՝ այս խմբում ներառված որոշ կատեգորիաների նկատմամբ կիրառելով համավճարի սկզբունքը: Միաժամանակ անվճար բուժօգնություն ստանալու իրավունքի հիմքում դնել անապահովության ցուցանիշը:
- Մշակել և հաստատել մեխանիզմներ՝ ուղղված մարզային բուժաշխատողների խրախուսմանը, սոցիալական աջակցությանը և մասնագիտական աճին: Առանձնահատուկ ուշադրություն դարձնել մարզային բուժաշխատողների վերապատրաստման հետ կապված հարցերին՝ դրանց դիմաց վճարումը կատարելով պետբյուջեի միջոցներով:
- Զննարկել կլինիկական օրդինատորներին մարզերում որոշակի ժամանակով պարտադիր աշխատանքի նշանակելու օրենսդրական հնարավորության հարցը՝ սահմանելով նրանց համար որոշ արտոնություններ:

2.3 Հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման գների հետ կապված խնդիրները

Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման գները հաստատում է ՀՀ առողջապահության նախարարը՝ համաձայնեցնելով ՀՀ ֆինանսների նախարարի հետ, գների մշակման և այդ գործընթացի համակարգման նպատակով առողջապահության նախարարի կողմից ստեղծվող գնագոյացման մշտական գործող հանձնաժողովի կողմից ներկայացված առաջարկությունների հիման վրա: Գների վերաբերյալ առաջարկություններ ներկայացնելիս գնագոյացման հանձնաժողովի կողմից հիմք են ընդունվում նախարարի կողմից հաստատված բժշկատնտեսագիտական չափորոշիչները, իսկ դրանց բացակայության

⁵² «Հայաստանի Առողջապահության համակարգի զործունեության գնահատում», 2եկույց, 2012թ.
<http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=87886>

դեպքում՝ շահագրգիռ կազմակերպությունների և մարմինների ներկայացրած հաշվարկները և տվյալ ծառայությունների շուկայական գները⁵³:

Սակայն ներկայումս բացակայում են նախարարի կողմից հաստատված բժշկատնտեսագիտական չափորոշիչները, հետևաբար գնագոյացման հանձնաժողովն առաջնորդվում է միայն շահագրգիռ կազմակերպությունների և մարմինների կողմից ներկայացված հաշվարկներով և ծառայությունների միջին շուկայական գներով: Նման մոտեցումը բնականաբար ռիսկային է, քանի որ մինչ օրս միջին շուկայական գների հաշվարկման փորձեր կատարվել են, սակայն դրանք բոլորն էլ ձախողվել են, որովհետև իրական ծախսերը մշտապես թաքցվել են հարցվողների կողմից: Դրանք այն ծախսերն են, որոնք կապված են դեղորայքի, շենքային ընթացիկ կամ կապիտալ վերանորոգման հետ և այլն, որոնց մի մասը, երբեմն էլ՝ մեծ մասը, հոգում են բժշկական կազմակերպության ղեկավարությունը իրենց անձնական միջոցներից: Նման իրավիճակում բժշկական ծառայության շուկայական գների հաշվարկումը դառնում է գրեթե անհնար, իսկ իրական ծախսերը չարտացոլող ցանկացած հաշվարկ դատապարտված է ձախողման և իր մեջ կրում է կոռուպցիոն ռիսկեր:

Ֆինանսավորման կարգի համաձայն՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման գների՝ գնագոյացման հանձնաժողովին ներկայացվող հաշվարկը պետք է ներառի ծառայության որակյալ մատուցման համար անհրաժեշտ բոլոր ծախսերը՝ միաժամանակ հաշվի առնելով տվյալ ծառայությունը մատուցող բժշկական կազմակերպության ոչ վնասաբեր գործունեությունն ապահովելու անհրաժեշտությունը: Ինքնարժեքի կազմում արտացոլվում են աշխատանքի վարձատրությանն ուղղվող միջոցները, դեղերի, բժշկական նշանակության պարագաների և այլ նյութերի արժեքը, բժշկական սարքավորումների, շենքերի, շինությունների և այլ հիմնական միջոցների մաշվածքը (ամորտիզացիան), ինչպես նաև կոմունալ և վերադիր ծախսերը⁵⁴:

Հիվանդանոցային բաժանմունքներում միջին գները հաշվարկվում են՝ բյուջետային հայտերում տվյալ բաժանմունքում և (կամ) ծառայությունում բուժման մեկ օրվա միջին ծախսի և տվյալ բաժանմունքում և (կամ) ծառայությունում բուժման միջին տևողության արտադրյալով: Հիվանդանոցային առանձին հիվանդության տեսակների գները հաշվարկվում են բյուջետային հայտերում տվյալ բաժանմունքում և (կամ) ծառայությունում բուժման մեկ օրվա միջին ծախսի, հիվանդության տվյալ տեսակի բուժման տևողության և տվյալ հիվանդության բարդության գործակցի արտադրյալով: Առանձին հիվանդությունների գների հաշվարկման համար նախարարի կողմից սահմանված կարգով մշակվում և հաստատվում են բարդության գործակիցներ՝ հաշվի առնելով բուժանձնակազմի կողմից կատարվող աշխատանքների բարդությունը, դեղերի, բժշկական պարագաների և լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների ծախսերի մեծությունը⁵⁵:

Բժշկական օգնության և սպասարկման առանձին տեսակների և ծառայությունների գների հաշվարկման համար նույն ծառայությունների միջին ցուցանիշների նկատմամբ կիրառվող բարդության գործակիցները կարող են տատանվել 0,5 - 2,0 միջակայքում: Երբ առանձին հիվանդությունների բուժման մեկ օրվա միջին ծախսը կրկնակի պակաս կամ կրկնակի ավելի է տվյալ ծառայության միջին ծախսից, ապա տվյալ հիվանդության կամ

⁵³ Թիվ 318-Ն որոշում, հավելված 2, բաժին 3

⁵⁴ Տես նույն տեղում

⁵⁵ Տես նույն տեղում

հիվանդությունների խմբի համար հաշվարկվում է բուժման մեկ օրվա նոր միջին ծախս, և գները որոշվում են հաշվարկված միջին ծախսերի բուժման տևողության միջոցով⁵⁶:

Այդուհանդերձ, բուժման գների հաշվարկման հետ կապված առկա են որոշակի խնդիրներ: Մասնավորապես.

1. Գների հաշվարկման համար կիրառվող բարդության գործակիցները և համապատասխանաբար նաև բուժման գները հիմնավորված չեն: Բուժման գների տարբերակման վերը նշված մեխանիզմներն իրենց մեջ կրում են որոշ ռիսկեր, քանի որ բարդության գործակիցի մեծ կամ փոքր լինելու վրա ազդում են այնպիսի գործոններ, ինչպիսիք են բուժման տևողությունը, դեղերի և բժշկական պարագաների ծախսերը, հետազոտությունների ծախսերը և աշխատանքի բարդությունը: Զանի դեռ ներդրված չեն բժշկատնտեսագիտական չափորոշիչները և բացակայում են վերը թվարկված ծախսերի իրական հաշվարկները, որոշված չէ բուժման իրական տևողությունը, մշակված չեն բժշկի աշխատանքի բարդությունը որոշող չափանիշները, բարդության գործակիցները մնում են չհիմնավորված, և հետևաբար բուժման գները չեն կարող համարվել հիմնավորված:

2. Ըստ ավարտված դեպքի հիվանդանոցային ծառայությունների դիմաց փոխհատուցումը չի արտացոլում իրական ծախսերը: Այս մոտեցումը չի խթանում բժշկական կազմակերպության աշխատանքների արդյունավետ կազմակերպումը, քանի որ «ավարտված դեպքը» իր մեջ կրում է այնպիսի միջինացված ցուցանիշներ, ինչպիսիք են բուժման տևողությունը՝ մահճակալ/օրերի միջին թիվը, որը բազմապատկելով մեկ օրվա բուժման արժեքի հետ ստացվում է ավարտված դեպքի արժեքը: Այսինքն՝ նշված մեթոդով հաշվարկված գները, հիմքում չունենալով տնտեսագիտական սահմանված դասակարգում, իրենց կառուցվածքով համադրելի չեն թե՛ վճարովի բուժօգնության և թե՛ պետական պատվերով սահմանված այլ գների նկատմամբ: Հենց այդ պատճառով վճարովի ծառայությունների համար սահմանվող գները հաճախ ընդամենը նմանակում են պետպատվերի գները, այլ ոչ թե արտահայտում են իրական ծախսերի մակարդակը:

3. Պետական բյուջեից առողջապահության ոլորտին կատարված հատկացումները չեն համապատասխանում ՀԾՓ իրական ծավալներին: Վերջինս միշտ էլ ավելի ծավալուն է, քան պետական բյուջեի իրական հնարավորություններն են: Սա այն հիմնական պատճառն է, որի հետևանքով բժշկական օգնության և սպասարկման գները շատ դեպքերում չեն արտահայտում իրական ծախսերը և հող են նախապատրաստում ոչ պաշտոնական վճարումների համար: Իրական և հիմնավորված գների ստեղծման կարևոր նախապայմանը տնտեսագիտորեն հիմնավորված ինքնարժեքի հաշվարկն է, որը կարտացոլեր ծառայությունների մատուցման համար անհրաժեշտ ծախսերի իրական մակարդակը: Իսկ այսօր, թերևս, պետական պատվերով անվճար բուժօգնության համար սահմանվող գներն ուղղակիորեն կախված են առողջապահության բյուջեով նախատեսված ֆինանսավորման ծավալից և կանխատեսվող դեպքերի թվաքանակից:

4. Ամբողջությամբ անվճար բուժօգնության մատուցման ոլորտում առկա է ոչ պաշտոնական վճարների պրակտիկա: ՀՀ կառավարության 318-Ն որոշմամբ սահմանված համավճարի ներդրմամբ առողջապահական ծախսերի փոխհատուցման երկու աղբյուրների (պետություն և քաղաքացի) զուգակցումով հնարավորություն ստեղծվեց համավճարի սկզբունքով մատուցվող բուժօգնության ինքնարժեքը հնարավորինս մոտեցնել կատարվող ծախսերի իրական մակարդակին: Սակայն բնակչության սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերին մատուցվող՝ պետության կողմից երաշխավորված ամբողջությամբ

⁵⁶ Տես նույն տեղում

անվճար բժշկական օգնության համար սահմանված պետական գների նկատմամբ համավճար չի կիրառվում: Եվ երբ նշված պետական պատվերով բուժօգնության գների նկատմամբ դրանց աճը ապահովող կոնկրետ գործակիցներ չեն կիրառվում, ապա հաճախ առաջանում է ֆինանսական դեֆիցիտ՝ կատարվող առողջապահական ծախսերը պաշտոնապես փոխհատուցվելու առումով:

5. Մարզային բժշկական կազմակերպությունների համար սահմանված գները ցածր են որակյալ բուժօգնություն տրամադրելու համար: Գնային առկա տարբերակված քաղաքականության արդյունքում անգամ բարձր պետական պատվերով բուժօգնության կատարողական ապահովելու պարագայում ֆինանսավորումը չի բավականացնում, ինչի պատճառով տուժում է նաև ծառայության որակը: Արդյունքում մարզերից դեպի Երևան հիվանդների հոսքը շատանում է՝ առաջացնելով նաև ֆինանսական միջոցների հոսք: Ցածր գներն իրենց մեջ արդեն կրում են կոռուպցիոն ռիսկեր: Զբաղարարող ֆինանսական միջոցները մարզերում առաջացնում են նաև սահմանափակ բյուջեների ծավալները չհիմնավորված ավել հաստատելու ռիսկ, որը հետագայում պետք է ինչ-որ կերպ արդարացվի, ինչը հաճախ արվում է պետական պատվերով բուժօգնության փաստացի կատարողականի հավելագրումներ իրականացնելով:

Առաջարկություններ

- Մշակել և նախարարի հրամանով հաստատել տնտեսագիտորեն հիմնավորված և ծառայությունների իրական ծախսերից բխող բժշկատնտեսագիտական չափորոշիչներ:
- Ամբողջությամբ անվճար բժշկական օգնության համար սահմանված գների նկատմամբ յուրաքանչյուր տարվա համար կիրառել դրանց համապատասխան աճը ապահովող կոնկրետ գործակիցներ, որով կամբողջացվեն առողջապահական ծախսերը:
- ՀԾՓ-ի լիարժեք ֆինանսավորման համար ավելացնել պետական բյուջեով առողջապահական համակարգին տրամադրվող փաստացի ֆինանսավորումը:
- Բարձրացնել մարզային բժշկական կազմակերպությունների պետպատվերի շրջանակներում մատուցվող բուժօգնության գները՝ հնարավորինս հասցնելով Երևանի բժշկական կազմակերպությունների նույնատեսակ բուժօգնության գներին և մարզային բժշկական կազմակերպություններում ապահովելով որակյալ բուժօգնություն, բժշկական կադրեր և նպաստելով որակի բարձրացմանը:

2.4 Արտոնյալ պայմաններով տրամադրվող բժշկական ծառայությունների հետ կապված խնդիրները

Թիվ 318-Ն որոշման համաձայն՝ համավճարային սկզբունքի կիրառմամբ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հիվանդների բուժման համար պատվիրատուի կողմից սահմանված գների և կազմակերպության կողմից նույն ծառայության համար հաշվարկված իրական ծախսերի (համաձայնեցված ՀՀ առողջապահության նախարարության հետ) տարբերության չափն է, որը վճարվում է հիվանդի կողմից:

Համավճարը տարածվում է ՀՀ պետական բյուջեի առողջապահական ծրագրերի շրջանակներում փոխհատուցման ենթակա՝ ՀՀ առողջապահության նախարարության

կողմից հաստատված հիվանդությունների, վիճակների և հետազոտությունների վրա (տե՛ս գլուխ 1-ը): Համավճարի կիրառման դեպքում (բացառությամբ լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների) բժշկական կազմակերպության և հիվանդի միջև կնքվում է բժշկական ծառայությունների վճարովի մատուցման պայմանագիր, որում պարտադիր կարգով նշվում են պետության կողմից փոխհատուցվող և հիվանդի կողմից վճարվող գումարները: Համավճարը հիվանդի կամ նրա փոխարեն որևէ անձի կամ կազմակերպության կողմից մուծվում է կանխիկ (բժշկական կազմակերպության դրամարկ) կամ փոխանցվում է բժշկական կազմակերպության հաշվեհամարին: Հիվանդանոցային ծառայություններում բուժօգնության և սպասարկման գները և համավճարի չափը սահմանում է ՀՀ առողջապահության նախարարը՝ համաձայնեցնելով ՀՀ ֆինանսների նախարարի հետ⁵⁷:

Համավճարի հետ կապված նույնպես առկա են որոշակի խնդիրներ: Մասնավորապես.

1. Ինչպես որոշ հիվանդությունների, այնպես էլ նեղ մասնագիտացված բուժօգնության բոլոր ծառայությունների համար սահմանված՝ հիվանդի կողմից վճարվող համավճարի չափերը գերազանցում են պետական մասնաբաժինները: Ի տարբերություն մի շարք երկրների (Կանադա, Չեխիա, Իսպանիա, Մեծ Բրիտանիա, Նիդեռլանդներ, Բելգիա, Գերմանիա)՝ Հայաստանում համավճարի սահմանափակները հիմնված չեն պատշաճ հաշվարկների վրա և ոչ պաշտոնական վճարների կրճատմանը գրեթե չեն ծառայում:

Օրինակ՝ «խոռոչավոր օրգանների թափածակման» համար թե՛ ՀՀ մարզերում ընդհանուր պրոֆիլի ծառայություններ մատուցող, թե՛ Երևան քաղաքում ընդհանուր պրոֆիլի ծառայություններ մատուցող և թե՛ նեղ մասնագիտացված բուժօգնություն ցուցաբերող բժշկական կազմակերպությունների համար պետական պատվերով փոխհատուցման սահմանված չափը կազմում է 105.500 դրամ, իսկ նույն երեք մակարդակների բժշկական կազմակերպությունների համար սահմանված համավճարի չափը համապատասխանաբար կազմում է 50.000, 80.000 և 120.000 դրամ⁵⁸: Մի կողմից, համավճարի չափի նման տարբերակումը զուրկ է ծախսային հիմնավորվածությունից, իսկ մյուս կողմից՝ կարելի էր տարբերակել պետական պատվերով բուժօգնության համար սահմանված փոխհատուցման արժեքը՝ համավճարի չափը թողնելով հաստատուն: Այս դեպքում կչեզոքացվեին այն ռիսկերը, որոնք ձևավորվում են առավելապես սահմանված համավճարի բարձր չափերի կիրառման դեպքում, երբ հաճախ դրանք նույնիսկ գերազանցում են նույն հիվանդության վճարովի բուժման համար սահմանված սակագները: Արդյունքում ներկայումս հաճախ ստեղծվում է իրավիճակ, երբ պետական պատվերի շրջանակներում իր բուժումն իրականացնող հիվանդը չի կարողանում բժշկական կազմակերպության դրամարկում վճարել սահմանված բարձր համավճարները, բուժող բժիշկը լայն հնարավորություն է ունենում գործող համավճարների նկատմամբ տարբեր տոկոսաչափերով զեղչեր կիրառելու կամ վճարովի սկզբունքով բուժում առաջարկելու առումով:

Հետազոտության շրջանակներում հիվանդանոցային բուժում ստացած և դուրս գրված հիվանդների հետ իրականացված խորը հարցազրույցների արդյունքում պարզվեց, որ

⁵⁷ Թիվ 318-Ն որոշում, հավելված 3, կետեր 5-9

⁵⁸ ՀՀ մարզերում և ք. Երևանում «Անհետաձգելի բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրի շրջանակներում բուժօգնության տեսակների և ծառայությունների ընդհանուր գները.

https://sha.am/files/Iravakan_Akter/Hivandanocayin_Finansavorman&Vardzatman_Karg/Hamavchar/hamavchar%20yndhanur%20qin.pdf

հիվանդների ճնշող մեծամասնությունը ոչ միայն պատրաստակամ չեն վճարել սահմանված համավճարները, այլև ունեն կոնկրետ դժգոհություններ համավճարային համակարգի նկատմամբ: Չնայած թիվ 318-Ն որոշման համաձայն՝ համավճարի մուծումը կատարվում է ինչպես միանվագ, այնպես էլ՝ տարաժամկետ եղանակով, բայց ոչ ուշ, քան հիվանդի դուրսգրման օրը⁵⁹, սակայն այդ պայմանը նույնպես բավարար չի համարվում հիվանդների կողմից: Մասնավորապես՝ հաճախ բուժման տևողությունը հիմնականում չի գերազանցում 3-4 օրը, որը բավարար չէ համապատասխան գումարը հայթայթելու համար, իսկ սահմանված համավճարի չափերը հաճախ կարող են մի քանի անգամ գերազանցել մեր հանրապետությունում հաշվարկած միջին աշխատավարձի չափերը:

2. Հիվանդին համավճարից ազատելու կամ համապատասխան զեղչված համավճար կիրառելու գործընթացները թափանցիկ չեն: Թիվ 318-Ն որոշման համաձայն՝ առանձին դեպքերում, եթե հիվանդը հնարավորություն չունի իրականացնելու սահմանված չափով համավճար, ապա բժշկական կազմակերպության կողմից ստեղծված հանձնաժողովներն իրավունք ունեն որոշում ընդունելու (գրավոր արձանագրելով) այդ հիվանդին համավճարից ազատելու կամ համապատասխան զեղչված համավճար սահմանելու մասին⁶⁰:

Կոռուպցիոն ռիսկերի առումով խնդրահարույց է թվում վերը նշված «առանձին դեպքեր» եզրույթը, քանի որ պարզ չէ, թե որ դեպքերը կարող են համարվել առանձին, ինչպես է գնահատվում հիվանդի՝ հնարավորություն չունենալու փաստը, չկա համավճարից ազատման կամ զեղչման հատուկ կարգ՝ թույլատրելով յուրաքանչյուր առանձին դեպքում հայեցողական մոտեցում ցուցաբերելու լայն հնարավորություն: Այդ առումով ուսումնասիրության արդյունքները ցույց տվեցին, որ համավճարից ազատելը կամ համապատասխան զեղչերը կիրառվում են շատ հազվադեպ, չնայած այն հանգամանքին, որ թիվ 318-Ն որոշմամբ՝ տվյալ եռամսյակում համավճարից ստացված ընդհանուր գումարի մինչև 20 տոկոսի սահմանում անհրաժեշտության դեպքում կարելի է ինչպես հիվանդին ամբողջությամբ ազատել համավճարից, այնպես էլ կիրառել տարբեր զեղչեր սահմանված համավճարի նկատմամբ⁶¹: Հարցված հիվանդների պնդմամբ՝ բժշկական կազմակերպության համար սահմանված համավճարի չափը հարյուր տոկոսով վճարելուց հետո նրանք նորից վճարումներ են կատարել նույն բժշկական կազմակերպությունների գործիքային որոշ հետազոտությունների դիմաց՝ դրանց համար սահմանված արժեքի 50%-ի չափով:

3. Համավճարը հաճախ դառնում է բուժվող հիվանդների համար լրացուցիչ ծախսային բեռ՝ չազատելով ոչ պաշտոնական վճարումներից: Համավճարի ներդրմամբ ՀՀ կառավարությունն ի սկզբանե մտադրություն ուներ բժշկական օգնության և

«Ինձ մոտ ինսուլտ էր: Վճարել եմ 150 000 ու պալատի համար առանձին 1500 դրամ: Իսկ ռենտգենի ու ԿՏ-ի համար առանձին եմ վճարել, ասացին, որ դա էլ 50 տոկոս զեղչ է: ԿՏ-ի համար 30 000 ենք վճարել»:
(հիվանդ ք. Երևանից)

«Շտապ օգնություն կանչելուց հետո մենք ինքներս տարանք հիվանդին հիվանդանոց, հետազոտեցին և պահեցին հիվանդանոցում, քանի որ իր մոտ ինսուլտ էր: Մոտ 200000 դրամ վճարեցինք 10 օրվա համար: Բացի դրանից, վճարել ենք նաև մոտ 50000 հետազոտությունների համար»:
(հիվանդ ք. Երևանից)

⁵⁹ Թիվ 318-Ն որոշում, հավելված, կետ 10

⁶⁰ Թիվ 318-Ն որոշում, հավելված 3, կետ 11

⁶¹ Թիվ 318-Ն որոշում, Հավելված 3, կետ 12

սպասարկման ծառայությունների դիմաց ապահովել համարժեք փոխհատուցում, բացառել առողջապահական հաստատություններում առկա սովերային դրսևորումները, բժշկական օգնության և ծառայությունների դիմաց փոխհատուցման չափը մոտեցնել իրական ինքնարժեքին, ինչև, անշուշտ, կնպաստեր մատուցվող ծառայությունների որակի բարձրացմանը, ինչպես նաև հիվանդների ֆինանսական բեռի նվազմանը (որը ձևավորվում էր ծառայությունների դիմաց ոչ ֆորմալ վճարումների արդյունքում): Վերջինս արդյունավետ կլիներ բնակչության և բուժաշխատողների շրջանում համավճարային սկզբունքի վերաբերյալ համակողմանի և ընդգրկուն քարոզչական և կրթական լայնածավալ աշխատանքների իրականացման պայմաններում, որը, սակայն, տեղի չունեցավ: Արդյունքում շատ դեպքերում համավճարը, նպատակ ունենալով ուղղակի վճարումները մասնակի օրինականացնել, հաճախ վերածվեց բուժվող հիվանդների համար լրացուցիչ ծախսային բեռի:

Առաջարկություններ

- Վերանայել համավճարի ներկայիս կոնցեպտը՝ համավճարով բուժման ենթակա հիվանդությունների և վիճակների համար սահմանելով պետական մասնակցության հավասար մասնաբաժին՝ անկախ բժշկական կազմակերպության կողմից սահմանված գների:
- Մարզային, Երևան քաղաքի և նեղ մասնագիտացված բուժօգնության ծառայությունների համար կիրառել ոչ թե տարբերակված համավճարի չափ, այլ պետական պատվերով սահմանված բուժօգնության տարբերակված գներ՝ հաստատուն թողնելով քաղաքացու կողմից վճարվող համավճարի չափը:
- Սահմանել թիվ 318-Ն որոշման 3-րդ հավելվածի 11-րդ կետով նախատեսված «առանձին դեպքերում» ձևակերպման հստակ չափանիշներ, որոնց դեպքում համավճարից ազատելու կամ համապատասխան գեղչված համավճար սահմանելու իրավասություն ունեցող բժշկական կազմակերպության կողմից ստեղծվող հանձնաժողովների գործունեությունը կդառնա ավելի օբյեկտիվ, և հանձնաժողովը կկայացնի իրավիճակին համապատասխան որոշում:
- Ապահովել համավճարով մատուցվող ծառայությունների գնացուցակի տեղադրումը տվյալ բժշկական կազմակերպության մուտքի մոտ՝ տեսանելի վայրում, ինչպես նաև բժշկական կազմակերպությունների կայքերում:

2.5 Առողջապահական կազմակերպությունների և ՊԱԳ-ի միջև պայմանագրային հարաբերությունների հետ կապված խնդիրները

Ինչպես արդեն նշվել է, անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն իրականացվում է ամենամյա առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերին համապատասխան՝ ՀՀ պետական բյուջեի միջոցների հաշվին անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների ու պետական պատվեր տեղադրող մարմինների միջև բժշկական օգնության և սպասարկման աշխատանքների մասին կնքված տարեկան պայմանագրերի շրջանակներում: ՊԱԳ կանոնադրության համաձայն՝ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հիմնարկների ու կազմակերպությունների հետ պետական պատվերի շրջանակներում բնակչությանը բժշկական ծառայությունների մատուցման մասին

պայմանագրերի կնքման կազմակերպումը, դրանց համապատասխան փաստացի կատարված աշխատանքների վերաբերյալ հաշվետվությունների ամփոփումը և սահմանված կարգով ֆինանսական միջոցների հատկացման ապահովումն օրենսդրությամբ սահմանված կարգով իրականացնում է ՊԱԳ-ը⁶²:

Թիվ 318-Ն որոշմամբ սահմանվել է, որ ՀՀ պետական բյուջեից ֆինանսավորումն իրականացնող մարմնի և բժշկական կազմակերպությունների միջև կնքվող պայմանագրերի օրինակելի ձևերը հաստատվում են առողջապահության նախարարի հրամանով⁶³: Այդ պայմանագրերով սահմանվում է տարեկան այն գումարը, որից ավելի հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում փաստացի կատարված աշխատանքները չեն կարող ֆինանսավորվել:

Կազմակերպության ֆինանսավորումը ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով իրականացվում է պատվիրատուի կողմից՝ ՀՀ ֆինանսների նախարարություն ներկայացված հայտերի համաձայն՝ ՀՀ պետական բյուջեի կատարման եռամսյակային համամասնությամբ՝ կանխավճարային սկզբունքով: Հունվար և փետրվար ամիսներին կանխավճարային գումարը սահմանվում է հաստատված տարեկան պայմանագրային գումարի եռամսյակային համամասնության՝ մինչև 1/3-ի չափով, իսկ մարտ ամսից սկսած՝ փաստացի ներկայացված աշխատանքների ծավալի չափով: Պայմանագրային ժամանակահատվածի ընթացքում, նախարարի կողմից սահմանված կարգով, իրականացվում է ֆինանսավորման ճշտում՝ ելնելով կազմակերպությունների կողմից ներկայացված աշխատանքների ծավալներից: Բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների ֆինանսական վիճակից և կանխատեսվող ծախսերի կարևորությունից կախված՝ ՀՀ պետական բյուջեի «Առողջապահություն» բաժնում ներառված ծրագրերի կատարման՝ ՀՀ կառավարության կողմից սահմանված եռամսյակային համամասնությունների շրջանակներում պատվիրատուն առանձին կազմակերպությունների համար սահմանված կարգով հաշվարկված տարեկան պայմանագրային գումարների սահմաններում կարող է հաստատել ֆինանսավորման անհատական համամասնություններ⁶⁴:

ՊԱԳ-ի և բժշկական կազմակերպությունների միջև նշված պայմանագրային հարաբերություններում առկա են որոշակի խնդիրներ: Մասնավորապես.

1. Պետպատվերի շրջանակներում պետության կողմից ֆինանսական հատկացումները կատարվում են դիմելիության սեզոնային հոսքին ոչ համաչափ: Որոշ պրոֆիլների բժշկական կազմակերպություններ, օրինակ, վնասվածքաբանության, ինֆեկցիոն և այլն, ունեն հիվանդների սեզոնային հոսք, և դրա հետ կապված՝ պետական պատվերով բուժում ստանալու համար նշված բժշկական կազմակերպություններում հերթագրումների հիմնական կուտակումները տեղի են ունենում տարեվերջին և տարեսկզբին, երբ կանխավճարային գումարները չեն գերազանցում պայմանագրային գումարի եռամսյակային ծավալի 1/3 չափը: Ինչպես սեզոնային տարբեր հիվանդների հոսքեր ունեցող, այնպես էլ ցանկացած բժշկական կազմակերպություններում ֆինանսական սահմանափանակների ոչ համաչափ բաշխումը ստեղծում է կոռուպցիոն ռիսկերի ձևավորման նախապայմաններ:

⁶² ՀՀ կառավարության 15.08.2002թ. N 1301-Ն որոշման հավելված, կետ 8.

<http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=87386>

⁶³ Թիվ 318-Ն որոշում, կետ 4, ելքակետ 1

⁶⁴ Թիվ 318-Ն որոշում, հավելված 2, կետ 8

2. Հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորումն իրականացվում է սահմանափակված բյուջեի սկզբունքով՝ փաստացի կատարված աշխատանքների դիմաց, ինչը հետագայում առաջացնում է լուրջ ֆինանսական խնդիրներ բժշկական կազմակերպությունների համար: Այսպես, թիվ 212-Ա հրամանով հաստատվել է պետական առողջապահական գործակալության և բժշկական կազմակերպությունների միջև կնքվող անվճար հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների մատուցման մասին պայմանագրի օրինակելի ձևը, որում հստակորեն արտացոլված են ՀՀ կառավարության թիվ 318-Ն որոշման համապատասխան դրույթները՝ ֆինանսավորումն ըստ **փաստացի կատարված աշխատանքների**՝ պայմանագրով սահմանված ծավալների շրջանակներում: Միևնույն ժամանակ, նշված ծավալների մինչև 10% գերակատարումը համարվում է ռիսկի գոտի, որի դեպքում փոխհատուցումը կատարվում է պայմանագրային գումարի չափով⁶⁵:

«Փաստացի կատարված աշխատանքներ» ձևակերպումն իր մեջ արդեն կոռուպցիոն ռիսկ է կրում այն առումով, որ փաստացի կատարված աշխատանքները պետք է վերաբերեն բժշկական կազմակերպությունների կողմից իրականացված աշխատանքների այն ծավալին, որը բժշկական կազմակերպությունը փաստացի իրականացրել է կոնկրետ հաշվետու ժամանակահատվածում: Սակայն բժշկական կազմակերպությունները հաշվետու ժամանակաշրջանում իրենց կողմից իրականացված փաստացի կատարողականներն արհեստական ձևով տեղավորում են սահմանափակված բյուջեի շրջանակներում՝ չգերազանցելով սահմանված ռիսկի գոտին: Եվ հաճախ կատարված աշխատանքների մի որոշ մաս դուրս է մնում և սահմանափակված բյուջեով նախատեսված սահմանափակները գերազանցելու պարզ պատճառով պետական ֆինանսական փոխհատուցում այդպես էլ չեն ստանում, ինչն առաջացնում է ֆինանսական լուրջ հետևանքներ և կոռուպցիոն ռիսկեր: Դրանք հետևյալն են.

1) Ինչպես պետական ֆինանսավորման միջոցներից, այնպես էլ այլ աղբյուրներից (վճարովի սկզբունքով, դրամական հովանավորություններ կամ այլ) ֆինանսական փոխհատուցում չստացած, բուժօգնության և սպասարկման արդեն անվճար սկզբունքով (պետական պատվերի միջոցներից փոխհատուցում ստանալու ակնկալիքով) իրականացված ծախսերն առաջացնում են բժշկական կազմակերպությունների վնասաբեր գործունեություն: Դրանով իսկ արդեն խախտվում են ՊԱԳ-ի և բժշկական կազմակերպությունների միջև կնքված բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների մատուցման մասին պայմանագրի 3.1.7-րդ կետի պահանջները, որում հստակ նշվում է՝ «ապահովել գոյացած ֆինանսական միջոցների արդյունավետ և նպատակային օգտագործումը»: Ինչպես արդեն նշվել է, ՊԱԳ-ի կողմից իրականացված ստուգումների արդյունքում ոչ բոլոր դեպքերն են պետական պատվերով ընդունվում և փոխհատուցվում: Իսկ չընդունված դեպքերը ոչ միայն չեն ֆինանսավորվում, այլև հաշվի չեն առնվում հաջորդ տարվա սահմանափակ բյուջեն կազմելիս: Սակայն չընդունելով և չփոխհատուցելով որոշ ավարտված դեպքերի համար իրականացված ծախսերը, առաջ են գալիս անհարկի ֆինանսական տույժեր և տուգանքներ: Մասնավորապես՝ բացասական հետևանքներ առաջանում են բժշկական կազմակերպություններում նրանց իրավական կարգավիճակից ելնելով, քանի որ վերջիններս համարվում են շահույթ հետապնդող կազմակերպություններ և փաստացի կատարված աշխատանքները պետական պատվերով

⁶⁵ ՀՀ ԱՆ 06.02.2013թ. 212-Ա հրաման, պայմանագրի 2.2-2.3-րդ կետեր.
http://www.moh.am/karavar/PAG/Paymanagir_BK_2013.pdf

չընդունվելու և չփոխհատուցվելու դեպքում դրանք պետք է իրականացվեն վճարովի սկզբունքով: Մինչդեռ բուժօգնության ավարտված դեպքը ժամկետային առումով արդեն հնարավոր չէ իրականացնել վճարովի սկզբունքով և ամբողջությամբ չփոխհատուցված գումարը ստուգումներ իրականացնող տարբեր կառույցների կողմից կարող է դիտվել որպես «թաքցված շահույթ»՝ առաջացնելով համապատասխան տույժեր և տուգանքներ:

2) Իհարկե, բժշկական կազմակերպությունների վնասաբեր գործունեության համար ռիսկային է համարվում նաև այսօր գործող հիվանդանոցների մեծ մասի իրավական կարգավիճակը, որոնք հանդիսանում են պետական մասնակցությամբ ընկերություններ կամ ոչ: Վերջին դեպքում բժշկական կազմակերպությունները հիմնականում փակ բաժնետիրական ընկերությունների կարգավիճակ ունեցող և փաստացի շահույթ ստանալու նպատակ հետապնդող առևտրային կազմակերպություններ են: Իսկ առևտրային կազմակերպությունների կարգավիճակը չի արտացոլում դրանց ստեղծման հիմնական նպատակը: Պետությունը պետական բժշկական հաստատությունները ստեղծել է ոչ թե շահույթ ստանալու, այլ պետական առողջապահական ծրագրեր իրականացնելու նպատակով: Եվ այսօր սոցիալական խիստ կարևոր, սակայն շուկայական հարաբերություններով կարգավորվող այս ոլորտում բժշկական կազմակերպությունների իրավական կարգավիճակը առաջացնում է լուրջ խնդիրներ և կոռուպցիոն ռիսկեր: Ավելին, բժշկական հաստատությունները, գործելով փակ բաժնետիրական ընկերության կարգավիճակով, գերակշիռ դեպքերում գործում են տնօրենի միանձնյա կառավարման ներքո՝ արդյունավետ կամ անարդյունավետ: Չարգացած երկրներում գործող բժշկական հաստատությունների կոլեգիալ կառավարման մեխանիզմները ՀՀ-ում դեռևս ներդրված չեն: Ուստի բժշկական կազմակերպությունների ներկա իրավաբանական կարգավիճակները իրենց մեջ կրում են խորքային ռիսկեր, որոնք առաջին հերթին դրսևորվում են նրանց վնասաբեր գործունեությամբ կամ թույլ շահութաբերությամբ, հատկացված ֆինանսական միջոցների ոչ արդյունավետ օգտագործմամբ, հատկացված ֆինանսական միջոցներն էլ տույժերի և տուգանքների ձևով վերադառնում են պետական բյուջե: Նշված խնդիրները կարող են առաջացնել բժշկական կազմակերպություններում ֆինանսավորման դեֆիցիտ, ինչը ստեղծում է «ոչ պաշտոնական» վճարներ պահանջելու ձևով այն ծածկելու ռիսկ:

3) ՊԱԳ-ի կողմից բժշկական կազմակերպություններում իրականացված ստուգումների արդյունքում պետական պատվերի հիմքերի բացակայության պատճառով չընդունված կատարողականի մասը, ակնհայտ է, որ նույնպես առաջացնում է անհարկի տույժեր և տուգանքներ: Համաձայն ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից տրամադրված տեղեկատվության՝ ՊԱԳ-ի կողմից 01.01.2013թ. մինչև 31.07.2014թ. ընկած ժամանակահատվածում 8 բժշկական կազմակերպություններում իրականացված ստուգումների արդյունքներով պետական պատվերի հիմքերի բացակայության կամ թերի լինելու պատճառով պետական ֆինանսավորումից նվազման ենթակա գումարների չափը կազմել է 30.498.250 դրամ: Սակայն պետական ֆինանսավորումից նշված կազմակերպություններում նվազեցման ենթակա՝ 30.498.250 ՀՀ դրամ ընդհանուր գումարի մի մասը՝ 12.474.230 դրամը կամ մոտ 41%-ը կատարվել է «Արմենիա» բժշկական կենտրոնում: Պետք է նշել նաև այն հանգամանքը, որ չնայած հիվանդների կողմից դեղորայքի ձեռք բերման համատարած երևույթին, որոնց մասին վկայում են սույն զեկույցում տեղ գտած տարբեր մեջբերումները, բժշկական կազմակերպությունների հետ կնքվող պետական պատվերի պայմանագրին կից «հատուկ պայմաններով» նախատեսված պատժամիջոցները կիրառվել են միայն «Արմենիա» բժշկական կենտրոնի նկատմամբ, որը կազմել է 2.537.050 ՀՀ դրամ կամ տվյալ բժշկական կազմակերպության ընդհանուր

նվազեցման ենթակա գումարի մոտ 17%-ը: Բայց և այնպես, ստուգման արդյունքներով նվազեցման ենթակա գումարները սիմվոլիկ բնույթ են կրում: Օրինակ՝ նույնիսկ «Արմենիա» բժշկական կենտրոնի նկատմամբ կիրառված ֆինանսական պատժամիջոցները նվազեցման ենթակա այլ գումարների հետ միասին կազմում են այդ բժշկական կազմակերպության կողմից իրականացված պետական պատվերով աշխատանքների դիմաց կատարված ֆինանսավորման ընդամենը 0,5%-ը⁶⁶:

4) Օրինակելի պայմանագրի հավելված 1-ով սահմանված «Ծառայությունների մատուցման հատուկ պայմաններով» նախատեսվում են ֆինանսական տարբեր սահմանաչափերի տույժեր՝ պայմանագրի կոնկրետ կետերի խախտումների դեպքերում: Մասնավորապես՝ բժշկական կազմակերպությունների և ՊԱԳ-ի միջև կնքվող պայմանագրի այն կետերը, որոնց պահանջները չկատարելու դեպքում «հատուկ պայմաններ»-ով նախատեսվում են կոնկրետ ֆինանսական սանկցիաներ, մեծ հաշվով կապված են համակարգային և արմատացած այն խնդիրների հետ, որոնք առկա են գրեթե բոլոր բժշկական կազմակերպություններում: Օրինակ՝ համաձայն 1.2-րդ կետի պահանջների՝ բժշկական կազմակերպությունը պետք է ապահովի բժշկական օգնություն և սպասարկում ստացող քաղաքացու բուժման համար անհրաժեշտ լաբորատոր ախտորոշիչ և գործիքային հետազոտությունների ամբողջ ծավալը: Այս պահանջը չկատարելու դեպքում հատուկ պայմաններով նախատեսվում է տույժ՝ 20.000 ՀՀ դրամի չափով յուրաքանչյուր դեպքի համար, բայց ոչ ավելի, քան կազմակերպության հիվանդանոցային ծառայությունների տարեկան պայմանագրային գումարի 0,5 տոկոսը: Իսկ ըստ 1.3-րդ կետի՝ բժշկական կազմակերպությունը պետք է իրականացնի բժշկական օգնություն և սպասարկում ստացող քաղաքացու բուժման համար անհրաժեշտ բոլոր դեղերի և բժշկական պարագաների ապահովումը կազմակերպության միջոցների հաշվին, ընդ որում՝ առանձին դեպքերում բուժումը բժշկական օգնություն և սպասարկում ստացող քաղաքացու կողմից ձեռք բերված դեղերով թույլատրվում է կազմակերպել միայն բժշկական օգնություն և սպասարկում ստացող քաղաքացու գրավոր համաձայնությամբ, հիվանդության պատմագրի մեջ ձևակերպված հիմնավորվածությամբ և բուժփիմարկի ղեկավարի թույլատրությամբ: Այս պահանջի խախտման դեպքում կատարողականից նվազեցվում է տվյալ դեպքի արժեքի 25%-ը: Իսկ բուժման համար ծախսված դեղորայքի 75%-ը չապահովելու դեպքում տվյալ դեպքը փոխհատուցման չի ընդունվում⁶⁷:

Ուսումնասիրության արդյունքները ցույց տվեցին, որ պայմանագրի հավելված 1-ով սահմանված պայմանները խախտվում են ուսումնասիրության ենթարկված գրեթե բոլոր բժշկական կազմակերպություններում, սակայն պատժամիջոցները ՊԱԳ-ի կողմից, օրինակ, 01.01.2013թ. մինչև 31.07.2014թ. ընկած ժամանակահատվածում ութ բժշկական կազմակերպություններում իրականացված ստուգումների արդյունքում կիրառվել են միայն մեկի նկատմամբ, որտեղ կիրառվել էր տույժ՝ 2.530.000 ՀՀ դրամի չափով:

Առաջարկություններ

- ՊԱԳ-ի և բժշկական կազմակերպությունների միջև կնքվող պայմանագրին կից ծառայությունների մատուցման հատուկ պայմաններով նախատեսված՝ հիվանդին ողջ ծավալով դեղորայքի չտրամադրման դեպքում կիրառվող ֆինանսական

⁶⁶ ՀՀ առողջապահության նախարարության 30.03.2016թ. ԱԿ/3278-16 գրություն

⁶⁷ ՀՀ ԱՆ 17.02.2014թ. թիվ 278-Ա հրամանին կից ծառայությունների մատուցման պայմաններ, կետ 1.2.
https://sha.am/files/Paymanagreri_orinak_dzevar/Hivandanocain_2014.pdf

պատժամիջոցները վերանայել և վերահսկել, որպեսզի հիվանդի կողմից ձեռք բերված դեղատեսակներն ողջ ծավալով գրանցվեն հիվանդության պատմագրերում:

Գլուխ 3. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնության տրամադրման գործընթաց

3.1. Իրավական կարգավորումները

Ինչպես արդեն նշվել է, պետությունը նպատակային ծրագրերի շրջանակներում երաշխավորում է անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնությունը և սպասարկումը: Այն երաշխավորվում է ինչպես սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց, այնպես էլ այդ խմբերում չընդգրկված անձանց համար սահմանված դեպքերում: Անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու հիմքը **ուղեգիրն** է: Առանց ուղեգրի կամ այլ հիմքերով պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու դեպքերը սահմանվում են ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով⁶⁸:

Բժշկական ցուցումների առկայության դեպքում սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերում **ընդգրկված** անձանց պլանային հոսպիտալացումը իրականացվում է տվյալ բնակչին սպասարկող տեղամասային թերապևտի (մանկաբույժի) կամ ընտանեկան բժշկի կողմից տրված ուղեգրերով, իսկ առանձին հիվանդությունների և վիճակների՝ հոգեկան հիվանդությունների, տուբերկուլյոզի, տարափոխիկ (ինֆեկցիոն), մաշկավեներաբանական, օնկոհեմատոլոգիական հիվանդությունների, ծննդաբերության, ինչպես նաև ճառագայթային, էնդոկրինոլոգիական հիվանդությունների և ողնաշարի վնասվածքների դեպքերում, համապատասխան դիսպանսերի կամ կաբինետի մասնագետի ուղեգրերով:

ՀՀ մարզերի բոլոր ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական կազմակերպությունները հիվանդներին հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների կամ հիվանդանոցային բուժման են ուղեգրում մարզային ախտորոշիչ կենտրոններ և մարզային հիվանդանոցներ, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ մարզային բժշկական կազմակերպության տնօրենը, բուժող բժշկի ներկայացմամբ, որոշում է կայացնում հիվանդին մայրաքաղաք տեղափոխելու վերաբերյալ (եթե տվյալ հետազոտության համար մարզային բժշկական կազմակերպությունում առողջապահության նախարարությունը պետական պատվեր չի տեղադրել կամ մարզում բացակայում է համապատասխան հիվանդանոցային ծառայությունը)⁶⁹:

Բժշկական ցուցումների առկայության դեպքում, համապատասխան բժշկամասնագետների կողմից տրված եզրակացության հիման վրա, բնակչության սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկում **չընդգրկված** անձանց անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում կարող է տրամադրվել նաև.

- 1) Առողջապահության նախարարության՝ բժշկական կազմակերպություններ ուղեգրող կենտրոնական մշտական գործող հանձնաժողովի ուղեգրերով (կենտրոնական հանձնաժողով).

⁶⁸ Թիվ 318-Ն որոշում, հավելված 7, կետ 3

⁶⁹ ՀՀ ԱՆ 13.09.2013թ. թիվ 47-Ն հրաման, հավելված 1, կետ 9, <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=86955>

- 2) Երևանի քաղաքապետարանի և մարզապետարանների՝ բժշկական կազմակերպություններ ուղեգրող մշտական գործող հանձնաժողովի ուղեգրերով (քաղաքային և մարզային հանձնաժողովներ).
- 3) Բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում ստեղծված մշտական գործող հանձնաժողովների կողմից տրված ուղեգրերով (տեղական հանձնաժողովներ)⁷⁰:

Կենտրոնական հանձնաժողովի կողմից տրված ուղեգրերով բժշկական օգնություն և սպասարկում կարող է կազմակերպվել ՀՀ տարածքում գործող և պետական պատվեր իրականացնող բոլոր կազմակերպություններում:

Քաղաքային և մարզային հանձնաժողովների կողմից տրված ուղեգրերով բժշկական օգնություն և սպասարկում կարող է կազմակերպվել միայն համապատասխանաբար Երևան քաղաքի և տվյալ մարզի տարածքում գործող և պետական պատվեր իրականացնող կազմակերպություններում, իսկ այլ բժշկական կազմակերպությունում բժշկական օգնության կազմակերպման անհրաժեշտության հարցը քննարկվում է կենտրոնական հանձնաժողովի կողմից՝ քաղաքային կամ մարզային հանձնաժողովի կողմից ներկայացված միջնորդագրի հիման վրա:

Տեղական հանձնաժողովի կողմից տրված ուղեգրերով բժշկական օգնություն և սպասարկում կարող է կազմակերպվել միայն տվյալ բժշկական կազմակերպությունում:

Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում չընդգրկված՝ նորագույն և թանկարժեք տեխնոլոգիաներով մատուցվող բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների գծով (բացառությամբ սրտի վիրահատությունների) առանձին դեպքերում ուղեգրեր կարող են տրամադրվել միայն կենտրոնական հանձնաժողովի կողմից⁷¹:

ՀՀ առողջապահության նախարարի թիվ 09-Ն հրամանի համաձայն՝ կենտրոնական հանձնաժողովի կողմից ուղեգիր չի տրամադրվում արդեն իսկ բժշկական կազմակերպություն ընդունված, բուժման մեջ գտնվող կամ դուրս գրված հիվանդներին՝ բացառությամբ անհետաձգելի հիվանդանոցային բուժում պահանջող դեպքերի: Քաղաքացիների դիմումները և գրավոր միջնորդությունները քննարկվում են հինգ աշխատանքային օրվա ընթացքում, իսկ անհետաձգելի հիվանդանոցային բուժում պահանջող դեպքերը քննարկվում են երկու աշխատանքային օրվա ընթացքում կամ արտահերթ: Նույն հրամանով սահմանված է նաև դիմումին ներկայացվող պահանջները, դիմումին կամ գրավոր միջնորդությանը կից ներկայացվող փաստաթղթերի սպառիչ ցանկը և այլն⁷²:

Քաղաքացիների դիմումները և գրավոր միջնորդությունները քննարկվում են, և ներկայացված փաստաթղթերի ուսումնասիրության հիման վրա ընդունվում է համապատասխան որոշում: Ընդունված որոշման հիման վրա պատրաստվում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնությունը և սպասարկումը կազմակերպելու ուղեգիր կամ մասնագիտական խորհրդատվության ուղեգիր կամ ուղեգիր տրամադրելը մերժելու մասին որոշում: Մերժման հիմքերը նույնպես սահմանված են նույն հրամանով:

⁷⁰ Թիվ 318-Ն որոշում, հավելված 2, կետ 9

⁷¹ Տես նույն տեղում

⁷² ՀՀ ԱՆ 17.03. 2014թ. թիվ 09-Ն հրաման, բաժիններ 3-4, <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=97034>

Հանձնաժողովի կողմից տրվող ուղեգրերի չափաքանակը՝ ընդհանուր գումարը, չի կարող գերազանցել ՀՀ պետական բյուջեի՝ տվյալ ծրագրի գծով կազմակերպության պայմանագրային գումարի՝

- 1) կենտրոնական հանձնաժողովի կողմից տրված ուղեգրերի համար՝ 10 տոկոսը,
- 2) քաղաքային և մարզային հանձնաժողովների կողմից տրված ուղեգրերի համար՝ 5 տոկոսը,
- 3) տեղական հանձնաժողովի կողմից տրված ուղեգրերի համար՝ 5 տոկոսը⁷³:

Ինչ վերաբերում է **հերթագրման** հետ կապված իրավական կարգավորումներին, ապա թիվ 318-Ն որոշման համաձայն՝ բժշկական կազմակերպությունը պայմանագրային գումարի շրջանակում՝ ամսական կտրվածքով հաստատված տվյալ ծրագրի համամասնության սպառման դեպքում բժշկական օգնություն և սպասարկում է իրականացնում հերթագրման եղանակով՝ սահմանված որոշ բացառություններով (անհետաձգելի բժշկական օգնություն, ՀՀ կառավարության կողմից հաստատված՝ շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդությունների բժշկական օգնություն, ծննդօգնություն և այլն): Հերթագրումը կատարվում է ըստ դիմելիության ժամկետների, ուղեգրի հիման վրա, որը, որպես հերթագրման փաստը հավաստող փաստաթուղթ, պահվում է բժշկական կազմակերպությունում, ինչի վերաբերյալ հիվանդներին տրվում է հերթագրման թերթիկ, և կատարվում է գրառում անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության իրավունք ունեցող հիվանդների հերթագրման մատյանում⁷⁴:

Հերթագրված հիվանդը, մինչև հերթագրմամբ բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու ժամկետը, անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու համար կարող է դիմել նաև պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող այլ կազմակերպություններ, ընդ որում՝

1) ուղեգրի ուժի մեջ (ուղեգրի տալու պահից մեկ ամիս) լինելու դեպքում՝ նույն ուղեգրով, որի դեպքում հիվանդը հետ է վերցնում ուղեգիրն այն բժշկական կազմակերպությունից, որտեղ հերթագրված է և ներկայացնում է այն բժշկական կազմակերպություն, որտեղ նախատեսում է ստանալ պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում

2) ուղեգիրը տալու պահից մեկ ամիսը լրացած լինելու դեպքում հիվանդը հետ է վերցնում ուղեգիրն այն բժշկական կազմակերպությունից, որտեղ հերթագրված է, այն ներկայացնում է ուղեգրած բժշկական կազմակերպություն և ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով ստանում է նոր ուղեգիր⁷⁵:

3.2. Ուղեգրման և հերթագրման հետ կապված խնդիրները

Հանձնաժողովների կողմից տրվող ուղեգրումների նպատակը պետության կողմից երաշխավորված անվճար բուժօգնություն ցուցաբերելն է այն անձանց, ովքեր կարիքավոր են, սակայն ընդգրկված չեն կառավարության որոշմամբ սահմանված սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերի ցանկում: Նշված ցանկում չընդգրկված կարիքավոր անձինք, նույնիսկ պետական պատվերով բուժում ստանալու դեպքում հաճախ բուժօգնության համար վճարում են սահմանված պետական փոխհատուցման արժեքը

⁷³ Թիվ 318-Ն որոշում, հավելված 2, կետ 9

⁷⁴ Թիվ 318-Ն որոշում, հավելված 4, կետ 6

⁷⁵ Թիվ 318-Ն որոշում, հավելված 4, կետեր 2-4

գերազանցող, մեծ չափերի հասնող համավճարներ, կամ պարզապես բուժումը ստանում են վճարովի հիմունքով: Դա պայմանավորված է նրանով, որ ՀՀ առողջապահության նախարարի թիվ 09-Ն հրամանով սահմանված է, որ քաղաքացիներն անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու նպատակով կարող են դիմում ներկայացնել բժշկական կազմակերպություններ ուղեգրող կենտրոնական մշտապես գործող հանձնաժողովին: Միաժամանակ սահմանված է դիմումները մերժելու հիմքերը, որոնցից մեկն էլ այն է, որ լրացել է հանձնաժողովի կողմից տրվող ուղեգրերի չափաքանակը, որը սահմանված է թիվ 318-Ն որոշմամբ: Այստեղ առկա կոռուպցիոն ռիսկերը պետք է փնտրել առաջին հերթին գործող հանձնաժողովների սկզբունքայնության և արդարացի մոտեցումների մեջ, ինչն այսօր գրեթե անվերահսկելի է: Բացակայում են առկա կամ սպառված չափաքանակների նկատմամբ հասարակական հաշվետվողականության կամ վերահսկողության մեխանիզմները, ինչը հանձնաժողովին տալիս է լայն հնարավորություն դիմումները հայեցողաբար մերժելու առումով: Բուժումը պետապատվերով իրականացնելու՝ բազմաթիվ կարիքավորների դիմումները պարզապես մերժվում զուտ ուղեգրման համար սահմանված սահմանաչափերը սպառվելու պատճառով:

Պետք է նշել, որ գործող հերթագրման կարգը նույնպես առաջացնում է մի շարք խնդիրներ:

1. Հերթագրված անձինք դեպի այլ բժշկական կազմակերպություններ չեն տեղափոխվում անգամ այլ բժշկական կազմակերպություններում սակավ հերթերի կամ նույնիսկ հերթերի բացակայության պարագայում, քանի որ նրանց կողմից առաջնայնությունը տրվում է նախապես իրենց կողմից ընտրված բժշկական կազմակերպությանը և/կամ բժշկին (ուղեգրերի վրա չի նշվում բժշկական կազմակերպության անվանումը, և ընտրությունը ազատ է):

2. Հերթագրման երկար ժամկետների պատճառով անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման իրավունք ունեցող հիվանդը գերադասում է արտահերթ բուժօգնությունը վճարովի սկզբունքով: Այս հնարավորությունը, թեև սահմանված է թիվ 318-Ն որոշմամբ⁷⁶, սակայն լայն դաշտ է բացում կամայական մոտեցում ցուցաբերելու համար՝ ինչպես ոչ պաշտոնական վճարումների, այնպես էլ հովանավորչական դրսևորումների առումով: Նկատի ունենալով, որ հերթագրման ժամկետները հիմնականում տատանվում են 2-ից 10 և ավելի ամիսների միջակայքում, բժշկական կազմակերպությունները փաստորեն միշտ լայն հնարավորություն ունեն հիվանդներին անհրաժեշտ բուժօգնությունն առաջարկել նաև վճարովի հիմունքներով:

3. Հերթագրման մասնագիտական հանձնաժողովների գործունեությունը թափանցիկ չէ: Թիվ 318-Ն որոշմամբ սահմանված է, որ հերթագրված հիվանդների բուժման ժամանակացույցը (հերթը) կարող է փոփոխվել միայն հիվանդի առողջական վիճակից ելնելով, և հիվանդին կարող է տրամադրվել արտահերթ անվճար բժշկական օգնություն համապատասխան բժշկական ցուցումների առկայության դեպքում, որի մասին որոշումն ընդունվում է *հանձնաժողովի կողմից*⁷⁷ անհրաժեշտ մասնագետների ներգրավմամբ⁷⁷:

Այս առումով ուսումնասիրության ընթացքում հնարավոր չեղավ գտնել հերթագրման մասնագիտական հանձնաժողովի գործունեության որևէ կարգ, որտեղ հստակ սահմանված կլինեին՝ կոնկրետ որ դեպքերում քաղաքացին կարող է դիմել հանձնաժողով հրավիրելու և իրեն անհրաժեշտ բուժօգնությունը արտահերթ տրամադրելու խնդրանքով, նշված

⁷⁶ Թիվ 318-Ն որոշում, հավելված 4, կետ 10

⁷⁷ Թիվ 318-Ն որոշում, հավելված 4, կետ 7

հանձնաժողովն ինչ չափորոշիչներով է առաջնորդվում հիվանդին արտահերթ բժշկական օգնություն տրամադրելու որոշումը կայացնելիս և այլ հարցեր: Հանձնաժողովի նիստ հրավիրելու մասին որոշում ընդունելու նման հայեցողական լիազորությանը գումարվում է նաև այն, որ անգամ հանձնաժողով հրավիրվելու դեպքում դրա որոշումների ընդունման գործընթացը թափանցիկ չէ և ակնհայտորեն առաջացնում է կոռուպցիոն ռիսկեր: Թեև հնարավոր չէ սահմանել հնարավոր բոլոր դեպքերի սպառիչ ցանկը, բայց պետք է առնվազն սահմանված լինեն հիմնական պահանջները, կոնկրետ դեպքերում որոշումներ կայացնելու համար նվազագույն չափանիշներ:

Առաջարկություններ

- Թափանցիկ դարձնել ուղեգրման հանձնաժողովների գործունեությունը և ուղեգրերի տրամադրման կարգը՝ այդ մասին հստակ տեղեկատվություն հրապարակելով ԱՆ պաշտոնական կայքում և սահմանելով հստակ չափանիշներ, որոնք կապահովեն միևնույն շրջանակի անձանց նկատմամբ համանման մոտեցումը:
- Սահմանել ուղեգրման հանձնաժողովների գործունեության նկատմամբ պետական և հասարակական վերահսկողության մեխանիզմներ:
- Վերանայել ՀՀ կառավարության 04.03.2004թ. թիվ 318-Ն որոշմամբ սահմանված հերթագրման կարգը՝ ապահովելով հերթագրման հնարավորինս թափանցիկ եղանակ, որը կերաշխավորի հերթագրված հիվանդների թվաքանակի, ընթացիկ հերթագրման ժամկետների, հերթագրման տեղերի քանակի վերաբերյալ տեղեկատվության հրապարակայնությունը:
- Ստեղծել հիվանդների հերթագրման միասնական առցանց համակարգ, որը կընդգրկի պետպատվերով բուժօգնություն մատուցող բոլոր բժշկական կազմակերպությունների հերթագրումների հետ կապված անհրաժեշտ տեղեկատվությունը և հնարավորություն կտա քաղաքացիներին, որևէ բժշկական կազմակերպություն դիմելիս, ընդունարանում պարզել այլ բժշկական կազմակերպությունում որևէ ծառայության գծով հերթագրված անձանց թիվը, հերթագրման ժամկետները, ինչպես նաև հերթագրման տեղերի քանակը՝ ըստ պետպատվերի ծրագրերի:
- ԱՆ նախարարի հրամանով հաստատել բժշկական կազմակերպություններում հերթագրման հանձնաժողովի գործունեության կարգը՝ սահմանելով հանձնաժողովի գործունեության և անդամների կողմից որոշումների կայացման թափանցիկ մեխանիզմներ, որոշումների ընդունման համար հստակ չափանիշներ:
- Սահմանել, որ բժշկական կազմակերպությունների պաշտոնական կայքերում տեղադրվի հերթագրման հանձնաժողովների գործունեության կարգը:

Գլուխ 4. Քաղաքացիների իրազեկման և բողոքարկման մեխանիզմները

4.1 Իրավական կարգավորումները

Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բուժօգնության վերաբերյալ քաղաքացիների իրազեկվածության ապահովման ուղղությամբ առկա են որոշակի իրավական կարգավորումներ: Մասնավորապես՝ 318-Ն որոշմամբ սահմանված է այն անհրաժեշտ տեղեկատվությունը, որը պետք է տեղ գտնի պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնության ու սպասարկման ուղեգրի դարձերեսին⁷⁸: Այն պարունակում է բուժօգնության ծավալների, տրամադրման կարգի և այլ հարցերի վերաբերյալ տեղեկություններ: Սահմանված է նաև, որ բժշկական կազմակերպությունը բնակչությանն ապահովում է հիվանդների հերթագրման կարգի, հերթագրման հանձնաժողովի գործունեության կարգի և կազմի, հերթագրման ցուցակների, ինչպես նաև պայմանագրային գումարի եռամսյակային համամասնության սպառման վերաբերյալ անհրաժեշտ տեղեկատվությամբ՝ այն փակցնելով բժշկական կազմակերպության ընդունարանում՝ տեսանելի տեղում⁷⁹: Միաժամանակ, բժշկական կազմակերպության պարտականությունների մեջ է մտնում պայմանագրի շրջանակներում անվճար բուժօգնության, դրա վերաբերյալ հարցերի և բողոքների ներկայացման կարգի մասին համապատասխան տեղեկատվության հրապարակայնության ապահովումը՝ բնակչության համար տեսանելի վայրում տեղադրելու միջոցով⁸⁰:

Իսկ ՀՀ առողջապահության նախարարի թիվ 3274-Ա հրամանով հաստատված է անվճար բուժօգնության և սպասարկման շրջանակներում բուժօգնությունը ստացող քաղաքացուն տրվող իրազեկման թերթիկի ձևը և լրացման կարգը⁸¹:

ՀՀ առողջապահության նախարարի 2014թ. հունվարի 21-ի թիվ 70-Ա հրամանով սահմանվել են նաև բժշկական կազմակերպությունների կայքերին ներկայացվող նվազագույն պահանջները, որտեղ տեղ են գտել նաև այնպիսի տեղեկատվության հրապարակմանն առնչվող պահանջները, ինչպիսիք են՝ պետպատվերի տրամադրման կարգը, անհրաժեշտ փաստաթղթերը, պետպատվերի ծառայությունների վերաբերյալ շաբաթական և ամսական կտրվածքով տեղեկատվությունը, պետական պատվերի շրջանակներում իրականացվող ծրագրերով հերթագրված հիվանդների թվաքանակի, ընթացիկ հերթագրման ժամկետների, հերթագրման տեղերի քանակի մասին տեղեկությունները և այլն⁸²:

ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով հաստատված անվճար բուժօգնության և սպասարկման շրջանակներում բուժօգնություն ստացող քաղաքացուն տրվող իրազեկման թերթիկով սահմանվել է, որ *քաղաքացին բողոքների դեպքում կարող է դիմել բժշկին, կազմակերպության տնօրինությանը կամ ԱՆ թեժ գիծ*⁸³:

⁷⁸ Թիվ 318-Ն որոշում, հավելված 7, կետ 5

⁷⁹ Թիվ 318-Ն որոշում, հավելված 4, կետ 9

⁸⁰ ՀՀ ԱՆ 2014թ. փետրվարի 17-ի թիվ 278-Ա հրամանով հաստատված օրինակելի պայմանագիր.

https://sha.am/files/Paymanagreri_orinak_dzevar/Hivandanocain_2014.pdf

⁸¹ ՀՀ ԱՆ 18.12.2013թ թիվ 3274-Ա հրաման. http://www.moh.am/OrengGorcox/lrazekman_Tertik.pdf

⁸² ՀՀ ԱՆ 2014թ. հունվարի 21-ի N 70-Ա հրաման. <http://www.moh.am/OrengGorcox/70.pdf>

⁸³ ՀՀ ԱՆ 18.12.2013թ թիվ 3274-Ա հրաման. http://www.moh.am/OrengGorcox/lrazekman_Tertik.pdf

ՀՀ ԱԼ 49-Ն հրամանի համաձայն՝ պետական պատվեր իրականացնող բժշկական կազմակերպությունների կառավարման արդյունավետության գնահատման ցուցանիշների մեջ ներառվում է նաև բժշկական կազմակերպության գործունեության վերաբերյալ քաղաքացիներից ստացված հիմնավորված դժգոհությունների և բողոքների թվի տեսակարար կշիռը տվյալ բժշկական կազմակերպության կողմից սպասարկված քաղաքացիների ընդհանուր թվաքանակի նկատմամբ⁸⁴:

Բացի թեժ գծով հեռախոսազանգերի և բողոքարկման ներհիվանդանոցային մեխանիզմներից, օրենսդրությամբ սահմանված են բողոքարկման այլ ընդհանուր մեխանիզմներ: Այսպես՝ ՀՀ *սահմանադրությամբ* երաշխավորված է յուրաքանչյուր քաղաքացու՝ *վարչական վարույթ* նախաձեռնելու իրավունքը (եթե ենթադրյալ խախտումը տեղի է ունեցել վարչական մարմնի կողմից): Այս դեպքում բողոքը պետք է ներկայացվի ենթադրյալ խախտումը կատարողի վերադաս մարմնին կամ պաշտոնատար անձին՝ համաձայն «Վարչարարության հիմունքների և վարչական վարույթի մասին» ՀՀ օրենքի⁸⁵: Հաշվի առնելով, որ հիշյալ բնագավառում քաղաքականությունը մշակում և իրականացնում է ՀՀ առողջապահության նախարարությունը, ուստի հիվանդն իրավունք ունի իր խախտված իրավունքների պաշտպանության հարցով դիմել նաև ՀՀ առողջապահության նախարարությանը: Իսկ հաջողության չհասնելու դեպքում հետագա բողոքը կարող է բերվել *դատական կարգով* (վարչական դատարան, եթե բողոքն ուղղված է կրկին վարչական մարմնի դեմ, առաջին ատյանի դատարան, եթե բողոքն ուղղված է մասնավոր բժշկական հաստատության դեմ) կամ սահմանված կարգով բողոքը կարող է ներկայացվել ՀՀ ոստիկանություն, եթե կա հիմնավոր կասկած, որ արարքը պարունակում է ՀՀ քրեական օրենսգրքով սահմանված հանցագործության հատկանիշներ: Սահմանադրությամբ սահմանված է նաև, որ յուրաքանչյուր անձ իրավունք ունի նաև իր իրավունքների ու ազատությունների պաշտպանության համար ստանալու *Մարդու իրավունքների պաշտպանի* աջակցությունը և ՀՀ միջազգային պայմանագրերին համապատասխան դիմելու միջազգային մարմիններին:

4.2 Քաղաքացիների իրազեկության ապահովման հետ կապված խնդիրները

Չնայած վերը նշված պահանջների և ՀՀ օրենսդրության մեջ առկա՝ հիվանդների իրավունքներին վերաբերող բազմաթիվ այլ դրույթների, ուսումնասիրությամբ վերհանվեցին մի շարք խնդիրներ: Մասնավորապես.

1. Բնակչության իրազեկվածության մակարդակը պետպատվերի շրջանակներում իր իրավունքների մասին անբավարար է: Դա արտացոլված է նաև մի շարք այլ հետազոտություններում⁸⁶: Տարիներ շարունակ քաղաքացիների իրազեկման համար

⁸⁴ ՀՀ ԱԼ 17.09.2015թ. թիվ 49-Ն հրաման, հավելված 2. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=102270>

⁸⁵ «Վարչարարության հիմունքների և վարչական վարույթի մասին» ՀՀ օրենք, գլուխ 10.

<http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=102899>

⁸⁶ Առողջապահության համակարգի գնահատում 2014.

http://www.moh.am/texekatu/HSPA%202014%20Main_ARM%20_Final.pdf

Մարդու իրավունքները բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալիս, գործնական ուղեցույց, 2010.

<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/Practitioner-Guide-Armenia-Armenian-20130516.pdf>

Corruption in Armenia, 2013 Policy Forum Armenia.

http://www.pf-armenia.org/sites/default/files/documents/files/PFA_Corruption_Report.pdf

ՄԻՊ տարեկան զեկույց, 2014թ.

https://docs.google.com/uc?authuser=0&id=0B_Eju0G7_JHxYIdlaW1ObzVIUnM&export=download

ՀՀ կառավարության 29.05.2013թ. թիվ 21 արձանագրային որոշում. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=84947>

պետքյուշեից հատկացվող գումարները գրեթե չեն փոփոխվում: Այդ մասին է վկայում ԹԻՅԿ գրությանն ի պատասխան ՀՀ ԱՆ-ից ստացած տեղեկատվությունը, համաձայն որի՝ ՀՀ ԱՆ կողմից պետպատվերի վերաբերյալ իրազեկման աշխատանքներն իրականացվում են «Առողջապահության հանդես» խմբագրության, Ա. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահական ազգային ինստիտուտի տեղեկատվական կենտրոնի, հեռուստատեսային ծառայությունների, թերթերում առողջապահական հոդվածների տեղադրման, Երեխաների առողջ սնուցման իրազեկման ծառայությունների միջոցով: Իրազեկման նշված տեսակների համար 2015թ. հատկացվել է համապատասխանաբար 9.000.000, 27.000.000, 11.900.000, 4.620.000 և 10.150.000 ՀՀ դրամ: Ներկայացված տեղեկատվությունից կարելի է եզրակացնել, որ իրազեկման համար հատկացվող գումարը տարեկան կազմում է ՀՀ առողջապահության նախարարությանը հատկացվող պետական միջոցների մոտավորապես 0.07 տոկոսը⁸⁷:

2. Բժշկական կազմակերպությունները չեն ապահովում քաղաքացիների իրազեկման սահմանված պահանջները: Ուսումնասիրության առարկա բժշկական կազմակերպություններից ոչ բոլորում էր փակցված իրազեկության համար անհրաժեշտ տեղեկատվությունը կամ այն առկա էր ոչ ամբողջ ծավալով: Այս խնդիրը հատկապես առկա էր մարզային բժշկական կազմակերպություններում:

Բժշկական կազմակերպությունների կողմից չեն կատարվում համացանցային կայքէջերին վերաբերող պահանջները: Հիմնականում բժշկական կազմակերպությունների կայքերը չեն պարունակում ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով պահանջվող՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար բուժօգնության տրամադրման վերաբերյալ անհրաժեշտ տեղեկատվությունը: Մասնավորապես՝ առաջին հայացքից թվում է, թե կայքերը ունեն պահանջվող բաժինները, բայց դրանցում առկա չէ նախարարի հրամանով հաստատված պարտադիր այնպիսի տեղեկատվություն, ինչպիսին է հերթագրված հիվանդների թվաքանակը, ընթացիկ հերթագրման ժամկետները, հերթագրման տեղերի քանակը և այլն⁸⁸: Ավելին, մի շարք բժշկական կազմակերպություններ, հիմնականում մարզային, որոնք իրականացնում են պետպատվերով բուժօգնություն, ընդհանրապես չունեն ինտերնետային կայքեր: Մինչդեռ «Բաց կառավարման գործընկերություն» ՀՀ երկրորդ գործողությունների ծրագրի՝ առողջապահության նախարարությանը վերաբերող բաժնում նշվում է. «Քաղաքացիները չգիտեն և չեն կարողանում կառավարել իրենց իրավունքները առողջապահության համակարգի մի շարք օղակներում՝ այդ թվում հիվանդանոցային բուժօգնություն ստանալիս»⁸⁹:

3. Իրազեկման թերթիկի լրացման սահմանված կարգը և տրամադրումը ոչ միշտ է փաստացիորեն կիրառվում: Հաճախ լինում են դեպքեր, երբ հիվանդները առանց պատշաճ իրազեկման մատյաններում ստորագրում են իրազեկվածության վերաբերյալ: Այստեղ անհրաժեշտ է նաև ընդգծել, որ իրազեկման թերթիկի սահմանված ձևը ինքնին հեռու է կատարյալ լինելուց: Այսպես, իրազեկման թերթիկը, ըստ էության, պետք է բովանդակի քաղաքացիների հիմնական իրավունքներն

«Ես տեղյակ չեմ իմ վճարումը համավճար էր թե ինչ էր, բժիշկը մեզ ոնց ասել է, այդպես էլ արել ենք»:

(հիվանդ, ք. Երևան)

⁸⁷ ՀՀ առողջապահության նախարարության 30.03.2016թ. ԱԿ/3278-16 գրություն.

⁸⁸ http://www.sqimc.am/pages.php?al=gov_order, <http://www.erebouni.am/>

⁸⁹ ՀՀ կառավարության 31.07.2014թ. N 32 արձանագրային որոշում, հավելված, բաժին 3. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=97827>

անվճար բուժօգնություն ստանալիս: Մինչդեռ իրազեկման թերթիկի սահմանված ձևում տեղ են գտել միայն դրանց մի փոքր մասը: Օրինակ՝ անվճար բժշկական օգնության կազմակերպման համար անհրաժեշտ միջոցների ողջ ծավալի թվարկման փոխարեն նշված են դրանց մի մասը միայն: Կամ թերթիկում ընդհանրապես տեղ չեն գտել սահմանված դեպքերում անվճար հիմունքներով տվյալ բժշկական կազմակերպությունից այլ բժշկական կազմակերպություն տեղափոխման հետ կապված քաղաքացիների իրավունքները: Վերջին դիտարկումը վերաբերում է նաև ուղեգրերի դարձերեսին պարունակող տեղեկատվությանը: Հարցազրույցների արդյունքները ցույց տվեցին նաև, որ շատ հիվանդներ տեղյակ չեն համալճարից:

4. Իրազեկման հետ կապված պարտավորություններին վերաբերող պահանջների չկատարման համար որևէ իրավական հետևանք նախատեսված չէ: Ի տարբերություն օրինակելի պայմանագրով նախատեսված մյուս պարտավորությունների՝ պայմանագրի հավելված հանդիսացող հատուկ պայմաններում, որտեղ սահմանված են պայմանագրի կետերը խախտելու համար պատասխանատվության միջոցները, որևէ պատասխանատվություն նախատեսված չէ իրազեկման հետ կապված խախտումների համար: Դա նաև տեղ չի գտել որևէ այլ իրավական ակտում:

5. Մի շարք կարգավորումներ տեղ են գտել նախարարի կողմից հաստատվող անհատական հրամաններում, որոնք հասանելի չեն: Քաղաքացիների իրավունքներին անմիջականորեն վերաբերող նորմեր, ինչպես օրինակ տեղեկացված լինելու, պետպատվերով բուժօգնությունից օգտվելու իրավունքները, բժշկական կազմակերպությունների և այլոց կողմից այդ իրավունքների ապահովմանն ուղղված պարտականությունները և այլ դրույթներ ներկայումս հաստատված են ՀՀ առողջապահության նախարարի անհատական հրամաններով, ինչը հանդիսանում է լուրջ խոչընդոտ քաղաքացիների կողմից իրենց իրավունքներին ծանոթանալու տեսանկյունից: Խնդիրը կայանում է նրանում, որ ընդունվելով որպես անհատական հրամաններ՝ գերատեսչական իրավական ակտերը չեն գրանցվում ՀՀ արդարադատության նախարարության կողմից, հետևաբար նաև պաշտոնապես չեն հրապարակվում: Մի շարք անհատական հրամաններ սույն հետազոտության շրջանակներում հնարավոր եղավ ձեռք բերվել միայն ԱՆ հարցում ուղղելու միջոցով:

Բացի այն, որ անվճար և արտոնյալ պայմաններով բուժօգնության բնագավառը կարգավորող իրավական ակտերից ոչ բոլորն են հասանելի, այդ բազմաթիվ իրավական ակտերն այնքան էլ պարզ և մատչելի չեն քաղաքացիների համար: Միակ հարթակը, որտեղ փորձ է արվել պետպատվերին վերաբերող կարգավորումների մի մասը ինչ-որ կերպ մատչելի ներկայացնել, ՊԱԳ-ի պաշտոնական կայքում առկա «Պետպատվերի տեղեկատվություն հանրության համար» բաժինն է⁹⁰:

Առաջարկություններ

- Պետական բյուջեից առողջապահության ֆինանսավորման շրջանակում քաղաքացիների իրազեկմանը հատկացվող ֆինանսական միջոցների բաշխումը վերանայել՝ ապահովելով քաղաքացիների իրազեկվածությունը հենց ԱՆ կողմից:

⁹⁰ ՊԱԳ պաշտոնական կայք. <https://sha.am/index.php/petpatver/hanrayin>

- Մշակել հստակ ցուցանիշներ, որոնցով հնարավոր կլինի տարեկան կամ որոշակի ժամանակահատվածը մեկ չափել քաղաքացիների իրազեկվածության մակարդակը:
- Պետպատվերով հիվանդանոցային բուժում ստացող հիվանդին իրազեկել իր իրավունքների և բուժօգնության ծավալների մասին ընդունարանից սկսած՝ պարտադիր տրամադրելով կնքված իրազեկման թերթիկը և դրա վրա ապահովելով հիվանդի ստորագրությունը:
- Հիվանդին տրամադրվող իրազեկման թերթիկի, ինչպես նաև ուղեգրերի դարձերեսին սահմանել քաղաքացիների հիմնական իրավունքները՝ անվճար բժշկական օգնության կազմակերպման համար անհրաժեշտ միջոցների ամբողջ ծավալը, սահմանված դեպքերում տվյալ բաժանմունքից այլ բաժանմունք կամ մեկ բժշկական կազմակերպությունից մեկ այլ բժշկական կազմակերպություն տեղափոխման հետ կապված քաղաքացիների իրավունքները, ուղեգրման, հերթագրման, ինչպես նաև բողոքարկման մեխանիզմները և այլն:
- Վերահսկել յուրաքանչյուր բժշկական կազմակերպության պաշտոնական կայքում առողջապահության նախարարի կողմից սահմանված պարտադիր տեղեկատվությունը տեղադրելու վերաբերյալ պահանջի կատարումը:
- Համավճարի սահմանաչափերի ձևավորման սկզբունքների ու դրանց զեղչման մեխանիզմների վերաբերյալ անհրաժեշտ տեղեկատվությունը նախատեսել համավճարի պայմանագրում, համապատասխան տեղեկատվությունը փակցնել հիվանդանոցների մուտքի մոտ՝ տեսանելի վայրերում, ինչպես նաև դրանք հրապարակել հիվանդանոցների կայքերում:
- Հիվանդների իրավունքները, դրանց պաշտպանության միջոցներն ամրագրել առողջապահության բնագավառը կարգավորող օրենսդրական ակտերում, իսկ ՀՀ ԱՆ և բժշկական կազմակերպությունների միջև կնքվող պայմանագրերում սահմանել բժշկական կազմակերպությունների համապատասխան պարտականությունները:
- ԱՆ և բժշկական կազմակերպությունների միջև կնքվող պետպատվերի պայմանագրերում սահմանել պատասխանատվության միջոցներ՝ իրազեկման հետ կապված բժշկական կազմակերպությունների պարտավորություններին վերաբերող պահանջների չկատարման համար:
- Վերանայել այն գերատեսչական իրավական ակտերը, որոնք իրենց բնույթով պետք է լինեն նորմատիվ, սակայն ներկայումս հաստատված են որպես անհատական իրավական ակտեր: Ապահովել այդ իրավական ակտերի պաշտոնական հրապարակումը:
- Պետպատվերին վերաբերող առողջապահության նախարարի անհատական իրավական ակտերը տեղադրել առողջապահության նախարարության պաշտոնական կայքում:
- Մշակել և հրապարակել պետպատվերով բժշկական օգնությունից օգտվողի ուղեցույց, որտեղ ավելի մատչելի ձևով կներկայացվեն ՀՀ կառավարության 318-Ն որոշմամբ և նախարարի հրամաններով կարգավորվող հարցերը:

4.3. Քաղաքացիների կողմից բողոքարկման հետ կապված խնդիրները

Ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ պետպատվերին վերաբերող հիվանդների իրավունքների խախտման դեպքում իրավական պաշտպանության արդյունավետ մեխանիզմները հիմնականում բացակայում են: Մասնավորապես.

1. ՀՀ ԱՆ «Թեժ գիծ» ծառայությունը չի հանդիսանում բողոքարկման պատշաճ եղանակ հիվանդի խախտված իրավունքների վերականգնման առումով: Մինչ օրս կարգավորված չեն «Թեժ գիծ» ծառայության գործունեության հետ կապված բազմաթիվ հարցերը: Այս ոլորտը կարգավորվում է նախարարի համապատասխան հրամանով, որում անդրադարձ է կատարվել ընդհանուր բնույթի հարցերին, իսկ թեժ գծով ստացված բողոքների դասակարգման, դրանց ընթացքի, ահազանգով ստացված բողոքներին պարտադիր պատասխանելու և դրանց վերջնաժամկետների վերաբերյալ, ինչպես նաև մի շարք այլ հարցեր փաստորեն ո՛չ նշված հրամանով և ո՛չ էլ որևէ այլ իրավական ակտով կարգավորված չեն⁹¹:

«Թեժ գիծ» ծառայության գործունեության վերաբերյալ յուրաքանչյուր շաբաթվա համար հաշվետու տեղեկանքներ են հրապարակվում, որոնցում ներկայացվում են հեռախոսազանգերի քանակը: Հեռախոսազանգերը ներկայացվում են ըստ առանձին առողջապահական ծառայությունների, և բոլոր տեղեկանքներն, առանց բացառության, ամփոփվում են նույն ձևակերպմամբ. «Քաղաքացիների կողմից բարձրացված հարցերը ուսումնասիրվել և քննարկվել են, տրվել են սպառնիչ պատասխաններ և համապատասխան լուծումներ: Խնդրահարույց դեպքերի առնչությամբ տրվել են լրացուցիչ հանձնարարականներ և

համապատասխան լուծումներ»⁹²: Նման հրապարակումների բովանդակությունը որևէ վերլուծական արժեք չի ներկայացնում, և հնարավոր չէ պարզել, թե բողոքներն իրականում ինչ ընթացք են ստանում: Ուսումնասիրության ընթացքում հիվանդանոցային բժշկական կազմակերպություններում բուժում ստացած և դուրս գրված հիվանդների հետ իրականացված հարցումներից պարզվեց, որ հիվանդների կողմից «Թեժ գծին» ուղղված բողոքարկման զանգերը լուծումներ չեն ստանում տարբեր պատճառներով:

2. Բժշկական կազմակերպություններում ղեկավար անձնակազմին բողոք ներկայացնելու արդյունավետ միջոցները բացակայում են: Այս մակարդակում միայն բացառիկ դեպքերում է խնդիրը լուծվում հիվանդի օգտին: Հիշարժան են նաև ՀՀ ԱՆ 49-Ն հրամանով սահմանված՝ պետական պատվեր իրականացնող բժշկական կազմակերպությունների կառավարման արդյունավետության գնահատման ցուցանիշների մեջ ներառված՝ սպասարկված քաղաքացիների ընդհանուր թվաքանակի նկատմամբ

«Ունենք ԱՆ թեժ գիծ, ցանկացած բողոքի ժամանակ, որը հիվանդանոցների հետ կապված, թեժ գիծը կապվում է մարզպետարանի համապատասխան բաժնի հետ, ճշտում են բողոքի իրական լինելը, եթե իրական է, ապա ձևավորվում է վարույթ, վարույթի շրջանակներում ուսումնասիրվում է, իսկ եթե բողոքը կենցաղային է, ապա վարույթ չի ձևավորվում և հարցը առանց փաստաթղթային շրջանառության է լուծվում»:
(մարզպետարանի առողջապահության բաժին)

⁹¹ ՀՀ ԱՆ 07.06.2011թ. թիվ 1102- Ա հրաման.

<http://www.moh.am/OrenqGorcox/1102.pdf>

⁹² Տեղեկանքներ <http://www.moh.am/texekatu/TEXEKANQ%2015-21%2002%202016.pdf>

<http://www.moh.am/texekatu/TEXEKANQ%2008-14%2002%202016.pdf>

<http://moh.am/texekatu/TEXEKANQ%2021-27%2012%202015.pdf>

քաղաքացիներից ստացված հիմնավորված դժգոհությունների և բողոքների թվի տեսակարար կշռի վերաբերյալ դրույթները⁹³: Այս դեպքում պարզապես անհասկանալի է, թե ինչպես պետք է պարզվի դրանց տեսակարար կշիռը, երբ կարգավորված չեն նաև բողոքների ընդունման, դրանց ընթացք տալու և քաղաքացիների հետ հետադարձ կապի հետ կապված հարաբերությունները:

3. Թեժ գծով հեռախոսազանգերի և բողոքարկման ներհիվանդանոցային մեխանիզմներից զատ՝ բողոքարկման այլ մեխանիզմները նույնպես արդյունավետ չեն գործում: Խոսքը վերաբերում է վարչական, այլ արտադատական և դատական պաշտպանության մեխանիզմներին:

Վարչական կարգով, «Վարչարարության հիմունքների և վարչական վարույթի մասին» ՀՀ օրենքին համապատասխան, վերջին մեկ տարվա ընթացքում ՀՀ ԱՆ կողմից պետպատվերի բնագավառում հարուցվել է ընդամենը մեկ վարույթ, որը սակայն կարճվել է՝ իրավախախտման բացակայության պատճառով⁹⁴:

Մարդու իրավունքների պաշտպանի (այսուհետ՝ ՄԻՊ) գրասենյակ պետպատվերին վերաբերող բողոքներով դիմած քաղաքացիների մեծ մասի մոտ խնդիրները հիմնականում առնչվել են իրենց իրավունքների վերաբերյալ իրազեկված չլինելուն: Հենց դա է պատճառը, որ պաշտպանի կողմից արագ արձագանքման արդյունքում այդ դեպքերը հիմնականում դրական ելք են ունեցել, քանի որ անիրազեկությունից բացի այլ խնդիր չի եղել: Իսկ այլ դեպքերում բողոքների դրական հանգուցալուծման առումով ՄԻՊ ունեցած լիազորությունները սահմանափակ են: Ի տարբերություն մի շարք զարգացած երկրների՝ ՀՀ ՄԻՊ-ը չունի լիազորություն կիրառելու վարչական պատասխանատվության միջոցներ այն մարմինների կամ կազմակերպությունների նկատմամբ, որոնք չեն վերացնում խախտումը իր զգուշացումից հետո: Նման դեպքերում գործում է միայն պաշտպանի գրասենյակի կողմից հայտարարություններ անելու, մամուլում հրապարակումներ տալու և խախտումները տարեկան գեկույցում ներկայացնելու պրակտիկան⁹⁵:

Փաստորեն ստացվում է, որ քաղաքացիների կողմից իրենց իրավունքների դեմ խախտումները վերացնելու միակ եղանակը պետք է լինի դատական պաշտպանությունը՝ յուրաքանչյուր առանձին դեպքում իրավունքների խախտումը դատական կարգով բողոքարկելը: Մինչդեռ բողոքարկման արտադատական եղանակները կարող են լինել շատ ավելի արդյունավետ և պակաս ժամանակատար:

Դատական պաշտպանության առումով հարկ է նշել, որ նշված բնագավառում չկան նույնիսկ դատական պաշտպանության օրինակներ (վերջին երեք տարում առկա է ընդամենը մեկ դատական գործ՝ կապված 318-Ն որոշման կիրարկման հետ, որով կայացվել է հայցը մերժելու մասին վճիռ⁹⁶), ինչը բնավ չի խոսում այն մասին, որ բողոքներ չկան, այլ էլ ավելի ամրապնդում է այն պնդումը, որ արդյունավետ արտադատական եղանակների ներդրումը անհրաժեշտություն է:

Ստացվում է, որ կարգապահական կամ այլ պատասխանատվության ենթարկելու հետ կապված հարցերը թափանցիկ չեն: Անգամ եթե գոյություն ունի ներքին կարգ, որով բժիշկը ենթարկվում է կարգապահական պատասխանատվության, ապա դա չի հրապարակվում, և սույն հետազոտության շրջանակներում հարցման ենթարկված որևէ հիվանդ տեղյակ չէր, որ թեժ գծի միջոցով իր կողմից ներկայացված բողոքի արդյունքում համապատասխան բժիշկը

⁹³ ՀՀ ԱՆ 17.09.2015թ. թիվ 49-Ն հրաման, հավելված 2 <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=102270>

⁹⁴ ՀՀ առողջապահության նախարարության 30.03.2016թ. ԱԿ/3278-16 գրություն

⁹⁵ «Մարդու իրավունքների պաշտպանի մասին» ՀՀ օրենք, հոդված 17. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=90940>

⁹⁶ Թիվ ԵՇԴ/0654/02/20/13. <http://datalex.am/?app=AppCaseSearch>

պատասխանատվության է ենթարկվել, և իր խախտված իրավունքները կարող են վերականգնվել:

Ստացվում է, որ անվճար և արտոնյալ պայմաններով բուժօգնության ոչ բավարար որակը մեծ հաշվով պայմանավորված է նաև հիվանդների իրավունքների ոչ արդյունավետ պաշտպանությամբ, հաճախ էլ՝ գործընթացների ոչ թափանցիկությամբ, հետևաբար իրավիճակի վրա ազդելու հիվանդների հնարավորությունները գրեթե բացառվում են: Հարկ է նշել, որ Հիվանդների իրավունքների եվրոպական խարտիան սահմանել է քաղաքացիների իրավունքը՝ մասնակցելու առողջապահական իրավունքներին առնչվող պետական քաղաքականության սահմանմանը, իրականացմանը և *գնահատմանը*⁹⁷: Թեև խարտիան իրավաբանորեն պարտադիր փաստաթուղթ չէ, սակայն դրանով սահմանված հիվանդների իրավունքները ճանաչվել են մի շարք եվրոպական երկրներում: Խարտիան նաև օգտագործվել է որպես ելակետ՝ Եվրոպայի առողջապահական համակարգերի մոնիթորինգի և գնահատման համար:

Առաջարկություններ

- Հիվանդների իրավունքները, դրանց պաշտպանության միջոցներն ամրագրել առողջապահության բնագավառը կարգավորող օրենսդրական ակտերում, իսկ ԱՆ և բժշկական կազմակերպությունների միջև կնքվող պայմանագրերում սահմանել բժշկական կազմակերպությունների համար համապատասխան պարտականություններ:
- Հիվանդներին տրամադրվող իրազեկման թերթիկի, ինչպես նաև ուղեգրերի դարձերեսին նախատեսել քաղաքացիների իրավունքների խախտման դեպքում բողոքարկման մեխանիզմները:
- Նախարարի հրամանով կանոնակարգել՝
 - Քաղաքացիների կողմից իրենց իրավունքների խախտումների վերաբերյալ ԱՆ թեժ գիծ դիմելու դեպքում բողոքներին պաշտոնապես պատասխանելու ժամկետները, քաղաքացիների հետ հետադարձ կապն ապահովելու պարտականությունները և բողոքից բխող այլ իրավահարաբերությունները: Լիազոր մարմինը պետք է կրի հիվանդին հարցի լուծման ընթացքի կամ լուծման անհնարինության մասին տեղեկացնելու, իսկ հիվանդի վերականգնված առողջապահական իրավունքների դեպքում համապատասխան տեղեկատվությունը գաղտնիք չպարունակող մասով ԱՆ պաշտոնական կայքում հրապարակային դարձնելու պարտականությունը:
 - Քաղաքացիների կողմից իրենց իրավունքների խախտումների վերաբերյալ բողոքարկման ներհիվանդանոցային մեխանիզմները՝ սահմանելով տվյալ բժշկական կազմակերպության այն պաշտոնատար անձին, ում պետք է ներկայացվի բողոքը, պատասխանելու ժամկետները, պաշտոնապես պատասխանելու կարգը, քաղաքացիների հետ հետադարձ կապը ապահովելու պարտականությունները և բողոքից բխող այլ իրավահարաբերությունները:
 - Քաղաքացիների կողմից իրենց իրավունքների խախտումների վերաբերյալ վարչական բողոք ներկայացնելու կարգը՝ սահմանելով այն վերադաս

⁹⁷ European charter of patients' rights, 2002, մաս 3.

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf

մարմինների ցանկը, ում կարելի է վարչական բողոք ներկայացնել՝ «Վարչարարության հիմունքների և վարչական վարույթի մասին» ՀՀ օրենքին համապատասխան:

Գլուխ 5. Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման նկատմամբ վերահսկողություն

5.1 Իրավական կարգավորումները

Այս բաժնի առաջին մասը անդրադառնում է որակի հսկողությանը վերաբերող իրավական կարգավորումներին, իսկ 2-րդ և 3-րդ մասերը՝ ՀՀ առողջապահության նախարարության և պետական կառավարման այլ մարմինների կողմից պետպատվերի գործընթացների նկատմամբ վերահսկողությանը:

1. Առողջապահական կազմակերպությունների գործունեության գնահատման, պետական ծրագրերի արժևորման և առկա ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման տեսանկյունից **որակի հսկողությունը** և գնահատումը խիստ կարևոր է: Հաշվի առնելով բժշկական օգնության և սպասարկման որակի բարելավման հրատապությունն ու առողջապահական համակարգում առկա կոռուպցիոն ռիսկերը՝ 2013թ. ՀՀ առողջապահության նախարարի համապատասխան հրամանով հաստատվեց բժշկական օգնության և սպասարկման որակի բարելավման և կոռուպցիոն ռիսկերի նվազեցմանն ուղղված միջոցառումների ցանկը⁹⁸: Այդ ցանկով նախատեսվել էր բուժօգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական կազմակերպություններում ստեղծել «որակի հանձնաժողովներ»:

Բացի այդ, ՀՀ ԱՆ թիվ 49-Ն հրամանով սահմանված պետական պատվեր իրականացնող բժշկական կազմակերպությունների կառավարման արդյունավետության գնահատման ցուցանիշներից մեկը հենց բժշկական կազմակերպությունում բժշկական օգնության և սպասարկման որակի վերահսկման հանձնաժողովի առկայությունն է⁹⁹: Նույն հրամանով սահմանված մեկ այլ ցուցանիշ է քաղաքացիներից ստացված հիմնավորված դժգոհությունների և բողոքների թվի տեսակարար կշիռը տվյալ բժշկական կազմակերպության կողմից սպասարկված քաղաքացիների ընդհանուր թվաքանակի նկատմամբ:

ՀՀ առողջապահության նախարարի կողմից 2014թ. ստեղծվել են նաև բժշկական կազմակերպություններում որակի վերահսկման մասնագիտական հանձնաժողովներ¹⁰⁰: Նման հանձնաժողովներ ստեղծված էին նաև մինչ այդ՝ ՀՀ ԱՆ 10.12.2013թ. թիվ 3204-Ա հրամանով¹⁰¹:

Բացի այդ, ՀՀ կառավարության կողմից 2015թ. ընդունված հիվանդանոցային բուժօժանայությունների որակի ապահովման ռազմավարությամբ նախատեսված է, որ հիվանդանոցային բուժօժանայությունների որակի ապահովման և բարելավման համակարգերի հաջող ներդրման համար կարևոր պայման է առողջապահության համակարգի համապատասխան մեխանիզմների ստեղծումը ՀՀ առողջապահության նախարարությունում՝ հիվանդանոցային բուժօժանայությունների որակի բարելավման

⁹⁸ ՀՀ ԱՆ 10.12.2013թ. թիվ 3204-Ա հրաման. <http://www.moh.am/Hakakorupcion/3204.pdf>

⁹⁹ ՀՀ ԱՆ 17.09.2015թ. 49-Ն հրաման. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=102270>

¹⁰⁰ ՀՀ ԱՆ 16.01.2014թ. 37-Ա հրաման

¹⁰¹ ՀՀ ԱՆ 10.12.2013թ. թիվ 3204-Ա հրաման. <http://www.moh.am/Hakakorupcion/3204.pdf>

կենտրոնական խորհրդի միջոցով: Այդ խորհրդի հիմնական խնդիրն է բուժժառայությունների որակի ապահովման և բարելավման քաղաքականության սահմանումը, կանոնակարգումը, ծրագրումը և իրագործման մեջ ներգրավված կառույցների գործունեության ընդհանուր ղեկավարումը: Իսկ բուժժառայությունների որակի բարելավման մարզային և Երևանի քաղաքային խորհուրդների հիմնական խնդիրը մարզերում և Երևան քաղաքում գործող բժշկական կազմակերպություններում բուժժառայությունների որակի ապահովման և բարելավման գործընթացների իրականացումն է¹⁰²:

2. Թիվ 318-Ն որոշմամբ սահմանվել է, որ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային ծառայությունների դիմաց փոխհատուցված միջոցների նպատակային օգտագործման ու բժշկական օգնության որակի նկատմամբ հսկողությունն իրականացնում է **ՀՀ առողջապահության նախարարությունը**¹⁰³: Կազմակերպությունների կողմից կատարված աշխատանքների վերաբերյալ ներկայացված ամսական հաշվետվությունները՝ կնքված պայմանագրի պահանջների համապատասխան, նույնպես վերահսկվում են ԱՆ կողմից: Այդ հաշվետվությունների ստուգման կարգն ու պայմանները սահմանում է նախարարը:

Առողջապահության նախարարությունը պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բուժօգնության նկատմամբ հսկողություն իրականացնելու համար իր կազմում ունի ըստ Էության երկու առանձնացված ստորաբաժանում՝ պետական առողջապահական գործակալություն և առողջապահական պետական տեսչություն¹⁰⁴:

Այդ առումով անհրաժեշտ է նշել, որ առողջապահության նախարարությունը պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բուժօգնության նկատմամբ վերահսկողությունը հիմնականում իրականացնում է ՊԱԳ-ի միջոցով: ՀՀ առողջապահության նախարարության պետական առողջապահական գործակալության կանոնադրության համաձայն՝ գործակալությունը ոչ միայն կազմակերպում է պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում բժշկական կազմակերպությունների հետ պայմանագրերի կնքումը և փաստացի կատարված աշխատանքների դիմաց ֆինանսական միջոցների հատկացումը, այլև ապահովում է ՀՀ պետական բյուջեից տրամադրվող ֆինանսական միջոցների արդյունավետ ու նպատակային օգտագործումը, պատասխանատու է առողջապահության բնագավառում մատուցվող ծառայությունների որակի, ինչպես նաև դրանց՝ օրենքներին և այլ իրավական ակտերին համապատասխանության համար: Դրանց շրջանակներում ՊԱԳ-ը իր ստորաբաժանումների միջոցով իրականացնում է՝

- բժշկական օգնություն իրականացնողների կողմից պետական պատվերի շրջանակներում կատարված աշխատանքների որակի և ծավալի՝ սահմանված չափանիշներին համապատասխանության վերահսկումը
- բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների կողմից պետական պատվերի շրջանակներում իրականացվող բժշկական օգնության և սպասարկման գործընթացի մշտադիտարկում, կատարված աշխատանքների վերլուծություն և փորձագիտական գնահատում¹⁰⁵:

¹⁰² ՀՀ կառավարության 26.02.2015թ. թիվ 8 արձանագրային որոշում. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=96114>

¹⁰³ Թիվ 318-Ն որոշում, կետ 2, ենթակետ 3

¹⁰⁴ ՀՀ կառավարության 15.08.2002թ. N 1300-Ն որոշում. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=85472>

¹⁰⁵ ՀՀ կառավարության 15.08.2002թ. N 1301-Ն որոշում, հավելված, կետ 8.
<http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=87386>

3. ՀՀ առողջապահության նախարարությունից դուրս պետական այլ մարմիններ և սօժոված են լայն վերահսկողական գործառնություններով՝ դրանք իրականացնելով նաև առողջապահության բնագավառում: Այսպես, ՀՀ Սահմանադրության և «Վերահսկիչ պալատի մասին» ՀՀ օրենքի համաձայն՝ **վերահսկիչ պալատը** վերահսկողություն է իրականացնում պետական բյուջեի միջոցների օգտագործման օրինականության և արդյունավետության նկատմամբ: Մասնավորապես՝ վերահսկիչ պալատի կողմից կարող է իրականացվել ֆինանսական, համապատասխանության (պետական բյուջեի միջոցների օգտագործման համապատասխանությունն իրավական ակտերով սահմանված պահանջներին) և արդյունավետության (կատարողական) վերահսկողություն (բյուջետային միջոցների օգտագործման, ինչպես նաև առաջադրված նպատակին հասնելու արդյունավետության ստուգում):

ՀՀ Նախագահի թիվ ՆԿ-126-Ն կարգադրության համաձայն՝ **ՀՀ Նախագահի վերահսկողական ծառայությունը**, ի թիվս այլ լիազորությունների, իրավասու է իշխանության հանրապետական և տարածքային կառավարման մարմինների աշխատակազմերում, տեղական ինքնակառավարման մարմինների աշխատակազմերում, դրանց ենթակա պետական (համայնքային) կազմակերպություններում ստուգումներ և ուսումնասիրություններ իրականացնելու¹⁰⁶:

ՀՀ վարչապետի վերահսկողական ծառայությունը իրավասու է վերահսկողություն իրականացնել ՀՀ կառավարության և վարչապետի որոշումների, ՀՀ կառավարության կողմից հաստատված ծրագրերի կատարման, ՀՀ վարչապետի փոխանցած հանձնարարականների կատարման, ՀՀ նախարարությունների և պետական կառավարման մարմինների վերահսկողական գործառնություններ իրականացնող ստորաբաժանումների կողմից կանոնադրական գործառնությունների իրականացման նկատմամբ¹⁰⁷:

ՀՀ կառավարության 612-Ն որոշման համաձայն՝ **ՀՀ ֆինանսների նախարարության աշխատակազմի ֆինանսաբյուջետային վերահսկողության տեսչությունը** «Բյուջետային համակարգի մասին» ՀՀ օրենքի պահանջներին համապատասխան՝ ստուգումների միջոցով հսկողություն է իրականացնում պետական բյուջեի կատարման նկատմամբ: Մասնավորապես՝ տեսչությունը հսկողություն է իրականացնում պետական բյուջեով նախատեսված ծախսերի կատարման իսկության, նպատակայնության և արդյունավետության, պետական մարմինների կողմից ՀՀ պետական բյուջեից առևտրային և ոչ առևտրային կազմակերպություններին (անկախ կազմակերպական-իրավական ձևից) տրամադրվող հատկացումների արդյունավետ և նպատակային օգտագործման ուղղությամբ և այլն¹⁰⁸:

5.2 Որակի հսկողության հետ կապված խնդիրները

Չնայած վերը նշված իրավական կարգավորումներին՝ ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ որակի հսկողության առումով առկա են հետևյալ խնդիրները.

¹⁰⁶ ՀՀ Նախագահի 18.07.2008 թիվ ՆԿ-126-Ն կարգադրություն. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=45733>

¹⁰⁷ <http://gov.am/am/staff-structure/info/79/>

¹⁰⁸ ՀՀ կառավարության 12.06.2014 թիվ 612-Ն որոշում. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=91082>

1. Բժշկական կազմակերպություններում որակի վերահսկման մասնագիտական հանձնաժողովների գործունեությունը անբավարար է՝ որակի գնահատման հստակ չափորոշիչների և ընթացակարգերի բացակայության պատճառով¹⁰⁹: Դրանք լավագույն դեպքում քննարկում են միայն առանձին դեպքեր, իսկ առավել կարևոր բուժօգնության և ծառայությունների որակի ընթացիկ հսկողություն չեն իրականացնում և չեն էլ կարող պատշաճ իրականացվել՝ որակի գնահատման հստակ չափանիշների բացակայության պայմաններում: Բացի այդ, առկա չէ նաև որևէ մեխանիզմ՝ պարզելու անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով տրամադրվող բուժօգնությունը ստացած և դուրսգրված հիվանդների գնահատականը դրա որակի վերաբերյալ: Իսկ առողջապահության նախարարությունից ստացված տեղեկատվության համաձայն՝ հիվանդանոցային բուժօժանայությունների որակի ապահովման և բարելավման կենտրոնական, մարզային և Երևանի քաղաքային խորհուրդները դեռևս չեն ստեղծվել, և չկա որևէ տեղեկատվություն ռազմավարությամբ նախատեսված այդ խորհուրդների ստեղծման ժամկետների և հեռանկարի վերաբերյալ¹¹⁰:

2. Բուժօգնության որակի գնահատման և վերահսկման չափորոշիչները և ընթացակարգերը սահմանված չեն: Այսօր ավելի քան երբևիցե բժշկական կազմակերպություններում առկա են բուժօգնության որակի ապահովման լրջագույն խնդիրներ, որոնք վերաբերում են ինչպես հիվանդի իրավունքներին և սրանց իրազեկման խնդիրներին, այնպես էլ իրականացվող բուժօգնության ընթացքին և արդյունքներին: Բուժօգնության որակի գնահատման և վերահսկման չափորոշիչների փաստացի բացակայությունը, ըստ Էության, խաթարում է ինչպես ոլորտի կառավարման արդյունավետությունը, այնպես էլ որակի նկատմամբ արդյունավետ հսկողության ապահովումը: Դա նաև ամրագրված է հիվանդների իրավունքների եվրոպական խարտիայում՝ յուրաքանչյուր անձ իրավունք ունի ստանալ բարձրորակ բժշկական ծառայություններ, որոնք պետք է հիմնված լինեն հստակ չափորոշիչների վրա¹¹¹:

Դրա արդյունքում առաջանում են ինչպես բուժման տեխնոլոգիական պրոցեսների խախտման դեպքեր, այնպես էլ թերի բուժման կամ ավելի հաճախ՝ անփոփոխ ելքով բուժման դեպքեր: Ավելին, թերի և ոչ որակյալ բուժօգնության դեպքերը հաճախ պետության կողմից ֆինանսական փոխհատուցում են ստանում ընդունված ընդհանուր սկզբունքներով՝ առանց հաշվի առնելու որակական տարբերությունները:

3. Առողջապահական համակարգում մինչ օրս մասամբ կիրառվում են խորհրդային տարիներին մշակված նորմատիվ ակտեր, չափորոշիչներ և բուժման սխեմաներ, որոնց մեծ մասը կորցրել է իր արդիականությունը, իսկ երբեմն նույնիսկ նպատակին ծառայելու փոխարեն ստեղծում է կազմակերպությունների բնականոն գործունեության խոչընդոտներ: Հիշարժան է, որ դեռևս ոչ վաղ անցյալում գործում էին բժշկական կազմակերպությունների կողմից բնակչությանը տրամադրվող բուժօգնության որակը բնորոշող խիստ կարևոր այնպիսի ցուցանիշներ, ինչպիսիք էին կրկնակի վիրահատությունները, մեկ տարվա ընթացքում կրկնակի հոսպիտալացման դեպքերը (վիրահատությունների բարդությունների

¹⁰⁹ «Առողջապահական համակարգի 2015-2020 թվականների զարգացման հայեցակարգին, հայեցակարգի կատարումն ապահովող միջոցառումների ծրագրին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության որոշման նախագիծ, գլուխ 4. <http://www.moh.am/OrengMshakum/naxaqits16.doc>

¹¹⁰ ՀՀ առողջապահության նախարարության 30.03.2016թ. ԱԿ/3278-16 գրություն

¹¹¹ Հիվանդների իրավունքների եվրոպական խարտիայում ամրագրված է յուրաքանչյուր անձի՝ բարձրորակ բժշկական ծառայություններ ստանալու իրավունքը, որոնք պետք է հիմնված լինեն հստակ չափորոշիչների վրա. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf

հաճախականությունը = բարդություններով վիրահատությունների քանակ/վիրահատությունների ընդհանուր քանակ $\times 100\%$) և այլն: Այսօր կարծես թե որևէ հսկողության չեն ենթարկվում և անգամ ընդհակառակը՝ վերը նշված ցուցանիշներին չբավարարող դեպքերը հանդիսանում են ֆինանսավորման համար բավարար պայման, և խրախուսվում է նման դեպքերի պետական փոխհատուցումը ամբողջ ծավալով:

Արդյունքում բժշկական կազմակերպություններում բուժօգնության որակի նկատմամբ ներքին հսկողությունը գործում է ցածր արդյունավետությամբ, իսկ եղած գործառույթների անբավարար թափանցիկությունը և վերահսկողական մեխանիզմների անկատարությունը ստեղծում են կոռուպցիոն դրսևորումների համար նպաստավոր պայմաններ:

Առաջարկություններ

- Կատարելագործել մատուցվող բժշկական օգնության և ծառայությունների որակի նկատմամբ բժշկական կազմակերպությունների ներքին վերահսկողության համակարգը և սահմանել վերահսկողական գործառույթները երաշխավորող ընթացակարգեր՝ թե՛ որակի հանձնաժողովների և թե՛ տնօրինության համար:
- Ներդնել բուժօգնության որակի գնահատման և վերահսկման չափորոշիչներ և ցուցանիշներ, որոնք կնպաստեն նշված բնագավառում ներքին կառավարման, այդ թվում՝ որակի հանդեպ հսկողության արդյունավետության բարձրացմանը: Բժշկական օգնության և ծառայությունների որակի վերահսկողությունը պետք է ներառի՝
 - ժամանակին և արդյունավետ բուժօգնության կազմակերպումը
 - ռեսուրսների արդյունավետ և նպատակային օգտագործումը
 - հիվանդի առողջապահական պահանջմունքների բավարարումը
 - բուժման արդյունավետությունը:
- Մշակել և նորմատիվ իրավական ակտերով հաստատել բժշկական չափորոշիչներ՝ դրանց պարբերաբար վերանայումը կարգավորելով օրենքով, որը կնպաստի նաև բժշկական օգնության և ծառայությունների անվտանգության ապահովմանը և որակի վերահսկմանը:
- Նախատեսել դուրսգրվող հիվանդների կողմից պետպատվերի շրջանակներում տրամադրվող բուժօգնության որակից բավարարվածության ստուգման օբյեկտիվ մեխանիզմներ (գաղտնի և անանուն գնահատում), որոնց արդյունքները կարող են դառնալ հաջորդ տարում տվյալ բժշկական կազմակերպության հետ ՊԱԳ-ի կողմից կնքվող պայմանագրերի վերանայման հիմք:

5.3 ՀՀ ԱՆ կողմից վերահսկողության հետ կապված խնդիրներ

Ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ ՀՀ ԱՆ կողմից վերահսկողության բնագավառում ևս առկա են որոշակի խնդիրներ: Մասնավորապես.

1. Պետպատվերի գործընթացներում չկան անհրաժեշտ չափորոշիչներ ՀՀ ԱՆ կողմից ամբողջական հսկողություն իրականացնելու համար: Մասնավորապես՝ պարզ չէ, օրինակ, թե ՊԱԳ-ը ինչպես պետք է ապահովի բժշկական օգնություն իրականացնողների կողմից պետական պատվերի շրջանակներում կատարված աշխատանքների որակի վերահսկողությունը, առավել ևս՝ կանոնադրությամբ նախատեսված «որակի սահմանված չափանիշներին համապատասխանության վերահսկում» գործառույթը նման չափանիշների

բացակայության պայմաններում: Ստացվում է, որ գործակալությունը օբյեկտիվորեն չի կարող ամբողջությամբ ապահովել այս ոլորտում մատուցվող ծառայությունների որակը, արդյունավետությունը, դեղերի անվտանգությունը, քանի դեռ չկան սահմանված չափանիշներ:

2. Մինչ օրս հիվանդանոցային բժշկական ծառայությունների չափորոշիչների մեծ մասն ընդունված չէ, իսկ ընդունվածների տեղն էլ պարզ չէ իրավական ակտերի համակարգում:

Մինչդեռ դրանք պետք է արդեն ընդունված լինեին՝ նկատի ունենալով ՀՀ կառավարության 2006թ. դեկտեմբերի 21-ի թիվ 1841-Ն որոշման պահանջները¹¹²: Ընդունված չափորոշիչների գերակշիռ մասն էլ չի համապատասխանում ժամանակակից պահանջներին, քանի որ ընդունվելուց հետո պարբերաբար չի վերանայվել¹¹³: Բացի այդ, դրանք հիմնականում ընդունվում են որպես գերատեսչական անհատական իրավական ակտեր, որոնք չեն պարունակում նորմատիվ՝ պարտադիր վարքագծի կանոններ, և, հետևաբար, չկատարման դեպքում չեն կարող առաջացնել իրավական հետևանքներ: Ստացվում է, որ մշակված կլինիկական չափորոշիչները առավելապես իրենցից ներկայացնում են կրթական նյութեր: Իսկ որպես նորմատիվ իրավական ակտեր ընդունվում են բացառապես պետական պատվերի շրջանակներում բժշկական օգնության և սպասարկման չափորոշիչները, որոնց հիման վրա էլ ներկայումս ՊԱԳ-ը իրականացնում է բուժօգնության *որակի* վերահսկողություն:

3. ՊԱԳ-ը իր ունեցած ռեսուրսներով չի կարող ապահովել և՛ պայմանագրերի կնքման հետ կապված գործընթացները, և՛ բուժօգնության պետական պատվերի ծավալների, ֆինանսավորման և նպատակային ծրագրերի կատարման նկատմամբ պարբերական և ամբողջական վերահսկողությունը: Իսկ 2013թ. ԱՆ կազմում գործող առողջապահության բնագավառում տեսչական հսկողություն իրականացնող մասնագիտացված առանձին մարմինը՝ առողջապահության տեսչությունը, ում լիազորությունների մեջ մտնում է նաև պետպատվերի նկատմամբ հսկողության իրականացումը, պատշաճ հսկողություն չի իրականացնում այս բնագավառում: Մասնավորապես.

- Առողջապահական պետական տեսչությունն իր կանոնադրությամբ սահմանված կարգով իրականացնում է ՀՀ առողջապահության նախարարությանը վերապահված վերահսկողական գործառնություններ և իրավասու է կիրառել պատասխանատվության միջոցներ առողջապահության օրենսդրությամբ սահմանված նորմերի կիրառման բնագավառներում: Այսպես, տեսչության գործառնությունների մեջ է մտնում ստուգումների իրականացումը բժշկական կազմակերպությունների կողմից քաղաքացիներին տրամադրվող բժշկական օգնության և սպասարկման *որակի* և անվտանգության, քանակական ու *որակական բնութագրիչների, կլինիկական ստանդարտների* և ուղեցույցների կատարման նկատմամբ, բժշկական օգնության և սպասարկման կանոնների, տեխնիկական կանոնակարգերի, կարգերի, *չափորոշիչների, չափանիշների, նորմերի* և բժշկական զննության իրականացման՝ օրենսդրության պահանջների համապատասխանության նկատմամբ¹¹⁴: Այս

¹¹² ՀՀ կառավարության 2006թ. դեկտեմբերի 21-ի թիվ 1841-Ն որոշում, հավելված.

<http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=30074>

¹¹³ ՀՀ ԱՆ 04.05.2010թ. 697-Ա հրաման.

<http://moh.am/Nova/Nova2/National%20Standards%20for%20Normal%20Childbirth%20Management.%202010.pdf>

¹¹⁴ ՀՀ կառավարության 25.07.2013թ. թիվ 857-Ն որոշում, կետ 4. <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=98210>

լիազորություններն իրականացնելու նպատակով տեսչության կազմում ընդգրկված կառուցվածքային ստորաբաժանումներից մեկը հենց բժշկական օգնության և սպասարկման, կլինիկական ստանդարտների և ուղեցույցների վերահսկողության բաժինն է: Սակայն ԱՆ ստացված տեղեկատվության հանաձայն՝ տեսչությունը 2013-2016թթ ընթացքում նշված ուղղություններով ստուգումներ չի իրականացրել¹¹⁵:

- Մինևոյն ժամանակ, «ՀՀ-ում ստուգումների կազմակերպման և անցկացման մասին» ՀՀ օրենքի համաձայն՝ առողջապահության նախարարությունն ընդգրկված է ստուգում իրականացնող մարմինների ցանկում, սակայն հստակ չէ վերջինիս կողմից իրականացվող ստուգումների շրջանակը: Նույն օրենքի հիման վրա նախարարությունը, որպես առողջապահության ոլորտում լիցենզավորում իրականացնող մարմին, իրավասու է նաև վերահսկողություն իրականացնել իր կողմից լիցենզավորված անձանց կողմից լիցենզիայի պարտադիր պահանջների և պայմանների պահպանման նկատմամբ¹¹⁶:

Տեսչության կողմից հսկողական գործառույթներ փաստացի իրականացվում են հիմնականում միայն «Վարչարարության հիմունքների և վարչական վարույթի մասին» ՀՀ օրենքի շրջանակներում, հիմնականում բողոքների կամ ահազանգերի դեպքում, ինչը չի կարող դիտարկվել որպես տեսչական ստուգում¹¹⁷, հաշվի առնելով այդ օրենքների գործողության ոլորտների և նպատակների տարբերությունը (վարչական վարույթը հարուցվում է վարչական մարմնի նախաձեռնությամբ կամ անձի դիմումի, բողոքի հիման վրա և ուղղված է վարչական ակտ ընդունելուն, վարույթի իրականացման համար ընդհանուր ժամկետը 30 օր է և այլն): Իսկ ստուգումների իրականացումը, ընթացակարգը և նպատակները այլ են՝ ռիսկի վրա հիմնված ստուգումների համակարգ, որի շրջանակներում սուբյեկտները դասակարգվում են ըստ ռիսկայնության աստիճանի, հաստատվում է ստուգումների տարեկան ծրագիր և այլն:

Առաջարկություններ

- Ներդնել բուժօգնության որակի գնահատման և վերահսկման չափորոշիչներ, որոնք կնպաստեն նշված բնագավառում վերահսկողական գործառույթների արդյունավետ և ժամանակին իրականացմանը:
- Մշակել և նորմատիվ իրավական ակտերով հաստատել բժշկական չափորոշիչներ՝ դրանց պարբերաբար վերանայումը կարգավորելով օրենքով:
- Վերանայել բոլոր այն գերատեսչական իրավական ակտերի բնույթը, որոնք հաստատվել են գերատեսչական անհատական իրավական ակտերի տեսքով՝ միաժամանակ սահմանելով պատասխանատվության միջոցներ դրանց խախտման համար:
- Ստեղծել գործուն մեխանիզմներ ԱՆ առողջապահական պետական տեսչության կողմից կանոնադրության 8-րդ կետի 2-րդ ենթակետով իրեն վերապահված բժշկական օգնության և սպասարկման որակի և անվտանգության, որակական բնութագրիչների, կլինիկական ստանդարտների և ուղեցույցների կատարման նկատմամբ պատշաճ հսկողություն իրականացնելու համար:

¹¹⁵ ՀՀ առողջապահության նախարարության 30.03.2016թ. ԱԿ/3278-16 գրություն

¹¹⁶ «ՀՀ-ում ստուգումների կազմակերպման և անցկացման մասին» ՀՀ օրենք, հոդված 2.

<http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=98292>

¹¹⁷ Այդ մասին առավել մանրամասն տես 3.3.2-րդ բաժնում

- Բարձրացնել առողջապահական պետական տեսչության գործունեության թափանցիկությունը, հաշվետվողականությունը և արդյունավետությունը:

5.4 Պետական կառավարման այլ մարմինների կողմից վերահսկողության հետ կապված խնդիրներ

Սույն ուսումնասիրության արդյունքում պարզ դարձավ, որ պետական կառավարման այլ մարմինների կողմից պետպատվերի ոլորտի նկատմամբ վերահսկողության իրականացման գործընթացներում առկա են որոշ խնդիրներ: Մասնավորապես.

1. Վերահսկիչ պալատի կողմից պետպատվերի նկատմամբ վերահսկողությունը հիմնականում իրականացվում է բյուջետային առանձին ծրագրերի մասով, որոնց արդյունքում հայտնաբերված խախտումների դեպքում ձեռնարկված միջոցառումները հրապարակային չեն: Անցկացված հարցազրույցը, ինչպես նաև վերահսկիչ պալատի կողմից հրապարակված հաշվետվությունները ցույց տվեցին, որ վերահսկիչ պալատը վերջին 3 տարում պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ բուժօգնության ամբողջ ծավալի նկատմամբ որևէ կազմակերպությունում վերահսկողություն չի իրականացրել: Վերահսկիչ պալատի կողմից վերահսկողությունը հիմնականում իրականացվում է բյուջետային առանձին ծրագրերի նկատմամբ, որոնց մեջ հազվադեպ լինում են նաև պետության կողմից ֆինանսավորվող բժշկական ծառայություններ: Օրինակ՝ 2013 և 2014 թվականներին վերահսկողություն է իրականացվել մի քանի առանձին ծրագրերի նկատմամբ՝ տուբերկուլոզի, հոգեկան և նարկոլոգիական հիվանդների բժշկական օգնության և խնամքի ծառայությունների, դեղերի, դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների գծով¹¹⁸:

«Հոգեկան և նարկոլոգիական հիվանդների բժշկական օգնության և խնամքի ծառայություններ» ծրագրի նկատմամբ վերահսկողության արդյունքները կարելի է համարել ոլորտի նկատմամբ հետևողական վերահսկողության դրական օրինակ, քանի որ դրա և մեկ այլ ծրագրի՝ «Տուբերկուլոզի բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրի վերահսկողության արդյունքում դեռևս 2013թ. ՀՀ կառավարությանն առաջարկել էր վերանայել ֆինանսավորման համակարգը՝ նկատի ունենալով, որ իրական ծախսերի մակարդակը այդ ժամանակ կիրառվող մեթոդաբանությամբ (կատարողականի վրա հիմնված ֆինանսավորման մեթոդ) հնարավոր չէր արդյունավետ կերպով հաշվարկել և կանխատեսել, ինչի արդյունքում առաջանում էին բյուջետային միջոցների ոչ արդյունավետ օգտագործման ռիսկեր: ՀՀ կառավարությունն, ընդունելով առաջարկությունը, 2014թ. հիմնովին փոփոխել է ֆինանսավորման կարգը¹¹⁹:

2. ՀՀ Նախագահի և ՀՀ վարչապետի վերահսկողական ծառայությունների, ինչպես նաև ՀՀ ֆինանսների նախարարության աշխատակազմի ֆինանսաբյուջետային վերահսկողության տեսչության կողմից պետպատվերի նկատմամբ որևէ վերահսկողություն չի իրականացվել: Մասնավորապես՝ ՀՀ Նախագահի և ՀՀ վարչապետի վերահսկողական ծառայությունների կողմից ստացված տեղեկատվության համաձայն՝ այդ մարմինների կողմից վերջին 3 տարում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բուժօգնության բնագավառում որևէ ստուգում չի իրականացվել: Նույնը

¹¹⁸ Դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների մասին վերահսկիչ պալատի եզրահանգումների մասին տես գլուխ 1-ում

¹¹⁹ ՀՀ վերահսկիչ պալատի 2014թ. տարեկան հաշվետվություն.

http://www.coc.am/files/year_reports/Arm_1_4_2015_15_0_47_gpzwqnhu.doc

վերաբերում է նաև ՀՀ ֆինանսների նախարարության աշխատակազմի ֆինանսաբյուջետային վերահսկողության տեսչությանը, որից ստացված տեղեկատվության համաձայն՝ տեսչության կողմից երեք տարում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման նպատակով ՀՀ պետական բյուջեից հատկացված միջոցների ծախսման նպատակայնության և հիմնավորվածության գծով ստուգումներ և ուսումնասիրություններ *գրեթե* չեն իրականացվել: Միաժամանակ, նույն գրությամբ տեսչությունը հայտնել է, որ «տեսչության կողմից իրականացվող ստուգումներն իրենց բնույթով փաստաթղթային ստուգումներ են, դրանց ընթացքում արձանագրված խախտումները, ըստ էության, իրենց մեջ պարունակում են ֆինանսական ռիսկեր և կարծում ենք կապված չեն կոռուպցիոն ռիսկերի հետ»:

Վերլուծելով վերոգրյալը՝ պարզ է դառնում, որ Նշված բնագավառում բացակայում են թե՛ ներքին և թե՛ արտաքին վերահսկողության արդյունավետ մեխանիզմները: Այս ոլորտում փաստացիորեն վերահսկողություն իրականացնող միակ մարմինը ներկայումս մնում է ՊԱԳ-ը՝ իր ունեցած ռեսուրսներին համապատասխան:

Առաջարկություններ

- Ապահովել վերահսկողություն իրականացնող մարմինների՝ ՀՀ Նախագահի վերահսկողական ծառայության, ՀՀ վարչապետի վերահսկողական ծառայության, ՀՀ ֆինանսների նախարարության ֆինանսաբյուջետային վերահսկողության տեսչության գործունեության հրապարակայնությունը՝ իրականացված վերահսկողության հաշվետվությունները պարտադիր հրապարակելու միջոցով:
- Վերահսկողության արդյունքում հայտնաբերված խախտումների դեպքում նույն մարմնի հաջորդ զեկույց/հաշվետվության մեջ պարտադիր անդրադառնալ նախկինում հայտնաբերված խախտումները վերացնելու նպատակով ձեռնարկված միջոցառումներին՝ ապահովելով դրանց վերաբերյալ հանրային հաշվետվողականությունը:

Վերջաբան

Իրականացված ուսումնասիրությունը, որպես հասարակական վերահսկողության դրսևորում, ուղղված էր բացահայտելու առկա խնդիրները և ներկայացնելու առաջարկություններ ինչպես գործող ընթացակարգերի թափանցիկության բարձրացման, այնպես էլ գործող ընթացակարգերում անհրաժեշտ փոփոխություններ կատարելու ուղղությամբ:

Հետազոտությունը ցույց տվեց, որ առողջապահության ոլորտում կոռուպցիոն ռիսկերը մեծապես պայմանավորված են համակարգային բնույթի թերություններով՝ անհրաժեշտ չափորոշիչների բացակայությամբ, առկա ընթացակարգերի անկատարությամբ, ֆինանսական ոչ արդյունավետ քաղաքականությամբ, պետական պատվերի համար հատկացվող անբավարար միջոցներով, բժշկատնտեսագիտական չափորոշիչների բացակայությամբ, բուժօգնության գների անիրատեսականությամբ, պետպատվերի գործընթացների ոչ բավարար թափանցիկությամբ և հրապարակայնությամբ, կադրային ոչ ճիշտ քաղաքականությամբ, բնակչության իրազեկվածության ցածր մակարդակով, բժշկական կազմակերպություններում իրականացվող վերահսկողության ցածր մակարդակով: Հենց այս խնդիրները պատճառ են դառնում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բուժօգնության բնագավառում հիվանդների իրավունքների ոտնահարման համար, խոչընդոտում մատուցվող բուժօգնության մատչելիությունը և ազդում որակի ապահովման վրա: Նման իրավիճակում բացառվում է հիվանդների կողմից իրավիճակի վրա ազդելու հնարավորությունը, իսկ ներդրված բողոքարկման մեխանիզմների ոչ լիարժեքությունը լուրջ նախադրյալներ է ստեղծում «ոչ պաշտոնական» վճարումների ձևավորման համար: Որոշ ավանդույթները, «հիվանդ-բժիշկ» կամ «քաղաքացի-բժշկական կազմակերպություն» հարաբերություններում առկա կարծրատիպերը, արդյունավետ բուժօգնություն ստանալու նպատակով վճարել գերադասող մտածելակերպը նույնպես կոռուպցիոն ռիսկեր առաջացնող խնդիրներ են:

Ակնկալվում է, որ ներկայացված առաջարկությունները արձագանք կստանան ՀՀ ԱՆ և այլ շահագրգիռ պետական մարմինների կողմից, ինչպես նաև կներառվեն 2015-2018թթ. հակակոռուպցիոն ռազմավարությունից բխող ՀՀ առողջապահության նախարարության հակակոռուպցիոն միջոցառումների ծրագրում:

Հավելված 1. Ուսումնասիրված փաստաթղթերի ցանկ

Իրավական ակտեր

1. ՀՀ Սահմանադրություն
2. «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենք
3. «Դեղերի մասին» ՀՀ օրենք
4. «Վարչարարության հիմունքների և վարչական վարույթի մասին» ՀՀ օրենք
5. «Հայաստանի Հանրապետությունում ստուգումների կազմակերպման և անցկացման մասին» ՀՀ օրենք
6. «Լիցենզավորման մասին» ՀՀ օրենք
7. «Մարդու իրավունքների պաշտպանի մասին» ՀՀ օրենք
8. «Վերահսկիչ պալատի մասին» ՀՀ օրենք
9. ՀՀ Նախագահի 2008թ. հուլիսի 18-ի «Հայաստանի Հանրապետության Նախագահի վերահսկողական ծառայության կանոնադրությունը հաստատելու մասին» ՆԿ-126-Ն կարգադրություն
10. ՀՀ Նախագահի 2002թ. հուլիսի 8-ի «Հայաստանի Հանրապետության Նախագահի 2002 թվականի մարտի 16-ի «Հայաստանի Հանրապետության կառավարության կառուցվածքը սահմանելու մասին» ՆՀ-1063 հրամանագրում փոփոխություն կատարելու մասին» ՆՀ-1132-Ն հրամանագիր
11. ՀՀ Նախագահի 1997թ. մայիսի 6-ի «Հայաստանի Հանրապետության մարզերում պետական կառավարման մասին» ՆՀ-726 հրամանագիր
12. ՀՀ կառավարության 2004թ. մարտի 4-ի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» թիվ 318-Ն որոշում
13. ՀՀ կառավարության 2002թ. օգոստոսի 8-ի «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության աշխատակազմ» պետական կառավարչական հիմնարկ ստեղծելու, Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կանոնադրությունը և աշխատակազմի կառուցվածքը հաստատելու մասին» թիվ 1300-Ն որոշում
14. ՀՀ կառավարության 2002թ. օգոստոսի 15-ի «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության պետական առողջապահական գործակալության կանոնադրությունը և կառուցվածքը հաստատելու մասին» թիվ 1301-Ն որոշում
15. ՀՀ կառավարության 2006թ. փետրվարի 2-ի «Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի N 318-Ն որոշման մեջ լրացումներ և փոփոխություններ կատարելու մասին» թիվ 291-Ն որոշում
16. ՀՀ կառավարության 2006թ. նոյեմբերի 23-ի «Անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով դեղեր ձեռք բերելու իրավունք ունեցող բնակչության սոցիալական խմբերի և հիվանդությունների ցանկերը հաստատելու մասին» թիվ 1717-Ն որոշում
17. ՀՀ կառավարության 2006թ. դեկտեմբերի 21-ի «Բժշկական ծառայությունների որակական և տեխնիկական չափորոշիչների մշակման ժամանակացույցը հաստատելու մասին» թիվ 1841-Ն որոշում
18. ՀՀ կառավարության 2013թ. դեկտեմբերի 26-ի «Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի N 318-Ն որոշման մեջ փոփոխություն կատարելու մասին» 1515-Ն որոշում

19. ՀՀ կառավարության 2013թ. հուլիսի 25-ի «Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2002 թվականի օգոստոսի 15-ի N 1300-Ն որոշման մեջ լրացումներ և փոփոխություններ կատարելու, 2002 թվականի նոյեմբերի 14-ի N 1821-Ն որոշման մեջ փոփոխություններ կատարելու, 2010 թվականի սեպտեմբերի 30-ի N 1319-Ն որոշման մեջ փոփոխություն կատարելու և 2004 թվականի հուլիսի 29-ի N 1146-Ն, 2005 թվականի հոկտեմբերի 6-ի N 1893-Ն, 2004 թվականի նոյեմբերի 25-ի N 1724-Ն ու 2002 թվականի օգոստոսի 15-ի N 1316-Ն որոշումներն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» թիվ 857-Ն որոշում
20. ՀՀ կառավարության 2001թ. դեկտեմբերի 27-ի «Շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդությունների ցանկը հաստատելու մասին» թիվ 1286 որոշում
21. ՀՀ կառավարության 2003թ. նոյեմբերի 6-ի «Հայաստանի Հանրապետության հակակոռուպցիոն ռազմավարության և դրա իրականացման միջոցառումների ծրագիրը հաստատելու մասին» թիվ 1522-Ն որոշում
22. ՀՀ կառավարության 2009թ. հոկտեմբերի 8-ի «Հայաստանի Հանրապետության հակակոռուպցիոն ռազմավարությունը և դրա իրականացման 2009-2012 թվականների միջոցառումների ծրագիրը հաստատելու մասին» թիվ 1272-Ն որոշում
23. ՀՀ կառավարության 2015թ. սեպտեմբերի 25-ի «Հայաստանի Հանրապետության հակակոռուպցիոն ռազմավարությունը և դրա իրականացման 2015-2018 թվականների միջոցառումների ծրագիրը հաստատելու մասին» թիվ 1141-Ն որոշում
24. ՀՀ կառավարության 2014թ. հունիսի 12-ի «Հայաստանի Հանրապետության ֆինանսների նախարարության աշխատակազմի ֆինանսաբյուջետային վերահսկողության տեսչության կանոնադրությունը հաստատելու և Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2010 թվականի օգոստոսի 19-ի N 1146-Ն որոշման մեջ փոփոխություն կատարելու մասին» թիվ 612-Ն որոշում
25. ՀՀ կառավարության 2013թ. սեպտեմբերի 8-ի «2014 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի նախագծերին հավանություն տալու մասին» թիվ 39 արձանագրային որոշում
26. ՀՀ կառավարության 2014թ. սեպտեմբերի 25-ի «2015 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերին հավանություն տալու մասին» թիվ 40 արձանագրային որոշում
27. ՀՀ կառավարության 2015թ. հոկտեմբերի 1-ի «2016 թվականի առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերին հավանություն տալու մասին» թիվ 44 արձանագրային որոշում
28. ՀՀ կառավարության 2013թ. մայիսի 29-ի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման հայեցակարգին և հայեցակարգից բխող միջոցառումների ժամանակացույցին հավանություն տալու մասին» թիվ 21 արձանագրային որոշում
29. ՀՀ կառավարության 2015թ. փետրվարի 26-ի «Հայաստանի Հանրապետության հիվանդանոցային բուժօժանայությունների որակի ապահովման ռազմավարությանը հավանություն տալու մասին» թիվ 8 արձանագրային որոշում
30. ՀՀ կառավարության 2014թ. հուլիսի 31-ի «Բաց կառավարման գործընկերություն» նախաձեռնության շրջանակներում Հայաստանի Հանրապետության երկրորդ

գործողությունների ծրագրին հավանություն տալու մասին» թիվ 32 արձանագրային որոշում

31. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013թ. հոկտեմբերի 18-ի «Բնակչությանը (18 տարեկան և բարձր տարիքի անձանց համար) պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային անհետաձգելի բժշկական օգնություն պահանջող հիվանդությունների և վիճակների, բնակչությանը (մինչև 18 տարեկան անձանց համար) պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային անհետաձգելի բժշկական օգնություն պահանջող հիվանդությունների և վիճակների ցանկերը հաստատելու մասին» թիվ 65-Ն հրաման
32. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013թ. փետրվարի 7-ի «Բնակչությանը պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում համավճարային սկզբունքով փոխհատուցվող անհետաձգելի բժշկական օգնություն պահանջող հիվանդությունների և վիճակների չափորոշիչը հաստատելու մասին» թիվ 229-Ա հրաման
33. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013թ. նոյեմբերի 18-ի «Բնակչությանը պետության կողմից երաշխավորված անվճար և (կամ) արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման չափորոշիչը հաստատելու մասին» թիվ 71-Ն հրաման
34. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013թ. մայիսի 14-ի «Հայաստանի Հանրապետության հիմնական դեղերի ցանկը հաստատելու և Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2007 թվականի մայիսի 16-ի N 854-Ն հրամանն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» թիվ 17-Ն հրաման
35. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2005թ. հունվարի 27-ի «Անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով դեղերի հատկացման կարգը հաստատելու մասին» թիվ 74-Ն հրաման
36. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013թ. սեպտեմբերի 20-ի «Բնակչությանը պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների տրամադրման չափորոշիչը, հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների ցանկը և պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների ուղեգրի ձևը հաստատելու մասին» թիվ 53-Ն հրաման
37. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013թ. սեպտեմբերի 9-ի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում բնակչությանը ցուցաբերվող արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման, առողջության առաջնային պահպանման բժիշկների կողմից կանխարգելիչ այցի կազմակերպման չափորոշիչները, առողջության առաջնային պահպանում իրականացնող բժիշկների (տեղամասային թերապևտ, ընտանեկան բժիշկ) և պոլիկլինիկական ու հիվանդանոցային նեղ մասնագետների փոխհամագործակցություն իրականացնելու, ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական կազմակերպությունների կողմից տասնութ տարեկանից բարձր բնակչության համար տնային կանչերի ընդունման, այցերի կազմակերպման և իրականացման կարգերը, հիվանդների բուժման ուղեգրերի ձևերը հաստատելու մասին» թիվ 47-Ն հրաման

38. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2014թ. մարտի 3-ի «Բնակչության սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկում չընդգրկված անձանց պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու նպատակով բժշկական կազմակերպություններ ուղեգրող կենտրոնական մշտական գործող հանձնաժողովի գործունեության կարգը հաստատելու մասին» թիվ 09-Ն հրաման
39. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2015թ. սեպտեմբերի 17-ի «Բժշկական օգնության և սպասարկման պետական պատվերի տեղադրման կարգը և պետական պատվեր իրականացնող բժշկական կազմակերպությունների կառավարման արդյունավետության գնահատման ցուցանիշները սահմանելու մասին» թիվ 49-Ն հրաման
40. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2005թ. դեկտեմբերի 28-ի «Բժշկական հաստատություններում (հիվանդանոցներ) դեղերի և բժշկական նշանակության այլ ապրանքների ձեռք բերման ստացման, պահպանման, հաշվառման և բաշխման կարգը հաստատելու մասին» թիվ 1391-Ա հրաման
41. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013թ. դեկտեմբերի 10-ի «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարին կից կոլեգիայի 2013 թվականի նոյեմբերի 27-ի «Բժշկական ծառայությունների որակի բարելավմանն ու կոռուպցիոն ռիսկերի նվազեցմանը ուղղված միջոցառումների մասին» թիվ 10 արձանագրային որոշումից բխող միջոցառումների իրականացման պատասխաններ և ժամկետներ սահմանելու մասին» թիվ 3204-Ա հրաման
42. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013թ. դեկտեմբերի 18-ի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում բժշկական օգնություն և սպասարկում ստացող քաղաքացուն տրվող իրազեկման թերթիկի ձևը և լրացման կարգը հաստատելու մասին» թիվ 3274-Ա հրաման
43. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2014թ. հունվարի 21-ի «Բժշկական կազմակերպությունների կայքերին ներկայացվող նվազագույն պահանջներ սահմանելու մասին» թիվ 70-Ա հրաման
44. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013թ. փետրվարի 6-ի «ՀՀ Առողջապահության նախարարության և բժշկական կազմակերպությունների միջև կնքվող պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների մատուցման մասին պայմանագրի օրինակելի ձևը հաստատելու մասին» թիվ 212-Ա հրաման
45. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2014թ. փետրվարի 17-ի «ՀՀ առողջապահության նախարարության և բժշկական կազմակերպությունների միջև կնքվող պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների մատուցման մասին պայմանագրի օրինակելի ձևը հաստատելու մասին» թիվ 278-Ա հրաման
46. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2011թ. հունիսի 7-ի «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության «Թեժ գիծ» ծառայության վարման կարգը և «Թեժ գիծ» ծառայության տեղեկատվական թերթիկը հաստատելու մասին» թիվ 1102- Ա հրաման
47. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2014թ. հունվարի 16-ի «Պետության կողմից երաշխավորված հիվանդանոցային ձևով բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական կազմակերպություններում որակի վերահսկման մասնագիտական հանձնաժողովներ ստեղծելու, Հայաստանի Հանրապետության

առողջապահության նախարարությանը հաշվետվություն ներկայացնելու կարգը հաստատելու մասին» 37-Ա հրաման

48. ՀՀ առողջապահության նախարարի 2010թ. մայիսի 4-ի «Բնական ընթացքով ծննդաբերության վարման ուղեցույցը հաստատելու մասին» թիվ 697-Ա հրաման

Այլ աղբյուրներ

1. «Առողջապահության ֆինանսավորման և առողջության առաջնային պահպանման զարգացման» վարկային համաձայնագիր» (World Bank. 2004. Armenia - Health Financing and Primary Health Care Development Project. Washington, DC: World Bank.)
2. European charter of patients' rights, 2002
3. Corruption in Armenia, Policy Forum Armenia, 2013
4. Հայաստանի առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատման 2012թ. Չեկույց
5. Հայաստանի առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում 2014 Չեկույց
6. Մարդու իրավունքները բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալիս, գործնական ուղեցույց, 2010
7. «2014 թվականի ընթացքում ՀՀ մարդու իրավունքների պաշտպանի գործունեության և երկրում մարդու իրավունքների ու հիմնարար ազատությունների խախտման մասին» ՀՀ ՄԻՊ տարեկան զեկույց, 2014թ.
8. «Մարդու իրավունքների պաշտպանի գործունեության, մարդու իրավունքների և ազատությունների պաշտպանության վիճակի մասին» 2015թ. ՀՀ ՄԻՊ Տարեկան հաղորդում
9. Վերահսկիչ պալատի 2014թ. տարեկան հաշվետվություն
10. «Դեղերի մասին» ՀՀ Նոր օրենքի նախագիծ
11. «Առողջապահական համակարգի 2015-2020 թվականների զարգացման հայեցակարգին, հայեցակարգի կատարումն ապահովող միջոցառումների ծրագրին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության որոշման նախագիծ:

Հավելված 2. Իրավասու պետական մարմինների գործառնությունները

Ստորև ներկայացված են պետական մարմինների այն լիազորությունները, որոնք օրենսդրությամբ սահմանված կարգով կարող են իրականացվել **պետպատվերի բնագավառում**:

1. ԱՌՈՂՋԱԿԱՅԻՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

1. Նախարարության գործառնությունները¹²⁰

Առողջապահության նախարարությունն իր նպատակների և խնդիրների իրականացման համար ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով իրականացնում է հետևյալ գործառնությունները.

- Պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում պետպատվերի ձևավորումը և ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով դրա իրականացման դիտարկումը.
- Պետական պատվերի շրջանակներում իրականացվող դեղերի, բժշկական նշանակության ապրանքների և ծառայությունների կենտրոնացված գնումների իրականացումը, գնումների դիմաց ֆինանսական միջոցների հատկացումը.
- Պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման չափորոշիչների, ուղեցույցների, կարգերի, առողջապահության կազմակերպման, կառավարման, ֆինանսավորման ու տնտեսավարման ժամանակակից մեխանիզմների, նորմատիվների, չափանիշների, չափորոշիչների մշակումը և հաստատումը:

2. ՀՀ ԱՆ պետական առողջապահական գործակալության գործառնությունները¹²¹

ՀՀ առողջապահության նախարարության աշխատակազմի պետական առողջապահական գործակալությունը իրականացնում է ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների հետ պետական պատվերի մասով բժշկական ծառայությունների մատուցման մասին պայմանագրերի կնքումը, հաշվետվությունների ընդունումը և փոխհատուցումը, մատուցված բժշկական ծառայությունների որակի և ծավալի վերահսկումը, ֆինանսավորման և տնտեսավարման նորմատիվների, մեխանիզմների, չափորոշիչների մշակման ու ներդրման աշխատանքներին մասնակցությունը

Գործակալության նպատակներն ու խնդիրներն են՝.

- Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում կնքված պայմանագրերի համաձայն բժշկական օգնություն իրականացնողների փաստացի կատարված աշխատանքների դիմաց ֆինանսական միջոցների հատկացման կազմակերպումը.
- Առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերով նախատեսված պետպատվերի միջոցով բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելու համար ՀՀ պետական բյուջեից տրամադրվող ֆինանսական միջոցների արդյունավետ ու նպատակային օգտագործման ապահովումը:

¹²⁰ ՀՀ կառավարության 15.08.2002թ. թիվ 1300-Ն որոշում <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=85472>

¹²¹ ՀՀ կառավարության 15.08.2002թ. թիվ 1301-Ն որոշում <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=87386>

Գործակալությունն իր նպատակների և խնդիրների իրականացման համար ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով իրականացնում է հետևյալ գործառնությունները.

- ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող (այսուհետ՝ բժշկական օգնություն իրականացնող) հիմնարկների ու կազմակերպությունների հետ պետական պատվերի շրջանակներում բնակչությանը բժշկական ծառայությունների մատուցման մասին պայմանագրերի կնքման կազմակերպումը, դրանց համապատասխան փաստացի կատարված աշխատանքների վերաբերյալ հաշվետվությունների ամփոփումը և սահմանված կարգով ֆինանսական միջոցների հատկացման ապահովումը.
- Բժշկական օգնություն իրականացնողների կողմից պետական պատվերի շրջանակներում կատարված աշխատանքների որակի և ծավալի՝ սահմանված չափանիշներին համապատասխանության վերահսկումը.
- Առողջապահության կազմակերպման, կառավարման, ֆինանսավորման և տնտեսավարման ժամանակակից մեխանիզմների, նորմատիվների, չափանիշների մշակմանն ու ներդրմանը մասնակցությունը:

3. ՀՀ ԱՆ առողջապահական պետական տեսչության գործառնությունները¹²²

ՀՀ առողջապահության նախարարության աշխատակազմի առողջապահական պետական տեսչությունն իրականացնում է օրենքով ՀՀ առողջապահության նախարարությանը վերապահված վերահսկողական գործառնություններ և կիրառում պատասխանատվության միջոցներ առողջապահության, աշխատանքի անվտանգության և աշխատանքային օրենսդրության նորմերի կիրառման բնագավառներում՝ հանդես գալով ՀՀ անունից:

Տեսչության նպատակներն ու խնդիրներն են՝

- Բժշկական օգնության և սպասարկման բնագավառը կարգավորող օրենքների, ՀՀ կառավարության որոշումների և այլ իրավական ակտերով սահմանված պահանջների նկատմամբ հսկողությունը և օրենքով սահմանված կարգով պատասխանատվության միջոցների կիրառումը.
- «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքով նախատեսված՝ իր իրավասության սահմաններում ստուգումների իրականացումը՝
 - Իրավաբանական անձանց և անհատ ձեռնարկատերերի կողմից քաղաքացիներին տրամադրվող բժշկական օգնության և սպասարկման որակի և անվտանգության, քանակական ու որակական բնութագրիչների, կլինիկական ստանդարտների և ուղեցույցների կատարման նկատմամբ,
 - Իրավաբանական անձանց և անհատ ձեռնարկատերերի կողմից բժշկական օգնության և սպասարկման կանոնների, տեխնիկական կանոնակարգերի, կարգերի, չափորոշիչների, չափանիշների, նորմերի և բժշկական օգնության իրականացման՝ օրենսդրության պահանջների համապատասխանության նկատմամբ,
 - Բժշկական փաստաթղթերի լրացման, դրանց պահպանման, շրջանառության և քաղաքացիներին դրանց կամ դրանցից քաղվածքներ տրամադրելու նկատմամբ,

¹²² ՀՀ կառավարության 25.07.2013թ. թիվ 857-Ն որոշում <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=98210>

- «Վարչարարության հիմունքների և վարչական վարույթի մասին» ՀՀ օրենքով սահմանված կարգով վարչական վարույթի իրականացումը.
- Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ ՀՀ օրենսգրքի համաձայն վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ գործերի քննումը և օրենքով նախատեսված դեպքերում պատասխանատվության միջոցների կիրառումը.
- Առողջապահության համակարգի հիմնարկների և կազմակերպությունների (ընկերությունների) գործունեության վերաբերյալ առաջարկություններ ներկայացնելը:

Մարզպետի գործառույթները առողջապահության բնագավառում¹²³

Առողջապահության բնագավառում մարզպետը՝

- իրագործում է պետական առողջապահական ծրագրերը, կազմակերպում մարզային ենթակայության պետական առողջապահական հաստատությունների աշխատանքը, օրենսդրությամբ սահմանված կարգով ապահովում է բնակչության անվճար բուժօգնության իրականացումը, վերահսկում է ոչ պետական առողջապահական հաստատությունների գործունեության համապատասխանությունը օրենսդրությանը.
- մարզի տարածքում կազմակերպում և իրականացնում է հակահամաճարակային և կարանտինային միջոցառումներ, կազմակերպում է սանիտարահիգիենիկ միջոցառումներ վարակիչ և զանգվածային ոչ վարակիչ հիվանդությունների ու թունավորումների կանխարգելման նպատակով.
- աջակցում է պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային ծառայության մարմիններին՝ բնակավայրերի ջրամատակարարման աղբյուրների, բնակելի շենքերի, դպրոցների և այլ օբյեկտների սանիտարական վիճակի նկատմամբ վերահսկողություն իրականացնելիս.
- կազմակերպում է մարզային ենթակայության առողջապահական հաստատությունների շենքերի կառուցումը, պահպանումն ու շահագործումը:

II. ՎԵՐԱՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՆՈՂ ՊԵՏԱԿԱՆ ՄԱՐՄԻՆՆԵՐ

1. ՀՀ Վերահսկիչ պալատի գործառույթները¹²⁴

Վերահսկիչ պալատի գործառույթներն են.

- Բյուջետային ելքերի, այդ թվում՝ պետության կողմից տրվող դոտացիաների, սուբսիդիաների և սուբվենցիաների նկատմամբ վերահսկողության իրականացումը, ներառյալ՝ բյուջետային մուտքերն ապահովող լիազորված մարմիններին պետական բյուջեից կատարվող հատկացումների արդյունավետությունը գնահատելու նպատակով բյուջեի մուտքերի հավաքագրմանն ուղղված գործառույթների նկատմամբ համապատասխանության ու կատարողական վերահսկողության իրականացումը.

¹²³ ՀՀ Նախագահի 1997թ. մայիսի 6-ի ՆՅ-726 հրամանագիր՝

<http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=85669>

¹²⁴ «Վերահսկիչ պալատի մասին» ՀՀ օրենք <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=97188>

- Պետական բյուջեի և մասնավորեցման ծրագրի կատարման մասին ՀՀ կառավարության, ինչպես նաև ՀՀ կենտրոնական բանկի տարեկան հաշվետվությունների վերաբերյալ եզրակացությունների կազմումը և տրամադրումը.
- Համայնքների բյուջեի ելքերի նկատմամբ վերահսկողության, ինչպես նաև համայնքային բյուջեի մուտքերն ապահովող մարմինների գործառույթների կատարման նկատմամբ համապատասխանության ու կատարողական վերահսկողության իրականացումը.
- ՀՀ գանձապետական համակարգի կողմից իրագործվող խնդիրների օրինական և արդյունավետ կատարման նկատմամբ վերահսկողության իրականացումը, այդ թվում՝ պետական և համայնքային դրամական միջոցների կառավարման և ծախսերի ֆինանսավորման գործի կազմակերպման նկատմամբ,
- Վերահսկողության արդյունքների վերաբերյալ հաշվետվությունների և պարբերականների կազմումը և հրապարակումը:

Վերահսկիչ պալատի հիմնական իրավասություններն են.

Բյուջետային ելքերի և պետական ու համայնքային սեփականության օգտագործման վերահսկողության նպատակով՝ վերահսկիչ պալատը վերահսկողություն է իրականացնում պետական և տեղական ինքնակառավարման մարմիններում, ներառյալ՝ դրանց աշխատակազմերը, դրանց ենթակա հիմնարկները, ինչպես նաև գնահատում է դրանց ներքին վերահսկողության համակարգը: Բյուջետային ելքերի և պետական ու համայնքային սեփականության օգտագործման նկատմամբ վերահսկողություն իրականացնելիս վերահսկիչ պալատն իրավասու է հանդիպակաց ստուգում իրականացնել բյուջետային միջոցների, պետական ու համայնքային սեփականության օգտագործման գործարքի մյուս կողմի մոտ (անկախ վերջիններիս կազմակերպատիրական տեսակից)՝ միայն տվյալ գործարքով նախատեսված պարտականությունների կատարման շրջանակներում: Ընդ որում, գործարքի կողմի համար որպես խախտում կարող է որակվել միայն գործարքով սահմանված պարտականությունների չկատարումը կամ ոչ պատշաճ կատարումը: Սույն մասով նախատեսված դեպքերում վերահսկիչ պալատը կարող է վերահսկողություն իրականացնել ինչպես վերահսկվող օբյեկտում, այնպես էլ վերահսկիչ պալատի աշխատավայրում:

- Բյուջետային մուտքերի վերահսկողության նպատակով վերահսկիչ պալատն իրավասու է վերահսկողություն իրականացնել միայն բյուջեի մուտքերն ապահովող լիազոր մարմինների կողմից կատարվող գործառույթների փաստաթղթային ստուգման միջոցով՝ առանց հարկ, տուրք, պարտադիր վճար, վարչական տուգանք, վարչարարությամբ պայմանավորված այլ վճար վճարողի մոտ ստուգում անցկացնելու:
- Վերահսկիչ պալատը պետական բյուջեի կատարման մասին կառավարության տարեկան հաշվետվության, պետական գույքի մասնավորեցման վերաբերյալ տարեկան ծրագրի կատարման մասին կառավարության հաշվետվության վերաբերյալ տալիս է եզրակացություններ, որոնք վերահսկիչ պալատի խորհրդի կողմից հաստատվելուց հետո՝ տասն օրվա ընթացքում, բայց ոչ ուշ, քան դրանք Ազգային ժողովում օրենքով սահմանված կարգով քննարկվելուց տասն օր առաջ, ներկայացվում են Ազգային ժողով:

- Վերահսկիչ պալատը վերահսկողության ընթացքում կազմված արձանագրությունները և ընթացիկ հաշվետվությունները ուղարկում է ՀՀ գլխավոր դատախազություն, եթե դրանցում առկա են կասկածներ քրեաիրավական բնույթի խախտումների վերաբերյալ:

2. ՀՀ Նախագահի վերահսկողական ծառայության գործառույթները¹²⁵

Վերահսկողական ծառայությունն իր խնդիրների լուծման համար իրականացնում է հետևյալ գործառույթները.

- Գործադիր իշխանության հանրապետական մարմինների, գործադիր իշխանության հանրապետական մարմին չհանդիսացող այլ պետական մարմինների, տարածքային կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինների, դրանց պաշտոնատար անձանց կողմից ՀՀ Սահմանադրության, ՀՀ օրենքների, ՀՀ Նախագահի հրամանագրերի, կարգադրությունների, հանձնարարականների կատարման վերահսկումը.
- Գործադիր իշխանության հանրապետական և տարածքային կառավարման մարմինների աշխատակազմերում, տեղական ինքնակառավարման մարմինների աշխատակազմերում, դրանց ենթակա պետական (համայնքային) կազմակերպություններում ստուգումների և ուսումնասիրությունների իրականացումը.
- Գործադիր իշխանության հանրապետական և տարածքային կառավարման մարմինների, տեղական ինքնակառավարման մարմինների, դրանց պաշտոնատար անձանց կողմից ՀՀ Սահմանադրության, ՀՀ օրենքների, ՀՀ Նախագահի հրամանագրերի, կարգադրությունների, հանձնարարականների կատարման արդյունքների պարբերաբար քննարկումը, ինչպես նաև բացահայտված թերությունների վերացման և ծագած դժվարությունների հաղթահարման նպատակով ՀՀ Նախագահին առաջարկություններ ներկայացնելը.
- ՀՀ Նախագահի հրամանագրերով և կարգադրություններով սահմանված այլ գործառույթներ:

Վերահսկողական ծառայությունն իր գործառույթներն իրականացնելիս՝

- իր աշխատանքային ծրագրերին համապատասխան՝ ուսումնասիրում, ստուգում և ամփոփում է գործադիր իշխանության հանրապետական և տարածքային կառավարման մարմինների, տեղական ինքնակառավարման մարմինների գործունեությունը և անմիջականորեն ՀՀ Նախագահին, ինչպես նաև գործադիր իշխանության հանրապետական և տարածքային կառավարման մարմիններին առաջարկություններ է ներկայացնում այդ մարմինների աշխատանքների արդյունավետության բարձրացման, առկա բացթողումների ու թերությունների վերացման ուղղությամբ.
- համագործակցում է ՀՀ վերահսկիչ պալատի, դատական մարմինների, դատախազության, պետական և տեղական ինքնակառավարման մարմինների, դրանց հսկողական ու վերահսկողական գործառույթներ ունեցող համապատասխան ծառայությունների հետ: Անհրաժեշտության դեպքում առաջարկ է ներկայացնում

¹²⁵ ՀՀ Նախագահի 18.07.2008 թիվ ՆԿ-126-Ն կարգադրություն <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=45733>

պետական և տեղական ինքնակառավարման մարմինների վերահսկողական գործառնություններ ունեցող համապատասխան ծառայություններին՝ օրենքով, իրենց իրավասության շրջանակներում, թեմատիկ ստուգումներ և ուսումնասիրություններ կատարելու իրավաբանական անձանց և անհատ ձեռնարկատերերի մոտ:

- իր կողմից իրականացվող ստուգումներում և ուսումնասիրություններում կարող է ներգրավել վերահսկվող օբյեկտի ներքին աուդիտ իրականացնող անձանց (տվյալ կազմակերպության ղեկավարի համաձայնությամբ), իսկ անհրաժեշտության դեպքում՝ մասնագետների, փորձագետների և գիտական հաստատությունների (ներկայացուցիչների), կազմավորել ժամանակավոր աշխատանքային խմբեր:

3. ՀՀ վարչապետի վերահսկողական ծառայության գործառնությունները¹²⁶

Վարչապետի վերահսկողական ծառայության գործառնություններն են՝

- ՀՀ նախարարություններում, պետական կառավարման և տեղական ինքնակառավարման այլ մարմիններում սահմանված կարգով իրականացնում է ՀՀ կառավարության և վարչապետի որոշումների ու ՀՀ կառավարության կողմից հաստատված ծրագրերի (այդ թվում՝ միջնաժամկետ) կատարման նկատմամբ վերահսկողություն, որի արդյունքները գեկուցում է ՀՀ վարչապետին,
- իրականացնում է ՀՀ կառավարության, ՀՀ կառավարության արձանագրային, ՀՀ վարչապետի որոշումներում առկա, ՀՀ վարչապետի կամ նրա հանձնարարությամբ ՀՀ կառավարության աշխատակազմի ղեկավարի փոխանցած հանձնարարականների կատարման նկատմամբ վերահսկողություն, որի ընթացքի և արդյունքների մասին գեկուցում է ՀՀ վարչապետին և կառավարության աշխատակազմի ղեկավարին,
- իրականացնում է վերահսկողություն ՀՀ նախարարությունների և պետական կառավարման մարմինների վերահսկողական գործառնություններ իրականացնող ստորաբաժանումների կողմից կանոնադրական գործառնությունների իրականացման նկատմամբ,

4. ՀՀ ֆինանսների նախարարության աշխատակազմի ֆինանսաբյուջետային վերահսկողության տեսչության գործառնությունները¹²⁷

Ֆինանսների նախարարությունն ունի վերահսկողական գործառնություններ՝ բաշխված երեք տեսչությունների միջև: Նրանցից յուրաքանչյուրն ունի վերահսկման իր ոլորտը:

ՀՀ ֆինանսների նախարարության աշխատակազմի ֆինանսաբյուջետային վերահսկողության տեսչությունը “Բյուջետային համակարգի մասին” ՀՀ օրենքի պահանջներին համապատասխան հսկողություն է իրականացնում պետական բյուջեի կատարման նկատմամբ ՀՀ կառավարության 11.07.2002թ. թիվ 1112-Ն որոշմամբ հաստատված՝ ՀՀ կառավարության կողմից ՀՀ պետական բյուջեի կատարման հսկողության կարգի համաձայն կատարվող ստուգումների միջոցով: Ստուգումներն իրականացվում են

¹²⁶ <http://gov.am/am/staff-structure/info/79/>

¹²⁷ ՀՀ կառավարության 12.06.2014 թիվ 612-Ն որոշում <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=91082>

“ՀՀ-ում ստուգումների կազմակերպման և անցկացման մասին” ՀՀ օրենքով սահմանված ընթացակարգերին համապատասխան:

Տեսչության նպատակները և խնդիրներն են պետական մարմինների կողմից ՀՀ պետական բյուջեի կատարման համար անհրաժեշտ ֆինանսական կարգապահության ապահովման նկատմամբ հսկողությունը:

Տեսչությունն իր նպատակների և խնդիրների իրականացման համար ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով իրականացնում է հետևյալ գործառնությունները.

- Պետական կառավարչական հիմնարկների, ինչպես նաև 50 տոկոսից ավելի պետական մասնակցությամբ առևտրային կազմակերպությունների կողմից ՀՀ պետական բյուջեով նախատեսված ծախսերի կատարման իսկության, նպատակայնության և արդյունավետության ուղղությամբ հսկողության իրականացումը.
- Բյուջետային եկամուտների հաշվարկման և գանձման նկատմամբ հսկողություն իրականացնող պետական մարմինների ու լիազորված իրավաբանական անձանց կողմից ՀՀ օրենսդրության պահանջների ապահովման նկատմամբ հսկողության իրականացումը՝ բացառելով դրա շրջանակներում հարկեր, տուրքեր, պարտադիր այլ վճարներ, վարձակալական վճարներ, տոկոսներ ու վարչական տուգանքներ վճարողների և հարկային գործակալների մոտ ստուգումները.
- Պետական և տարածքային կառավարման մարմինների ու համայնքների՝ ՀՀ պետական բյուջեից տրամադրված գումարների մասով, դրանց գլխավոր ֆինանսիստների կողմից ՀՀ պետական բյուջեի կատարման ուղղությամբ տարվող աշխատանքների՝ ներառյալ պետական պատվերի տեղադրման (գնումների գործընթացի) ճշտության և օրինականության նկատմամբ հսկողության իրականացումը.
- Պետական մարմինների կողմից ՀՀ պետական բյուջեից, ինչպես նաև հանրապետական նպատակային հատուկ ֆոնդերից և պետական այլ աղբյուրներից առևտրային և ոչ առևտրային կազմակերպություններին (անկախ կազմակերպական-իրավական ձևից) տրամադրվող հատկացումների, վարկային միջոցների, փոխառությունների և սվիրատվությունների արդյունավետ և նպատակային օգտագործման ուղղությամբ հսկողության իրականացումը, ինչպես նաև պետական կառավարչական հիմնարկների, պետական ոչ առևտրային կազմակերպությունների ֆինանսական գործունեության նկատմամբ վերստուգումների (աուդիտ) կամ ստուգումների իրականացումը.
- Օրենքով ՀՀ կառավարությանը վերապահված լիազորությունների շրջանակներում համայնքներում՝ ՀՀ պետական բյուջեից տրամադրված գումարների մասով ֆինանսական ստուգումների իրականացումը, տեղական ինքնակառավարման մարմիններին ՀՀ պետական բյուջեից տրամադրվող հատկացումների հաշվարկման համար ներկայացվող տվյալների արժանահավատության պարզումը.
- Ստուգումների և վերստուգումների արդյունքների ամփոփման և վերլուծության, թույլ տրված խախտումների բնույթին համապատասխան դասակարգման, խախտումներ ծնող պատճառների ուսումնասիրության հիման վրա համապատասխան առաջարկություններ ներկայացնելը.

Հավելված 3. Ուսումնասիրված բժշկական կազմակերպությունների ցանկ

1. «Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ ԲԿ» ՓԲԸ
2. «Արաբկիր Բժշկական Համալիր» ՍՊԸ
3. «Էրեբունի ԲԿ» ՓԲԸ
4. «Սևանի հիվանդանոց» ՊՓԲԸ
5. «Սևանի պոլիկլինիկա» ՓԲԸ
6. «Մարտունու ԲԿ» ՊՓԲԸ
7. «Ճամբարակի ԱԿ» ՓԲԸ
8. «Վանաձորի ԲԿ» ՓԲԸ
9. «Վանաձորի թիվ 1 պոլիկլինիկա» ՊՓԲԸ
10. «Սպիտակի ԲԿ» ՓԲԸ

Հավելված 4. Հարցաշարեր

ՀԱՐՑԱՇԱՐ

Հատուկ հարցեր բուժհաստատության տնօրինությանը

1. Ի՞նչ խնդիրներ, խոչընդոտներ են ծագում բուժհաստատության և ՊԱԳ-ի միջև պետպատվերի տեղադրման պայմանագիր կնքելու գործընթացում (սոր ծառայությունների ավելացման, վարչարարության և այլ տեսանկյուններից):
2. Ի՞նչ խնդիրներ, խոչընդոտներ են ծագում բուժհաստատության և հիվանդի միջև անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բուժօգնության տրամադրման գործընթացում:
3. Արդյո՞ք գործող անհետաձգելի վիճակների և հիվանդությունների ցանկը ամբողջական է, թե ունենում եք դեպքեր, երբ հիվանդի վիճակը անհետաձգելի է, սակայն տվյալ հիվանդությունը /վիճակը/ ներառված չէ ցանկում:
4. Արդյո՞ք անվճար և համավճարով սահմանված անհետաձգելի բժշկական օգնություն պահանջող հիվանդությունների և վիճակների ցանկերը հստակ են, թե լինում են դեպքեր, երբ բժշկի հայեցողությամբ է որոշվում հիվանդի կարգավիճակը:
5. ՀՀ կառավարության թիվ 318-Ն որոշմամբ սահմանված հերթագրման կարգը արդյո՞ք արդյունավետ է գործում: Եթե ոչ, ապա ինչ խնդիրներ են ծագում:
6. Արդյո՞ք հաճախ են հերթագրված հիվանդները կամավոր որոշում կայացնում վճարովի սկզբունքով ստանալ բուժօգնությունը:
7. Ինչպե՞ս եք իրականացնում հետազոտությունները, եթե չունեք անհրաժեշտ ախտորոշիչ սարքը կամ լաբորատոր հետազոտության տեսակը: Ուղեգրում եք արդյո՞ք այլ բուժհաստատություն և ինչպես է կատարվում բուժհաստատության ընտրությունը:
8. Ի՞նչ սկզբունքով է որոշվում բժիշկների ծանրաբեռնվածության բաշխումը: Ի՞նչ քայլեր եք ձեռնարկում, որ ապահովեք համաչափ բաշխում:
9. Կա՞ արդյոք ուղղակի կապ կատարողականի և աշխատանքների վճարման միջև, թե աշխատավարձի հաստատագրված չափը սահմանված է պայմանագրով:
10. Ի՞նչ տոկոսային հարաբերակցություն ունեն բժիշկների հաստատագրված աշխատավարձի և լրավճարների /վճարովի գործունեությունից և համավճարից գոյացած հասույթ/ չափերը: Արդյո՞ք աշխատավարձը ժամանակին է վճարվում:
11. Գործո՞ւմ է արդյոք ձեր հաստատությունում բժշկական խորհուրդ: Եթե այո, ապա ի՞նչ հարցեր են այնտեղ քննարկվում: Եթե ոչ, արդյոք կա դրա անհրաժեշտությունը:
12. Արդյո՞ք Ձեր հաստատությունում գլխավոր բժշկի և տնօրենի գործառույթները համատեղվում են: Եթե այո, որքանո՞վ է դա արդյունավետ:
13. Արդյո՞ք լիարժեք է ՀՀ ԱՆ նախարարի կողմից հաստատված պետպատվերի շրջանակներում հիմնական դեղերի ցանկը: Եթե ոչ, ապա ինչպես է բուժհաստատությունը ապահովում հիվանդի անհրաժեշտ բուժումը:
14. Ապահովվա՞ծ է արդյոք Ձեր բուժհաստատության դեղատունն անհրաժեշտ դեղորայքի քանակով:
15. Ո՞վ է Ձեր բուժհաստատությունում պատասխանատու դեղորայքի անհրաժեշտ որակով և քանակով ապահովվածության համար՝ մեկ անձ թե գործում է դեղաթերապևտիկ կոմիտե: Ինչ գործառույթներ է իրականացնում տվյալ անձը/կոմիտեն և ու՞մ կողմից է դա վերահսկվում /ներքին վերահսկողություն/:

16. Ի՞նչ առաջարկություններ ունեք բուժհաստատությունում դեղորայքի ապահովումը, բուժապասարկումը և պայմանները բարելավելու համար:
17. Ի՞նչ խնդիրներ է առաջացնում բուժհաստատության պետպատվերի սահմանափակ բյուջեն, և որոնք են դրանց լուծումները:
18. Պահպանվո՞ւմ են արդյոք պետական պատվերի պայմանագրով սահմանված ծավալները: Եթե լինում են շեղումներ, ապա ինչով է դա պայմանավորված:
19. Պետական պատվերի պայմանագրով նախատեսված ծառայությունների գները որքանո՞վ են ծածկում իրական ծախսերը: Ի՞նչ աղբյուրներից է ծածկվում ծախսերի չփոխհատուցված մասը: Արդյո՞ք եղել են գործակալության կողմից հայտնաբերված կատարողականի հավելագրումներ: Եթե այո ինչով է պայմանավորված հավելագրման պրակտիկան: Արդյո՞ք գործակալության կողմից կիրառվել են պատժամիջոցներ հավելագրումների համար: Որ աղբյուրից են ֆինանսավորվում այդ դեպքերը:
20. Արդյոք՞ հիմնադրի հետ համաձայնեցվում են ծախսային առաջնահերթությունները, բուժփիմնարկի գնացուցակը և բուժփիմնարկի հաստիքանախահաշվային ցուցակները:
21. Որքանո՞վ է արդյունավետ գործում համավճարի համակարգը, մասնավորապես.
 - ի՞նչ սկզբունքով է ձևավորվում համավճարի սահմանաչափը.
 - որքանո՞վ է դրա ներդրումը բարելավել բուժհաստատությունների ֆինանսական վիճակը.
 - ի՞նչ սկզբունքով է որոշվում անհետաձգելի վիճակների և հիվանդությունների ցանկից մի մասի նկատմամբ կիրառել համավճար, իսկ մյուս մասի նկատմամբ այն չկիրառել.
 - Համավճարային մուտքերը արդյո՞ք լրացնում են այն բացը, ինչն առաջանում է փաստացի կատարված ծախսերի և պետական փոխհատուցման միջև.
 - ի՞նչ տոկոս է կազմում պետպատվերից և համավճարի մուտքերը բուժհաստատության ընդհանուր տարեկան մուտքերի մեջ.
 - ինչպե՞ս է համավճարի կիրառումը ազդել վճարովի ծառայությունների դիմաց կատարվող դրամական հոսքերի վրա.
 - համավճարը կարելի՞ է համարել նախկինում ոչ պաշտոնական վճարների օրինականացում:

Հատուկ հարցեր բժիշկներին

1. Արդյո՞ք պետպատվերի և համավճարի շրջանակներում մատուցվող բուժօգնության համար պետության կողմից տրամադրվող գումարը բավարար է որակյալ և անհրաժեշտ ծավալի բուժօգնությունների մատուցման համար: Եթե չի համապատասխանում, ապա բուժօգնության ո՞ր օղակներն են առավել տուժում՝ ախտորոշում, բուժման տեխնոլոգիա / սխեմա, դեղորայք, հիվանդանոցային սպասարկման մակարդակ:
2. Ձեր կարծիքով որքանո՞վ է բավարար յուրաքանչյուր առանձին դեպքի համար պետպատվերի շրջանակներում տրամադրվող բյուջեն: Եթե անբավարար է ինչ միջոցներ է ձեռնարկում բուժհաստատությունը. անհրաժեշտ գումարը գանձում է հիվանդից, օգտագործում է ոչ թանկարժեք միջոցներ/դեղորայք, կամ կրճատում է որոշ ծառայություններ:
3. Բավարարված եք արդյո՞ք աշխատանքի վարձատրության չափից: Արդյո՞ք այն ժամանակին է վճարվում:

4. Արդյո՞ք խախտվում են աշխատանքային պայմանագրերով սահմանված ձեր իրավունքները: Եթե այո, ապա ինչպե՞ս:
5. Արդյո՞ք ձեր աշխատավարձը հաստատագրված է, թե կախված է ձեր տվյալ ամսվա ծանրաբեռնվածությունից: Կա՞րդյոք ուղղակի կապ կատարողականի և աշխատանքների վճարման միջև:
6. Աշխատանքի ծանրաբեռնվածությունն արդյո՞ք հավասարաչափ է բաշխված բժիշկների միջև:
7. Ի՞նչ սկզբունքներով են հիվանդները ուղեգրվում հիվանդանոց պետպատվերի շրջանակում:
8. Արդյո՞ք լիարժեք է ՀՀ ԱՆ Նախարարի կողմից հաստատված պետպատվերի շրջանակներում հիմնական դեղերի ցանկը: Եթե ոչ, ապա ինչպես եք ապահովում հիվանդի անհրաժեշտ բուժումը:
9. Արդյո՞ք բուժման դեղորայքային օպտիմալ սխեմաների պաշտոնական ներդրումը որակական տեսակետից կարող է օգնել բուժման գործընթացին, թե՞ հակառակը: Ինչպիսի՞ կոռուպցիոն ռիսկեր է առաջացնում այդպիսի սխեմաների բացակայությունը:
10. Իրատեսական են արդյո՞ք վճարովի ծառայությունների սակագները: Եթե ոչ, ապա ի՞նչ է կարելի անել դրանք ավելի իրատեսական դարձնելու համար:
11. Վճարո՞ւմ են արդյոք ձեր հաստատությունում հիվանդները գնացուցակով հաստատված սակագներից դուրս: Եթե այո, որ դեպքերում: Ի՞նչ առաջարկություններ ունեք ոչ պաշտոնական վճարումները բացառելու համար:
12. Որքանո՞վ է արդյունավետ գործում համավճարի համակարգը, մասնավորապես.
 - ի՞նչ սկզբունքով է որոշվում անհետաձգելի վիճակների և հիվանդությունների ցանկից մի մասի նկատմամբ կիրառել համավճար, իսկ մյուս մասի նկատմամբ այն չկիրառել.
 - որքանո՞վ է դրա ներդրումը բարելավել բուժանձնակազմի ֆինանսական վիճակը.
 - ինչպե՞ս է համավճարի կիրառումը ազդել վճարովի ծառայությունների դիմաց կատարվող դրամական հոսքերի վրա.
 - Համավճարը կարելի՞ է համարել Նախկինում ոչ պաշտոնական վճարների օրինականացում:

Հատուկ հարցեր բուժքույրերին

1. Նկարագրե՞ք Ձեր պարտականությունները բաժնի դեղորայքի շրջանառության և պարագաների տրամադրման մեջ:
2. Բավարարվա՞ծ եք Ձեր հիվանդանոցի կողմից մատուցվող ծառայության որակով/ծավալով: Որոնք են անձամբ Ձեր արդյունավետ աշխատանքի խոչընդոտներ:
3. Բավարարվա՞ծ եք արդյոք աշխատանքի վարձատրության չափից: Արդյո՞ք այն ժամանակին է վճարվում:
4. Արդյո՞ք ձեր աշխատավարձը հաստատագրված է, թե կախված է ձեր տվյալ ամսվա ծանրաբեռնվածությունից: Կա՞րդյոք ուղղակի կապ կատարողականի և աշխատանքների վճարման միջև:
5. Արդյո՞ք խախտվում են աշխատանքային պայմանագրերով սահմանված ձեր իրավունքները: Եթե այո, ապա ինչպե՞ս:

6. Արդյո՞ք լինում են դեպքեր, երբ հիվանդին նշանակվում է դեղորայք, որը առկա չէ բաժանմունքում: Եթե այո, ապա ինչպե՞ս էք վարվում տվյալ դեպքում:
7. Լինու՞մ են արդյոք Ձեզ մոտ նախկինում պահանջագրված դեղորայքի մերժումներ: Եթե այո, ապա ինչպե՞ս էք վարվում նման դեպքերում:
8. Ինչպիսի՞ առաջարկներ ունեք դեղորայքի շրջանառությունը և պարագաների տրամադրումը կարգավորելու համար:
9. Ինչպե՞ս է վերահսկվում բուժքույրերի ծառայության որակը:
10. Արդյո՞ք արդյունավետ/ լիարժեք է ՀՀ ԱՆ նախարարի կողմից հաստատված հիմնական դեղերի ցանկը:
11. Ու՞մ կողմից և ինչպե՞ս է վերահսկվում դեղորայքի և պարագաների տրամադրումը: Ի՞նչ կառաջարկեիք ավելի արդյունավետ դարձնելու համար վերահսկողությունը:
12. Ինչպիսի՞ կոռուպցիոն դրսևորումներ կան պետպատվերի համակարգում և որո՞նք են դրանց պատճառները:

Վերահսկողությանը վերաբերող հարցեր բոլորին

1. Բուժհաստատության նկատմամբ վերահսկողության ի՞նչ մեխանիզմներ կան և որքանո՞վ են դրանք արդյունավետ իրականացվում:
2. Արդյո՞ք բուժհաստատությունները վերահսկող կառույցների գործառույթներում կան կրկնություններ, որոնք խոչընդոտում են պետպատվերի համակարգի արդյունավետ գործունեությանը:
3. Ինչպե՞ս է բուժհաստատությունում վերահսկվում բժիշկների և բուժքույրերի ծառայության որակը, դեղորայքի և պարագաների տրամադրումը: Ի՞նչ կառաջարկեիք ավելի արդյունավետ դարձնելու համար վերահսկողությունը:
4. Ինչպիսի՞ կոռուպցիոն դրսևորումներ կան պետպատվերի համակարգում և որո՞նք են դրանց պատճառները: Ի՞նչ միջոցառումներ են ձեռնարկվում պետպատվերի համակարգում կոռուպցիան կանխարգելելու համար:
5. Արդյո՞ք բուժհաստատությունում կարգավորվում է շահերի բախման երևույթները՝ որպեսզի մասնավոր շահը չգերադասվի հանրային շահից: Խնդրում ենք բերել օրինակներ:
6. Կախված բուժհաստատության ենթակայությունից/կազմակերպարարական ձևից (ԱՆ/պետական, ոչ պետական) որքա՞ն արդյունավետ է պետպատվերի շրջանակներում միջոցների օգտագործումը և դրա նկատմամբ վերահսկողությունը:

Հանրային իրազեկմանը վերաբերող հարցեր բոլորին

7. Ըստ Ձեզ ի՞նչ մակարդակի վրա է գտնվում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և համավճարի սկզբունքով մատուցվող բուժօգնության մասին բնակչության իրազեկման մակարդակը:
8. Արդյոք բուժհաստատությունը իր միջոցների հաշվին իրականացնո՞ւմ է պետության կողմից երաշխավորված անվճար բուժօգնության մասին բնակչության իրազեկմանն ուղղված քայլեր:
9. Արդյո՞ք ձեր բուժհաստատությունում տեսանելի վայրում փակցված են բուժծառայությունների գնացուցակը:

10. Հետադարձ կապի և բողոքարկման ի՞նչ մեխանիզմներ կան բուժհաստատությունում: Ի՞նչ հաճախականությամբ են բողոքներ ստացվում: Կան արդյո՞ք օրինակներ, երբ բողոքի արդյունքում բուժաշխատողը պատասխանատվության է ենթարկվել:

Ամփոփիչ հարցեր բոլորին

11. Ամփոփելով Ձեր կողմից նշվածը,

- որո՞նք են այն հիմնական համակարգային խնդիրները/գործոնները, որոնք եթե վերացվեն, պետպատվերով տրամադրվող բուժօգնության ոլորտը կբարեփոխվի և կկատարելագործվի:
- Ի՞նչ առաջնահերթ քայլեր է պետք ձեռնարկել ձեր կողմից նշված խնդիրները լուծելու ուղղությամբ:
- Կա՞ն արդյոք գործոններ, որ խոչընդոտում են ձեր կառույցի պատշաճ գործունեությունը պետպատվերի ոլորտում: Եթե այո, որոնք են դրանք և ինչպես կարող են վերացվել:

12. Ովքե՞ր են այն կարևոր /ֆորմալ և ոչ ֆորմալ/ դերակատարները /կառույցներ կամ անհատներ/

- որոնց գործունեությունը ստեղծում է խոչընդոտներ պետպատվերի համակարգի արդյունավետության համար
- Որոնք դրական ազդեցություն կարող են ունենալ պետպատվերի համակարգի բարելավման համար:

ՀԱՐՑԱՇԱՐ

Դուրս գրված հիվանդների հետ հարցազրույց

1. Դուք բուժվել եք վճարովի սկզբունքով, թե՞ պետպատվերի կամ համավճարի շրջանակներում: Ունե՞ք սոցիալական կարգավիճակ /հաշմանդամության կարգավիճակ, անապահովության կարգավիճակ, հատուկ խումբ/, ինչպե՞ս եք ստացել այդ կարգավիճակը: Արդյո՞ք Ձեզ հասնում էր այդ կարգավիճակը օրենքի ուժով: Արդյո՞ք ոչ պաշտոնական գումար /առանց դրամարկղի կտրոնի/ վճարել եք դրա համար:
2. Ո՞վ է Ձեզ ուղեգրել բուժօգնություն ստանալու համար: Որևէ գումար վճարե՞լ եք արդյոք Ձեր ուղեգրման համար:
3. Դեղորայքի/պարագաների ո՞ր մասն է բուժհաստատությունը տրամադրել: Ի՞նչ դեղեր եք ինքներդ ձեռք բերել: Ի՞նչ գումարի սահմաններում է եղել:
4. Ձեր բուժման ընթացքում կիրառվե՞լ են թանկ կամ դժվարամատչելի դեղորայք /պարագաներ: Արդյո՞ք դրանք ստացել եք վճարովի թե անվճար: Եթե վճարել եք դրանց համար, որքա՞ն:
5. Եթե դեղորայքը/պարագաները գնել եք հիվանդանոցից դուրս, ապա որտե՞ղից եք այն ձեռք բերել՝ /դեղատնից, մասնավոր անձանցից, այլ/: Արդյո՞ք բուժանձնակազմը հուշել է Ձեզ՝ որտեղից դրանք ձեռք բերել:
6. Ինչպիսի՞ հետազոտություններ են իրականացվել հիվանդանոցում բուժվելու ժամանակ: Դրանցից որո՞նք են իրականացվել հիվանդանոցից դուրս:
7. Վճարե՞լ եք արդյոք հիվանդանոցում հետազոտություններ իրականացնելու համար: Եթե այո, ապա վճարե՞լ եք առձեռն, թե դրամարկղ: Արդյո՞ք ձեզ տրամադրվել է դրամարկղային կտրոն:
8. Գո՞հ եք արդյոք բուժման պայմաններից: Բավարարվա՞ծ եք հիվանդանոցում մատուցվող բուժօգնությունների որակով/ծավալով: Արդյոք արդյունավետ են եղել նշանակված/գնված դեղամիջոցները: Բավարարվա՞ծ եք բուժանձնակազմի վերաբերմունքից:
9. Ըստ Ձեզ, Ձեր բուժման ընթացքում արդյո՞ք եղել են բուժման որակի բացահայտ խախտումներ:
10. Տեղյակ ե՞ք արդյոք համավճարից: Ձեզ համար հասկանալի է եղել համավճարի շրջանակներում վճարվող գումարի չափը: Ինչպե՞ս և որտեղի՞ց եք տեղեկացել վճարման ենթակա գումարի մասին:
11. Ի՞նչ դիտողություններ և առաջարկություններ ունեք
 - հիվանդանոցային և բուժսպասարկման պայմանների վերաբերյալ
 - բժշկական օգնության և սպասարկման որակի վերաբերյալ
 - դեղերի/պարագաների տրամադրման վերաբերյալ
 - հետազոտությունների վերաբերյալ
 - Այլ
12. Որքանո՞վ եք տեղեկացված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով ստացվող բուժօգնություն ստանալու Ձեր իրավունքի և պայմանների մասին: Ինչպե՞ս եք տեղեկացել այդ մասին:

13. Արդյո՞ք բուժհաստատությունում տեսանելի վայրում փակցված եղել է բուժճառայությունների գնացուցակը: Եթե ոչ, ապա ինչպե՞ս եք տեղեկացել բուժօգնության գների մասին:
14. Արդյո՞ք գների, իրավունքների ու պայմանների մասին չիմանալը ազդում է հիվանդի ծախսային բեռի ավելացման վրա:
15. Ձեր կարծիքով,
- որո՞նք են այն հիմնական համակարգային խնդիրները/գործոնները, որոնք եթե վերացվեն, պետպատվերով տրամադրվող բուժօգնության ոլորտը կբարեփոխվի:
 - ի՞նչ առաջնահերթ քայլեր է պետք ձեռնարկել ձեր կողմից նշված խնդիրները լուծելու ուղղությամբ:
16. Եղե՞լ են արդյոք անհատներ, որոնք աջակցել են Ձեզ ուղեգիր ստանալու, առանց հերթ սպասարկվելու, կամ այլ կերպ գործընթացը հեշտացնելու հարցում: Խնդրում ենք նշել: