

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՄԸՆԴՅԱՆՈՒՐ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱԽԿՈՒՅԹԻՆ ՈՒՂՂՎԱԾ ՏԵԽՆԻԿԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒՅՈՒՆ



FINHEALTH ՀԱՅԱՍՏԱՆ.

ՀԱՆՐԱՅԻՆ ՖԻՆԱՆՍՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԲԱՐԵՓՈՒՈՒՄՆԵՐԻ ՀԱՆՈՒՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱԽԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՏՈՒՑՄԱՆ ԲԱՐԵԼՅԱՎՄԱՆ

- ԱԴԱՆՆԱ ԶՈՒԿՎՈՒՄ
- ՍՐԻՆԻՎԱՍ ԳՈՒՐԱԶԱԴԱ
- ՄԱՆՈՋ ԶԱԻՆ
- ՍԱՐՈ ԾԱՏՈՒՐՅԱՆ
- ՄԱԿԻՉ ԽՁԵՅԱՆ





© 2020 The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington DC 20433.

Սույն գեկույցը պատրաստվել է Համաշխարհային բանկի աշխատակիցների կողմից՝ արտաքին փորձագետների ներդրումով: Աշխատության մեջ տեղ գտած արդյունքները, մեկնաբանությունները և եզրակացությունները պարտադիր չէ, որ արտացոլեն Համաշխարհային բանկի, նրա Գործադիր տնօրենների խորհրդի կամ նրանց ներկայացրած կառավարությունների տեսակետները:

Համաշխարհային բանկը չի երաշխավորում սույն աշխատության մեջ ներառված տվյալների ճշգրտությունը: Սույն աշխատության մեջ ցանկացած ֆարսեզի վրա նշված սահմաններ, գույներ, անվանումներ և այս տեղեկատվություն չեն ենթադրում Համաշխարհային բանկի կողմից որևէ դատողություն որևէ տարածքի իրավական կարգավիճակի կամ այդ սահմանների հաստատման կամ ընդունման վերաբերյալ:

Ձեկույցում տեղ գտած նյութը ենթակա է հեղինակային իրավունքի: Համաշխարհային բանկը խթանում է իր գիտելիքների տարածումը: Հետևաբար, ամբողջությամբ կամ մասամբ, ոչ առևտրային նպատակներով աշխատությունը կարող է է վերարտադրվել, եթե վերջինիս կատարվի ամբողջական հղում: Իրավունքների և լիցենզիաների վերաբերյալ ցանկացած հարցում, այդ թվում՝ հարակից իրավունքների վերաբերյալ, պետք է ուղարկվի հետևյալ հասցեով՝ World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; ֆաքս՝ 202-522-2625, էլ-փոստ՝ pubrights@worldbank.org.

Ձևավորումը՝ Վերոնիկա Էլենա Գաբեա, GCSDE, The World Bank Group.

FINHEALTH

ՀԱՅԱՍՏԱՆ.

ՀԱՆՐԱՅԻՆ ՖԻՆԱՆՍՆԵՐԻ

ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԲԱՐԵՓՈԽՈՒՄՆԵՐ՝

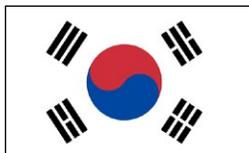
ՀԱՆՈՒՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ

ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ

ՄԱՏՈՒՑՄԱՆ ԲԱՐԵԼՎՄԱՆ



Ադաննա Չուկվունա
Սրինիվա Գուրագադա
Մանոջ Ջաին
Սարա Մատուրյան
Մակիչ Խչեյան



BILL & MELINDA
GATES foundation

ԶԵԿՈՒՅՑԻ ՄԱՍԻՆ

«Հայաստանում առողջապահության ֆինանսավորում. Հանրային ֆինանսների կառավարման բարեփոխումներ՝ հանուն առողջապահական ծառայությունների մատուցման բարելավման» սույն զեկույցը հանդիսանում է Համաժխարհային բանկի կողմից Հայաստանում համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի ապահովմանն ուղղված տեխնիկական աջակցության մի մասը, որը ներառում է խորհրդատվական ծառայություններ և վերլուծություններ՝ աջակցելու կառավարության ջանքերին որոնք միտված են բարձրորակ առողջապահական ծառայությունների հասանելիության ընդլայնմանը: Զեկույցը պատրաստվել է «FinHealth: հանրային ֆինանսների կառավարման (ՀՖԿ) առողջապահության մեջ» գործիքակազմի հիման վրա՝ ծառայությունների մատուցման բարելավման՝ հանրային ֆինանսների կառավարմանն առնչվող հիմնական խոչընդոտները բացահայտելու և առաջարկություններ ներկայացնելու նպատակով, որոնք կարող է իրականացնել Առողջապահության նախարարությունը՝ ի լրումն ավելի համապարփակ ՀՖԿ բարեփոխումների: Զեկույցը ֆինանսավորվել է ԲԻԼ և ՄԷԼԻՆԳԿ Գեյթս հիմնադրամի և Կորեա-Համաժխարհային բանկ համագործակցության ծրագրի կողմից:



ՑԱՆԿ

Զեկույցի մասին.....	iv
Երախտիքի խոսք.....	vi
Հեղինակների մասին.....	vii
Հաղավումներ.....	ix
Ամփոփագիր.....	1
Գլուխ 1 Ներածություն.....	6
1.1 Զեկույցի նպատակը.....	6
1.2 Մերողաբանություն.....	8
Գլուխ 2 Երկրի համատեֆտը.....	9
2.1 Տնտեսական, սոցիալական և քաղաքական համատեֆտը.....	9
2.2 Առողջապահության ոլորտ.....	11
2.3 Հանրային ֆինանսների կառավարման ազգային համակարգ.....	19
Գլուխ 3 Հանրային ֆինանսների կառավարում և ծառայությունների մատուցման կատարողականը.....	25
3.1 Ռազմավարական պլանավորում.....	27
3.2 Բյուջեի կազմում.....	31
3.3 Ֆինանսական ռեսուրսների հոսքեր.....	37
3.4 Ֆիզիկական ռեսուրսների կառավարում.....	44
3.5 Հաշվապահական հաշվառում և հաշվետվություններ.....	50
3.6 Վերահսկողություն և քաղաքացիություն.....	53
3.7 Հֆիլ Թույլ Կողմերը Եվ Առողջապահական Ծառայությունների Մատուցման Նպատակները.....	56
Գլուխ 4 Հանրային ֆինանսների կառավարում ծառայությունների մատուցման բարելավման նպատակով.....	58
Հավելվածներ.....	64
Հավելված Ա. Զեկույցի համար իրականացված խորհային հարցազրույցներ.....	64
Հավելված Բ. Սեմինարի մասնակիցները.....	66
Հավելված Գ. Առողջապահության հասանելիությունը գյուղական համայնքներում.....	67
Հավելված Դ. Հայաստանի նպատակային առողջապահական ծրագրեր.....	68
Հավելված Ե. Հայաստանի առողջապահական համակարգի ռեսուրսները.....	70
Հավելված Զ. Առողջապահության ֆինանսավորման և բյուջետավորման ցուցանիշները հայաստանի և համեմատելի երկրների համար.....	71
Ծանոթագրություններ և վերջումներ.....	76

ԵՐԱԿՏԻՔԻ ԽՈՍՔ

Սույն գեկույցը պատրաստվել է «Հանրային ֆինանսների կառավարումը (ՀՖԿ) առողջապահական ծառայությունների մատուցման մեջ. հնարավորություններ և մարտահրավերներ» (P155193) և «Առողջապահական ծառայությունների ռազմավարական գնումների ամրապնդում» հանուն առողջապահական համակարգի արդյունավետության և սոցիալական արդարության բարելավման» (P170294) ծրագրերի ներքո:

Ծրագիրը ղեկավարել են Սիլվիա Բոստրոֆ (Համաժխարհային բանկի գրասենյակի ղեկավար, Հայաստան), Ադենիլե Երիֆար Օյեյուան (կառավարման գլոբալ ծրագրերի ղեկավար) և Տանյա Դմիտրաշենկոն (Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի տարածաշրջանի առողջության, սնուցման և բնակչության գծով գլոբալ ծրագրերի ղեկավար):

Զեկույցի վրա աշխատել են Ադանա Զուկվուման (Առողջապահության մասնագետ և առաջադրանքների խմբի ղեկավար, FinHealth գնահատում Հայաստան), Սրինիվաս Գուրագադան (Հանրային ֆինանսների կառավարման գծով ղեկավար և համատեղ ղեկավար, FinHealth գնահատում Հայաստան), Մանոջ Զաինը (FinHealth Global-ի ֆինանսական կառավարման գլխավոր մասնագետ և առաջադրանքների խմբի ղեկավար, Սարո Մատուրյանը (Առողջապահության ֆինանսավորման խորհրդատու) և Մակիշ Խչեյանը (Հանրային ֆինանսների կառավարման խորհրդատու): Առողջապահության նախարարությունը, Ֆինանսների նախարարությունը և այլ գերատեսչություններ ևս առանցքային ներդրում են ունեցել:

Ստացած խորհուրդների համար թիմը շնորհակալություն է հայտնում Արման Վաթյանին (Ֆինանսական կառավարման առաջատար մասնագետ), Արմինե Մանուկյանին (Տնտեսագետ), Արմինե Այդինյանին (Գնումների մասնագետ) և Խուրամ Ֆարուխին (Ֆինանսական կառավարման ավագ մասնագետ): Թիմը նաև օգտակար մեկնաբանություններ է ստացել Էնթոնի Հիգինսից (Հանրային ֆինանսների կառավարման փորձագետ): Թիմը շնորհակալություն է հայտնում Արփինե Ազարյանին վարչական աջակցության և Բարբարա Կարնիին, Էստել Գոնգին և Մարիաննա Կոչկարյանին՝ խմբագրական աջակցության համար: Թիմը բարձր է գնահատում բոլորի ներդրումները, ովքեր աջակցել են ողջ ընթացքում, ինչպես նաև իր երախտագիտությունն է հայտնում Համաժխարհային Բանկի հայաստանյան գրասենյակի Արտաֆին և կորպորատիվ կապերի ավագ պատասխանատու Վիգեն Սարգսյանին:

ՀԵՂԻՆԱԿՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ադանա Զուկվուման առողջապահության մասնագետ է Համաշխարհային Բանկի խմբում (World Bank Group), որտեղ ղեկավարում է Հայաստանի առողջապահական թիմը: Համաշխարհային Բանկին որպես երիտասարդ մասնագետ միանալուց հետո նա նաև մասնակցել է առողջապահական որակյալ ծառայությունների հասանելիության բարելավմանն ուղղված բարեփոխումների նախագծմանը, իրականացմանը և գնահատմանը՝ ծառայությունների մատուցման կազմակերպման, ռազմավարական գնումների, եկամուտների մոբիլիզացման և պահանջարկի ապահովման միջոցով՝ Շրի Լանկայում, Սիերա Լեոնեում, Հնդկաստանում, Տաջիկստանում, Հարավկովկասյան երկրներում և Ռումինիայում: Ի թիվս այլոց արժանացել է «Ապագա մրցանակներ» Աֆրիկայի մրցանակի՝ հանրային ծառայության համար, Նիգերիայի Նախագահի «Բացառիկ համայնքային ծառայության համար» մրցանակի, «Նիգերիայի առաջնորդության նախաձեռնություն» ասոցացված կրթաբոժանի և «Առողջապահության համաշխարհային կորպուսի» կրթաբոժանի: Ադանան Գլոբալ առողջապահության մագիստրոսի կոչում է ստացել Օֆսֆորդի համալսարանում և Առողջապահական համակարգերի դոկտորի կոչում՝ Հարվարդի համալսարանում:

Սրինիվաս Գուրագադան Հանրային ֆինանսների կառավարման (ՀՖԿ) Գլոբալ ղեկավար է Համաշխարհային բանկում, որտեղ պատասխանատու է ՀՖԿ-ի վերաբերյալ համաշխարհային գիտելիքների սինթեզման համար՝ կառավարություններին հարկաբյուջետային ֆազանակառության արդյունավետ իրականացման հարցում օգնելու նպատակով: Նա առողջապահության ոլորտում ֆինանսական կառավարման տեխնիկական աշխատանքային խմբի պատասխանատու ֆարտուղարն է, Համաշխարհային բանկի հաշվետվողականության և վերահսկողության ինստիտուտների պրակտիկայի համայնքի նախագահը և 2030-ի Համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի առանցքային անդամ: Նա ներկայացնում է Համաշխարհային բանկը ACTA դաշինքում (Առողջապահության ոլորտում Հակախոռուպցիոն թափանցիկության և հաշվետվողականության գլոբալ ցանց): Նա ունի ավելի քան 28 տարվա փորձ ՀՖԿ և կառավարման ոլորտում՝ աշխատելով Հնդկաստանի, Օմանի և Միացյալ Նահանգների ֆազանակառության ծառայություններում, ՄԱԿ-ի մի քանի գործակալություններում և Համաշխարհային բանկում: Նա Անդրայի համալսարանից ստացել է առևտրի բակալավրի և իրավագիտության բակալավրի կոչումներ և հանդիսանում է Հնդկաստանի Կանոնադրային հաշվապահների ինստիտուտի կանոնադրային հաշվապահ:

Մանոջ Զաինը ներկայումս Կառավարման գլոբալ պրակտիկայի կառավարման գլխավոր մասնագետ է, ինչպես նաև հանդիսանում է Հնդկաստանի ծրագրերի հիմնական համակարգողը: 29-ամյա իր կարիերայի ընթացքում նա բազմակողմանիորեն ներգրավված է եղել ինչպես մասնավոր, այնպես էլ պետական հատվածում: Որպես Համաշխարհային բանկի (ՀԲ) առաջատար մասնագետ՝ նա ներկայումս պատասխանատու է ՀԲ-ի Հնդկաստանի գրասենյակում ՀԲ-ի կառավարման և հանրային ֆինանսների ոլորտի համակարգման, ծրագրերի առաջնորդման և կառավարման, ինչպես նաև ռազմավարական առաջնորդման համար: ՀԲ-ում աշխատանքի անցնելուց առաջ աշխատել է ICICI-ում՝ Հնդկաստանի ամենամեծ մասնավոր բանկում՝ որպես ավագ փոխնախագահ, և ղեկավարել 200 հիմնական լավագույն հանախորդների հետ հարաբերությունները (ներառյալ՝ հանրային ոլորտի խոշոր ձեռնարկությունների)՝ տրամադրելով մի շարք կառուցվածքային ֆինանսական պրոդուկտներ և ծառայություններ:

Նա նաև աշխատել է Լոնդոնի «Barclays» բանկում՝ Գլոբալ վարկերի և սինդիկացման բաժնում, ինչպես նաև «Ernst & Young» կազմակերպությունում: ՀԲ-ում ղեկավարել է գլոբալ առաջատար ծրագիրը («Առողջապահության ոլորտում հանրային ֆինանսների կառավարում»), որն օգնում է համադրել պատճառահետևանքային կապերը ՀՖԿ-ի, առողջապահության ֆինանսավորման և առողջապահական ծառայությունների մատուցման հետ: Մի քանի երկրներում պիլոտային այս ծրագրերի իրականացումից հետո մշակել է համապատասխան դիագնոստիկ գործիք: Նա հեղինակել է հրատարակել և մասնակցություն է ունեցել տարբեր երկրների ՀՖԿ ասպարեզում մի շարք գեկույցների և հոդվածների պատրաստմանը: Ունի Հնդկաստանի կանոնադրային հաշվապահի որակավորում,

Հնդկաստանի ընկերության ֆարտուղարի որակավորում, ավարտել է Դելիի համալսարանի ասպիրանտուրան և ունի Լոնդոնի տնտեսագիտության դպրոցի դիպլոմ «Միջազգային բանկային գործ» մասնագիտությամբ (Զիվինգի կրթաթոշակատու):

Սարո Ծատուրյանը առողջապահության ոլորտի տնտեսագետ է, ունի 30 տարվա փորձ Հայաստանում և տարածաշրջանի այլ երկրներում առողջապահության ֆինանսավորման և առողջապահական ֆազմակահանության բարեփոխումների ոլորտում: 2012–2016թթ.-ին նա Հայաստանում պետության կողմից ֆինանսավորվող բժշկական ծառայությունների գնումների համար պատասխանատու մարմնի՝ Առողջապահության նախարարության Պետական առողջապահական գործակալության պետն էր, 2001–2012թթ.-ին՝ Հայաստանի առաջատար մասնավոր բժշկական կենտրոններից մեկի՝ «Diagnostica Medical Co.» ընկերության գլխավոր գործադիր տնօրենը: Նա ղեկավարել է նաև մասնավոր բժշկական ապահովագրության ընկերություն և աշխատել է որպես Հայաստանի խորհրդարանի առողջապահության և սոցիալական հարցերի մշտական հանձնաժողովի գլխավոր փորձագետ: 2016 թվականից աշխատել է որպես դոնոր գործակալությունների և այլ միջազգային կազմակերպությունների առողջապահության ֆինանսավորման խորհրդատու: Նա տնտեսագիտության բակալավրի կոչում է ստացել Հայաստանի ժողովրդական տնտեսության ինստիտուտից և հանրային առողջապահության մագիստրոսի կոչում՝ Հայաստանի ամերիկյան համալսարանից:

Մակիչ Խչեյանը տնտեսագետ է և Հայաստանի ֆինանսների նախարարության նախկին պաշտոնյա, ով զբաղվել է պետական ներքին ֆինանսական հսկողության, այդ թվում՝ ՀՖԿ և ներքին աուդիտի մեթոդաբանության մշակմամբ: Ավարտել է Երևանի պետական տնտեսագիտական ինստիտուտի տնտեսական կիբեռնետիկայի բաժինը, Հայաստանի պետական տնտեսագիտական համալսարանում ստացել է տնտեսագիտական գիտությունների թեկնածուի կոչում: Ունի ՀՀ ֆինանսների նախարարության պետական հատվածի ներքին աուդիտի որակավորում:

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

Ա.Ա.Ի	Ազգային առողջապահության ինստիտուտ
Ա.Ա.Պ	Առողջության առաջնային պահպանում
Ա.Ա.Հ	Ավելացված արժեքի հարկ
Ա.ԲՄ	Աուդիտի բարձրագույն մարմին
Ա.ԶԲ	Ասիական զարգացման բանկ
Ա.ՀԱ.	Առողջության համընդհանուր ապահովագրություն
Ա.ՄՆ. ՄԶԳ	ԱՄՆ Միջազգային զարգացման գործակալություն
ԱՆ	Առողջապահության նախարարություն
Ա.ՊՆԾ	Առողջապահական պետական նպատակային ծրագիր
GIZ	Գերմանիայի միջազգային համագործակցության ընկերություն
ԵՄ	Եվրամիություն
ԸՆԾ	Ընտանեկան նպաստի ծրագիր
INTOSAI	Աուդիտի բարձրագույն մարմինների միջազգային կազմակերպություն
IPSAS	Հանրային հատվածի հաշվապահական հաշվառման միջազգային ստանդարտներ
ISSAI	Աուդիտի բարձրագույն մարմինների միջազգային ստանդարտներ
ԾԲ	Ծրագրային բյուջետավորում
ԾՀՖ	Ծրագրի հիման վրա ֆինանսավորում
ԿՀՖ	Կատարողականի հիման վրա ֆինանսավորում
ԿՑ	ՊԾՖՀ ցուցանիշ
ԿՖՎԶ	Կառավարության ֆինանսների վիճակագրության ձեռնարկ
ԿՖԿՏԿ	Կառավարության ֆինանսների կառավարման տեղեկատվական համակարգ
ՀԱ.Ա.	Համապարփակ առողջության ապահովագրություն
ՀԱ.Ե	Համախառն ազգային եկամուտ
ՀՀՀՀԱ	Հայաստանի Հանրապետության հանրային հատվածի հաշվապահական հաշվառման ստանդարտ
ՀԾՓ	Հիմնական ծառայությունների վաթեթ
ՀԿ	Հասարակական կազմակերպություն
ՀՆԱ.	Համախառն ներքին արդյունք
ՀՈԱԿ	Համայնքային ոչ առևտրային կազմակերպություն
ՄԳՀ	Միասնական գանձապետական հաշիվ
ՄԺԾԾ	Միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր
ՄՆԶԻ	Մարդկային ներուժի զարգացման ինդեքս
ՊԱԳ	Պետական առողջապահական գործակալություն
ՊԳՊԿ	Պետական գնումների պայմանագրի կառավարում
ՊԾՖՀ	Պետական ծախսեր և ֆինանսական հաշվետվողականություն
ՊՈԱԿ	Պետական ոչ առևտրային կազմակերպություն
ՀՖԿ	Հանրային ֆինանսների կառավարում
ՏՏ	Տեղեկատվական տեխնոլոգիաներ
ՏԻՄ	Տեղական ինֆրակառավարման մարմիններ
TOD	Գանձապետարանի գործառնական օր
ՖՆ	Ֆինանսների նախարարություն
ՖՀՄՍ	Ֆինանսական հաշվետվությունների միջազգային ստանդարտներ
ՖԿԻՏՀ	Ֆինանսական կառավարման ինտեգրված տեղեկատվական համակարգ

Այս ուսումնասիրությունում կիրառվում է վերընթաց մոտեցում՝ ուղղված ծառայությունների մատուցման մակարդակում ՀՖԿ սահմանափակումների հայտնաբերմանը և արդյունքների վերածմանը ոլորտային առաջարկությունների:

Բյուջեի երջափուլը, ներառյալ բյուջեի ձևավորումը, կատարումը և գնահատումը, ուղիղ ազդեցություն ունի ծառայությունների մատուցման նպատակների վրա: Արդյունավետորեն աշխատող առողջապահական համակարգը պետք է արդյունավետ և արդարացի ձևով մատուցի բարձրորակ ծառայություններ՝ միաժամանակ ապահովելով դերակատարների հաշվետվողականությունը: Հետևաբար, ծառայությունների մատուցման հիմնական նպատակներն են հավասար հասանելիությունը, որակը, արդյունավետությունը և հաշվետվողականությունը: Մատուցողների մատուցման ՀՖԿ սահմանափակումները մեղմացնում են դրանց բացասական հետևանքները՝ ազդելով այդ նպատակների վրա: Սույն զեկույցը հիմնված է FinHealth գործիքակազմի միջոցով բյուջեի երջափուլի վերլուծության վրա, որի նպատակն է պարզել ՀՀ-ում արդյունավետ, որակյալ և հաշվետվողական առողջապահական ծառայությունների հավասար հասանելիությանը խոչընդոտող ՀՖԿ սահմանափակումները:

Հայաստանում բացակայում է առողջապահության ոլորտի համապարփակ ուղղվածություն, որը կկապի առողջապահական համակարգի նպատակները, կառավարումը և ֆողաֆականության լծակները, ներառյալ ՀՖԿ-ն, հաստատված իրավական փաստաթղթում: Առողջապահության ոլորտի 2020-2025թթ ուղղվածության նախագիծը հանրային բնակարանների համար հասանելի էր 2019-ի սեպտեմբերին, սակայն այն դեռևս հաստատված չէ: Կառավարությունն ունի առանձին ուղղությունների ուղղվածություններ, սակայն չկա ընդհանուր առողջապահական համակարգի մակարդակի աշխատանքային երջանակ, որի միջոցով կարող են սահմանվել ծառայությունների մատուցման առաջնահերթությունները, այդ թվում՝ հասանելիության, որակի և արդյունավետության համար, և սահմանվել կարևոր բարեփոխումները: Կառավարության կողմից հաստատված ուղղվածության մեջ այդ նպատակների սահմանումը առաջին հայրն է ծառայությունների մատուցման ՀՖԿ սահմանափակումների վերացման ուղղությամբ:

Թերֆինանսավորվող բյուջետային ծրագրերը, բուժաշխատողների անհավասար բաշխվածությունը և ՏԻՄ-երի սահմանափակ ներգրավումը պլանավորման գործընթացներում բացասաբար են ազդում ծառայությունների հավասար հասանելիության վրա: Հիմնական ծառայությունների փաթեթի ներքո բյուջետային ծրագրերի թերֆինանսավորումը նպաստում է բարձր պատճենական և գրպանից դուրս ոչ պատճենական վնասումներին և խոչընդոտում առաջացնում անհրաժեշտ ծառայություններ ստանալու համար: Երևանից դուրս ցածր աշխատավարձերը սրում են առողջապահության ոլորտի հասանելիության տարածքային անհավասարությունները: Առողջապահության տարածքային մարմինները սահմանափակ դերակատարում ունեն պետական բյուջեի կազմման և հաստատման գործում՝ սահմանափակելով ծառայությունների մատուցման կարիքները լիարժեք արտացոլելու հնարավորությունները:

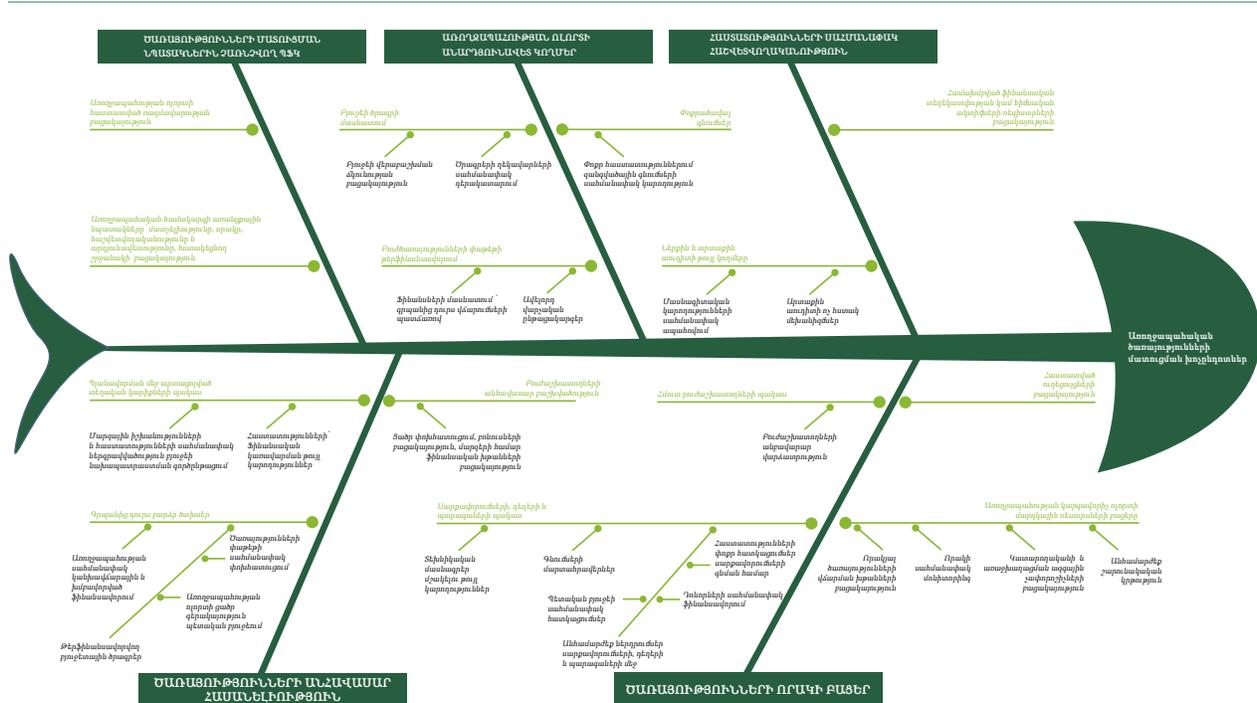
Բյուջետային ծրագրի մասնատվածությունը, փոքրածավալ գնումները և պետական բյուջեից ծառայությունների փաթեթի թերֆինանսավորումը դժվարացնում են առողջապահության արդյունավետ ապահովումը: Բյուջետային ծրագրերի մասնատվածության պատճառով հաստատությունների բյուջեները պարբերաբար վերանայվում են՝ ֆինանսավորումը գործողությունների միջև վերաբաշխելու նպատակով: Փոքրածավալ գնումները, մասնավորապես գյուղական բնակավայրերի առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) հաստատություններում, նշանակում են, որ հաստատությունների բանակցային ներուժը կամ արդյունավետ գնումներ կատարելու ունակությունը փոքր է: Հիմնական ծառայությունների փաթեթի համար պետական բյուջեում ֆինանսավորման բացը վերացնելու նպատակով ներդրված գրպանից դուրս վճարների բարձր մակարդակները անարդյունավետություն են առաջացնում՝ մասնատելով ֆինանսները, լրացուցիչ վարչական ընթացակարգեր պահանջելով և հանգեցնելով հատկացումների մասին ոչ նպատակահարմար որոշումների կայացման:

Մարզերում հմուտ բուժաշխատողների պակասը, առողջապահության կարգավորման համար մարդկային ռեսուրսների հետ կապված բացերը, կապիտալ ներդրումների անբավարար ֆինանսավորումը և գնումների

մարտահրավերները բացասաբար են անդրադառնում ծառայությունների որակի վրա: Մարզերում հնուս բուժաբանության ոլորտի պակասը դժվարացնում է բարձրորակ առողջապահական ծառայությունների մատուցումը: Հանրային առողջապահության ոլորտում գործառույթների բնութագրում, առաջնագրման կամ աշխատանքի գնահատման ազգային ստանդարտների բացակայությունը հանգեցնում է առողջապահությունում մարդկային ռեսուրսների որակի ապահովման կորսված հնարավորությունների: Բյուջեից կապիտալ ճանապարհների անհամարժեք ֆինանսավորումը, ներառյալ ենթակառուցվածքների և սարքավորումների սպասարկման ծախսերը, մասնավորապես մարզերում, ինչպես նաև դեղերի և այլ պարագաների համար համապատասխան տեխնիկական բնութագրեր մշակելու կարողության թերացումը նույնպես բացասաբար են ազդում ծառայությունների մատուցման որակի վրա:

Համախմբված ֆինանսական տեղեկատվության և հիմնական միջոցների գրանցամատյանների բացակայությունը նաև ներքին և արտաքին աուդիտի թույլ կողմերն առաջացնում են հաստատությունների ղեկավարների հաշվետվողականության սահմանափակումներ: Առողջապահության ոլորտում չկան հաստատությունների մակարդակի ֆինանսական տեղեկատվության կամ հիմնական միջոցների գրանցամատյանների համախմբման ոլորտային համակարգեր, որոնք կարող են կիրառվել հաշվապահության և հաշվառման ամբողջականությունն ու ճշտությունը ստուգելու համար: Առողջապահության ոլորտում ներքին և արտաքին աուդիտի համակարգերը թուլանում են սահմանափակ մասնագիտական կարողությունների և առողջապահության ոլորտում արտաքին աուդիտի հստակ սահմանված և համապարփակ մեխանիզմների բացակայության պատճառով:

Առողջապահական ծառայությունների մատուցման համար ՀՖԿ այս խոչընդոտող սահմանափակումներն անփոփոխ են ստորև ներկայացված պատճառահետևանքային կապերի գծապատկերում:



Սույն գեկույցում սահմանվում են այն բարեփոխումները, որոնց համար ԱՆ-ն կարող է ջտաագույլել, ղեկավարել դրանք և իրականացնել կարճաժամկետ կամ միջնաժամկետ հեռանկարում` ստորև ներկայացված աղյուսակում ՀՖԿ սահմանափակումներին անդրադառնալու նպատակով` ՖՆ-ի և այլ գործակալությունների հետ սերտ համագործակցությամբ:

ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆ

**ԻՐԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՎՈՂ
ԺԱՄԱՆԱԿԱԶԱՏՎԱԾ և
ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ**

1. Բարելավել առողջապահության ոլորտի պլանավորումը և պետական ֆինանսավորումը

1.1. Մշակել առողջապահական բարեփոխումների համապարփակ և ծախսակազմված ազգային ռազմավարություն, որը կկապակցի առողջապահական համակարգի կարճաժամկետ, միջնաժամկետ և երկարաժամկետ նպատակները: Ռազմավարությունը պետք է ներառի առողջապահության ոլորտում գործող ազգային ռազմավարական և ծրագրային փաստաթղթերում արտացոլված հիմնական ֆազմակառուցումները և ծրագրերը: Տվյալ ջանքերը պետք է նպաստեն Առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի և միջնաժամկետ ծախսերի համակարգի միջև համապատասխանության մակարդակի բարձրացմանը: Այն նաև պետք է նպաստի կառավարության առողջապահական ֆազմակառուցման և առաջնահերթությունների առավելագույն համապատասխանեցմանը առողջապահական բյուջեի տարեկան ծրագրերի և գործողությունների հետ, այդ թվում՝ վերջնադրույնների համապատասխան ցուցանիշների ապահովման միջոցով:

Կարճաժամկետ ընթացիկ գործողություն

1.2. Ավելացնել առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորման մակարդակը՝ ֆինանսական պահպանվածությունը բարելավելու նպատակով: Առողջապահությունը հասկացվող պետական բյուջեի մասնաբաժինը պետք է կայան սե գրանցի երկարաժամկետ հեռանկարում՝ ենթավարչություն տալով կառավարությանը կատարել համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի ապահովման ուղղությամբ իր պարտավարությունը: Պետական ֆինանսավորման մակարդակի բարձրացումը պետք է ուղեկցվի առողջապահական ծախսերի արդյունավետության բարելավմամբ:

Միջնաժամկետ նախատեսված գործողություն

2. Բարելավել բյուջեի նախապատրաստումը և բյուջեի կատարման մշտադիտարկումը

2.1 Բարելավել առողջապահության ոլորտի բյուջեավորումը՝ ավելացնելով տարածաբաշխային առողջապահական մարմինների և առողջապահական հաստատությունների ներգրավվածությունը: Միջնաժամկետ պլանավորման և ներքինից վերև պլանավորման և բյուջեավորման գործընթացները, որոնցում ներգրավված են առողջապահական հաստատությունները, կօգնեն ապահովել վերջիններիս կարիքների ներառումը բյուջեում՝ Ֆինանսների նախարարություն ներկայացնելու համար: Առանց առաջնահերթությունների սահմանման գործընթացի բարելավման, ծառայությունների պատրաստակառույցում և որակը կրթիկն տեղում՝ չնայած ֆինանսավորման ավելացմանը:

Միջնաժամկետ առաջարկվող գործողություն

2.2 Առողջապահական բյուջեի յուրաքանչյուր ծրագրի համար նախատեսված ծրագրերի ղեկավարներ ԱՆ առանցքային ֆազմակառուցման վարչություններից: Ծրագրային բյուջեավորումը պահանջում է յուրաքանչյուր բյուջեառային ծրագրի իրականացման համար պարտականությունների հստակ բաժանում՝ ծրագրերի նախնական ղեկավարների միջոցով: Սա առանցքային նախնական և ուրիշ առողջապահական բյուջեի ծրագրերի ինչպես ֆինանսական, այնպես էլ ոչ ֆինանսական ցուցանիշների բավարար կատարողականի ապահովման համար:

Միջնաժամկետ առաջարկվող գործողություն

3: Իրականացնել ֆազմակառուցման մարզային բուժաստատություններում աշխատուժի մասնագիտական պակասի վերացման համար և փոխկապակցել կատարողականը և վարձարությունը հանրային առողջապահության ոլորտում

3.1 Իրականացնել պետական բյուջեի նպատակային ծրագրեր՝ մարզային հաստատություններում հմուտ առողջապահական աշխատուժի պակասը վերացնելու համար: Լրացուցիչ բյուջե հատկացնել՝ ֆինանսական խթանների միջոցով բուժաշխատողներին մոտիվացնելու համար համարել մարզերում թափուր աշխատատեղերը, ներառյալ կենցաղային և հարակից ծախսերը հոգալու համար սուբսիդիաները:

Միջնաժամկետ առաջարկվող գործողություն

3.2 Վերանայել օրենսդրությունը, որպեսզի կառավարությունը հնարավորություն ունենա պետական հատվածում իրականացնել բուժաշխատողների կատարողականի և վարձարության միասնական կանոնակարգեր, որոնք կօգնեն բարելավել ծառայությունների մատուցումը և ապահովել աշխատավարձի ավելի մեծ թափանցիկություն և հաշվետվողականություն:

Կարճաժամկետ առաջարկվող գործողություն

4: Առողջապահության ոլորտում գնումների բարելավման համար կիրառել գնումների խմբավորում և կարողությունների զարգացում

4.1 Համախմբել առողջության առաջնային պահպանման օղակի համար դեղերի և բժշկական պարագաների, ինչպես նաև առավել հանրախան օգտագործվող առարկաների գնումը ԱՆ հովանու ներքո գտնվող պետական հաստատությունների կողմից:

Կարճաժամկետ նախատեսվող գործողություն

4.2 Ամրապնդել առողջապահության ոլորտի կարողությունները՝ զարգացնելու հիմնված սեյնիկական մասնագրեր՝ մասնակարգվող ապրանքների և ծառայությունների որակը բարելավելու և բյուջեի միջոցները խնայելու նպատակով:

Միջնաժամկետ առաջարկվող գործողություն

5. Բարելավել պետական ներդրումների կառավարումը՝ ամրապնդելով նոր և առկա ենթակառուցվածքներում պատճան ընտրված կապիտալ ներդրումներ նախապատրաստելու և իրականացնելու կարողությունները

5.1. Առախնամաբար ավելացնել առողջապահության ոլորտի բյուջեում կապիտալ ծախսերի մասնաբաժինը, ներառյալ առկա ենթակառուցվածքների սպասարկման համար հատկացումները: Միջնաժամկետ առաջարկվող գործադրություն

5.2. Ներկայացնել և իրականացնել առողջապահության ոլորտում պետական ներդրումների համար նախագծերի ընտրության հստակ և թափանցիկ չափանիշներ: Կարճաժամկետ առաջարկվող գործադրություն

6. Ամրապնդել առողջապահության ոլորտում ֆինանսական հաշվետվությունների մեխանիզմները

6.1 Իրականացնել կանոնակարգեր և մեխանիզմներ, որոնք ԱՆ-ին հնարավորություն կտան ստանալ և ամփոփել պետական և մասնավոր հաստատություններից ստացվող ֆինանսական ամբողջ տեղեկատվությունը՝ հասկացված բյուջեսային ռեսուրսների և առողջապահական ընդհանուր ծախսերի գնահատումը պարզացնելու համար: Կարճաժամկետ առաջարկվող գործադրություն

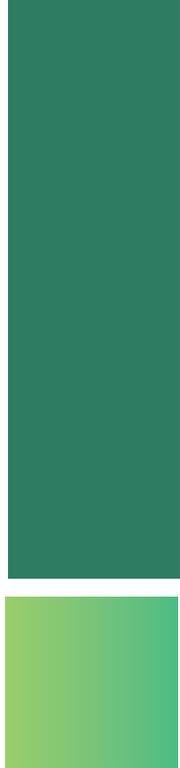
7. Բարելավել և ամրապնդել առողջապահության ոլորտում ներքին և արտաքին աուդիտի մեխանիզմները

7.1 Բարելավել ԱՆ և մարզպետականների ներքին աուդիտի համակարգերի կատարողականը՝ կարողությունների զարգացման և բարեփոխումների միջոցով որակյալ մասնագետներ գրավելու նպատակով: Ապահովել, որ ներքին աուդիտի ստորաբաժանումները ունեն կարողություն և գիտելիքներ՝ առողջապահական ոլորտին հատուկ աուդիտի մեթոդաբանություններ մշակելու և ավելի ֆունկցիոնալ աուդիտներ իրականացնելու համար: Հատուկ ուշադրություն պետք է դարձնել աշխատավարձի աուդիտին, որը կառավարության Հանրային ֆինանսների կառավարման 2019–2023թթ. ռազմավարության բաղադրիչներից մեկն է: Կարճաժամկետ առաջարկվող գործադրություն

7.2 Մշակել սահմանված չափանիշներին համապատասխանող առողջապահական հաստատությունների տարեկան պարտադիր աուդիտի կանխիտ, առողջապահության ոլորտին առնչվող պահանջներ՝ Ազգային ժողովի կազմից նոր հաշվապահական և աուդիտորական օրենսդրության հաստատման և արտաքին աուդիտի որակի նկատմամբ անկախ մասնագիտական և հասարակական վերահսկողության մեխանիզմների ներդրման պայմանով: Միջնաժամկետ ընթացիկ գործադրություն

Նշում. Հանրային ֆինանսների կառավարման և վարչարարության ոլորտում «Կարճաժամկետ» նախահամար է մեկից երկու տարի, «միջնաժամկետ»՝ երեքից հինգ տարի և «երկարաժամկետ»՝ ավելի էան հինգ տարի:





ԳԼՈՒԽ 1 ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1.1 ԶԵԿՈՒՅՑԻ ՆՊԱՏԱԿԸ

Տվյալ գեկույցի նպատակն է գնահատել առողջապահական ծառայությունների մատուցման համար հանրային ֆինանսների կառավարման (ՀՖԿ) խոչընդոտները և հանդես գալ Առողջապահության նախարարության (ԱՆ) և նրա գործընկերների համար առաջարկություններով: Վերջին տասնամյակի ընթացքում զարգացման գործընկերները, ներառյալ՝ Համաշխարհային բանկը, Ասիական զարգացման բանկը (ԱԶԲ), Գերմանիայի միջազգային համագործակցության ընկերությունը (GIZ) և Նվրամիությունը (ՆՄ), աջակցություն են ցուցաբերել Ֆինանսների նախարարությանը (ՖՆ) ՀՖԿ ազգային համակարգերի գնահատում կատարելու և համապատասխանաբար պլանավորված բարեփոխումներ իրականացնելու ուղղությամբ, որոնք միջնաժամկետ կտրվածքով ազդեցություն են ունեցել կառավարման բոլոր մակարդակների բոլոր ոլորտների վրա: ՀՖԿ-ի այս գնահատման մեջ սահմանվում են առողջապահության ոլորտին հատուկ խոչընդոտները և առաջարկվում են գործողություններ, որոնք ԱՆ և մարզային առողջապահական մարմինները կարող են ձեռնարկել:

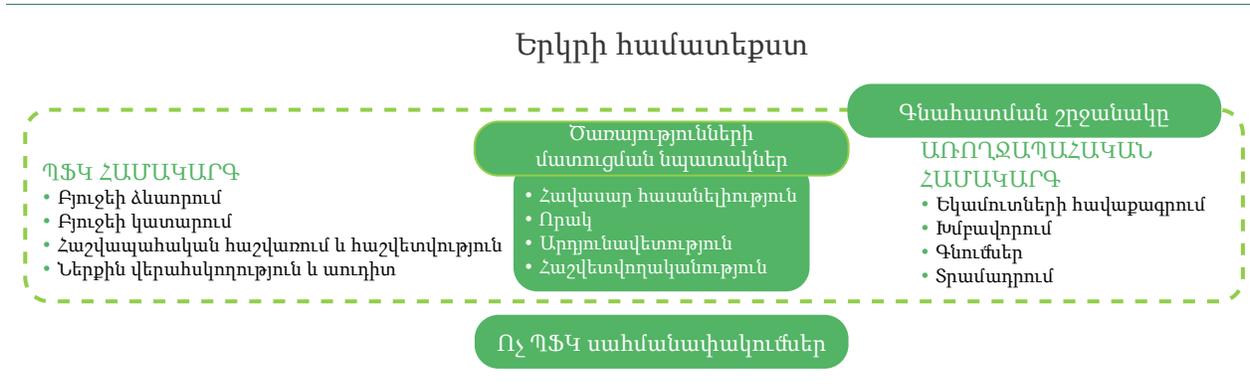
Կառավարությունները կարևոր դերակատարում ունեն երկրները դեպի համընդհանուր առողջապահական ծածկույթ ուղղորդելու գործում: Ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի առաջխաղացումը ներառում է ֆինանսավորման մեխանիզմներ, որոնք թույլ են տալիս ներառել ֆորմալ, ազխատ և ոչ ֆորմալ հատվածը՝ որակյալ առողջապահական ծառայությունների ծածկույթը բարելավելու նպատակով:¹ Մոդելները կարող են տարբերվել՝ առողջապահական ծառայությունների կազմակերպման եղանակի (օրինակ՝ պետական կամ մասնավոր բուժհաստատությունների միջոցով) կամ ֆինանսավորման եղանակի տեսանկյունից (օրինակ՝ ընդհանուր կամ նպատակային հարկային եկամուտների միջոցով): Այնուամենայնիվ, բոլոր հաջող ռազմավարությունները պահանջում են որոշակի հիմնական տարրեր: Պարտադիր կանխավճարը անհրաժեշտ է բավարար միջոցների մոբիլիզացում ապահովելու համար: Այնուհետև առողջապահական ֆինանսների համախմբումը թույլ է տալիս առողջապահական ծախսերի խաչաձև սուբսիդավորում հարուստների և ազխատների, առողջների և հիվանդների, երիտասարդների և ծերերի միջև: Կարևոր է նաև պետական ֆինանսավորման բնույթը: Ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում, որտեղ բնակչության մեծ մասն աշխատում է ոչ

