

«ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆՆ ՈՒՂԴՎԱԾ ԵՐԿԽՈՍՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ՀԱՍԱՐԱԿՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԸՆԴՀԱՅՆՈՒՄ» ԾՐԱԳԻՐ, ENPI/2013/334643

**ՍՈՑԻԱԼԱՊԵՍ ԱՆԱՊԱՀՈՎ ԵՎ ՀԱՏՈՒԿ ԽՄԲԵՐՈՒՄ
ԸՆԴԳՐԿՎԱԾՆԵՐԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ
ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԲՅՈՒՋԵՏԱՅԻՆ ԾՐԱԳՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ**

ԲՅՈՒՋԵՏԱՅԻՆ ԾՐԱԳՐԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ,
ՏՆՏԵՍԱԿԱՆ ԶԱՐԳԱՅՄԱՆ ԵՎ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԵՆՏՐՈՆ (EDRC), 2016



Ծրագիրը ֆինանսավորվում է
Եվրոպական Միության կողմից



ՍՈՑԻԱԼԱՊԵՍ ԱՆԱՊԱՀՈՎ ԵՎ ՀԱՏՈՒԿ ԽՄԲԵՐՈՒՄ ԸՆԴԳՐԿՎԱԾՆԵՐԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԲՅՈՒՋԵՏԱՅԻՆ ԾՐԱԳՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

ՀԵՂԻՆԱԿԱՅԻՆ ԽՈՒՄԲ.

Կարինե ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ

Մուշեղ ԹՈՒՄԱՍՅԱՆ

Լիլիթ ՀԱԿՈԲՅԱՆ

Սույն փաստաթուղթը մշակվել է «Տնտեսական զարգացման և հետազոտությունների կենտրոն» ՀԿ-ի կողմից «Քաղաքականությունների բարելավմանն ուղղված երկխոսություն և քաղաքացիական հասարակության մասնակցության ընդլայնում» ծրագրի շրջանակներում բյուջետային ծրագրերի գնահատմանն ուղղված ուսումնասիրությունների բաղադրիչի ներքո: Ծրագիրն իրականացվում է Օքսֆամի հետ համագործակցությամբ՝ ԵՄ ֆինանսավորմամբ:

Արտահայտված տեսակետները և եզրահանգումները պատկանում են հեղինակներին. դրանք կարող են տարբերվել և չհամընկնել Եվրոպական Միության կամ ՀՀ պետական որևէ մարմնի պաշտոնական տեսակետների և, կամ դիրքորոշումների հետ:

Ծրագրային թիմը շնորհակալություն է հայտնում ՀՀ առողջապահության նախարարությանը և հարցազրույցներին մասնակցած բժիշկական հաստատություններին համագործակցության համար:

Հարցերի և առաջարկությունների համար դիմել ՏՁՀԿ գրասենյակ՝ +374 (0) 60 540 289, info@edrc.am, www.edrc.am:

Հրատարակումից օգտվելիս պատշաճ հղումը պարտադիր է:

Սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկվածներին բժշկական օգնության ծառայություններ բյուջետային ծրագրի գնահատում

© «Տնտեսական զարգացման և հետազոտությունների կենտրոն», 2016

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Ամփոփագիր.....	4
1. Ներածություն	5
1.1. Նախաձեռնության մասին.....	5
1.2. Բյուջետային ծրագրերի գնահատման նպատակը.....	5
1.3. Կիրառված մեթոդաբանությունը.....	5
1.4. Հաշվետվության կառուցվածքը	6
2. ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայություններ ծրագիրը.....	7
2.1. Ծրագրի նպատակը և կարգավորումը	7
2.2. Ծրագրի շահառուները և ծառայությունների շրջանակը.....	8
2.3. Բյուջետային ֆինանսավորումը	10
2.4. Միջնաժամկետ և երկարաժամկետ նպատակադրումները.....	12
3. Ծրագրի ազդեցության և հասցեականության վերլուծություն	14
3.1. Բնակչության առողջական պատկերը.....	14
3.2. Հիվանդանոցային բուժօգնությունը	16
3.3. Ծրագրի ընդգրկումը.....	19
3.4. Ծրագրի հասցեականությունը.....	20
3.5. Ծրագրի ազդեցությունը և շահառուների գոհունակությունը.....	25
3.6. Իրազեկվածության մակարդակը.....	27
4. Ծրագրի վերաբերյալ ծառայություն մատուցողների գնահատականները.....	29
5. Գնահատման արդյունքների ամփոփում.....	31
5.1. Համապատասխանությունը	31
5.2. Ծրագրի արդյունքները.....	31
5.3. Ռեսուրսների ներդրման արդյունավետությունը.....	32
5.4. Ծրագրի հասցեականությունը և ազդեցությունը աղքատություն վրա	33
5.5. Հիմնական առաջարկություններ	34
Հավելված. Ծառայություն մատուցողների շրջանում անցկացված հարցազրույցների բուժհիմնարկների ցանկ.....	36
Գծապատկերների ցանկ	37
Աղյուսակների ցանկ	37
Օգտագործված հապավումների ցանկ.....	38

Ամփոփագիր

ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագիրն առողջապահության ոլորտում պետության կողմից շարունակաբար իրականացվող ծրագիր է, որն իր ֆինանսավորման ծավալներով երրորդն է՝ «Բնակչության առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ» և «Երեխաներին բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրերից հետո:

2015 թվականին պլանավորվել է պետական բյուջեից Ծրագրի ֆինանսավորմանը հատկացնել 7.2 մլրդ դրամ, որը կազմում է առողջապահության պետական ծախսերի 8.6 տոկոսը կամ պետական բյուջեի՝ 0.6 տոկոսը:

Ծրագիրը ենթադրում է, որ բնակչության շուրջ 2 տոկոսը կստանա անվճար հիվանդանոցային ծառայություններ (շուրջ 62 հազար դեպք): Շահառուները Ընտանեկան նպատների համակարգի Նպաստառուներն են և ՀՀ կառավարության կողմից սահմանված ցանկում ներառված հատուկ խմբերում ընդգրկված անձիք:

Ծրագիրը համապատասխանում է քաղաքականությունների գերակայություններին և ռազմավարական նպատակադրումներին, հասարակության և շահառուների իրական կարիքներին: Այնուհանդերձ, Ծրագրի արդյունավետության մակարդակն էականորեն բարելավման կարիք ունի:

Վերլուծությունը ցույց է տվել, որ գործնականում լիովին անվճար հիվանդանոցային բուժօգնության դեպքերը շատ քիչ են: Նույնիսկ որոշ հիմնավորված՝ բնականոն վճարումների պարագայում, շահառուների շուրջ կեսը հիվանդանոցային բուժօգնության ծառայությունների դիմաց վճարել են:

Պետության կողմից հիվանդանոցային մեկ դեպքի համար ֆինանսավորումը կազմում է 115 հազար դրամ, որը բավականին զիջում է ծառայությունների մատուցման համար իրական ծախսերը և շուրջ 2 անգամ փոքր է շահառուների կողմից փաստացի կատարված ծախսերից:

Հիվանդանոցների կողմից մատուցվող ծառայությունների մեծամասնությունը կատարվում է պետական պատվերի շրջանակներում: Այդ դեպքերի համար մեծամասամբ վճարում է և՛ պետությունը և՛ բուժվողը: Պետական պատվերը բուժհիմնարկների եկամտի կարևոր աղբյուր է: Ծրագիրը, կարծես թե, ավելի շուտ ուղղված է հիվանդանոցային համակարգի պահպանմանը, մինչդեռ այն, ըստ էության, առաջացնում է առողջապահական համակարգի խեղաթյուրումներ, խախտվում է շահառուների նկատմամբ հավասարության սկզբունքը:

Ծրագիրը թեև հասցեագրում է աղքատ և սոցիալապես խոցելի անձանց, սակայն գործնականում հասցեականության մակարդակը ցածր է: Դա պայմանավորված է նաև Ընտանեկան նպաստների համակարգի հասցեականության ցածր մակարդակով: Արդյունքում հիվանդանոցային բուժում ստացած շահառուների 30 տոկոսը չեն հանդիսացել աղքատներ, իսկ 66 տոկոսը՝ ոչ շատ աղքատներ:

Հիմնական առաջարկները վերաբերվում են շահառուների շրջանակի կրճատմանը, մեկ միջին դեպքի հաշվով բյուջետային ֆինանսավորման կտրուկ բարձրացմանը և Ծրագրի կատարողական մոնիտորինգային ցուցանիշների ներդրմանը: Դա կունենա դրական սոցիալական և առողջապահական ազդեցություն:

1. Ներածություն

1.1. Նախաձեռնության մասին

Տնտեսական զարգացման և հետազոտությունների կենտրոնը (EDRC) հանրային ծրագրերի և քաղաքականությունների մոնիտորինգին և վերլուծությանն ուղղված ոչ առևտրային անկախ կազմակերպություն է (այսուհետ՝ ՏՀՀԿ), որը հիմնադրվել է Երևանում 2001 թվականին¹:

Եվրոպական Միության ֆինանսավորմամբ ՏՀՀԿ-ն, համագործակցելով Օքսֆամ միջազգային կազմակերպության հետ, իրականացնում է «Քաղաքականությունների բարելավմանն ուղղված երկխոսություն և քաղաքացիական հասարակության մասնակցության ընդլայնում» ծրագիրը (այսուհետ՝ ՔԲԵ ծրագիր): Այն մշակվել և իրականացվում է՝ նպատակ ունենալով բարձրացնել պետական բյուջետային ծրագրերի վերաբերյալ իրազեկվածության մակարդակը, հիմքեր ստեղծել քաղաքացիական հասարակության ու հանրային հատվածի արդյունավետ համագործակցության և իրազեկ քննարկումների ու որոշումների համար:

ՔԲԵ ծրագրի շրջանակներում ՏՀՀԿ-ն իրականացնում է գյուղատնտեսության, առողջապահության և սոցիալական պաշտպանության ոլորտների պետական բյուջեների պարզեցումներ, ՔՀԿ-ների բյուջետային գրագիտության և վերլուծական կարողությունների բարձրացմանն ուղղված միջոցառումներ, ինչպես նաև իրականացվող քաղաքականությունների և առանձին բյուջետային ծրագրերի մոնիտորինգ և գնահատում:

1.2. Բյուջետային ծրագրերի գնահատման նպատակը

ՔԲԵ ծրագրի առանձին բաղադրիչներից մեկը բյուջետային ծրագրերի գնահատմանն ուղղված ուսումնասիրություններն են: Բյուջետային ծրագրերի գնահատման ուսումնասիրությունները ներառում են հետազոտության զանազան մեթոդներ, որոնք իրականացվում են գործընկեր ՔՀԿ-ների հետ համագործակցաբար: Բյուջետային ծրագրերի գնահատման ուսումնասիրությունների արդյունքում մշակվում են համապատասխան հաշվետվություններ: Բյուջետային ծրագրերի գնահատման նպատակն է բարձրացնել ծրագրերի վերաբերյալ հանրային իրազեկվածության մակարդակը, ընդլայնել քննարկումները և երկխոսությունը, աջակցել քաղաքականություն մշակողներին՝ ծրագրերի արդյունավետության բարձրացման գործում:

1.3. Կիրառված մեթոդաբանությունը

ՔԲԵ ծրագրի շրջանակներում մոնիտորինգի և գնահատման համար ընտրվել են ՀՀ պետական բյուջեից պարբերաբեր ֆինանսավորվող 6 բյուջետային ծրագրեր՝ առողջապահության, սոցիալական պաշտպանության և գյուղատնտեսության ոլորտներից: Մոնիտորինգի և գնահատման ենթակա բյուջետային ծրագրերի ընտրությունը կատարվել է համապատասխան ոլորտների պատասխանատու պաշտոնյաների հետ քննարկումների արդյունքում՝ ՔԲԵ ծրագրի շահառու 40 ՀԿ-ների կողմից՝ համատեղ աշխատանքային հանդիպման ընթացքում²:

«Սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկվածներին բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագիրը (այսուհետ՝ ՍԱՀԻ բժշկական օգնության ծրագիր կամ Ծրագիր) առողջապահության ոլորտից ընտրված մոնիտորինգի և գնահատման ենթակա ծրագրերից մեկն է:

¹ Կենտրոնի և «Քաղաքականությունների բարելավմանն ուղղված երկխոսություն և քաղաքացիական հասարակության մասնակցության ընդլայնում» ծրագրի մասին մանրամասների համար այցելեք՝ www.edrc.am

² «Հանրային քաղաքականությունների շրջանակը սոցիալական պաշտպանության, առողջապահության և գյուղատնտեսության ոլորտներում» աշխատանքային հանդիպում, 22 հոկտեմբերի 2014թ, Երևան, Կոնգրես հյուրանոց

Մոնիտորինգի և գնահատման մեթոդաբանությունը մշակվել է ՏՁՀԿ կողմից, որը ենթադրում է գրասենյակային և դաշտային աշխատանքների իրականացում՝ ներառելով քանակական և որակական հետազոտության զանազան մեթոդներ, մասնավորապես.

- Վիճակագրական տվյալների հավաքագրում և վերլուծություն,
- Քաղաքականության փաստաթղթերի ուսումնասիրություն և քննություն,
- Հարակից ուսումնասիրությունների և փաստաթղթերի ուսումնասիրություն,
- Հիմնական տեղեկացված անձանց հետ հարցազրույցներ,
- Շահառուների և փորձագետների շրջանում ֆոկուս խմբային քննարկումներ,
- Ծառայություն մատուցողների ուսումնասիրություն և հարցազրույցներ,
- Մարդկային պատմությունների արձանագրում և ներկայացում,
- Վիճակագրական ընտրանքային հետազոտություններ:

ՍԱՀԻ բժշկական օգնության ծրագրի շահառուները սահմանված «հատուկ խմբերում» և Ընտանեկան նպաստների համակարգում ընդգրկված բնակչությունն է: Գնահատման համար, տվյալների հավաքման կարևոր գործիք է հանդիսացել 2015-ին ՏՁՀԿ կողմից իրականացված Տնային տնտեսությունների վիճակագրական ընտրանքային հետազոտությունը: Այս հետազոտության ընտրանքը ներառել է երկու խոշոր խմբեր (կլաստերներ), դրանով իսկ հետազոտությունն, ըստ էության, տարանջատելով երկու առանձին, զուգահեռ հետազոտությունների՝ ՀՀ բոլոր ՏՏ-ների ընդհանուր հետազոտություն և Ընտանեկան նպաստի համակարգում ընդգրկված Նպաստառուների թիրախային հետազոտություն: Ստացված տվյալները հիմք են հանդիսացել Ծրագրի ազդեցության, արդյունավետության և շահառուների տարանջատված վերլուծության համար³:

Ծառայություն մատուցողների ուսումնասիրության և հարցազրույցների շրջանակներում Երևանի և հանրապետության 5 մարզերի թվով 36 բժշկական հաստատություններում իրականացվել են պրոֆեսիոնալ բժշկական անձնակազմի և կառավարիչների հետ 41 հարցազրույցներ: Ստացված որակական տեղեկատվությունն ամփոփվել է առանձին:

ՏՁՀԿ կողմից իրականացվել է նաև «Ընտանիքի կենսամակարդակի բարձրացմանն ուղղված նպաստներ» բյուջետային ծրագրի գնահատում, որի արդյունքները ևս կիրառվել են ՍԱՀԻ բժշկական օգնության ծրագրի գնահատման ընթացքում:

1.4. Հաշվետվության կառուցվածքը

Սույն հաշվետվությունը ներկայացնում է ՍԱՀԻ բժշկական օգնության բյուջետային ծրագրի անկախ գնահատման արդյունքները: Այն բաղկացած է 5 բաժիններից: Ներածությանը հետևում է բաժին 2-ը, որը նկարագրում է Ծրագիրը՝ դրա նպատակը, ծառայությունների շրջանակը, ֆինանսավորումը, երկարաժամկետ թիրախները և այլն:

Բաժին 3-ում Ծրագրի ազդեցության և հասցեականության վերլուծությունն է: Ներկայացվում են նաև շահառուների գոհունակության և տեղեկացվածության գնահատականները: Բաժին 4-ում ամփոփվում են Ծրագրի շրջանակներում բժշկական ծառայություններ մատուցող պրոֆեսիոնալ անձնակազմի հետ իրականացված հարցազրույցների արդյունքները: Վերջին բաժնում ամփոփվում են գնահատման հիմնական արդյունքները և ներկայացվում՝ առաջարկներ:

³ ՏՁՀԿ կողմից իրականացված Տնային տնտեսությունների վիճակագրական ընտրանքային հետազոտության մեթոդաբանությունը և հիմնական արդյունքներն առանձին հրատարակվել են «Սոցիալական պատկերը և նպաստառու ընտանիքները Հայաստանում» զեկույցում, տե՛ս ՏՁՀԿ 2015թ.:

2. ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայություններ ծրագիրը

2.1. Ծրագրի նպատակը և կարգավորումը

«Սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկվածներին բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագիրը բնակչության սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց հիվանդանոցային մասնագիտացված բժշկական օգնության ապահովմանն ուղղված շարունակաբար իրականացվող պետական բյուջետային ծրագիր է: Այս բնագավառում պետական քաղաքականության հիմնական նպատակն է մեծացնել սոցիալապես անապահով և (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց բժշկական օգնության հասանելիության մակարդակը, ապահովել բնակչության նշյալ խմբերում ընդգրկված անձանց հիվանդանոցային որակյալ բժշկական օգնության իրականացումն ընդհանուր և մասնագիտացված պրոֆիլի հիվանդանոցներում ու բաժանմունքներում՝ անկախ ախտորոշումից:

ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագիրը ենթադրում է բժշկական օգնության և սպասարկման բոլոր տեսակի ծառայությունների մատուցում բնակչության սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերին՝ բացառությամբ կոսմետոլոգիական, օրգանների ու հյուսվածքների փոխպատվաստման և ստոմատոլոգիական թանկարժեք ծառայությունների մատուցման:

ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրի իրականացումը կարգավորվում է հետևյալ հիմնական իրավական փաստաթղթերով.

- ՀՀ օրենքը «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին»

Սահմանում է մարդու առողջության պահպանման սահմանադրական իրավունքի իրականացումն ապահովող բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման, իրավական, տնտեսական և ֆինանսական հիմունքները:

- ՀՀ կառավարության 04.03.2004թ. «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» N 318-Ն որոշում:

Այս որոշումը սահմանում է բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկը, պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման և կազմակերպման, բնակչության հերթագրման կարգերը և ծրագրի իրականացումից բխող այլ կարգեր և ձևեր:

Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու համար հիվանդը համապատասխան հիվանդանոցային բժշկական օգնության ծառայություն մատուցող հաստատությանն է ներկայացնում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության (բժշկասոցիալական, դատաբժշկական փորձաքննության ոլորտում իրավասու պետական այլ մարմիններ) կողմից տրամադրված ուղեգիրը, բնակչության սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկում ընդգրկված լինելու փաստը հավաստող համապատասխան իրավասու մարմնի կողմից տրված փաստաթուղթը և անձը հաստատող փաստաթուղթը:

Բնակչության սոցիալապես անապահով խմբերի համար ծրագրից օգտվելու հիմք է հանդիսանում Ընտանեկան նպաստների համակարգում ընտանիքի անապահովության միավորը: Մինչ 2014 թվականը ծրագրի շահառու էին համարվում բնակչության անապահով այն խմբերը, որոնց ընտանիքների անապահովության միավորը գերազանցում էր 36 միավորը: Սկսած 2014 թվականից այս միավորը 36-ից իջեցվեց մինչև 30 միավորի:

Բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական կազմակերպություններում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում ծառայությունները մատուցվում են տվյալ կազմակերպության տարեկան պայմանագրային գումարի շրջանակներում՝ ամսական կտրվածքով հաստատված համամասնությունների չափով: Վերջինիս սպառման դեպքում բժշկական կազմակերպությունը բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնում է հերթագրման եղանակով⁴, բացառությամբ հետևյալ ծառայությունների՝

- անհետաձգելի բժշկական օգնություն,
- ՀՀ կառավարության կողմից հաստատված՝ շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդությունների բժշկական օգնություն,
- հոգեկան և նարկոլոգիական հիվանդների բժշկական օգնություն,
- նախազորակոչային և զորակոչային տարիքի անձանց բժշկական օգնություն և սպասարկում, այդ թվում՝ փորձաքննություն,
- ծննդօգնություն,
- արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն (բացառությամբ մասնագիտացված ստոմատոլոգիական բժշկական օգնության և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների):

2.2. Ծրագրի շահառուները և ծառայությունների շրջանակը

Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք ունեցողները սահմանվում են ՀՀ կառավարության որոշմամբ: Վերջիններս մասնավորապես ներառում են հետևյալ սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերը⁵.

1. ընտանեկան նպաստի համակարգում ընդգրկված 30.00 և ավելի բարձր անապահովության միավոր ունեցող ընտանիքների անդամները,
2. 1-ին խմբի հաշմանդամություն ունեցող անձինք,
3. 2-րդ խմբի հաշմանդամություն ունեցող անձինք,
4. 3-րդ խմբի հաշմանդամություն ունեցող անձինք,
5. Հայրենական մեծ պատերազմի մասնակիցներ և նրանց հավասարեցված անձինք,
6. վերարտադրության տարիքի կանայք՝ հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանում,
7. մինչև 7 տարեկան երեխաներ,
8. հաշմանդամություն ունեցող երեխաներ՝ մինչև 18 տարեկան,
9. առանց ծնողական խնամքի մնացած երեխաներ՝ մինչև 18 տարեկան, և առանց ծնողական խնամքի մնացած երեխաների թվին պատկանող անձինք՝ 18-23 տարեկան,
10. մինչև 8 տարեկան և 12 տարեկան երեխաներ, ինչպես նաև 65 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի անձինք՝ մասնագիտացված ստոմատոլոգիական բժշկական օգնության մասով,
11. հաշմանդամություն ունեցող անձանցից բաղկացած ընտանիքների երեխաներ՝ մինչև 18 տարեկան,
12. բազմազավակ (մինչև 18 տարեկան 4 և ավելի անչափահաս երեխաներ ունեցող) ընտանիքների երեխաներ,
13. մինչև 18 տարեկան՝ դիսպանսեր հսկողության տակ գտնվող երեխաներ,
14. միաձնող երեխաներ՝ մինչև 18 տարեկան

⁴ ՀՀ կառավարության N 318-Ն որոշում, Հավելված 4:

⁵ ՀՀ կառավարության N 318-Ն որոշում, Հավելված 1:

15. բժշկասոցիալական փորձաքննության ոլորտում իրավասու պետական մարմնի ուղեգրով լրացուցիչ բժշկական հետազոտության ենթարկվողներ,
16. 14-15 տարեկան արական սեռի, նախազորակոչային և զորակոչային տարիքի անձինք (հիվանդանոցային բժշկական օգնություն, իսկ զորակոչային տարիքի անձանց՝ նաև հիվանդանոցային փորձաքննություն)
17. զինծառայողներ և նրանց հավասարեցված անձինք, նրանց ընտանիքների անդամներ, ՀՀ պաշտպանության ժամանակ, ինչպես նաև ծառայողական պարտականությունները կատարելիս զոհված (մահացած) զինծառայողների ընտանիքների անդամներ, երկարամյա ծառայության կամ հաշմանդամության զինվորական կենսաթոշակ ստացող նախկին զինծառայողներ,
18. փրկարարական ծառայողներ և նրանց ընտանիքների անդամներ, կենսաթոշակի անցնելու կապակցությամբ ազատված փրկարարական ծառայողներ, հաշմանդամ դարձած փրկարարական ծառայողներ, ծառայության ընթացքում զոհված (մահացած) փրկարարական ծառայողների ընտանիքների անդամներ,
19. ձերբակալվածներ, կալանավորված անձինք և ազատագրված դատապարտվածներ,
20. մանկատներում, ծերանոցներում և անօթևանների ժամանակավոր կացարաններում խնամվող անձինք,
21. բռնադատվածներ,
22. Չեռնոբիլի ատոմակայանի վթարի վերացման աշխատանքների մասնակիցներ,
23. մարդկանց շահագործման (թրաֆիքինգի) ենթարկված անձինք,
24. ապաստան հայցողներ և նրանց ընտանիքների անդամներ:

Վերոնշյալ սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված անձանց տրամադրվող բուժօգնությունը ֆինանսավորվում է ՍԱՀԻ բժշկական օգնության ծառայություններ բյուջետային ծրագրի շրջանակներում այն դեպքում, եթե ըստ համապատասխան խմբի կամ հիվանդության տեսակի այլ բյուջետային նպատակային հիվանդանոցային ծրագիր առկա չէ: Հակառակ դեպքում, համապատասխան խմբի պացիենտը ծառայություններ է ստանում կոնկրետ նպատակային հիվանդանոցային բժշկական օգնության ծրագրի շրջանակներում:

Նկատենք, որ բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերին՝ արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության և ՍԱՀԻ բժշկական օգնության և մյուս նպատակային ծրագրերի շրջանակներում մատուցվող հիվանդանոցային բժշկական օգնության ծառայություններից բացի, անվճար են մատուցվում նաև դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունները: Այս խմբերն ազատված են նաև համավճարից բոլոր այն ծրագրերում, որտեղ համավճարը կիրառվում է (անհետաձգելի, գինեկոլոգիական, ուռուցքաբանական բուժօգնություն, ՍՃՓՀ):

Պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային բժշկական օգնությունը և սպասարկումն ընդգրկում է բուժման համար անհրաժեշտ միջոցների ամբողջ ծավալը, մասնավորապես՝

- հիվանդին հիվանդասենյակով ապահովելը,
- մասնագիտացված խորհրդատվությունները,
- լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունները,
- վիրահատությունները, վիրահատական և ֆիզքսող 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, հարբժշկական ծառայությունները,
- հակատուբերկուլոզային, հոգեկան, թմրաբանական և վերականգնողական (առողջարանային) բաժանմունքներում հիվանդանոցային հատուկ խնամք պահանջող դեպքերում՝ նաև հիվանդների՝ սննդով պարտադիր ապահովման ծախսերը:

Մինևույն ժամանակ, անվճար հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակները չեն ներառում նորագույն և թանկարժեք տեխնոլոգիաներով մատուցվող վիրաբուժական ծառայություններ⁶, այդ թվում՝

- կոսմետոլոգիական միջամտություններ,
- պլաստիկ վիրահատություններ, օրգանների փոխպատվաստում,
- արհեստական օրգանների և հյուսվածքների պատվաստում,
- ինտերստիցիալ լազերային թերմոթերապիա,
- սիրտ-անոթային վիրահատություններ⁷,
- լիթոտրիպսիա (հեռահար, պերկուտան, ուրեթերոռենոսկոպիկ),
- երիկամի փոխպատվաստում,
- կոխլետար իմպլանտի տեղադրման վիրահատություն, և այլն...

2.3. Բյուջետային ֆինանսավորումը

ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագիրն⁸ առողջապահության ոլորտում իրականացվող ֆինանսավորման ծավալով երրորդ խոշոր ծրագիրն է՝ «Բնակչության առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ» և «Երեխաներին բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրերից հետո⁹:

2015 թվականին պետական բյուջեից ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրի իրականացմանը նախատեսվել է ուղղել 7.2 մլրդ դրամ կամ առողջապահության պետական ծախսերի 8.6 տոկոսը: 2016 թվականի պետական բյուջեի մասին օրենքով այս ծրագրի ֆինանսավորումը կկազմի 6.2 մլրդ դրամ, որը կազմում է առողջապահության պետական ծախսերի 7.0 տոկոսը, կամ պետական բյուջեի 0.5 տոկոսը:

2016 թվականին ծրագրի ֆինանսավորումը 13.8 տոկոսով կամ մոտ 1 մլրդ դրամով զիջում է 2015-ին նախատեսված ֆինանսավորման մակարդակը: Կրճատումը պայմանավորված է այս ծրագրից 0.7 մլրդ դրամ ֆինանսական ռեսուրսներ, հետևաբար՝ նաև համապատասխան ծառայություններ, «Սրտի վիրահատության ծառայություններ» ծրագրի և 0.4 մլրդ դրամ՝ «Երեխաներին բժշկական օգնության ծառայություններ» ծրագրի տեղափոխմամբ:

Ծրագրի ֆինանսավորման ծավալները 2008-2015 թվականների ընթացքում դրսևորել են աճի վարքագիծ՝ միջին տարեկան աճը կազմել է 10 տոկոս: 2014-ին ֆինանսավորման ծավալների կտրուկ աճը պայմանավորված է եղել սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկում ընդգրկվածների անապահովության միավորի 36-ից 30 միավորի իջեցման հետ, որի արդյունքում ծրագրի պոտենցիալ շահառուների թվաքանակն աճեց 27 հազարով՝ իսկ ծրագրին ուղղվող միջոցները՝ մոտ 52.5 տոկոսով՝ կազմելով 6.6 մլրդ դրամ:

⁶ ՀՀ առողջապահության նախարարի 28.09.2013 թվականի N 57-Ն հրամանով:

⁷ Բացառությամբ 0-7 տարեկան երեխաների, 7-18 տարեկան սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված երեխաների և ընտանիքների անապահովության գնահատման համակարգում հաշվառված 36.00 և ավելի բարձր անապահովության միավորներ ունեցող ընտանիքների անդամների:

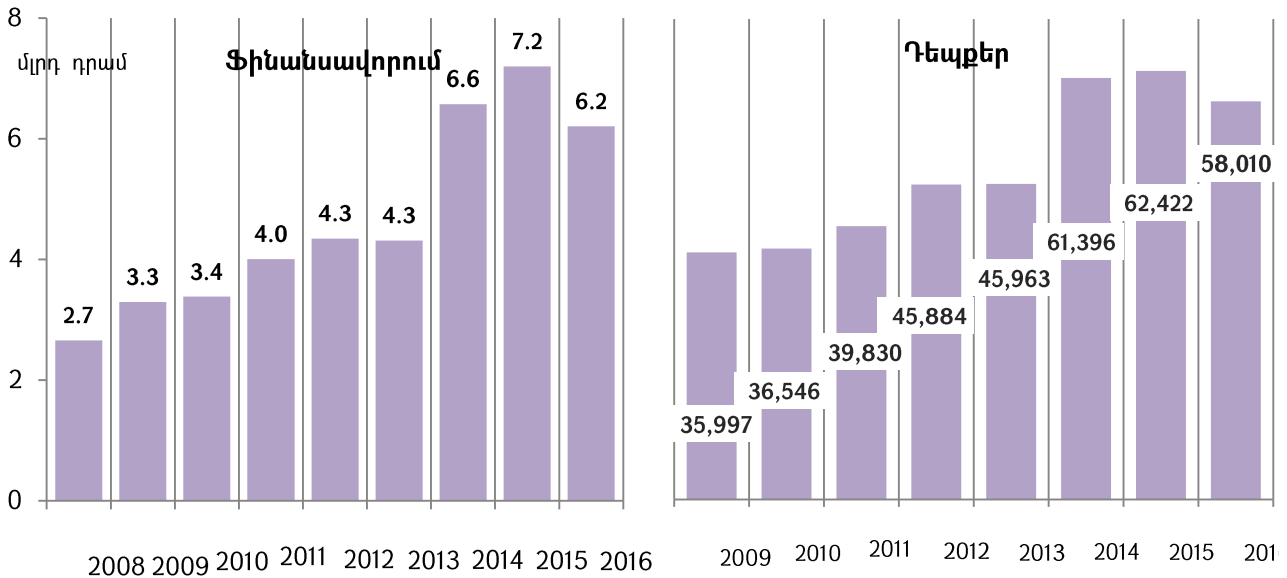
⁸ ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագիրը ՀՀ պետական բյուջեի գործառական դասակարգմամբ ներկայացված է որպես հիվանդանոցային բժշկական օգնության բաժնի ինքնուրույն ծրագիր, իսկ ՀՀ պետական բյուջեի ծրագրային դասակարգմամբ այն ընդգրկված է «Հիվանդանոցային բժշկական օգնություն» ծրագրի մեջ՝ որպես քաղաքականության միջոցառում:

⁹ Առողջապահության բյուջեի մասին առավել մանրամասն տե՛ս ՏՀՀԿ, «Առողջապահության պարզեցված բյուջե 2015»-ում:

ՍԱՀԽ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԲՅՈՒՋԵՏԱՅԻՆ ԾՐԱԳՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ, ՏՀՀԿ, 2016

Ծրագրի շրջանակներում սպասարկված դեպքերը ևս աճի վարքագիծ են դրսևորել: 2014-ին նախորդ տարվա համեմատությամբ սպասարկված դեպքերի քանակի կտրուկ՝ մոտ 34 տոկոսով աճը ԸԱՄ-ի սահմանաչափի փոփոխության արդյունքում է: Սպասարկվող դեպքերի թվաքանակը որոշակի կկրճատվի 2016 թվականին. նախատեսվում է սպասարկել 58,010 դեպք՝ 7 տոկոսով ցածր 2015-ի նույն ցուցանիշից:

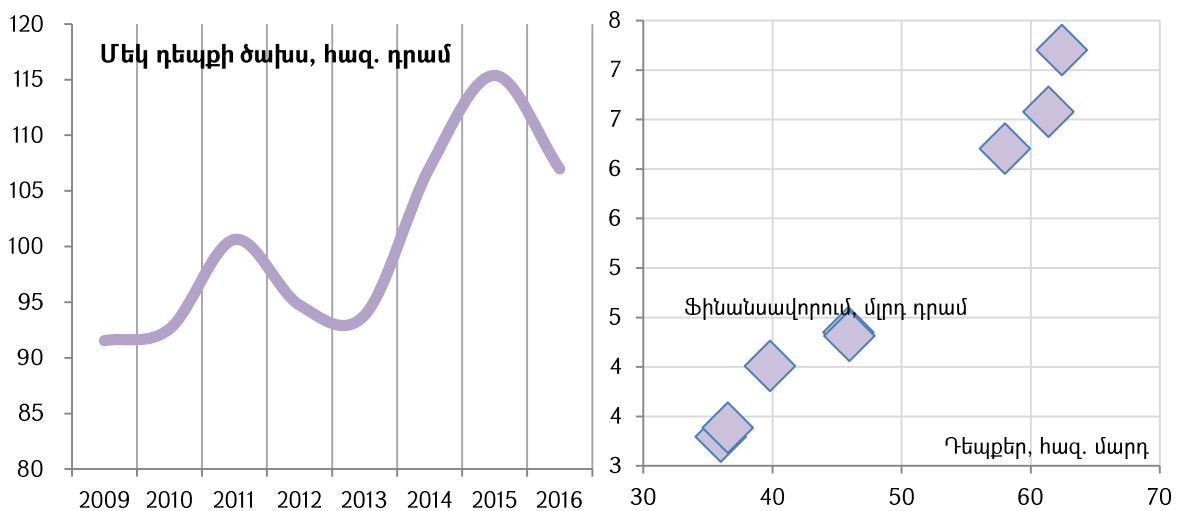
Գծապատկեր 1. ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայություններ ծրագրի ֆինանսավորման ծավալների և դեպքերի դինամիկան 2008-2016 թվականներին



*Նշում. 2015 և 2016թթ. համար բերվում են ծրագրային ցուցանիշները: Աղբյուր՝ ՀՀ 2015-2016թթ. պետական բյուջեի մասին օրենքներ, ՀՀ 2005-2014թթ. պետական բյուջեի կատարման հաշվետվություններ, ՀՀ 2016թ. բյուջետային ուղերձ, ՀՀ ԱՎԾ, ՏՀՀԿ հաշվարկներ

2016 թվականին կնվազի նաև ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայություններ ծրագրի շրջանակներում սպասարկվող մեկ դեպքի միջին արժեքը, որը կկազմի մոտ 107 հազար դրամ՝ 2015-ի համապատասխան պլանային ցուցանիշը զիջելով 7.3 տոկոսով:

Գծապատկեր 2. ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայություններ ծրագրի շրջանակներում սպասարկվող դեպքերի արժեքը, ֆինանսավորման ծավալների և սպասարկվող դեպքերի կապը

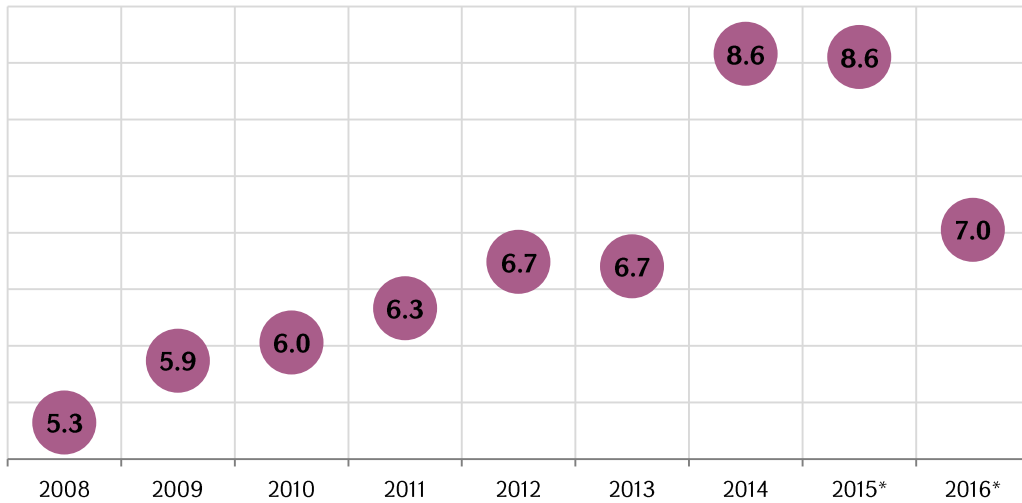


Աղբյուր՝ ՀՀ 2015-2016թթ. պետական բյուջեի մասին օրենքներ, ՀՀ 2005-2014թթ. պետական բյուջեի կատարման հաշվետվություններ, ՏՀՀԿ հաշվարկներ

Դիտարկվող ժամանակահատվածում Ծրագրի ֆինանսավորման ծավալների աճն ուղեկցվել է պետական առողջապահական ծախսերի կառուցվածքում դրանց կշռի աճով: Կրկին բացառություն

Է կազմում 2016 թվականը, երբ Ծրագրի ֆինանսավորմանը կուղղվի պետական առողջապահական ծախսերի 7 տոկոսը: Վերջինս 2014 և 2015 թվականների ցուցանիշները զիջում է 1.6 տոկոսային կետով և մոտ է 2012-2013 թվականների մակարդակին:

Գծապատկեր 3. ՍԱՀԻ բժշկական օգնության ծառայություններ ծրագրի ֆինանսավորման կշիռը պետական առողջապահական ծախսերում, տոկոս



*Նշում. 2015 և 2016թթ. համար բերվում են ծրագրային ցուցանիշները: Աղբյուր՝ ՀՀ 2015-2016թթ. պետական բյուջեի մասին օրենքներ, ՀՀ 2005-2014թթ. պետական բյուջեի կատարման հաշվետվություններ, ՏՀՀԿ հաշվարկներ

2.4. Միջնաժամկետ և երկարաժամկետ նպատակադրումները

2017 և 2018 թվականներին ՍԱՀԻ բժշկական օգնության ծրագրին կուղղվի շուրջ 7.4 մլրդ դրամ՝ 2016-ի 6.2 մլրդ դրամի փոխարեն: Պլանավորվում է Ծրագրին ուղղվող ֆինանսական ռեսուրսների կշիռը միջնաժամկետում հասցնել հիվանդանոցային ծախսերի մեջ մինչև 18.4, իսկ պետական առողջապահական ծախսերում՝ մինչև 9 տոկոս մակարդակների:

Աղյուսակ 1. ՍԱՀԻ բժշկական օգնության ծրագրի ցուցանիշների կանխատեսումներ, 2016–2018թթ.

	2016	2017	2018
	Օրենք	ՄԺԾԾ	
Վերջնական արդյունքի ցուցանիշ			
Սպասարկվող դեպքերի թիվ	58,010	-	-
Ֆինանսական ցուցանիշներ			
Ծրագրի ֆինանսավորում, մլն.դրամ	6,206	7,419	7,419
Ծրագրի ֆինանսավորման կշիռը Հիվանդանոցային ծախսերում, տոկոս	15.6	18.4	18.4
Ծրագրի ֆինանսավորման կշիռը Առողջապահության պետական ծախսերում, տոկոս	7.0	8.9	8.8
Ծրագրի ֆինանսավորման կշիռը ՀՆԱ-ում, տոկոս	0.11	0.14	0.13

*Նշում. ՄԺԾԾ-ի ցուցանիշներում ներառված չեն պետական ապարատի ծախսերը Աղբյուր՝ ՀՀ 2016թ. պետական բյուջեի մասին օրենք, ՀՀ 2016թ. բյուջետային ուղերձ, ՀՀ 2016-2018 թվականների պետական միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր, ՏՀՀԿ հաշվարկներ

Միջնաժամկետ հատվածում նախատեսվում է մեծացնել նաև տարեկան ընդգրկվող դեպքերի թիվը և հիվանդանոցային բուժման մեկ դեպքի միջին արժեքը: Շարունակվելու է կարևորվել սոցիալական առումով հատուկ նշանակություն ունեցող, անապահով բնակչության համար մեծ ռիսկ ներկայացնող այնպիսի հիվանդությունների դեմ պայքարի արդյունավետությունը, ինչպիսիք են մալարիան, տուբերկուլյոզը և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ը, կանխարգելելով մալարիայի կրկին

արմատավորումը, տուբերկուլյոզի և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի հետագա տարածումն ու կտրուկ կրճատելով դրանցից մահացությունը:

Համաձայն ՀՀ 2014-2025թթ. հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագրի կրկին հատուկ ուշադրության կենտրոնում են լինելու բնակչության սոցիալապես անապահով և առանձին (հատուկ) խմբերում ընդգրկված անձանց հիվանդանոցային մասնագիտացված բուժօգնության ապահովման հարցերը¹⁰: Կառավարությունը մտադիր է լրամշակել գործող մոտեցումները՝ նպատակ ունենալով մեծացնել համապատասխան ծրագրերի նպատակայնությունն ու արդյունավետությունը: Բյուջետային հատկացումների օգտագործման արդյունավետության բարձրացումը օրակարգային հարցերից է համարվելու:

Ոչ վարակիչ հիվանդությունների, մասնավորապես, սիրտ-անոթային, շաքարային դիաբետի, չարորակ նորագոյացություններ հիվանդությունների տարածվածությունը դրսևորում է աճի միտում, և, այս առումով, առավել ռիսկային խմբում են հայտնվում հատկապես բնակչության աղքատ և սոցիալապես անապահով խմբերը: Կառավարությունը մտադիր է վերանայել նաև գործող ֆինանսավորման մեխանիզմները՝ որպես այլընտրանք դիտարկելով բժշկական ապահովագրության կիրառման շրջանակի ընդլայնումը:

¹⁰ Տե՛ս կետ 415

3. Ծրագրի ազդեցության և հասցեականության վերլուծություն

ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայություններ ծրագիրը հստակ թիրախավորում ունեցող պետական ծրագիր է. այն ուղղված է սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված անձանց: Այս ծրագրի իրականացման համար հասարակությունը պետական բյուջեից տարեկան ներդնում է շուրջ 6-7 մլրդ. դրամ: Ծրագրի շրջանակներում 2015-ին պլանավորվել է ֆինանսավորել 62,422 հիվանդանոցային դեպքեր՝ մեկ դեպքի դիմաց մոտ 115,340 դրամ:

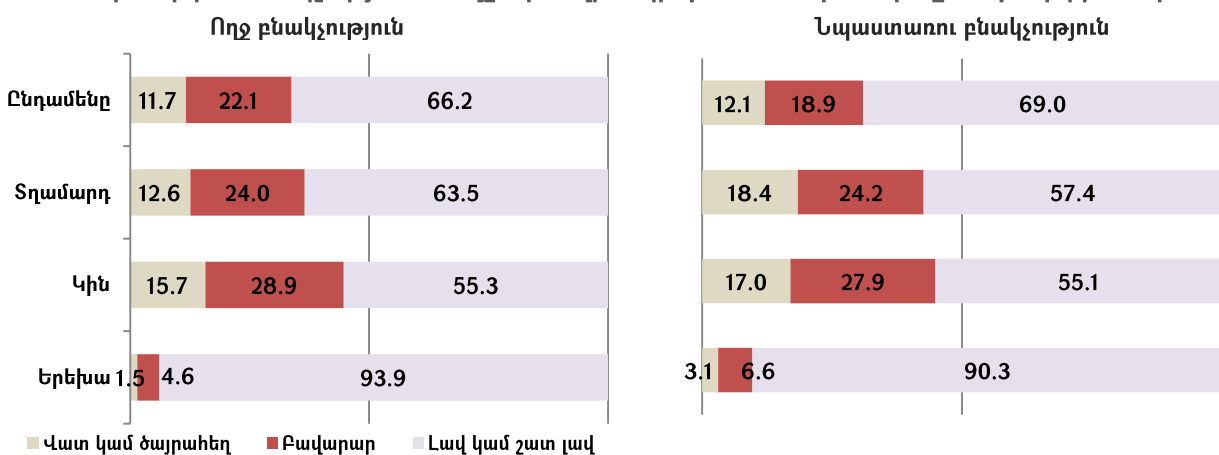
Ծրագրի գնահատման համար կատարվել են դրա համապատասխանության և անհրաժեշտության, ազդեցության և իրականացման արդյունավետության վերլուծություններ: Մասնավորապես, քննարկվել են Ծրագրի ընդգրկումը, նախանշված շահառուների ընդգրկման տեսանկյունից հասցեականությունը, ներդրված ռեսուրսների ծրագրային արդյունքների փոխակերպման արդյունավետությունը, ձեռք բերված արդյունքները և շահառուների վրա ազդեցությունը և այլն: Վերլուծվում են նաև շահառուների տեղեկացվածությունը, գոհունակությունը և Ծրագրի արդյունավետությունը շահառուների կարիքները բավարարելու տեսանկյունից:

3.1. Բնակչության առողջական պատկերը

Ստորև վերլուծվում է բնակչության առողջական վիճակը և հիվանդանոցային բուժօգնության ծառայությունների ստացումը՝ հիմք ընդունելով ՏՁՀԿ կողմից 2015-ին իրականացված տնային տնտեսությունների վիճակագրական ընտրանքային հետազոտության (SSՀՀ-2015) տվյալները:¹¹

Համաձայն նշված հետազոտության, Հայաստանի բնակչության 66 տոկոսը սեփական առողջական վիճակը գնահատում է «լավ է կամ շատ լավ»: Ընդ որում, «լավ կամ շատ լավ» է գնահատվում տղամարդկանց 64, կանանց 55 և երեխաների մոտ 94 տոկոսի առողջական վիճակը:

Գծապատկեր 4. Բնակչության առողջական վիճակի գնահատականներն ըստ գենդերի, տոկոս



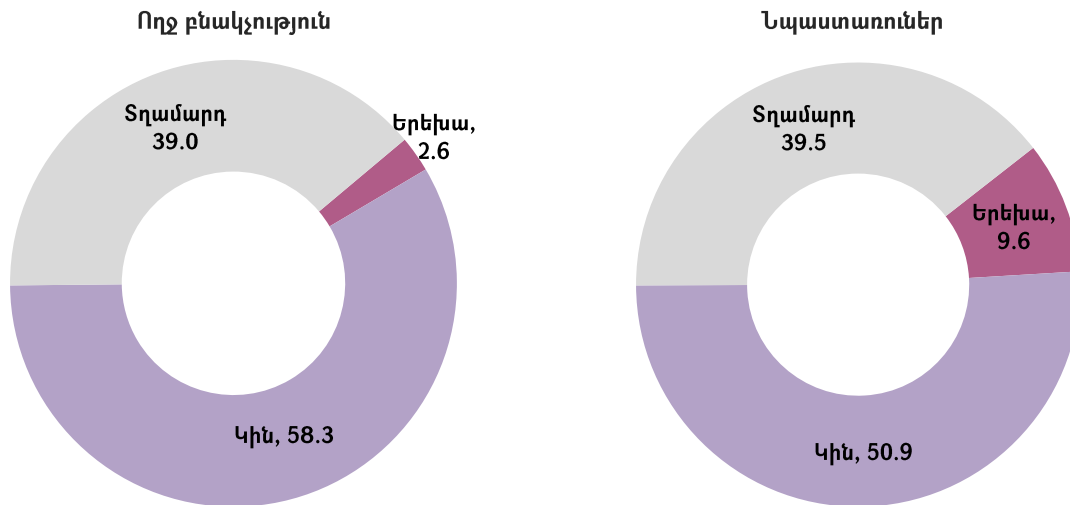
Աղբյուրը՝ ՏՏՀՀ-2015, ՏՁՀԿ

Առողջական վիճակը «վատ կամ ծայրահեղ վատ» է գնահատվել տղամարդկանց 13 տոկոսի, կանանց՝ 16 տոկոսի և երեխաների՝ 1.5 տոկոսի համար: Ընտանեկան նպաստառուների համակարգում ընդգրկված բնակչության դեպքում (այսուհետ՝ Նպաստառուներ) առողջական վիճակն ավելի վատ է, հատկապես՝ երեխաների և տղամարդկանց շրջանում: Առողջական վիճակը «վատ կամ ծայրահեղ վատ» է Նպաստառու ընտանիքների երեխաների 3.1 տոկոսի և

¹¹ Հետազոտության արդյունքներն ամփոփվել են «Սոցիալական պատկերը և նպաստառու ընտանիքները Հայաստանում» զեկոյցում:

տղամարդիկանց 18 տոկոսի դեպում: Այնուհանդերձ, քանի որ Նպաստառուների կազմում ընդհանրապես կանայք և երեխաները մեծ կշիռ ունեն, «վատ կամ ծայրահեղ վատ» առողջական վիճակի ինքնագնահատականներ ունեցող Նպաստառու ողջ բնակչության կեսը հանդիսացել են կանայք և մոտ 10 տոկոսը՝ երեխաներ¹²:

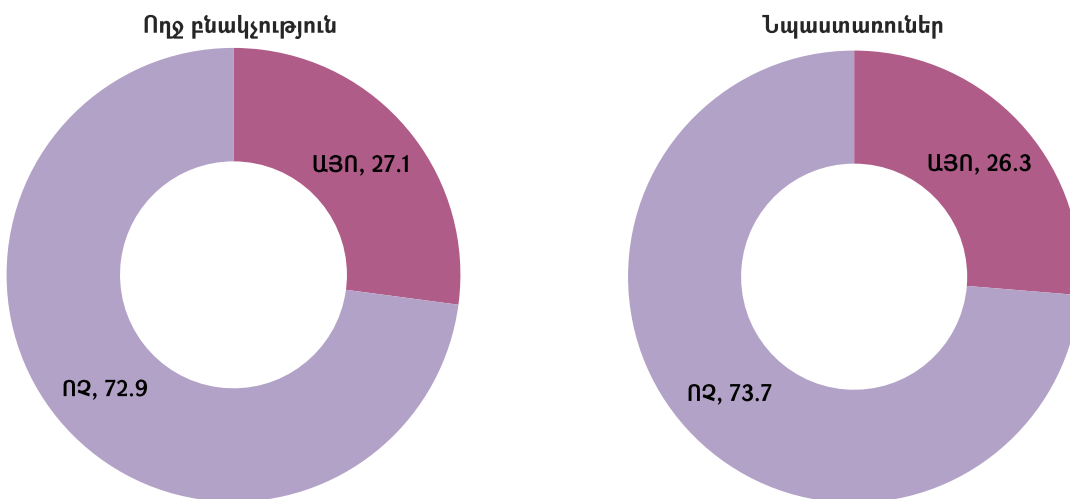
Գծապատկեր 5. Առողջական վիճակը «վատ կամ ծայրահեղ վատ» գնահատվող բնակչության կառուցվածքը, տոկոս



Աղբյուրը՝ ՏՏՀՀ-2015, ՏՁՀԿ

Թեև բնակչության մոտ 12 տոկոսի առողջական վիճակն է գնահատվել «վատ կամ ծայրահեղ վատ» և 22 տոկոսինը՝ «չնայած որոշ խնդիրների՝ բավարար», այնուհանդերձ հետևողական բժշկական խնամքի կարիք ունի բնակչության 27 տոկոսը:

Գծապատկեր 6. Հետևողական բժշկական խնամքի կարիքի սուբյեկտիվ գնահատականներ, տոկոս

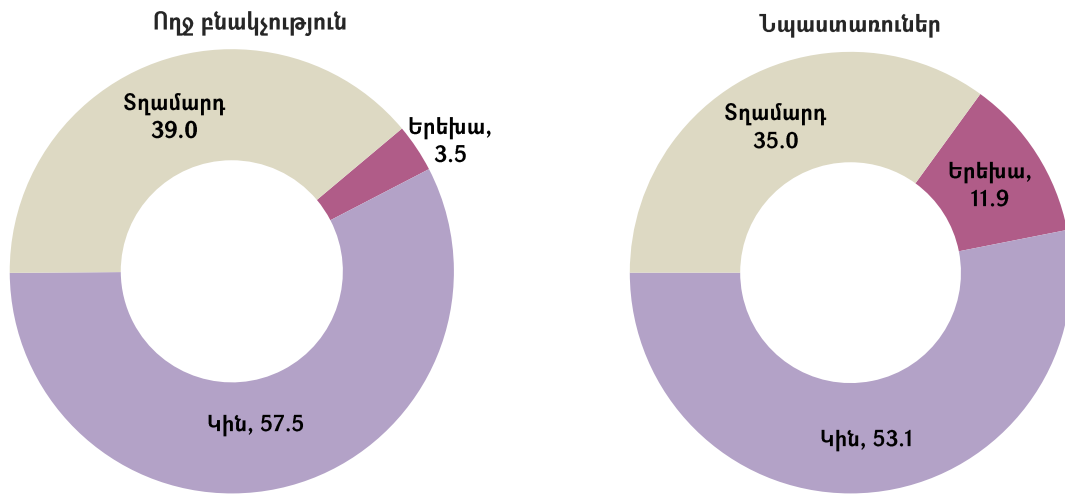


Աղբյուրը՝ ՏՏՀՀ-2015, ՏՁՀԿ

Հետևողական բուժման կարիք ունեցողների մեծամասնությունը կանայք են: Նպաստառուների կազմում մեծ է հետևողական բուժման կարիք ունեցող երեխաների կշիռը: Նպաստառու բնակչության կազմում հետևողական բուժման կարիք ունեցողների 53 տոկոսը կին է, 35 տոկոսը՝ տղամարդ և մոտ 12 տոկոսը՝ երեխա:

¹² Նպաստառուների 38 տոկոսը երեխաներ են, 36 տոկոսը՝ կանայք և 26 տոկոսը՝ տղամարդիկ: Մանրամասների համար տե՛ս «Սոցիալական պատկերը և նպաստառու ընտանիքները Հայաստանում», ՏՁՀԿ, 2015

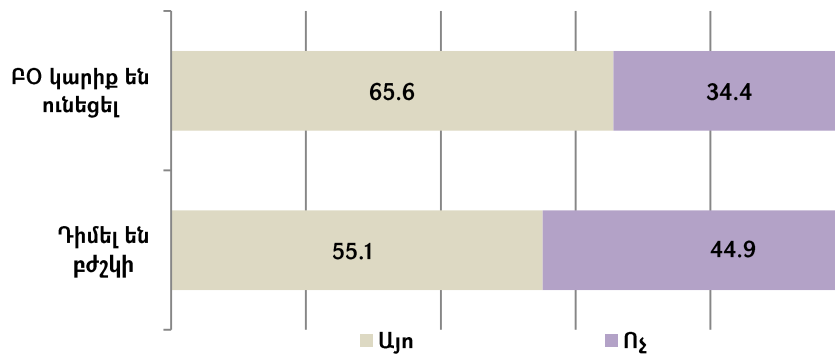
Գծապատկեր 7. Հետևողական բժշկական կարիք ունեցողների գենդերային կառուցվածքը, տոկոս



Աղբյուրը՝ ՏՏԸՀ-2015, ՏՁՀԿ

Հետազոտությանը նախորդած 12 ամիսների ընթացքում բոլոր ՏՏ-ների 66 տոկոսում ՏՏ անդամներից առնվազը մեկը կարիք կամ անհրաժեշտություն է ունեցել բժշկական միջամտության և բժշկական ծառայությունների ստացման: Չնայած դրան, բժշկի են դիմել ՏՏ-ների 55 տոկոսը (ընդ որում՝ մի մասը դիմել է առանձին դեպքերում): Բոլոր ՏՏ-ների 10.5 տոկոսը, կամ կարիք ունեցողների 16 տոկոսը չեն դիմել բժշկի:

Գծապատկեր 8. Բժշկական օգնության կարիքը և բժշկի դիմելիությունը ՀՀ բոլոր ՏՏ-ների համար, տոկոս



Աղբյուրը՝ ՏՏԸՀ-2015, ՏՁՀԿ

Բժշկի չդիմելու գլխավոր պատճառը ֆինանսական պատճառներն են՝ 83 տոկոս: Առողջապահական համակարգի նկատմամբ վստահությունը ևս չդիմելու պատճառներից է, մասնավորապես, բոլոր ՏՏ-ների 10 տոկոսը չի վստահում և գտնում է, որ «օգուտ չէր տա բժշկին դիմելը»՝ նույնիսկ անհրաժեշտության դեպքում: Ընդ որում, բժշկի չդիմելու պատճառներն էապես չեն տարբերվում նաև Նպաստառուների համար¹³:

3.2. Հիվանդանոցային բուժօգնությունը

Ըստ ՏՁՀԿ հետազոտությամբ ստացված տվյալների, Հայաստանի տնային տնտեսությունների 14 տոկոսը կամ բնակչության ավելի քան 16 տոկոսը ԸՆ համակարգի Նպաստառուներ են: Այս բնակչությունը համարվում է սոցիալապես անապահով և ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրի պոտենցիալ շահառու:

Բնակչության 26 տոկոսը պատկանում է սահմանված «հատուկ խմբերին»: Նրանց շուրջ կեսը երեխաներ են, մասնավորապես 43 տոկոսը՝ մինչև 7 տարեկան երեխաներ (բնակչության՝ 11 տոկոսը): ՀԽԸ անձինք կան բոլոր ՏՏ-ների 66 տոկոսում:

¹³ Մանրամասների համար տե՛ս «Սոցիալական պատկերը և աղքատությունը Հայաստանում», ՏՁՀԿ 2015 զեկույցը:

Նպաստառու բնակչության շրջանում ՀԽԸ անձինք ավելի շատ են: Նրանք, ամեն դեպքում հանդիսանում են ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրի շահառուներ, քանի որ նաև սոցիալապես անապահով ընտանիքների անդամներ են (Նպաստառու են):

Աղյուսակ 2. Սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված բնակչությունը, տոկոս

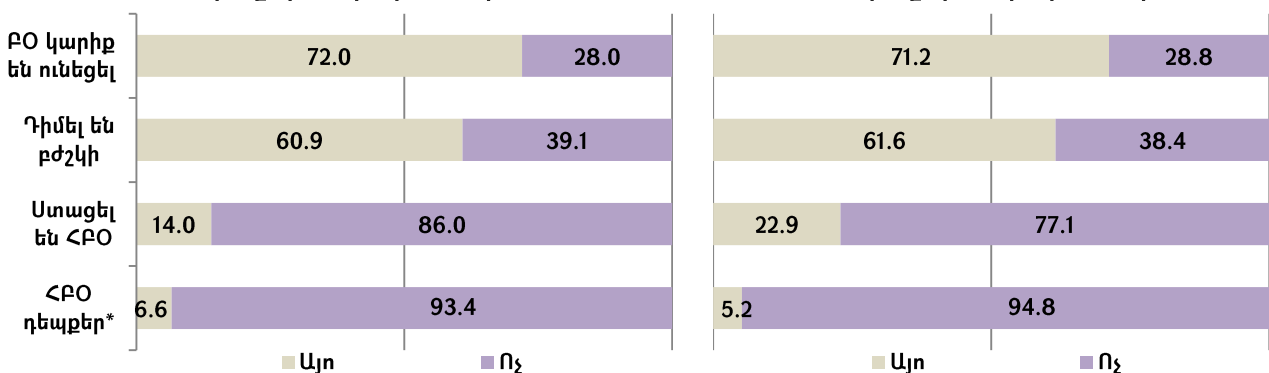
	Ընդամենը ՀՀ բնակչություն	Նպաստառու բնակչություն
Սոցիալապես անապահով (Նպաստառու) բնակչություն, որը բնակչության նկատմամբ	16.4	100
Սոցիալապես անապահով (Նպաստառու) ՏՏ-ներ, բոլոր ՏՏ-ների նկատմամբ	14.0	100
Հատուկ խմբերին պատկանող անձիք, որը բնակչության նկատմամբ	26.0	35.3
Հատուկ խումբ՝ առանց երեխաների երեխաներ	13.6	15.1
Բազմազավակ ընտանիքի երեխաներ այդ թվում՝ մինչև 7տ	12.4	20.2
Մինչև 7 տարեկան երեխաներ	2.3	6.2
Հատուկ խմբերին պատկանող երեխաներ	1.2	2.5
Մինչև 7 տարեկան երեխաներ	11.2	16.5
Հատուկ խմբերին պատկանող երեխաներ	0.2	0.9
Հատուկ խմբերին պատկանող անձիք ունեցող ՏՏ-ներ, բոլոր ՏՏ-ների նկատմամբ	66.2	79.8

Աղբյուրը՝ ՏՏԸՀ-2015, ՏՀՀԿ

Հետազոտությամբ ստացված տվյալների համաձայն, բժշկական ծառայությունների կարիք են ունեցել ՀԽԸ անձ ունեցող ՏՏ-ների 72 տոկոսը, սակայն բժշկի են դիմել 61 տոկոսը: Նպաստառուների դեպքում բժշկական միջամտության և բժշկի դիմելության տվյալներն էապես չեն տարբերվում:

Հիվանդանոցային բուժօգնություն են ստացել ՀԽԸ անձ ունեցող ՏՏ-ների 14 տոկոսը: Նպաստառուների դեպքում հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացած ՏՏ-ների քանակը զգալի բարձր է՝ 23 տոկոս:

Գծապատկեր 9. Սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված անձ ունեցող ՏՏ-ների համար բժշկական միջամտության կարիքը և հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացածները
Հատուկ խմբերին պատկանող անձ ունեցող ՏՏ-ներ, տոկոս ընդամենի նկատմամբ
Նպաստառու ՏՏ-ներ, տոկոս ընդամենի նկատմամբ

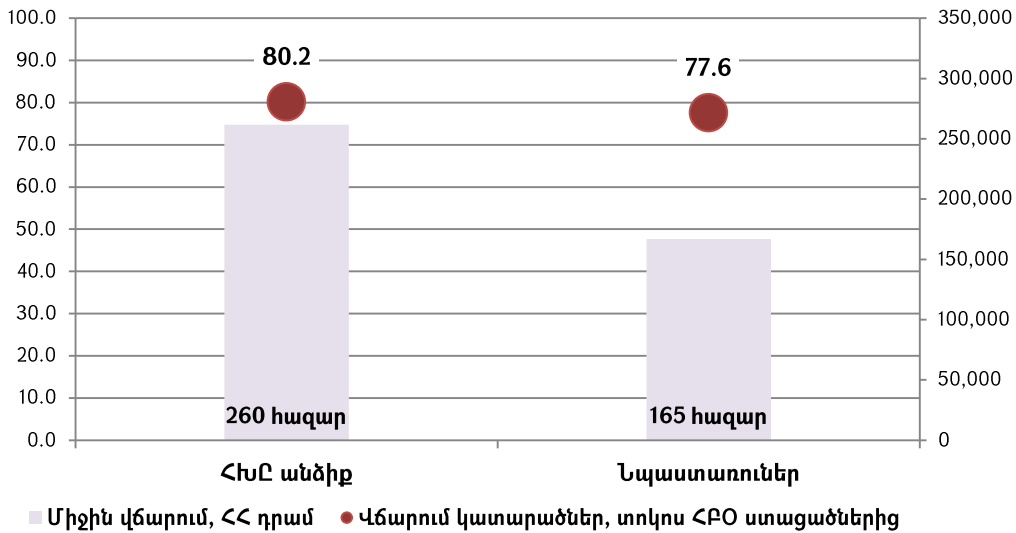


*Նշում. Դեպքերի քանակն ընդամենը ՀԽԸ բնակչության նկատմամբ, Նպաստառուների դեպքում՝ Նպաստառու բնակչության նկատմամբ:
Աղբյուրը՝ ՏՏԸՀ-2015, ՏՀՀԿ

Հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացածների գերազանց մեծամասնությունը, անկախ սոցիալական կարգավիճակից, կատարել է որևէ վճարում: Վճարումներ են կատարվել բուն բուժման, դեղորայքի, հետազոտությունների կամ այլ ծառայությունների դիմաց՝ ֆորմալ կամ ոչ ֆորմալ կերպով: Որևէ վճարում կատարել են հիվանդանոցային բուժում ստացած ՀԽԸ-ի 80

տոկոսը, իսկ Նպաստառուների՝ 78 տոկոսը: Հիվանդանոցային միջին դեպքի համար վճարումը կազմել է 260 հազար դրամ, Նպաստառուների դեպքում՝ ավելի ցածր՝ 165 հազար դրամ:

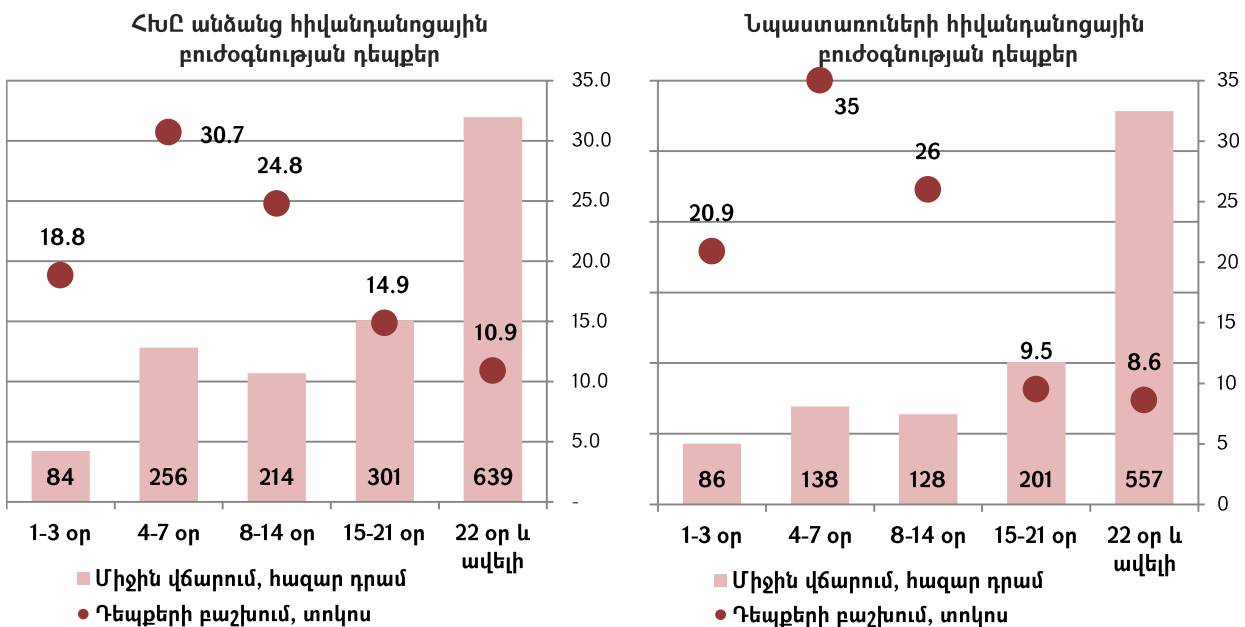
Գծապատկեր 10. Հիվանդանոցային բուժօգնության դիմաց վճարում կատարածները և միջին վճարումը



Աղբյուրը՝ ՏՏՀՀ-2015, ՏՀՀԿ

Ընդհանուր առմամբ, հիվանդանոցային բուժօգնության տևողությունը և, կախված դրանից, վճարումները բավականին տարբեր են: Հետազոտությամբ գրանցված Հիվանդանոցային դեպքերի 19 տոկոսի բուժման տևողությունը կազմել է 1-3 օր, 31 տոկոսինը՝ 4-7 օր, 25 տոկոսինը՝ 8-14 օր, և այլն (տե՛ս գծապատկեր 11):

Գծապատկեր 11. Հիվանդանոցային բուժօգնության դեպքերի բաշխումն ըստ տևողության և միջին վճարումների



Աղբյուրը՝ ՏՏՀՀ-2015, ՏՀՀԿ

Բուժման տևողության աճի հետ մեկտեղ աճում է նաև հիվանդանոցային կողմից վճարումները: Բուժման 1-3 օր տևողության դեպքերում միջին վճարումը Հիվանդանոցային համար կազմել է 84 հազար դրամ, իսկ Նպաստառուների համար՝ գրեթե նույն չափ՝ 86 հազար դրամ: 4-7 օր տևողության դեպքերում Հիվանդանոցային կողմից միջին վճարումը (ծախսը) կազմել է 256 հազար, իսկ Նպաստառուներինը՝ 138 հազար դրամ: Առավել երկար բուժման դեպքերում Հիվանդանոցային վճարումները բավականին մեծ են Նպաստառուների վճարումներին (տե՛ս գծապատկեր 11):

3.3. Ծրագրի ընդգրկումը

Հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացածների թվից ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրում իրական ընդգրկվածներին առանձնացնելը բավականին բարդ է: Հիվանդը կարող է ֆորմալ ձևակերպված լինել պետական ծրագրի ներքո և դրա դիմաց հիվանդանոցին հատկացվի պետական ֆինանսավորում: Սակայն, այդ հանգամանքը դեռևս չի բացառում հիվանդի կողմից բուժման դիմաց վճարումը՝ ամբողջությամբ կամ մասնակի:

Հիվանդանոցային բուժօգնության դիմաց վճարումները չափազանց տարածված են: Դրանց մեծությունը, ձևերը և նպատակները բավականին տարբեր են:

Հիվանդի կողմից կատարված վճարման մեծությունը հիմնական գործոնն է, ըստ որի կարելի է որոշել, թե տվյալ հիվանդն իրականում օգտվել է առողջապահական պետական ծրագրից, թե՛ դրանից օգտվել է առողջապահական հիմնարկը:

Այնուհանդերձ, որևէ վճարման հանգամանքը, դեռևս չի նշանակում, որ հիվանդը չի օգտվել կամ որևէ կերպ չի օգտվել պետական ծրագրից: ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագիրը ենթադրում է, որ շահառուն որևէ վճարումներ չպետք է կատարի, քանի որ վճարում է պետությունը: Այնուհանդերձ, գործնականում, հաշվի առնելով բժշկական ծառայությունների յուրահատկությունները, ինչպես նաև մշակութային որոշակի առանձնահատկությունները, գտնում ենք, որ հիվանդների կողմից ծախսերի որոշակի մակարդակը բնականոն է:

Այսպիսով, ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրում շահառուների իրական ընդգրկվածությունը գնահատելու համար, սոցիալապես անապահով և ՀԽԸ հիվանդների համար սահմանվել են բժշկական ծառայությունների դիմաց առավելագույն ծախսերի (վճարումների) մեծություն: Դրանք կախված են բուժման տևողությունից (տե՛ս աղյուսակ 3):

Եթե հիվանդանոցային բուժման դիմաց հիվանդի կողմից փաստացի կատարած վճարումները, անկախ դրա բնույթից և նպատակից, գերազանցում են վճարումների նախանշված սահմանները, տվյալ շահառուն համարվել է ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրում «չընդգրկված» կամ «ոչ լիարժեք ընդգրկված»: Եթե փաստացի վճարումներն աղյուսակում բերվող սահմաններում են, ապա տվյալ դեպքը համարվել է պետական ծրագրում «ընդգրկված»:

Տվյալ մոտեցումը հաշվի չի առնում հիվանդի բուժման ֆորմալ ձևակերպումը, քանի որ, եթե պետպատվերի շրջանակներում ձևակերպված հիվանդը կատարում է որոշակի սահմանից բարձր վճարում, ապա պետական ֆինանսավորման իրական հասցեատերը դառնում է տվյալ բուժիմանարկը և ոչ թե հիվանդը:

Աղյուսակ 3. ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրում հիվանդների «ընդգրկման» որոշման համար կիրառվող վճարումների վերին սահմանի սանդղակ

Հիվանդանոցային բուժօգնության տևողություն	Ընդգրկման սահման, Տարբերակ 1	Ընդգրկման սահման, Տարբերակ 2	Ընդգրկման սահման, Տարբերակ 3
1-3 օր բուժման համար	20,000 դրամ	30,000 դրամ	45,000 դրամ
4-7 օր բուժման համար	25,000 դրամ	40,000 դրամ	60,000 դրամ
8-14 օր բուժման համար	35,000 դրամ	55,000 դրամ	80,000 դրամ
15-21 օր բուժման համար	45,000 դրամ	70,000 դրամ	100,000 դրամ
22-30 օր բուժման համար	55,000 դրամ	80,000 դրամ	120,000 դրամ
31 օրից ավել բուժման համար	70,000 դրամ	95,000 դրամ	140,000 դրամ

Աղբյուրը՝ ՏՀՀԿ

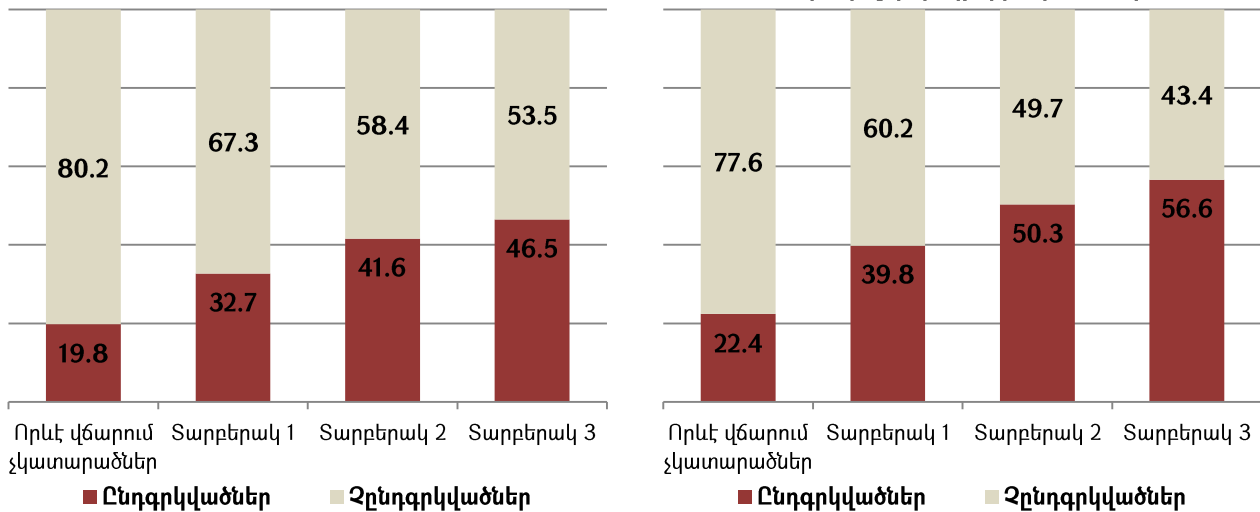
Տվյալ մոտեցումը կարող է համարվել կոպիտ, սակայն այն բավականին լավ մոտարկում է իրականությունը և հիմք ստեղծում հետագա եզրակացությունների և որոշումների համար: Ընդ

որում, քննարկվում է վճարումների վերին սահմանի 3 տարբերակներ՝ առավել ճկուն վերլուծական արդյունքներ ապահովելու համար:

Այսպիսով, ներկայացված մոտեցման համաձայն ստացված արդյունքները բերվում են գծապատկեր 12-ում: Ըստ տարբերակ 1-ում բերվող վճարումների սահմանների, ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայություններ ծրագրում լիարժեք ընդգրկվածությունը ՀԽԸ անձանց դեպքերում կազմում է մինչև 33 տոկոս, իսկ Նպաստառուների դեպքում՝ մինչև 40 տոկոս: Տարբերակ 3-ի դեպքում, որտեղ բերվում են թույլատրելի վճարումների բավականին բարձր սահմանաչափեր, ՀԽԸ անձանց հիվանդանոցային դեպքերի 47 տոկոսը կարելի է համարել «ընդգրկված» ծրագրում, իսկ Նպաստառուների՝ 57 տոկոսը:

Այս վերլուծությունը ցույց է, տալիս, որ գործնականում լիովին անվճար հիվանդանոցային բուժօգնության դեպքերը քիչ են: Նույնիսկ որոշ հիմնավորված վճարումների նվազեցման պարագայում, այնուհանդերձ հիվանդանոցային բուժօգնության ծառայությունները մեծամասամբ վճարովի են: Հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացած սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկվածների շուրջ կեսը իրականում չեն հանդիսացել ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայություններ ծրագրի շահառուներ՝ անկախ ֆորմալ ձևակերպումներից:

Գծապատկեր 12. ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրում ընդգրկվածների գնահատականներ, տոկոս
 ՀԽԸ անձանց հիվանդանոցային դեպքեր, տոկոս բոլոր դեպքերի նկատմամբ
 Նպաստառուներ, տոկոս բոլոր դեպքերի նկատմամբ



Աղբյուրը՝ ՏՏԸՀ-2015, ՏՁԿ

3.4. Ծրագրի հասցեականությունը

Ծրագրի հասցեականության գնահատման համար օգտվենք հետևյալ հասկացություններից՝ «ընդգրկման սխալ» և «չընդգրկման սխալ»: Ընդգրկման սխալը վերաբերում է այն դեպքերին, երբ Ծրագրից փաստացի օգտվողները ոչ նպատակային շահառուներ են, այսինքն՝ ծառայություններ ստացողները չեն հանդիսացել սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված անձիք:

Ընդգրկման սխալը տեղի կունենա, եթե սոցիալապես ապահով և ոչ աղքատ ընտանիքներն ընդգրկված լինեն Ընտանեկան նպաստի համակարգում (ստանալով 30 և ավելի միավորներ) և, արդյունքում, օգտվեն նաև ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայություններից: Ընդգրկման սխալը նաև այն դեպքերում տեղի կունենա, երբ առանձնացված հատուկ խմբերին իրականում չպատկանող անձինք ունենան նման խմբերին պատկանելիությունը հիմնավորող փաստաթղթեր և, արդյունքում օգտվեն Ծրագրից: Այդ դեպքերը մեր կողմից չեն քննարկվում:

Չընդգրկման սխալը վերաբերում է այն դեպքերին, երբ սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված անձինք, անհրաժեշտության դեպքում, փաստացի չօգտվեն Ծրագրից: Դա կարող է տեղի ունենալ, եթե սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերին պատկանող ընտանիքները և անձիք.

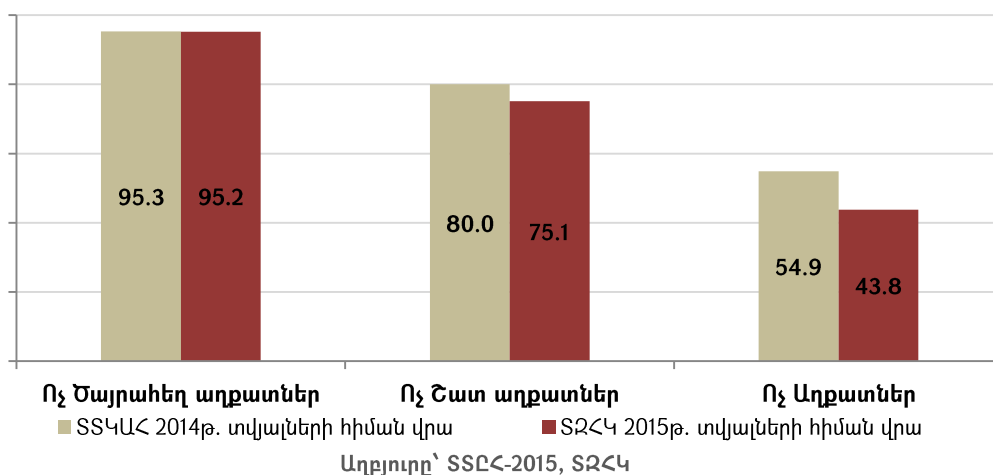
- ընդգրկված չլինեն Ընտանեկան նպաստի համակարգում,
- չունենան համապատասխան հատուկ սոցիալական խմբի պատկանելությունը հավաստող փաստաթղթեր,
- բավարարելով վերը նշված երկու պայմաններին, այնուհանդերձ, չդիմեն հիվանդանոցային բուժօգնության կամ վճարեն բժշկական ծառայությունների դիմաց:

ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրի հասցեականությունը մեծապես կախված է Ընտանեկան նպաստի համակարգի (այսուհետ՝ ԸՆ համակարգ) հասցեականության մակարդակից: ԸՆ համակարգը ներառում է ավելի քան 100 հազար ընտանիքներ և մոտ 0.5 միլիոն մարդ: ԸՆ համակարգում ընդգրկված բնակչության կազմում շատ են սահմանված հատուկ խմբերին պատկանող անձիք¹⁴: Հետևաբար, ստորև հիմնականում կանդրադառնանք ԸՆ համակարգի շահառուներին: ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայություններ ծրագրի ընդգրկման և չընդգրկման սխալները քննարկենք առանձին-առանձին:

Ընդգրկման սխալը

ՍԱՀԽ բժշկական օգնության բյուջետային ծրագրի «ընդգրկման սխալը» հիմնականում պայմանավորված է ԸՆ համակարգի ընդգրկման սխալով: Վերլուծությունները ցույց են տվել, որ ԸՆ համակարգում ընդգրկման սխալը մեծ է: Ըստ ՏՁՀԿ հետազոտական տվյալների, ԸՆ համակարգում ընդգրկվածների 44 տոկոսն աղքատ չեն, 75 տոկոսը՝ շատ աղքատ չեն, իսկ 95 տոկոսը՝ ծայրահեղ աղքատ չեն: ՀՀ ԱՎԾ ՏՏԿԱՀ 2014 թվականի տվյալների հիման վրա կատարված վերլուծությունները փաստում են ԸՆ համակարգի ընդգրկման ավելի մեծ սխալի մասին (տե՛ս գծապատկեր 13):

Գծապատկեր 13. ԸՆ համակարգի ընդգրկման սխալը (ոչ աղքատ ՏՏ-ները), տոկոս



Այսպիսով, ԸՆ համակարգում քանի որ շատ են ոչ աղքատները, հետևաբար ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրի շրջանակներում բուժօգնություն ստացածների թվում ևս կլինեն ոչ աղքատներ, ինչն, ըստ էության, հանգեցնում է ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայություններ պետական ծրագրի ընդգրկման սխալի:

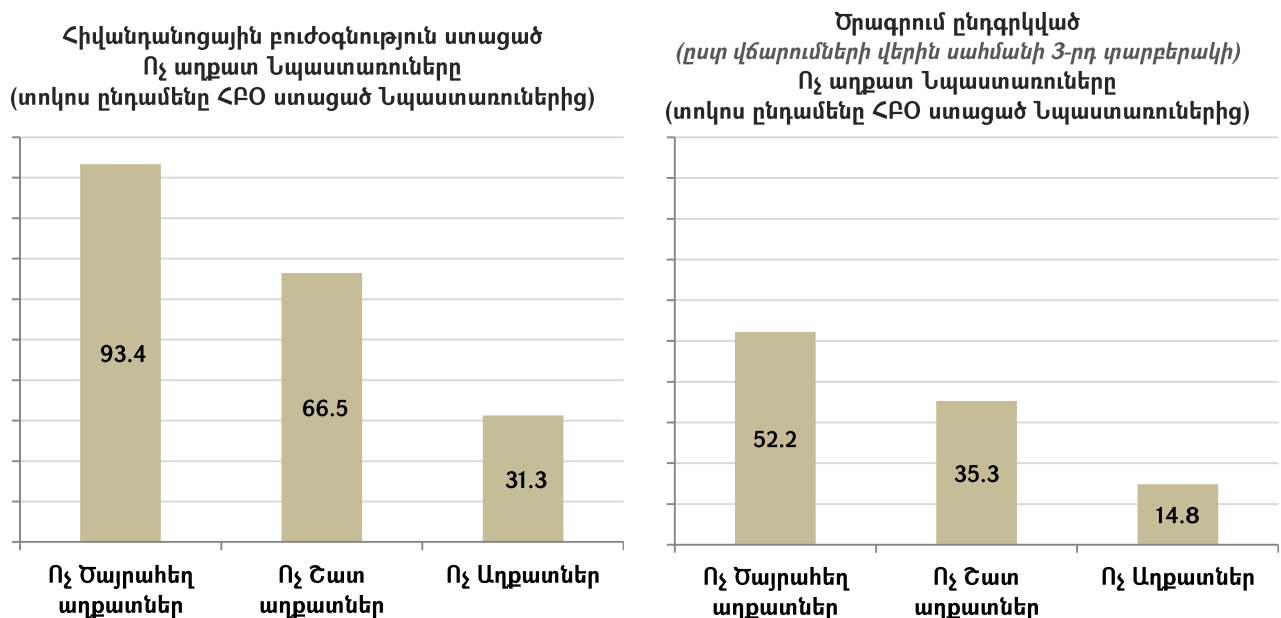
¹⁴ Տե՛ս «Սոցիալական պատկերը և աղքատությունը Հայաստանում», ՏՁՀԿ 2015 զեկույցը:

Ինչպես երևում է գծապատկեր 14-ից, հիվանդանոցային բժշկական օգնության ծառայություններ ստացած Նպաստառուների 93 տոկոսը չեն հանդիսացել ծայրահեղ աղքատներ, 66 տոկոսը՝ շատ աղքատներ, իսկ 31 տոկոսը՝ աղքատներ:

Ստացվում է, որ ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրի ընդգրկման սխալը կազմում է 31 տոկոս, իսկ շատ աղքատների համար՝ 67 տոկոս:

Հարկ է նկատել, որ հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացողներից ոչ բոլորն են ստանում անվճար՝ այսինքն պետպատվերի շրջանակներում բուժում: Եթե հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացած ոչ աղքատներից նվազեցնենք բուժման համար վճարումներ կատարածներին (ըստ բաժին 3.3-ում բերված տարբերակի 3-ի), ապա ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայություններ ծրագրի ընդգրկման սխալը կնվազի:

Գծապատկեր 14. Ծրագրի ընդգրկման սխալը նկարագրող տվյալներ



Աղբյուրը՝ ՏՏԸՀ-2015, ՏՁԿ

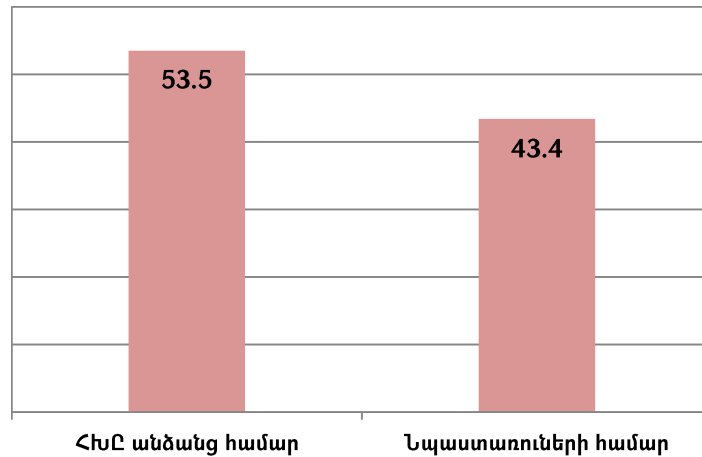
Այսպիսով, ստացվում է, որ ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայություններ ծրագրի շրջանակներում պետական պատվերի 31 տոկոսն ուղղվում է ոչ աղքատ, իսկ 66 տոկոսը՝ ոչ շատ աղքատ ԸՆ համակարգի Նպաստառուների հիվանդանոցային բուժօգնության ապահովմանը: Չնայած դրան (վճարումների առկայության պատճառով) պետական պատվերից օգտվողների 14.8 տոկոսն են ոչ աղքատ Նպաստառուներ, իսկ 35 տոկոսը՝ ոչ շատ աղքատներ:

Զընդգրկման սխալը

Զընդգրկման սխալի գնահատման համար, ինչպես նշվեց վերևում, վերլուծվում են այն դեպքերը, երբ սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերին պատկանող անձինք անհրաժեշտության դեպքում չեն ստացել անվճար հիվանդանոցային բուժօգնություն, այսինքն՝ չեն ընդգրկվել ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայություններ ծրագրի շրջանակներում:

Ծրագրի չընդգրկման սխալի դրսևորումներն արդեն իսկ քննարկվեցին բաժին 3.3-ում՝ Հատուկ խմբերում ընդգրկված և Նպաստառու բնակչության կողմից հիվանդանոցային ծառայությունների ոչ անվճար ստացման մասով: Մասնավորապես, ինչպես ցույց տվեց վերլուծությունը, ՀԽԸ անձանց տրամադրված հիվանդանոցային բուժօգնության դեպքերի շուրջ 54 տոկոսը և Նպաստառուների 43 տոկոսն, ըստ էության, չեն համարվել ընդգրկված ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայություններ ծրագրում, քանի որ ստացված ծառայությունների դիմաց կատարել են էական վճարումներ (տե՛ս գծապատկեր 12 և 15):

Գծապատկեր 15. Չընդգրկման սխալը ՀԽԸ և Նպաստառու բնակչության համար, տոկոս



Նշում. Հաշվարկված է ըստ վճարումների վերին սահմանի 3-րդ փարբերակի, տե՛ս բաժին 3.3

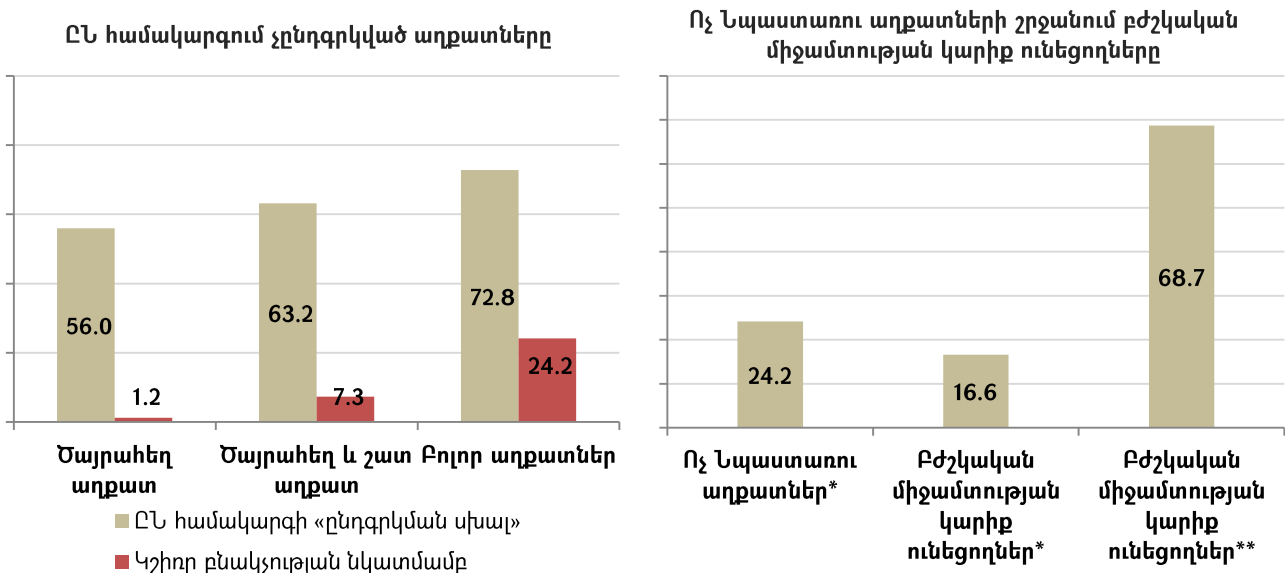
Աղբյուրը՝ ՏՏԸՀ-2015, ՏՀՀԿ

Ծրագրի շահառուների չընդգրկման դրսևորումներ տեղի ունեն նաև այն դեպքերում, երբ աղքատ բնակչությունը ընդգրկված չէ ԸՆ համակարգում, որի արդյունքում կարիքի դեպքում չի կարող ընդգրկվել նաև ՍԱՀԻ բժշկական օգնության ծառայություններ ծրագրում:

Համաձայն ստացված տվյալների, ԸՆ համակարգի չընդգրկման սխալը բոլոր աղքատների համար կազմում է 72.8 տոկոս, ծայրահեղ աղքատների և շատ աղքատների համար՝ 63 տոկոս, իսկ միայն ծայրահեղ աղքատների համար 56 տոկոս: Սա նշանակում է, որ բոլոր աղքատների մոտ 73 տոկոսն ընդգրկված չեն ԸՆ համակարգում: Սա կազմում է ողջ բնակչության 24 տոկոսը:

Այսպիսով, ողջ բնակչության 24 տոկոսն աղքատ են, սակայն Նպաստառու չեն: Ոչ Նպաստառու աղքատների մոտ 69 տոկոսը, որը կազմում է ողջ բնակչության 16.6 տոկոսը, անցած 12 ամիսների ընթացքում բժշկական միջամտության կարիք են ունեցել (տե՛ս գծապատկեր 16): Այնուհանդերձ, այս բնակչությունը, հիվանդանոցային բուժօգնության պետական ծրագրում չի ընդգրկվել, քանի որ ընդգրկված չէ ԸՆ համակարգում (բացառությամբ այն դեպքերի, երբ ընդգրկված են Հատուկ խմբերում):

Գծապատկեր 16. ԸՆ համակարգում չընդգրկված աղքատները և բժշկական միջամտության կարիք ունեցողները, տոկոս

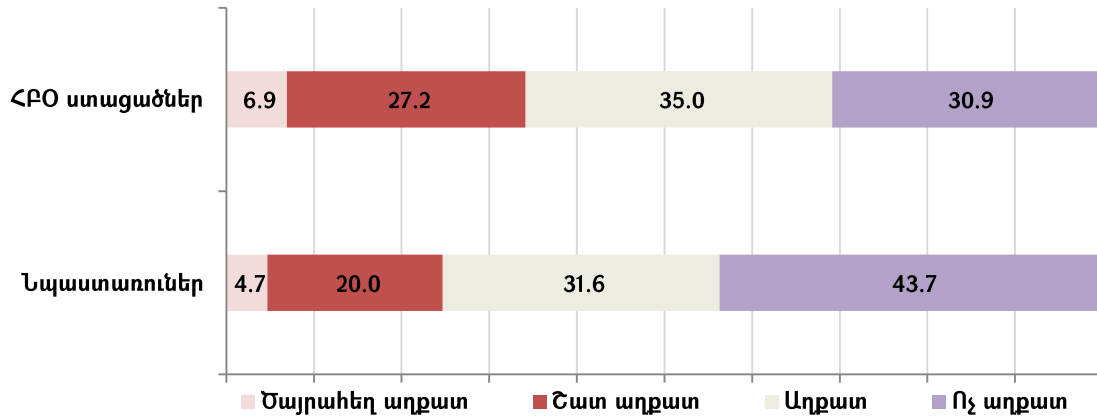


Նշումներ. * հաշվարկված է ողջ բնակչության նկատմամբ, ** հաշվարկված է Ոչ Նպաստառու աղքատների նկատմամբ

Աղբյուրը՝ ՏՏԸՀ-2015, ՏՀՀԿ

Չընդգրկման սխալը տեղի ունի նաև, եթե աղքատ Նպաստառու հիվանդները չեն ստացել անվճար հիվանդանոցային ծառայություններ: Ընդհանուր առմամբ, հիվանդանոցային բժշկական օգնության ծառայություններ ստացած Նպաստառուների շրջանում աղքատները, բոլոր Նպաստառուների համեմատ, ավել շատ են (տես գծապատկեր 17):

Գծապատկեր 17. ՀՐՕ ստացածների և Նպաստառու բնակչության կենսամակարդակի գնահատականների, տոկոս

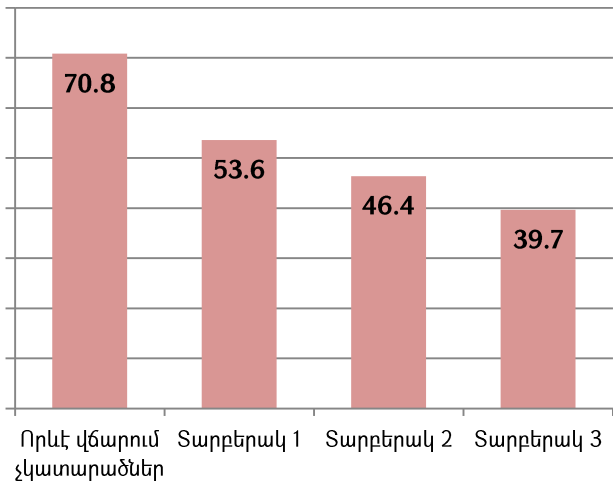


Աղբյուրը՝ ՏՏԸՀ-2015, ՏՂՀԿ

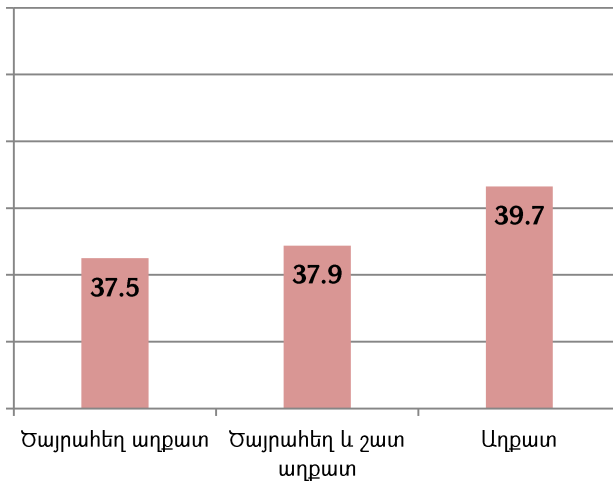
Թեև հիվանդանոցային բուժօգնության ծառայություններ ստացած Նպաստառուների մոտ 70 տոկոսը աղքատ են (ներառյալ ծայրահեղ և շատ աղքատները), այնուհանդերձ, դրանց մի մասն են իրականում օգտվել ՍԱՀԻՆ բժշկական օգնության ծրագրից: Մասնավորապես, դրանց միայն 29.2 տոկոսը որևէ վճարում չի կատարել, իսկ 60.3 տոկոսի վճարումները տարբերակ 3-ում բերվող սահմաններում են: Այսպիսով, չընդգրկման սխալը կազմում է 40 տոկոս:

Գծապատկեր 18. Ծրագրի չընդգրկման սխալն աղքատ Նպաստառուների համար

Չընդգրկված բոլոր աղքատ Նպաստառուները, տոկոս բոլոր հիվանդանոցային դեպքերի նկատմամբ



Չընդգրկված աղքատ Նպաստառուները, տոկոս բոլոր հիվանդանոցային դեպքերի նկատմամբ (ըստ վճարումների վերին սահմանի 3-րդ փարբերակի)



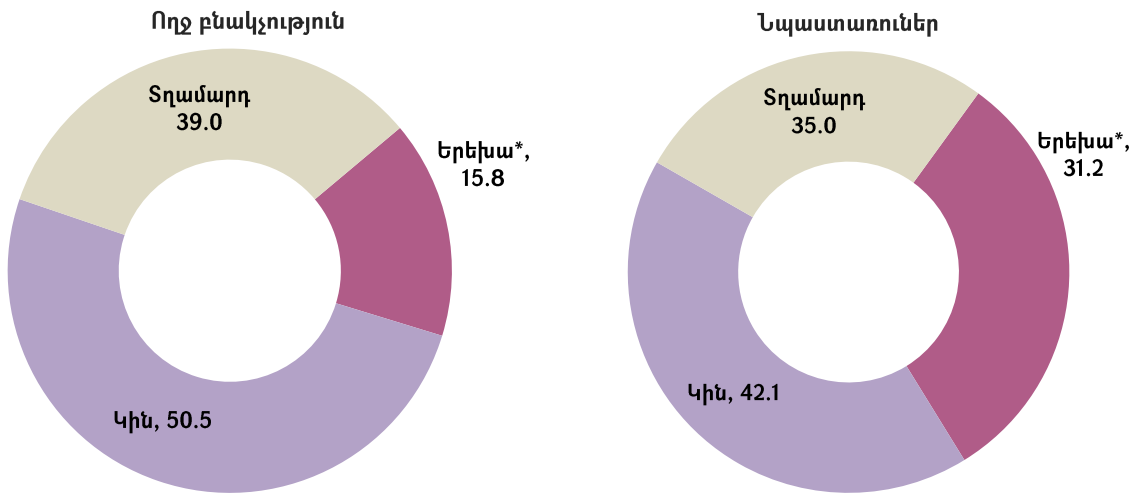
Աղբյուրը՝ ՏՏԸՀ-2015, ՏՂՀԿ

3.5. Ծրագրի ազդեցությունը և շահառուների գոհունակությունը

ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրի իրականացման արդյունքում ՀԽԸ անձանց 6.6 տոկոսը (կամ նման անձ ունեցող ՏՏ-ների 14 տոկոսը) և Նպաստառուների 5.2 տոկոսը (կամ նպաստառու ՏՏ-ների 23 տոկոսը) ստացել են հիվանդանոցային բուժօգնություն, որոնց մոտ կեսը՝ ըստ էության անվճար կամ ոչ նշանակալի վճարումներով:

Հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացած ՀԽԸ անձանց 51 տոկոսը կանայք են, իսկ 16 տոկոսը՝ մինչև 16 տարեկան երեխաներ: Նպաստառու դեպքերում, հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացածների 42 տոկոսն են կանայք և 31 տոկոսը՝ երեխաներ:

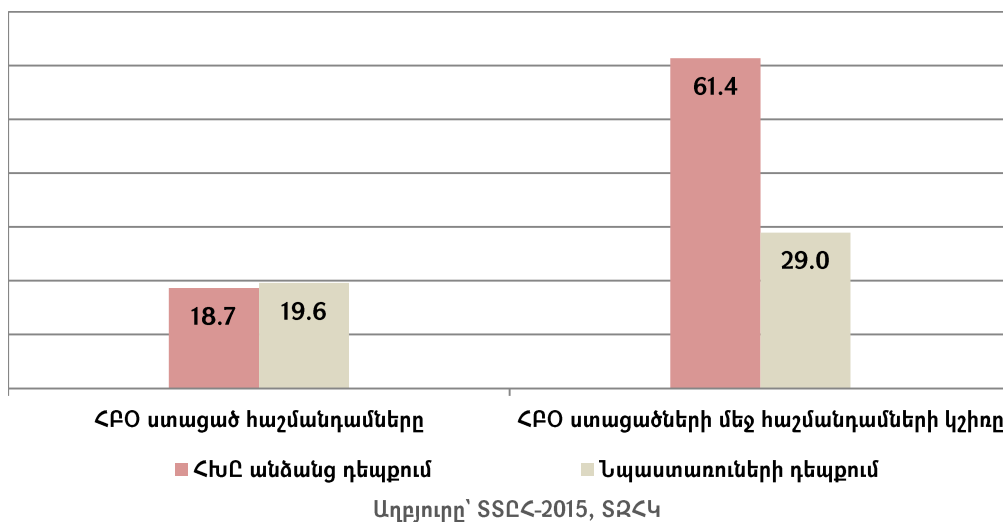
Գծապատկեր 19. Հիվանդանոցային ծառայություններ ստացածների գենդերային կառուցվածքը, տոկոս



*Նշում. Ներառում է 0-15 տարեկան երեխաներին
Աղբյուրը՝ ՏՏԸՀ-2015, ՏՁՀԿ

Ծրագիրն ազդել է բոլոր հաշմանդամների 19-20 տոկոսի վրա՝ վերջիններս ստացել են հիվանդանոցային բուժօգնության: Հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացածների մեջ հաշմանդամներն ունեն մեծ մասնաբաժին, հատկապես ՀԽԸ անձանց պարագայում՝ 61 տոկոս:

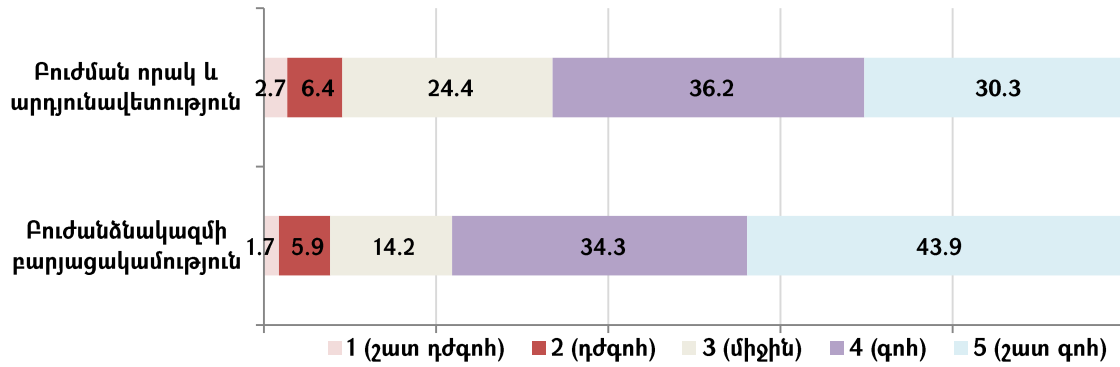
Գծապատկեր 20. Հիվանդանոցային ծառայություններ ստացած հաշմանդամները, տոկոս



Աղբյուրը՝ ՏՏԸՀ-2015, ՏՁՀԿ

Ընդհանուր առմամբ, հիվանդանոցային ծառայությունների ստացումն իրականացվել է շահառուների գոհունակության շատ բարձր մակարդակով: Բուժման որակից և արդյունավետությունից ծառայություն ստացածների 36 տոկոսը գոհ է, իսկ 30 տոկոսը՝ շատ գոհ: Գոհունակությունը շատ բարձր է նաև բուժանձնակազմից, մասնավորապես՝ 44 տոկոսը շատ գոհ է, իսկ 34 տոկոսը՝ գոհ:

Գծապատկեր 21. Բուժման որակի և արդյունավետության գնահատականները, տոկոս

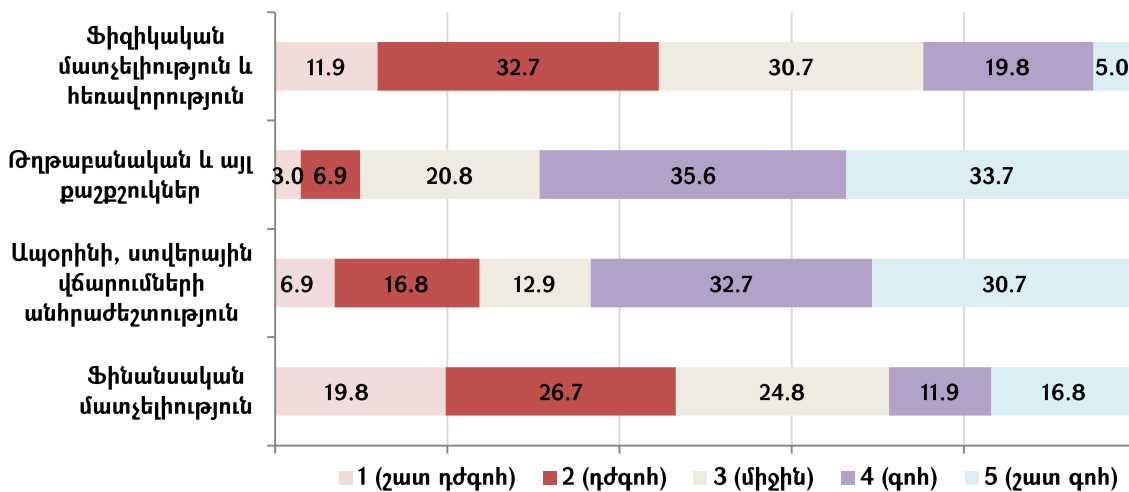


Աղբյուրը՝ ՏՏԸՀ-2015, ՏՂՀԿ

Շահառուների դժգոհությունը բարձր է ֆինանսական մատչելիությունից, մասնավորապես՝ 20 տոկոսը շատ դժգոհ է, իսկ 27 տոկոսը՝ դժգոհ: Ապօրինի, ստվերային վճարումների անհրաժեշտությունից, ինչպես նաև թղթաբանությունից դժգոհությունները մեծ չեն:

Բավականին մեծ է շահառուների դժգոհությունը ֆիզիկական մատչելիությունից և հեռավորությունից՝ մոտ 45 տոկոսը դժգոհ կամ շատ դժգոհ է (տե՛ս գծապատկեր 22):

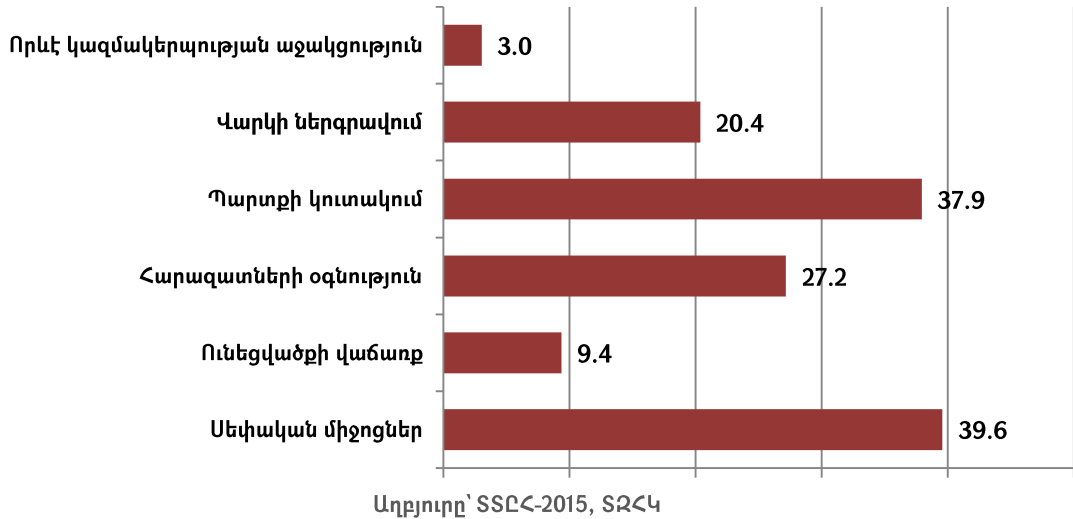
Գծապատկեր 22. Շահառուների գոհունակությունը Ծրագրի մատչելիությունը բնութագրող տարրերից, տոկոս



Աղբյուրը՝ ՏՏԸՀ-2015, ՏՂՀԿ

Հիվանդանոցային բուժօգնության ծառայություններից օգտվելը ֆինանսական ազդեցություն և հետևանքներ ունի: Հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացածների ավելի քան 75 տոկոսը կատարում են ծախսեր և վճարումներ (տե՛ս բաժին 3.3): Դրանց հիմնական աղբյուրը սեփական միջոցներն են՝ մոտ 40 տոկոս: Այնուհանդերձ, բավականին մեծ է պարտքային և վարկային պարտավորությունների կուտակումը՝ միասին մոտ 65 տոկոսի դեպքում: Ի լրումն, 27 տոկոսը դիմում է հարազատների օգնությանը, իսկ 9 տոկոսը՝ ունեցվածքի վաճառքին:

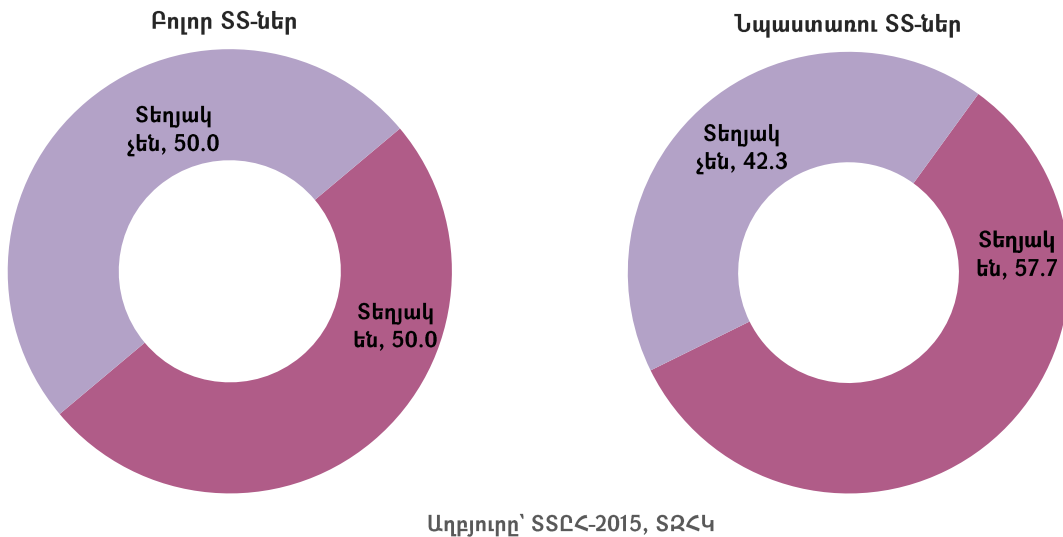
Գծապատկեր 23. Հիվանդանոցային ծառայությունների դիմաց վճարումների աղբյուրները, տոկոս



3.6. Իրազեկվածության մակարդակը

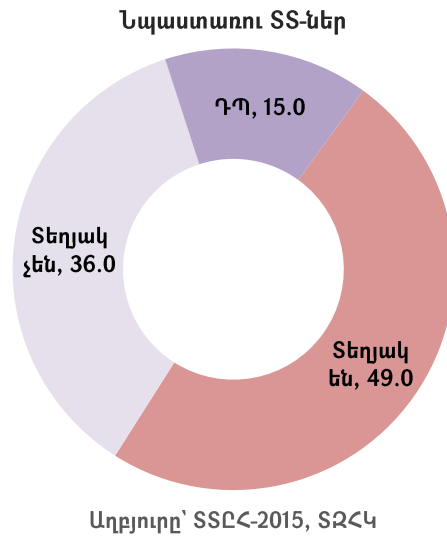
Սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկվածներին պետության կողմից անվճար հիվանդանոցային բժշկական օգնության ծառայությունների տրամադրման մասին տեղեկացվածության մակարդակը բարձր չէ: Մասնավորապես, Հայաստանի բոլոր ՏՏ-ների կեսը տեղյակ են, իսկ կեսը՝ ոչ: Նպաստառու ընտանիքներում տեղեկացվածությունն ավելի բարձր է՝ 58 տոկոս, իսկ Հատուկ խմբերին պատկանող անձանց շրջանում՝ ավելի բարձր:

Գծապատկեր 24. Տեղեկացվածությունը ՍԱՀԻՆ բժշկական օգնության ծառայությունների անվճար լինելու մասին, տոկոս



ԸՆ համակարգում ընդգրկվածների միայն կեսը գիտեն, որ իրենց ընտանիքի անդամներն ունեն պետական առողջական ծրագրերի պետական պատվերի շրջանակներում սպասարկվելու իրավունք:

Գծապատկեր 25. Նպաստառուների տեղեկացվածությունը ՏՏ որևէ անդամի առողջապահական պետական պատվերի ծառայություններից օգտվելու իրավունքի մասին, տոկոս



4. Ծրագրի վերաբերյալ ծառայություն մատուցողների գնահատականները

ՍԱՀԻ բժշկական օգնության բյուջետային ծրագրի գնահատման համար կարևոր է ծառայություն մատուցողների, մասնավորապես, պրոֆեսիոնալ բժշկական անձնակազմի և կառավարիչների տեսակետների և կարծիքների ուսումնասիրությունը: Այդ նպատակով, հանրապետության թվով 36 բժշկական հաստատություններում իրականացվել են հիմնական տեղեկացված անձանց հարցազրույցներ: Դրանք իրականացվել են ՏՀՀԿ կողմից նախանշված մեթոդաբանության և մշակված հարցերի շրջանակներում՝ ծրագրի շահառու 5 ՀԿ-ների կողմից:

Հարցազրույցները, մասնավորապես, իրականացվել են Երևանի, Շիրակի, Լոռիի, Սյունիքի, Արարատի և Գեղարքունիքի մարզերի հիվանդանոցների և ամբուլատոր բժշկական օգնության հաստատությունների տնօրենների և բժիշկների հետ (շուրջ 41 հարցազրույց):

Հարցազրույցները հետապնդել են ստանալ սուկ որակական տեղեկատվության և անձնակազմի անձնական, պրոֆեսիոնալ գնահատականները Ծրագրի մասին՝ հիմնականում դրա ազդեցության, արդյունավետության, շահառուների ընդգրկման, իրազեկվածության խնդիրների վերաբերյալ, ինչպես նաև ստանալ լուծումների և Ծրագրի բարելավման վերաբերյալ առաջարկություններ: Ստորև ամփոփ կերպով ներկայացվում են հարցազրույցներին մասնակցած բժիշկների գնահատականները:

Ծրագրի ազդեցությունը, շահառուները և ընդհանուր իրավիճակը

- Բժիշկների գնահատմամբ համապատասխան հիվանդանոցների կողմից 2015 թվականին մատուցված ծառայությունների մեծամասնությունը՝ 70-85 տոկոսն իրականացվել են պետական պատվերի շրջանակներում:
- Ծրագրի շրջանակներում մատուցվել են բժշկական օգնության տարբեր ծառայություններ, սակայն գերակշռում են թերապևտիկ ծառայությունները:
- Հիվանդանոցները շահագրգիռ են հայտնաբերելու պետական ծրագրերի շահառուներին, քանի որ հիվանդանոցների եկամտի հիմնական աղբյուրն այդ ծրագրերից է գոյանում:
- Բնակչության միջին խավը հիմնականում ի վիճակի չէ վճարել հիվանդանոցային ծառայությունների դիմաց, իսկ վճարունակ մասը, որը շատ փոքր է, նախընտրում է բուժվել արտերկրում:
- Բժշկական օգնության կարիք ունեցող շահառուների գերազանց մեծամասնությունը սպասարկվում են պետական պատվերի շրջանակներում: Բացառություն են կազմում այն դեպքերը, երբ բուժման գործընթացը չուշացնելու նպատակով շահառուները օգտվում են վճարովի ծառայություններից՝ հերթագրման պարագայում: Այս դեպքերը շատ չեն:
- Բժիշկները գտնում են, որ առողջապահական հարցերի շուրջ հասարակության գրագիտության մակարդակը ցածր է, ինչը և բուժման անհրաժեշտության դեպքերում շահառուների կողմից բուժիմանարկ չդիմելու հավանական պատճառներից է: Հիմնական պատճառների թվում նշում են նաև խնամողի կարիքը, անձնական և ընտանեկան տարբեր առաջնահերթ խնդիրներով ծանրաբեռնվածությունը: Ի լրումն՝ կոռուպցիոն ռիսկերի առկայությունը ևս հիվանդանոց չդիմելու հավանական պատճառներից են համարում:

- Ընդհանուր առմամբ, սոցիալապես անապահով և, մասնավորապես, հատուկ խմբերի բնակչության մեծ մասը իրազեկ է իրենց տրամադրվող հիվանդանոցային ծառայությունների անվճար լինելու մասին: Հատկապես բարձր է հաշմանդամության կարգ ունեցողների տեղեկացվածության մակարդակը՝ գրեթե բոլորը տեղյակ են:

Առկա խնդիրների գնահատական և առաջարկություններ

- Առանձնացվող հիմնական խնդիրները վերաբերում են բյուջետային միջոցների անբավարարությանը: Հիվանդի համար նախատեսված փոխհատուցվող գումարի մեծությունը սովորաբար չի համապատասխանում բուժման համար կատարվող իրական ծախսերին: Բժիշկները գտնում են, որ այս հարցը պետք է առավել մեծ ուշադրության և քննարկումների առարկա դառնա:
- Չնայած սահմանափակ միջոցներին, անհրաժեշտ է ավելացնել վերակենդանացման ծառայություններին ուղղվող պետական միջոցները:
- Կիրառվող հերթագրման մոտեցումն արդյունավետ չէ: Պետությունն այս հարցում պետք է ազատություն տա բժշկական հաստատությանը, որպեսզի բժիշկները կարողանան ավելի ճկուն լինել և հիվանդանոցի ներքին ռեսուրսների ժամանակավոր համադրման հաշվին սպասարկեն կարիքավորներին:
- Պետք է մեծացնել առաջնային օղակի դերը, որը կբերի հիվանդանոցների ծանրաբեռնվածության նվազման: Կարելի է առանձնացնել բժշկական օգնության ծառայությունների տեսակներ, որոնք կարող են սպասարկվել ամբուլատոր պայմաններում: Սա որոշակիորեն կնպաստի հիվանդանոցների կողմից ռեսուրսների խնայողությանը և ուղղորդմանը դեպի առավել կարիքավորներին:
- Ծրագրի շահառուների շրջանակը շատ մեծ է, այն պետք է սահմանափակել: Ընտանեկան նպաստների համակարգում ընդգրկված ավելի բարձր անապահովության միավոր ունեցողներին պետք է համարել Ծրագրի շահառու: Հատկացվող պետական միջոցները չեն բավարարում շահառուների տվյալ մեծ խմբի հիվանդանոցային ծախսերը պատշաճ հոգալու համար:
- Ծրագրից շատ հաճախ օգտվում են ոչ իրական կարիքավորները և հակառակը՝ իրական կարիքավորները չեն օգտվում: Շահառուների հասցեականության և թիրախավորման ուղղությամբ լրացուցիչ ջանքեր են պետք:
- Տպավորություն կա, որ անվճար բուժօգնություն ստանալու ցանկությունը ստիպում է բնակիչներին տարբեր ճանապարհներով ձեռք բերել հաշմանդամության կարգ կամ ընդգրկվել ընտանեկան նպաստների համակարգում:
- Բժիշկների մեծամասնությունը գտնում է, որ պետական առողջապահական քաղաքականությունը փոփոխությունների կարիք ունի: Առողջապահական համակարգն այլևս պատրաստ չէ շարունակել պետական պատվերի քաղաքականությունը: Անհրաժեշտ է ամբողջովին անցնել ապահովագրական բժշկության:

5. Գնահատման արդյունքների ամփոփում

5.1. Համապատասխանությունը

- Հայաստանում բնակչության շուրջ մեկ երրորդն աղքատ է, իսկ 12 տոկոսի առողջական վիճակը գնահատվում է «վատ կամ ծայրահեղ վատ»: Մի շարք ոչ վարակիչ հիվանդություններ, մասնավորապես՝ սիրտ-անոթային, շաքարային դիաբետ, չարորակ նորագոյացություններ, մեծ տարածվածություն և աճի միտում ունեն: Առավել ռիսկային խմբում են հայտնվում հատկապես բնակչության աղքատ և սոցիալապես անապահով խմբերը:
- ՍԱՀԻՆ բժշկական օգնության ծրագրի իրականացումը Հայաստանում ուղղված է բնակչության սոցիալապես անապահով և ՀԽԸ անձանց հիվանդանոցային բուժօգնության հասանելիության մակարդակի մեծացմանը: Մասնավորապես, նախատեսվում է պետական բյուջեի ֆինանսավորման միջոցով ընդհանուր և մասնագիտացված պրոֆիլի հիվանդանոցներում ու բաժանմունքներում ապահովել հիվանդանոցային որակյալ բժշկական օգնության իրականացում (անկախ ախտորոշումից): Ծրագրի շահառուներ են հանդիսանում Ընտանեկան նպաստների համակարգում ընդգրկված 30 և ավելի անապահովության միավոր ունեցող ընտանիքների անդամները (բոլոր սոցիալական և ընտանեկան նպաստ ստացողները), ինչպես նաև ՀՀ կառավարության կողմից սահմանված ցանկում ընդգրկված առանձին (հատուկ) խմբերին պատկանող անձինք:
- Ծրագրի իրականացումը բխում է ՀՀ սահմանադրությունից, «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի պահանջներից, համապատասխանում է ՀՀ կառավարության ծրագրին և ռազմավարությունների նպատակադրումներին:
- ՀՀ 2014-2025թթ. հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիրը կարևորում է բնակչության սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված անձանց հիվանդանոցային մասնագիտացված բուժօգնության ապահովման հարցերը: Կառավարությունը մտադիր է լրամշակել գործող մոտեցումները՝ նպատակ ունենալով մեծացնել իրականացվող ծրագրերի նպատակայնությունն ու արդյունավետությունը: 2016-2018 թվականների ՄԺԾ-ով սահմանվում են Ծրագրի միջնաժամկետ ֆինանսական ցուցանիշները: Նախատեսվում է մեծացնել Ծրագրում տարեկան ընդգրկվող դեպքերի թիվը և հիվանդանոցային բուժման մեկ դեպքի ֆինանսավորման միջին արժեքը:
- Այսպիսով, ՍԱՀԻՆ բժշկական օգնության ծրագրի իրականացումը մեծ կարևորություն ունի բնակչության առողջության պահպանման և հատկապես աղքատ և խոցելի խմբերի աջակցության առումով: Այն համապատասխանում է քաղաքականությունների գերակայություններին և ռազմավարական նպատակադրումներին, հասարակության և շահառուների իրական կարիքներին:
- Ծրագրի բացակայությունը բնակչության առողջության և առողջապահական համակարգի կենսունակության վրա բացասական հետևանքներ կունենա:

5.2. Ծրագրի արդյունքները

- Ծրագրի շրջանակներում պետական պատվերը ընդգրկել է բնակչության շուրջ 2 տոկոսը (62 հազար դեպք): Արդյունքում, հիվանդանոցային բուժօգնության համակարգը ստացել է շուրջ 7 միլիարդ դրամի ֆինանսավորում:
- Հիվանդանոցային բուժօգնություն են ստացել ՀԽԸ անձանց 6.6 տոկոսը (կամ նման անձ ունեցող ՏՏ-ների 14 տոկոսը) և Նպաստառուների 5.2 տոկոսը (կամ Նպաստառու ՏՏ-ների 23 տոկոսը), որոնց մոտ կեսը՝ ըստ էության անվճար կամ ոչ նշանակալի վճարումներով:

- Հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացած ՀԽԸ անձանց 56 տոկոսը աղքատ է, 25 տոկոսը՝ ծայրահեղ և շատ աղքատ: Նպաստառուների մոտ 70 տոկոսն է աղքատ, այդ թվում՝ 34 տոկոսը ծայրահեղ և շատ աղքատ:
- Հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացած ՀԽԸ անձանց 51 տոկոսը կանայք են, իսկ 16 տոկոսը՝ մինչև 16 տարեկան երեխաներ: Նպաստառուների դեպքում հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացածների 42 տոկոսն են կանայք և 31 տոկոսը՝ երեխաներ:
- Ծրագիրն առավել մեծ ազդեցություն ունի հաշմանդամների վրա: Հիվանդանոցային բուժօգնություն բոլոր ստացածների մեջ հաշմանդամներն ունեն մեծ կշիռ, հատկապես ՀԽԸ անձանց պարագայում՝ 61 տոկոս: Հիվանդանոցային բուժօգնություն են ստացել բոլոր հաշմանդամների 19-20 տոկոսը:
- Ծրագիրն իրականացվել է շահառուների գոհունակության շատ բարձր մակարդակով: Բուժման որակից և արդյունավետությունից ծառայություն ստացածների 36 տոկոսը գոհ է, իսկ 30 տոկոսը՝ շատ գոհ: Գոհունակությունը շատ բարձր է նաև բուժանձնակազմից, մասնավորապես՝ 44 տոկոսը շատ գոհ է, իսկ 34 տոկոսը՝ գոհ:
- Շահառուների դժգոհությունը բարձր է ֆինանսական մատչելիությունից, մասնավորապես՝ 20 տոկոսը շատ դժգոհ է, իսկ 27 տոկոսը՝ դժգոհ: Բավականին մեծ է շահառուների դժգոհությունը ֆիզիկական մատչելիությունից և հեռավորությունից՝ մոտ 45 տոկոսը դժգոհ կամ շատ դժգոհ է:
- Բնակչության իրազեկվածության և առողջապահական գրագիտության մակարդակը բժշկին չդիմելու և անհրաժեշտության դեպքում հիվանդանոցային ծառայություններից չօգտվելու պատճառներից է: Այդ թվում են նաև վստահության պակասը, խնամողի կարիքը, անձնական և ընտանեկան տարբեր առաջնահերթ խնդիրներով ծանրաբեռնվածությունը և այլն:
- Հայաստանի բոլոր ՏՏ-ների կեսն են տեղյակ, որ սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկվածների համար հիվանդանոցային բժշկական օգնության ծառայություններն անվճար են՝ ֆինանսավորվում են պետության կողմից: Նպաստառու ՏՏ-ների տեղեկացվածությունն ավելի բարձր է՝ 58 տոկոս: Հատուկ խմբերին պատկանող անձանց, մասնավորապես՝ հաշմանդամության կարգ ունեցողների շրջանում, տեղեկացվածության մակարդակը շատ բարձր է:
- Այնուհանդերձ, բժշկի չդիմելու գլխավոր պատճառը՝ 80 տոկոս դեպքերում, ֆինանսական մատչելիությունն է: Ծրագրի գոյությունը հանգեցրել է դիմելության աճի: Եթե ՀՀ բոլոր ՏՏ-ների 55 տոկոսն է կարիքի դեպքում դիմում բժշկի, ապա Նպաստառուների՝ 62 տոկոսը:
- Հիվանդանոցային բուժօգնության ծառայություններից օգտվելն ունի նաև ֆինանսական և գույքային հետևանքներ: Հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացածների շուրջ 80 տոկոսը կատարում են ծախսեր և վճարումներ: Դրանց հիմնական աղբյուրը սեփական միջոցներն են՝ մոտ 40 տոկոս: 27 տոկոսը դիմում է հարազատների օգնությանը, իսկ 9 տոկոսը՝ ունեցվածքի վաճառքին: Բավականին մեծ է պարտքային և վարկային պարտավորությունների կուտակումը՝ մոտ 65 տոկոսի դեպքում:

5.3. Ռեսուրսների ներդրման արդյունավետությունը

- Ծրագրի արդյունավետության մակարդակն էականորեն բարելավման կարիք ունի: Ծրագրի հասցեականության մակարդակը ցածր է: Շատ բարձր են մատուցվող ծառայությունների դիմաց վճարող հիվանդների քանակը և միջին վճարման մեծությունը: Այսպիսով, ներդրվող ռեսուրսներն արդյունավետորեն չեն փոխակերպվում ակնկալվող արդյունքների:
- Ծրագրի շահառուների գերազանց մեծամասնությունը՝ շուրջ 80 տոկոսը, հիվանդանոցային բուժօգնության դիմաց կատարել են վճարումներ: Ընդ որում, վճարումներն ուղղվել են ինչպես

բուն բուժմանը, այնպես էլ՝ դեղորայքի ձեռքբերմանը, հետազոտությունների իրականացմանը և այլ ծառայություններին: Վճարումները կատարվում են ֆորմալ կամ ոչ ֆորմալ կերպով, դրանց նպատակը և բնույթը ունեն զանազան մեկնաբանություններ:

- Հիվանդանոցային միջին դեպքի համար ՀԽԸ անձիք ծախսում են 260 հազար դրամ, Նպաստառուների դեպքում՝ ավելի ցածր՝ 165 հազար դրամ: Պետական ֆինանսավորումը մեկ դեպքի համար կազմում է 115 հազար դրամ:
- Համաձայն, բժիշկների հետ հարցազրույցների արդյունքների, հիվանդանոցային բուժօգնության կարիք ունեցող շահառուների գերազանց մեծամասնությունը սպասարկվում են պետական պատվերի շրջանակներում: Բացառություն են կազմում այն դեպքերը, երբ հերթագրման պարագայում բուժման գործընթացը չուշացնելու համար շահառուներն օգտվում են վճարովի ծառայություններից, ընդ որում, այս դեպքերը շատ չեն: Պետական պատվերը հիվանդանոցների եկամուտի կարևոր աղբյուր է:
- Հիվանդի ֆորմալ ձևակերպումը պետական ծրագրի ներքո դեռևս չի բացառում հիվանդի կողմից բուժման դիմաց վճարումը՝ ամբողջությամբ կամ մասնակի: Այսպիսով, ստացվում է, որ մեծամասամբ, հիվանդանոցային բուժօգնության դիմաց վճարում է և՛ պետությունը և՛ հիվանդը: Հետևաբար, առողջապահական հիմնարկները կարող են շահագրգիռ լինել ունենալ Ծրագրի շահառու հիվանդներ:
- Թեև Ծրագիրը ենթադրում է, որ շահառուն որևէ վճարումներ չպետք է կատարի, գործնականում, հաշվի առնելով բժշկական ծառայությունների յուրահատկությունները, տեղեկատվության ասիմետրան, ինչպես նաև մշակութային որոշակի առանձնահատկություններ, գտնում ենք, որ հիվանդների կողմից ծախսերի որոշակի մակարդակը բնականոն է: Որևէ վճարում չեն կատարել շահառուների մոտ 20 տոկոսը, իսկ, հաշվի առնելով վճարումների հնարավոր բնականոն մակարդակը, գնահատվում է, որ շահառուների շուրջ 50 տոկոսն է ընդգրկված եղել Ծրագրում (անկախ ֆորմալ ձևակերպումից):
- Պետություն կողմից ֆինանսավորման ծավալները բավականին փոքր են, որպեսզի հնարավոր լինի իրականացնել անվճար հիվանդանոցային բուժօգնություն՝ պոտենցիալ շահառուների տվյալ քանակի պայմաններում: Պետությունը իրականում չի ֆինանսավորում հայտարարված բոլոր շահառուների բուժօգնության ծախսերը (կամ ֆինանսավորում է մոտ կիսով չափ):
- Կիրառվող մոտեցումն առաջացնում է առողջապահական համակարգի խեղաթյուրումներ, խախտվում է շահառուների նկատմամբ հավասարության սկզբունքը, հանգեցնում է նաև ռեսուրսների ոչ արդյունավետ ներդրման: Շահառուների թիրախային խմբերի հստակեցումը, ֆինանսավորմանը համարժեք շահառուների թվաքանակի սահմանումը և հիվանդանոցային ծախսերի ամբողջական փոխհատուցումն անվիճարկելի անհրաժեշտություն են:

5.4. Ծրագրի հասցեականությունը և ազդեցությունը աղքատություն վրա

- ՍԱՀԻՆ բժշկական օգնության ծրագիրն ունի հստակ թիրախավորում՝ աղքատ, սոցիալապես անհապահով և խոցելի խավերը: Գործնականում Ծրագրի հասցեականության մակարդակն այս առումով բավականին ցածր է: Պետական ռեսուրսները հաճախ հասնում են ոչ կարիքավորներին և հակառակը՝ իրական կարիքավորները հաճախ դուրս են մնում:
- ՍԱՀԻՆ բժշկական օգնության ծրագրի հասցեականությունը մեծապես կախված է ԸՆ համակարգի հասցեականության մակարդակից: Վերլուծությունները ցույց են տվել, որ ԸՆ համակարգում ընդգրկված Նպաստառուների 44 տոկոսն աղքատ չեն, 75 տոկոսը՝ շատ աղքատ չեն, իսկ 95 տոկոսը՝ ծայրահեղ աղքատ չեն: Հետևաբար ՍԱՀԻՆ բժշկական օգնության ծրագրի շրջանակներում բուժօգնություն ստացողների թվում ևս շատ են ոչ աղքատները:

- Հիվանդանոցային բժշկական օգնության ծառայություններ ստացած Նպաստառուների 93 տոկոսը չի հանդիսացել ծայրահեղ աղքատ, 66 տոկոսը՝ շատ աղքատ, իսկ 31 տոկոսը՝ աղքատ: Այսպիսով, Ծրագրի «ընդգրկան սխալը» բավականին մեծ է: Պետական պատվերի շուրջ 30 տոկոսն ուղղվում է ոչ աղքատներին, իսկ 66 տոկոսը՝ ոչ շատ աղքատներին:
- Մյուս կողմից, բավականին մեծ է նաև ԸՆ համակարգի «չընդգրկման սխալը», որն էլ հանգեցնում է ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրի «չընդգրկման սխալի»: Մասնավորապես, ծայրահեղ աղքատների 56 տոկոսը, շատ աղքատների 63 տոկոս և բոլոր աղքատների 73 տոկոսը ընդգրկված չեն ԸՆ համակարգում:
- Այսպիսով, բոլոր աղքատների 73 տոկոսը (կամ ողջ բնակչության 24 տոկոսը) թեև աղքատ է, սակայն Նպաստառու չէ: Նրանց մոտ 69 տոկոսը անցած 12 ամիսների ընթացքում բժշկական միջամտության կարիք է ունեցել, սակայն չի ընդգրկվել պետական առողջապահական ծրագրում, քանի որ Նպաստառու չէ (բացառությամբ հատուկ խմբերին պատկանողների):
- Թեև հիվանդանոցային բուժօգնության ծառայություններ ստացած Նպաստառուների մոտ 70 տոկոսը աղքատ է (ներառյալ ծայրահեղ և շատ աղքատները), սակայն նրանց մի մասին կարելի է չհամարել ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրում ընդգրկված՝ բուժման դիմաց էական վճարումների պատճառով: Աղքատների միայն 29 տոկոսը որևէ վճարում չի կատարել, իսկ 31 տոկոսի վճարումները կարելի է համարել ընդունելի՝ բնականոն: Այսպիսով, հիվանդանոցային բուժօգնության ծառայություններ ստացած Նպաստառու աղքատների 40 տոկոսը ևս իրականում չեն ընդգրկվել Ծրագրում:

5.5. Հիմնական առաջարկություններ

- Գնահատման արդյունքները թույլ են տալիս պնդել, որ առողջապահության ոլորտում պետական քաղաքականության բարեփոխումները խիստ արդիական են: Ընդհանուր առմամբ, առողջապահական առաջնային օղակի դերի ընդլայնմանն ուղղված ջանքերը պետք է շարունակական բնույթ ունենան, իսկ հիվանդանոցային բուժօգնության ապահովման առկա մոտեցումները՝ սկզբունքորեն փոխվեն:
- Հիվանդանոցային բուժօգնությանը հատկացվող միջոցները բավարար չեն շահառուների նախանշված բանակին որակյալ և ամբողջական ծառայություններ մատուցելու համար: Ակնհայտ է, որ պետք է կրճատվի կամ շահառուների քանակը կամ ընդլայնվի բյուջեն: Հաշվի առնելով բյուջետային սահմանափակումները և ներդրվող ռեսուրսների արդյունավետության բարձր մակարդակ ապահովելու խնդրի դժվարությունները, առավել իրատեսական է շահառուների թվաքանակի կրճատումը: Դա չի հանգեցնի սոցիալական բացասական հետևանքների, քանի որ համակարգում ընդգրկված ոչ աղքատների թվաքանակը մեծ է: Մյուս կողմից, սահմանափակ թվով և առավել կարիքավոր բնակչությանը լիարժեք առողջապահական ծառայությունների մատուցումը կունենա մեծ դրական սոցիալական և առողջապահական ազդեցություն:
- Ծրագրի արդյունավետության բարձրացումն ուղղակիորեն կապված է նաև Ընտանեկան նպաստների համակարգի հասցեականության բարձրացման հետ, հետևաբար այդ ոլորտում բարեփոխումների իրականացումը խիստ կարևոր է¹⁵:
- ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրի արդյունավետության բարձրացման առավել կոնկրետ առաջարկները հետևյալն են.

¹⁵ Ընտանեկան նպաստների համակարգի հասցեականության բարձրացմանն ուղղված առաջարկների համար տե՛ս ՏՁԿԿ 2016, «Ընտանիքի կենսամակարդակի բարձրացմանն ուղղված նպաստներ բյուջետային ծրագրի գնահատում»:

- ✓ բարձրացնել Ծրագրում շահառուների ընդգրկման համար կիրառվող ԸՆ համակարգում ընտանիքների անապահովության միավորը,
- ✓ ամբողջությամբ փոխհատուցել հիվանդանոցային ծախսերը, բարձրացնել պետության կողմից միջին դեպքի դիմաց ֆինանսավորումը,
- ✓ վերանայել բյուջետային ծրագրի կատարողական (ոչ ֆինանսական) ցուցանիշները՝ ընդգրկելով հասցեականությունը և ռեսուրս-արդյունք արդյունավետությունը բնութագրող ցուցանիշներ,
- ✓ ՄԺԾԾ-ում և երկարաժամկետ ռազմավարություններում ներառել Ծրագրի առաջընթացը և նպատակի հասանելիությունը բնութագրող ոչ ֆինանսական մոնիտորինգային ցուցանիշներ,
- ✓ ընդլայնել Ծրագրի անկախ մոնիտորինգի և գնահատման դերը, ապահովել Ծրագրի կատարման և առաջընթացի վերաբերյալ պարբերական հաշվետվությունների, ներքին ու արտաքին գնահատումների, պաշտոնական մարմինների կողմից հրապարակվող նկարագրողական զեկույցների առավել լայն հասանելիություն,
- ✓ լրացուցիչ ջանքեր ներդնել հասարակություն տեղեկացավածության և իրավունքների իրազեկման ուղղությամբ,
- ✓ խորը և բազմակողմանի քննության առարկա դարձնել հիվանդանոցային ծառայությունների ոլորտում պետական քաղաքականություն մոտեցումները, նախապատրաստվել արմատական փոփոխությունների,
- ✓ ներդնել գործուն քայլեր բարեփոխումների նախագծման և ապահովագրական բժշկության անցման համար:

Հավելված. Ծառայություն մատուցողների շրջանում անցկացված հարցազրույցների բուժփիմնարկների ցանկը

- «Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ» ԲԿ
- «Իզմիրյան» ԲԿ
- «Աստղիկ» ԲԿ
- «Պրոֆ. Ռ. Օ. Յոլյանի անվան Արյունաբանական կենտրոն»
- «Սամարիթեր» հիվանդանոց
- «Գյումրի» ԲԿ
- «Սպիտակ» ԲԿ
- «Ստեփանավան» ԲԿ
- «Տաշիր» ԲԿ
- «Վանաձոր» ԲԿ
- «Գորիս» ԲԿ
- «Կապան» ԲԿ
- «Արարատի հիվանդանոց» ԲԿ
- «Մասիսի» ԲԿ
- «Արտաշատ» ԲԿ
- «Գավառ» ԲԿ
- «Մարտունի» ԲԿ
- Թիվ 12 պոլիկլինիկա
- Թիվ 20 պոլիկլինիկա
- Թիվ 22 պոլիկլինիկա
- «Գորիս» բժշկական կենտրոնի պոլիկլինիկա
- Շինուհայրի առողջության առաջնային պահպանման կենտրոն
- Վերիշենի բժշկական ամբուլատորիա
- «Ստեփանավան» բժշկական կենտրոնի պոլիկլինիկա
- «Տաշիրի» բժշկական կենտրոնի պոլիկլինիկա
- Վանաձորի թիվ 1 պոլիկլինիկա
- Վանաձորի թիվ 3 պոլիկլինիկա
- Վանաձորի թիվ 4 պոլիկլինիկա
- Վանաձորի թիվ 5 պոլիկլինիկա
- «Արարատ» բժշկական կենտրոնի պոլիկլինիկա
- Մասիսի պոլիկլինիկա
- Արտաշատի պոլիկլինիկա
- Գավառի պոլիկլինիկա
- «Մարտունի» բժշկական կենտրոնի պոլիկլինիկա
- Ձորագյուղի բժշկական ամբուլատորիա
- Աստղաձորի առողջության առաջնային պահպանման կենտրոն:

Գծապատկերների ցանկ

Գծապատկեր 1. ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայություններ ծրագրի ֆինանսավորման ծավալների և դեպքերի դինամիկան 2008-2016 թվականներին	11
Գծապատկեր 2. ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայություններ ծրագրի շրջանակներում սպասարկվող դեպքերի արժեքը, ֆինանսավորման ծավալների և սպասարկվող դեպքերի կապը	11
Գծապատկեր 3. ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայություններ ծրագրի ֆինանսավորման կշիռը պետական առողջապահական ծախսերում, տոկոս	12
Գծապատկեր 4. Բնակչության առողջական վիճակի գնահատականներն ըստ գենդերի, տոկոս	14
Գծապատկեր 5. Առողջական վիճակը «վատ կամ ծայրահեղ վատ» գնահատվող բնակչության կառուցվածքը, տոկոս	15
Գծապատկեր 6. Հետևողական բժշկական խնամքի կարիքի սուբյեկտիվ գնահատականներ, տոկոս	15
Գծապատկեր 7. Հետևողական բժշկական կարիք ունեցողների գենդերային կառուցվածքը, տոկոս	16
Գծապատկեր 8. Բժշկական օգնության կարիքը և բժշկի դիմելիությունը ՀՀ բոլոր ՏՏ-ների համար, տոկոս	16
Գծապատկեր 9. Սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված անձ ունեցող ՏՏ-ների համար բժշկական միջամտության կարիքը և հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացածները	17
Գծապատկեր 10. Հիվանդանոցային բուժօգնության դիմաց վճարում կատարածները և միջին վճարումը	18
Գծապատկեր 11. Հիվանդանոցային բուժօգնության դեպքերի բաշխումն ըստ տևողության և միջին վճարումների	18
Գծապատկեր 12. ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրում ընդգրկվածների գնահատականներ, տոկոս	20
Գծապատկեր 13. ԸՆ համակարգի ընդգրկման սխալը (ոչ աղքատ ՏՏ-ները), տոկոս	21
Գծապատկեր 14. Ծրագրի ընդգրկման սխալը նկարագրող տվյալներ	22
Գծապատկեր 15. Չընդգրկման սխալը ՀԽԸ և Նպաստառու բնակչության համար, տոկոս	23
Գծապատկեր 16. ԸՆ համակարգում չընդգրկված աղքատները և բժշկական միջամտության կարիք ունեցողները, տոկոս	23
Գծապատկեր 17. ՀԲՕ ստացածների և Նպաստառու բնակչության կենսամակարդակի գնահատականների, տոկոս	24
Գծապատկեր 18. Ծրագրի չընդգրկման սխալն աղքատ Նպաստառուների համար	24
Գծապատկեր 19. Հիվանդանոցային ծառայություններ ստացածների գենդերային կառուցվածքը, տոկոս	25
Գծապատկեր 20. Հիվանդանոցային ծառայություններ ստացած հաշմանդամները, տոկոս	25
Գծապատկեր 21. Բուժման որակի և արդյունավետության գնահատականները, տոկոս	26
Գծապատկեր 22. Շահառուների գոհունակությունը Ծրագրի մատչելիությունը բնութագրող տարրերից	26
Գծապատկեր 23. Հիվանդանոցային ծառայությունների դիմաց վճարումների աղբյուրները, տոկոս	27
Գծապատկեր 24. Տեղեկացվածությունը ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծառայությունների անվճար լինելու մասին, տոկոս	27
Գծապատկեր 25. Նպաստառուների տեղեկացվածությունը ՏՏ որևէ անդամի առողջապահական պետական պատվերի ծառայություններից օգտվելու իրավունքի մասին, տոկոս	28

Աղյուսակների ցանկ

Աղյուսակ 1. ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրի ցուցանիշների կանխատեսումներ, 2016–2018թթ.	12
Աղյուսակ 2. Սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված բնակչությունը, տոկոս	17
Աղյուսակ 3. ՍԱՀԽ բժշկական օգնության ծրագրում հիվանդների «ընդգրկման» որոշման համար կիրառվող վճարումների վերին սահմանի սանդղակ	19

Օգտագործված հապավումների ցանկ

ԱՎԾ	Ազգային վիճակագրական ծառայություն
ԲՕ	բժշկական օգնություն
ԳՀ	գլխավոր համակցություն
ԴՊ	դժվարացել է պատասխանել
ԵՄ	Եվրոպական միություն
ԸԱՄ	ընտանիքի անապահովության միավոր
ԸՆ	ընտանեկան նպաստներ
ՀԲՕ	հիվանդանոցային բժշկական օգնություն
ՀՁՈԾ	Հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիր
ՀԽԸ	հատուկ խմբերում ընդգրկված
ՀՀ	Հայաստանի Հանրապետություն
ՀԿ	հասարակական կազմակերպություն
ՀՆԱ	համախառն ներքին արդյունք
ՁԻԱՀ	ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշ
ՄԻԱՎ	մարդու իմունային անբավարարության վիրուս
մլն	միլիոն
մլրդ	միլիարդ
ՄԺԾԾ	ՀՀ պետական միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր
ՉՀ	չի հաշվարկվել
ՍԱՀԽ	սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբեր
ՍՃՓՀ	սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություններ
ՏՁԿ	Տնտեսական զարգացման և հետազոտությունների կենտրոն (EDRC)
ՏՏ	տնային տնտեսություն
ՏՏԸՀ-2015	ՏՁԿ 2015 թվականի տնային տնտեսությունների ընտրանքային հետազոտություն
ՏՏԿԱՀ	Տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջական հետազոտություն
ԲԲԵ ծրագիր	«Քաղաքականությունների բարելավմանն ուղղված երկխոսություն և քաղաքացիական հասարակության մասնակցության ընդլայնում» ծրագիրը
ԲՀԿ	քաղաքացիական հասարակության կառույց