Ֆորմալ հատվածում, ընդհանուր պետական եկամուտներին ապավինելը կարևոր է համընդհանուր առողջապահական ծածկույթի ապահովման համար, քանի որ պաշտոնական աշխատավարձի հաշվին տրամադրվող հարկային բազան կարող է չափազանց նեղ լինել ընդլայնված ծածկույթի ֆինանսավորման համար՝ առանց անկայուն «հարկային սեպ» ստեղծելու:

ՀՖԿ համակարգերը՝ պետական բյուջեների ձևավորման, կատարման և մատուցողական եղանակը, փոխադրում են առողջապահական համակարգի գործառույթների հետ ծառայությունների մատուցման արդյունքների վրա ազդեցություն ունենալու համար: Ծառայությունների մատուցման կարևոր վերջնարդյունքներն են արդյունավետությունը, հավասար հասանելիությունը, որակը և հաշվետվողականությունը: ՀՖԿ համակարգի գործունեությունը և այն կարգավորող կանոնները կարևոր ազդեցություն ունեն առողջապահական համակարգի գործառույթների վրա, այդ թվում՝ համախմբման, գնումների և ծառայությունների մատուցման (Գծագրակերպ 1): Օրինակ՝ բյուջեի ձևավորման ազդում է առողջապահության ոլորտում եկամուտների ստեղծման վրա, ինչը ազդեցություն ունի ծառայությունների որակի համար մարդկային ռեսուրսների ապահովման վրա: ՀՖԿ-ն ազդում է ծառայությունների մատուցման վերջնարդյունքների վրա՝ առողջապահական համակարգի գործառույթների միջոցով: Այս փոխազդեցությունները ՀՖԿ-ի, առողջապահական համակարգերի և ծառայությունների մատուցման վերջնարդյունքների միջև տեղի են ունենում երկրի ավելի լայն համատեքստի սահմաններում, ներառյալ սնունդի, սոցիալական և բազմաբնույթ գործոնները:

Այս ուսումնասիրությունը հիմնված է մի հետազոտության վրա, որտեղ առողջապահության ոլորտում ծառայությունների մատուցման արդյունքների բարելավումը կապակցված է հարկաբյուջեային կայունության, գործառնական արդյունավետության, հարկաբյուջեային թափանցիկության և հաշվետվողականության համակարգերի հետ:² Ապացույցները հաստատում են այն ենթադրությունը, որ կառավարումը կարևոր է առողջապահական ծառայությունների մատուցման գործում հանրային ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման համար:³

ԳԾԱՊԱՏԿԵՐ 1 • Առողջապահական ծառայությունների մատուցման վերջնարդյունքների փոխազդեցությունը հանրային ֆինանսների կառավարման և առողջապահական համակարգերի հետ



Գնահատումը ներառում է մանրամասն վերլուծություն և առաջարկություններ, որոնցից կարող են օգտվել Հայաստանի առողջապահության ոլորտի որոշումներ կայացնողները և շահագրգիռ կողմերը: Բյուջեի ձևավորման և կատարման կարևոր փուլերում առկա խոչընդոտների վերլուծությունը կարող է նաև ամուր հիմք ստեղծել ԱՆ և ՖՆ միջև երկխոսության համար: ՀՖԿ բարեփոխումների նկատմամբ ՖՆ կողմից կիրառվող ավելի լայն մոտեցումը, հավանաբար, ԱՆ-ի առջև լրացուցիչ պահանջներ կդնի. այն է՝ իր բյուջեային առաջարկները հիմնավորել ոլորտի կարիքների ապացուցողական վերլուծության, ծախսակազմված և առաջնահերթ բազմաբնույթ գործոնների կամ ծրագրերի և իրականացման արդյունավետ մեխանիզմների միջոցով:

1.2 ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Գնահատումն իրականացվել է Համաեւրոպային բանկի «FinHealth: ՀՖԿ-ը առողջապահության մեջ գործիքի միջոցով»:^{4,5} Տվյալների հավաքումն ու վերլուծությունն իրականացվել են համապատասխան ֆազակախանության վաստադրերի, վերլուծական զեկույցների և Հայաստանում ՀՖԿ-ի և առողջապահական ծառայությունների մատուցման և ֆինանսավորման վերաբերյալ վիճակագրական տվյալների միջոցով: Այս տեղեկատվությունը վավերացվել է ազգային և տեղական մակարդակներում պետական մարմինների ներկայացուցիչների և առողջապահական ծառայություններ մատուցողների 16 խորհրդի հարցազրույցների միջոցով: Հարցազրույցներն իրականացվել են հայաստանյան համատեմստին հարմարեցված հարցաթերթիկների միջոցով:⁶

Կիրառվել է երկու հարցաթերթիկ՝ մեկը առողջապահական հաստատությունների ղեկավարների, մյուսը՝ ԱՆ, ՖՆ և առողջապահության տարածային մարմինների համար: Հարցաթերթիկներն ընդգրկել են հաստատության կամ համապատասխան ֆազակախանության վարչության վերաբերյալ օժանդակ տեղեկություններ, հաստատության կազմակերպումը և գործունեությունը, աշխատակիցների համալրումը, պլանավորումը և բյուջեի կազմումը, եկամտի աղբյուրները, եկամուտների և ծախսերի կառավարումը, գնումների ընթացակարգերը և սպասարկումը, հաշվետվությունները և ներքին ու արտաքին վերահսկողության մեխանիզմները: Ավելի մեծ հաստատություններում հարցազրույցներ են իրականացվել մեկից ավելի անձանց հետ, իսկ հարցազրույցից հետո էլեկտրոնային փոստով կամ հեռախոսագրով արամադրվել են ֆինանսական կատարողականի կամ անձնակազմի վերաբերյալ որոշ վիճակագրական տվյալներ: Հարցազրույցները տևել են միջինում 1,5-2 ժամ: Հարցազրույցները իրականացվել են չորս մարզերի՝ ներառյալ մայրաքաղաք Երևանի, ուր առողջապահական հաստատությունների ղեկավարների ընտրանքում:

Ընտրանքը նպատակաուղղված ընտրվել է՝ ներառելու առողջապահության համակարգի տարբեր հատվածներ (պետական և մասնավոր հատվածներ, առողջության առաջնային պահպանման և հիվանդանոցների մակարդակներ, Երևանի և մարզային հաստատություններ): Բացի այդ, ուր հարցազրույց է անցկացվել ԱՆ, ՖՆ և մարզային առողջապահական մարմինների ներկայացուցիչների հետ (ՀԱՎԵՎԱԾ Ա.): Հարցազրույցների թեմաները արտածվել և տարբեր տեսանկյուններից համադրվել են ՀՖԿ և առողջապահական համակարգում առկա մարտահրավերների վերաբերյալ փորձագիտական գնահատականների հետ: Նախնական արդյունքները և ֆազակախանության վերաբերյալ առաջարկությունները 2019 թվականի հոկտեմբերի 9-ին Երևանում անցկացված մեկօրյա սեմինարի ընթացքում ներկայացվել են ԱՆ, ՖՆ և այլ համապատասխան գերատեսչությունների շահագրգիռ կողմերի (տես Հավելված Բ): Սեմինարի ընթացքում արտահայտված գաղափարներն ամփոփվել են և արտացոլվել վերջնական զեկույցում:

Զեկույցը կառուցված է հետևյալ կերպ. 2-րդ գլխում ներկայացվում են հիմնական տեղեկություններ Հայաստանի մասին, ամփոփվում է նրա առողջապահական համակարգը և նկարագրվում էրկրում ՀՖԿ պատկերը: 3-րդ գլխում բնութագրվում են ՀՖԿ հիմնական գործառնությունները և դրանց հետևանքները ծառայության մատուցման վերջն արդյունքների համար, որոնց հետ բախվում է Հայաստանը: 4-րդ գլխում վեր են հանվում ՀՖԿ համակարգերի թույլ կողմերը, որոնք առավելագույն ազդեցությունն ունեն բժշկական ծառայությունների հասանելիության, ֆինանսական մատչելիության և որակի վրա, առողջապահության ֆինանսավորման ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործումը և ծառայության վերջնարդյունքների համար հաշվետվողականությունը՝ 2-րդ գլխում արծարծված տեղեկատվության և 3-րդ գլխի վերլուծության վրա: Այն ներառում է ֆազակախանության առաջարկություններ առողջապահական ծառայությունների մատուցման մարտահրավերների հանգեցնող ՀՖԿ համակարգերի թույլ կողմերին անդրադառնալու համար:



ԳՆՈՒՆ 2 ԵՐԿՐԻ ՀԱՄԱՏԵՔԱՏՆ

2.1 ՏՆՏԵՍԱԿԱՆ, ՍՈՑԻԱԼՅԱԿԱՆ և ՔԱՂԱՔԱԿԱՆ ՀԱՄԱՏԵՔԱՏՆ

2.1.1 ԱՇԽԱՐՀԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ և ԲՆԱԿԶՈՒԹՅՈՒՆ

Հայաստանը ցամաքով Երկիր է Հարավային Կովկասում: Գտնվում է Սև և Կասպից ծովերի արևմուտքում,՝ հյուսիսից և արևելքից սահմանակից է Վրաստանին և Ադրբեջանին, հարավից և արևմուտքից՝ Իրանի Իսլամական Հանրապետությանը և Թուրքիային: Հայաստանը փոքր, լեռնային երկիր է, որի 90 տոկոսը գտնվում է ծովի մակերևույթից ավելի քան 1000 մետր բարձրության վրա: Նրա տարածքի մոտ կեսը (47 տոկոսը) գյուղատնտեսական նշանակության հողեր են, 36 տոկոսը՝ լեռներ և բարձրավանդակներ, 11 տոկոսը՝ անտառներ, 6 տոկոսը՝ ջրային մակերես: Երկիրը բաժանված է 10 մարզերի և մայրաքաղաք Երևանի:

Հայաստանի բնակչությունը նվազում է 1990-ականների սկզբից, առաջին հերթին սոցիալ-տնտեսական և ֆազաֆական գործոններով պայմանավորված արտագաղթի արդյունքում: Նկատվել է նաև պտղաբերության մակարդակի կտրուկ անկում, ընդ որում, մեկ կնոջ հաշվով երեխաների թիվը 1990-ի 2.38-ից նվազել է մինչև 1.76 2015թ.-ին՝ (պտղաբերության վերարտադրման ցուցանիշից ցածր): Բնակչության աճի անկումն ավելի մեծ ազդեցություն է ունեցել ֆազաֆային, քան գյուղական բնակավայրերի վրա: 1990-2019 թվականների ընթացքում ֆազաֆային բնակչության տեսակարար կիսը 69.1 տոկոսից նվազել է մինչև 63.9 տոկոսի (Ադյուսակ 1). 2017թ.-ին բնակչության բնական աճի մակարդակը կազմում էր 3,54 մարդ 1000 բնակչի հաշվով, ինչը շատ ավելի ցածր է, քան համաշխարհային միջին ցուցանիշը՝ 11,4: Հայաստանի բնակչությունը նաև ծերացել է. 65 և բարձր տարիքի բնակչության տեսակարար կիսը 1990-ի 5.6% -ից աճել է մինչև 11.3%՝ 2018-ին: Բնակչության ծերացումը կարող է բացասական հետևանքներ ունենալ կառավարության եկամուտների հավաքագրման և առողջապահական ծառայությունների մատուցման կարիքների համար:

նաև 2019 թ.-ին. 2019 թ.-ի առաջին կիսամյակում, ՀՆԱ-ն տարեկան աճը կազմեց 6.8 տոկոս: COVID-19 համավարակի և ապրանքների գների աճի արդյունքում 2020 թվականի կանխատեսումները իջել են 2.8 տոկոսի կրճատման: Տնտեսական աճը կանխատեսվում է վերականգնել միջնաժամկետ հեռանկարում՝ մինչև մոտ 4,9 տոկոս 2021–22 թվականներին, երբ կայունացնեն արտաքին պայմանները:⁹

Քանի որ 2016-ին դեֆիցիտը հասավ ՀՆԱ-ի 5,5 տոկոսի և երկիրը խախտեց հարկաբյուջետային կանոններով սահմանված պարտի շեմը, իշխանությունները սկսեցին համախմբման հավակնոտ ջանքեր: Բյուջեի պակասուրդը 2017-ին նվազեցվեց մինչև ՀՆԱ-ի 4.8 տոկոս, իսկ 2018-ին՝ ՀՆԱ-ի 1.6 տոկոս: Համախմբումն արտացոլում է եկամուտների հավաքագրման կայուն առաջընթացը հարկային բաղադրամասերի, հարկային վարչարարության կատարելագործման և ընթացիկ ծախսերի վերահսկողության, ինչպես նաև կապիտալ ծախսերի զգալի քերակատարման արդյունքում:¹⁰ Եկամուտների համար նպաստավոր էին բեռնաթմբի, դիզելային վառելիքի և սեղմված գազի ավելի բարձր ակցիզային հարկերը, ավելացված արժեքի հարկի (ԱԱՀ) կառավարման նոր համակարգի ներդրումը և 2018-ի բաղադրամասի փոփոխություններին հաջորդող հարկային պարտավորությունների կատարման նկատմամբ ավելի հստակ ուժեղացումը: Բյուջեն զգալիորեն գերակատարվել է 2019-ի առաջին կիսամյակում՝ գրանցելով տարեկան ՀՆԱ-ի մոտ 1,9 տոկոսի չափով ավելցուկ՝ ՀՆԱ-ի 1,2 տոկոսի պլանավորված պակասուրդի փոխարեն: Հարկաբյուջետային հաշիվների բարելավումը հանգեցրեց կառավարության պարտի մակարդակի կայունացմանը. պարտը նվազեց մինչև ՀՆԱ-ի մոտ 56 տոկոսը մինչև 2018 թ-ի վերջը, ինչը ցածր է նախորդ տարվա ՀՆԱ-ի գրեթե 59 տոկոսից:

2.2 ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՈՂՈՐՏ

2.2.1 ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ

Առողջության հիմնական ցուցանիշների առումով Հայաստանը բավարար կատարողական ունի: 2018 թվականին կյանքի միջին տևողությունը ծննդյան պահին 75.9 էր: Այս մակարդակը համեմատելի է Եվրոպայում և Կենտրոնական Ասիայում և միջինից բարձր եկամուտ ունեցող երկրների միջին մակարդակի հետ, չնայած Հայաստանում աղիտության մակարդակը ավելի բարձր է, իսկ առողջապահության ոլորտի պետական ծախսերի մակարդակը՝ ավելի ցածր: Նորածնային մահացության մակարդակը (մահացությունը կյանքի առաջին տարում՝ 1000 կենդանի ծնունդների հաշվով) 2019թ.-ին կազմել է 6.07, 2010-ի 11.44-ի համեմատությամբ: Հայաստանում մայրական մահացության ցուցանիշը կազմել է 26՝ 100,000 կենդանի ծնունդների հաշվով, ըստ որի Հայաստանը առաջ է բարձր միջին եկամուտ ունեցող երկրների միջին ցուցանիշից (59):¹¹ Հայաստանը հատկապես տուժեց COVID-19 համավարակից: Առաջին դեպքը գրանցվեց է 2020 թ. մարտի 1-ին: Հուլիսի 26-ի դրությամբ Հայաստանում գրանցել էր 1,262 դեպք 100,000 բնակչի հաշվով, ինչը բարձր է Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության Եվրոպայի տարածաշրջանում միջին ցուցանիշից՝ 347:¹²

Հայաստանում մահացության հիմնական պատճառները ոչ վարակիչ հիվանդություններն են: 1990-2019 թվականներին մահացության պատճառների մեջ վարակիչ հիվանդությունները մասնաբաժինը 57 տոկոսով նվազել է, իսկ նորագոյացություններից (ուռուցքներից) և էնդոկրին և նյութափոխանակության հիվանդություններից մահացությունը գրեթե կրկնապատկվել է (Աղյուսակ 2): Ընդհանուր մահացությունը 100,000 բնակչի հաշվով աճել է 42.5%-ով՝ 620,4-ից 1990 թվականին մինչև 883.9՝ 2019 թվականին: Հայաստանում մահացության երկու հիմնական պատճառներն են սրտանոթային հիվանդություններն ու նորագոյացությունները, որոնք միասին կազմում են երկրում ընդհանուր մահացության 74.7 տոկոսը (Գծապատկեր 2):

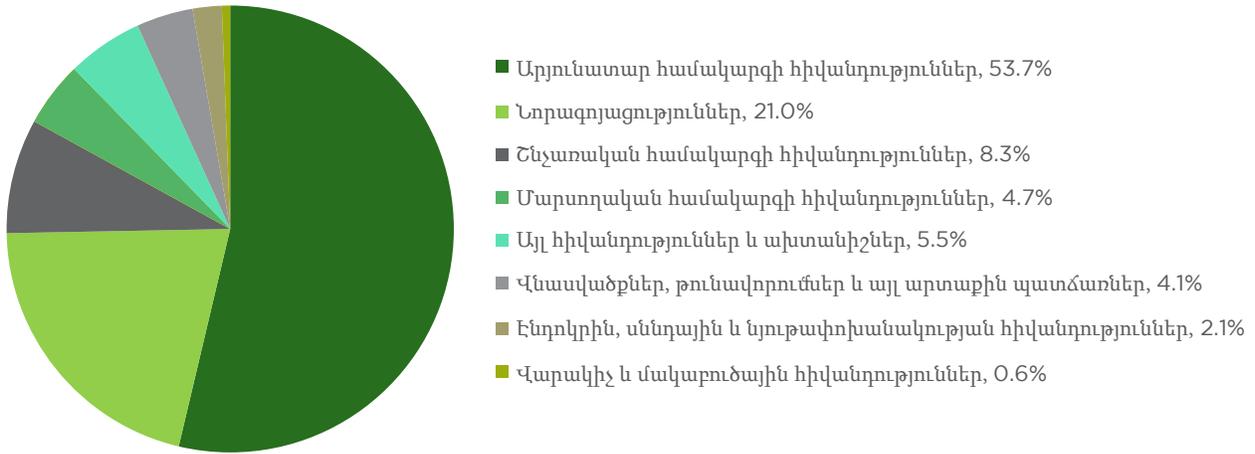
ԱՂՅՈՒՍԱԿ 2 • Հայաստանում մահացության հիմնական պատճառները, 1990–2019 թթ. (մահեր 100,000 մարդու հաշվով)

ՄԱՀԱՑՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏՃԱՌ	1990	2000	2010	2019
Վարակիչ և մակարոնալիան հիվանդություններ	13.0	7.5	9.3	5.6
Նորագոյացություններ	99.9	104.3	169.4	185.2
Էնդոկրին, սննդային և նյութափոխանակության հիվանդություններ	15.9	34.8	44.4	18.3
Արյունատար համակարգի հիվանդություններ	305.9	347.1	419.4	474.9
Շնչառական համակարգի հիվանդություններ	50.3	37.2	50.8	73.2
Մարսողական համակարգի հիվանդություններ	21.1	20.6	49.8	41.7
Վնասվածքներ բռնավորումներ և այլ արտաբն պատճառներ	55.6	29.0	38.4	36.4
Այլ հիվանդություններ և ախտահիււներ	58.7	51.3	76.0	48.6
ԸՆԴԱՄԵՆԸ	620.4	631.8	857.5	883.9

Աղբյուրը՝ Առողջապահության նախարարություն



ԳԾԱՊԱՏԿԵՒ 2 • Հայաստանում մահացության հիմնական պատճառները, 2019թ.



Աղբյուրը՝ Առողջապահության նախարարություն.

2.2.2 ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԸ և ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՏՈՒՑՈՒՄԸ

Կառավարության առողջապահության ոլորտի բաղաձայնության հիմնական նպատակներն են բնակչության առողջական վիճակի բարելավումը և առողջապահական ծառայությունների ֆինանսական մատչելիության և որակի բարձրացումը:¹³ Երկրում հիվանդությունների բեռի ամենամեծ մասնաբաժինն ընկնում է ոչ վարակիչ հիվանդություններին, որոնց աճի միտում է գրանցվում: 1990թ.-ին դրանք կազմել են ըստ հաճախության հեզգրոված կյանքի տարիների 61 տոկոսը, իսկ 2016-ին՝ 84 տոկոսը:¹⁴ Բնակչության ծերացումը կարող է էապես մեծացնել այս բեռը, հատկապես կանխարգելման և կառավարման ավելի ամուր առողջապահական համակարգերի բացակայության պայմաններում: Չնայած մինչև 2030 թվականը կանխատեսվում է ընդհանուր բնակչության փոքր-ինչ նվազում, նախատեսվում է, որ 65 և բարձր տարիքի անձանց մասնաբաժինը մինչև 2030 թվականը բնակչության 10 տոկոսից կհասնի գրեթե 20 տոկոսի:¹⁵ Առողջապահության մատչելիության և որակի ապահովումը կարող է բարելավել առողջապահական ծառայությունների սպառումը՝ դրանով իսկ բարելավելով բնակչության առողջությունը:

Վերջին մի քանի տասնամյակների ընթացքում Հայաստանում փոխվել է բժշկական ծառայությունների սպառումը: Առողջապահական ծառայությունների սպառումը 1990-ականների սկզբին անկում ապրեց՝ ազատության բարձր մակարդակի և պետական բյուջեի կողմից առողջապահական համակարգի թերֆինանսավորման պատճառով: Միտումը փոխվեց 2000-ականների կեսերից, երբ որոշակի կայունացումից հետո բնակչության սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակի բարելավման և առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման արդյունքում ծառայությունների սպառումն աստիճանաբար աճեց: 1990 թ.ից մինչև 2019թ.ը հասպիտակացումների միջին թիվը 100 մարդու հաշվով աճել է 13.3-ից 14.7, իսկ առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) տարեկան այցելությունների միջին քանակը մեկ անձի հաշվով նվազել է 7.9 – ից կազմելով 4.2 (Աղյուսակ 3): Տարեկան 4 ամբուլատոր այցի և 100 դուրսգրումների հաշվով սուր դեպքերի 12 դուրսգրման ցուցանիշով, Հայաստանի առողջապահական ծառայությունների սպառման միջոցառումների ցուցանիշը նույնպես շատ ավելի ցածր է, քան համեմատելի երկրներում, որտեղ գրանցվում է տարեկան միջինում 8 ամբուլատոր այց և 15 սուր դեպքի դուրսգրում՝ միջինում տարեկան մոտ 100 դուրսգրումների կարվածքով:¹⁶

ԱՂՅՈՒՍԱԿ 3 • Հայաստանում առողջապահական ռեսուրսների օգտագործումը. 1990–2019

ՑՈՒՑԱՆԻՇ	1990	2000	2010	2019
100 անձի հաշվով հոսպիտալացումների միջին թիվը	13.3	5.8 ^a	10.6	14.7
Ա.Ա.Պ հաստատություն այցելությունների տարեկան թիվը (հզ.)	27,930	7,804	11,596	12,434
Ա.Ա.Պ հաստատություն այցելությունների տարեկան միջին թիվը մեկ անձի հաշվով	7.9	2.4	3.8	4.2

*Աղբյուրը՝ Առողջապահության նախարարություն
Նշում՝ տվյալները ներկայացված են 2001 թ. համար.*

Հայաստանը հորիզոնային Միությունից ժառանգել էր ամբողջությամբ պետական բյուջեից ֆինանսավորվող առողջապահության ընդարձակ և անարդյունավետ ենթակառուցվածքներ: «Սենսեկոյի սեխ» կենտրոնացված առողջապահական համակարգը սպասելու էր ծառայությունների լայն շարքի համընդհանուր հասանելիություն, մեծապես շեշտադրելով երկրորդային և երրորդային մակարդակների բուժօգնությունը:¹⁷ Կառավարությունը բարեփոխեց Ա.Ա.Պ ցանցը և օպտիմալացրեց հիվանդանոցային ցանցը: 1990-ից 2019 թվականների ընթացքում հիվանդանոցային մահակալների ընդհանուր թիվը կրճատվել է 61.3 տոկոսով, հիվանդանոցների քանակը կրճատվել է մոտ 30 տոկոսով, իսկ Ա.Ա.Պ հաստատությունների քանակը մնացել է համեմատաբար կայուն (Աղյուսակ 4): Երևանում իրականացվող սելվակալաբուժության ծրագիրը կանխեց ծառայությունների համախմբումը:¹⁸ Մինչև 2015 թվականը մայրաքաղաքում ուներ 73,4 մահակալ 10,000 բնակչության կտրվածքով, ինչը բարձր էր Եվրամիության երկրների միջին ցուցանիշից, որը կազմում է 51 մահակալ 10,000 բնակչության կտրվածքով:^{19,20}

ԱՂՅՈՒՍԱԿ 4 • Հայաստանի առողջապահական համակարգի ռեսուրսները, 1990–2019 թթ.

ՌԵՍՈՒՐՍԻ ՏԵՍԱԿԸ	1990	2000	2010	2019
Հիվանդանոցներ	180	146	130	125
Հիվանդանոցային մահակալներ (հզ.)	30.5	20.8	12.2	11.8
Հիվանդանոցային մահակալներ 10,000 բնակչության հաշվով	86.8	64.5	39.9	39.8
Առողջության առաջնային պահպանման հաստատություններ	529	503	504	494

Աղբյուրը՝ Առողջապահության նախարարություն

Հայաստանում Ա.Ա.Պ և հիվանդանոցային ծառայությունների ֆիզիկական հասանելիությունը համարժեք է, սակայն ֆինանսական մատչելիությունը մնում է խոչընդոտ, և ոչ բոլոր հայաստացիների համար են ֆիզիկապես հասանելի դեղատները: 2018-ի կենսապայմանների ինտեգրված հետազոտության ընթացքում գյուղական տնային տնտեսությունների 97 տոկոսը հայտնել է, որ մոտակա Ա.Ա.Պ հաստատությունը գտնվում է իրենց բնակավայրից 3 կիլոմետր հեռավորության վրա (տե՛ս հավելված C): Հետազոտության ընթացքում գնահատվել է նաև դեղատների ֆիզիկական հասանելիությունը: Գյուղական տնային տնտեսությունների շրջանում 54 տոկոսը հայտնել է, որ մոտակա դեղատունը գտնվում է իրենց բնակավայրից 3 կիլոմետր հեռավորության վրա, 24 տոկոսը հայտնել է, որ հեռավորությունը մոտակա դեղատնից ավելի է քան 10 կիլոմետր է (տե՛ս Հավելված Գ): Այս ուսումնասիրության համար հարցաբույժի մասնակցած առողջապահական հաստատությունների դեկլարացիաները հայտնել են, որ միջին հեռավորությունը, որը պահանջները պետք է անցնեն մոտակա տարածքային առողջապահական հաստատությունում ամբուլատոր ծառայություններ ստանալու համար, կազմում է 3-5 կիլոմետր:

Ֆինանսական խոչընդոտներն ու բուժօգնության որակի բացերը առողջապահական ծառայությունների հասանելիության խոչընդոտներ են հանդիսանում: Հարցին, թե ինչն է ԱԱՊ հաստատություններ չայցելելու պատճառը, հարցվածների 56 տոկոսը որպես հիմնական պատճառ նշել է ինֆրաբուժումը, իսկ 17 տոկոսը՝ ֆինանսական միջոցների պակասը: Ի հակադրություն, հարցվածներից ոչ մեկը չի նշել հեռավորությունը: Ֆինանսական խոչընդոտները ԱԱՊ մակարդակում առողջապահական ծառայությունների թերօգտագործման հանախակախությունը երկրորդ պատճառն են (Աղյուսակ 5): Այս արդյունքները հաստատվում են ինչպես առողջապահական հաստատությունների ղեկավարների, այնպես էլ առողջապահական մարմինների ներկայացուցիչների հետ հարցազրույցներից ստացված տեղեկատվության միջոցով, ովքեր նշել են, որ ֆինանսական խոչընդոտները սահմանափակում են առողջապահության հասանելիությունը բնակչության առնվազն 30 տոկոսի համար:

ԱՂՅՈՒՍԱԿ 5 • Հայաստանում ԱԱՊ հաստատություն չայցելելու հիմնական պատճառները ըստ տեղանքի (տոկոս), 2018թ.

ԱԱՊ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆ ՉԱՅՑԵԼԵԼՈՒ ՊԱՏՃԱՌԸ	ԸՆԴՈՒՄԵՆԸ	Երեւան	ԱՅԼ ՔԱՂԱՔՆԵՐ	ԳՅՈՒՂԱԿԱՆ
Ինֆրաբուժում	56.3	62.2	56.2	47.2
Ֆինանսների բացակայություն	17	11	20.3	22.8
Հեռավորություն	0	0	0	0
Խնդիրը լուրջ չէր	12.5	11.9	12.3	13.7
Օգնության կարիք չկար	7.7	6.9	6.2	10.6
Ընկերը կամ հարազատը բժիշկ է	3.2	3	3	3.8
Այլ	3.2	3	3	3.8
ԸՆԴՈՒՄԵՆԸ	100	100	100	100

Աղբյուրը՝ ՀՀ Ազգային վիճակագրական ծառայություն

2.2.3 ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՈՂՈՐՏԻ ԻՐԱՎԱԿԱՆ և ԿԱՆՈՆԱԿԱՐԳԻԶ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐԸ

1996 թ. ընդունված «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքը նախատեսում է հիմնական իրավական դրույթները, որոնք կարգավորում են Հայաստանում բժշկական օգնության մատուցման և կարգավորման գործընթացը: Մի ֆանի այլ օրենքներ և օրենսդրական ակտեր, ինչպիսիք են Քաղաքացիական օրենսգրքը, Հարկային օրենսգրքը և «Լիցենզավորման մասին» օրենքը, նույնպես առնչվում են առողջապահության ոլորտին: Այս օրենքները կարգավորում են առողջապահության ոլորտի կազմակերպումն ու կառավարումը, ինչպես նաև բժշկական ծառայությունների մատուցումը: Կառավարությունը մշակել է նաև տուբերկուլյոզի, ՄԻԱՎ / ՁԻԱՀ-ի, ինչպես նաև մոր և մանկան առողջության վերաբերյալ առողջապահական ռազմավարություններ և ծրագրային փաստաթղթեր, որոնք սովորաբար ուժի մեջ են հիմք տարի ժամկետով և պարբերաբար թարմացվում են Առողջապահության նախարարության (ԱՆ) կողմից: Առողջապահության ոլորտում կառավարության ֆազաֆակախության գերակայությունները նկարագրված են Առողջապահության նախարարության կողմից մշակվող ամենամյա Առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերում (ԱՊՆԿ): Կառավարության կողմից հաստատումից հետո վերջիններս ներկայացվում են Հայաստանի Ազգային ժողով՝ որպես պետական բյուջետային ուղերձի նախագծի մաս (տես Հավելված Դ):

2.2.4 ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՈՂՈՐՏԻ ԻՆՍՏԻՏՈՒՑԻՈՆԱԿԱՆ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐԸ

ԱՆ-ը պատասխանատու է առողջապահական ֆառմակազմային մեակման և իրականացման համար: Այն մեակում է առողջապահական օբյեկտներ, ֆառմակազմային, ծրագրերի և ռազմավարության նախագծեր և դրանք ներկայացնում կառավարության հաստատմանը: Այն նաև հաստատում է հատուկ կանոնակարգեր, ինչպիսիք են ծառայությունների մատուցման չափորոշիչները, գործելակարգերը և ուղեցույցները: Այն իրականացնում է իր կարգավորիչ գործառնությունները՝ լիցենզավորելով առողջապահական ծառայություններ մատուցող ընկերություններին: ՀՀ ԱՆ-ն նաև հանդես է գալիս որպես բյուջեից ֆինանսավորում ստացող, Հիմնական ծառայությունների փաթեթում (ՀՄՓ) ներառված բժշկական ծառայությունների միակ գնորդ՝ շուրջ 500 պետական և մասնավոր բուժօգնությունների հետ Պետական առողջապահական գործակալության (ՊԱԳ) միջոցով պայմանագիր կնքելու միջոցով: Այն ուղղակիորեն ղեկավարում է շուրջ 16 առողջապահական հաստատություններ և կազմակերպություններ, որոնցից մի քանիսը բազմապրոֆիլ կամ մասնագիտացված բժշկական կենտրոններ են:

Մարզպետարանների առողջապահության վարչությունները և տեղական (համայնային) իշխանությունները ղեկավարում են Հայաստանի պետական առողջապահական հաստատությունների մեծ մասը, ներառյալ մարզային հիվանդանոցները, ֆառմային պոլիկլինիկաները և գյուղական ԱԱՊ կենտրոնները: Նրանք նշանակում են հաստատությունների ղեկավարներին, հաստատում են հաստատությունների բյուջեները և վերահսկում դրանց կատարումը: Նրանք նաև կայացնում են կառավարման կարևոր որոշումներ, այդ թվում՝ անձնակազմի կառավարման, գնումների և ծառայությունների ցանկի թարմացման հետ կապված: Այնուամենայնիվ, ոչ մարզային, ոչ էլ տեղական իշխանությունները անմիջական մասնակցություն չունեն իրենց իրավասության ներքո գտնվող առողջապահական հաստատությունների բյուջետավորմանը կամ պետական ֆինանսավորմանը ազգային մակարդակում, քանի որ այդ գործառնություններն իրականացվում են կենտրոնացված՝ ԱՆ Պետական առողջապահական գործակալության միջոցով: Հայաստանի ստոնատուղիական կլինիկաների մեծ մասը և Երևանի ամենամեծ բազմապրոֆիլ հիվանդանոցներից մի քանիսը մասնավոր են: Առողջապահական ծառայությունների մատուցման մնացած համակարգը, հատկապես մարզերում, պետական սեփականություն է՝ համապատասխան կառավարմամբ: 2017 թ.-ին ամբողջ մարզային սեփականության շուրջ երեք քառորդը աշխատում էր պետական սեփականություն հանդիսացող առողջապահական հաստատություններում, որոնք նաև ներառում էին երկրի հիվանդանոցային մահակալային ֆունկցիոնալի քան երկու երրորդը (տես Հավելված Ե):

2.2.5 ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԵՎ ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐԻ ԽՄԲԱՎՈՐՄԱՆ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐԸ

Առողջապահական ցածր պետական ծախսերը մարտահրավեր են Հայաստանում առողջապահության հասանելիության բարելավման համար: Հայաստանում առողջապահական ընդհանուր ծախսերը բարձր են: 2018 թ.-ին դրանք կազմել են ՀՆԱ-ի 10 տոկոսը և \$ 420 մեկ շնչի հաշվով: Այնուամենայնիվ, առողջապահության պետական ֆինանսավորումը առողջապահական ընդհանուր ծախսերի տոկոսային արտահայտությամբ ամենացածրերից է՝ 13% 2018 թվականին: Հիմնականում գրպանից դուրս ծախսերից բաղկացած առողջապահական մասնավոր ծախսերը կազմում են ընթացիկ առողջապահական ծախսերի 86 տոկոսը (Աղյուսակ 6):^{21,22} Ֆինանսական պաշտպանվածությունը առողջապահական ծախսերի նկատմամբ մնում է թույլ: ԱՆ-ն և դրանք կազմակերպությունները առաջարկել են առողջապահական հարկեր սահմանել ծխախոտային արտադրանքի, ալկոհոլի և շաքար պարունակող ըմպելիքների նկատմամբ, սակայն կառավարությունը մերժեց դրանք՝ այն կռու բաղադրիչի պատճառով, որը դրանք ենթադրաբար կմտցնեին բյուջետային գործընթացի մեջ: Առողջապահության ֆինանսավորման բարելավումներն անհրաժեշտ են կանխավճարային եկամուտների մասնաբաժինը մեծացնելու, գրպանից դուրս վճարումները կրճատելու և առողջապահական ծառայությունների հասանելիությունը բարելավելու համար:

ԱՂՅՈՒՍԱԿ 6 • Առողջապահության ֆինանսավորման աղբյուրները Հայաստանում, 2016–2018 թթ.

ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԱՂՔՅՈՒՐԸ	2016		2017		2018	
	ԳՈՒՄԱՐԸ (ՄՂՆ. ԴԴԱՄ)	ՏՈԿՈՍՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐԻ ՄԵՋ	ԳՈՒՄԱՐԸ (ՄՂՆ. ԴԴԱՄ)	ՏՈԿՈՍՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐԻ ՄԵՋ	ԳՈՒՄԱՐԸ (ՄՂՆ. ԴԴԱՄ)	ՏՈԿՈՍՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐԻ ՄԵՋ
Պետական հատված	87,930.9	17.4	81,490.0	14.1	78,864.3	13.1
Մնացած աշխարհը	409,866.3	81.3	490,736.3	85.1	518,691.9	86.2
Մնացյան աշխարհ	6,512.3	1.3	4,405.6	0.8	4,334.2	0.7
ԸՆԴԱՄԵՆԸ	504,309.5	100.0	576,631.9	100.0	601,890.5	100.0

Աղբյուրը՝ Առողջապահության նախարարություն

Կառավարությունն օգտագործում է ընդհանուր հարկումից ստացված պետական ռեսուրսները՝ բուժօգնությունների հետ պայմանագրերի կնքման միջոցով մի քանի ծառայություններ, այդ թվում՝ ԱԱՊ և անհետաձգելի բուժօգնություն Հայաստանի բոլոր քաղաքացիների համար ֆինանսավորելու համար: ՀԾՓ-ը ներառում է մի քանի «ուղղահայաց» առողջապահական ծրագրեր, որոնք տրամադրում են անվճար, պետական ֆինանսավորմամբ իրականացվող բժշկական ծառայություններ Հայաստանի բոլոր քաղաքացիների համար՝ որոշակի ծառայությունների համար: Այն ընդգրկում է ԱԱՊ ծառայությունները, անհետաձգելի բուժօգնությունը; ՄԻԱՎ / ՁԻԱՀ-ի, տուբերկուլյոզի և քաղցկեղի բուժումը, և մոր և մանկան առողջության պահպանումը: Բնակչության սոցիալապես անապահով և այլ հատուկ կատեգորիաների համար պետական ֆինանսավորումը նաև ընդգրկում է հիվանդանոցային ծառայությունների մեծ մասը՝ որոշ բացառություններով: ՀԾՓ- ի ներքին հիվանդանոցային բուժօգնության իրավունակ են համարվում անձանց տասնինը կատեգորիաներ, այդ թվում՝ հաշմանդամություն ունեցող անձինք, մինչև 18 տարեկան երեխաները, հղի կանայք և Ընտանեկան նպաստի ծրագրում (ԸՆԾ) ընդգրկված անձինք:

Առողջության ապահովագրությունը բավարար չափով զարգացած չէ, իսկ առողջության ռիսկերի համախմբումը մասնատված է: Հայաստանը չունի առողջապահության ոլորտի պարտադիր, կանխավճարային և նպատակային միջոցների խմբավորման համակարգ: Կամավոր բժշկական ապահովագրության հիմնադրամները գործատուների կողմից սուբսիդավորված պիտանների միջոցով ունեն շատ սահմանափակ ծածկույթ (բնակչության 2 տոկոսից պակաս) և կազմում են ընդհանուր առողջապահական ծախսերի միայն 1.2 տոկոսը: Գրպանից դուրս վճարներից ստացված ռեսուրսները, որոնք կազմում են ընդհանուր առողջապահական ծախսերի մոտ 84 տոկոսը, բնույթով համախմբված չեն՝ հանգեցնելով գնումների անարդյունավետության: Նույնիսկ ՀԾՓ- ի քաղաքական տարբեր խմբերի ծախսերի համար սահմանված են սահմանաչափեր, և առկա են խմբերի միջև վերաբաշխման սահմանափակումներ:

Գրպանից դուրս վճարումները շարունակում են բացասաբար ազդել պացիենտների ֆինանսական պաշտպանվածության վրա, ինչը հանգեցնում է աղետալի առողջապահական ծախսերի բարձր մակարդակի: Գրպանից դուրս ծախսերի կիմնական դրդապատճառներն են ոչ ֆորմալ վճարումները, վաթեթում ներառված որոշ ծառայությունների համար համավճարները և որոշակի քանակ ծառայությունների բացակայությունը ՀԾՓ ծածկույթում: Հայաստանում աղետալի առողջապահական ծախսերի դեպքերը մեծ են. բնակչության 16 տոկոսը տնային տնտեսությունների ծախսերի ավելի քան 10 տոկոսը առողջության վրա է ծախսում:²³ ՀԾՓ-ի քաղաքականներում ծառայությունների անբավարար պետական ֆինանսավորումը նպաստում է պետական ֆինանսավորմամբ ծառայությունների, հատկապես հիվանդանոցային բուժօգնության փոխհատուցման ցածր տոկոսադրույքներին, ինչը հանգեցնում է ֆինանսական ռիսկերի ցածր պաշտպանության և Հայաստանում բժշկական օգնության որակի և հասանելիության բացերի: 2019 թ.-ին շահառուների որոշակի կատեգորիաների համար ՀԾՓ գնացուցակները վերանայվել են՝ փոխհատուցման սակագները բարելավելու և մատակարարների համար ոչ ֆորմալ համավճարներ հավաքագրելու խթանը նվազեցնելու նպատակով:

1990-ականների վերջերից Հայաստանն իրականացրել է առողջապահության ֆինանսավորման բարեփոխումներ՝ ուղղված առողջապահական ծախսերի արդյունավետության բարձրացմանը: Խորհրդային Միությունից անկախացումից հետո, 1991 թ.-ին, Հայաստանը ֆինանսավորում էր իր առողջապահական համակարգը ըստ պետական բյուջեի հոդվածների: 1997 թվականի հուլիսի 1-ին, կառավարության որոշմամբ, Հայաստանը ներդրեց առաջին ՀՄՓ-ն: Բյուջեի հոդվածների հիման վրա բյուջետավորումը և պահպանման ծախսերի ուղղակի ֆինանսավորումը փոխարինվեցին ծառայությունների գնումներով՝ առողջապահական հաստատությունների արդյունքների վրա հիմնված ֆինանսավորմամբ: Առողջապահության ֆինանսավորման բարեփոխումների հաջորդ առանցքային փուլը ՊԱԳ-ի ստեղծումն էր որպես անկախ պետական մարմին, որը պատասխանատու էր Հայաստանում պետության կողմից ֆինանսավորվող առողջապահական ծառայությունների գնման համար: Գործակալությունը լիարժեք սկսել է գործել 1999 թ. Հունվարի 1-ից: 1997 - 2001 թվականների ընթացքում ՊԱԳ-ը ուղղակիորեն ենթարկվում էր կառավարությանը և գործում էր ՀՀ ԱՆ-ից անկախ: 2002 թ.-ին այն դարձավ ԱՆ կառուցվածքի մաս և 2011 թ.-ին ԱՆ-ն սկսեց ուղիղ պայմանագրեր կնքել բուժհաստատությունների հետ: Այդ ժամանակից ի վեր, ՊԱԳ-ը նախապատրաստում է բուժօգնությունների հետ կնքվելիք պայմանագրերը, իրականացնում է բյուջեից միջոցների հատկացումը և հաշվետվությունների մշակումը, և իրականացնում է ստուգումներ: Գնման բոլոր հիմնական որոշումները, ներառյալ մատակարարների հետ պայմանագրերի կնքումը, կայացնում է ԱՆ-ն:²⁴

ԱՆ-ը ՀՄՓ ծառայությունների մատուցման պայմանագրեր է կնքում պետական և մասնավոր առողջապահական հաստատությունների հետ նույն օրենսդրության շրջանակներում: 2019-ին պայմանագրեր են կնքվել 469 առողջապահական հաստատությունների հետ, որոնցից 403-ը՝ պետական, 66-ը՝ մասնավոր: Պայմանագրի կնքած բոլոր հաստատությունների շուրջ 54 տոկոսը ԱԱՊ ծառայություն մատուցողներ են (տես Հավելված Ե): ՀՀ ԱՆ-ի կողմից լիցենզավորված գրեթե բոլոր ստացիոնար բուժհաստատությունները, ունեն պայմանագրեր ՀՄՓ-ի շրջանակներում բյուջեով ֆինանսավորվող ծառայություններ մատուցելու համար: Բուժծառայություններ մատուցող հաստատությունները, որոնք չունեն պայմանագրի ԱՆ-ի հետ և չեն ֆինանսավորվում պետական բյուջեից, հիմնականում մասնավոր ամբուլատոր ախտորոշիչ կենտրոններն են և ատամնաբուժական կլինիկաները: ՀՄՓ ծառայություն ստանալու իրավունք ունեցող պացիենտները պետք է ԱԱՊ ծառայություններ մատուցողների կողմից ուղեգրվեն հիվանդանոցային բուժման, բացառությամբ շտապ օգնության դեպքերի: 2019-ին ԱՆ-ն սկսեց կիրառել էլեկտրոնային առողջապահական համակարգի միջոցով ուղեգրման ձևեր:

Բուժհաստատություններին վնասման հիմնական մեխանիզմներն են ըստ մարդաբանության ֆինանսավորումը՝ ԱԱՊ ծառայություններ մատուցողների համար կատարողականի հիման վրա լրացուցիչ ֆինանսավորմամբ (ԿՀՑ), հիվանդանոցային բուժման համար դեպքերի հիման վրա ֆինանսավորումը և որոշակի տեսակի ամբուլատոր և ստացիոնար ծառայությունների համար ըստ առանձին ծառայությունների գների վնասումը: Հստ մարդաբանության ֆինանսավորման մեխանիզմի ներքո ԱԱՊ հաստատությունները յուրաքանչյուր գրանցված հիվանդի համար ստանում են տարեկան ֆիքսված գումար: 2005 թ.-ին ներդրվել է ԱԱՊ բուժհաստատությունների ծառայություններից օգտվողների համար բժշկի ազատ ընտրության համակարգ: Հիվանդանոցային ծառայությունների համար վնասում են ըստ դեպքի, երբ յուրաքանչյուր իրականացված վիրաբուժական կամ ոչ վիրաբուժական հիվանդանոցային բուժման դեպքի համար սահմանվում է միջին գին: Հստ առանձին ծառայությունների համար սահմանված գների վնասումը օգտագործվում է ինչպես ամբուլատոր, այնպես էլ ստացիոնար ծառայություններ մատուցողների վարձատրության համար որոշակի տեսակի ծառայությունների դեպքում, ինչպիսիք են ախտորոշիչ պրոցեդուրաները, շտապ օգնության ծառայությունները, ամբուլատոր դեղերի տրամադրումը հիվանդների հատուկ կատեգորիաներին և որոշակի տեսակի վիրահատությունների համար օգտագործվող քանկարժեք բժշկական սարքերը: Ծառայությունների սահմանափակ շրջանակի համար օգտագործվում են բուժհաստատությանը վնասման այլ եղանակներ, ինչպիսիք են տուբերկուլյոզի և հոգեբուժական ծառայությունների համար հաստատուն և վաղիջական ծախսերի փոխհատուցումը: 2011 թ.-ին ներմուծվեցին համավնարներ ՀՄՓ ծառայությունների որոշակի կատեգորիաների համար՝ ծառայության իրական արժեքի և ՀՄՓ փոխհատուցման սակագնի միջև եղած խզումը ծածկելու համար: Համավնարների շրջանակը և սակագները պարբերաբար վերանայվում են:

2.2.6 ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐԻ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ և ԾԱԽՍԵՐԻ ՄԻՏՈՒՄՆԵՐԸ

Վերջին տարիներին առողջապահությանը հատկացվել է պետական բյուջեի մոտ 5-6 տոկոսը (Աղյուսակ 7): Բյուջեն հիմնականում ներառում է ՀԾՓ քրջանակներում բժշկական ծառայությունների ձեռքբերումը. կապիտալ ծախսերի բյուջետային ֆինանսավորումը սահմանափակ է: 2019 թվականի առողջապահության սկզբնական հաստատված բյուջեում կապիտալ ծախսերը կազմել են պետական առողջապահության բյուջեի մոտ 1 տոկոսը (ամբողջը՝ Համալսարանային բանկի ծրագրի գործունեության համար), իսկ վերանայված բյուջեում կապիտալ ծախսերին հատկացվել է 3.3 տոկոս:

ԱՂՅՈՒՍԱԿ 7 • Առողջապահության բյուջեի մասնաբաժինը Հայաստանի պետական բյուջեում (ըստ փաստացի կատարողականի) , 2015–2019թթ.

ՏԱՐԻ	ՊԵՏԱԿԱՆ ԲՅՈՒՋԵԻ ԾԱԽՍԵՐ (ՄՂ. ԴՐԱՄ)	ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԲՅՈՒՋԵ (ՄՂ. ԴՐԱՄ)	ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԲՅՈՒՋԵԻ ՏՈԿՈՍԸ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲՅՈՒՋԵՈՒՄ
2015	1,408,996.5	86,079.4	6.1
2016	1,449,063.6	88,645.9	6.1
2017	1,504,802.2	83,215.4	5.5
2018	1,447,083.0	79,574.2	5.5
2019	1,629,436.9	97,595.6	6.0

Աղբյուրը՝ Ֆինանսների նախարարություն

2.3 ՀԱՆՐԱՅԻՆ ՖԻՆԱՆՍՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԱԶԳԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳ

2.3.1 ՀԱՆՐԱՅԻՆ ՖԻՆԱՆՍՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԻՐԱՎԱԿԱՆ և ԿԱՆՈՆԱԿԱՐԳԻԶ ՀԻՄՔԵՐ

Հայաստանի ՀՖԿ օրենսդրությունը սահմանվում է «Բյուջետային համակարգի մասին» (1997), «Գանձապետական համակարգի մասին» (2001), «Ներքին աուդիտի մասին» (2010), «Հանրային հատվածի կազմակերպությունների հաշվապահական հաշվառման մասին» (2015) «Գնումների մասին» (2016) ՀՀ օրենքներով, Հարկային օրենսգրքով (2016) և «Հաշվեհանիչ պալատի մասին» օրենքով (2018):²⁵ ՀՖԿ օրենսդրությունը ներառում է նաև կառավարության բազմաթիվ որոշումներ և Ֆինանսների նախարարության (ՖՆ) կանոնակարգեր, որոնցով սահմանվում են համապատասխան օրենքների հիմնական դրույթների իրականացման մեխանիզմները: ՀՖԿ օրենսդրությունն ընդգրկում է պետական կառավարման մարմինների և կազմակերպությունների բոլոր մակարդակները, ներառյալ կենտրոնական և տարածքային կառավարման մարմինները, նախարարությունները, գործակալությունները և պետական ոչ առևտրային կազմակերպությունները (ՊՈԱԿ):²⁶

2.3.2 ՀԱՆՐԱՅԻՆ ՖԻՆԱՆՍՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՑԻՈՆԱԼ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐԸ

ՖՆ-ն մշտադիտարկում է բյուջեի կատարման գործընթացը և հրապարակում մանրամասն եռամսյակային և տարեկան հաշվետվություններ: Այս հաշվետվությունները ներառում են տեղեկատվություն ֆինանսական և ոչ ֆինանսական ցուցանիշների վերաբերյալ՝ ըստ բյուջետային ծրագրերի և գործունեության, եկամուտների և ծախսերի

վերաբերյալ՝ ըստ սնտեսական և գործառնության դասակարգումների, պետական և համայնային բյուջեների, դրամաճնոքիների, բյուջեի պակասորդի և արտաբյուջետային միջոցների վերաբերյալ: Բոլոր մյուս նախարարությունները և պետական գերատեսչությունները բյուջեի կատարման եռամսյակային հաշվետվությունները ներկայացնում են ՖՆ-ին:²⁷ Բյուջեի կատարման տարեկան հաշվետվությունները, որոնք կառավարության կողմից ներկայացվում են Ազգային ժողովի հաստատմանը, ներառում են նախորդ երկու տարիների համապատասխան համատեղելի տվյալներ ինչպես ֆինանսական, այնպես էլ ոչ ֆինանսական ցուցանիշների համար: Բյուջեի կատարման հաշվետվության համար ֆինանսական ցուցանիշները (այսինքն՝ եկամուտներն ու ծախսերը՝ փաստացի և պլանավորված) ինքնաշարժ կերպով ստեղծվում են ՖՆ և Գանձապետական համակարգչային ծրագրերի միջոցով: Ոչ ֆինանսական ցուցանիշների (վերջնարդյունքների և ելքերի) հավաքագրումը համապատասխան նախարարությունների և պետական գերատեսչությունների կողմից ավտոմատացված չէ, տվյալները ամփոփվում են Excel- ի աշխատանքային թերթերում և ներկայացվում են ՖՆ: Պետական առողջապահական հաստատությունները հաստատությունների բյուջեի կատարման տարեկան հաշվետվությունները ներկայացնում են համապատասխան պետական կառավարման մարմիններին (ԱՆ, մարզպետարան կամ համայնֆապետարան): Առողջապահական մասնավոր հաստատությունները, որոնք պետական ֆինանսավորում են ստանում ՀԾՓ-ում ներառված ծառայությունների համար, նույնպես տարեկան հաշվետվություններ են ներկայացնում ԱՆ:

2008 և 2013 թվականներին Հայաստանը իրականացրել է Պետական ծախսերի և ֆինանսական

հաշվետվողականության (ՊԾՖՀ) երկու գնահատում:²⁸ Արդյունքները ցույց են տվել հիմնական ցուցանիշների ուղղությամբ լավ կատարողական (Աղյուսակ 8). Չնայած երկրի ՀՆԿ համակարգի ամրապնդման գործում առաջընթացին, այնուամենայնիվ, 2014 թ.-ին հրապարակված ՊԾՖՀ երկրորդ զեկույցը մի քանի ոլորտներում թույլ կողմեր է բացահայտել: Ագրեգացված հարկային ռիսկի վերահսկումը պետական հատվածի այլ սուբյեկտների կողմից (ԿՑ 9) որոշակի թույլ կողմեր ուներ, չնայած ուժեղ էին բյուջեի հուսալիությունը (ԿՑ 1-4) և համապարփակությունն ու թափանցիկությունը (ԿՑ 5-8 և 10): Քաղաքականության վրա հիմնված բյուջետավորումը (ԿՑ 11-12) և բյուջեի կատարողականը, կանխիկ դրամի և պարտքերի կառավարումը (ԿՑ 16-17) լավ կատարողական են գրանցել: Եկամուտների կառավարումը ուժեղ էր (ԿՑ 13-14), բայց հարկերի հավաքագրման արդյունավետությունը (ԿՑ 15)՝ ոչ: Ներքին հսկողությունը (ԿՑ 18-21) բարելավվել է, բայց թույլ կողմեր են նկատվել հաշվապահական հաշվառման, գրանցման և հաշվետվությունների (ԿՑ 22-25) և արտաքին հսկողության և աուդիտի (ԿՑ 26-28) մեջ:



ԱՂՅՈՒՍԱԿ 8 • 2008 և 2013 թվականների Պետական ծախսերի և ֆինանսական հաշվետվողականության (ՊԾՖՀ) գնահատումների Հայաստանի կատարողականի ցուցանիշները

Ցուցանիշ	ՈՒՂՂՈՒԹՅՈՒՆ	ՊԾՖՀ ՄԻԱՎՈՐ	
		2008	2013
A. ԲՅՈՒՋԵԻ ՀՈՒՍԱՎՈՒԹՅՈՒՆ			
ԿՑ-1	Ագրեգացված ծախսերի արդյունքը՝ համեմատած հաստատված բյուջեի հետ	B	A
ԿՑ-2	Ծախսերի արդյունքների կազմը՝ համեմատած նախնական հաստատված բյուջեի հետ	A	B+
ԿՑ-3	Եկամտի համախառն արդյունքը՝ համեմատած նախնական հաստատված բյուջեի հետ	A	A
ԿՑ-4	Ծախսերի վերանորոգման պարտքերի ֆոնդը և մոնիտորինգը	B+	A
B. ԽԱՉՎՈՂ ԽՆԴԻՐՆԵՐ			
ԿՑ-5	Բյուջեի գառակարգում	A	A
ԿՑ-6	Բյուջեի փաստաթղթերում ներառված տեղեկատվության համապարփակությունը	A	A
ԿՑ-7	Կառավարության չզեկուցված գործադրությունների ծավալը	A	B+
ԿՑ-8	Միջկառավարական հարկաբյուջետային հարաբերությունների թափանցիկությունը	B	A
ԿՑ-9	Ագրեգացված հարկաբյուջետային ռիսկի վերահսկողություն պետական հատվածի այլ սուբյեկտների կողմից	D+	D+
ԿՑ-10	Հանրային հասանելիություն հիմնական ֆինանսական տեղեկատվությանը	A	A
C. ԲՅՈՒՋԵԻ ՇՐՋԱՓՈՒՂ			
C(i) Քաղաքականության վրա հիմնված բյուջետավորում			
ԿՑ-11	Կարգ ու կանոն և մասնակցություն տարեկան բյուջեի գործընթացին	A	A
ԿՑ-12	հարկաբյուջետային պլանավորման, ծախսերի ֆազաբյուջետային և բյուջետավորման բազմամյա հեռանկար	B	B
C(ii) Կանխատեսելիություն և վերահսկողություն բյուջեի կատարման նկատմամբ			
ԿՑ-13	Հարկ վճարողների պարտքերի և պարտավորությունների թափանցիկություն	C+	B+
ԿՑ-14	Հարկ վճարողների հաշվառման և հարկերի գնահատման միջոցառումների արդյունավետություն	B	B
ԿՑ-15	Հարկերի վճարումների հավաքագրման արդյունավետությունը	B+	D+
ԿՑ-16	Ծախսերի հատկացման համար միջոցների առկայության կանխատեսելիություն	A	A
ԿՑ-17	Դրամական միջոցների մնացորդների, պարտքերի և երաշխիքների հաշվառում և կառավարում	A	A
ԿՑ-18	Աշխատավարձի վերահսկողության արդյունավետություն	B+	D+
ԿՑ-19	Գնումների թափանցիկության, մրցակցության և բաղադրիչների մեխանիզմներ	B	B
ԿՑ-20	Ներքին վերահսկողության մեխանիզմների արդյունավետությունը ոչ աշխատավարձային ծախսերի նկատմամբ	C+	C+
ԿՑ-21	Ներքին աուդիտի արդյունավետությունը	D+	C

C(iii) Հաժվադասական հաժվադաս, գրանցում և հաժվադասություններ			
ԿՑ-22	Հաժվադասի ժամանակին և պարբերական համադրումը	A	A
ԿՑ-23	Ծառայություններ մատուցող ստորաբաժանումների կազմից ստացված ռեսուրսների վերաբերյալ տեղեկատվություն առկայություն	C	A
ԿՑ-24	Տարեկան բյուջեի հաժվադասությունների սրակը և ժամանակին ներկայացումը	C+	B+
ԿՑ-25	Տարեկան ֆինանսական հաժվադասությունների սրակը և ժամանակին ներկայացումը	D+	D+
C(iv) Արտաքին ստուգում և աուդիտ			
ԿՑ-26	Արտաքին աուդիտի շրջանակը, բնույթը և հետևողությունը	D+	C+
ԿՑ-27	Տարեկան բյուջեի օրենքի իրավական ստուգում	A	C+
ԿՑ-28	Արտաքին աուդիտի եզրակացությունների իրավական ստուգում	D+	D+
D. ԴՈՒՐՈՒՆԵՐԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅՈՒՆ			
D-1	Բյուջեառային ուղիղ օժանդակության կանխատեսելիություն	D+	C+
D-2	Դեբտերի կազմից արամայրված ֆինանսական տեղեկատվությունը բյուջեառային և ծրագրերի ու նախագծերի օժանդակության հաժվադասությունների արամայրման համար	A	A
D-3	Ազգային ընթացակարգերի միջոցով կառավարվող օգնության համամասնությունը	D	B

Աղբյուրը՝ Պետական ծախսերի և ֆինանսական հաժվադասականության (PEFA) գնահատում, 2013

Առկա չէ Կառավարության ֆինանսական կառավարման տեղեկատվական համակարգ (ԿՖԿՏՀ): Ձևայած պետական հատվածում կան ՀՖԿ-ի հետ կապված տեղեկատվական տեխնոլոգիաների (SS) մի քանի համակարգեր, դրանք փոխգործունակ չեն, և ոչ մի առանձին համակարգ չի արտացոլում ՀՖԿ ամբողջ շրջափուլը: Նման SS համակարգերի օրինակներից են՝ ՖՆ-ի Client Treasury համակարգը և Հայաստանի էլեկտրոնային գնումների համակարգը (ARMEPS):

ԿՖԿՏՀ-ը կներառեր ՀՖԿ ամբողջ շրջափուլը, ներառյալ բյուջեի պլանավորումը, բյուջեի կատարողականը, պետական գնումները, պարտքերի կառավարումը, հաժվադասությունը, բյուջեի հաժվադասությունները և ընդհանուր գրանցամատյանը: ՖՆ-ն ներդրել է հատուկ մշակված գանձապետական համակարգ, որը վերջին 15 տարիների ընթացքում ենթարկվել է տարատեսակ բարելավումների: Համակարգը պարունակում է մի քանի գործառույթներ, ներառյալ նախնական պարտավորությունների վերահսկում, որոշ չափով հաժվադասության հիմնով հաժվադասություն և բազմաչափ հաժվային պլան ու բյուջեի դասակարգումներ: Այս դասակարգումները ներառում են տնտեսական և գործառույթային դասակարգումներ, որոնք համապատասխանում են 2001 թվականի Հանրային ֆինանսների ձեռնարկին (ԿՖԿԶ), ինչպես նաև վարչական և ծրագրային դասակարգումներ: Համակարգը պարտաստում է բյուջեի կատարման ամսական, եռամսյակային և տարեկան հաժվադասություններ, որոնք կարող են տարանջատվել ըստ տնտեսական, գործառնական, ծրագրային և վարչական դասակարգման: Բյուջեի կատարման տարեկան հաժվադասության մեջ համախմբված են պետական բյուջեն, արտաբյուջետային միջոցները և համայնքների հաժվադասությունները:

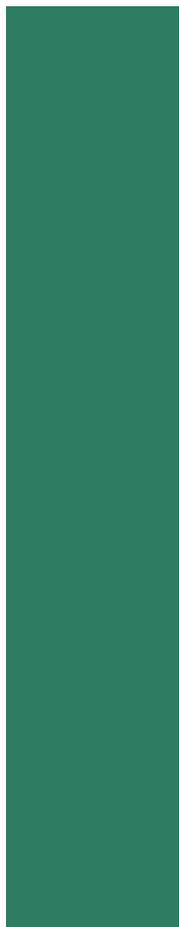
2.3.3 ՀԱՆՐԱՅԻՆ ՖԻՆԱՆՍՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԸՆԹԱՑԻԿ և ՆԱԽԱՏԵՍՎՈՂ ԲԱՐԵՓՈՒՆՈՒՄՆԵՐ

ՀՖԿ բարեփոխումների առաջնահերթությունները նախանշված են 2019–2023 ՀՖԿ ռազմավարությունում և գործողությունների ծրագրում:²⁹ Այն հիմնված է 2008 և 2014 թվականներին ՊԾՖՀ գնահատականների հիման վրա մշակված նախորդ ՀՖԿ ռազմավարության և գործողությունների ծրագրերի ձեռքբերումների վրա:^{30,31,32,33} Այս ռազմավարությունները և գործողությունների ծրագրերը նաև արտացոլում էին տարբեր ռազմավարական բարեփոխումների արդյունքները, համաձայն կառավարության Ադատության հաղթահարման 2003–2015 ռազմավարական ծրագրի, 2008–2021 Կայուն զարգացման ծրագրի և 2014–2025 Հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագրի:^{34,35,36} ՀՖԿ ընթացիկ ռազմավարության մեջ նախանշված բարեփոխումները մանրամասն մշակված են: Այնուամենայնիվ, գործողությունների ծրագրի բազմաթիվ գործողությունների իրականացման համար անհրաժեշտ է հետագա տեխնիկական և գործառնական մասնագիտական գիտելիք, ներառյալ զարգացման գործընկերների աջակցությունը: Փորձաֆնելության այս բացը վկայում է պետական հատվածում ՀՖԿ հմտությունների ձևավորման անհրաժեշտության մասին: Բարեփոխումների իրականացումը համակարգելու համար ՖՆ-ում ստեղծվել է ՀՖԿ ֆարտուղարության գործառույթ: Այն կենտրոնանում է հիմնականում ՀՖԿ տեխնիկական ասպեկտների վրա: Այն կարող է մասնակցություն ունենալ զարգացման գործընկերների հետ համաձայնեցման գործընթացին:

Վերջին երկու տասնամյակում ՀՖԿ բարեփոխումների հիմնական ձեռքբերումները ներառում են հետևյալը.

- **Բյուջետային համակարգը**, որը հիմնված է 1997 թ. ընդունված «Բյուջետային համակարգի մասին» օրենքի վրա, և դրանից հետո պարբերաբար թարմացվում է, սահմանում է բյուջեի համակարգը, կարգավորում է բյուջեի գործընթացը և տարածվում է բոլոր մակարդակների, ներառյալ պետական և համայնքային բյուջեների վրա: Այն նաև սահմանում է միջնաժամկետ ծախսերի ծրագրի (ՄԺԾԾ) պահանջները և պարամետրերը և դրա կապը բյուջետային համակարգի հետ, ինչպես նաև ծրագրային բյուջետավորման պահանջները:³⁷
- 2001 թ.-ին ներդրված **Գանձապետական համակարգը**, որն այնուհետև պարբերաբար կատարելագործվել է, նպատակ ունի ապահովել պետական ֆինանսական ակտիվների և պարտավորությունների կառավարման արդյունավետ համակարգ՝ բյուջետային համակարգին վերաբերող հարաբերությունների կարգավորման և վերահսկման միջոցով:
- **Հանրային հատվածում հաշվապահական հաշվառման համակարգը**, որը ներդրվել է 2015 թ., սահմանում է պետական հատվածի կազմակերպությունների հաշվապահությանը վերաբերող հարաբերությունները, հանրային հատվածի կազմակերպությունների կողմից հաշվապահության կազմակերպման և վարման պահանջները, ինչպես նաև ընդհանուր նշանակության ֆինանսական հաշվետվությունների և այլնի պատրաստման և ներկայացման կանոնակարգերը:
- **Պետական գնումների համակարգը**, որը ներդրվել է 2000 թ., 2011 թ.-ին գործարկեց էլեկտրոնային գնումների համակարգը: Գնումների մասին գործող օրենքը հաստատվել է 2006 թ.-ին և փոփոխության ենթարկվել 2018 թ.-ին: Այն կարգավորում է հանախորդների կողմից ապրանքների, աշխատանքների և ծառայությունների ձեռքբերման գործընթացին վերաբերող հարաբերությունները և սահմանում է այդ հարաբերությունների կողմերի հիմնական իրավունքներն ու պարտականությունները: Բողոքարկման մարմնի ստեղծումը և էլեկտրոնային գնումների և էլեկտրոնային աճուրդների համակարգերի ներդրումը բարելավել են պետական գնումների համակարգի արդյունավետությունը:

- Պետական հատվածում իրականացվող արտաֆին և ներֆին աուդիտի համակարգերը, որոնք ներդրվել են 2006 և 2010 թվականներին, նպատակ ունեն օբյեկտիվորեն հավաստիացնել, որ պետական միջոցներն օգտագործվում են տնտեսող, արդյունավետ և օգտավետ եղանակով, ինչպես նաև վերլուծել ՀՖԿ համակարգի թերուրյունների պատճառներն ու հիմքերը:





ԳԼՈՒԽ 3 ՀԱՆՐԱՅԻՆ ՖԻՆԱՆՍՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ և ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՏՈՒՑՄԱՆ ԿԱՏԱՐՈՂԱԿԱՆԸ

Տվյալ գլուխը հիմնվում է FinHealth գործիքի վրա՝ Հայաստանում պետական ֆինանսների կառավարման (ՀՖԿ) գործառույթները առողջապահության ոլորտի տեսանկյունից վերանայելու համար: Այն ուսումնասիրում է 24 հիմնական ոլորտներ (H1 - H24)՝ որոնք սահմանում են բյուջեի ձևավորման, կատարման և գնահատման հիմնական բնութագրերը՝ ծառայությունների մատուցմանն առնչվող հետևանքներով: Այդուսակ 9-ում ամփոփվում են վերհանված հիմնական թույլ կողմերը:



ԱՂՅՈՒՄԱԿ 9 • Հայաստանի առողջապահական համակարգի ֆինանսական կառավարման հիմնական թույլ կողմերը

ՈՒՐՏ	ՆԿԱՐԱԳԻՐ	ԹՈՒՅՂ ԿՈՂՄ
Բյուջեի ձևավորում		
Ռազմավարական պլանավորում		
H1	Ուրտի պլանավորման համակարգում	Ուրտի պլանավորման մեջ առողջապահական հաստատությունների և ներքին օդակի գործառնական ստորաբաժանումների ոչ համարժեք ներգրավում
H2	Ուրտի պլանի ծախսակազմում և ֆինանսավորում	Առողջապահության համապարփակ 2030թ. նպատակներին համապատասխան ամբողջությամբ ծախսակազմված առողջապահական ուրտի ծրագրի բացակայություն
H3	Ուրտի արտաքին ֆինանսավորում	Զարգացման գործընկերների կողմից երկրի հանրային ֆինանսների կառավարման համակարգերի սահմանափակ օգտագործում
Բյուջեի նախագատարասում		
H4	Տարեկան բյուջեի նախագատարասման գործընթաց	Բյուջեի վերընթաց նախագատարասման և բյուջեի շրջափոխի ժամանակացույցի կանխատեսելիության թույլ կողմերը
H5	Բյուջեի գնահատում	Ծրագրի ղեկավարի դերի սահմանափակ շրջանակ և նկատարում
H6	Նպատակային եկամուտների կանխատեսում	Առողջապահական հաստատություններում եկամտի կանխատեսումների հաստատված համակարգերի բացակայություն
H7	Ծախսերի բյուջեավորման միջնաժամկետ հեռանկար	Երկարաժամկետ հատվածի ռազմավարության հետ ոչ համարժեք համապատասխանեցում
H8	Փոխանցումներ տարածքային կառավարման մարմիններին	Սահմանափակ և հաճախ ամբողջությամբ չկատարված համայնքային առողջապահական բյուջեներ
Բյուջեի կատարում		
Ֆինանսական ռեսուրսների հոսք		
H9	Ռեսուրսների տարեկան բաշխման կանխատեսելիություն	Տարվա առաջին երկու ամիսներին առողջապահական հաստատություններին միջոցների հատկացման զգալի հետաձգում
H10	Առողջապահության համար նպատակային եկամուտների հավաքագրում	Հաստատության մակարդակում թափանցիկ, ստանդարտացված և արդյունավետ կանոնների բացակայություն
H11	Առողջապահական ուրտի եկամուտների հաշվապահություն	Լայնածավալ տատանումներ պետական հաստատությունների համակարգերում և գործընթացներում
H12	Գնումների մեխանիզմներ	Բժշկական ծառայությունների պայմանագրերի կնքման հարցում օբյեկտիվ չափանիշների բացակայություն
H13	Աժխտավարձի վերահսկման մեխանիզմներ	Հաստատությունների մակարդակում աժխտավարձի սահմանափակ և ոչ ստանդարտացված վերահսկում և առողջապահության ուրտի մակարդակում ինստեքման բացակայություն
H14	Ոչ աժխտավարձային ծախսերի ներքին վերահսկողություն	Թույլ և վատ ինստեքված վերահսկողություն հաստատությունների մակարդակում
H15	Ներքին աուդիտ	Մանրամասն սահմանափակ օգտագործում, ռեսուրսների սահմանափակումներ և ներքին աուդիտի գործառնային առաջադիվալ պատվիրակման/աուդիտի ինքնուրույն և հետ կապված ռիսկեր
Ֆիզիկական ռեսուրսների կառավարում		
H16	Աժխտակազմի համալրում	Մարզերում աժխտակազմի պակաս, հավասարակշռված բաշխման բացակայություն և աժխտակազմի ընդունման հարցում մրցակցային գործընթացների բացակայություն
H17	Աժխտակազմի կատարողականի կառավարում	Ստանդարտացված աժխտակազմի նկատարում, անձնակազմի առաջնությունների և անձնակազմի աժխտակազմի գնահատման և վարձատրության համակարգերի բացակայություն
H18	Գնումների կառավարում	Տեխնիկական բնութագրերի մեկնում և մատակարարման օրոպի համարժեք կառավարման սահմանափակ կարողություն
H19	Պետական ներքուրումների կառավարում	Կապիտալ ծախսերի համար բյուջեի սահմանափակ հատկացումներ և որոշումների կայացման իրավիճակային մոտեցում

H20	Ֆիզիկական ակտիվների կառավարում	Ակտիվների կառավարման կենտրոնացված հավաստիացման բացակայությունը և հաստատության մակարդակում գործելակերպերի տատանումներ
Բյուջեի գնահատում		
Հաշվապահական հաշվառում և հաշվետվություններ		
H21	Հաշվապահական հաշվառում, գրանցում և համադրում	Պետական հաստատություններում միասնական համակարգի բացակայությունը՝ չնայած ֆինանսական հաշվետվությունների ստանդարտացմանը
H22	Բյուջեի կառավարման հաշվետվությունների պատրաստում	Ոչ ֆինանսական արդյունքների ցուցանիշների գնահատման լուրջ թույլ կողմեր
Վերահսկում և բախանցիվություն		
H23	Արտաքին աուդիտ	Համակարգային մատչման բացակայություն
H24	Առողջապահական ֆինանսական տեղեկատվության հանրային հասանելիություն	Ամուր է կենտրոնական կառավարության մակարդակում, բայց տարբերվում է առողջապահական հաստատությունների մակարդակում

Աղբյուրը՝ Համաշխարհային Բանկ

3.1 ՌԱԶՄԱՎԱՐԱԿԱՆ ՊՂԱՆԱՎՈՐՈՒՄ

3.1.1 ՈՂՈՐՏԻ ՊՂԱՆԱՎՈՐՄԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳՈՒՄ (H1). ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ և ՅԱԾԻ ՄՄԿԱՐԴԱԿԻ ԳՈՐԾԱՌՆԱԿԱՆ ՍՏՈՐԱԲԱԺԱՆՈՒՄՆԵՐԻ ՈԶ ՀԱՄԱՐԺԵՔ ՆԵՐԳՐԱՎՈՒՄ

Առողջապահության նախարարությունը (ԱՆ) պատասխանատու է առողջապահության ոլորտի պլանավորման համար ազգային մակարդակում, ներառյալ ոլորտին հատուկ ռազմավարությունների և ծրագրերի մշակումը: Ազգային ծրագրերի և ռազմավարությունների հիման վրա մարզպետարանները մշակում են իրենց սոցիալ-տնտեսական զարգացման բազային ծրագրերը, որոնք հաստատվում են կառավարության կողմից: Տարածքային զարգացման վերջին ծրագրերը հաստատվել են 2014-15 թվականներին: Տարածաբանային զարգացման ծրագրերի համապատասխանեցումը ավելի բարձր մակարդակի ծրագրային վաստաբոլորի հետ ապահովելու համար նախագծերը շրջանակում են բոլոր նախարարություններում, այդ թվում՝ ՀՀ ԱՆ, որը կարծիք է տրամադրում համապատասխան բաժինների մասին՝ նախքան կառավարության հաստատմանը վաստաբոլորի ներկայացումը: Այնուամենայնիվ, քանի որ առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորումը կենտրոնացված է ազգային կառավարության մակարդակում, տարածքային կառավարման մարմինների՝ տեղական մակարդակում առողջապահության ոլորտի զարգացման լրացուցիչ ծրագրեր իրականացնելու ինֆրավարությունը սահմանափակ է: Հետևաբար, տարածաբանային ծրագրերը հիմնականում արտացոլում են ազգային առողջապահական ֆադախակառուցման գերակայությունները՝ ավելի մանրամասն ներկայացնելով տարածաբանի ժողովրդագրական և առողջապահական կարգավիճակը:

Կառավարության հաստատած միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիրը (ՄԺԾՄ) միակ բազմամյա ֆինանսական պլանն է: Այն տարածքային կառավարման մարմինների կամ այլ պետական գերատեսչությունների կողմից չի փոխարկվում նմանատիպ ծրագրերի: Պետական հատվածի մնացած մասը, ներառյալ առողջապահական ծառայություններ մատուցողները, իրականացնում են տարեկան ֆինանսական պլանավորում: Տարեկան առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերը (ԱՊՆԾ) չեն ներառում իրականացման որոշակի ժամկետներ, և հաճախ վատ են համապատասխանեցված առողջապահության բյուջեի կառուցվածքի հետ: ԱՊՆԾ - ներքև տրամադրում են միայն առողջապահության ոլորտում կառավարության ֆադախակառուցման լայն նկարագիրը: Եռամյա ԱՊՆԾ -ը համընկնում է պետական բյուջեի ծրագրերի կառուցվածքի հետ:

Առողջապահական հաստատությունները համակարգային ձևով ներգրավված չեն պետական առողջապահական բյուջեի պլանավորման և ձևավորման գործընթացներում: Ձկա սահմանված որևէ գործելակերպ, որը թույլ կտա բժշկական անձնակազմին բնական կերպով հաստատությունների զարգացման տեղական գերակայությունները և իրենց կարիքները ներկայացնել ոլորտի բարձր մակարդակի հաստատությունների ղեկավարներին և պլանավորողներին: Այս եզրակացությունը հաստատվեց հաստատության ղեկավարների հետ հարցազրույցներում: Հաստատությունները ուղղակի տեղեկացվում են իրենց տարեկան բյուջեի մասին դրա հաստատումից հետո, երբեմն՝ ընթացիկ տարվա փետրվարին կամ մարտին:

3.1.2 ՈՂՈՐՏԻ ՊՂԱՆԻ ԾԱԽՍԱԿԱԶՄՈՒՄ Ե ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄ (H2). ՀԱՄԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԾԱԾԿՈՒՅԹԻ 2030Թ.-Ի ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԻՆ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆ ԱՄԲՈՂՁՈՒԹՅԱՄԲ ԾԱԽՍԱԿԱԶՄՎԱԾ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՈՂՈՐՏԻ ԾՐԱԳՐԻ ԲԱՑԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ

Բժշկական ծառայությունների հիմնական ծառայությունների փաթեթը (ՀԾՓ) թերի է ֆինանսավորվում. Որոշ ՀԾՓ ծառայությունների փոխհատուցումն արտացոլում է ծառայությունների մատուցման իրական արժեքը, սակայն բյուջեային շատ ծրագրեր թերֆինանսավորվում են, ինչը հանգեցնում է գրպանից դուրս բարձր վնասումների (ինչպես պաշտոնական, այնպես էլ ոչ պաշտոնական)՝ բացը ծածկելու համար: ՀԾՓ-ի հաստատված ակտուարական ծախսակազմում չի կատարվում, ինչը խանգարում է բժշկական ծառայությունների պետական ֆինանսավորման ավելացման բանակցություններին:

Առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորումը սահմանափակ է՝ այդպիսով մեծացնելով ՀՖԿ մեխանիզմների արդյունավետության բարձրացման կարևորությունը: Առողջապահության պետական ծախսերը կազմում են Հայաստանում ՀՆԱ-ի ընդամենը 1.6 տոկոսը, որը նախկին ԽՍՀՄ բուր հանրապետությունների ամենափոքր մասնաբաժիններից է (տես Հավելված 9):³⁸ 2008-ից 2019 թվականների ընթացքում պետական բյուջեն ավելի է քան կրկնապատկվել է՝ 811 միլիարդ դրամից հասնելով 1,629 միլիարդ դրամի:³⁹ Նույն ժամանակահատվածում առողջապահության ոլորտի բյուջեն աճել է 95 տոկոսով՝ 50.0 միլիարդ դրամից հասնելով 97.6 միլիարդ դրամ: Արդյունքում, առողջապահական բյուջեի մասնաբաժինը բյուջեի ընդհանուր ծախսերի մեջ 6.2 տոկոսից նվազել է մինչև 6.0 տոկոս: Այս ակունքն արտացոլում է կառավարության կողմից առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման գերակայությունների ոչ համարժեք սահմանումը:

2019-ին առողջապահության ոլորտի պետական բյուջեի հաստատված ֆինանսավորումը 2018-ի համեմատ աճել է 6,5 տոկոսով՝ 84,1 միլիարդ դրամից հասնելով 89,6 միլիարդ դրամի: Սակայն դրա մասնաբաժինը բյուջեում նվազել է 5,7 տոկոսից 5,4 տոկոսի (տես ՀԱՎԵԼՎԱԾ 9. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ Ե ԲՅՈՒՋԵՏԱՎՈՐՄԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ Ե ՀԱՄԵՄԱՏԵԼԻ ԵՐԿՐՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ): 2019 թվականի հունիսին առողջապահության բյուջեի 13,1 տոկոս աճը մինչև 103,8 միլիարդ դրամ կարող է ցույց տալ ոլորտի նկատմամբ կառավարության ավելի ամուր հանձնառությունը: Համաձայն 2020–22թթ. ՄԺԾԾ-ի՝ հաջորդ երեք տարիների ընթացքում նախատեսվում է պետական ծախսերի հետագա աճ: Այնուամենայնիվ, առողջապահության ոլորտի պետական ֆինանսավորման ավելացման ավելի երկարաժամկետ հետևակարգերը պարզ չեն: Ավելացումների ժամանակավոր բնույթը կարող է վկայել պլանավորման և բյուջետավորման թույլ կողմերի մասին:

ՀՀ ԱՆ-ն դիտարկում է համապարփակ առողջության ապահովագրության (ՀԱԱ) համակարգի ներմուծման հնարավորությունը: Նոր սխեմայով առաջարկվում է ներգրավել պաշտոնապես զբաղված բնակչությանը՝ աշխատավարձի նպատակային հարկի միջոցով: Դրա միջոցով կհամախմբվեն ինչպես գործատուի կողմից ապահովագրված, այնպես էլ պետական ծածկույթում ընդգրկված շահառուների առողջապահական ռիսկերը կենտրոնացված և պետության կողմից կառավարվող

առողջության ապահովագրության հիմնադրամի ներքո: Նոր ապահովագրության համակարգի գործարկումը կախված է կառավարության կողմից հայեցակարգի հաստատումից և Ազգային ժողովի կողմից 2020 թվականին ՀԱԱ օրենքի և դրա հետ կապված օրենսդրական փաթեթի ընդունումից: Առաջարկի իրականացումը ենթադրում է գնումների նոր անկախ գործակալության ստեղծում (ՀԱԱ հիմնադրամ), որը կհամախմբի ֆինանսական ռեսուրսները, իր կառուցվածքում կներառի Պետական առողջապահության գործակալության (ՊԱԳ) ներկայիս գործառույթները և ԱՆ-ին կձեռքբազատի պետականորեն ֆինանսավորվող առողջապահական ծառայություններ մատուցողի և գնորդի երկակի դերից: Քանի որ ՀԱԱ հիմնադրամը հանդես կգա որպես նոր սխեմայի շրջանակներում ՀՄՓ ծառայությունների միակ գնորդ, այն կարող է ավելի ուժեղ բանակցային ուժ գործադրել բուժաստատությունների վրա՝ նպաստելով առողջապահության ոլորտում ՀՖԿ մեխանիզմների անրապնդմանը՝ բարելավելով պլանավորումը, բյուջեավորումը և արտաֆին ֆինանսական հսկողությունը և վերահսկողությունը: Ծառայությունների այս իրավունակությունները կախված են բժշկական ծառայությունների ռազմավարական գնումները սատարելու մանրատից և տեխնիկական կարողությունից:

3.1.3 ՈՂՈՐՏԻ ԱՐՏԱՔԻՆ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄ (H3). ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԿԵՐՆԵՐԻ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԿՐԻ ՀԱՆՐԱՅԻՆ ՖԻՆԱՆՍՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԵՐԻ ՍԱՀՄԱՆԱՓԱԿ ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄԸ

Անկախացումից ի վեր, Հայաստանը առողջապահության ոլորտի համար զգալի աջակցություն է ստացել դոնոր գործակալություններից և հայկական սփյուռքի կազմակերպություններից: 1990-ականներին միջազգային աջակցությունը հիմնականում բժշկական սարքավորումների, պարագաների և դեղորայքի տեսքով էր՝ ուղղված առողջապահական համակարգի անհապաղ կարիքներին: Վերջին երկու տասնամյակի ընթացքում հիմնական դոնորներն են եղել Համաշխարհային բանկը, ՁԻԱՀ-ի, տուբերկուլյոզի և մալարիայի դեմ պայքարի Գլխավոր հիմնադրամը և ԱՄՆ Միջազգային զարգացման գործակալությունը (ԱՄՆ ՄՁԳ): 2014-ից 2018 թվականների ընթացքում դոնորների կողմից ֆինանսավորվող ծրագրերի կուտակային մասնաբաժինը փաստացի կատարված առողջապահական բյուջեում կազմել է 6,8 տոկոս՝ 2017-ի 5,1 տոկոսից մինչև 2016 թվականի 9,8 տոկոս (Աղյուսակ 10)։

ԱՂՅՈՒՍԱԿ 10 • ՀՀ առողջապահական ոլորտի բյուջեի արտաֆին ֆինանսավորումը, 2014–2018թթ.

ՏԱՐԻ	ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԲՅՈՒՋԵՆ (ՄՂՆ. ԴԲԱՄ)		ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԲՅՈՒՋԵԻ ԿԱՏԱՐՄԱՆ ՄԱԿԱՐԴԱԿ (ՏՈԿՈՍ)	ԴՈՆՈՐՆԵՐԻ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄ ԾՐԱԳՐԵՐ (ՄՂՆ. ԴԲԱՄ)		ԴՈՆՈՐՆԵՐԻ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄ ԾՐԱԳՐԵՐԻ ԿԱՏԱՐՄԱՆ ՄԱԿԱՐԴԱԿ (ՏՈԿՈՍ)	ԴՈՆՈՐՆԵՐԻ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄ ԾՐԱԳՐԵՐԻ ՄԱՍԵՆԱԲԱԺԻՆԸ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԲՅՈՒՋԵՆՈՒՄ (ՏՈԿՈՍ)	
	ձեզբրաված պլան	Կատարված		ձեզբրաված պլան	Կատարված		ձեզբրաված պլան	Կատարված
2014	84,555.3	76,645.4	90.6	10,276.3	4,958.7	48.3	12.2	6.5
2015	86,223.8	86,079.4	99.8	5,360.6	5,858.3	109.3	6.2	6.8
2016	88,913.4	88,645.9	99.7	7,877.6	8,664.5	110.0	8.9	9.8
2017	85,714.8	83,215.4	97.1	5,191.9	4,208.0	81.0	6.1	5.1
2018	83,278.2	79,574.2	95.6	5,891.6	4,284.3	72.7	7.1	5.4

Աղբյուրը՝ Ֆինանսների նախարարություն

Առողջապահության ոլորտին արտաֆին ֆինանսավորումը տրամադրվում է բազում դրամաճորհային ծրագրերի և Համաժառանգային բանկի վարկային ծրագրի միջոցով: 2014-ից 2018 թվականների ընթացքում դրամաճորհային ծրագրերը կազմում էին դոնորների աջակցության 37 տոկոսը (բացառությամբ մարդասիրական օգնության): Դոնորների աջակցության 63 տոկոսը ստացվել է Համաժառանգային բանկի վարկային ծրագրերից: Նույն ժամանակահատվածում Համաժառանգային բանկի միջոցով ֆինանսավորման մասնաբաժինը, ներառյալ վարկային ծրագրերն ու դրամաճորհները, կազմում էին դոնորների ընդհանուր աջակցության 66 տոկոսը, Գլոբալ ֆոնդի մասնաբաժինը 29 տոկոս էր, իսկ մնացած 5 տոկոսը տրամադրում էին այլ դոնորներ (տես ՀԱՎԵԼՎԱԾ Զ. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ Ե ԲԹՈՒՋԵՏԱՎՈՐՄԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ Ե ՀԱՄԵՄԱՏԵԼԻ ԵՐԿՐՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ): Համաժառանգային բանկի վարկային և դրամաճորհային ծրագրերը հիմնականում կենտրոնանում են կառավարության՝ առողջապահության համակարգի արդիականացման օրակարգի շուրջ, ներառյալ տարածաբանային առողջապահական հաստատությունների վերանորոգումն ու շինարարությունը և բժշկական սարքավորումների տրամադրումը: Գլոբալ հիմնադրամի դրամաճորհային ծրագրերը ֆինանսավորում են ԱՆ տուբերկուլյոզի և ՄԻԱՎ / ՁԻԱՀ-ի դեմ պայքարի ֆազակառուցությունը: Դոնորները նաև ԱՆ-ին տեխնիկական օժանդակություն են տրամադրում առողջապահական բարեփոխումների մշակման և իրականացման համար, ինչպիսիք են ֆինանսավորման նոր մեխանիզմները և առողջապահական մարդկային ռեսուրսների հզորացման ջանքերը:

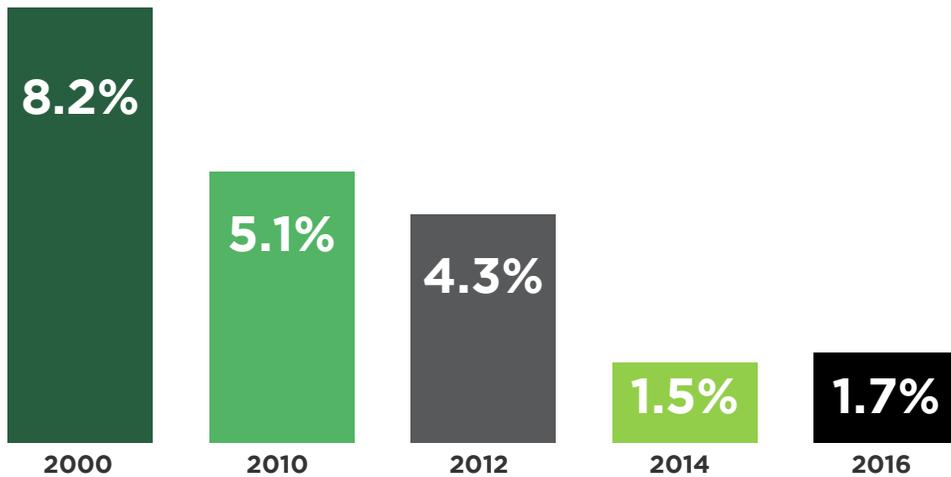
Մարդասիրական օգնությունը տրամադրվում է հիմնականում հայկական Սփյուռքի հասարակական կազմակերպությունների (ՀԿ) կողմից, ներառյալ բարեգործական կազմակերպությունները: Դեղերն ու այլ պարագաները առաքվում են ԱՆ, առողջապահության ծառայություններ մատուցող որոշակի կազմակերպությունների կամ տեղական հասարակական կազմակերպությունների: ԱՆ-ն ունի ստացված դեղամիջոցները և պարագաները պահելու կենտրոնացված պահեստ, որոնք այն ըստ անհրաժեշտության բաժնում է ՀԾՓ ծառայությունների մատուցման պայմանագրեր ունեցող ընկերություններին: Մարդասիրական օգնության ծրագրերի ապահովմանը բնույթի պատճառով դժվար է ստանալ դրանց ծավալի և առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման մասնաբաժնի ճշգրիտ գնահատականներ:

Զարգացման գործընկերների կողմից ֆինանսավորվող առողջապահության ոլորտի նախագծերը համահունչ են կառավարության կողմից հաստատված առողջապահական ֆազակառուցության փաստաթղթերին: Դրանք ներառում են տուբերկուլյոզի, ՄԻԱՎ / ՁԻԱՀ-ի և պտվախտանքների ազգային ռազմավարություններ:⁴⁰ Դոնորների կողմից ֆինանսավորվող ծրագրերը արտացոլվում են ՄԺԾՄ-ում և առողջապահական տարեկան բյուջեներում՝ բյուջեի պլանավորման, դասակարգման և հաստատման ՀՖԿ-ի ազգային համակարգերի կիրառմամբ: ԱՆ-ն և Ֆինանսների նախարարությունը (ՖՆ) պատրաստում են բյուջեի իրենց գնահատականները դոնորների կողմից ֆինանսավորվող նախագծերի համար՝ առկա վարկային կամ դրամաճորհային պայմանագրերի հիման վրա, որոնք ստորագրվում են կառավարության և վավերացվում՝ Ազգային ժողովի կողմից: Բյուջեի կատարման հաշվետվությունները պարունակում են մանրամասն տեղեկատվություն յուրաքանչյուր զարգացման ծրագրի կողմից ֆինանսավորվող ծրագրի համար՝ ըստ կապիտալ և ընթացիկ ծախսերի կատեգորիաների: Ապրանքների և ծառայությունների ձեռքբերման համար կարող են օգտագործվել ինչպես ազգային, այնպես էլ դոնոր կազմակերպությունները: Գլոբալ ֆոնդի դրամաճորհային ծրագրերի շրջանակներում տուբերկուլյոզի և հակառետրովիրուսային դեղերի և բժշկական պարագաների գնվածքային գնումների համար օգտագործվում են գնումների միջազգային ծրագրեր, ինչպիսիք են Տուբերկուլյոզի դեմ պայքարի համաժառանգային դեղագործական հաստատության ծրագրերը և ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ը: Գլոբալ ֆոնդը ապրանքներ է գնում արտերկրում և առաքում Հայաստան: Այս գործարքները կազմում են Գլոբալ ֆոնդի դրամաճորհային ծրագրի միջոցների կեսը և շրջանցում են ազգային գանձապետական համակարգը: Գլոբալ ֆոնդի մնացած ֆինանսական միջոցները, որոնք ծախսվում են տեղական մակարդակում, ինչպես նաև Համաժառանգային բանկի ծրագրի բոլոր միջոցները ինչպես վարկային, այնպես էլ դրամաճորհային ծրագրերի համար, կառավարվում են ԱՆ-ի գանձապետական հաշվի առանձին ենթահաշիվների միջոցով՝ համաձայն ծրագրերի և միջոցառումների հաստատված առողջապահական բյուջեի դասակարգման:

Զարգացման գործընկերների ծրագրերի իրականացման համար պատասխանատու ստորաբաժանումները ենթարկվում են տարեկան պարտադիր արտաքին աուդիտի՝ տեղական կամ միջազգային աուդիտորի կողմից, դոնորների կանոնների և ընթացակարգերի համաձայն, ինչպես նաև պարբերաբար աուդիտի են ենթարկվում Աուդիտի բարձրագույն մարմնի կողմից:

Վերջին երկու տասնամյակների ընթացքում Հայաստանի առողջապահական հատվածին դոնորների կողմից աջակցությունն ու մարդասիրական օգնությունը նվազել են, քանի որ բարձրացել է Հայաստանում առողջապահության ոլորտի ֆինանսավորման ինֆնապահովման մակարդակը (Գծապատկեր 3). Դոնորների կողմից ֆինանսավորվող ծրագրերի մասնաբաժինը 2019-ի հաստատված առողջապահական բյուջեում կազմել է 4.0 տոկոս, ինչը ցածր է 2018թ.-ի 7.1 տոկոսից: Առողջապահության ոլորտում Համաշխարհային բանկի ընթացիկ վարկային ծրագիրը կախարավի 2021 թվականին, համաձայն 2019–22-ի ՄԺԾԾ-ի: Առաջարկվող նոր ծրագիրն արտացոլված է Երկրի գործընկերության շրջանակում (Country Partnership Framework): Ինֆնապահովման մակարդակի բարձրացման համար ԱՆ-ն նախատեսում է շարունակել բյուջետային ֆինանսավորման ավելացումը նախկինում դոնորների կողմից իրականացված գործունեության համար: Իմունիզացիայի ազգային ծրագիրն, օրինակ, պատվաստանյութերի ձեռքբերման առումով նախկինում մեծապես կախված էր դոնորներից: 2017 թվականից այն ամբողջությամբ ֆինանսավորվում է պետական բյուջեի միջոցներով:

ԳԾԱՊԱՏԿԵՐ 3 • Արտաքին ֆինանսավորման տեսակարար կշիռը ՀՀ առողջապահական ընդհանուր ծախսերում, 2000–16



Աղբյուրը՝ Համաշխարհային բանկ

3.2 ԲՅՈՒՋԵԻ ԿԱԶՄՈՒՄ

3.2.1 ՏԱՐԵԿԱՆ ԲՅՈՒՋԵԻ ԿԱԶՄՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑ (H4). ՆՐՔԵՎԻՑ ՎԵՐԵՎ ԲՅՈՒՋԵԻ ՎԵՐԸՆԹԱՑ ԿԱԶՄՄԱՆ ԹՈՒՅՂ ԿՈՂՄԵՐԸ և ԲՅՈՒՋԵԻ ՇՐՋԱՓՈՒԼԻ ԺԱՄԱՆԱԿԱՑՈՒՅՑԻ ԿԱՆԽԱՏԵՍԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆԸ

Բյուջետային օրացույցի հրապարակման համար հաստատված ժամկետ չկա, ինչը բյուջեի պլանավորման և կազմման գործընթացն անկանխատեսելի է դարձնում համապատասխան նախարարությունների, այդ թվում՝ ԱՆ

համար: «Բյուջետային համակարգի մասին» օրենքը սահմանում է տարեկան բյուջետային գործընթացն իրականացնելու ընդհանուր դրույթներ: Համախմբված բյուջեն ներառում է պետության և համայնքների բյուջեները: Պետական և համայնքային բյուջեներում օգտագործվում են ՖՆ կողմից հաստատված դասակարգումները: Բյուջետային ստորաբաժանումներին տրվում է վարչապետի հրամանով հաստատված բյուջեի բաժանման գալիք ֆինանսական տարվա համար, ներառյալ բյուջետային օրացույցը:⁴¹ Բյուջեի բաժանմանի հաստատումից հետո բոլոր կողմերը՝ նախարարությունները, ՖՆ-ն և կառավարությունը, խստորեն դրան հետևում են: 2019թ. բյուջեն և ՄԺԾԾ օրացույցները միաձուլվեցին: ԱՆ-ի բյուջեի վերանայված բաժանմանը ստացել է մարտի 29-ին: Հաջորդ տարվա տարեկան բյուջեի առաջարկը, ինչպես նաև երկամյա կանխատեսումները (2021–22) պետք է ներկայացվեն մինչև ապրիլի 30-ը: Հարցումների ընթացքում ԱՆ պաշտոնյաները մեկամյա ժամկետը անբավարար են համարում այս առաջարկների համար:

ՖՆ-ն պետական հատվածի կազմակերպություններին տրամադրում է մեթոդական ուղեցույցներ և ցուցումներ ՄԺԾԾ պատրաստման համար: Տարբեր նախարարությունների, ինչպես նաև Ազգային ժողովի համապատասխան հանձնաժողովների ֆազային ներգրավվածությունը էական դերակատարում ունի ՄԺԾԾ-ի և բյուջեի նախապատրաստման գործընթացի տարբեր փուլերում, օրինակ՝ հիմնական մակրոտնտեսական ցուցանիշների ֆինանսականների և ծախսերի սահմանների հաստատման ժամանակ: Հաջորդ տարվա պետական բյուջեի մասին օրենքի նախագիծը, Կենտրոնական բանկի եզրակացությունը և այլ համապատասխան տեղեկություններ Ազգային ժողով են ներկայացվում հաջորդ բյուջետային տարվա սկզբից առնվազն 90 օր առաջ: Ազգային ժողովը սկսում է ֆինանսիկ գալիք տարվա պետական բյուջեի մասին օրենքի նախագիծը ոչ ուշ, քան ֆինանսական տարվան նախորդող նոյեմբեր ամսվա առաջին հերթական նիստերը:

2019թ. պետական բյուջեն հաստատվել է 2018թ. նոյեմբերի 22-ին: 2010–2018թթ.-ին գալիք տարվա պետական բյուջեն հաստատվում էր դեկտեմբերի առաջին կեսին: Եթե բյուջեն չի հաստատվում մինչև ֆինանսական տարվա սկիզբը, ապա կառավարությունն իրավասու է ծախսեր կատարել նախորդ տարվա պետական բյուջեի համամասնություններին համապատասխան: Ազգային ժողովի կողմից հաջորդ տարվա պետական բյուջեն հաստատվելուց հետո կառավարությունը որոշում է կայացնում եռամսյակային պետական բյուջեի հատկացումների մասին, որով որոշվում են յուրաքանչյուր բյուջետային հաստատության եռամսյակային վերաման սահմանաչափերը: Գանձապետարանը եռամսյակային, ամսական և շաբաթական կտրվածքով նոր բյուջետային տարվա համար պատրաստում է դրամական միջոցների հոսքերի կանխատեսում: Կանխատեսումները կարող են ճշգրտվել ամեն շաբաթ, փաստացի անդորրագրերի և կանխիկի հոսքերի հիման վրա:

ԱՆ-ի կողմից բյուջեի կազմումը կատարվում է մասնակցային մոտեցման հիման վրա: Նախարարության կողմից պատրաստված բյուջեի հայտերը սեղադրվում են նախարարության կայքում: Ցանկացած ֆիզիկական կամ իրավաբանական անձ կարող է հայտնել իր տեսակետներն ու մտահոգությունները ծախսերի առաջարկվող ուղղությունների և ֆինանսավորման չափի վերաբերյալ: Բյուջեի նախագիծը պետք է ֆինանսիկ ֆազային հասարակության ներկայացուցիչների հետ: Բյուջեի հայտերը կարող են վերանայվել՝ ստացված առաջարկությունների հիման վրա: Բյուջեի նախագծի նախապատրաստման ընթացքում շահագրգիռ կողմերը մանրագրի ստուգում են յուրաքանչյուր առողջապահական հաստատության կողմից նախորդ տարվա ընթացքում կատարված բժշկական օգնության և ծառայությունների ծախսերը:

Առողջապահության բյուջեն միասնական է, քանի որ այն ներառում է ինչպես ընթացիկ, այնպես էլ կապիտալ ծախսեր: Այն ազգային մակարդակում մշակվում է ԱՆ կողմից: Որոշ այլ նախարարությունների և գերատեսչությունների բյուջեները, ինչպիսիք են Պաշտպանության նախարարությունը և ոստիկանությունը, նույնպես պարունակում են առողջապահությանն առնչվող ծրագրեր և գործողություններ, որոնք իրականացվում են ծառայություններ մատուցող իրենց սեփական ստորաբաժանումների միջոցով: Դրանք ներառում են բանակի և այլ ծառայությունների բժշկական սարքավորումների, դեղորայքի և նյութերի ձեռքբերում և զինվորական հոսպիտալների պահպանման ծախսեր:

3.2.2 ԲՅՈՒՋԵԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ (H5). ԾՐԱԳՐԻ ՂԵԿԱՎԱՐԻ ԴԵՐԻ ՍԱՀՄԱՆԱՓԱԿ ՇՐՋԱՆԱԿ և ՃԿՈՒՆՈՒԹՅՈՒՆ

2019 թվականից Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեն կազմվում է ծրագրային բյուջետավորման սկզբունքով. առողջապահության ոլորտն այն օգտագործում էր ավելի քան մեկ տասնամյակ: Պետական բյուջեն դասակարգում է ծախսերը ըստ գործառնությունների և ըստ տնտեսագիտական դասակարգիչների: Բյուջետային բուլր ծրագրերն ու միջոցառումները ներկայացված են և ծրագրային, և սողային տեսքով: Առողջապահական բյուջեի ծախսերի մեծ մասը բաղկացած է ՀԱԾ ծրագրերից և գործողություններից: Դրանք համախմբված են տնտեսական դասակարգման ներքո և նշված են որպես «ապրանքների և ծառայությունների գնումներ»՝ առանց ծախսերի կատեգորիաների հետագա հեզբուման, ինչպիսիք են աշխատավարձերը և կոմունալ ծախսերը: Բացառությունները ներառում են ԱՆ աշխատակազմի պահպանման ծախսերը և դոնորների կողմից ֆինանսավորվող որոշ ծրագրեր: Առողջապահության ոլորտի բյուջեի միակ պատասխանատուն ԱՆ է:

2004 թ-ին կառավարությունը ծրագրային բյուջետավորման (ԾԲ) պիլոտային ծրագրեր իրականացրեց երեք ոլորտներում, ներառյալ առողջապահությունը: Սկզբնապես, բյուջեի ծրագրերի սահմանման համար ԾԲ-ն կիրառում էր ծախսերի առկա գործառնության դասակարգումով Առողջապահական պետական նպատակային ծրագրի (ԱՊՆԾ) գործողությունները: Առողջապահության բյուջեում ծրագրերի քանակը սարիների ընթացքում վտվոխվել է: 2016 և 2018 թվականների ընթացքում կար 8 ծրագիր. 2019-ին՝ 12-ը. ծրագրերի շրջանակներում միջոցառումների թիվը տարեցտարի տատանվում է. այն 2016-ի 73-ից նվազել է մինչև 53՝ 2019-ին (Աղյուսակ 11): Բյուջեի հավելվածը պարունակում է միջոցառումների մակարդակի 168 վերջնարդյունքների և էլֆային ցուցանիշներ. ծրագրային մակարդակում ցուցանիշներ չկան: 2019 թվականից ամբողջ պետական բյուջեն ներկայացվում է Ազգային ժողով՝ օգտագործելով ԾԲ դասակարգումներ, ներառյալ ոչ ֆինանսական արդյունքի ցուցանիշները: 2019 թվականից սկսած արդյունքների ցուցանիշները բերված են ավյալ տարվա պետական բյուջեի հավելված 1-ի աղյուսակ 2-ում, որը քայլ է դեպի վերջնարդյունքի և կատարողականի միաված մշտադիտարկում: 2019 թ.-ի առողջապահության բյուջեի ծրագրերի և միջոցառումների ամբողջական ցանկը հասանելի է Ֆինանսների նախարարության կայքում:⁴²

ԱՂԹՈՒՍԱԿ 11 • Առողջապահական բյուջեի ծրագրերը, միջոցառումները և ցուցանիշները Հայաստանում, 2016–2019թթ.

ՄԻԱՎՈՐ	2016	2017	2018	2019
Ծրագիր	8	8	8	12
Միջոցառում	73	74	43	53
Ծրագրի ցուցանիշներ	0	0	0	0
Արդյունքային ցուցանիշներ	168	172	129	168

Աղբյուրը. ՀՀ բյուջետային օրենքները, 2016-2019թթ.

Առողջապահական ծառայություններ մատուցող ընկերությունների հետ կնքված պայմանագրերում ԱՆ-ն կիրառում է առողջապահական բյուջեի դասակարգումը ըստ ծրագրերի և միջոցառումների: Բուժօգնությունների հետ պայմանագրերը ներառում են Հավելված, որում նշված է տարեկան բյուջեն: Այս բյուջեն համապատասխանում է առողջապահության բյուջեի ֆունկցիոնալ դասակարգմանը, որպեսզի առողջապահական ծառայություններ մատուցողները հետևեն յուրաքանչյուր առանձին բյուջետային գործունեության ներքո մատուցվող ծառայությունների ծավալին և զեկուցեն դրա մասին:

Եթե ֆինանսական տարվա ընթացքում բյուջեի ծախսային ծրագրերի միջև վերաբաշխումներ իրականացնելու անհրաժեշտություն կա, ԱՆ-ն առաջարկ է ներկայացնում ՀՀ ՖՆ և այդ վերաբաշխումների համար ստանում է առարկության բացակայության մասին ծանուցում: Կառավարությունը պետք է հաստատի վերաբաշխումները: Ոլորտի ծախսային ծրագրերի կառավարության կողմից վերաբաշխումներ իրականացնելու համար կա 3 տոկոսի սահմանաչափ, եթե տվյալ տարվա պետական բյուջեի մասին օրենքով այլ բան նախատեսված չէ: Այս սահմանաչափը գերազանցող վերաբաշխումները հաստատվում են Ազգային ժողովի կողմից. վերջին 10 տարվա ընթացքում նման հաստատումներ չեն կատարվել: Առողջապահության ոլորտում բյուջեի հիմնական վերաբաշխումները տեղի են ունենում տարեվերջին՝ իննամսյա գործունեության հաշվետվությունների հիման վրա: Դրանց մեկնարկից մինչև իրականացում պահանջվում է մոտ երկու ամիս: Այս գործընթացը կարող է բացասաբար ազդել ծառայությունների մատուցման վրա, քանի որ առողջապահական հաստատությունները կամ հրաժարվում են անհրաժեշտ բուժօգնություն տրամադրել հիվանդներին, բացառությամբ արտակարգ իրավիճակների, կամ հիվանդներին հերքագրում են մինչև վերանայված բյուջեների մասին պաշտոնական տեղեկացումը, երբ հաստատվում են պահանջվող պայմանագրային փոփոխությունները:

ԾԲ-ն պահանջում է մատաղիտարիման և կառավարման ուժեղացված մեխանիզմներ: ԱՆ առողջապահության բաղաձայնության վարչությունները վերահսկում են առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի ձևակերպումը և վերանայումը և որոշակի ներգրավվածություն ունեն ՄԺԾԾ-ի և բյուջետային ծրագրերի ոչ ֆինանսական ցուցանիշների սահմանման գործում: Այնուամենայնիվ, դրանք ուղղակիորեն ներգրավված չեն առողջապահական բյուջեի ձևավորման և կատարման գործընթացներում, մասնավորապես՝ պլանավորման և մատաղիտարիման ֆինանսական ցուցանիշների կապակցմանը ոչ ֆինանսական ցուցանիշների հետ: Պետական հատվածում, ներառյալ ԱՆ-ում, առկա է նաև ընդհանուր ընկալում, որ բյուջետավորումը ֆինանսատնտեսական և հաշվապահական հաշվառման վարչությունների պարտականությունն է: ԾԲ- ի տեսանկյունից չափազանց կարևոր է նաևակել ծրագրերի ղեկավարներ առողջապահական բաղաձայնության մշակող այն ստորաբաժանումներին, որոնք պատասխանատու են յուրաքանչյուր բյուջետային ծրագրի իրականացման համար: Ոչ ֆինանսական վերջնարդյունքների ցուցանիշները, որոնք ԾԲ համակարգի հիմնական մասն են հանդիսանում, սահմանվում են բյուջետային ծրագրերի շրջանակներում իրականացվող գործունեության մակարդակում: Այնուամենայնիվ, այս ցուցանիշների վերաբերյալ կատարողականը պետք է մանրակրկիտ գնահատվի և ներառվի պետական բյուջեի հատկացումների առաջնահերթությունների սահմանման գործընթացում: Այս եզրակացությունները համառոտ չեն Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության՝ Հայաստանի առողջապահության ոլորտում ԾԲ- ի վերաբերյալ 2018-ի գեկույցի հիմնական եզրակացություններին:⁴³ Դրանք հիմնավորվում են պետական պաշտոնյաների հետ հարցազրույցներից ստացված տեղեկատվությամբ, ներառյալ ընթացիկ ուսումնասիրության նախնական արդյունքները ֆինանսական և սոցիալական ընթացքում ստացվածները (Տես ՀԱՎԵԼՎԱԾ Բ. ՍԵՄԻՆԱՐԻ ՄԱՍՆԱԿԻՑՆԵՐԸ):

3.2.3 ԻՊԱՏԱԿԱՅԻՆ ԵԿԱՄՏԻ ԿԱՆԽԱՏԵՍՈՒՄ (H6). ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԵԿԱՄՏԻ ԿԱՆԽԱՏԵՍՄԱՆ ԿԱՅԱՑԱԾ ՀԱՄԱԿԱՐԳԵՐԻ ԲԱՑԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ

Հայաստանը չունի պետական բյուջեի եկամուտներ, որոնք նպատակային ձևով նախատեսված են բացառապես առողջապահության ոլորտի համար (ինչպիսին են ծխախոտի կամ ալկոհոլի հարկերը). առողջապահության ոլորտին պետական ֆինանսավորում է տրամադրվում ընդհանուր հարկային եկամուտներից: Առողջապահության ոլորտի բոլոր հասույթները, ինչպիսիք են լիցենզիայի վճարները, ներառված են պետական բյուջեում և չեն կարող պահպանվել ԱՆ կողմից բացառիկ օգտագործման համար: Պետական առողջապահական հաստատությունները գործում են որպես անկախ կենտրոններ: Առողջապահական ծառայությունների համար վճարները համարվում են հաստատության եկամուտները: Առողջապահական հաստատությունները կանխատեսում են իրենց տարեկան եկամուտները (գրպակից դուրս վճարներից)՝ էլևելով նախորդ տարվա փաստացի եկամուտներից և ընթացիկ տարվա համար ՊԱԳ-ի հետ կնքված ՀԾՓ ծառայությունների պայմանագրից:

Հաստատությունները կարող են տարբեր չափով դիտարկել իրենց կողմից մատուցվող ծառայությունների կառուցվածքի պլանային փոփոխությունները կամ ՀԾՓ-ի վերանայման հավանական ազդեցությունը գրպանից դուրս վճարներից կանխատեսվող ֆինանսական հոսքերի վրա: Եկամուտների կանխատեսման համար պաշտոնական ուղեցույցներ կամ ընթացակարգեր չկան:

Գրպանից դուրս վճարները առողջապահական հաստատության իրավասությունն են. կառավարությունը պաշտոնական դերակատարություն չունի գների սահմանման գործում:

Գրպանից դուրս վճարների չափի վերաբերյալ ԱՆ կանոնակարգերը, ինչպիսիք են կողմնորոշ սահմանաչափերը, պարտադիր չեն առողջապահական հաստատությունների համար և խստորեն չեն կիրառվում: Առողջապահական հաստատությունները, որոնք ԱՆ-ի հետ պայմանագիր ունեն ՀԾՓ ծառայությունների համար, գրպանից վճարումների վերաբերյալ ամենամյա տվյալներ են տրամադրում ՊԱԳ-ին և եռամսյակային հաշվետվություններ են ներկայացնում ՀՀ ԱՆ՝ ներառելով հիմնական ֆինանսական և այլ կատարողական ցուցանիշները: Հաշվետվության այս պահանջը հաստատված է կառավարության որոշմամբ և վերջերս վերանայվել է:⁴⁴ Գրպանից դուրս վճարումների կանխատեսումները բյուջեի կազմման նպատակով չեն կոնսոլիդացվում մարզային կամ ազգային մակարդակներում. դրանք ուսումնասիրվում են միայն հաստատության մակարդակում:

3.2.4 ԾԱԽՍԵՐԻ ԲՅՈՒՋԵՏԱՎՈՐՄԱՆ ՄԻՋՆԱԺԱՄԿԵՏ ՀԵՌԱՆԿԱՐ (H7). ՈՂՈՐՏԻ ԵՐԿԱՐԱԺԱՄԿԵՏ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏ ԱՆՀԱՄԱՐԺԵՔ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆԵՑՈՒՄ

Հայաստանը ՄԺԾԾ-ներն իրականացնում է 1999 թվականից: Բոլոր համապատասխան գերատեսչությունները, ներառյալ ԱՆ-ը և մարզային իշխանությունները, մշակում և ՖՆ են ներկայացնում ՄԺԾԾ նախագծերը: ՖՆ-ը մշակում է համախմբված ՄԺԾԾ-ն, որը ներկայացնում է կառավարության հաստատմանը: Առողջապահական ծառայություններ մատուցողները ներգրավված չեն ՄԺԾԾ-ի պատրաստման գործընթացում: Կառավարությունը պետական մարմինների հետ ֆնանսավում է ՄԺԾԾ նախագիծը և որոշ հեզբուսումներից հետո այն հաստատում: Համաձայն «Բյուջետային համակարգի մասին» օրենքի, հաջորդ ժամանակահատվածի ՄԺԾԾ-ն պետք է հաստատվի մինչև ընթացիկ տարվա հուլիսի 10-ը և հրապարակվի մինչև հուլիսի 20-ը: Այնուհետև այն ուղարկվում է Ազգային ժողով՝ ի գիտություն: Այս գործընթացն իրականացվում է ամեն տարի և ընդգրկում է երեք տարվա ժամանակահատված (Աղյուսակ 12):

ԱՂՅՈՒՍԱԿ 12 • Միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիրը (ՄԺԾԾ) և Հայաստանի առողջապահության ոլորտի բյուջետային ֆինանսավորումը, 2017–22թթ (մլն. դրամ)

ՄԻԱՎՈՐ	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ՄԺԾԾ 2017–19	86,392.5	83,575.8	82,287.6	n.a.	n.a.	n.a.
ՄԺԾԾ 2018–20	n.a.	78,377.4	75,903.6	73,599.8	n.a.	n.a.
ՄԺԾԾ 2019–21	n.a.	n.a.	90,007.4	106,570.0	117,179.2	n.a.
ՄԺԾԾ 2020–22	n.a.	n.a.	n.a.	107,213.3	115,287.3	126,350.3
Հաստատված բյուջե	85,880.2	84,074.2	89,590.0	n.a.	n.a.	n.a.
ձեզբրված բյուջե	85,714.8	83,278.2	103,790.1	n.a.	n.a.	n.a.
Կատարված բյուջե	83,215.4	79,574.2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

Աղբյուրը՝ Ֆինանսների նախարարություն
Նշում Ռ.Ձ.՝ կիրառելի չէ

ՄԺԾՄ-ն ներկայացնում է մակրոտնտեսական և համախառն հարկաբյուջետային ցուցանիշների կանխատեսումներ՝ բյուջեի ծրագրերով ներկայացված ծախսերով և ըստ տնտեսական, գործառնական և վարչական դասակարգումների: Այն պարունակում է տեղեկատվություն եկամուտների, ծախսերի և պակասուրդի վերաբերյալ: Այն նաև մանրամասնում է հարկաբյուջետային սկզբունքները, ուսկերը, մակրոտնտեսական կանխատեսումները, ուղարկի վերլուծությունը, սովյալ ժամանակահատվածի համար ուղարկի հայտարարված գերակայությունները և մանրամասն տեղեկատվություն ուղարկների ծրագրերի և դրանց նպատակների վերաբերյալ: 2019 թվականից սկսած հաջորդ տարվա բյուջեի նախագիծը հաստատվել է ՄԺԾՄ-ի հետ գույքահեռ և, հետևաբար, կազմում է ՄԺԾՄ եռամյա շրջափուլի առաջին տարվա ծրագիրը: Գործառնական տեսակետից այս մոտեցումը տրամաբանական է: Այնուամենայնիվ, դա չի համապատասխանում «ներքևից վերև» տարեկան բյուջետավորման հիմնական սկզբունքին, որը հիմնված է նույն տարվա բյուջեից առաջ մշակված ՄԺԾՄ-ի վրա: ՄԺԾՄ-ն ներկայացվում է որպես բյուջեի հավելված: Այնուամենայնիվ, Ազգային Ժողովը հաստատում է միայն տարեկան բյուջեի մասին օրենքը: Հաստատված բյուջեի հավելված հանդիսացող ՄԺԾՄ-ի երկրորդ և երրորդ տարիների ցուցանիշները ըստ էության հանդիսանում են կանխատեսումներ և կարող են էականորեն տարբերվել փաստացի ցուցանիշներից: 2019 թվականի հունիսին կառավարությունը լրացուցիչ 12 միլիարդ դրամ հատկացրեց առողջապահության ոլորտին՝ ՀԾՓ ծածկույթի ընդլայնման համար՝ ընթացիկ տարվա առողջապահական բյուջեի ավելացնելով 13,1 տոկոսով: Առողջապահության ոլորտի ավելի մեծ եկամուտներն ու հատկացումները ողջունելի զարգացումներ են, բայց դրանք կարող են վկայել ՄԺԾՄ-ի և բյուջեի գործընթացներում ճշգրիտ կանխատեսումների և պլանավորման բացակայության մասին, ինչը լուծման կարիք ունի:

3.2.5 ՓՈՒՍԱՆՑՈՒՄՆԵՐ ՏԱՐԱԾՔԱՅԻՆ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ՄԱՐՄԻՆՆԵՐԻՆ (H8). ՍԱՀՄԱՆԱՓԱԿ և ՀԱՃԱԽ ԱՄԲՈՂՁՈՒԹՅԱՄԲ ԶԿԱՏԱՐՎԱԾ ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ԱՌՈՂՁԱՊԱՀԱԿԱՆ ԲՅՈՒՋԵՆԵՐ

Պարտադիր չէ, որ առողջապահության ոլորտը լինի տարածքային կառավարման ուժադրության կենտրոնում՝ հաշվի առնելով երկրի կառավարության կենտրոնական դերը: Հայաստանն ունի 1002 բնակավայր՝ քաղաքներ և գյուղեր, որոնք բաժանված են 502 համայնքի: Համայնքների բյուջեները հաստատվում են ընտրված ավագանիների կողմից և ներառվում պետական բյուջեում: Կոնկրետ առողջապահության ոլորտի համար պետական բյուջեից և համայնքների բյուջեներից փոխանցումներ չեն կատարվում: Բոլոր փոխանցումները նախատեսված են ՏԻՄ-ի ընդհանուր եկամուտների համար: Համայնքները կարող են ունենալ առողջապահական հաստատություն, սովորաբար գյուղական ամբուլատորիա կամ առողջության առաջնային պահպանման կենտրոն, որն ուղղակիորեն ՀԾՓ ծառայությունների մատուցման պայմանագիր է կնքում ՊԱԳ-ի հետ և ֆինանսավորվում է առողջապահության պետական բյուջեից:

Համայնքները կարող են նաև գումարներ ծախսել առողջապահության վրա ինչպես կապիտալ, այնպես էլ ընթացիկ ծախսերի համար, սակայն այդպիսի ծախսերը նշանակալի դեր չեն խաղում առողջապահության պետական ֆինանսավորման մեջ: Համայնքների առողջապահական բյուջեները սահմանափակ են, և համայնքների մակարդակով բյուջեի կատարումը շատ ավելի ցածր է, քան պետական մակարդակում: 2018 թ.-ին համայնքների նախատեսված առողջապահական ընդհանուր ծախսերը կազմել են 351 մլն դրամ, որից 263 մլն-ը (75 տոկոսը) երևան համայնքի առողջապահական բյուջեի էր (տես ՀԱՎԵԼՎԱԾ Զ. ԱՌՈՂՁԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ և ԲՅՈՒՋԵՏԱՎՈՐՄԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ և ՀԱՄԵՄԱՏԵԼԻ ԵՐԿՐՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ)): Այս ցուցանիշը կազմում է 2018 թ. պլանավորված առողջապահության պետական բյուջեի ընդամենը 0.4 տոկոսը և երկրի պլանավորված համայնքային բյուջեի ընդհանուր ծախսերի 0.2 տոկոսը: Համայնքների առողջապահական բյուջեների կատարման մակարդակը կազմել է 56.7 տոկոս (65.3 երևանի համար և 30.8 տոկոս մնացած համայնքների համար՝ միասին): Համայնքների առողջապահական բյուջեները կազմել են պետական մակարդակով առողջապահական ծախսերի ընդամենը 0.3 տոկոսը և համայնքային բյուջեի փաստացի ծախսերի 1.7 տոկոսը:

3.3 ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐԻ ՀՈՍՔԵՐ

3.3.1 ՏԱՐՎԱ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐԻ ԿԱՆԽԱՏԵՍԵԼՅՈՒԹՅՈՒՆ (H9). ՏԱՐՎԱ ԱՌԱՋԻՆ ԵՐԿՈՒ ԱՄԻՍՆԵՐԻՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՆ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ՀԱՏԿԱՑՄԱՆ ՈՒՇԱՑՈՒՄՆԵՐ

Առողջապահության բյուջեի կատարումը ազգային մակարդակում գոհացուցիչ է: Այնուամենայնիվ, այն զգալիորեն տարբերվում է ըստ բյուջետային ծրագրերի և տարիների: 2008-ից 2019 թվականների ընթացքում առողջապահության բյուջեի կատարման մակարդակը տատանվում էր 87,7 տոկոսից (2009 թ.) մինչև 99,8 տոկոս (2015 թ.) (տես ՀԱՎԵԼՎԱԾ Զ. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԵՎ ԲՅՈՒՋԵՏԱՎՈՐՄԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԵՎ ՀԱՄԵՄՏԵԼԻ ԵՐԿՐՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ): Առողջապահության բյուջեի 2009 թ.-ի համեմատաբար ցածր կատարումը 2008-ի համաժայռային ֆինանսական հզորության սնունդային վրա ազդեցության արդյունք էր: Վերջին տասնամյակում ըստ բյուջետային ծրագրերի առողջապահական բյուջեի կատարման վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ առողջապահական բյուջեի ՀԾՓ-ի հետ կապված մասի, այսինքն՝ ամբուլատոր և ստացիոնար բուժօգնության ծրագրերի ուղղությամբ կատարվող ծախսերի կատարման մակարդակը կազմել է առնվազն 98 տոկոս: Հատկացումների թերծախսը, հիմնականում ԱՆ կողմից դեղորայքի կենտրոնացված գնումների շնորհիվ խնայողությունների կամ դոնորների կողմից ֆինանսավորվող ծրագրերի իրականացման հետաձգման արդյունք է:

ՖՆ-ն իր Գանձապետական միասնական հաշվում (ԳՄՀ) ապահովում է բավարար միջոցներ պետական բյուջեով նախատեսված ծախսերի ֆինանսավորման համար՝ ապահովելով, որ պարտավորությունները կատարվեն ըստ սկզբնական կամ վերանայված ծախսերի ժամանակացույցի: ԳՄՀ-ն, որը համախմբում է ամբողջ պետական բյուջեն և արտաբյուջետային, ավանդային և դրամայնացման հաշիվները, Գանձապետարանի անունով բացված հաշիվ է Կենտրոնական բանկում: Բոլոր կանխիկ մնացորդները հաշվարկվում են ամեն օր և համախմբվում են ԳՄՀ-ի ներքո: Երկրի կառավարության և համայնքների տրամադրության տակ եղած բոլոր ռեսուրսները մուտք են գործում այնտեղ, և բոլոր վճարումները կատարվում են այդ հաշվից: 2011 թ.-ին կառավարությունը գանձապետարանում համախմբեց օտարերկրյա ֆինանսավորմամբ տրամադրվող վարկերի և դրամաճանաչային ծրագրերի բոլոր հատուկ հաշիվները: Այս հաշիվները արտաբյուջետային ենթահաշիվներ են ԳՄՀ-ում, որոնք բացվել են ծրագրերի իրականացման գրասենյակի անունով:

Մինչև 2012 թվականը օտարերկրյա ֆինանսավորումով որոշ ծրագրերի շրջանակներում հատկացումներն իրականացվում էին շահառուներին ուղղակի վճարումների տեսքով: 2012 թվականից այս ծրագրերի շրջանակներում կատարված վճարումներն ու ծախսերը նույնպես գրանցվում են գանձապետարանի միջոցով՝ գանձապետարանի հատուկ ծրագրակազմի օգտագործումով: 2018-ին գանձապետարանին են միացել նաև բոլոր պետական ոչ առևտրային կազմակերպությունները (ՊՈԱԿ)՝ էապես բարձրացնելով իրենց գործունեության թափանցիկությունը: Նախկինում յուրաքանչյուր ՊՈԱԿ ուներ առանձին հաշիվ առևտրային բանկում: Կառավարությունը յուրաքանչյուր եռամսյակի ավարտից 40 օրվա ընթացքում Ազգային ժողով է ներկայացնում բյուջեի կատարման մասին տեղեկատվությունը, իսկ եռամսյակի ավարտից հետո՝ 45 օրվա ընթացքում, հրապարակում է այդ տեղեկատվությունը: Այն Ազգային ժողով է ներկայացնում բյուջեի կատարման տարեկան հաշվետվությունը մինչև հաջորդ տարվա մայիսի 1-ը:

Պարբերաբար ուժացումներ են տեղի ունենում ՊԱԳ-ից բուժաստատություններին դրամական միջոցների առաջին տարեկան հատկացման ժամանակ: Առողջապահության ոլորտի պատասխանատուների և հաստատությունների ղեկավարների հետ հարցազրույցները ցույց են տվել, որ ուժացումները տեղի են ունենում հաստատությունների հետ տարեկան շուրջ 500 ՀԾՓ պայմանագրի պատրաստելու և պայմանագրերը հաստատելու համար պահանջվող աշխատանքի ծավալի պատճառով: Այս գործընթացը սկսվում է հունվարի վերջին և սովորաբար ավարտվում է մինչև փետրվարի կեսերը,

այսպիսով հաստատությունները բյուջետային ֆինանսավորում չեն ստանում մինչև փետրվար: Հաստատությունների ղեկավարները տեղեկացրել են, որ քանի որ այս իրավիճակը կրկնվում է ամեն տարի, հաստատությունները կարող են նախապես սա պլանավորել՝ ապահովելով, որ տարեկազմի բանկում ունենան դրամական միջոցներ: Այնուամենայնիվ, մի քանի հաստատություններ բախվել են ֆինանսական խոչընդոտների, ինչի պատճառով ծագել է բանկերից առևտրային վարկերի անհրաժեշտություն՝ հունվար և փետրվար ամիսների իրենց ծախսերը ծածկելու համար: Բյուջեի կատարման վերաբերյալ միջանկյալ և տարեկան ֆինանսական հաշվետվությունները ներկայացվում են հստակ ժամանակացույցով, և այդ հաշվետվությունների ամբողջականությունն ապահովելու համապատասխան միջոցներ կան: Ընդհանուր առմամբ, ֆինանսական տարվա սկզբին բյուջեի կատարման գործընթացում այլ ուշացումներ չկան, ներառյալ պարտավորությունների, ստուգման, վճարման լիազորման և վճարման հետ կապված:

3.3.2 ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ ՆՊԱՏԱԿԱՅԻՆ ԵԿԱՄՈՒՏՆԵՐԻ ՀԱՎԱԲԱԳՐՈՒՄ (H10). ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅԱՆ ՄԱԿԱՐԴԱԿՈՒՄ ԹԱՓԱՆՑԻԿ, ՍՏԱՆԴԱՐՏԱՑՎԱԾ Ե ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏ ԿԱՆՈՆՆԵՐԻ ԲԱՑԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ

Հայաստանում բացակայում են հաստատությունների մակարդակում գնագոյացման միասնական և թափանցիկ մեխանիզմներ՝ ՀՄՓ-ում չներառված ծառայությունների համար: Հաստատությունների ղեկավարներն ինքնավարություն ունեն գնացուցակները սահմանելու հարցում: Սովորաբար նույն տեսակի ծառայությունների գները տարբեր են տարբեր հաստատություններում: Վերադառնալով ծառայությունների գները մարզային առողջապահական հաստատություններում, որպես կանոն, ավելի ցածր են, քան Երևանում գտնվող բժշկական կենտրոններում՝ ծառայությունների ավելի բարձր ընկալվող որակի և բնակչության վնասվածքային, այլ ոչ թե ծառայությունների մատուցման էականորեն տարբեր գների արժեքի արդյունքում: ԱՆ-ն տրամադրում է ուղեցույցներ՝ ՀՄՓ ծառայությունների պայմանագրեր կնքած հաստատությունների համար նվազագույն և առավելագույն գների վերաբերյալ: Այնուամենայնիվ, այս սահմանափակումները պարտադիր իրավական բնույթ չեն կրում հաստատությունների ղեկավարների համար և չեն պահպանվում հանրապետության կերպով:

Գրպանից դուրս պաշտոնական վճարները զանձվում են հաստատության դրամարկի կանխիկ վճարումների, բանկային փոխանցումների կամ վճարային քարտով վճարումների միջոցով և սովորաբար պատճառ ձևով գրանցվում են: Կատարվում են նաև գրպանից ոչ ֆորմալ վճարումներ՝ որպես բժշկական անձնակազմին «Շնորհակալություն»՝ կանխիկ վճարումների կամ բնախրային տեսքով: Այս վճարները դժվար է վերահսկել, քանի որ դրանք պաշտոնապես չեն գրանցվում և չեն կարգավորվում: Բուժաշխատողների թերի վարձատրությունը կարող է նպաստել գրպանից ոչ ֆորմալ վճարումների: Առողջապահական ծառայություններ մատուցողները կարող են նաև պաշտոնական բնախրային ներդրումներ ստանալ որպես մարդասիրական օգնություն՝ ԱՆ-ից կամ բարերարներից, ինչպիսիք են սիյուսի կառույցները կամ հասարակական կազմակերպությունները: Այս ներդրումները հաստատության եկամուտներն են:

3.3.3 ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՈՂՈՐՏԻ ԵԿԱՄՈՒՏՆԵՐԻ ՀԱՇՎԱՌՈՒՄ (H11). ՊԵՏԱԿԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱԿԱՐԳԵՐԻ Ե ԳՈՐԾԸՆԹԱՑՆԵՐԻ ԶԳԱՍԻ ՏԱՐԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Առողջապահական հաստատություններն ունեն իրենց ֆինանսական ռեսուրսները կառավարելու ինքնավարության բարձր մակարդակ: Հաստատությունները պահպանում են իրենց հավաքագրած եկամուտները՝ ներառյալ պաշտոնական վճարովի ծառայությունները, բնախրային հատկացումները և վարձակալության վճարները, և դրանք ծախսում են հաստատության հաստատված բյուջեի հիման վրա: Բժշկական ծառայություններն ազատված են ավելացված արժեքի հարկից (ԱԱՀ): Այս

գեկույցի համար հարցված անձինք նշել են, որ հաստատությունների եկամուտներին հետևում են հիմնականում քոլբային կամ Excel- ի վրա հիմնված գործիքների միջոցով: Ավելի մեծ պետական և մասնավոր հիվանդանոցներն օգտագործում են հատուկ հաշվապահական ծրագրեր, որոնք նաև մասամբ հանդիսանում են կառավարիչների համար ֆինանսական կառավարման գործիք: Այնուամենայնիվ, հետազոտության մեջ ներառված առողջապահական հաստատություններից ոչ մեկում ֆինանսական կառավարման հատուկ ծրագրակազմ չի հայտնաբերվել: Եկամտի տարբեր աղբյուրների համար կառավարության կողմից հաստատված ծախսերի ոչ մի կանոն կամ կանոնակարգ չի կիրառվում: Հաստատությունները հետևում են ներքին գործելակարգերին և սահմանում ծախսերի գերակայությունները աշխատավարձերի, հարկերի, դեղորայքի և պարագաների, կոմունալ ծառայությունների և այլ ծախսերի համար:

Բոլոր պետական հաստատություններն ունեն տարեկան բյուջեներ, որոնք հաստատվում են դրանց համապատասխան կառավարման մարմինների կողմից: Այս կառավարման մարմինները կարող են լինել մարզպետները, համայնքների ղեկավարները կամ ԱՆ-ը: Մասնավոր հաստատությունները կարող են տարեկան բյուջե ունենալ կամ չունենալ. որոշումը կայացնում են սեփականատերերը և ղեկավարությունը: Հաստատության բյուջեները կարող են վերանայվել տարվա ընթացքում, հիմնականում ԱՆ-ի կողմից վերանայված ֆինանսավարման արդյունքում, կախված ՀՄՓ-ի ներքո մատուցվող ծառայությունների ծավալից: Պետական հաստատությունները ամսական, եռամսյակային և տարեկան ֆինանսական հաշվետվություններ են ներկայացնում իրենց համապատասխան ղեկավար մարմիններին, ներառյալ տեղեկություններ հավաքագրված եկամուտների վերաբերյալ: Մասնավոր բնաիրային ներդրումները արտացոլվում են հաստատությունների եկամուտներում՝ ելնելով դրանց դրամական արժեքից, որը սովորաբար սահմանում է դոնորը: Այնուամենայնիվ, այս դրամական արժեքը կարող է ճշգրտվել հաստատության ղեկավարի կողմից ստեղծված ներքին գնահատման հանձնաժողովի կողմից:

Գանձապետարանից կատարված վճարումները ժամանակին մշակվում են էլեկտրոնային վճարային համակարգի միջոցով: Առավելագույնը երկու-երեք օր է պահանջվում վճարումների հաստատման և ֆինանսական միջոցների՝ հաստատությանը հասնելու համար: Առողջապահական հաստատություններն իրենց եկամուտների 60–100 տոկոսը ստանում են բանկային կամ գանձապետական հաշիվների միջոցով: Ծախսերի գրեթե 100 տոկոսը, ներառյալ աշխատավարձի վճարումները, կատարվում են փոխանցումների միջոցով: Գանձապետական և բանկային հաշիվների գործարքները կարգավորվում են և խոչընդոտներ չեն առաջացնում ծառայությունների մատուցման համար: Բանկային հաշիվներից կանխիկացումը հավաղեպ է կիրառվում, իսկ հաշիվներին կանխիկ դրամական միջոցների մուտքագրումը հեշտությամբ է կատարվում: Բոլոր պետական և մասնավոր հաստատությունները, բացառությամբ ՊՈԱԿ-ների, ունեն հաշիվներ առևտրային բանկերում:

3.3.4 ԳՆՈՒՄՆԵՐԻ ՄԵՆԱՆԻԶՄՆԵՐ (H12). ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԵՐԻ ԿՆՔՄԱՆ ՀԱՐՑՈՒՄ ՕԲՅԵԿՏԻՎ ԶԱՓԱՆԻՇՆԵՐԻ ԲԱՑԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

ՀՄՓ-ի ներքո բժշկական ծառայությունների գնումը կատարվում է ուղիղ պայմանագրերի միջոցով: Ի տարբերություն դրա, դեղորայքի և բժշկական պարագաների բյուջեի հաշիվն գնումը սովորաբար իրականացվում է մրցութային գործընթացների միջոցով: Դեղերի և պարագաների ոչ մրցակցային գնումները կարող են թույլատրվել կառավարության հատուկ որոշումով՝ որոշակի լայնածավալ գործարքների համար: ՀՄՓ-ի ներքո մատուցվող ծառայությունների ուղղակի պայմանագրերի կնքումը ԱՆ-ին վերապահվում է կառավարության՝ պետական գնումների ընթացակարգերը կարգավորող որոշումով: Այս որոշումով սահմանվում է ապրանքների և ծառայությունների ցուցակը, որոնք կարելի է ձեռք բերել մեկ աղբյուրից՝ վաճառողների և ծառայություններ մատուցողների հատուկ կամ բացառիկ իրավունքը հաշիվ առնելով:⁴⁵ ԱՆ-ն կարգավորում և իրականացնում է պայմանագրային մեխանիզմները, որը կոչվում է «պետպատվերի տեղադրման» գործընթաց: Բոլոր լիցենզավորված առողջապահական ծառայություններ մատուցող ընկերությունները, որոնք մտադիր են ՀՄՓ պայմանագիր ունենալ, պետք է յուրաքանչյուր տարի դիմում ներկայացնեն ԱՆ, ներառյալ տեղեկություններ իրենց

մասնագիտական և տեխնիկական կարողությունների, իրենց մատուցած ծառայությունների ցանկի և մարդկային ռեսուրսների մասին: Առողջապահության նախարարի հրամանով ստեղծված հանձնաժողովը վերլուծում է դիմումները և նախարարին առաջարկում է հաստատության հետ պայմանագիր կնքել կամ դիմումը մերժել: Պայմանագրերի կնքման և ՀՄՓ-ի ներքո մատուցվող ծառայությունների վերաբերյալ վերջնական որոշումը հաստատվում է նախարարի հրամանով: Դրանից հետո ՊԱԳ-ը պատրաստում է պայմանագրերը:

Գանձապետական ընթացակարգերը պահանջում են տարեկան կարվաճճով հաստատել բյուջեի ընդհանուր սահմանաչափը՝ յուրաքանչյուր հաստատության առողջապահական բյուջեի ծրագրի յուրաքանչյուր հատկացման համար:

Ապագա սահմանաչափերի սահմանումը դրսևացնում է ծախսերի կանխատեսելիությունը, սակայն կարող է նաև սահմանափակել ԱՆ և բուժհաստատությունների՝ բնակչության առողջապահական կարիքներին արձագանքելու հնարավորությունը: Յուրաքանչյուր ֆինանսական տարվա սկզբին առողջապահական հաստատությունները առողջապահական բյուջեի յուրաքանչյուր ծրագրի շրջանակներում ստանում են նախապես սահմանված առավելագույն գումար՝ մատուցվող ծառայությունների շրջանակի հիման վրա: Նախատեսվում է այդ միջոցները համամասնորեն ծախսել տարվա ընթացքում: ԱՆ-ը ըստ բյուջետային ծրագրերի միջոցներ է հատկացնում տարբեր բուժհաստատությունների: Հատկացումները հաճախ հիմնված են պատմական օրինաչափությունների վրա, հետագա ընթացիկ փոփոխություններով՝ ըստ առողջապահական բյուջեի չափի: ԱՆ-ն տարվա ընթացքում պարբերաբար վերանայում է հաստատությունների բյուջեները՝ դրանց իրական և ակնկալվող կատարողականի հիման վրա (որտեղ կատարողականը չափվում է մատուցվող ծառայությունների ծավալի տեսանկյունից): Առկա է նաև առողջապահական բյուջեի ծրագրերի և գործունեության միջև միջոցների վերաբաշխման ընթացակարգ: Այս ընթացակարգը պահանջում է նախնական բույլավորություն ՖՆ-ից, բարդ է և ժամանակատար: Հիվանդների ավելի մեծ հոսք ունեցող առողջապահական հաստատությունները չունեն երաշխիք, որ կստանան ամբողջական փոխհատուցում, եթե գերազանցեն իրենց տարեկան բյուջեն: Բյուջեի սահմանափակումները հաղորհարելու համար հաստատությունները ՀՄՓ - ի ներքո ծառայությունների համար իրավունակ հիվանդներին հերքաբարում են:

Կառավարությունը մասնակիորեն լուծեց այս մարտահրավերը 2019 թվականին՝ փոփոխություն մտցնելով հաստատության մակարդակով բյուջետային մեխանիզմում առողջապահական բյուջեի երեք ծրագրերի համար (ճննդոզություն, սրտի անհետաձգելի վիրահատություններ և զինծառայողների և նրանց ընտանիքի անդամների բժշկական օգնություն):⁴⁶ 2020 թվականից սկսած՝ այդ բյուջետային ծրագրերի շրջանակներում ծառայություններ

մատուցող առողջապահական հաստատությունների համար ՀՄՓ պայմանագրերի համար չի սահմանվի կանխորոշված գլոբալ բյուջե: Ծառայությունների մատուցումը ամբողջ հանրապետությունում կսահմանափակվի միայն տվյալ բյուջետային ծրագրի ընդհանուր չափով: ԱՆ և ՖՆ կողմից ստացված արձագանքներից կարելի է ենթադրել, որ 2019 թ.-ին բյուջեի ծրագրերի և միջոցառումների միջև միջոցների վերաբաշխման աշխատանքային մեխանիզմները էապես բարելավվել են, ուստի գործընթացը պահանջում է ավելի էիջ ժամանակ և ջանք:

3.3.5 ԱՇԽԱՏԱՎԱՐՁԻ ՎԵՐԱՀՄԿՄԱՆ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐ (H13). ՍԱՀՄԱՆԱՓԱԿ Ե ՈՉ ՍՏԱՆԴԱՐՏԱՑՎԱԾ Է ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅԱՆ ՄԱԿԱՐԴԱԿՈՒՄ Ե ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՈՂՈՐՏԻ ՄԱԿԱՐԴԱԿՈՒՄ ԻՆՏԵԳՐՄԱՆ ԲԱՑԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ

Հաստատության մակարդակում չկան հաստատված աշխատակազմի հաստիքների կամ աշխատավարձի ցուցակների լիարժեք ոլորտային ցուցակներ: Առողջապահության ոլորտում չկա նաև անձնակազմի տվյալների համապարփակ և լիարժեք շտեմարան: ԱՆ անձնակազմի կառավարման վարչությունը, որը պատասխանատու է առողջապահության ոլորտի կազմերի համար, պարբերաբար հավաքում և վերլուծում է առողջապահության ոլորտում բժշկական անձնակազմի առկայության վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Այս վերլուծությունը հետևում է մարզային բուժհաստատություններում թափուր

պատոճներին և պարբերաբար թարմացվում է ԱՆ կայքում: Առողջապահության ազգային ինստիտուտի (ՀՀ ԱՆ մասն է կազմում) Առողջապահության վիճակագրության կենտրոնը հրատարակում է համապետական ագրեգացված տվյալներ բժշկական անձնակազմի քվի վերաբերյալ, ներառյալ բժիշկների ու բուժօւյրերի, ըստ մասնագիտությունների և ըստ գանվելու վայրի (Երևան և մարզեր): Այնուամենայնիվ, Հայաստանում բացակայում է հաճախակի թարմացվող, հուսալի էլեկտրոնային գործիք կամ շտեմարան, որը կարող է այդ տեղեկատվությունը տրամադրել որոշում կայացնողներին՝ ըստ պահանջի:

Առողջապահության ոլորտի աշխատավարձերի համակարգը ապակենտրոնացված է և ներառում է հաստատություններում իրականացվող գործընթացների բազմազանություն: ԱՆ աշխատակազմի աշխատավարձերի համար պատասխանատու է ԱՆ հաշվապահական հաշվառման բաժինը: Առողջապահական հաստատությունների ղեկավարները լիովին պատասխանատու են բժշկական և ոչ բժշկական անձնակազմին աշխատանքի ընդունման, աշխատանքից ազատման, աշխատավարձերի ցուցակների պատրաստման և աշխատավարձի վճարման հարցում: Աշխատակազմի հետ կապված բոլոր որոշումները, ներառյալ աշխատավարձի կարգի փոփոխությունները, սահմանված են հաստատության ղեկավարի պատճենական գրավոր հրամանով կամ աշխատանքային պայմանագրերի և դրանց փոփոխությունների միջոցով, որոնք ստորագրվում են գործատուի և աշխատողի կողմից: Հաշվապահական հաշվառման բոլոր էլեկտրոնային համակարգերը, որոնք գործում են Հայաստանի առողջապահական հաստատությունների մեծ մասում, ներառում են աշխատավարձի հաշվարկման ավտոմատացված բաղադրիչ: Այնուամենայնիվ, այս տեղեկատվությունը մուտքագրվում է ձեռքով և ուղղակիորեն կապակցված չէ անձնակազմի տվյալների բազայի հետ: Աշխատավարձի ֆոնդի վերահսկողության բաղադրիչ ներառված է «Հանրային ֆինանսների կառավարման համակարգի բարելավումների 2019-2020 ռազմավարության» և 2019 թ. նոյեմբերի 28-ի 1716-Վ համաձայնությամբ հաստատված «2019-2023թթ. Հանրային ֆինանսների կառավարման համակարգի բարելավումների գործողությունների ծրագրում»: Ըստ ռազմավարության և գործողությունների ծրագրի՝ վերահսկողությունը պետք է իրականացվի աշխատավարձի հատուկ աուդիտի միջոցով: Բոլոր պետական առողջապահական հաստատություններն իրենց աշխատողների բանկային հաշիվներին աշխատավարձը վճարելու նպատակով կատարում են էլեկտրոնային փոխանցումներ, ինչպես սահմանված է 2014 թ.-ին կառավարության կանոնակարգով: Աշխատավարձի վճարումները սովորաբար կատարվում են ժամանակին (այսինքն՝ մինչև հաջորդ ամսվա 15-ը): Այնուամենայնիվ, աշխատավարձերի ուշացումներ դեռևս առկա են: Աշխատավարձի հետադարձ հեզրոտումները շատ հազվադեպ են և հաճախ դրանք կատարվում են տվյալների մուտքագրման ընթացքում բույլ տրված սխալների հետևանքով:

3.3.6 ՈՉ ԱՇԽԱՏԱՎԱՐՁԱՅԻՆ ԾԱԽՍԵՐԻ ՆԵՐՔԻՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ (H14). ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅԱՆ ՄԱԿԱՐԴԱԿՈՒՄ ԹՈՒՅՂ և ԹԵՐԻ ԻՆՏԵԳՐՎԱԾ ՎԵՐԱՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐ

Հաստատությունների ղեկավարները ինֆնավարության բարձր աստիճան ունեն իրենց ներքին բյուջեները ծախսելու հարցում, եթե կատարում են աշխատանքային օրենսգրքով, պետական գնումների կանոնակարգերով և հարկային օրենսգրքով սահմանված ընդհանուր կանոնները:⁴⁷ Առողջապահական հաստատությունների մեծ մասը օրենսդրորեն դասակարգվում է որպես պետական բաժնետիրական ընկերություն: Նրանք վճարվում են պետական բյուջեից՝ մատուցվող ՀԾՓ ծառայությունների ծավալի հիման վրա՝ ըստ յուրաքանչյուր դեպքի համար վճարի, ըստ մարդաճեղքի վճարի կամ ծառայության դիմաց վճարի միջոցով: Վճարման այս մեխանիզմները չեն տարանջատում ծառայության ծախսերը և չեն վերահսկում ծախսերն ըստ տնտեսագիտական դասակարգման: ՖՆ-ը կիրառում է աշխատավարձի և ոչ աշխատավարձի գծով ծախսերի վերահսկման առանձին մեխանիզմներ միայն նախարարությունների, այլ պետական գերատեսչությունների և ՊՈԱԿ-ների համար: Ընդհանուր մակարդակով օրենսդրությամբ սահմանված է, որ գանձապետարանը պետք է վերահսկի պետական բյուջեով նախատեսված բոլոր տեսակի ծախսերը: Այս վերահսկողությունն իրականացվում է Treasury Operating Day (TOD, նախկինում՝ LS-Finance) SS համակարգի միջոցով: Գանձապետական համակարգով մանրամասնվում են ծախսերի հատկացման գործընթացի բոլոր

վուրեքում ավտոմատացված գրանցումների, վերահսկողության և հաստատումների ընթացակարգերը: Այս վուրեքը ներառում են հաստատված բյուջեները և դրանց թարմացումները: Էռանյակային սահմանաչափերը յուրաքանչյուր պետական մարմնի համար, ամսական վճարման ժամանակացույցները և օժանդակ փաստաթղթեր, ինչպիսիք են պայմանագրերը, ընդունման և հանձնման արձանագրությունները և վկայականները:

Գանձապետական համակարգը բարելավման կարիք ունի: Համակարգը չի ապահովում առողջապահության ոլորտում խոշոր կապիտալ ներդրումների հարկաբյուջետային հսկողությունը բարելավելու ուղղությամբ բազմաձև պարտավորությունների գրանցումը: Կառավարությունը, ինչպես նաև առանձին ոլորտները, այդ թվում՝ առողջապահության ոլորտը, չեն կարող կազմել Հայաստանի հանրային հատվածի հաշվապահական հաշվառման ստանդարտին (APRAS) համապատասխանող հաշվետվություններ: Ակտիվների և պարտավորությունների վերաբերյալ տվյալները չեն ազդեցություն ունենում հաշվետվության մեջ՝ բիզնես գործընթացների, ծածկույթի և ինտեգրման հետ կապված խնդիրների պատճառով: Առողջապահական բյուջեի կատարման հաշվետվությունը դրամարկային է և համակցված չէ հաշվեգրումների տեղեկատվության հետ: Համակարգը չունի վերլուծական և հաշվետվությունների ժամանակակից կարողություններ այնպիսի գեկույցներ կազմելու համար, որոնք համապատասխանում են ԱՆ և այլ շահագրգիռ կողմերի պահանջներին՝ սահմանափակելով առողջապահական ֆադաբանությունն մեակողների՝ առողջապահական հաստատություններում պետական բյուջեի ռեսուրսների օգտագործման արդյունավետությունն ու արտադրողականությունը վերլուծելու հնարավորությունը: Բացի այդ, Կառավարության համար անհասանելի է Գանձապետարանի էլեկտրոնային համակարգի ծրագրային կոդը, ինչը բարդացնում է համակարգում փոփոխությունների իրականացման գործընթացը: Ծրագրային կոդի բացակայությունը կամ դրան չտիրապետելը կառավարությանը կախվածության մեջ է դնում կառավարության համար տվյալ ծրագրային ապահովումը մեակած ընկերությունից և բիզնեսի շարունակականության տեսանկյունից ռիսկ է առաջացնում, քանի որ ընկերությունը կարող է դադարեցնել ծառայությունների մատուցումը:

Ներքին վերահսկողության մեխանիզմները առկա են և հիմնականում արդյունավետ, սակայն երբեմն շրջանցվում են: Այս եզրակացությունը փաստագրված է ՖՆ Ֆինանսական վերահսկողության տեսչության, ներքին աուդիտի վարչության և Հաշվեհանդիս պալատի (նախկին Վերահսկիչ պալատի) աուդիտի գեկույցներում: Այս գեկույցներում հայտնաբերվել են ներքին վերահսկողության գործընթացների խախտումներ և պետական միջոցների չարադրացված օգտագործման դեպքեր: Խախտումները վերաբերում են ակտիվների կառավարմանը, տեխնիկական և վերահսկողական այլ կանոններին, սահմանված ընթացակարգերին և նորմերին, թերի աշխատանքների ընդունմանը և դրանց վճարներին և գործարքներին ոչ պատշաճ հաշվառմանը: Վերահսկողության համակարգերի արդյունավետության գնահատումը պետական մարմինների ներքին աուդիտի ստորաբաժանումների առաջնային պարտականությունն է: ՖՆ Ֆինանսական վերահսկողության տեսչությունը ստուգում է միայն համապատասխանությունը առանձին գործարքների կանոններին՝ պետական բյուջեի կատարման տեսակետից և շրջանակներում: Ներքին աուդիտի հաշվետվությունները հայտնաբերում են պայմանագրի կատարման նկատմամբ ոչ պատշաճ վերահսկողության հետ կապված խնդիրներ, ինչպիսիք են գործարքների ոչ պատշաճ հաշվառումը: Անհրաժեշտ են ներքին վերահսկողության համակարգերի առավել համապարփակ գնահատումներ, որոնք կարող են օգնել լիարժեք պատկերացում կազմել համակարգի արդյունավետության, վերահսկողության մեխանիզմների կիրառման և դրանց համապատասխանության աստիճանի մասին:

3.3.7 ՆԵՐՔԻՆ ԱՌԻԴԻՏ (H15). ՄԱՆԴԱՏԻ ՍԱՀՄԱՆԱՓԱԿ ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄ, ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐԻ ՍԱՀՄԱՆԱՓԱԿՈՒՄՆԵՐ և ՆԵՐՔԻՆ ԱՌԻԴԻՏԻ ԳՈՐԾԱՌՈՒՅԹԻ ՊԱՏՎԻՐԱԿՄԱՆ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ ՌԻՍԿԵՐ

Անհրաժեշտ է ամրապնդել ներքին աուդիտի համակարգը ԱՆ-ում և տարածքային (մարզպետարաններ, համայնքներ) մակարդակում և ընդլայնել դրա գործառույթները:⁴⁸ Ներքին աուդիտի ստորաբաժանումները սովորաբար իրականացնում են պարզ ֆինանսական, աշխատավարձերի և գնումների համապատասխանության աուդիտ իրենց

համապատասխան իրավասությունների ներքո գտնվող առողջապահական հաստատություններում: Նրանք չեն կատարում կատարողականի աուդիտներ, որոնք ուսումնասիրում են առողջապահական բյուջեի ծրագրերի ընդհանուր արդյունավետությունը կամ դրանց իրականացման եղանակը: ՀՀ ԱՆ ներքին աուդիտի ստորաբաժանումը չունի այն առողջապահական հաստատություններում աուդիտ իրականացնելու իրավասություն, որոնք չեն գտնվում ԱՆ ուղղակի հսկողության տակ: Մարզպետարանների ներքին աուդիտի ստորաբաժանումները աուդիտ են իրականացնում միայն իրենց վերահսկողության տակ գործող պետական առողջապահական հաստատություններում:

ԱՇխատանքի վարձատրության ցածր մակարդակով պայմանավորված՝ ներքին աուդիտի վարչությունները, ներառյալ ԱՆ-ում, չունեն բարձրորակ և փորձառու մասնագետներ:

Հստ սույն զեկույցի համար հարցազրույցի մասնակցած առողջապահության ոլորտի պատասխանատուների և հաստատությունների ղեկավարների, ներքին աուդիտի ստորաբաժանումները աշխատակազմի մետական պակաս և հոսունության բարձր ցուցանիշ ունեն: Այս մարտահրավերը մասամբ վերագրվում է ֆողաբացիական ծառայության աստիճանակարգում ներքին աուդիտի ստորաբաժանման ցածր կարգավիճակին: ՀՀ ԱՆ ներքին աուդիտի ստորաբաժանումն ունի վեց հաստիքային միավոր, որոնցից միայն երեքն էին համալրված 2019 թվականի հոկտեմբեր ամսվա դրությամբ: 2017-2018 թվականների ընթացքում գրեթե բոլոր աշխատակիցները փոխարինվել են նոր աշխատակիցներով: ԱՆ ներքին աուդիտի գործառույթները պետք է ներառեն նախարարության կառուցվածքային ստորաբաժանումները, այդ թվում՝ ՊԱԳ-ը, կից ենգավորման գործակալությունը, առողջապահության ոլորտի բյուջեի 12 ծրագրերը և 53 միջոցառումները և ՀՀ առողջապահության նախարարության անմիջական հսկողության ներքո գործող 16 առողջապահական հաստատություններ, որոնցից 10-ը փակ բաժնետիրական ընկերություններ են, իսկ 6-ը՝ ՊՈԱԿ-ներ: ԱՆ ներքին աուդիտի վարչությունը 2018-ին միայն հինգ աուդիտ է իրականացրել, իսկ 2019թ. սեպտեմբերի դրությամբ՝ երեք:

Ներքին աուդիտի հաշվետվությունները ներկայացվում են պետական մարմնի ղեկավարին (որը կարող է լինել առողջապահության նախարարը կամ մարզպետը) և ներքին աուդիտի կոմիտեին (որը կարող է ներառել անկախ փորձագետներ):

Աուդիտի կոմիտեի ներքին հիմնական գործառույթը, համաձայն «Ներքին աուդիտի մասին» օրենքի, աջակցությունն է ներքին աուդիտի համակարգին: Այնուամենայնիվ, կոմիտեի անդամները հաճախ չունեն իրենց պարտականությունների հստակ ընկալում, և կոմիտեիները ստեղծվում են օրենքի տվյալ պարտադիր պահանջը պատահաբար բավարարելու համար: Աուդիտորական եզրակացության առաջարկությունները, որոնք հաստատվում են պետական մարմնի ղեկավարի կողմից, աուդիտի ենթարկված կազմակերպության ղեկավարի համար դառնում են պարտադիր կատարման ցուցումներ: Ներքին աուդիտը վերահսկվում է հաստատված առաջարկությունների կատարումը, որոնք հաճախ կատարվում են ողջամիտ ժամկետում, և հաշվետվություն է ներկայացվում արդյունքների մասին:

Կառավարությունը գիտակցում է ներքին աուդիտի թույլ կողմերը: 2020 թվականին այն սկսեց լուծարել ներքին աուդիտի ստորաբաժանումները նախարարությունների մեծ մասում և բոլոր մարզպետարաններում, որոնք բացառություններով, ինչպիսին է Պատասխանության նախարարությունը: Կառավարությունը նպատակ ունի ներքին աուդիտի գործառույթը արտապատվիրակել անկախ արտաքին աուդիտորական ընկերություններին, որոնք կընտրվեն մրցութային հիմունքներով: Եստ կարևոր է համոզվել, որ նշված ընկերություններն ունեն համապատասխան մասնագիտական կարողություններ, ռեսուրսներ և աշխատանքների իրականացման հստակ տեխնիկական բնութագրեր: Առկա են մասնավոր աուդիտորական ընկերություններ կողմից հիվանդանոցներին տրված ֆինանսական աուդիտի հաշվետվությունների հավաստիության հետ կապված մտավախություններ (տես բաժին 3.6.1): Ներքին աուդիտի գործառույթի արտապատվիրակումը կարող է նմանատիպ խնդիրներ ստեղծել:

3.4 ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ

3.4.1 ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ ՀԱՄԱԼԻՐՈՒՄ (H16). ՄԱՐԶԵՐՈՒՄ ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ ՊԱԿԱՍ, ՀԱՎԱՍՍԱՐԱԿՇՌՎԱԾ ԲԱՇԽՄԱՆ ԲԱՑԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ Ե ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԸՆԴՈՒՆՄԱՆ ՀԱՐՑՈՒՄ ՄՐՑԱԿՑԱՅԻՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑՆԵՐԻ ԲԱՑԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ

Առողջապահության ոլորտում անձնակազմի համալրման ֆազականությունն ապահովումը է: Պետական առողջապահական հաստատություններում կառավարման մարմինը հաստատում է հաստիքները ըստ մասնագիտության: Առողջապահական հաստատությունների ղեկավարները ունեն բժշկական և ոչ բժշկական աշխատակիցներ ընդունելու և աշխատանքից ազատելու պատճենական պարտականություն: Յուրաքանչյուր մասնագիտության համար աշխատակազմի հաստիքների ֆանալը կարող է պարբերաբար վերանայվել՝ հաստատության կարիքների և առկա ծանրաբեռնվածության հիման վրա: Այնուամենայնիվ, այդ վերանայումները կատարելու հստակ ազգային ֆազականություն կամ չափանիշներ չկան: Հաստատությունների մակարդակում տեղեկատվությունը թափուր պատճենների վերաբերյալ հանախ չի հրապարակվում և մատչելի չէ բժշկական համայնքին, բացառությամբ տարածաբանության հանրային հաստատությունների: Ուստի անձնակազմի կապերը հանախ աշխատանքի հավանական թեկնածուների համար տեղեկատվության հիմնական աղբյուրն են: Աշխատանքի ընդունման գործընթացը թեկնածուներից պահանջում է ներկայացնել փաստաթղթերի ստանդարտ փաթեթ, որը վկայում է նրանց աշխատանքային փորձի և մասնագիտական և հետբուհական ուսուցման մասին: Այնուամենայնիվ, այս գործընթացի համար օրենսդրական պահանջներ չկան, և ընտրության գործընթացը հազվադեպ է մրցակցային լինում: Բացի այդ, պետական առողջապահական հաստատություններում չկան ընտրության չափանիշների օրենսդրական չափորոշիչներ: Վերջնական որոշումները սովորաբար ընդունում է հաստատության ղեկավարը:

Մայրաֆազաի և մարզերի միջև առկա է մարդկային ռեսուրսների հասանելիության և բաշխման ճեղքվածք: 2019 թվականին առողջապահական համակարգում աշխատում էր 13,958 բժիշկ; Նրանց 73 տոկոսն աշխատում էր մայրաֆազաում (որտեղ ապրում է բնակչության ընդամենը 36 տոկոսը): Այս ճեղքվածքն ավելի փոքր է միջին բուժանձնակազմի դեպքում: 16,772 բուժույրերից, մանկաբարձներից, լաբորանտներից և այլ միջին բուժանձնակազմից 52 տոկոսն աշխատում էր Երևանում: Բժիշկների և բուժույրերի հարաբերակցությունը Հայաստանում 10,000 մարդու հաշվով 2019 թ.-ին կազմել է համապատասխանաբար 47.2 և 56,7 (մայրաֆազաում՝ 93.8 և 80.5, իսկ մարզերում՝ 20.1 և 42.7): Յուրաքանչյուր բժշկի հաշվով բուժույրերի թիվը Երևանում կազմել է 0,86, իսկ մարզերում՝ 2,1, ինչը վկայում է բժիշկների բաշխման ավելի մեծ տարբերության մասին՝ համեմատած այլ բուժաշխատողների հետ (Աղյուսակ 13):

ԱՂՅՈՒՍԱԿ 13 • Հայաստանի բժշկական անձնակազմի կառուցվածքը, 1990–2019թթ.

ՑՈՒՑԱՆԻՇ	1990	2000	2010	2019
Բժիշկների թիվը (բոլոր մասնագիտությունները)	14,519	12,270	13,591	13,958
բժիշկների թիվը՝ 10,000 հոգու կարվածքով	41.3	38.0	44.5	47.2
Բուժույրերի և այլ միջին բժշկական անձնակազմի թիվը	34,953	22,632	18,649	16,772
Բուժույրերի և այլ միջին բժշկական անձնակազմի թիվը 10 000 հոգու հաշվով	99.4	70.1	61.0	56.7

Աղբյուրը՝ Առողջապահության նախարարություն

ԱՆ-ն մարզային առողջապահական հաստատություններում իրականացնում է բուժաշխատողների համալրումն ավելացնելու ֆազանականություն: Վերջին տարիներին որոշակի առաջընթաց է գրանցվել, սակայն տարածքային անհավասարությունները պահպանվում են: 2019-ի օգոստոսին մարզերում կար 330 բժշկի և 27 բուժքրոջ թափուր հաստի: Թափուր հաստիները կազմում են մարզային առողջապահական հաստատություններում բժիշկների բոլոր հաստիների 9.4 տոկոսը: Մարզերում բուժօւյրների հաստիների միայն 0.3 տոկոսն է թափուր: Մարզերում մեծ պահանջարկ ունեցող բժշկական մասնագիտություններն են ընտանեկան բժիշկները, թերապևտները և մանկաբույժները (62 թափուր պատոն), անեսթեզիոլոգները (23), լաբորատորիայի բժիշկները (22), ռենտգենոլոգները (22), մանկաբարձ / գինեկոլոգները (19) և նյարդաբանները (19): Այս տեղեկատվությունը հասանելի է ՀՀ ԱՆ կայքում և պարբերաբար թարմացվում և համախմբվում է տարածաբանական և հաստատությունների մակարդակներում:

Մարզերում բժշկական մասնագետների պակասը բացասաբար է ազդում ծառայությունների մատուցման վրա: Առողջապահական հաստատությունների ղեկավարների հետ հարցազրույցներից պարզվել է, որ բժշկական անձնակազմի թափուր հաստիները կազմում են բոլոր հաստիների 3-10 տոկոսը, ինչը համապատասխանում է ԱՆ տվյալներին: Բացի այդ, աշխատակազմի տարեկան հոսունությունը միջինում կազմում է 5-8 տոկոս՝ արտագաղթի և այլ անձնական պատճառների արդյունքում: Մարզերում առանցքային մասնագետների՝ ընտանեկան բժիշկների և անեսթեզիոլոգների պակասը սահմանափակում է բարձրորակ առողջապահական ծառայություններ մատուցելու հաստատությունների կարողությունը: Մարզերի և Երևանի միջև եղած խզումը նվազեցնելու համար ԱՆ տարեկան կտրվածքով տրամադրում է հանրային սուբսիդավորմամբ հետբուհական բժշկական կրթության որոշ հնարավորություններ բժշկական մասնագետների համար, ովքեր ավարտելուց հետո պատրաստ են աշխատել մարզերում: 2019 թ.-ին վերականգնվեց մարզային առողջապահական ծառայություններ մատուցող ընկերություններում Երևանում գտնվող հաստատություններից բժշկական մասնագետների ժամանակավորապես ուղեգրելու պրակտիկան՝ թափուր պատոնները համալրելու համար:

Պետական բյուջեից պետք է ավելի շատ միջոցներ հատկացվեն մարզային հաստատություններում բժիշկների պակասը լրացնելու համար: Մարդկային ռեսուրսների համար հատկացվող պետական բյուջեի մասնաբաժնի վերաբերյալ տեղեկատվություն չկա: Հետագայում առողջապահական հաստատություններից ստացված տվյալները ենթադրում են, որ միջին հաշվով աշխատավարձի ֆոնդը կազմում է հաստատությունների բյուջեի 60-80 տոկոսը: Միջին աշխատավարձը (և ծանրաբեռնվածությունը) մարզերում ավելի ցածր է, քան Երևանում, ինչը դժվարացնում է հմուտ մասնագետների առաջարկի ավելացումը: Առողջապահության տարածաբանական ղեկավարների հետ հարցազրույցների հիման վրա կարելի է ենթադրել, որ ֆինանսավորում է անհրաժեշտ որակյալ անձնակազմին թափուր պատոններ զբաղեցնելու խթանների համար, հատկապես դժվար մատչելի վայրերում: Այս խթանները կարող են ներառել ավելի բարձր աշխատավարձեր և պարգևավճարներ, ինչպես նաև բնակարանային, կոմունալ վճարների և տրանսպորտային ծախսերի սուբսիդավորում: Տարածաբանական առողջապահական մարմինները նաև գիտակցում են լրացուցիչ ռեսուրսների անհրաժեշտությունը՝ աշխատակիցներին մարզերում պահելու համար:

3.4.2 ԱՇԽԱՏԱՎԱԶՄԻ ԿԱՏԱՐՈՂԱԿԱՆԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ (H17). ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԿԱՐԿԱՅՐՈՒՄ, ԱՌԱՋԻՆԱՂԱՑՄԱՆ ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԻ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԵՎ ՎԱՐՁԱՏՐՈՒԹՅԱՆ ՍՏԱՆԴԱՐՏԱՑՎԱԾ ՀԱՄԱԿԱՐԳԵՐԻ ԲԱՑԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ

Պետական առողջապահության ոլորտում չկան պատոնապես հաստատված աշխատանքի նկարագրեր, անձնակազմի առաջխաղացման ֆազանականություն կամ ուղեցույց, կամ անձնակազմի աշխատանքի գնահատման համակարգ: Հաստատությունների մակարդակում այս խնդիրները լուծվում են ոչ հավասարաչափ և հանդիսանում են հաստատության ղեկավարի իրավասությունը: Հաղորդվում է, որ անձնակազմի առաջխաղացումը հիմնված է փորձառության վրա: Աշխատանքային

վորձը և հմտությունները, որոնց չափումը կարող է սուբյեկտիվ լինել, առաջխաղացման հիմնական չափանիշներն են: Ըստ Աշխատանքային օրենսգրքի և աշխատանքային պայմանագրերի, Հաստատության ղեկավարները կարող են կարգապահական պատասխանատվության միջոցներ ձեռնարկել՝ ի պատասխան թույլ կատարողականի, այդ թվում՝ գրավոր նախազգուշացում կամ աշխատանքից ազատում: Բժիշկներին կարող են վարչական կամ քրեական պատասխանատվության ենթարկել անվտանգության համար, եթե դա հանգեցնում է մահվան կամ վնասում է հիվանդի առողջությանը:

Պետական հատվածում չկա բժշկական անձնակազմի վարձատրության միասնական համակարգ: ԱՆ-ն ուղեցույցներ է տրամադրում ՀԾՓ ծառայությունների համար բժիշկներին և բուժօւյրերին վճարման վերաբերյալ՝ ճշելով հաստատությունների եկամուտների մասնաբաժինը, որը աշխատավարձերին է հատկացվելու: Պետական առողջապահական հաստատությունները իրավաբանական տեսակետից անկախ սուբյեկտներ են և հաճախ դրանք հանդիսանում են 100 տոկոս պետական սեփականություն ունեցող փակ բաժնետիրական ընկերություններ: Նրանք պարտավոր չեն հետևել այս ուղեցույցներին: Մասնավոր հաստատությունները հակված չեն դա անել: Հաստատության ղեկավարներին թույլատրվում է անձնակազմի հետ համաձայնեցնելով սահմանել վճար՝ ըստ աշխատանքային պայմանագրերի: Հետևաբար, աշխատավարձի կանոնակարգումներ կիրառելու ԱՆ կարողությունը սահմանափակ է: Հաստատությունները օգտագործում են աշխատավարձի տարբեր կանոններ և ֆազանկանություններ: Հետևաբար, նույն ծառայության համար բժշկական անձնակազմին վճարումը կարող է տարբեր լինել տարբեր հաստատություններում: Աշխատակազմի վճարման մեխանիզմները ներառում են ֆիքսված ամսական աշխատավարձեր և կատարողականի հիման վրա բոնուսային վճարներ՝ ըստ աշխատանքային ծանրաբեռնվածության: Պետական և մասնավոր հատվածում վարձատրության մակարդակի վերաբերյալ հավաստի տվյալներ չկան:

Առողջապահական հաստատությունների բժշկական և վարչական աշխատակիցներն անցել են անհրաժեշտ վերապատրաստումներ, ինչը կարող է կապակցված լինել լիցենզավորման պահանջների հետ: Առողջապահական հաստատությունների ղեկավարները ճշում են, որ վերջին հինգ տարիների ընթացքում իրենց բժշկական անձնակազմի առնվազն 80 տոկոսը որոշակի վերապատրաստում է անցել: Պարբերաբար վերապատրաստումը կապված է ԱՆ կողմից սահմանված հաստատությունների լիցենզավորման ստանդարտների հետ, ըստ որի բժիշկները և բուժօւյրերը պետք է հինգ տարի մեկ ստանան հետբուհական շարունակական մասնագիտական վերապատրաստման կրեդիտներ՝ բժշկական պրակտիկան շարունակելու համար: Հարցված հաստատություններում ֆինանսական բաժինների և հաշվապահության անձնակազմի գրեթե 100 տոկոսը ստացել է բարձրագույն մասնագիտական կրթություն: Վերջին հինգ տարիների ընթացքում նրանք նաև անցել են մեկից երեք շաբաթյա դասընթացներ հաշվապահության, ֆինանսական կառավարման կամ էլեկտրոնային առողջապահական համակարգերի ներդրման ուղղությամբ: Ավելի մեծ հաստատություններն ունենին ֆինանսական պլանավորման, հաշվապահության և հաշվառման ոլորտի մինչև յոթ աշխատակից: Փոքր հաստատությունները հակված էին ունենալ մեկ հաշվապահ (մեկ փոքր մասնավոր հաստատություն պատվիրակում էր հաշվապահական հաշվառման ծառայությունները): ԱՆ ֆինանսական վարչության, ՊԱԳ-ի և ՖՆ աշխատակիցները, ովքեր նույնպես ներգրավված են ֆինանսական պլանավորման կամ հաշվապահության աշխատանքին, ունեն մասնագիտական կրթություն և պարբերաբար վերապատրաստվում են: Պարբերական վերապատրաստումը ֆազանցիական ծառայողների համար օրենսդրական պահանջ է և ակնկալվում է դրա իրականացումը նրանց մասնագիտական ոլորտում:

3.4.3 ԳՎՈՒՄՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ (H18). ՏԵԽՆԻԿԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳՐԵՐԻ ՄՇԱԿՄԱՆ Ե ՄԱՏԱԿԱՐԱՐՄԱՆ ՇՂԹԱՅԻ ՀԱՄԱՐԺԵՔ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ՍՍ.ՀՄԱՆԱՓԱԿ ԿԱՐՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

2016 թվականի դեկտեմբերի 12-ին ընդունված «Գնումների մասին» օրենքը թույլ է տալիս գնումներն իրականացնել էլեկտրոնային եղանակով կամ թղթային համակարգերի միջոցով: Գնումները կարող են իրականացվել էլեկտրոնային աճուրդի, մրցութային հայտերի կամ մրցույթների, հայտերի հրավերի և մեկ աղբյուրից գնման միջոցով: Մրցակցային հայտերը կարող են լինել բաց կամ փակ: Փակ մրցակցային հայտը կարող է լինել նպատակային կամ կանոնավոր:

Նպատակային փակ մրցակցային հայտերը կիրառվում են այն դեպքում, երբ գնվող պարագան առկա չէ կանոնավոր մրցութային հայտերի միջոցով գնվող ապրանքների և ծառայությունների ցանկում: Մրցակցային հայտերը գնումների նախընտրելի եղանակն են: Օրենքով սահմանված բացառիկ դեպքերում կարող են օգտագործվել գնումների այլ եղանակներ:

Բոլոր նախարարությունների և պետական գերատեսչությունների հաջորդ բյուջետային տարվա գնումների տարեկան պլանները հաստատվում են կառավարության որոշմամբ ընթացիկ տարվա վերջին և պաշտոնապես հրապարակվում: Գնումների հետ կապված մանրամասն տեղեկատվությունը հանրության համար հասանելի է ՖՆ գնումների հարթակներում, այդ թվում՝ ՖՆ գնումների կայքէջում (procurement.am), Հայաստանի գնումների էլեկտրոնային համակարգում (armeps.am), էլեկտրոնային աճուրդում (eauction.armeps.am) և Պետական գնումների պայմանագրերի կառավարման (PPCM) պորտալում: Յուրաքանչյուր հաստատություն տեղեկատվություն է տրամադրում յուրաքանչյուր պետական մրցույթի և յուրաքանչյուր կնքված պայմանագրի վերաբերյալ: Կնքված պայմանագրերի վերաբերյալ տվյալները ներառում են ապրանքի կամ ծառայության անվանումը, քանակը, միավորի արժեքը, պայմանագրի ընդհանուր արժեքը և վաճառողների կամ մատակարարների անունները: Ստորագրված պայմանագրերը և հաշիվ ապրանքագրերը կարող են մուտքագրվել և ներբեռնվել նույն աղբյուրից: Սև ցուցակում ընդգրկված մատակարարների (վատ պատմություն ունեցող վաճառողների) վերաբերյալ տեղեկատվությունը հանրությանը հասանելի է գնումների տեղեկատվական պորտալում: Գնումների վերաբերյալ բողոքները բնկվում և լուծվում են գնումների հետ կապված բողոքներ բնկող անձանց կողմից, որոնց նշանակում է Վարչապետը: Այս մարմինը 2018-ին փոխարինեց Գնումների բողոքարկման խորհրդին:

Մեկ միլիոն դրամը գերազանցող գնման զին ունեցող գնումներն իրականացվում են բաց մրցույթով:

Այնուամենայնիվ, մեկ աղբյուրից գնումները կարող են օգտագործվել այն դեպքում, երբ վաճառողը կամ ծառայություններ մատուցողը մասնագիտացված կամ բացառիկ իրավունք ունեն, ինչպես նախարարության կողմից ՀԾՓ-ի ներքո բժշկական ծառայությունների գնման դեպքում: Կառավարության որոշումով նաև կարող է հատուկ մեկ աղբյուրից գնումների համար բացառություն արվել պետական մարմինների համար, ներառյալ նախարարությունների կամ հաստատությունների: ԱՆ-ն օգտագործել է հատուկ բացառություններ մեկ աղբյուրից ստացվող գնումների համար ուղղակիորեն արտադրողներից կամ միջազգային մատակարարներից պատվաստանյութեր և այլ ապրանքներ գնելու համար: Գնումների կանոնակարգերով նախատեսվում է գնումների համակարգման գործառույթի տարանջատում գնումների պլանավորման և պայմանագրերի կնքման գործառույթից: Նախարարությունները և խոշոր պետական կառույցները բավարար մարդկային կարողություններ ունեն այս ընթացակարգերին հետևելու համար: Այլևի փոքր հաստատությունները, ներառյալ գյուղական առողջության կենտրոնները, կարող են գնումների գործընթացում ներառել որակավորում չունեցող անձնակազմ՝ այս պահանջները ձևակառույցներ բավարարելու համար:

Համապատասխան տեխնիկական բնութագրեր մշակելու կարողությունների բացակայությունն ազդում է հաստատությունների մակարդակում դեղերի, բժշկական ապրանքների և ծառայությունների հասանելիության վրա:

Էլեկտրոնային գնումների համակարգը կապում է պլանավորված գնումները և արդյունքում ստացված հաշիվ-ապրանքագրերը գանձապետական ՏՏ համակարգի հետ՝ դյուրացնելով պարտավորությունների վերահսկումը և կանխիկի կառավարումը և նվազեցնելով չվճարված հաշիվ ապրանքագրերի հավանականությունը: Գնումների համակարգի օգտագործման մարտահրավերները ներառում են տեխնիկական բնութագրերի բացակայությունը և առավել ապրանքների ու ծառայությունների ընդունման հետ կապված դժվարությունները: Համապատասխան տեխնիկական բնութագրերի մշակման կարողությունների բացակայության դեպքում ապրանքներն ու ծառայությունները գնվում են անենացածր գնի սկզբունքով: Այս այլընտրանքի դեպքում միշտ չէ, որ մատակարարվող ապրանքները կամ ծառայությունները պահանջվող որակի են: Այս ՏՏ համակարգի շահագործման հետ կապված ևս կան տեխնիկական դժվարություններ: Օրինակ՝ 2019 թվականի սկզբին ՖՆ էլեկտրոնային գնումների համակարգը որոշ ժամանակ չէր գործում՝ առաջացնելով ուշացումներ, քանի որ հաստատությունները ստիպված էին սպասել դեղերի և այլ

ապրանքների գնման հայտերը մրցույթը կրկին հայտարարելու համար: Էլեկտրոնային գնումների համակարգի էլեկտրոնային աճուրդների բաղադրիչը չի գործում 2019թ.-ի փետրվարից:

Այս մարտահրավերների առկայությունը հաստատեց ինչպես առողջապահական հաստատությունների ղեկավարների, այնպես էլ պետական պաշտոնյաների հետ հարցազրույցներում: Բոլոր հարցվողները մատնանում էին դեղերի և բժշկական պարագաների ձեռքբերման համար հստակ և որակյալ տեխնիկական բնութագրերի բացակայությունը: Նրանք նշում էին, որ գինը սովորաբար միակ չափանիշն է, համաձայն որի կնքվում են պայմանագրերը: Այս եզրակացությունները նաև համահունչ են պետական գնումների մասին օրենքների և կանոնակարգերի վերլուծությանը: Այս մարտահրավերների ազդեցությունը գնվող ապրանքների և ծառայությունների որակի վրա հստակ չէ: Մատակարարները կարող են սրամադրել միայն այն դեղերը, որոնք ՀՀ-ում պաշտոնապես գրանցված են ՀՀ ԱՆ դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձաքննության գիտական կենտրոնի կողմից: Այս դեղամիջոցներն ունեն հստակ սահմանված տեխնիկական բնութագրեր, որոնց համապատասխանությունը անհրաժեշտ է ապահովել: Այնուամենայնիվ, հաստատությունների ղեկավարները հայտնում են, որ հիվանդները կարող են նախընտրել իրենց գրպանից վճարել գնելու համար նշանակված դեղերը առևտրային դեղատներին, որոնք նրանք որպես ավելի արդյունավետ են ընկալում: Ինչպես նաև մարզային հիվանդանոցներից մեկի տնօրենը. «Մենք այնքան հարուստ չենք, որ կարողանանք մեզ թույլ տալ էժան դեղեր գնել »:

Առողջապահական հաստատությունները ԱՆ Երջանակներում գնումների հետ կապված խնդիրների արդյունքում պարբերաբար բախվում են կենտրոնացված գնումների միջոցով դեղեր ստանալու ուժացումների:⁴⁹ 2019 թվականի առաջին եռամսյակում ՀԾՓ Երջանակում հիվանդների հիվանդանոցային բուժման համար ուղեգրման ձևերի մատակարարման ուժացումներ են եղել: ԱՆ-ն այս ձևաթղթերը պատվիրում է մրցակցային հայտերի միջոցով ընտրված տպարանից, և դրանք բաշխում հանրապետության բոլոր առողջապահական հաստատություններին: Հաստատությունները բախվել են հիվանդների բուժման հետ, որոնք ձևաթղթերի բացակայության պատճառով չեն կարողացել ժամանակին ստանալ հիվանդանոցային բուժման ուղեգիր:

Հաստատություններում առկա է նաև տարեսկզբին անհրաժեշտ դեղորայքի տարեկան ծավալը նեղրիտ կանխատեսելու կարողությունների պակաս: Գյուղական որոշ հաստատություններում անհրաժեշտ դեղերի և պարագաների ծավալը փոքր է: ԱՆ-ի կողմից կենտրոնացված գնումները այս դեպքերում կարող են արդյունավետ միջոց հանդիսանալ մատակարարման խնդիրների լուծման համար: Նման համակարգի վերաբերյալ վերջին մի քանի տարիների ընթացքում ԱՆ –ում բնորոշումներ են եղել: Այնուամենայնիվ, կենտրոնացված գնումների համակարգ ներդրելու կարողությունը անբավարար է, և այս մարտահրավերը առաջնահերթություն չէ: Հազվադեպ օգտագործվող, քանակաբաշխ որոշ դեղամիջոցների համար, շուկայի փոքր չափերը չեն գրավում հավանական հայտատուներին: Այս դեպքերում գնումների մրցույթները չեղյալ են հայտարարվում, և հիվանդները պետք է իրենք գնեն դեղերը: Փոքր շուկայի պատճառով արտադրողները երկրում չեն կարող գրանցել այդ դեղերը:

Հարցումների մասնակից ԱՆ պաշտոնյաները նշել են, որ պետական գնումների պլանավորման գործընթացը պատճառ համաձայնեցված չէ առողջապահական բյուջեի ձևավորման գործընթացի հետ: ԱՆ-ն պարբերաբար բանակցում է ՖՆ-ի հետ՝ համակարգումը բարելավելու, մասնավորապես՝ դեղերի կենտրոնացված գնումների համար: Այնուամենայնիվ, այս համակարգումը չի վերաբերում ՀԾՓ ծառայություններին: Գնումների համակարգը լավ ինտեգրված է ֆինանսական կառավարման և բյուջետային համակարգի հետ՝ ապահովելով բավարար և ժամանակին տեղեկատվություն բոլոր հիմնական պայմանագրերի կատարման վերաբերյալ՝ ՖՆ-ի Client Treasury գանձապետական համակարգի միջոցով: Գնումների կատարման մակարդակը ԱՆ-ում գրեթե 100 տոկոս է կազմում, բացառությամբ կապիտալ ներդրումների, որոնք իրականացվում են հիմնականում դոնորների միջոցների հաշվին:

3.4.4 ՊԵՏԱԿԱՆ ՆԵՐԴՐՈՒՄՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ (H19). ԿԱՊԻՏԱԼ ԾԱԽՍԵՐԻ ՀԱՄԱՐ ԲՅՈՒՋԵԻ ՍԱՀՄԱՆԱՓԱԿ ՀԱՏՎԱՑՈՒՄՆԵՐ և ՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐԻ ԿԱՅԱՑՄԱՆ ԻՐԱՎԻՃԱԿԱՅԻՆ ՄՈՏԵՑՈՒՄ

Հայաստանի պետական բյուջեն հիմնականում ներառում է ապրանքների, աշխատանքների և ծառայությունների գնման ընթացիկ ծախսերը. այն կապիտալ ծախսերի համար շատ սահմանափակ ֆինանսավորում է ապահովում: 2019 թվականի բյուջեում կառավարության ներքին եկամուտներից, արտաքին վարկերից և գրամաճեղքային ծրագրերից ֆինանսավորվող կապիտալ ծախսերի ընդհանուր ծավալը նախապես հաստատվել էր 222.0 միլիարդ դրամի կամ նախատեսված ծախսերի 13.5 տոկոսի չափով: Առողջապահության ոլորտի համար 2019 թվականի համար նախապես պլանավորված կապիտալ ծախսերի հատկացումները կատարվել են բացառապես Համաժխարհային բանկի վարկային ծրագրի շրջանակներում՝ 887.5 միլիարդ դրամ կամ առողջապահության ոլորտի հաստատված բյուջեի մոտ 1 տոկոսը: Կառավարությունն ավելացրել է առողջապահության բյուջեն 2019-ի երկրորդ կիսամյակի համար՝ ոլորտին հատկացնելով լրացուցիչ 12 միլիարդ դրամ, որից 2.6 միլիարդ դրամը ուղղվել է կապիտալ ծախսերին: Նախատեսված կապիտալ ծախսերն ընդգրկել են 2.1 միլիարդ դրամ բժշկական սարքավորումների ձեռքբերման և 0.4 միլիարդ դրամ մարզային առողջապահական կենտրոնների վերանորոգման համար: 2019 թվականի վերանայված առողջապահական բյուջեում (103,8 միլիարդ դրամ) կապիտալ ծախսերի ընդհանուր գումարը կազմել է 3,5 միլիարդ դրամ, կամ առողջապահական բյուջեի 3,3 տոկոսը:

Առողջապահական հաստատությունների մակարդակում 2009-2018թթ.-ին սարքավորումների կամ ենթակառուցվածքների համար պետական բյուջեից հատկացումները շատ սահմանափակ էին: Մինչև 2009 թվականը կառավարությունը մի կարճատև ժամանակահատվածի ընթացքում միջոցներ էր հատկացնում հիմնական բժշկական սարքավորումների ձեռքբերման համար, հիմնականում՝ մարզային առողջապահական հաստատություններին: Սակայն վերջին տասնամյակում դոնորները, մասնավորապես Համաժխարհային բանկը, կապիտալ ներդրումներ են կատարել առողջապահության ոլորտում: Վերանորոգվել և Համաժխարհային բանկի աջակցությամբ վերագինվել են ավելի քան 170 առողջության առաջնային պահպանման հաստատություններ և շուրջ 20 մարզային բժշկական կենտրոններ: Առողջապահական հաստատությունները կարող են իրենց եկամտի մի մասը հատկացնել կապիտալ ծախսերի, սովորաբար փոքր վերանորոգումների կամ բժշկական սարքավորումների ձեռքբերման համար: Այս եկամուտները հավաքագրվում են գրպանից դուրս պաշտոնական վճարումների կամ այլ եկամուտների աղբյուրների միջոցով, որոնք արտացոլվում են հաստատությունների տարեկան բյուջեներում: Հաստատության մակարդակում կատարված կապիտալ ծախսերի վերաբերյալ տեղեկատվությունը ազգային մակարդակում չի համախմբվում:

Համաժխարհային բանկի վարկային ծրագրի շրջանակներում ներդրումային նախագծերի ընտրությունը հանդիսացել է ԱՆ-ի կողմից ղեկավարվող մասնակցային գործընթաց: Մարզային առողջապահական մարմինները ներգրավված են, սակայն չկան պաշտոնապես հաստատված գործընթաց կամ չափանիշներ: Առողջապահական հաստատությունների մաստեր-պլանի բացակայության պայմաններում ֆինանսիստները հիմնված չեն բնակչության առողջության կարիքների բավարարմանն ուղղված ծառայությունների հասանելիության տարածքային անհավասարությունների համակարգային գնահատման վրա: 2019 թ.-ի կապիտալ ներդրումների նախագծերի ընտրությունն իրականացվել է ԱՆ ներքին ֆինանսիստների միջոցով, առանց մեծ հանրային ֆինանսիստների կամ որոշումների կայացման չափանիշների հստակության: Վերականգնված առողջապահական կենտրոնները բախվում են իրենց բարելավված ենթակառուցվածքների ու բժշկական սարքավորումների սպասարկման մեծ ծախսերի, որոնք կարող են գերազանցել իրենց բյուջեները:

3.4.5 ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԱԿՏԻՎՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ (H20). ԱԿՏԻՎՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆԱՑՎԱԾ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐԻ ԲԱՑԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ Ե ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱԿԱՐԴԻԿՈՒՄ ԱԿՏԻՎՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ՊՐԱԿՏԻԿԱՅԻ ՏԱՐԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Առողջապահության ոլորտում հիմնական միջոցների ընդհանուր ռեզիստը գոյություն չունի: Յուրաքանչյուր իրավաբանական անձ վարում է իր հիմնական ակտիվների սեփական ռեզիստը: «Պետական հատվածի կազմակերպությունների հաշվառման մասին» օրենքը, որն ընդունվել է 2014 թ. և ԱՆ և առողջապահության ոլորտի համար ուժի մեջ մտել 2017 թվականին, սահմանում է հաշվապահական հաշվառման ստանդարտներ, բաղադրականություն և կանոնակարգեր պետական կառավարման մարմինների համար, ներառյալ՝ նախարարությունների, մարզպետարանների և համայնֆային կառավարման մարմինների, ՊՈԱԿ-ների և համայնֆային ոչ առևտրային կազմակերպությունների (ՊՈԱԿ): Այլ իրավաբանական անձինք, ներառյալ պետական և մասնավոր բաժնետիրական ընկերությունները և սահմանափակ պատասխանատվությամբ ընկերությունները, իրականացնում են իրենց հաշվապահական հաշվառումը, ներառյալ հիմնական միջոցների գրանցումն ու կառավարումը 2002 թվականին ընդունված «Հաշվապահական հաշվառման մասին» օրենքի և կառավարության հարակից որոշումների, ՖՆ հրամանների և կարգերի համաձայն: Պետական սեփականություն հանդիսացող բոլոր բուժօգնությունները մատուցողները տարեկան հաշվետվություններ են ներկայացնում իրենց կառավարման համապատասխան մարմին: Այս հաշվետվությունները ներառում են ամփոփ տեղեկատվություն հիմնական միջոցների վերաբերյալ, ինչպիսիք են հողերի, շենքերի, սրահայտարային միջոցների և սարքավորումների նախնական և մնացորդային արժեքները, սակայն դրանք համախմբված չեն ոչ պետական, ոչ էլ տարածաշրջանային մակարդակներում: Քանի որ հիմնական միջոցների ռեզիստների վարման վերահսկողության արդյունավետ պետական համակարգ գոյություն չունի, այդ ռեզիստները կարող են պարբերաբար չճարմացվել կամ հեզորոքեն չարտացոլել բոլոր ակտիվների կարգավիճակը: Պետական հատվածի բոլոր կազմակերպությունները 2016-ին պետք է գույքագրեին և վերագնահատեին իրենց հիմնական միջոցները (ըստ կառավարության 2016 թ. մարտի 17-ի N 264-Ն որոշման):

Հիմնական միջոցների ռեզիստները, որոնք վարում են հաստատության հաշվապահը և ղեկավարը, հաշվապահական հաշվառման համակարգի անբաժանելի մասն են: Դրանք պետք է ներառեն մանրամասն տեղեկություններ յուրաքանչյուր միավորի տարիքի վաղեմության և արժեքի վերաբերյալ և նշեն թե արդյոք այն ներկայումս օգտագործվում է, թե գտնվում է պահեստում: Դեղերի և բժշկական պարագաների գույքագրումը նույնպես կատարվում է հաստատության կողմից: Պատճառ կերպով կատարվելու դեպքում այս գույքագրումները կարող են օգնել իրական ժամանակում տեղեկություններ ստանալ հաստատության պահեստում կամ ծառայության մատուցման վայրերում յուրաքանչյուր դեղամիջոցի առկայության և պահպանման ժամկետի մասին և հիմք հանդիսանալ գնումների կամ սնօրինման վերաբերյալ ղեկավարության որոշումների համար: Պետական սեփականություն հանդիսացող առողջապահական հաստատությունների կողմից հիմնական միջոցների գնումը կամ սնօրինումը կարգավորվում է հաշվապահական օրենքներով և պահանջում է ղեկավար մարմնի կողմից հաստատում: Դուրս գրման գործարքները սովորաբար իրականացվում են ներքին հանձնաժողովի կողմից, որը սահմանում է ակտիվի ընթացիկ ֆիզիկական վիճակը, հետագա օգտագործման հնարավորությունները և մնացորդային և ընթացիկ շուկայական արժեքները:

3.5 ՀԱՇՎԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՇՎԱՌՈՒՄ Ե ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

3.5.1 ՀԱՇՎԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ, ՀԱՇՎԱՌՈՒՄ Ե ՀԱՄԱԴՐՈՒՄ (H21). ՊԵՏԱԿԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ՄԻԱՍՆԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԲԱՑԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ ' ԶՆԱՅԱԾ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՍՏԱՆԴԱՐՏԱՑՄԱՆԸ.

Հայաստանի Հանրապետությունն ունի առողջապահական ոլորտի համախմբված ֆինանսական հաշվեկռի բացակայության խնդիր: Համաձայն «Պետական հատվածի կազմակերպությունների հաշվապահական հաշվառման

մասին» օրենքի, պետական հատվածի բոլոր կազմակերպությունները, ներառյալ ԱՆ-ն, պարտավոր են հաշվապահական հաշվառումը վարել հաշվեգրման սկզբունքով և պարտասուել տարեկան ֆինանսական հաշվետվություններ: Առողջապահական հաստատություններից, որոնք իրավաբանորեն պետական բաժնետիրական ընկերություններ են, իրավաբանական և վարչական կանոնակարգերով պահանջվում է վարել հաշվապահական մատյաններ և կազմել ֆինանսական հաշվետվություններ: Առողջապահական հաստատությունները պետական հատվածում հետևում են Հայաստանի հանրային հատվածի հաշվապահական հաշվառման ստանդարտին (APSAS), որը մշակվել է Պետական հատվածի հաշվապահական հաշվառման միջազգային ստանդարտների (IPSAS) հիման վրա: Պետական բաժնետիրական ընկերություններ հանդիսացող պետական առողջապահական կազմակերպությունները հետևում են Ֆինանսական հաշվետվությունների միջազգային ստանդարտներին (ՖՀՄՄ/IFRS):⁵⁰ Ուլտրա կոնսոլիդացված ֆինանսական հաշվետվություններ չեն կազմվում: Չկա ստանդարտ մոտեցում առողջապահության ոլորտի պետական սեփականություն հանդիսացող ակտիվների, այդ թվում՝ շենքերի, հողերի և սարքավորումների արդյունավետ օգտագործման գնահատման համար: Բացի այդ, ոչ ԱՆ-ն, ոչ էլ որևէ այլ պետական մարմին չի համախմբել տեղեկատվությունը բոլոր առողջապահական հաստատությունների աշխատակիցների վարձատրության վերաբերյալ:

Անհրաժեշտ է ստանդարտացնել ֆինանսական և ոչ ֆինանսական կառավարման տեղեկատվական համակարգերը:

Հարցված առողջապահական հաստատությունների ղեկավարները հայտնել են, որ ստիպված են պարբերաբար զբաղվել մի քանի տեսակի ֆինանսական և ոչ ֆինանսական հաշվետվությունների պարտասումամբ: Բուժհաստատությունները տարբեր մարմիններին ներկայացնում են եռամսյակային, կիսամյակային և տարեկան ֆինանսական և ոչ ֆինանսական հաշվետվություններ, ինչը ծանրաբեռնող և ժամանակատար է: Բացի այդ, կազմվում են տեղեկատվության իրավիճակային պահանջներ, որոնք պահանջում են տարբեր ձևաչափերի հաշվետվություններ՝ խթարելով հիմնական ծառայությունների մատուցումը: Մասնավոր հաստատությունները ավելի էիչ հաշվետվություններ են պարտավոր ներկայացնել, քան պետական հաստատությունները: Տեղեկատվության պահանջների և դրանց ձևաչափի ստանդարտացումը և էլեկտրոնային առողջապահական համակարգի օգտագործումը ավտոմատացված հաշվետվությունների համար կարող են նվազեցնել առողջապահական հաստատությունների՝ հաշվետվությունների հետ կապված ծանրաբեռնվածությունը:

Պետական առողջապահական հաստատություններում չկա ֆինանսական մշտադիտարկման միասնական

ընթացակարգ: Հաստատությունների ղեկավարները ամսական կտրվածքով մշտադիտարկում են իրենց եկամուտները, ծախսերը, կրեդիտորական պարտավորությունները կամ պարտքերը՝ օգտագործելով տարբեր ներքին ընթացակարգեր և հաշվետվությունների ժամանակավոր ձևեր: Բոլոր հաստատությունները ծառայությունների մատուցման ամսական հաշվետվություններ են ներկայացնում ՊԱԳ-ին և ԱՆ-ին, որպեսզի նրանք կարողանան վերահսկել բյուջեի կատարողականը: Մարզային իշխանությունները նաև պահանջում են, որ հաստատությունները կատարողականի ցուցանիշների վերաբերյալ հաշվետվություններ ներկայացնեն, ներառյալ՝ ծնունդների թվի և Համաժխտահային բանկի կողմից ֆինանսավորվող սկրինինգային ծրագրերի կատարողականի, ամսական հաշվետվություններ մարզատիրական կազմակերպությունների տրամադրած դեղերի, կենտրոնացված գնումների կարգով ստացված դեղորայքի և կրեդիտորական պարտքերի վերաբերյալ:

Հաշվապահական գլխավոր գրքերի և համադրումների ուղղությամբ առողջապահական հաստատությունների

գործելակերպերը տարբեր են: Պետական առողջապահական հաստատություններն ունեն ինքնավարության զգալի մակարդակ: Հաշվապահական գլխավոր գրքերի և համադրումների վարումը վավերացնելու միասնական ընթացակարգ չկա: Գործելակերպերը բավական տարբեր են տարբեր հաստատություններում՝ կախված առկա հմտություններից: Ներքին աուդիտի ստորաբաժանումները պարբերաբար վերահսկում են իրականացում, սակայն դա սահմանափակ արդյունք է տալիս: Հարկ եղած դեպքում, տարեկան արտաքին աուդիտը և Պետական եկամուտների կոմիտեի կողմից եկամուտների ստուգումը արտաքին վերահսկողություն են ապահովում: Այնուամենայնիվ, ինչպես ներկայացվում է ստորև, այս վերահսկողության արդյունավետությունը սահմանափակ է:

Բացակայում են նվազագույն ստանդարտ գործելակերպերը, որոնք ապահովվում են ներքին աուդիտի և գլխավոր գրքի վարման և կանոնավոր համադրումների այլ միջոցներով:

ԱՆ-ն ոչ թե Ինտեգրված ֆինանսական կառավարման տեղեկատվական համակարգում է (IFMIS), այլ Client Treasury` Գանձապետական վեբային համակարգում:

Բոլոր պետական և մասնավոր հաստատությունները, բացառությամբ ՊՈԱԿ-ների, ներառյալ ՀՈԱԿ-ները, ունեն հաշիվներ առևտրային բանկերում: ՊՈԱԿ-ներն ունեն միայն Գանձապետական հաշիվ: Այնուամենայնիվ, կանխիկ միջոցների մուտքագրման համար նրանք պետք է օգտվեն առևտրային բանկերի ծառայությունից՝ վճարի դիմաց, քանի որ այդ նպատակով անհնար է ուղղակիորեն օգտագործել Գանձապետական համակարգը: Բանկային հաշվի տեղեկատվությունը վերահսկվում է կազմակերպության հաշվապահի կողմից և հասանելի է էլեկտրոնային բանկային համակարգերի միջոցով: Այս տեղեկատվությունը զեկուցվում է հաստատության ղեկավարին, որը վերահսկում է ինչպես կանխիկ, այնպես էլ անկանխիկ եկամուտները:

3.5.2 ԲՅՈՒՋԵԻ ԿԱՏԱՐՈՂԱԿԱՆ ԻՍՏԻՏՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊԱՏՐԱՍՏՈՒՄ (H22). ՈՉ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԱՐԴԻՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ՅՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԼՈՒՐՁ ԹՈՒՅԼ ԿՈՂՄԵՐԸ

Պետական բյուջեի կատարման մանրամասն եռամսյակային հաշվետվությունները պարբերաբար հրապարակվում են ՀՀ Ֆինանսների նախարարության կայքում: Դրանք հասանելի են ընթացիկ տարվա և անցած 10 կամ ավելի տարիների համար: Հաշվետվությունները ներառում են տեղեկատվություն բյուջեի ֆինանսական և ոչ ֆինանսական ցուցանիշների վերաբերյալ՝ ըստ բյուջետային ծրագրերի և միջոցառումների, եկամուտների և ծախսերի, սոստեսական և գործառնական դասակարգումների, պետական և համայնքային բյուջեների, դրամաձևերի, բյուջեի պահասուրդի և արտաբյուջետային միջոցների: ՖՆ-ն նաև պատրաստում է համառոտ ամենամսյա հաշվետվություններ ընթացիկ տարվա բյուջեի կատարման վերաբերյալ: Նախարարությունները և պետական գերատեսչությունները բյուջեի կատարման եռամսյակային հաշվետվությունները ներկայացնում են ՖՆ, օգտագործելով ստանդարտ ձևաչափ՝ նույն կառուցվածքի հիման վրա, ինչ հաստատված բյուջեն: Բյուջեի կատարման տարեկան հաշվետվությունները, որոնք ներկայացվում են Ազգային ժողովի հաստատմանը, ներառում են նախորդ երկու տարիների ֆինանսական և ոչ ֆինանսական ցուցանիշների տվյալները: Բյուջեի կատարողականի ֆինանսական ցուցանիշները, այսինքն՝ փաստացի և պլանավորված եկամուտներն ու ծախսերը, ինքնաշարժ ձևով զեկուցվում են ՖՆ և Գանձապետարանի ծրագրաշարքի միջոցով: Ոչ ֆինանսական ցուցանիշների (վերջնարդյունքների և էլեկտրի) հավաքագրումը համապատասխան նախարարությունների և պետական գերատեսչությունների կողմից ավտոմատացված չէ. տվյալները ամփոփվում են Excel- ի աշխատանքային թերթերում և ներկայացվում են ՖՆ: Ոչ ֆինանսական ցուցանիշները հաճախ դիտարկվում են որպես ծրագրային բյուջետավորման գործընթացի պաշտոնական բաղադրիչ և հետագայում հեզոտվում են բյուջեի վերանայումներից հետո: Ոչ ֆինանսական արդյունքների ցուցանիշների կատարումը պարբերաբար չի վերլուծվում, որպեսզի հնարավոր լինի գնահատել բյուջեի կազմման և վերանայման ընթացքը:

Բոլոր պետական և մասնավոր առողջապահական հաստատությունները, որոնք ԱՆ-ի հետ ՀԾՓ ծառայությունների մատուցման պայմանագրեր ունեն, ամենամսյա հաշվետվություններ են ներկայացնում ՊԱԳ-ին: Էլեկտրոնային առողջապահության համակարգի միջոցով ներկայացվող այս հաշվետվությունները ներառում են մատուցվող ծառայությունների ծավալի և բյուջեի կատարման տեղեկատվություն յուրաքանչյուր բյուջետային ծրագրի և միջոցառման վերաբերյալ: 2019 թ.-ի երրորդ եռամսյակից սկսած, հաստատությունները նաև պետք է եռամսյակային հաշվետվություններ ներկայացնեն ԱՆ, որոնք ընդգրկում են հիմնական կատարողականը և ֆինանսական ցուցանիշները, ներառյալ եկամուտների այլ աղբյուրները, ինչպիսիք են վճարովի ծառայությունները, և ծախսերը: Հաշվետվության մասով այս նոր պահանջը հաստատվել է կառավարության

որոշումը և վերջերս վերանայվել է՝ ներառելով տեղեկատվության ավելի լայն շրջանակ:⁵¹ 2020 թվականից սկսած այս հաշվետվությունները ամեն տարի համախմբվում են ԱՆ-ի կողմից և հրատարակվում վերջինիս կայքում ամենաուշը մինչև հաջորդ տարվա մարտի 31-ը: Պետական առողջապահական ծառայություններ մատուցողները տարեկան ավելի մանրամասն բյուջեի կատարման հաշվետվություններ են ներկայացնում իրենց համապատասխան պետական կառավարման մարմիններին: Այս հաշվետվությունները համախմբված չեն ազգային մակարդակում: Դրանք օգտագործվում են հաստատության կառավարման կատարողականը գնահատելու համար՝ հաստատված և կատարված բյուջեի վերաբերյալ տեղեկատվության հիման վրա:

3.6 ՎԵՐԱՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ և ԹԱՓԱՆՑԻԿՈՒԹՅՈՒՆ

3.6.1 ԱՐՏԱՔԻՆ ԱՌԻԴԻՏ (H23). ՀԱՄԱԿԱՐԳՎԱԾ ԲՈՒՅՄԱՆ ՄՈՏԵՑՄԱՆ ԲԱՑԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

Առողջապահական հաստատությունների արտաֆին աուդիտի համակարգը որակի սահմանափակ երաշխիքներ է ապահովում: 2018 թվականից ի վեր, ըստ ԱՆ-ի պահանջի, բոլոր պետական հաստատությունները, որոնց տարեկան շրջանառությունը 200 միլիոն դրամից ավել է, պետք է ենթարկվեն ամենամյա արտաֆին աուդիտի: Սա հաջորդ տարվա ՀՄՓ պայմանագրի կնքման նախապայմաններից է: Այս պահանջը վերանայվում է և կարող է հանվել: Աուդիտներն իրականացվում են լիցենզավորված աուդիտորական ընկերությունների կողմից, որոնք ընտրվում են մրցութային եղանակով: Այնուամենայնիվ, Հաշվեհանձնիչ պալատի կամ Ֆինանսների նախարարության միջոցով վերահսկման արդյունավետ մեխանիզմ չկա՝ ուղղված աուդիտորական ընկերությունների աշխատանքի որակի ապահովմանը: Ավելին, քանի որ աուդիտ է իրականացվում, հաստատության հետ կարող է պետական պատվերի պայմանագիր կնքվել, նույնիսկ եթե աուդիտի արդյունքում տրվել է բացասական եզրակացություն: Ավելի ցածր եկամուտներ ունեցող մարզային հաստատությունները աուդիտը համարում են սահմանափակ արժեք ունեցող լրացուցիչ ֆինանսական բեռ: Կա նաև ընդհանուր ընկալում, որ հետո է դրական աուդիտորական եզրակացություն ստանալ՝ անկախ հաստատությունում առկա ֆինանսական հաշվետվությունների որակից: Հիմնական շահագրգիռ կողմերի շրջանում առկա է գերակշռող տեսակետ, որ աուդիտի շեղումը պետք է բարձրացվի կամ պահանջը հանվի: Դա անելուց առաջ կարևոր է հաշվի առնել հետևանքները հաշվետվողականության և վերահսկողության առումով: Տարեկան ստուգումներն իրականացնում են Պետական եկամուտների կոմիտեն՝ հարկային ստուգման միջոցով և ԱՆ կամ Մարզպետարանի ներքին աուդիտի վարչությունները: Այնուամենայնիվ, այս աուդիտներից ոչ մեկը նախատեսված չէ առողջապահական հաստատությունների ֆինանսական հաշվետվությունների վաստադրյալ վերաբերյալ հավաստիացում ապահովելու համար:

Կառավարությունը հաստատել է 2018 թվականին ՖՆ-ի կողմից մշակված Հաշվապահական և աուդիտորական գործունեության բարեփոխումների հայեցակարգը: Հաստատումից հետո կառավարությունը Ազգային ժողով ներկայացրեց արտաֆին աուդիտի համակարգերի որակի բարելավմանն առնչվող օրենսդրական ակտերի փաթեթը: Փաթեթը ներառում է նոր օրենք «Հաշվապահական հաշվառման և աուդիտորական գործունեության կարգավորման և հանրային վերահսկողության մասին», ինչպես նաև «Հաշվապահական հաշվառման մասին» և «Աուդիտորական գործունեության մասին» օրենքների լրամշակված տարբերակները: Այս նոր օրենքների նպատակն է աուդիտորների համար սահմանել մասնագիտական էթիկայի կանոններ, վերացնել շահերի հավանական բախումը և իրականացնել աուդիտորների որակի արտաֆին գնահատման պարտադիր պահանջներ: Հաշվապահական հաշվառման մասին նոր օրենքը նախատեսում է նաև վերանայված չափանիշներ հաստատության ֆինանսական հաշվետվությունների պարտադիր արտաֆին աուդիտի համար: Հաստատվելուց հետո այն կարող է տարածվել միայն սահմանափակ թվով առողջապահական հաստատությունների վրա՝ հաշվի առնելով առաջարկվող տարեկան շրջանառության բարձր շեղումը, ակտիվների արժեքը և աշխատակիցների թիվը:

2018-ին Վերահսկիչ պալատը Հաշվեհանդիս պալատի վերածելու սահմանադրական և իրավական բարեփոխումները զգալիորեն բարելավեցին Աուդիտի բարձրագույն մարմնի (ԱԲՄ) անկախությունն ու կարգավիճակը՝ համաձայն Աուդիտի բարձրագույն մարմինների միջազգային կազմակերպության (INTOSAI) չափորոշիչներին:⁵² Վերահսկիչ պալատը նախկինում ունեցել է վերահսկողության իրավասություն: Բարեփոխումները Հաշվեհանդիս պալատին տրամադրում են արտաքին աուդիտի իրավասություն, որը համապատասխանում է INTOSAI- ի կողմից ընդունված Աուդիտի բարձրագույն մարմինների միջազգային ստանդարտների (ISSAI) չափանիշներին: Սահմանադրական փոփոխությունները մեծացրել են Հաշվեհանդիս պալատի անկախությունը, որը իր գործունեության տարեկան ծրագիրը հաստատելու լիազորություն ունի, ի տարբերություն Վերահսկիչ պալատի, որի տարեկան ծրագիրը հաստատում էր Ազգային ժողովը: Հաշվեհանդիս պալատը բաղկացած է նախագահից և վեց անդամներից, որոնք նշանակվում կամ որոնց լիազորությունները դադարեցվում են համապատասխան մետական հանձնաժողովի առաջարկով՝ Ազգային ժողովի պատգամավորների ձայների առնվազն երեք հինգերորդով: Նախագահը և անդամները պաշտոնավարում են վեցամյա ժամկետով: Հաշվեհանդիս պալատի գործառնության լիազորությունների ավելացումը բավարարում է պետական և համայնքային բյուջեների աուդիտի, վարկերի և փոխառությունների աուդիտի, ինչպես նաև պետական և համայնքային սեփականություն հանդիսացող գույքի օգտագործման էլեկտրոնային և առցանց ռեսուրսների հասանելիության պահանջները: «Հաշվեհանդիս պալատի մասին» օրենքում ներդրված այլ նորություններն են ռիսկի վրա հիմնված մեթոդաբանությունը, էթիկան և որակի կառավարման համակարգի մեթոդաբանությունը: Չնայած այս փոփոխություններին, Հաշվեհանդիս պալատը դեռ չի սկսել ամբողջ ծավալով իրականացնել կատարողականի աուդիտի գործիքակազմը:

Հաշվեհանդիս պալատի արտաքին աուդիտը առողջապահության ոլորտում ապահովում է միայն սահմանափակ հավաստիացում: Հաշվեհանդիս պալատը առողջապահության ոլորտի բյուջեի եկամուտներն ու ծախսերը ստուգելու լիազորություն ունի, ներառյալ ՀԾՓ պայմանագրերի հիման վրա առողջապահական հաստատություններին կատարվող պայմանագրային վճարումները: Այսպիսով, այն բոլոր պետական և մասնավոր առողջապահական հաստատությունների պետական պատվերի գծով ֆինանսավորումը ստուգելու լիազորություն ունի: Այնուամենայնիվ, ըստ Հաշվեհանդիս պալատի տարեկան զեկույցի, այն առողջապահական ոլորտում 2018 թվականին իրականացրել է ընդամենը երեք աուդիտ: Այս աուդիտները իրականացվել են ԱՆ կառուցվածքային ստորաբաժանումներում, Առողջապահական ծրագրերի իրականացման գրասենյակում և Լիցենզավորման գործակալությունում: Առողջապահական հաստատությունների աուդիտ չի իրականացվել: Հաշվեհանդիս պալատը իր հաշվետվությունների նախագծերը ներկայացնում է ԱՆ, որը սահմանված ժամանակահատվածում ներկայացնում է մեկնաբանություններ: Հաշվեհանդիս պալատը ներառում է նախարարության առաջարկությունները՝ նախքան հաշվետվությունն ավարտականացնելը և այն Ազգային ժողով ներկայացնելը: Այն չի իրականացնում ֆինանսական հաշվետվությունների աուդիտ կամ կարծիք չի հայտնում առողջապահական հաստատությունների ֆինանսական հաշվետվությունների վերաբերյալ: Այս աուդիտները տարեկան շրջանառության շեմը հասած հաստատությունների դեպքում իրականացնում են հաստատության ղեկավարության կողմից ընտրված մասնավոր աուդիտորներ:

3.6.2 ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՆՐԱՅԻՆ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ (H24). ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՄԱԿԱՐԴԱԿՈՒՄ ՈՒԺԵՂ Է, ՍԱԿԱՅՆ ՏԱՐԲԵՐՎՈՒՄ Է ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱԿԱՐԴԱԿՈՒՄ

Առողջապահական ֆազմականության և ոլորտի ֆինանսավորման վերաբերյալ տեղեկատվությունը զգալիորեն հասանելի է հանրության համար՝ պաշտոնական կայքերի միջոցով: Դրանք ներառում են Ազգային ժողովի (parliament.am), կառավարության (gov.am), ԱՆ (moh.am), ՖՆ (minfin.am), Առողջապահության ազգային ինստիտուտի (nih.am) և Ազգային վիճակագրական ծառայության (armstat.am) կայքերը: Այնուամենայնիվ, ծառայությունների մատուցման և բյուջեի կատարողականի վերաբերյալ անիրաժեշտ է ամբողջական և ժամանակին տեղեկատվություն տրամադրել հաստատություններին

մակարդակում: Կառավարության հաստատում պահանջող բազմակարգության նոր նախաձեռնությունները, ներառյալ առողջապահության ոլորտում, հրապարակվում են արդարագատության նախարարության կողմից վարվող **e-draft.am** կայքում: Կայքը նախատեսված է հասարակությանը տեղեկացնելու և արձագանքներ ստանալու համար: Հանրությանը նաև հասանելի է պետական ամբողջ օրենսդրությունը՝ Հայաստանի իրավական տեղեկատվական համակարգի կայքի միջոցով (**arlis.am**), որն ունի օրենքների, նախագահի հրամանագրերի, կառավարության որոշումների և նախարարների հրամանների հասանելիությունը դյուրացնող սրունման գործիքներ:

ՄԺԾՄ-ի և հաջորդ տարվա բյուջեի մասին օրենքի նախագծերը հասանելի են ՖՆ-ի կայքէջում, որտեղ նաև հրապարակվում են այդ փաստաթղթերի վերջնական, հաստատված տարբերակները, ինչպես նաև բյուջեի կատարման ամսական, եռամսյակային և տարեկան հաշվետվությունները՝ ըստ բյուջետային ծրագրերի և միջոցառումների: Բյուջեի կատարման հաշվետվությունները սովորաբար հրապարակվում են հաշվետու ժամանակահատվածն ավարտվելուց հետո՝ մեկ ամսվա ընթացքում: Առողջապահության ազգային հաշիվների հաշվետվությունները, առողջապահության տարեկան վիճակագրական հաշվետվությունները և առողջապահական համակարգի գործունեության հաշվետվությունները հասանելի են ԱԱԻ-ի կայքի միջոցով՝ հայերեն և անգլերեն լեզուներով: Ազգային վիճակագրական ծառայությունը ամսական, եռամսյակային և տարեկան հաշվետվություններ է հրապարակում հայաստանցիների սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակի վերաբերյալ, ներառյալ առողջապահության ոլորտի ցուցանիշները: ԱՆ կայքը հրապարակում է առողջապահական բազմակարգության փաստաթղթերը, ոլորտի ռազմավարական ծրագրերը և ԱՆ հրամանները, որոնք կարգավորում են ՀԾՓ-ի տրամադրումը, գնացուցակները, ուղեցույցները և որակի ստանդարտները:

ՖՆ կայքի «Ինտերակտիվ բյուջե» բաժինը բյուջեի կատարման վերաբերյալ մանրամասն տեղեկատվություն է տրամադրում հասարակությանը՝ ըստ ոլորտների, բյուջետային ծրագրերի և միջոցառումների: Այս տեղեկատվությունը կարելի է ստանալ առողջապահական հաստատություններից՝ տրամադրված և վճարված ՀԾՓ ծառայությունների ընդհանուր ծավալի վերաբերյալ հաստատությունների ամենամսյա հաշվետվություններից: ԱՆ և առողջապահական հաստատությունների միջև տարեկան ՀԾՓ պայմանագրերը և դրանց փոփոխությունները տեղադրված են նույն կայքում: Հաստատությունների այս հաշվետվությունները ամփոփ տեղեկատվություն են պարունակում տարվա սկզբից ստացված բյուջեի ֆինանսավորման ընդհանուր ծավալի վերաբերյալ: Դրանցում բացակայում են մատուցվող բժշկական ծառայությունների տեսակների և ծավալի մանրամասները:

Առանձին առողջապահական հաստատությունները պարտավոր չեն հրապարակել իրենց տարեկան ֆինանսական կամ կատարողական հաշվետվությունները, ներառյալ արտաֆին աուդիտի եզրակացությունները: Այնուամենայնիվ, բաց բաժնետիրական ընկերության իրավական կարգավիճակ ունեցող մի քանի մասնավոր հաստատություններ, որոնց բաժնետոմսերը ազատ շրջանառության մեջ են, սահմանափակ թվով հասցեատերերի ներկայացում են այդ հաշվետվությունները՝ օրենքի համապատասխան պահանջը կատարելու նպատակով: Պետական և մասնավոր առողջապահական հաստատությունների փոքր թվով կայքեր կան, որոնք պարբերաբար թարմացվում են, բայց դրանք սովորաբար չեն պարունակում տարեկան ֆինանսական կամ աուդիտի հաշվետվությունները: Պետական հաստատությունները պարբերաբար հանրությանը հասանելի չեն դարձնում կատարողական հաշվետվությունները, ներառյալ ծառայությունների մատուցման վիճակագրական տվյալները, ինչպիսիք են հիվանդների բաժանիլը, վիրահատությունները և տրամադրվող անվճար դեղորայքի թիվը, մահահալանքի զբաղվածության մակարդակները, տարեկան ֆինանսական հաշվետվությունները և արտաֆին աուդիտի եզրակացությունները (առկայության դեպքում):

3.7 ՀՖԿ ԹՈՒՅԼ ԿՈՂՄԵՐԸ ԵՎ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՏՈՒՑՄԱՆ ԿՊԱՏԱԿՆԵՐԸ

“FinHealth. ՀՖԿ-ն առողջապահության մեջ” գործիքակազմի օգտագործումով հայտնաբերված ՀՖԿ-ի թույլ կողմերը մարտահրավեր են հանդիսանում Հայաստանում առողջապահական ծառայությունների մատուցման նպատակներին իրականացման համար:

Հայաստանում բացակայում է առողջապահության ոլորտի համապարփակ ռազմավարությունը, իսկ առողջապահական համակարգի ընդհանուր նպատակները նախանշված չեն կառավարության կողմից հաստատված փաստաթղթում: Առողջապահության ոլորտի 2020-2025թթ ռազմավարության նախագիծը հանրային ֆինանսումների համար հասանելի էր 2019-ի սեպտեմբերին, սակայն այն դեռևս հաստատված չէ: Կառավարությունն ունի առանձին ուղղությունների ռազմավարություններ, սակայն չկա առողջապահական համակարգի ընդհանուր շրջանակային փաստաթուղթ, որի միջոցով կարող են սահմանվել ծառայությունների մատուցման առաջնահերթությունները, այդ թվում՝ հասանելիության, որակի և արդյունավետության համար, և սահմանվել կարևոր բարեփոխումները: Կառավարության կողմից հաստատված ռազմավարության մեջ այդ նպատակների սահմանումը առաջին ֆայլն է ծառայությունների մատուցման ՀՖԿ սահմանափակումների վերացման ուղղությամբ:

Թերֆինանսավորվող բյուջետային ծրագրերը, բուժաբժստողների անհավասար բաշխվածությունը և ՏԻՄ-երի սահմանափակ ներգրավումը պլանավորման գործընթացներում բացասաբար են ազդում ծառայությունների հավասար հասանելիության վրա: Հիմնական ծառայությունների փաթեթի ներքո բյուջետային ծրագրերի թերֆինանսավորումը նպաստում է բարձր պատճենական և գրպանից դուրս ոչ պատճենական վճարումներին և խոչընդոտներ առաջացնում անհրաժեշտ ծառայություններ ստանալու համար: Երևանից դուրս ցածր աշխատավարձերը սրում են առողջապահության ոլորտի հասանելիության տարածքային անհավասարությունները: Առողջապահության տարածքային մարմինները սահմանափակ դերակատարում ունեն պետական բյուջեի կազմման և հաստատման գործում՝ սահմանափակելով ծառայությունների մատուցման կարիքները լիարժեք արտացոլելու հնարավորությունները:

Բյուջետային ծրագրերի մասնատվածությունը, փոքրածավալ գնումները և պետական բյուջեից ծառայությունների փաթեթի թերֆինանսավորումը դժվարացնում են բուժօգնության արդյունավետ մատուցումը: Բյուջետային ծրագրերի մասնատվածության պատճառով հաստատությունների բյուջեները պարբերաբար վերանայվում են՝ ֆինանսավորումը միջոցառումների միջև վերաբաշխելու նպատակով: Փոքրածավալ գնումները, մասնավորապես գյուղական բնակավայրերի առողջության առաջնային պահպանման հաստատություններում, նշանակում են, որ հաստատությունների բանակցային ներուժը կամ արդյունավետ գնումներ կատարելու ունակությունը վախճ է: Հիմնական ծառայությունների փաթեթի համար պետական բյուջեում ֆինանսավորման բացը վերացնելու նպատակով ներդրված վճարովի ծառայությունների բարձր մակարդակները անարդյունավետություն են առաջացնում՝ մասնատելով ֆինանսները, լրացուցիչ վարչական ընթացակարգեր պահանջելով և հանգեցնելով հատկացումների մասին ոչ նպատակահարմար որոշումների կայացման:

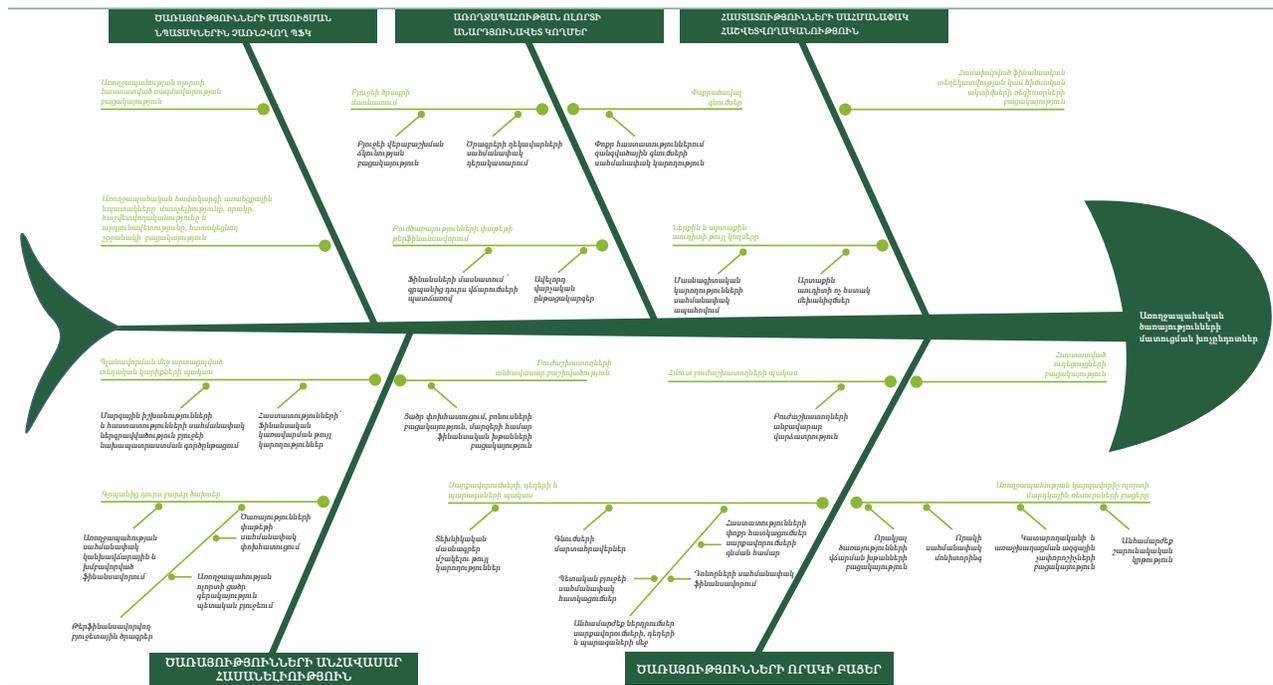
Մարզերում հնուտ բուժաբժստողների պակասը, առողջապահության կարգավորման համար մարդկային ռեսուրսների հետ կապված բացերը, կապիտալ ներդրումների անբավարար ֆինանսավորումը և գնումների մարտահրավերները բացասաբար են անդրադառնում ծառայությունների որակի վրա: Մարզերում հնուտ

բուժաշատողների պակասը դժվարացնում է բարձրորակ առողջապահական ծառայությունների մատուցումը: Հանրային առողջապահության ոլորտում աշխատանքի նկարագրության, առաջնադասցան կամ աշխատանքի գնահատման ազգային ստանդարտների բացակայությունը հանգեցնում է առողջապահությունում մարդկային ռեսուրսների որակի ապահովման կորսված հնարավորությունների: Իշուձեց կապիտալ ներդրումների անհամարժեք ֆինանսավորումը, ներառյալ ենթակառուցվածքների և սարքավորումների սպասարկման ծախսերը, մասնավորապես մարզերում, և դեղերի և այլ պարագաների համար համապատասխան տեխնիկական բնութագրեր մշակելու կարողության բացակայությունը նույնպես բացասաբար են ազդում ծառայությունների մատուցման որակի վրա:

Համախմբված ֆինանսական հաշվետվությունների և հիմնական միջոցների գրանցամատյանների բացակայությունը և ներքին և արտաքին աուդիտի թույլ կողմերն առաջացնում են հաստատությունների ղեկավարների հաշվետվողականության սահմանափակումներ: Առողջապահության ոլորտում չկան հաստատությունների մակարդակի ֆինանսական հաշվետվությունների կամ հիմնական միջոցների գրանցամատյանների համախմբման ոլորտային համակարգեր, որոնք կարող են կիրառվել հաշվապահական հաշվառման ամբողջականությունն ու հետությունը ստուգելու համար: Առողջապահության ոլորտում ներքին և արտաքին աուդիտի համակարգերը թուլանում են սահմանափակ մասնագիտական կարողությունների և առողջապահության ոլորտում արտաքին աուդիտի հստակ սահմանված և համապարփակ մեխանիզմների բացակայության պատճառով:

Առողջապահական ծառայությունների մատուցման համար ՀՖԿ այս պարտադիր սահմանափակումներն անփոփոխելի են ստորև ներկայացված պատճառահետևանքային կապերի գծապատկերում (Գծապատկեր 4):

ԳԾԱՊԱՏԿԵՐ 4 • Առողջապահական ծառայությունների մատուցման ՀՖԿ սահմանափակումները





ԳՆՈՒՆ 4 ՀԱՆՐԱՅԻՆ ՖԻՆԱՆՍՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՏՈՒՑՄԱՆ ԲԱՐԵԼՎԱՎՄԱՆ ԿՊԱՏԱԿՈՎ

Հայաստանի առողջապահության ոլորտը արդյունավետ, որակյալ և հաշվետվողական առողջապահական ծառայություններ ապահովելու գործում բախվում է պետական ֆինանսական կառավարման (ՀՖԿ) մի շարք սահմանափակումների: Այս սահմանափակումներից մի քանիսը տարածված են բոլոր ոլորտներում: Միջգերատեսչական սահմանափակումների անդրադառնալը կպահանջի ամբողջ կառավարության գործողությունները և կարող է հիմնվել դոնորների աջակցության վրա: Տվյալ գլխում ներկայացվում են իրագործելի առաջարկություններ, որոնք կարող են հիմն հանդիսանալ առողջապահության ոլորտում ՀՖԿ-ի բարելավման կառավարության գործողությունների ծրագրի համար: Առաջարկությունները, որոնք ըստ կարևորության աստիճանի չեն ներկայացված, կարող են ղեկավարվել ԱՆ կողմից, սակայն հաջող իրականացման համար անհրաժեշտ է սերտ համագործակցություն ՖՆ-ի և այլ պետական գերատեսչությունների հետ:

ԽՆԴԻՐ 1. ՀԱՅԱՍՏԱՆԸ ՉՈՒՆԻ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՈՂՈՐՏԻ ՀԱՄԱՊԱՐՓԱԿ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ և ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՈՂՈՐՏԻ ՍԱՀՄԱՆԱՓՈՒԿ ՊԵՏԱԿԱՆ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՈՒՄ Է՝ ՏՐԱՄԱԴՐՈՒՄ

Հայաստանը չունի հաստատված Առողջապահության ազգային ծրագիր, առողջապահական բաղաձայնության փաստաթուղթ կամ առողջապահության ոլորտի համապարփակ ռազմավարություն: Առողջապահության ոլորտի 2020-2025թթ ռազմավարության նախագիծը հանրային բնակարանների համար հասանելի դարձավ 2019 թվականի սեպտեմբերին, սակայն դեռ չի հաստատվել: Կառավարությունը հաստատում է առանձին ուղղություններով ռազմավարություններ

և ծրագրային փաստաթղթեր (ներառյալ տուբերկուլյուզի, ՄԻԱՎ / ՋԻԱՀ-ի և մոր և մանկան առողջության հանախ հնգամյա ժամկետով, իսկ առողջապահության ոլորտի հետ կապված օրենքները կարգավորում են հիվանդությունների կանխարգելման և ծառայությունների մատուցման հատուկ ասպեկտները: Առողջապահական համակարգի մակարդակով ավելի լայն շրջանակի, այդ թվում օրենսդրության և ռազմավարության փաստաթղթերի անհրաժեշտություն կա, որոնք կսահմանեն առողջապահական համակարգի ընդհանուր նպատակները և տարբեր պետական և մասնավոր դերակատարների, այդ թվում՝ ԱՆ դերը հանրային առողջապահական ֆազակահանության և ռազմավարության ձևավորման և իրականացման գործում: Այս շրջանակը բարեփոխումների ավելի համապարփակ և երկարաժամկետ իրավական հիմք կստեղծեր:

Պետական բյուջեից ֆինանսավորվող բժշկական ծառայությունների տրամադրման ծախսերը ՀՄՓ-ում ամբողջությամբ չեն ներառվում առողջապահական սահմանափակ պետական ռեսուրսների պատճառով: Որոշ ՀՄՓ ծառայությունների փոխհատուցման դրույթաչափերն արտացոլում են ծառայությունների մատուցման արժեքը: Այնուամենայնիվ, բյուջետային շատ ծրագրեր դեռևս թերի են ֆինանսավորվում՝ նպաստելով գրավանդից դուրս բարձր պատճենական և ոչ պատճենական վնասումներին՝ բացը լրացնելու համար: ՀՄՓ-ն ունի բարդ կառուցվածք և կիրառում է իրավունակության չափանիշների բարդ խոստում: ՀՄՓ-ի պատճենապես հաստատված ակտուարային ծախսակազմում չի կատարվում, սակայն հիմնական շահագրգիռ կողմերը այն համարում են առատածեղ՝ հաշվի առնելով առկա պետական ռեսուրսները:

Քաղաքականության առաջարկություն 1. Բարելավել առողջապահության ոլորտի պլանավորումը և պետական ֆինանսավորումը

1.1 Մշակել առողջապահական բարեփոխումների համապարփակ և ծախսակազմված ազգային ռազմավարություն, որը կապակցված է առողջապահական համակարգի կարճաժամկետ, միջնաժամկետ և երկարաժամկետ նպատակներին: Ռազմավարությունը պետք է ներառի առողջապահության ոլորտում առկա ազգային ռազմավարության և ծրագրային փաստաթղթերի հիմնական ֆազակահանություններն ու ծրագրերը: Այս ջանքերը պետք է բարելավեն համապատասխանությունը Առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի (ԱՊՆԾ) և Միջնաժամկետ ծախսերի ծրագրի (ՄԺԾԾ) միջև: Այն նաև պետք է բարելավի համապատասխանությունը կառավարության առողջապահական ֆազակահանության և գերակայությունների և տարեկան առողջապահական բյուջեի ծրագրերի և գործունեության միջև, այդ թվում՝ արդյունքների համապատասխան ցուցանիշներ ներառելու միջոցով:

1.2 Բնակչության ֆինանսական պատշաճությանը բարելավելու նպատակով բարձրացնել առողջապահության պետական ֆինանսավորման մակարդակը: Առողջապահության համար հատկացված պետական բյուջեի մասնաբաժինը պետք է անի երկարաժամկետ կտրվածքով, որպեսզի կառավարությունը կարողանա կատարել համընդհանուր առողջապահական ծածկույթ ապահովելու իր պարտավորությունը: Պետական ֆինանսավորման մակարդակի բարձրացումը պետք է ուղեկցվի առողջապահական ծախսերի արդյունավետության բարելավմամբ:

ԽՆԴԻՐ 2. ԲՅՈՒՋԵԻ ԿԱԶՄՈՒՄԸ և ՀԱՍՏԱՏՈՒՄԸ ԱՄԲՈՂՋՈՒԹՅԱՄԲ ԶԵՆ ԱՐՏԱՑՈՂՈՒՄ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՏՈՒՑՄԱՆ ԿԱՐԻՔՆԵՐԸ, ԻՍԿ ԾՐԱԳՐԱՅԻՆ ԲՅՈՒՋԵՏԱՎՈՐՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑՈՒՄ ԾՐԱԳՐԻ ՂԵԿԱՎԱՐԻ ԴԵՐԸ ՀՍԱԿ ՍԱՀՄԱՆՎԱԾ ԶԷ

Պետական բյուջեի կազմման և հաստատման գործընթացները լավ սահմանված են ազգային մակարդակում, սակայն ամբողջությամբ չեն արտացոլում ծառայությունների մատուցման կարիքները: Առողջապահության բյուջեն պլանավորվում և հաստատվում է կենտրոնացված ձևով: Այն կառավարվում է մեկ վճարողի համակարգի միջոցով, որտեղ ԱՆ / Առողջապահության պետական գործակալությունը (ՊԱԳ) հանդես են գալիս որպես վճարող: Առողջապահության մարզային

մարմինները շատ սահմանափակ դեր ունեն առողջապահության բյուջեի պլանավորման մեջ և ոչ մի դերակատարություն չունեն բյուջեի կատարման գործում: Պետական բյուջեի ծրագրերի մասնատումը բազմակի միջոցառումների հաստատությունների բյուջեների պարբերական վերանայման անհրաժեշտություն է ստեղծում՝ ֆինանսավորումը վերաբաշխելու թերակատարվածից գերակատարված միջոցառումների: Այս վերանայումները պահանջում են հաստատման բարդացված և երկարատև ընթացակարգեր: ԱՆ աշխատակազմը, ներառյալ ՊԱԳ-ը և հաստատությունների ղեկավարները պետք է ավելի լավ պատկերացնեն բյուջեի նախապատրաստման գործընթացը, որի համար անհրաժեշտ է նրանց ներգրավել նախանշված գործառնությունների և ծրագրերի գերակայությունների սահմանման և ծախսակազմման աշխատանքներում:

Առողջապահության ոլորտում ԾԲ-ի ամբողջական իրականացումը պահանջում է ծրագրի ղեկավարների դերի հստակ սահմանում: Առողջապահության բյուջեի կառուցվածքը պետք է ուղղորդվի ԱՆ-ին և հաստատություններին ավելի շատ նկատելություն ապահովելու համար՝ բյուջեի հատկացումներն արդյունավետ օգտագործելու և ծրագրի ղեկավարներին ծրագրեր վերահսկելու լիազորություն տրամադրելու համար, ինչպես ակնկալվում էր ՀԾՓ շրջանակներում: ԱՆ Առողջապահության ֆազաֆականության վարչությունը վերահսկում է առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի ձևավորումը և վերանայումը և մասնակցում է ՄԺԾԾ-ի ոչ ֆինանսական ցուցանիշների և բյուջետային ծրագրերի մշակմանը: Այնուամենայնիվ, այն ուղղակիորեն ներգրավված չէ առողջապահական բյուջեի ձևավորման, կատարման կամ մշտադիտարկման աշխատանքներում: Բյուջեի շրջափոխումը առողջապահական ֆազաֆականության փորձագետների այս սահմանային ներգրավվածությունն արտացոլում է ավելի ընդհանուր խնդիր հանրային ոլջ հատվածում, այն է՝ ընկալումը, որ բյուջետավորումը հիմնականում պետական կառավարման մարմինների ֆինանսատնտեսական և հաշվապահական հաշվառման ստորաբաժանումների պարտականությունն է:

Քաղաքականության առաջարկություն 2. Բարելավել բյուջեի պլանավորումը և բյուջեի կատարման մշտադիտարկումը

2.1 Բարելավել առողջապահության ոլորտի բյուջետավորումը՝ ընդլայնելով մարզային առողջապահական մարմինների և առողջապահական հաստատությունների դերը և բարձրացնելով նրանց ներգրավվածությունը: Միջնաժամկետ պլանավորման և ներքևից վերև պլանավորման և բյուջետավորման գործընթացները, որոնցում ներառված են առողջապահական հաստատությունները, կօգնեն ապահովել հաստատությունների կարիքների ներառումը բյուջեում՝ ԱՆ ներկայացնելու համար: Առանց գերակայությունների սահմանման ծառայության պատրաստականությունն ու որակը կառուցել, չնայած ֆինանսավորման ավելացմանը:

2.2 Առողջապահական բյուջեի յուրաքանչյուր ծրագրի համար նշանակել ծրագրերի ղեկավարներ ԱՆ առանցքային ֆազաֆականությունների վարչություններից: ԾԲ-ը պահանջում է յուրաքանչյուր բյուջետային ծրագրի իրականացման համար պարտականությունների հստակ բաշխում նշանակված ծրագրի ղեկավարի միջոցով: Նման բաշխումը առանցքային է առողջապահական բյուջեի ծրագրերի ինչպես ֆինանսական, այնպես էլ ոչ ֆինանսական ցուցանիշների բավարար կատարման համար:

ԽՆԴԻՐ 3. ՄԱՐԶԵՐԸ ՏՈՒԺՈՒՄ ԵՆ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ ՊԱԿԱՍԻՑ, ԻՍԿ ՊԵՏԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՈՂՈՐՏՈՒՄ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ ՎԱՐՋԱՏՐՈՒԹՅԱՆ ԱՏԱՆԴԱՐՏՆԵՐԸ ՄԻԱՏԵՍԱԿ ԶԵՆ

Բուժաշխատողների բաշխվածությունը չի համապատասխանում բնակչության առողջապահական կարիքներին և մարտահրավեր է հանդիսանում Երևանից դուրս բարձրորակ ծառայությունների մատուցման հասանելիության ապահովման համար: Ավելի փոքր ծանրաբեռնվածությունը և արդյունքում ցածր վարձատրությունը, ինչպես նաև մարզերում

սոցիալական վատ պայմանները դժվարացնում են մարգային առողջապահական հաստատություններում թափուր հաստիքների համալրումը:

Պետական առողջապահության ոլորտում չկան հստակ չափորոշիչներ աշխատանքային նկարագրերի, անձնակազմի առաջխաղացման ֆազաականության կամ ուղեցույցների, անձնակազմի աշխատանքի գնահատման կամ վարձատրության վերաբերյալ:

Հատկապես պետական հաստատություններում վարձատրության հստակ չափորոշիչների բացակայության պայմաններում բուժանձնակազմի թերի վարձատրությունը կարող է նպաստել ավելի բարձր գրպանից դուրս ոչ ֆորմալ վճարումների՝ բացասական ազդեցություն ունենալով ծառայությունների մատուցման հասանելիության վրա: Ապակենտրոնացման բարձր մակարդակի պատճառով առողջապահության ոլորտում աշխատավարձերի կանոնակարգերը կիրառելու ԱՆ կարողությունը սահմանափակ է: Հաստատությունները, նույնիսկ պետական հատվածում, կիրառում են աշխատավարձի տարբեր կանոններ և ֆազաականություններ, ինչը հանգեցնում է մեծ և ոչ համակարգային տարբերությունների՝ նույն ծառայությունների դիմաց բժշկական անձնակազմի վարձատրության հարցում, նույնիսկ նույն աշխարհագրական տարածքում:

Քաղաքականության առաջարկություն 3. Իրականացնել ֆազաականություն մարգային առողջապահական հաստատություններում հնուտ բուժաշխատողների պակասի վերացման և պետական առողջապահության ոլորտում կատարողականի և վարձատրության ստանդարտացման համար

3.1 Իրականացնել պետական բյուջեի նպատակային ծրագրեր՝ մարգային հաստատություններում հնուտ բուժաշխատողների պակասը վերացնելու համար: Բյուջեից լրացուցիչ ֆինանսավորում հատկացնել ֆինանսական խրախուսանքների, այդ թվում՝ կենսապահովման և հարակից ծախսերը հոգալու համար սուբսիդիաներ՝ որպես խթան բուժաշխատողների համար՝ մարզերում թափուր աշխատատեղերը լրացնելու նպատակով:

3.2 Վերանայել օրենքները, որպեսզի կառավարությունը հնարավորություն ունենա պետական հատվածում իրականացնել առողջապահական աշխատուժի աշխատանքի և վարձատրության միասնական կանոնակարգեր՝ ծառայությունների մատուցման բարելավման, աշխատավարձերի թափանցիկության և հաշվետվողականության բարձրացման նպատակով:

ԽՆԴԻՐ 4. ԶՆԱՅԱԾ ԲԱՐԵՂԱՎՈՒՄՆԵՐԻՆ, ԲՈՒԺՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԲԱՆՎՈՒՄ ԵՆ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻ ՈՐԱԿԻ և ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆ ԲԱՐԵՂԱՎՄԱՆ ՏԵԽՆԻԿԱԿԱՆ և ԿԱՐԳԱՎՈՐԻԶ ՄԱՐՏԱՀՐԱՎԵՐՆԵՐԻ

Պետական գնումների համակարգի թափանցիկության և հաշվետվողականության ապահովման ընթացակարգերն աստիճանաբար ամրապնդվել են, սակայն առողջապահական հաստատությունները գնումների հարցում դեռևս բախվում են պարբերական խնդիրների: Մարտահրավերներից են կարգավորիչ խոչընդոտների արդյունքում ցածրորակ դեղորայքի և այլ ապրանքների ձեռքբերումը և անհրաժեշտ տեխնիկական բնութագրերի մշակման կարողությունների բացակայությունը: Առողջապահական հաստատությունները հաճախ չունեն անհրաժեշտ դեղորայքի և պարագաների անհրաժեշտությունը պլանավորելու կարողություն: Բացի այդ, ռեսուրսների բացակայությունը և բարձր վարչական բեռը դժվարացնում են գյուղական բնակավայրերի առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) հաստատությունների կողմից դեղերի և բժշկական պարագաների մատակարարման շղթաների արդյունավետ կառավարումը:

Քաղաքականության առաջարկություն 4. Առողջապահության ոլորտում գնումների մեխանիզմների բարելավման համար կիրառել գնումների կենտրոնացում և կարողությունների զարգացում:

4.1 Համախմբել դեղերի և բժշկական պարագաների գնումները ԱԱՊ մակարդակում, ինչպես նաև ԱՆ հովանու ներքո գտնվող պետական հաստատությունների կողմից առավել հաճախ օգտագործվող ապրանքների համար:

4.2 Միջոցներ ձեռնարկել հիմնավոր տեխնիկական բնութագրեր մշակելու՝ առողջապահության ոլորտի կարողությունների ամրապնդման համար՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով որակի չափանիւթերին: Նման միջոցառումները կարող են բարելավել մատակարարվող ապրանքների և ծառայությունների որակը և խնայել բյուջեի միջոցները:

ԽՆԴԻՐ 5. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԳՐԵԹԵ ԱՄԲՈՂՋ ԲՅՈՒՋԵՆ ՈՒՂՂՎՈՒՄ Է ՀԾՓ-Ի ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՊՐԱՆՔՆԵՐԻ Ե ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԳՆՄԱՆԸ, ԻՍԿ ԿԱՊԻՏԱԼ ԾԱԽՍԵՐԻ ՀԱՄԱՐ ՇԱՏ ՔԻՉ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐ ԵՆ ՄՆՈՒՄ

Վերջին երկու տասնամյակների ընթացքում ոլորտում պետական կապիտալ ներդրումների մեծ մասը կատարվել է դոնորների կողմից ֆինանսավորվող ծրագրերի միջոցով և ուղղված է եղել ԱԱՊ տարածաշրջանային ենթակառուցվածքների և հիվանդանոցների կառուցմանը կամ վերանորոգմանը: Բյուջեից ֆինանսավորումը չի ներառում այդ հաստատությունների սպասարկման ծախսերը: Արդյունքում, Հայաստանում պետական սեփականություն հանդիսացող առողջապահական հաստատությունների մեծ մասն ունի հնացած ենթակառուցվածքներ և սարքավորումներ:

Քաղաքականության առաջարկություն 5. Բարելավել պետական ներդրումների կառավարումը՝ ամրապնդելով նոր և առկա ենթակառուցվածքներում պատշաճ կերպով ընտրված կապիտալ ներդրումներ նախապատրաստելու և իրականացնելու կարողությունները:

- 5.1** Առողջապահության ոլորտի բյուջեում աստիճանաբար ավելացնել կապիտալ ծախսերի մասնաբաժինը, ներառյալ առկա ենթակառուցվածքների սպասարկման համար հատկացումները:
- 5.2** Ներդնել և իրականացնել առողջապահության ոլորտում պետական ներդրումների համար ծրագրերի ընտրության հստակ և թափանցիկ չափանիւթեր:

ԽՆԴԻՐ 6. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՈՂՈՐՏԻ ՄԱԿԱՐԴԱԿՈՒՄ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ Ե ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ՌԵԳԻՍՏՐՆԵՐԻ ՀԱՄԱԽՄԲՄԱՆ ԿԱՄ ՀԱՇՎԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՇՎԱՌՄԱՆ ԱՆԱՉԱՌՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՃՇԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՀԱՎԱՍՏԻԱՑՈՒՄ ԱՊԱՀՈՎԵԼՈՒ ՀԱՄԱԿԱՐԳԵՐ ԳՈՅՈՒԹՅՈՒՆ ԶՈՒՆԵՆ:

Բյուջեի կատարման կանոնավոր հաշվետվություններից բացի, կառավարությունը շատ մասնատված տեղեկատվություն ունի առողջապահության ոլորտի ֆինանսական վիճակի վերաբերյալ, բացի պետական հատվածի հաստատություններից: Նույնիսկ պետական հատվածում, ԱՆ-ն ուղղակիորեն չի վերահսկում ծառայությունների մատուցման գործընթացներն ու կառավարումը: Կա ֆինանսական հաշվետվողականության և թափանցիկության բարելավման հստակ կարիք՝ ԱՆ համակարգող դերը դյուրացնելու համար:

Քաղաքականության առաջարկություն 6. Առողջապահության ոլորտում ֆինանսական հաշվետվությունների մեխանիզմների ամրապնդում

- 6.1** Ներդնել կանոնակարգեր և մեխանիզմներ, որոնք ԱՆ-ին հնարավորություն կտան տիրապետել պետական և մասնավոր հաստատություններից ստացվող ֆինանսական ամբողջ տեղեկատվությանը և ամփոփել այն՝ հատկացված բյուջետային ռեսուրսների արդյունավետ և արտադրողական օգտագործման և առողջապահական ընդհանուր ծախսերի գնահատումը դյուրացնելու համար:

ԽՆԴԻՒՐ 7. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՈՂՈՐՏՈՒՄ ՆԵՐՔԻՆ և ԱՐՏԱՔԻՆ ԱՌԻԴԻՏԻ ՀԱՄԱԿԱՐԳԵՐԸ ԹՈՒՅԼ ԵՆ

Մասնագիտական սահմանափակ կարողությունների պատճառով միայն վաճառքով առողջապահական հաստատություններ են տարեկան աուդիտի ենթարկվում ԱՆ և մարզպետարանների ներքին աուդիտի ստորաբաժանումների կողմից: Ներքին աուդիտը կենտրոնանում է ֆինանսական հաշվետվությունների և կառավարման մեխանիզմների համապատասխանության վրա: Ներքին աուդիտի գործառնությունը չի ապահովում կանոնակարգերով սահմանված շրջանակը, ներառյալ առողջապահության ոլորտի բոլոր հաստատությունների աուդիտը՝ մասամբ ներքին աուդիտի ծառայության ցածր վարչական կարգավիճակի պատճառով: Աուդիտի բարձրագույն մարմինը դեռ պետք է լինի իրացնի առողջապահական հաստատություններում աուդիտ անցկացնելու իր լիազորությունները: Առողջապահության ոլորտի արտաքին աուդիտի համար հստակ սահմանված և համապարփակ մեխանիզմներ չկան, և այդպիսով սահմանափակվում է պետական ակտիվների կառավարման որակի և բյուջեի հատկացումների արդյունավետ օգտագործումը օբյեկտիվ գնահատելու հնարավորությունը:

Քաղաքականության առաջարկություն 7. Բարելավել և ամրապնդել առողջապահության ոլորտում ներքին և արտաքին աուդիտի մեխանիզմները:

7.1 Բարելավել ԱՆ-ում և մարզպետարաններում ներքին աուդիտի համակարգերի կատարողականը՝ կարողությունների զարգացման և որակյալ մասնագետներ ներգրավելու բարեփոխումների միջոցով: Շատ կարևոր է ապահովել, որ ներքին աուդիտի վարչություններն ունենան առողջապահական ոլորտի աուդիտի մեթոդաբանություններն օգտագործելու և ավելի ֆունկցիոնալ աուդիտներ իրականացնելու կարողություն և գիտելիքներ: Պատշաճ ուշադրություն պետք է դարձվի աշխատավարձերի աուդիտին, որը Կառավարության 2019–2023 թվականների ՀՖԿ ռազմավարության բաղադրիչներից է:

7.2 Սահմանել առողջապահության ոլորտի հետ կապված առանձին պահանջներ որոշակի չափանիշների բավարարող առողջապահական հաստատությունների տարեկան պարտադիր աուդիտի համար, Ազգային ժողովի կողմից նոր հաշվապահական և աուդիտորական օրենսդրության հաստատման և արտաքին աուդիտի որակի նկատմամբ անկախ մասնագիտական և հանրային վերահսկողության մեխանիզմների ներդրման պայմաններում:

ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

ՀԱՎԵԼՎԱԾ Ա. ԶԵԿՈՒՅՑԻ ՀԱՄԱՐ ԻՐԱԿԱՆԱՑՎԱԾ ԽՈՐՔԱՅԻՆ ՀԱՐՑԱԶՐՈՒՅՑՆԵՐ

ԱՂՅՈՒՍԱԿ Ա.1 • Պետական պաշտոնյաների հետ խորհային հարցազրույցներ

ՌԵՍՊՈՆԴԵՆՏ	ՊԱՇՏՈՆ, ԳԵՐԱՏԵՍՁՈՒԹՅՈՒՆ
Արսեն Պետրոսյան	Արագածոտնի մարզպետարանի աուդիոպահույթի և սոցիալական հարցերի վարչության պետ
Դավիթ Մելիք-Նուբարյան	Աուդիոպահույթի նախարարության աուդիոպահույթի և ֆալսիֆիկացիայի վարչության պետ
Էդգար Մկրտչյան	Ֆինանսների նախարարության հանրային ֆինանսների կառավարման վարչության պետի տեղակալ
Գարուշ Այվազյան	Աուդիոպահույթի նախարարության Պետական աուդիոպահույթի գործակալության պետի տեղակալ
Կարինե Սարիբեկյան	Աուդիոպահույթի նախարարության Մար և մանկան աուդիոպահույթի պահպանման վարչության պետ
Լուսինե Ավազյան	Աուդիոպահույթի նախարարության ֆինանսատնտեսագիտական վարչության պետ
Ծաղիկ Վարդանյան	Աուդիոպահույթի նախարարության / Պետական աուդիոպահույթի գործակալության պետ
Ժորա Ասատրյան	Ֆինանսների նախարարի առաջին տեղակալի օգնական



ԱՂՅՈՒՍԱԿ Ա.2 • Առողջապահական հաստատությունների ղեկավարների հետ խորհային հարցազրույցներ

ՌԵՍՊՈՆԴԵՆՏ	ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆ	ՊԱՇՏՈՆԸ, ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿԸ ԻՐԱՎԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ
Աննա Սիրոյան	Կ.Նսայանի անվան պոլիկլինիկա	Տնօրեն, պետական պոլիկլինիկա, Երևանի քաղաքապետարան (ՓԲԸ)
Արտավազ Կանյան	Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոն	Տնօրեն, պետական կենտրոն (ՊՈԱԿ)
Գառնիկ Սահակյան	Զարենցավանի բժշկական կենտրոն	Տնօրեն, մարզային պետական պոլիկլինիկա (ՓԲԸ)
Կարմեն Հովհաննիսյան	Կարբի բժշկական ամբուլատորիա	Տնօրեն, պետական ԱԱՊ հաստատություն (ՀՈԱԿ)
Սամվել Դանիելյան	Պրոֆեսոր Յուլյանի անվան արյունաբանական կենտրոն	Տնօրեն, պետական հիվանդանոց (ՓԲԸ)
Սամվել Հայրուսյան	Կարգիտնեյ ընտանեկան բժշկության կենտրոն	Տնօրեն, մասնավոր ԱԱՊ հաստատություն
Սարգիս Խաչատրյան	Արմավիրի բժշկական կենտրոն	Տնօրեն, մարզային պետական հիվանդանոց (ՓԲԸ)
Վարդան Մանուկյան	Աբովյանի բժշկական կենտրոն	Տնօրեն, մարզային պետական հիվանդանոց (ՓԲԸ)

ՀԱՎԵԼՎԱԾ Բ. ՍԵՄԻՆԱՐԻ ՄԱՍՆԱԿԻՑՆԵՐԸ

ԱՂՅՈՒՍԱԿ Բ.1 • 2019թ. հոկտեմբերի 9-ին Մարիոթ Արմենիա-ում կայացած սեմինարի մասնակիցներ

ՄԱՍՆԱԿԻՑ	ՊԱՇՏՈՆ
Առողջապահության նախարարություն	
Լենա Նանուշյան	Առողջապահության նախարարի տեղակալ
Լուսինե Ավալյան	Ֆինանսատնտեսագիտական վարչության պետ
Վարդուհի Գրիգորյան	Դեղաբայջային ֆազաբազմաբանության և բժշկական տեխնոլոգիաների վարչության պետ
Մանյա Մխիթարյան	Հաշվապահական հաշվառման բաժնի պետ
Յակով Ասատրյան	Ներքին առևտրի ստորաբաժանման ղեկավարի պատասխանատու
Հայաստան Հակաբուժական	Պետական առողջապահական գործակալության վարչության պետ,
Քրիստինա Սարգսյան	Առողջապահական ծրագրերի իրականացման գրասենյակի տնօրեն
Ֆինանսների նախարարություն	
Ժորա Ասատրյան	Նախարարի առաջին տեղակալի խորհրդական
Աննա Անանիկյան	Բյուջետային գործընթացի կառավարման վարչության պետ
Աննա Մեքրաբյան	Հաշվապահական հաշվառման և աուդիտորական գործունեության կարգավորման և հաշվետվությունների մոնիտորինգի վարչության առաջատար մասնագետ
Նունե Բահակյան	Հաշվապահական հաշվառման և աուդիտորական գործունեության կարգավորման և հաշվետվությունների մոնիտորինգի վարչության առաջատար մասնագետ
Երևանի ֆազաբազմաբան	
Կամար Բաբինյան	Առողջապահության վարչության պետ
Գայանե Անտոնյան	Առողջապահության վարչության պետի տեղակալ
Համալսարանային Բանկ	
Ազաննա Զուբյան	Առաջադրանքների խմբի ղեկավար և առողջապահության մասնագետ
Մանուշ Զախ	Ֆինանսական կառավարման առաջատար մասնագետ
Սրիսիլա Գուրազադա	Ֆինանսական կառավարման ավագ մասնագետ
Արման Վաթյան	Ֆինանսական կառավարման առաջատար մասնագետ
Լուսինե Գրիգորյան	Ֆինանսական կառավարման մասնագետ
Մակիչ Խչեյան	Պետական ֆինանսական կառավարման խորհրդատու
Սարո Ծատուրյան	Առողջապահության ֆինանսավորման գծով խորհրդատու
Այլ	
Սամվել Հայրուսյան	Կարգիմեյ ընտանեկան բժշկության կենտրոնի տնօրեն
Սուսաննա Կարակյան	Արարտի մարզպետարանի աշխատակազմի առողջապահության և ոսկիալական ապահովության վարչության պետ
Դավիթ Մելիք-Նուբարյան	Առողջապահության համալսարանային կազմակերպության գրասենյակի խորհրդատու, Հայաստան
Աննա Սիսոյան	Տնօրեն, Կ. Նույանի անվան պոլիկլինիկա
Հովհաննես Պետրոսյան	Հայաստանի հաշվապահների և աուդիտորների ասոցիացիայի նախագահ
Զորայր Կարապետյան	Հաշվապահների պալատի վարչության պետի տեղակալ

ՀԱՎԵԼՎԱԾ Գ. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆԸ ԳՅՈՒՂԱԿԱՆ ՀԱՄԱՅՆՔՆԵՐՈՒՄ

ԱՂՅՈՒՍԱԿ Գ.1 • Հեռավորությունը Հայաստանի մոտակա ԱԱՊ հաստատությունից՝ ըստ սպառման ֆիլիտիլի (տոկոս), 2018 թ.

Հեռավորությունից մոտակա ԲՈՒԺՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆԻՑ (ԿՄ)	ՍՊԱՌՄԱՆ ՔՎԻՆՏԻԼ					ԸՆԴԱՄԵՆԸ
	I (ԱՄԵՆԱԱՂՔԱՏ)	II	III	IV	V (ԱՄԵՆԱՀԱՐՈՒՄՏ)	
<1	71.0	71.8	72.4	75.2	75.3	73.5
1-3	25.3	26.9	26.8	24.2	24.0	25.3
4-5	-	-	0.2	0.3	0.2	0.1
6-10	2.8	-	0.5	0.2	0.1	0.6
>10	0.9	1.4	0.2	0.1	0.4	0.5

Աղբյուրը՝ ՀՀ Ազգային վիճակագրական կոմիտե

ԱՂՅՈՒՍԱԿ Գ.2 • Հեռավորությունը Հայաստանի գյուղական համայնքներում մոտակա առողջապահական դեղատնից՝ ըստ սպառման ֆիլիտիլի (տոկոս), 2018 թ.

Հեռավորությունից մոտակա ԴԵՂԱՏՆԻՑ (ԿՄ)	ՍՊԱՌՄԱՆ ՔՎԻՆՏԻԼ					ԸՆԴԱՄԵՆԸ
	I (ԱՄԵՆԱԱՂՔԱՏ)	II	III	IV	V (ԱՄԵՆԱՀԱՐՈՒՄՏ)	
<1	30.7	34.7	35.6	34.2	39.5	35.3
1-3	20.6	19.5	17.8	19.0	17.1	18.6
4-5	9.2	9.7	9.4	6.9	4.3	7.6
6-10	9.2	10.5	13.0	17.7	20.1	14.9
>10	30.3	25.6	24.1	22.2	19.0	23.6

Աղբյուրը՝ ՀՀ Ազգային վիճակագրական կոմիտե

ՀԱՎԵԼՎԱԾ Դ. ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԿՊԱՏԱԿԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾՐԱԳՐԵՐ

ԱՂՅՈՒՄԱԿ Դ.1 • Հայաստանի նպատակային առողջապահական ծրագրեր, ըստ պետական բյուջեի ծրագրի և գործունեության, 2019թ.

ԾՐԱԳՐԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ	ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆ ԾՐԱԳՐԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ 2019 ԹՎԱԿԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲՅՈՒՋԵՈՒՄ	ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ԱՆՎԱՆՈՒՄԸ 2019 ԹՎԱԿԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲՅՈՒՋԵՈՒՄ	ԲՅՈՒՋԵԻ ԳՈՒՄԱՐ (ՀՋ.ԴԴԱՄ)
Բնակչության առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների արամադրման պետական նպատակային ծրագիր 2019	Առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ	Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական ծառայություններ Շարունակական մոնիտորինգ պահանջող հիվանդությունների և որոշ հատուկ հիվանդությունների բուժման ծառայություններ Նարածին երեխաների սլրիինգ ' բնածին հիպոթիրեոզի, ֆենիլկետոնուրիայի և լսողության խանգարումների վաղ հայտնաբերման համար Մասնագիտացված կենտրոններում ավտարուումը հաստատելու համար լաբորատոր թեստեր և գործիքային հետազոտություններ Երեխաների առաջնային ատամնաբուժական կանխարգելում	25,404,495.90 133,000.00 303,534.30 233,126.40 44,400
	Մոր և մանկան առողջության ծառայություններ	Մտավոր, հոգեբուժական (վարքային), լսողական, ֆիզիկական (շարժողական) և այլ խանգարումներով երեխաների զննում և վերականգնում	307,283.90
	Ոչ վարակիչ հիվանդությունների բժշկական օգնության արամադրում	Կենտրոնացված և պրիմարիալ դեպի ծառայություններ	2,484,755.30
	Վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման ծրագիր	ՄԻԱՎ / ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման և բժշկական օգնության ծառայություններ	262,101.60
	Սոցիալապես անապահով անձանց և հատուկ կատեգորիաներում ընդգրկված անձանց բժշկական օգնություն	Ատամնաբուժական ծառայությունների արամադրում	507,194.60
	Շտապ օգնության ծառայություններ	Շտապ օգնության ծառայություններ	3,292,270.00
	Բնակչության սոցիալապես անապահով և այլ (հատուկ) կատեգորիաների մեջ ներառված անձանց բժշկական խնամքի և ծառայությունների մատուցման պետական նպատակային ծրագիր 2019թ	Սոցիալապես անապահով և հատուկ կատեգորիաներում ընդգրկված անձանց բժշկական օգնություն	Սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերում ընդգրկված անձանց բժշկական օգնության ծառայություններ
		Զինվորական ծառայության, ինչպես նաև փրկարար ծառայության անձնակազմի և նրանց ընտանիքի անդամներին մատուցվող բժշկական օգնության ծառայություններ	3,077,217.30
		Պետական հաստատությունների և կազմակերպությունների անձնակազմի բժշկական օգնություն և սպասարկում	3,826,300.00
		Թրաֆիկինգի գոհերի համար բժշկական օգնության ծառայություններ	2,000.00
		Հրատապ բժշկական օգնության և սպասարկման արամադրում (ներառյալ բժշկական սարքերը, սարքավորումները, դեյորայքը և օժանդակ բժշկական ծառայությունները)	100,000.00
Սոցիալական կախվածություն և առանձնահատուկ հասակային անհատիկ հիվանդությունների բժշկական խնամքի և ծառայությունների պետական նպատակային ծրագիր 2019 թ.	Ոչ վարակիչ հիվանդությունների համար բժշկական օգնության արամադրում	Անհետաձգելի բժշկական ծառայություններ Հոգեկան և ներկողական հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ	3,237,579.50 2,515,293.10
		Ուսուցաբանական և արյունաբանական հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ	1,917,301.40
	Ինֆեկցիոն հիվանդությունների կանխարգելման ծրագիր	Տուբերկուլոզի բժշկական օգնության ծառայություններ Ազիթային և այլ ինֆեկցիոն հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ	1,021,223.10 1,219,950.80

Մեր եւ մանկան առողջության պահպանման ապահովման պետական նպատակային ծրագիր 2019 թ.	Մեր եւ մանկան առողջության պահպանում	Մանկաբարձական բժշկական օգնության ծառայություններ	6,953,818.50
		Գինեկոլոգիական հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայություններ	366,976.70
		Մանկաբուժական ծառայություններ	8,119,421.00
		Անպտուղ գույզերի համար վերաբաղադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության ծառայություններ	210,000.00
Բնակչության հիգիենիկ և հակահամաճարակային անվտանգության ապահովման պետական նպատակային ծրագիր 2019	Protection of Public Health	Բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման և հանրային առողջապահության ծառայություններ	1,847,400.00
		Արյան հավաքման ծառայություններ	252,951.00
		Ինունակախթարգելման ազգային ծրագիր	2,326,057.70
Պետական նպատակային ծրագրերի օժանդակ հարակից ծառայություններ (այլ կատեգորիաներին չպատկանող), 2019-ի	Medicine supply program	Դեղարդյալի արմատապարհում ամբուլատոր-պոլիկլինիկական, հիվանդանոցային բուժօգնություն ստացողներին և հատկ խմբերում ընդգրկված ֆիզիկական անձանց	2,600,003.0
		Մարդատիրական օգնության կարգով ստացվող դեղերի և դեղագործական արտադրանքի ստացման, մաքսագերծման և բաշխման ծառայություններ	57,867.4
	Պարանատոմիական գենետիկական և դատաբժշկական վարձաճանաչություններ	Դատաբժշկական և գենետիկական ծառայություններ	399,905.3
		Պարանատոմիական ծառայություններ	53,044.0
	Մեր և մանկան առողջության պահպանում	Հաճախորդ և կարիքավոր երեխաներին օրբեզներով և կարտեռներով ապահովման ծառայություններ	51,136.0
	Հանրային առողջության պահպանում	Առողջ ապրելակերպի խթանման և հանրային իրազեկման ծառայություններ	26,869.3
		Ծխելու դեմ պայքարի և շրջակա միջավայրի պահպանության պետական ծրագիր	100,000.0
	Խորհրդատվություն, մասնագիտական աջակցություն և ուսումնասիրություններ	Խորհրդատվական, մասնագիտական աջակցություն և հետազոտություններ	222,066.2
		Գիտաբժշկական գրադարանային ծառայություններ	43,564.9
		Մարզերի առողջապահական հիմնարկներում բժշկական ծառայությունների մատուցում՝ բժիշկների ժամանակավոր տեղակայման միջոցով	50,000.0
		Էլեկտրոնային առողջապահության համակարգի վարում	500,000.0
	Առողջապահական համակարգի արդիականացման և դրա արդյունավետության բարձրացման ծրագիր	Համաեթարհային բանկի աջակցությամբ իրականացվող ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և վերահսկման ծրագիր	1,084,522.0
		Համաեթարհային բանկի աջակցությամբ ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և վերահսկման դրամաբերական ծրագիր	340,588.6
Գլոբալ հիմնադրամի աջակցությամբ իրականացվող «Հայաստանի Հանրապետությունում հակատուբերկուլյոզային միջոցառումների ուժեղացում» դրամաբերական ծրագիր		862,732.3	
Գլոբալ հիմնադրամի դրամաբերական ծրագիր «Աջակցություն ՀՀ-ում ՄԻԱՎ / ՁԻԱՀ-ի դեմ պայքարի ազգային ծրագրին»		898,860.5	
«Առողջության առաջնային պահպանման մակարդակում ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման և վերահսկման բարելավում» ծրագիր, որը ֆինանսավորվում է Հայաստանի Հանրապետության կալուստության և գարգացման եվրասիական հիմնադրամի կողմից:		407,510.1	

ՀԱՎԵԼՎԱԾ Ե. ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՌԵՍՈՒՐՍՆԵՐԸ

ԱՂՅՈՒՄԱԿ Ե.1 • Հայաստանի առողջապահական համակարգի ռեսուրսները ըստ սեփականության ձևի, 2019թ

ՌԵՍՈՒՐՍԻ ՏԵՍԱԿԸ	ԸՆԴԱՄԵՆԸ	ՊԵՏԱԿԱՆ		ՄԱՍՆԱՎՈՐ	
		ՔԱՆԱԿ	ՏՈԿՈՍ	ՔԱՆԱԿ	ՏՈԿՈՍ
Հիվանդանոցներ	125	86	68.8	39	31.2
Հիվ. մահակալներ (հզ.)	11.8	7.8	66.1	4.0	33.9
Ա.Ա.Պ հաստատություններ	494	374	75.7	120	24.3
Բժիշկներ (բոլոր մասնագիտացումները)	13,958	10,479	75.1	3,479	24.9
Բուժօրեր և այլ միջին բժշկական անձնակազմ	16,772	12,505	74.6	4,267	25.4

Աղբյուրը՝ Առողջապահության նախարարություն.

ԱՂՅՈՒՄԱԿ Ե.2 • Հայաստանում պետական պատվերի քրջանակում ծառայություններ մատուցող բժշկական հաստատություններ, ըստ հաստատության տեսակի և իրավաբանական և սեփականության կարգավիճակի, 2019

ԱՌՈՂՋԱՍՀԱԿԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿԸ	ՊԵՏԱԿԱՆ					ՄԱՍՆԱՎՈՐ				
	ԲԸ	ՊՈԱԿ	ՀՈԱԿ	ՀՄԴ	ԸՆԴԱՄԵՆԸ ՊԵՏԱԿԱՆ	ԲԸ	ՍՊԸ	ԱԶ	ԸՆԴԱՄԵՆԸ ՄԱՍՆԱՎՈՐ	ԸՆԴԱՄԵՆԸ
Բժշկական կենտրոններ	53	—	—	2	55	11	12	—	23	78
Առողջության կենտրոններ	12	—	—	—	12	—	2	—	2	14
Հիվանդանոցներ	7	—	—	—	7	—	5	—	5	12
Պոլիկլինիկաներ	39	—	—	—	39	—	1	—	1	40
Այլ Ա.Ա.Պ հաստատություններ	—	157	93	—	250	—	3	—	3	253
Ախտորոշիչ կենտրոններ	—	—	—	—	—	2	4	1	7	7
Ատամնաբուժարաններ	18	—	—	—	18	—	17	2	19	37
Առողջարաններ, վերականգնողական կենտրոններ	6	—	—	—	6	—	1	—	1	7
Շտապ օգնության կայաններ	2	—	—	—	2	—	—	—	—	2
Այլ	14	—	—	—	14	5	—	—	5	19
ԸՆԴԱՄԵՆԸ	151	157	93	2	403	18	45	3	66	469

Աղբյուրը՝ Պետական առողջապահական գործակալություն

Նշում՝ ԲԸ՝ բժմեստիքական ընկերություն, ՊՈԱԿ՝ պետական ոչ առևտրային կազմակերպություն, ՀՈԱԿ՝ համայնֆոյին ոչ առևտրային կազմակերպություն, ՀՄԴ՝ հիմնադրամ, ՍՊԸ՝ սահմանափակ պատասխանատվությամբ ընկերություն, ԱԶ՝ անհատ ձեռնարկատեր

ՀԱՎԵԼՎԱԾ Զ. ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԵՎ ԲՅՈՒՋԵՏԱՎՈՐՄԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԵՎ ՀԱՄԵՄԱՏԵԼԻ ԵՐԿՐՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

ԱՂՅՈՒՍԱԿ Զ.1 • Առողջապահության ֆինանսավորման առանձին ցուցանիշներ Հայաստանի և համեմատելի երկրների համար, 2000, 2010, և 2016 թթ.

ԵՐԿՐ	ՑՈՒՑԱՆԻՇ	2000	2010	2016
Հայաստան	Առողջապահության ընթացիկ ծախսերը որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	6.5	5.3	9.9
	Առողջապահության ընթացիկ ծախսերը ըստ մարդաճնշի (ընթացիկ ԱՄՆ դոլար)	40.5	169.4	358.8
	Կառավարության ընդհանուր ներքին Առողջապահության ընթացիկ ծախսերը (GGHE-D) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	1.0	1.7	1.6
	Կառավարության ընդհանուր ծախսերը (GGE) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	24.7	26.2	27.0
	ՀՆԱ ըստ մարդաճնշի (ընթացիկ ԱՄՆ դոլար)	622.7	3,218.4	3,614.7
Ադրբեջան	Առողջապահության ընթացիկ ծախսերը որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	3.8	4.9	6.9
	Առողջապահության ընթացիկ ծախսերը ըստ մարդաճնշի (ընթացիկ ԱՄՆ դոլար)	24.9	287.7	268.2
	Կառավարության ընդհանուր ներքին Առողջապահության ընթացիկ ծախսերը (GGHE-D) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	0.9	1.2	1.4
	Կառավարության ընդհանուր ծախսերը (GGE) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	18.2	32.0	35.4
	ՀՆԱ ըստ մարդաճնշի (ընթացիկ ԱՄՆ դոլար)	649.1	5,857.3	3,891.6
Բելառուս	Առողջապահության ընթացիկ ծախսերը որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	5.5	5.7	6.3
	Առողջապահության ընթացիկ ծախսերը ըստ մարդաճնշի (ընթացիկ ԱՄՆ դոլար)	57.4	341.8	318.0
	Կառավարության ընդհանուր ներքին Առողջապահության ընթացիկ ծախսերը (GGHE-D) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	4.3	3.8	3.9
	Կառավարության ընդհանուր ծախսերը (GGE) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	35.5	44.3	45.8
	ՀՆԱ ըստ մարդաճնշի (ընթացիկ ԱՄՆ դոլար)	1,048.3	6,041.7	5,034.1
Վրաստան	Առողջապահության ընթացիկ ծախսերը որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	7.4	9.5	8.4
	Առողջապահության ընթացիկ ծախսերը ըստ մարդաճնշի (ընթացիկ ԱՄՆ դոլար)	47.9	262.5	308.0
	Կառավարության ընդհանուր ներքին Առողջապահության ընթացիկ ծախսերը (GGHE-D) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	0.8	2.0	3.1
	Կառավարության ընդհանուր ծախսերը (GGE) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	17.4	33.1	30.0
	ՀՆԱ ըստ մարդաճնշի (ընթացիկ ԱՄՆ դոլար)	647.6	2,750.3	3,651.4
Ղազախստան	Առողջապահության ընթացիկ ծախսերը որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	4.2	2.7	3.5
	Առողջապահության ընթացիկ ծախսերը ըստ մարդաճնշի (ընթացիկ ԱՄՆ դոլար)	50.5	246.2	262.0
	Կառավարության ընդհանուր ներքին Առողջապահության ընթացիկ ծախսերը (GGHE-D) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	2.1	1.8	2.1
	Կառավարության ընդհանուր ծախսերը (GGE) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	22.9	22.5	22.1
	ՀՆԱ ըստ մարդաճնշի (ընթացիկ ԱՄՆ դոլար)	1,214.8	9,027.8	7,430.5

Լրդգստան	Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	4.4	7.0	6.6
	Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը ըստ մարդաւենչի (ընրացիկ ԱՄՆ դոլար)	12.3	61.5	72.9
	Կառավարության ընդհանուր ներքին Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը (GGHE-D) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	2.1	3.4	2.6
	Կառավարության ընդհանուր ծախսերը (GGE) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	30.2	37.1	39.3
	ՀՆԱ ըստ մարդաւենչի (ընրացիկ ԱՄՆ դոլար)	278.4	884.2	1,100.0
Մուրդվա	Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	5.9	12.2	9.0
	Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը ըստ մարդաւենչի (ընրացիկ ԱՄՆ դոլար)	21.4	198.3	171.2
	Կառավարության ընդհանուր ներքին Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը (GGHE-D) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	2.9	5.6	4.4
	Կառավարության ընդհանուր ծախսերը (GGE) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	34.0	40.9	36.1
	ՀՆԱ ըստ մարդաւենչի (ընրացիկ ԱՄՆ դոլար)	360.7	1,630.8	1,906.1
Ռուսաստանի Դաւնուրյուն	Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	5.0	5.0	5.3
	Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը ըստ մարդաւենչի (ընրացիկ ԱՄՆ դոլար)	95.4	567.4	469.1
	Կառավարության ընդհանուր ներքին Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը (GGHE-D) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	3.0	3.0	3.0
	Կառավարության ընդհանուր ծախսերը (GGE) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	30.6	35.4	36.5
	ՀՆԱ ըստ մարդաւենչի (ընրացիկ ԱՄՆ դոլար)	1,906.1	11,445.5	8,900.0
Տաջիկստան	Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	4.3	5.7	7.0
	Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը ըստ մարդաւենչի (ընրացիկ ԱՄՆ դոլար)	6.0	42.3	55.7
	Կառավարության ընդհանուր ներքին Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը (GGHE-D) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	0.9	1.2	2.0
	Կառավարության ընդհանուր ծախսերը (GGE) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	19.1	26.1	39.7
	ՀՆԱ ըստ մարդաւենչի (ընրացիկ ԱՄՆ դոլար)	140.0	738.3	795.8
Փուրքնենստան	Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	6.9	5.0	6.6
	Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը ըստ մարդաւենչի (ընրացիկ ԱՄՆ դոլար)	76.6	221.8	422.8
	Կառավարության ընդհանուր ներքին Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը (GGHE-D) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	3.2	1.2	1.2
	Կառավարության ընդհանուր ծախսերը (GGE) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	24.1	13.8	14.1
	ՀՆԱ ըստ մարդաւենչի (ընրացիկ ԱՄՆ դոլար)	1,112.0	4,439.2	6,389.4
Ուկրաինա	Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	5.3	7.0	6.7
	Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը ըստ մարդաւենչի (ընրացիկ ԱՄՆ դոլար)	35.1	207.4	141.2
	Կառավարության ընդհանուր ներքին Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը (GGHE-D) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	2.5	3.7	2.9
	Կառավարության ընդհանուր ծախսերը (GGE) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	35.5	49.2	40.6
	ՀՆԱ ըստ մարդաւենչի (ընրացիկ ԱՄՆ դոլար)	662.0	2,970.2	2,098.9
Ուզբեկստան	Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	5.4	5.4	6.3
	Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը ըստ մարդաւենչի (ընրացիկ ԱՄՆ դոլար)	29.7	72.3	135.1
	Կառավարության ընդհանուր ներքին Առողջապահության ընրացիկ ծախսերը (GGHE-D) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	2.5	2.7	2.9
	Կառավարության ընդհանուր ծախսերը (GGE) որպես ՀՆԱ-ի տոկոս	41.2	34.0	31.8
	ՀՆԱ ըստ մարդաւենչի (ընրացիկ ԱՄՆ դոլար)	553.8	1,350.0	2,132.7

Աղբյուրը՝ Առողջապահության Համաւարտային կազմակերպության գլոբալ առողջապահության ծախսերի տվյալների բաւնարան

ԱՂԹՈՒՍԱԿ 9.2 • Հաստատված, հեղրված և կատարված պետական և կառավարված բյուջեի ծախսերը Հայաստանում, 2008–19

ՏԱՐԻ	ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԵՌՈՒՋԵԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԾԱՆՍԵՐ (ՄԻՒԻՆ ԴԲՄ)		ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԵՌՈՒՋԵԻ ԳՍԱՏՐՈՒՄ (ՏՈԿՈՍ)		ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԲԵՌՈՒՋԵԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԾԱՆՍԵՐ (ՄԻՒԻՆ ԴԲՄ)		ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԲԵՌՈՒՋԵԻ ԳՍԱՏՐՈՒՄ (ՏՈԿՈՍ)		ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԲԵՌՈՒՋԵԻ ՏՈԿՈՍԸ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԵՌՈՒՋԵՐՈՒՄ	
	ՀԱՍՏԱՏՎԱԾ ԺՇԳԻՏՎԱԾ ԳՍԱՏՐՎԱԾ	ԳՍԱՏՐՎԱԾ	ՀԱՍՏԱՏՎԱԾ ԳՍԱՏՐՈՒՄ (ՏՈԿՈՍ)	ՈՒՍՏԱՏՎԱԾ ԲԵՌՈՒՋԵԻ ԳՍԱՏՐՈՒՄ (ՏՈԿՈՍ)	ՀԱՍՏԱՏՎԱԾ ԺՇԳԻՏՎԱԾ ԳՍԱՏՐՎԱԾ	ՈՒՍՏԱՏՎԱԾ ԲԵՌՈՒՋԵԻ ԳՍԱՏՐՈՒՄ (ՏՈԿՈՍ)	ԳՍԱՏՐՎԱԾ ԺՇԳԻՏՎԱԾ ԳՍԱՏՐՎԱԾ	ՈՒՍՏԱՏՎԱԾ ԲԵՌՈՒՋԵԻ ԳՍԱՏՐՈՒՄ (ՏՈԿՈՍ)	ՀԱՍՏԱՏՎԱԾ ԺՇԳԻՏՎԱԾ ԳՍԱՏՐՎԱԾ	ՈՒՍՏԱՏՎԱԾ ԲԵՌՈՒՋԵԻ ԳՍԱՏՐՎԱԾ
2008	822,054.4	860,637.0	810,574.5	94.2	54,482.8	54,348.9	49,972.5	91.9	6.6	6.2
2009	945,449.8	992,476.6	929,108.6	93.6	66,087.6	64,024.2	56,168.8	87.7	7.0	6.0
2010	935,524.6	976,296.9	954,316.5	97.7	55,249.5	57,623.8	56,130.8	97.4	5.9	5.9
2011	1,001,054.3	1,041,988.1	986,509.2	94.7	62,461.5	66,161.9	63,312.4	95.7	6.2	6.4
2012	1,044,179.6	1,077,151.1	1,006,102.2	93.4	65,126.5	67,020.7	64,499.0	96.2	6.2	6.4
2013	1,152,620.0	1,258,187.3	1,142,890.4	90.8	71,978.8	71,816.9	64,355.3	89.6	6.2	5.6
2014	1,246,437.4	1,294,493.2	1,235,053.4	95.4	80,728.8	84,555.3	76,645.4	90.6	6.5	6.2
2015	1,305,599.5	1,415,153.5	1,408,996.5	99.6	84,227.4	86,223.8	86,079.4	99.8	6.5	6.1
2016	1,376,993.0	1,459,040.9	1,449,063.6	99.3	88,350.9	88,913.4	88,645.9	99.7	6.4	6.1
2017	1,360,112.3	1,561,034.4	1,504,802.2	96.4	85,880.2	85,714.8	83,215.4	97.1	6.3	5.5
2018	1,465,200.6	1,527,268.1	1,447,083.0	94.7	84,074.2	83,278.2	79,574.2	95.6	5.7	5.5
2019	1,648,063.1	1,762,920.1	1,629,436.9	92.4	89,590.0	101,997.9	97,595.6	95.7	5.4	6.0

Աղբյուրը՝ ՀՀ Ֆինանսների նախարարություն

ԱՂԹՈՒՍԱԿ 9.3 • Առուջապահության բյուջեն և դոնորների կողմից առուջապահության ուղարկված իրականացվող ծրագրերը, 2014–2018 թթ

ՏԱՐԻ	ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԲՅՈՒՋԵՆ (ՄՆ. ԴԲԱՄ)		ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱՎԱՆ ԲՅՈՒՋԵՆ ԿԱՏԱՐՄԱՆ ՄԱՍԻՆ (ՏՈԿՈՍ)		ԴՈՆՈՐՆԵՐԻ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐԱԾ ԾՐԱԳՐԵՐ (ՄՆ. ԴԲԱՄ)		ԴՈՆՈՐՆԵՐԻ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐԱԾ ՄԱՍԻՆ (ՏՈԿՈՍ)		ԴՈՆՈՐՆԵՐԻ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐԱԾ ԾՐԱԳՐԵՐԻ ՄԱՍԻՆ (ՏՈԿՈՍ)	
	ձՇԳԻՏՎԱԾ ՊԼԱՆ	ԿԱՏԱՐՎԱԾ	ձՇԳԻՏՎԱԾ ՊԼԱՆ	ԿԱՏԱՐՎԱԾ	ձՇԳԻՏՎԱԾ ՊԼԱՆ	ԿԱՏԱՐՎԱԾ	ձՇԳԻՏՎԱԾ ՊԼԱՆ	ԿԱՏԱՐՎԱԾ	ձՇԳԻՏՎԱԾ ՊԼԱՆ	ԿԱՏԱՐՎԱԾ
2014	84,555.3	76,645.4	90.6	10,276.3	4,958.7	48.3	12.2	6.5		
2015	86,223.8	86,079.4	99.8	5,360.6	5,858.3	109.3	6.2	6.8		
2016	88,913.4	88,645.9	99.7	7,877.6	8,664.5	110.0	8.9	9.8		
2017	85,714.8	83,215.4	97.1	5,191.9	4,208.0	81.0	6.1	5.1		
2018	83,278.2	79,574.2	95.6	5,891.6	4,284.3	72.7	7.1	5.4		

ԱՂԹՈՒՍԱԿ 9.4 • Հայաստանի գրանաճերի կրճատումը և վերականգնումը ծրագրերի կատարված բյուջեում դրճոր կազմակերպությունների մասնաբաժինը, 2014-18 թթ.

ՏԱՐԻ	ԴՈՆՈՐՆԵՐԻ ԿՈՂՄՑ ԿՐԱՄԱՇՆՈՐՈՒՄԻ ՄԱՍԻՆ (ՄՆ. ԴԲԱՄ)		ԴՈՆՈՐՆԵՐԻ ԿՈՂՄՑ ՎԱՐԿԱՑԻՆ ԾՐԱԳՐԵՐ ԿԱՏԱՐՎԱԾ ԲՅՈՒՋԵ (ՄՆ. ԴԲԱՄ)		ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԿՐՆԱՄԵՆԸ (ՄՆ. ԴԲԱՄ)		ԴՈՆՈՐՆԵՐԻ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐԱԾ ԾՐԱԳՐԵՐ (ՄՆ. ԴԲԱՄ)		ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԿՐՆԱՄԵՆԸ (ՄՆ. ԴԲԱՄ)		ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԿՐՆԱՄԵՆԸ (ՄՆ. ԴԲԱՄ)	
	ԶԱՄ. ԲԱՆԿ	ԳՎՈՐԱԿ ԱՅԼ ԴՈՆՈՐՆԵՐ	ԶԱՄ. ԲԱՆԿ	ԳՎՈՐԱԿ ԱՅԼ ԴՈՆՈՐՆԵՐ	ԶԱՄ. ԲԱՆԿ	ԳՎՈՐԱԿ ԱՅԼ ԴՈՆՈՐՆԵՐ	ԶԱՄ. ԲԱՆԿ	ԳՎՈՐԱԿ ԱՅԼ ԴՈՆՈՐՆԵՐ	ԶԱՄ. ԲԱՆԿ	ԳՎՈՐԱԿ ԱՅԼ ԴՈՆՈՐՆԵՐ	ԶԱՄ. ԲԱՆԿ	ԳՎՈՐԱԿ ԱՅԼ ԴՈՆՈՐՆԵՐ
2014	87.4	2,086.5	297.6	2,471.5	2,487.2	—	—	2,487.2	4,958.7	51.9	42.1	6.0
2015	128.1	1,270.9	173.6	1,572.6	4,285.7	—	—	4,285.7	5,858.3	75.3	21.7	3.0
2016	218.0	1,466.4	711.1	2,395.5	6,269.0	—	—	6,269.0	8,664.5	74.9	16.9	8.2
2017	160.3	1,416.5	140.7	1,717.5	2,490.5	—	—	2,490.5	4,208.0	63.0	33.7	3.3
2018	178.0	1,745.2	160.6	2,083.8	2,200.5	—	—	2,200.5	4,284.3	55.5	40.7	3.7

ԱՂՅՈՒՄԱԿ 9.5 • Հայաստանի կամայնական բյուջեառային ծախսերը ըստ մարզերի (հզ. դրամ), 2018 թ.

ՄԱՐԶ	ՀԱՐԱՑՆԻՔԱՅԻՆ ԲՅՈՒՋԵՆԵՐԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԾԱԽՍԵՐԸ			ՎԱՐՉԱԿԱՆ ԾԱԽՍԵՐ			ՈՐՑ՝ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅՈՒՆ			ԸՆԴԱՄԵՆԸ	
	ՏԱՐԵԿԱՆ ՃՇԳՎԱԾ ՊԱՆ	ՓԱՍՏԱՑԻ ՓԱՍՏԱՑԻ	ՏԱՐԵԿԱՆ ՃՇԳՎԱԾ ՊԱՆ	ՏԱՐԵԿԱՆ ՃՇԳՎԱԾ ՊԱՆ	ՓԱՍՏԱՑԻ ՓԱՍՏԱՑԻ	ՏԱՐԵԿԱՆ ՃՇԳՎԱԾ ՊԱՆ	ՏԱՐԵԿԱՆ ՃՇԳՎԱԾ ՊԱՆ	ՓԱՍՏԱՑԻ ՓԱՍՏԱՑԻ	ՏԱՐԵԿԱՆ ՃՇԳՎԱԾ ՊԱՆ	ՓԱՍՏԱՑԻ ՓԱՍՏԱՑԻ	
Երևան	85,527,436.7	62,808,839.2	43,400.0	42,915.0	42,915.0	220,000.0	129,118.5	263,400.0	172,033.5	100.0	
Արարատ	4,873,270.5	3,988,293.2	400.0	100.0	100.0	3,300.0	0.0	3,700.0	100.0	100.0	
Արարատ	8,693,570.0	7,246,905.5	12,045.0	7,541.5	7,541.5	6,903.9	5,659.2	18,948.9	13,200.7	100.0	
Արմավիր	8,217,461.2	6,352,705.5	3,848.0	2,882.8	2,882.8	10,659.4	0.0	14,507.4	2,882.8	100.0	
Գեղարքունիք	7,785,212.3	6,499,431.4	980.0	180.0	180.0	36,000.0	990.0	36,980.0	1,170.0	100.0	
Լոռի	7,735,798.7	6,624,956.3	3,270.0	2,160.0	2,160.0	3,330.0	3,238.5	6,600.0	5,398.5	100.0	
Կոտայք	9,133,678.8	7,700,348.0	6,054.0	3,773.7	3,773.7	300.0	0.0	6,354.0	3,773.7	100.0	
Շիրակ	7,824,451.5	6,646,360.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	
Սյունիք	6,112,483.3	5,081,682.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	
Վայոց Ձոր	2,653,244.4	2,127,643.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	
Տավուս	3,875,477.3	3,289,780.4	516.8	446.8	446.8	0.0	0.0	516.8	446.8	100.0	
Ընդամենը	152,432,084.7	118,366,946.4	70,513.8	59,999.8	59,999.8	280,493.3	139,006.2	351,007.1	199,006.1	100.0	
Ընդամենը տառեց երևանի	66,904,648.0	55,558,107.2	27,113.8	17,084.8	17,084.8	60,493.3	9,887.7	87,607.1	26,972.6	100.0	

Աղբյուրը՝ Հայաստանի Հանրապետության տարածքային կառավարման և գյուղատնտեսության նախարարություն

ԾԱՆՈԹԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ՀՂՈՒՄՆԵՐ

- 1 World Bank. (2017). Ensuring effective and inclusive Universal Health Coverage in Armenia.
- 2 Chakraborty, S., O'Dougherty, S., Panopoulou, P., Cvikl, M., Cashin, C. (2010). Aligning public expenditure and financial management with health financing reforms. In J, Kutzin, C, Cashin, M, Jakab (Eds). *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition* (pp. 269-298). Copenhagen (Denmark): World Health Organization.
- 3 Marwa, F., Nandakumar, AK., Wallack, S., Hodgkin, D., Gaumer, G., Erbil, C. (2013). Health expenditures, health outcomes and the role of good governance. *Intl J Health Care Finance Econ.*;13(1):33–52. doi:10.1007/s10754-012-9120-3.
- 4 World Bank. (2016). *Public financial management in health, conceptual framework, draft*.
- 5 World Bank. (2019). *FinHealth: Public financial management in health tool, draft 2*.
- 6 Հետազոտության հարցաթղթիկները հասանելի են Համաշխարհային բանկից՝ ըստ պահանջի:
- 7 ՀՀ վիճակագրական կոմիտե. (2018). Սոցիալական պատկերը և ազատությունը Հայաստանում. վիճակագրական և վերլուծական զեկույց:
- 8 United Nations Development Programme. (2018). *UNDP human development indices and indicators: 2018 statistical update, briefing note for countries on the 2018 statistical update: Armenia*.
- 9 World Bank. (2020). *Fighting COVID-19: Europe and Central Asia economic update*.
- 10 Պետական ներդրումների ուղղությամբ թերակատարումը կիմնականում պայմանավորված էր օտարերկրյա ֆինանսավորմամբ իրականացվող ծրագրերի ավելի քան հասկացմամբ, ինչը արտացոլում էր պետական ներդրումների կառավարման բույլ կողմերը և ընթացիկ կառավարության որոշումը՝ վերանայել փոխառությունների ուղին:
- 11 World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and the United Nations Population Division. (2019). *Trends in maternal mortality: 2000 to 2017*. Geneva: World Health Organization.
- 12 World Health Organization. COVID-19 situation in the WHO European Region. Retrieved July 26, 2020, from <https://who.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/ead3c6475654481ca51c248d52ab9c61>
- 13 Ֆինանսների նախարարություն. *Միջնաժամկետ ծախսերի ծրագիր 2020-2022թթ.* Հաստատված է կառավարության 2019 թ. հուլիսի 10-ի N 900-Ն կրամամով.
- 14 Institute for Health Metrics and Evaluation. (2017). *Global burden of disease study*.
- 15 Chukwuma, A., Meessen, B., Lylozian, H., Gong, E., and Ghazaryan, E. (2020). *Purchasing for better health care in Armenia*. Washington, DC: World Bank Group.
- 16 World Health Organization. (2017). *Health for all database*.
- 17 Խորհրդային Ռուսաստանի առաջին առողջապահության նախարար Նիկոլայ Սեմաչևիչի անունով, առողջապահական կազմակերպության այս համակարգը բնութագրվում է իր կենտրոնացված, ինտեգրված, աստիճանակարգային կազմակերպված կառուցվածքով և պետության կողմից ֆինանսավորվող առողջապահական ծառայություններով բոլոր բազմաբնակիցների համար: Հայաստանի համակարգը ապահովում էր առողջապահության համընդհանուր հասանելիություն և, ընդհանուր առմամբ, «բնեղեն օգուտների» համակարգ էր:
- 18 Richardson, E. (2013). *Armenia: Health system review. Health Systems in Transition* (Vol. 15).
- 19 Eurostat. (2020). Hospital beds per 100,000 inhabitants. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00046/default/table?lang=en>
- 20 ՀՀ վիճակագրական կոմիտե. Վիճակագրական և վերլուծական զեկույց. (2018). *Սոցիալական պատկերը և ազատությունը Հայաստանում*:
- 21 Գրպանից դուրս ծախսելու ցուցանիշը կիմնված է Առողջապահության ազգային ինստիտուտի վերջերս վերանայված մերթոքբանության վրա, որում տնային տնտեսությունների առողջության ընդհանուր ծախսերը հաշվարկվում են՝ ելնելով առողջապահական ծախսերին հատկացված տնային տնտեսությունների վերջնական սպասման մասնաբաժնից:

- 22 Առողջապահության ազգային ինստիտուտ: Հայաստանի առողջապահության նախարարություն. (2018). *Հայաստանի ազգային առողջապահական հաշիվներ*:
- 23 Wagstaff, A. et al. (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *The Lancet Global Health*, 6(2), 169-179.
- 24 Chukwuma, A., et al. (2020). *Purchasing for better health care in Armenia*. World Bank Group, Washington, DC.
- 25 Հայաստանի Հանրապետություն. Առողջապահության օրենսդրություն, Պետական բյուջեի օրենսդրություն, Հաշվապահական հաշվառման և աուդիտի օրենսդրություն, Գնումների օրենսդրություն, Հարկային օրենսգիրք, Քաղաքացիական օրենսգիրք:
- 26 Պետական ոչ առևտրային կազմակերպությունները (ՊՈԱԿ) ղեկավարվում են «Ոչ առևտրային պետական կազմակերպությունների մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքով, որն ընդունվել է 2001 թ. Հոկտեմբերի 23-ին: Նրանք շահույթ չհետապնդող, ոչ առևտրային կազմակերպություններ են, իրավաբանական անձի կարգավիճակով, որոնք իրականացնում են գործունեություն մեակայրի, առողջապահության, սոցիալական հարցերի, սպորտի, կրթության, գիտության, բնապահպանական խնդիրների և այլ ոչ առևտրային ոլորտներում:
- 27 Ֆինանսների նախարարություն. *Հայաստանի բյուջեի կատարման հաշվետվություններ 2008–18թթ.*
- 28 Հայաստանի Հանրապետություն. (2014). *Պետական ծախսերի և ֆինանսական հաշվետվողականության գնահատում (PEFA) 2013 թ.*:
- 29 «2019-2020 թվականների պետական ֆինանսական կառավարման համակարգի բարելավումների ազդեցությունը» և «Հանրային ֆինանսների կառավարման համակարգի բարելավումների 2019-2023 թվականների գործողությունների ծրագիր», հաստատվել են կառավարության 2019 թվականի նոյեմբերի 28-ի N 1716-Ղ հրամանով:
- 30 Հաստատվել է կառավարության 2010 թ. Հոկտեմբերի 28-ի N 42 Արձանագրային որոշումով, այնուհետև վերանայվել Կառավարության 2016 թ. Փետրվարի 18-ի N 6 Արձանագրային որոշումով:
- 31 ՀՀ կառավարություն. (2010). *Հանրային ֆինանսների կառավարման (ՀՖԿ) սահմանափակումներ և գործողությունների ծրագիր 2010–2014*:
- 32 ՀՀ կառավարություն. (2016). *Հանրային ֆինանսների կառավարման (ՀՖԿ) սահմանափակումներ և գործողությունների ծրագիր 2016–2020*:
- 33 World Bank, Republic of Armenia. (2010). *Public financial management reform priorities*.
- 34 ՀՀ կառավարություն. (2003). *Այգառության հարթահարման սահմանափակումների ծրագիր 2003–2015թթ.*:
- 35 ՀՀ կառավարություն. (2008). *Կայուն զարգացման ծրագիր 2008–2021թթ.*:
- 36 ՀՀ կառավարություն. (2014). *Նեոտեխնոլոգիաների զարգացման սահմանափակումների ծրագիր 2014–2025թթ.*:
- 37 Ֆինանսների նախարարություն. *Հայաստանի կառավարություն միջնաժամկետ ծախսերի ծրագրեր 2017–2019, 2018–2020, 2019–2021, 2020–2022*
- 38 World Health Organization. (2019). *Global health expenditure database*.
- 39 Ֆինանսների նախարարություն. (2019). *Հայաստանի Հանրապետության Պետական Բյուջե*
- 40 Առողջապահության նախարարություն. Զ2015ձ. *Հայաստանի ինտելեկտուալ ազգային ծրագրի համապարփակ բազմամյա ծրագիր, 2016-2020*.
- 41 World Health Organization. (2018). *Budget structure reforms and transition to program budgeting in health: Lessons from Armenia*.
- 42 Հայաստանի Հանրապետության. (2019). «Պետական բյուջեի մասին» օրենք: Ներբեռնված է http://www.minfin.am/hy/page/petakan_byuje_2019_t
- 43 Հայաստանի վարչապետի 2019 թ. մարտի 22-ի N 289-Ա հրամանագիր: Ներբեռնված է [arlis.am](http://www.arlis.am)
- 44 ՀՀ կառավարություն. (2019). Հուլիսի 25-ի N 957-Ն հրաման, 2019:
- 45 ՀՀ կառավարություն. (2017). Մայիսի 4-ի N 526-Ն հրաման, 2017:
- 46 ՀՀ կառավարություն. (2019). Դեկտեմբերի 19-ի N 1971-Ն հրաման, 2019:
- 47 Պետական գնումների կանոնակարգերը վերաբերում են բոլոր առողջապահական հաստատություններին, որոնք ունեն պետական բաժնետիրական ընկերության կամ պետական (կամ համայնքային) ոչ առևտրային կազմակերպության իրավական կարգավիճակ:
- 48 Առողջապահության նախարարություն. (2018). Ներքին աուդիտի վարչության տարեկան հաշվետվություն:

- 49 ԱՆ-ը կենտրոնացված գնում է որոշ դեղամիջոցներ և պարագաներ, որոնք այնուհետև բաշխվում են առողջապահական հաստատություններին՝ որոշակի կիվանդություններ ունեցող կիվանդներին անվճար տրամադրվելու համար՝ շահարարի, բաղցկեղ և հոգեբուժական խնդիրներ: Կենտրոնացված գնումները ֆինանսավորվում են առողջապահության բյուջեի առանձին ծրագրից: Այն կառավարվում է ԱՆ-ի կողմից սրբակցային գործընթացի կամ մեկ ալբյուրից գնման միջոցով (ենթակա է կառավարության հաստատմանը):
- 50 World Bank. (2008). *Report on the observance of standards and codes (ROSC): Accounting and auditing. Armenia.*
- 51 Republic of Armenia. (2019). Government of Armenia Decree N 957-N of July 25, 2019. ՀՀ Կառավարություն. (2019). Հուլիսի 25-ի N 957-Ն որոշում, 2019թ:
- 52 Հաշվեհանիչ պալատը հիմնադրվեց 2015 թ.-ին սահմանադրական փոփոխություններից հետո, որպես Առաջին հանրային բարձրագույն մարմնի գործադրման նոր փուլ: 2018 թ. հունվարի 16-ին Ազգային ժողովը ընդունեց «Հաշվեհանիչ պալատի մասին» օրենքը, որն ուժի մեջ է մտել 2018 թվականի ապրիլի 9-ից:

