

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՄՊԱՍԱՐԿՈՒՄ ՄՏԱՆԱԼՈՒ ՄԱՏՉԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔԸ

Ընդհանուր բնութագիր.

Սույն հետազոտությունն իրականացվել է «Իրավունքի զարգացման կենտրոն» հասարակական կազմակերպություն (ԻԶԿ) կողմից Բաց հասարակության հիմնադրամների «Առողջություն և իրավունք» նախաձեռնության և Բաց հասարակության հիմնադրամների հայաստանյան մասնաճյուղի աջակցությամբ իրականացվող «Բուժօգություն ստանալիս մարդու իրավունքների պաշտպանության ոլորտի կրթաթոշակային հետազոտման» ծրագրի շրջանակներում: Այս վերլուծությամբ մենք անդրադարձել ենք ներկայացնել առողջության պահպանման մատչելիության հիմնահարցերը՝ ներկայացնելով այս իրավունքին առնչվող օրենսդրական կարգավորման դաշտը, սոցիալական տարբեր խմբերին վերաբերող առանձնահատկությունները, վերջինիս իրականացմանը խոչընդոտող իրավական և գործնական հիմնախնդիրները և այլ հարցեր, ինչպես նաև առաջարկում ենք դրանց հաղթահարմանն ուղղված առաջնահերթ քայլեր:

Առողջության պահպանմանն առնչվող իրավունքների պաշտպանության բարձր մակարդակը բնորոշ է զարգացման որոշակի ստատուս ունեցող պետություններին: Այն միտված է երկրի տարածքում ապրող բնակչության համար ապահովել արժանապատիվ կյանքի համար անհրաժեշտ նվազագույն պայմաններ: Մատչելիության իրավունքը հասարակության առավել խոցելի խմբերի անդամներին երաշխավորված է միջազգային հանրության առջև պետության ստանձնած պարտավորությունների, ինչպես նաև ներպետական օրենսդրության ուժով, և նման իրավունք ունեցող անձանց իրավունք է տալիս պետական համապատասխան կառույցներից պահանջել կատարելու որոշակի պոզիտիվ պարտավորություններ: Ընդ որում, հատկապես պետպատվերի ինստիտուտի պատշաճ իրագործման հարցերում, կարևոր է ընդգծել, որ օրենքով ամրագրված իրավունքները պաշտպանելիս հանրային պաշտոնյաները ոչ թե բարեգթություն են ցուցաբերում, այլ կատարում են իրենց՝ օրենքով ամրագրված պարտականությունները, և դրանցում թերանալու համար ենթակա են համարժեք պատասխանատվության:

Դատական և վարչարարության պրակտիկան ցույց է տալիս, որ պետական ապարատի որոշ հատվածի մոտ, գոնե ենթագիտակցական մակարդակում, դեռևս դոմինանտ է այն մտածելակերպը, թե հասարակության անապահով խավերին տրվող կենսաապահովման նպաստը կամ սոցիալական այլ աջակցությունը պետության կողմից ցուցաբերվող բարեգթություն է, և ոչ թե իրավունք: Այդ մասին են վկայում ոլորտին առնչվող դատական վեճերի ընթացքում պետական մարմինների ներկայացուցիչների դիրքորոշումները, ինչպես նաև դատական քննությունների արդյունքում պետության օգտին կայացված դատական ակտերի գերակշռությունը, պետական կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինների պաշտոնատար անձանց գործելաոճը:

Շատերին կարող է տարօրինակ թվալ, սակայն դինամիկ կերպով զարգացող՝ իրավունքի այս ճյուղը ներառում է ոչ միայն մարդու ֆիզիկական և հոգեկան առողջությանն առնչվող ոլորտները, այլև անձի սոցիալական վիճակին առնչվող հարցերը: Երկար ժամանակ վիճարկվում էր, թե արդյո՞ք առողջության իրավունքի բաղադրիչ կարող է լինել նաև անձի սոցիալական կեցության հարցը: Թեև մինչ այժմ առողջության իրավունքի սոցիալական բաղադրատարրը միանշանակ կերպով չի ընկալվում որպես այդ իրավունքի մաս, այնուհանդերձ, Առողջության համաշխարհային կազմակերպության Ալմա-Աթայի գագաթնաժողովում այն ներառվեց որպես իրավունքի այս տեսակի երեք հավասար սյուներից մեկը:

Բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու մատչելիության իրավունքը (հետայսու՝ Մատչելիության իրավունք) առողջապահական իրավունքների շարքում ունի ելակետային նշանակություն, քանի որ դրանով է մեծապես պայմանավորված ոլորտի բնականոն աշխատանքի ապահովումը և առողջապահական այլ իրավունքների կենսագործումը: Միջազգայնորեն ճանաչված՝ առողջապահական իրավունքներից շատերը՝ բժշկական միջամտությանը համաձայնություն տալու իրավունքը, որակի բարձր չափանիշներ ունենալու իրավունքը, բողոքարկման և հատուցում ստանալու և այլ բազմաթիվ իրավունքներ կարող են առաջանալ միայն այն դեպքում, երբ ապահովվում է Մատչելիության իրավունքը:

Սույն վերլուծության **նպատակներն են՝** ուսումնասիրել Մատչելիության իրավունքի միջազգային և ներպետական օրենսդրությունն ու պրակտիկան, ինչպես նաև վերլուծել այս իրավունքի ապահովման տարբեր բաղադրիչները, ինչպիսիք են դեղերի որակի հիմնահարցը, պետության կողմից երաշխավորված՝ անվճար

բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու շրջանակներում առաջացող խնդիրները, առանձին սոցիալական խմբերի Մատչելիության իրավունքի առանձնահատկությունները, որոնց արդյունքների հիման վրա իրավասու պետական մարմիններին ներկայացնել համապատասխան առաջարկներ՝ օրենսդրական բացերը, իրավական ակտերի հակասությունները և գործնականում առկա հիմնախնդիրները կարգավորելու համար:

Սույն աշխատանքում արտացոլված են Մատչելիության իրավունքին առնչվող հետևյալ հիմնական ոլորտները՝

1/ առողջության իրավունքի տարրերը՝ որպես մարդու ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական ամբողջական բարեկեցության վիճակ. ամփոփ ներկայացվել են առողջության իրավունքի ներպետական օրենսդրությամբ տրված իրավակարգավորումները, ինչպես նաև դրա սոցիալական բաղադրիչը՝ որպես միջազգային իրավունքով ամրագրված՝ պետության պոզիտիվ պարտավորություն:

2/ Առողջության մատչելիության իրավունքը՝ առողջության իրավունքի շրջանակներում և դրա տարրերը (միջազգայնորեն ճանաչված, ազգային օրենսդրությամբ ամրագրված). հակիրճ ներկայացված են Մատչելիության իրավունքի ֆինանսական, տարածքային և այլ տարրերը և ներպետական օրենսդրության մեջ դրանց ամրագրումը: Առանձին վերլուծություն է իրականացվել անցճար բուժօգնության և սպասարկման հարցերին և որոշ սոցիալական խմբերի (ձերբակալված և կալանավորված անձիք)՝ առողջության մատչելիության իրավունքի հարցերին:

3/ դեղերի գրանցման կարգը և ոլորտում առկա հիմնախնդիրները. հանգամանալից անդրադարձ է արվել դեղերի որակին առնչվող հարցերին՝ առողջության մատչելիության համատեքստում: Ուսումնասիրվել են դեղերի գրանցման, որակի վերահսկման և պետպատվերի կարգով դրանց գնման ընթացքում առկա օրենսդրական և ինստիտուցիոնալ բացերը:

4/ բժշկական օգնության և սպասարկման մատչելիությունը հաշմանդամություն և հոգեկան խնդիրներ ունեցող անձանց համար. ուսումնասիրվել են հաշմանդամություն ունեցող անձանց՝ ներառյալ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցողների ընդհանուր և առանձնահատուկ իրավունքները: Ներկայացուցչության հիմնախնդիրը գործունակության սահմանափակման դեպքերում:

5/ խտրականության դրսևորումը հոգեկան առողջության ոլորտում. պետպատվերի շրջանակներում տրամադրվող դեղերի ցածր որակի պատճառով ֆինանսական խնդիրներ ունեցող պացիենտների համար ստեղծվող անհամաչափ պայմանները, վատորակ դեղերի հետևանքով առողջական վիճակի վատթարացման պատճառով անհավասար աշխատանքային հնարավորությունները:

ԳԼՈՒԽ ԱՌԱՋԻՆ

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՄԱՍ

ա/ Առողջության իրավունքի առանձնահատկությունները.

Առողջության իրավունքն ամրագրող ամենահեղինակավոր և բարձր իրավաբանական ուժ ունեցող փաստաթղթերից է «Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների մասին» միջազգային դաշնագիրը (հետայսու՝ Դաշնագիր): Հաշվի առնելով Դաշնագրի կարևորությունը իրավունքի այս ճյուղի ամրագրման և հետագա կայացման հարցում, հարկ ենք համարում առավել հանգամանալից անդրադառնալ այս փաստաթղթին և պաշտոնական կոմպետենտ մարմնի՝ ՄԱԿ-ի Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների կոմիտեի (հետայսու՝ Կոմիտե) կողմից առանձին իրավունքների վերաբերյալ արվող Ընդհանուր մեկնաբանություններին:

Իրավունքի այս ճյուղի մասին խոսելիս նախ անհրաժեշտ է կատարել մեկ կարևոր հստակեցում. չնայած միջազգային և տարածաշրջանային իրավակարգավորումներով առողջության իրավունքը բավականին ամբողջական ներկայացված և նախադեպային պրակտիկայով ամրապնդված է, այնուհանդերձ, հայաստանյան իրավական դաշտում այն ներկայացված է առանձին բաղադրիչներով: Մասնավորապես, «Պացիենտների իրավունքների եվրոպական խարտիան» (հետայսու՝ Խարտիա) ամրագրում է թվով 14 իրավունքներ, որոնք առնչվում են առողջության իրավունքին և որպես մեկ օրգանական ամբողջություն ծածկում են անձի առողջության իրավունքին վերաբերող բոլոր հիմնահարցերը: Խարտիայով ամրագրված՝ առողջության իրավունքի 14 բաղադրիչները ներկայացված են ստորև՝

- 1 Կանխարգելման միջոցառումների իրավունք,*
- 2 Մատչելիության իրավունք,*
- 3 Տեղեկատվություն ստանալու իրավունք,*

- 4 Համաձայնության իրավունք,
- 5 Ազատ ընտրության իրավունք,
- 6 Անձնական կյանքի և խորհրդապահության իրավունք,
- 7 Պացիենտի ժամանակը հարգելու իրավունք,
- 8 Որակի չափորոշիչների պահպանման իրավունք,
- 9 Անվտանգության իրավունք,
- 6.10 Նորարարության իրավունք,
- 11 Ոչ անհրաժեշտ տառապանքներից և ցավից զերծ մնալու իրավունք,
- 12 Բուժման անհատական մոտեցման իրավունք,
- 13 Բողոքարկման իրավունք,
- 14 Փոխհատուցման իրավունք:

Սույն ուսումնասիրության շրջանակներում քննարկվող՝ Մատչելիության իրավունքն ամրագրված է «Բնակչության բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու մասին» ՀՀ օրենքի 4-րդ հոդվածով, ինչպես նաև մի շարք այլ իրավական ակտերով, որոնց մասին կներկայացնենք հաջորդիվ:

Ազգային օրենսդրությամբ առողջության իրավունքը ներկայացված է Հայաստանի Հանրապետության Սահմանադրության 33.2.-րդ և 38-րդ հոդվածներով և ամրագրում է յուրաքանչյուրի իրավունքը ապրելու իր առողջությանը և բարեկեցությանը նպաստող շրջակա միջավայրում, ինչպես նաև՝ օրենքով սահմանված եղանակներով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու: Սահմանադրական նորմի կատարման համար «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի 1-ին իսկ հոդվածով ամրագրված են բուժօգնության և սպասարկման իրականացման շրջանակները. «... բնակչությանը կանխարգելիչ բուժական, դեղորայքային օգնության ցուցաբերում, ախտորոշիչ հետազոտությունների, վերականգնողական բուժման, բժշկական փորձաքննության անցկացում, հարբժշկական և ոչ բուժական բնույթի այլ ծառայությունների մատուցում»:

Այսպիսով, ներպետական օրենսդրությունը առողջապահական իրավունքը գերազանցապես դիտարկում է որպես «բժշկական օգնություն և սպասարկում» ստանալու իրավունք՝ նկարագրելով դրանց եղանակները (դեղորայքային օգնություն, հիվանդանոցային կամ արտահիվանդանոցային վերականգնողական բուժում և այլն): Մինչդեռ միջազգային իրավունքում դրանք ներկայացված են ոչ թե որպես բժշկական բնույթի ծառայությունների տեսակներ, այլ առանձին իրավունքների տեսքով, ինչպիսիք են առողջության մատչելիության, բժշկական միջամտությանը

համաձայնություն տալու, պացիենտի տվյալների գաղտնիության, որակի բարձր չափանիշների և այլ իրավունքներ: Չնայած առողջության իրավունքի ներկայացման կառուցվածքային տարբերություններին, առողջության իրավունքի որոշ բաղադրիչներ ուղղակիորեն ամրագրված են նաև մեր օրենսդրությամբ, որոնցից է նաև Մատչելիության իրավունքը:

Նպատակ չունենալով մանրակրկիտ քննարկել օրենսդրական և համակարգային առանձնահատկությունները՝ սույն աշխատությամբ հարկ ենք համարում անդրադառնալ առողջական իրավունքներից մեկի՝ Մատչելիության իրավունքի հարցերին: Մեզ համար կարևոր է նաև վերլուծությունը կառուցել պետության պոզիտիվ պարտավորությունների դիտանկյունից՝ շեշտադրելով նաև միջազգային պարտավորությունների կատարման այն ունիվերսալ չափորոշիչները, որոնք մշակվել են միջազգային իրավունքում՝ թե՛ իրավաբանորեն պարտադիր, և թե՛ խորհրդատվական բնույթ ունեցող փաստաթղթերով:

Այսպես, համաձայն Դաշնագրի 12-րդ հոդվածի 1-ին մասի՝ «Սույն դաշնագրին մասնակցող պետությունները ճանաչում են յուրաքանչյուր մարդու ֆիզիկական և հոգեկան առողջության առավելագույնս հասանելի մակարդակի իրավունքը»: Միաժամանակ, որպես Դաշնագրով ամրագրված բոլոր իրավունքների իրականացման ընդհանուր նախապայման, Դաշնագրի 2-րդ հոդվածի համաձայն մասնակից պետությունները պարտավորվում են «... եղած ռեսուրսների առավելագույն սահմաններում միջոցներ ձեռնարկել այն բանի համար, որպեսզի աստիճանաբար, բոլոր հարկ եղած եղանակներով, ներառյալ, մասնավորապես, օրենսդրական միջոցների ընդունումը, ապահովի մարդու՝ սույն դաշնագրում ճանաչվող իրավունքների լրիվ իրականացումը»: Միաժամանակ, «... դաշնագրին մասնակցող պետությունները պարտավորվում են երաշխավորել, որ սույն դաշնագրի մեջ հռչակված իրավունքները կիրականացվեն առանց որևէ խտրականության, այն է, ռասայի, մաշկի գույնի, սեռի, լեզվի, կրոնի, քաղաքական կամ այլ համոզմունքների, ազգային կամ սոցիալական ծագման, գույքային դրության, ծննդի կամ այլ հանգամանքի բերումով»:

Չուզահեռաբար, Կոմիտեն իր 9-րդ և 10-րդ ընդհանուր մեկնաբանություններով սահմանել է կոնկրետ ուղենիշներ, որոնցով մասնակից պետությունները պետք է առաջնորդվեն ապահովելու համար Դաշնագրով նախատեսված իրավունքի իրականացումը: Այն է՝ *«Քայլեր ձեռնարկել ... (Դաշնագրում ամրագրված)*

իրավունքների աստիճանական լիարժեք իրականացման նպատակով ... բոլոր ընդունելի միջոցներով»:

Կոմիտեն արձանագրում է, որ Դաշնագիրը չի մանրամասնում, թե դրանում ամրագրված իրավունքների պետական իրավակարգումն ինչ առանձնահատուկ միջոցներով պետք է իրականացվի: Դաշնագրում չկա «առողջության առավելագույնս հասանելի մակարդակի իրավունքին» վերաբերող մի դրույթ, որի համապարփակ ներառումը պարտադիր լինի, կամ որին պարտադիր լինի ինչ-որ հատուկ կարգավիճակ տալ ներպետական իրավական համակարգում: Այնուամենայնիվ, Մասնակից պետությունների պարտավորությունների բնույթը ճշգրիտ ըմբռնելու նպատակով առանձնացվում են երկու բացարձակ պարտավորություններ՝ երաշխավորել Դաշնագրով ամրագրված իրավունքների իրականացումը ***իրավունքների աստիճանական լիարժեք իրականացմամբ*** և կիրառել այդ իրավունքներն ***առանց խտրականության***:

Թեև յուրաքանչյուր մասնակից պետություն ինքն է որոշում, թե ինչպիսի միջոցներով պետք է կենսագործվեն Դաշնագրով ամրագրված իրավունքները, սակայն կիրառվող միջոցները պետք է լինեն համարժեք և ստացված արդյունքները բխեն մասնակից պետության պարտավորությունների լիարժեք կատարման տրամաբանությունից: Հաշվի առնելով նշված ոլորտում պետությունների պարտավորությունների կատարման համար բավարար միջոցների առկայության անհրաժեշտությունը՝ իրավունքի իրացման վերաբերյալ գնահատականները պետք է հիմնավորել առողջական իրավունքի ապահովման համար պետության նյութական հնարավորությունների համադրմամբ: Այս կապակցությամբ Կոմիտեն իր 3-րդ ընդհանուր մեկնաբանությունում նշել է, որ Դաշնագրի 2-րդ հոդվածով սահմանված «բոլոր համապատասխան միջոցներով ... քայլեր ձեռնարկելու, մասնավորապես, օրենսդրական միջոցներ ***ընդունելու***» պարտավորությունը ոչ պահանջում է, և ոչ էլ կանխարգելում կառավարման որևէ ձև կամ տնտեսական համակարգ օգտագործելը՝ որպես քննարկվող քայլերի իրականացման միջոց: Պետք է ապացուցել միայն, որ այն ժողովրդավարական է, և այդպիսով հարգվում են մարդու իրավունքները: Ընդ որում, «բոլոր համապատասխան միջոցներով» քայլերի ձեռնարկումը ենթադրում է, որ ձեռնարկված միջոցները պետք է լինեն օպտիմալ: Այսինքն՝ տվյալ իրավիճակում արդյունքի հասնելու համար ամենաշատ «համապատասխանող միջոցները»:

Որպես ձեռնարկված միջոցների համարժեքության չափման միավոր, Կոմիտեն իր 2-րդ Ընդհանուր մեկնաբանությունում ամրագրել է նաև, որ Դաշնագրի 2-րդ հոդվածի իմաստով մասնակից պետությունների ստանձնած իրավական պարտավորությունները ներառում են թե՛ այն, ինչ կարելի է անվանել «վարքագծի տեսանկյունից պարտավորություն», և թե՛ «արդյունքի պարտավորություն»: Այլ կերպ ասած՝ պետության պարտավորությունը միջազգային հանրության և իր տարածքում ապրող բնակչության առջև չի սահմանափակվում միայն ձևականորեն որոշակի միջոցներ ձեռնարկելով, անհրաժեշտ է հասնել իրական և տեսանելի արդյունքի: Պետությունը պետք է հիմնավորի, որ իր ձեռնարկված միջոցները հանդիսացել են «իր առկա ռեսուրսների առավելագույն չափով» ձեռնարկված համարժեք միջոցներ Դաշնագրով ստանձնած պարտավորությունների լրիվ իրականացմանը «աստիճանաբար հասնելու» համար: Ավելին, անգամ ռեսուրսների անբավարարության պարագայում պետությունը պարտավոր է Դաշնագրով ստանձնած պարտավորություններին համապատասխան շարունակական և կոնկրետ միջոցներ ձեռնարկել բոլորի համար մշակութային կյանքին մասնակցելու իրավունքն ապահովելու համար:

Այս համատեքստում թերևս արժե շեշտել, որ շուկայական տնտեսություն ունեցող հասարակությունում պետության պարտականությունը չէ ապահովել և բավարարել մարդկանց բոլոր կենսական պահանջները: Պետությունը, այնուհանդերձ, պարտավոր է ստեղծել իր տարածքում բնակվող բոլոր անձանց համար մատչելի այնպիսի պայմաններ, որ յուրաքանչյուր ոք հնարավորություն ունենա մյուսների հետ հավասարապես և առանց խտրականության մասնակցելու հանրային ռեսուրսների բաշխմանը: Սա անհրաժեշտ պայման է միջազգային չափանիշներով աղքատության շեմից բարձր կենսամակարդակ ապահովելու, բնակչության սոցիալական ապահովության իրավունքներն արդյունավետ պաշտպանելու համար:

ԳԼՈՒԽ ԵՐԿՐՈՐԴ

ՀԱՏՈՒԿ ՄԱՍ

բ/ Առողջության մատչելիության իրավունքը.

Առողջության մատչելիության իրավունքը (հետայսու՝ մատչելիության իրավունք) Առողջության իրավունքի անկունաքարն է: Ինչպես և առողջության իրավունքի մյուս բաղադրիչները, Մատչելիության իրավունքն ունի իր բովանդակային տարրերը, որոնք մշակվել են միջազգային պրակտիկայում և մասամբ ամրագրվել նաև Հայաստանի ներպետական օրենսդրության մեջ:

Նախքան ազգային օրենսդրությամբ սահմանված իրավակարգավորումներին անդրադառնալը, նախ խոսենք միջազգային նորմերի մասին: Մատչելիության իրավունքն ամրագրված է «Պացիենտների իրավունքների եվրոպական խարտիայով» ամրագրված թիվ 2 իրավունքն է: Այն ամրագրված է հետևյալ կերպ՝ «Յուրաքանչյուր ոք ունի իր առողջական կարիքների համար անհրաժեշտ առողջապահական ծառայություններից օգտվելու իրավունք: Առողջապահական ծառայությունները պետք է երաշխավորեն բոլորի համար հավասար մատչելիությունը՝ առանց ֆինանսական ռեսուրսների, բնակության վայրի, հիվանդության տեսակի կամ ծառայություններից օգտվելու ժամանակահատվածի առումով խտրականություն ղնելու»:

Ինչպես տեսնում ենք, եվրոպական կարգավորումները սահմանում են Մատչելիության իրավունքի մի քանի չափորոշիչներ՝

- ֆինանսական մատչելիություն,
- տարածքային մատչելիություն,
- հիվանդության տեսակի և
- ժամանակահատվածի մատչելիություն:

Հարկ է նաև նշել, որ այս իրավունքների պատշաճ իրականացումը, ինչպես ներկայացվեց վերևում, պետք է իրականացվեն պետության ունեցած ռեսուրսների առավելագույն հնարավոր սահմաններում: Այսինքն, Մատչելիության իրավունքի այս բաղադրատարրերը բացարձակ իրավունք չեն: Բացարձակ է միայն այն, որ դրանք բոլորի համար պետք է ապահովվեն հավասար պայմաններով՝ առանց խտրականության:

Ազգային օրենսդրության մեջ Մատչելիության իրավունքի նորմեր ամրագրող ամենաբարձ իրավական փաստաթուղթը ՀՀ Սահմանադրությունն է, որի 38-րդ հոդվածը ամրագրում է, որ «Յուրաքանչյուր ոք ունի օրենքով սահմանված եղանակներով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք: Յուրաքանչյուր ոք ունի անվճար հիմնական բժշկական ծառայություններ ստանալու

իրավունք: Դրանց ցանկը և մատուցման կարգը սահմանվում են օրենքով: Այս նորմը թերևս նաև Առողջության իրավունքն ամրագրող դրույթ է, որը տվյալ ձևակերպմամբ լիովին տեղավորվում է նաև Առողջության իրավունքի շրջանակներում: Մա ցուցիչ է, թե Մատչելիության իրավունքը՝ որպես Առողջության իրավունքի բաղադրիչ, ինչպիսի տեղ է զբաղեցնում Առողջության իրավունքի ամբողջ համակարգում:

Մատչելիության իրավունքի վերաբերյալ սահմանադրական իրավանորմի բովանդակությունը ամբողջականացվել է «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքով և այլ իրավական ակտերով, որոնց մասին կլիտեսենք հաջորդիվ: Մասնավորապես, վերը նշված օրենքում են ամրագրված բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման և իրականացման օրենսդրական հիմքերը: Առանձին գլխով ներառված են մարդու հիմնական իրավունքները բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման բնագավառում՝ առանձնահատուկ ուշադրություն դարձնելով *բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու մատչելիությանը*:

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի 4-րդ հոդվածով Հայաստանի Հանրապետությունում բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունքը յուրաքանչյուրին երաշխավորվում է՝ անկախ ազգությունից, ռասայից, սեռից, լեզվից, դավանանքից, տարիքից, առողջական վիճակից, քաղաքական կամ այլ հայացքներից, սոցիալական ծագումից, գույքային կամ այլ դրությունից, ինչը խոսում է այս իրավունքի իրականացման ոլորտում որևէ հիմքով խտրականության բացառման մասին:

Սոցիալապես անապահով խմբերի կամ առանձին հիվանդություններով տառապող պացիենտների Մատչելիության իրավունքն ապահովելու համար սահմանված է նաև անվճար բուժ օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք: Նույն հոդվածի համաձայն, յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալ անվճար՝ պետության կողմից երաշխավորված առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում: Օրենսդրական ամրագրում ստացած վերը նշված երաշխիքների ամբողջական և ճիշտ ընկալման և արդյունավետ իրականացման ապահովման համար առավել շատ պարզաբանման կարիք ունեն օրենքում տեղ գտած՝ «բժշկական օգնություն և սպասարկում» և «առողջապահական պետական նպատակային ծրագրեր» հասկացությունները:

Այսպես, նշված օրենքի 1-ին հոդվածով «բժշկական օգնություն և սպասարկում» հասկացությունը բնորոշվում է որպես բնակչությանը կանխարգելիչ բուժական, դեղորայքային օգնության ցուցաբերում, ախտորոշիչ հետազոտությունների, վերականգնողական բուժման, բժշկական փորձաքննության անցկացում, հարբժշկական և ոչ բուժական բնույթի այլ ծառայությունների մատուցում:

Նույն օրենքի 2-րդ հոդվածն առանձնացնում է բժշկական օգնության և սպասարկման հետևյալ հիմնական տեսակները՝

ա) *առաջնային բժշկական օգնությունը*՝ որպես յուրաքանչյուր մարդու համար անվճար, առավել մատչելի մեթոդների և տեխնոլոգիաների վրա հիմնված բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակ, որը երաշխավորվում է պետության կողմից.

բ) *մասնագիտացված բժշկական օգնությունը*՝ որպես ախտորոշման և բժշկական առանձնահատուկ մեթոդների ու բարդ բժշկական տեխնոլոգիաների վրա հիմնված բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակ:

Օրենքի համաձայն, բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների ցանկը և կառուցվածքը սահմանում է ՀՀ կառավարությունը, որն էլ, 2004 թվականի մարտի 4-ի թիվ 318-Ն որոշմամբ, սահմանել է այն:

Օրենքում ամրագրված օգնությունը կամ բուժումն իրականացվում է՝

հիվանդանոցային ձևով, երբ անհրաժեշտ է բժշկական միջոցառումների համալիր կիրառում՝ ախտորոշում, բուժում, տևական հսկողություն և հատուկ խնամք.

արտահիվանդանոցային ձևով, երբ դրա իրականացման համար չեն պահանջվում հիվանդանոցային պայմաններ:

- *Պետության կողմից երաշխավորված՝ անվճար բուժօգնությունը և սպասարկումը.*

Մատչելիության իրավունքի ոլորտում առանձին մեծածաված կանոնակարգման է ենթարկված «Առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի» շրջանակներում տրամադրվող բուժօգնությունն ու սպասարկումը: Այդ ծրագրերի ֆինանսավորումն արտահայտված է ՀՀ պետական բյուջեում, որոնք ՀՀ կառավարությունը պետական բյուջեի նախագծի կազմում ներկայացնում է Ազգային ժողովի հաստատմանը: Փաստորեն, պետությունը առողջապահության բնագավառի պահպանումն ու զարգացումն ապահովում է բյուջետային նպատակային ֆինանսավորման միջոցով, որի ծավալները որոշվում են առողջապահության պետական նպատակային ծրագրերին համապատասխան:

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի 2-րդ գլխում առանձին հոդվածներով սահմանված են նաև որոշակի պայմաններում կամ որոշակի կատեգորիայի անձանց համար այս իրավունքի իրականացման առանձնահատկությունները: Նման կատեգորիայի անձանց շարքին են դասվում՝

- շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդությամբ տառապող անձիք,
- ձերբակալված, կալանավորված և ազատազրկման վայրերում պատիժ կրող անձիք,
- զինձառայողները և զորակոչիկները, օտարերկրյա քաղաքացիները, քաղաքացիություն չունեցող անձիք,
- արտակարգ իրավիճակներում տուժած մարդիկ (երկրաշարժի, հրդեհի, փոթորիկի, ջրհեղեղի և այլ աղետների հետևանքով),
- այլ սոցիալական խմբերը:

Այս խմբերից յուրաքանչյուրի իրավունքները կանոնակարգված են առանձին իրավական ակտերով: Մասնավրապես, Մատչելիության իրավունքի շրջանակներում, շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդությամբ տառապող մարդն իրավունք ունի անվճար ստանալու պետության կողմից երաշխավորված կարգով բժշկական օգնություն և սպասարկում և բուժվելու այդ նպատակի համար նախատեսված հատուկ մասնագիտացված բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հաստատություններում: Ընդ որում, շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդությունների ցանկը սահմանված է ՀՀ կառավարության 2001 թվականի դեկտեմբերի 27-ի թիվ 1286 որոշմամբ:

Սույն հետազոտության մեջ ձերբակալված, կալանավորված և ազատազրկման վայրերում պատիժ կրող անձանց սոցիալական խմբին թերևս առավել մանրամասն անդրադառնանք, քան մնացած սոցիալական խմբերին: Այս խմբին պատկանող անձիք իրավունք ունեն ստանալու բժշկական օգնություն և սպասարկում՝ «Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահելու մասին» ՀՀ օրենքին համապատասխան, որի 21-րդ հոդվածը վերաբերում է բուժսանիտարական օգնությանը, անձնական հիգիենային: Համաձայն դրա՝ ձերբակալված և կալանավորված անձանց բուժսանիտարական օգնությունը կազմակերպվում է ՀՀ օրենսդրությանը և ներքին կանոնակարգին համապատասխան:

Ձերբակալվածներին պահելու վայրի և կալանավորվածներին պահելու վայրի վարչակազմերն ապահովում են ձերբակալված կամ կալանավորված անձանց

առողջության պահպանմանն ուղղված սանիտարահիգիենիկ և հակահամաճարակային պահանջների կատարումը: Կալանավորվածներին պահելու վայրում պետք է աշխատի ընդհանուր մասնագիտացում ունեցող առնվազն մեկ բժիշկ:

«Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահելու մասին» ՀՀ օրենքի համաձայն, ձերբակալված կամ կալանավորված անձը, որը մասնագիտացված բուժօգնության կարիք ունի, փոխադրվում է հատուկ մասնագիտացված կամ քաղաքացիական բուժհաստատություն: Ձերբակալված և կալանավորված անձանց բժշկական, այդ թվում՝ հոգեբուժական օգնությունն ցույց տալու, նրանց բուժհաստատություններում պահելու, ինչպես նաև բուժսպասարկման գործում այդ հաստատությունների աշխատողներին ներգրավելու կարգը սահմանում է լիազորված մարմինը:

Բացի այդ, 2006 թվականի մայիսի 26-ին ՀՀ կառավարությունն ընդունել է «Կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բուժսանիտարական և բուժկանխարգելիչ օգնությունը կազմակերպելու, առողջապահական մարմինների բուժական հիմնարկներից օգտվելու և այդ նպատակով դրանց բժշկական անձնակազմին ներգրավելու կարգը հաստատելու մասին» թիվ 825-Ն որոշումը: Որոշմամբ հաստատված է՝

ա) կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բուժսանիտարական և բուժկանխարգելիչ օգնությունը կազմակերպելու, առողջապահական մարմինների բուժական հիմնարկներից օգտվելու և այդ նպատակով դրանց բժշկական անձնակազմին ներգրավելու կարգը՝ համաձայն Հավելված 1-ի.

բ) պատիժը կրելուն խոչընդոտող ծանր հիվանդությունների ցանկը՝ համաձայն Հավելված 2-ի.

գ) թերապևտիկ բնույթի հիվանդների նկատմամբ դինամիկ հսկողության, հոգեկան հիվանդների նկատմամբ դինամիկ հսկողության, հոգեակտիվ նյութերից (թմրամիջոցներ, ալկոհոլ, տոքսիկ և այլ նյութեր) կախվածություն և հակում ունեցող հիվանդների նկատմամբ դինամիկ հսկողության, մաշկային հիվանդություններով և սեռավարակներով տառապող հիվանդների նկատմամբ դինամիկ հսկողության, աղիքային վարակիչ հիվանդություններով տառապող հիվանդների նկատմամբ դինամիկ հսկողության ժամանակացույցերը

Առանձին խումբ են կազմում զինձառայողները և զորակոչիկները, արտակարգ իրավիճակներում տուժած մարդիկ, կանայք՝ հղիության և ծննդաբերության հետ

կապված հարցերով, Հայաստանում գտնվող օտարերկրյա քաղաքացիներն ու քաղաքացիություն չունեցող անձինք (ՀՀ օրենսդրության, ինչպես նաև ՀՀ միջազգային պայմանագրերի շրջանակներում):

Վերոգրյալից հետևում է, որ Մատչելիության իրավունքը, ի տարբերություն Առողջության իրավունքի բազմաթիվ այլ բաղադրիչների, պետության կողմից ՀՀ Սահմանադրությամբ և ընթացիկ օրենսդրությամբ երաշխավորված և բավականին մանրակրկիտ կանոնակարգված իրավունք է:

ՀՀ կառավարությունը 2004 թվականի մարտի 4-ի թիվ 318-Ն որոշմամբ հաստատել է բնակչությանը տրամադրվող պետության կողմից երաշխավորված անվճար առողջապահական ծառայությունների ցանկը: Որոշումը հստակ սահմանում է բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկը (Հավելված 3), որոնք ունեն պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք (խմբերը սահմանված են ըստ նրանց բժշկական և սոցիալական կարգավիճակի, հիվանդությունների թեթև և ծանր ձևերի): Դրա հետ միասին գոյություն ունի ՀՀ ֆինանսների և էկոնոմիկայի նախարարի հետ համաձայնեցված ՀՀ առողջապահության նախարարի կողմից հաստատված ծառայությունների ցանկ, որոնք անվճար են ողջ բնակչության համար, ներառյալ՝ սույն որոշմամբ նշված խմբերը (Հավելված 5):

Վերը նշված որոշման մյուս հավելվածներով համապատասխանաբար սահմանվեցին՝

- Ամենամյա առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ու ֆինանսավորման կարգը,
- Երևան քաղաքի հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման համավճարային սկզբունքի կիրառման կարգը,
- Բուժհաստատություններում պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման նպատակով բնակչության հերթագրման կարգը,

• Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում կենտրոնացված կարգով բժշկական սարքավորումների և գործիքների ձեռքբերման ու բաշխման կարգը:

զ/ Դեղերի գրանցման և շրջանառության քաղաքականությունը Հայաստանի Հանրապետությունում.

Առողջապահական համակարգի արդյունավետության գնահատման, ինչպես նաև բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու մատչելիության իրավունքի պատշաճ ապահովման առանցքային չափանիշներից մեկը դեղերի որակի հիմնախնդիրն է: Ոլորտում առկա են բազմաթիվ խնդիրներ, որոնք առնչվում են դեղերի և դեղահումքի ներմուծման, գրանցման, պետական գնումների միջոցով ձեռք բերելու ընթացքում առկա կոռուպցիոն ռիսկերին:

Օրենսդրական որոշ բացերի և թերացումների հետևանքով պետական գնումների միջոցով ձեռք են բերվում դեղեր այնպիսի երկրներից, որտեղ չկան դեղերի որակի ապահովմանն ուղղված բավարար պայմաններ: Արդյունքում, հաճախ շուկայում հայտնվում և պետական գնումների միջոցով բնակչությանը տրամադրվում է դեղորայք, որը կամ չի բարելավում հիվանդի առողջական վիճակը, կամ էլ ավելի է վատթարացնում այն: Հարկ է նշել, որ հատկապես այսօրվա աշխարհում միշտ կա կենսաբանական ահաբեկչության վտանգ, ուստի ներկրվող դեղերի և դեղահումքի որակին վերաբերող հարցերը վերաժվում են նաև ազգային անվտանգության հիմնախնդրի և պահանջում են պատշաճ օրենսդրական կարգավորում և պետական վերահսկում:

Դեղերի շրջանառության պատշաճ կարգավորման անհրաժեշտությունն ամրագրված է նաև «Հայաստանի Հանրապետության ազգային անվտանգության ապահովմանն ուղղված՝ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության գործունեության ծրագիրը և միջոցառումների ցանկը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության 15 ապրիլի 2010թ. համ. 451-Ն որոշմամբ, որտեղ հանրային առողջության անվտանգությունը և ահաբեկչությանը դիմակայելը հանդիսանում է առողջապահության համակարգի առջև դրված խնդիր:

Նշված որոշմամբ սահմանված է, որ թույլ կարգավորման պայմաններում դեղերը և կենսաակտիվ հավելումները կարող են սպառնալ բնակչության առողջությանը:

Առողջապահության ոլորտում ազգային անվտանգությունը երաշխավորելու համար, առաջարկվում է դեղը դիտարկել որպես միջազգային ահաբեկչության հնարավոր միջոց: Հետևաբար, պահանջվում է հզոր և օրենքով ամրագրված՝ կարգավորող համակարգի առկայություն, որը կապահովի խստագույն վերահսկողություն դրանց կենսացիկլի բոլոր օղակներում՝ ստեղծումից մինչև կիրառում: Որպես անհրաժեշտ գործունեության ուղղություններ են մատնանշված՝

1) *կատարելագործել դեղերի շրջանառության ոլորտին վերաբերող Հայաստանի Հանրապետության գործող օրենսդրությունը, այդ թվում՝ «Դեղերի և կենսաակտիվ հավելումների մասին» Հայաստանի Հանրապետության նոր օրենքի ընդունումը.*

2) *կատարելագործել դեղերի որակի ապահովման և վերահսկման համակարգը: Բարելավել դեղերի փորձաքննություն իրականացնող լաբորատորիայի տեխնոլոգիական զինվածությունը և տեխնիկական հագեցվածությունը: Տեսչական վերահսկողություն իրականացնել դեղերի արտադրության ու իրացման բոլոր փուլերում.*

3) *ԱՀԿ-ի և այլ միջազգային կազմակերպությունների հետ համատեղ լայնածավալ պայքար մղել կեղծված դեղերի բացահայտման ուղղությամբ.*

4) *ընդլայնել դեղերի կողմնակի ազդեցությունների դիտարկումը և համագործակցությունը համապատասխան միջազգային կազմակերպությունների հետ, և այլն:*

Այսպիսով, դեղերի ոլորտում առկա խնդիրներին անդրադառնալիս անհրաժեշտ է ուսումնասիրել ինչպես օրենսդրական թերությունները, այնպես էլ ոլորտի կառավարման արդյունավետության հարցերը: Սույն վերլուծության շրջանակներում, ի թիվս այս ոլորտում պետական քաղաքականության, կոռուպցիոն ռիսկերի, հանրության կենսաբանական անվտանգության հարցերի, հանգամանալից ուսումնասիրվել են՝

- ✓ *դեղերի գրանցման օրենսդրական մեխանիզմների բացերը, որոնք թույլ են տալիս գրանցել կասկածելի ծագում ունեցող և ցածրորակ դեղեր,*
- ✓ *պետական գնումների միջոցով ցածր արդյունավետություն ունեցող դեղորայքի ձեռք բերման և պետպատվերի շրջանակներում շրջանառելու հարցերը,*
- ✓ *դեղերի շրջանառության նկատմամբ կառավարում պետական վերահսկողություն իրականացնելու հարցերում ինստիտուցիոնալ հիմնախնդիրները:*

- *Դեղերի գրանցմանն առնչվող իրավակարգավորումները և առկա ռիսկերը.*

Առկա խնդիրները վեր հանելու և գնահատելու համար նախ հակիրճ ներկայացնենք գործող օրենսդրությամբ դեղերի գրանցմանն առնչվող կարգավորումները և ընդգծենք օրենսդրական այն բացերը, որոնք թույլ են տալիս անբարեխիղճ մոտեցում ցուցաբերել դեղի կամ դեղահումքի որակի պատշաճ գնահատման, ինչպես նաև պետական գնումների միջոցով ցածրորակ դեղորայք ձեռք բերելու և պետպատվերի շրջանակներում բնակչությանը տրամադրելու հարցերում:

Այսպես, դեղերի գրանցման հարցերը կարգավորված են դեռևս 27 հոկտեմբերի 1998թ. ընդունված՝ «Դեղերի մասին» ՀՀ օրենքով և դրա հիման վրա 25 ապրիլի 2001թ. ՀՀ կառավարության կողմից ընդունված՝ «Հայաստանի Հանրապետությունում դեղերի պետական գրանցման կարգը և դեղերի պետական գրանցման փորձաքննության վարձի չափերը հաստատելու մասին» համ. 347 որոշմամբ: Նշված իրավական ակտերի համաձայն, Հայաստանում գրանցման ենթակա են նոր ստեղծված (օրիգինալ) և նոր դեղերից վերարտադրված (ջեներիկ) դեղերը, ինչպես նաև յուրաքանչյուր նոր դեղաձև, դեղաչափ կամ նոր ցուցում: Նոր դեղը գրանցելու համար պահանջվում է ներկայացնել նոր դեղի կլինիկական փորձարկման տվյալները, սակայն հաշվի չի առնվում, թե ո՞ր երկրում է կատարվել կլինիկական փորձարկումը, և որքանո՞վ է վստահելի ներկայացված տվյալների իսկությունն ու մասնագիտական հիմնավորվածությունը:

Ի տարբերություն նոր դեղի, ջեներիկ դեղը Հայաստանում գրանցելու համար բավարար է անցկացնել միայն լաբորատոր փորձաքննություն: Ոլորտը կարգավորող իրավական ակտերով ջեներիկ դեղերի գրանցման համար չի պահանջվում կատարել կլինիկական փորձարկումներ: Իր հերթին, լաբորատոր փորձաքննությամբ հետազոտվում են միայն դեղի ազդող նյութի հատկությունները, չեն հետազոտվում օժանդակ նյութերը, հաշվի չի առնվում դեղի պատրաստման տեխնոլոգիան:

Հայաստանի Հանրապետությունում դեղերի պետական գրանցման նպատակով կատարվող փորձաքննության առավելագույն տևողությունը 180 օր է, բացառությամբ Եվրոպական միության լիիրավ անդամ երկրներից որևէ մեկում կամ Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներում կամ Ճապոնիայում գրանցված դեղերի, որոնց փորձաքննությունն իրականացվում է առավելագույնը 30 օրվա ընթացքում, պարզեցված կարգով՝ առանց լաբորատոր փորձաքննության: Դեղագործական ընկերությունը (նրա ներկայացուցիչը) դեղգործակալությանն է ներկայացնում

պահանջվող փաստաթղթերն ու դեղերի նմուշները: Փորձաքննության արդյունքները եզրակացության տեսքով ներկայացվում են առողջապահության նախարարության դեղաբանական խորհուրդ՝ եզրակացություն տալու համար, իսկ պարզեցված կարգով դեղերի փորձաքննության դեպքում փորձագիտական եզրակացությունը ներկայացվում է անմիջապես Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն:

Գրանցման նպատակով դեղերի փորձաքննությունն իրականացնում է «Դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների գործակալություն» փակ բաժնետիրական ընկերությունը (այսուհետև՝ դեղգործակալություն): Դեղգործակալության փորձաքննության արդյունքների, դեղաբանական խորհրդի եզրակացության արդյունքում առողջապահության նախարարությունն ընդունում է դեղի գրանցման վերաբերյալ որոշում և դիմորդին տրվում է դեղի գրանցման հավաստագիր: Հավաստագիր ստացաճաճ դեղը գրանցվում է «Դեղերի պետական գրանցամատյանում (Ռեեստրում)»:

Ի տարբերություն ջեներիկ դեղերի, նոր դեղերը պարտադիր կարգով պետք է անցնեն կլինիկական փորձաքննություն, որի անցկացման գործընթացը կարգավորված է ՀՀ կառավարության կողմից 24 հունվարի 2002թ. ընդունված՝ «Հայաստանի Հանրապետությունում նոր դեղերի կլինիկական հետազոտությունների անցկացման կարգը հաստատելու մասին» որոշմամբ: Նշված իրավական ակտով կանոնակարգվում են նոր դեղի կլինիկական հետազոտության (փորձարկման) գործընթացը՝ մարդու վրա դեղի արդյունավետությունը, կողմնակի ազդեցությունը, փորձարկման էթիկական հարցերը, փորձարկող բժշկի պարտականությունները, ինչպես նաև այն անձանց շրջանակը (հղի կանայք, զինծառայողներ և ազատազրկման կամ կալանքի վայրում գտնվող անձիք), ում վրա արգելվում է իրականացնել կլինիկական փորձարկումներ: Հետազոտողն անցկացված կլինիկական հետազոտության արդյունքում ստացված տվյալների հիման վրա հաշվետվություն է ներկայացնում առողջապահության նախարարություն, որից հետո նախարարությունը ներկայացված հաշվետվությունը մեկ ամսվա ընթացքում ենթարկում է մասնագիտական փորձաքննության և դրական եզրակացության դեպքում հաստատում այն:

Դեղերի գրանցման գործընթացի նկարագրությունն անհրաժեշտ էր, առկա բացերը վեր հանելու և դրանց լուծման ուղղությամբ առաջարկություններ ներկայացնելու տեսանկյունից: Չնայած վերը նշված որոշմամբ սահմանված է, որ պետական գրանցումը կատարվում է դեղերի որակի, արդյունավետության ու անվտանգության

գիտականորեն հիմնավորված չափանիշների, փորձագիտական հետազոտությունների արդյունքների հիման վրա, սակայն ստորև թվարկվող որոշ բացեր խնդրահարույց են դարձնում այս նորմի պրակտիկ կիրառության արդյունավետությունը: Մասնավորապես՝

- *Հայաստանում նոր դեղը գրանցելու համար բավարար է ընդամենըներկայացնել դրա կլինիկական փորձարկման տվյալները՝ անկախ նրանից, թե ո՞ր երկրում է դեղն անցել կլինիկական հետազոտություն և առաջին անգամ գրանցվել որպես նոր դեղ: Արդյունքում, ասիական որևէ ոչ զարգացած երկրում արված կլինիկական փորձարկման տվյալները կարող են հիմք հանդիսանալ Հայաստանում այն գրանցելու համար՝ առանց կլինիկական դեղի կենսահամարժեքությունը կամ արդյունավետությունը ստուգելու համար կլինիկական փորձարկում անցկացնելու:*
- *Ջեներիկ դեղի գրանցման համար պահանջվող լաբորատոր փորձաքննությամբ պարզվում է միայն դեղի ազդող նյութի հատկությունները՝ առանց հաշվի առնելու օժանդակ նյութերի քանակն ու հատկությունները, դեղի պատրաստման տեխնոլոգիան և այլ հարցեր: օրենքը թույլ է տալիս ընդամենը լաբորատոր փորձաքննության արդյունքներով գրանցել անվստահելի երկրներում (Հնդկաստան և այլն) կլինիկական փորձաքննություն անցած և գրանցված դեղերը: Վերջին շրջանում Հայաստանում գրանցված դեպքերը վկայում են, որ դրանք հաճախ շատ ցածրորակ են լինում:*
- *Դեղերի փորձաքննություն իրականացնելու համար Հայաստանում անկախ լաբորատորիաներ չկան: Դեղերի հավաստագրումն իրականացվում է մեկ պետական կառույցի՝ դեղգործակալության կողմից:*

Առանձին քննարկման հարց է դեղահումքի ներմուծման հիմնախնդիրը: Գործող իրավանորմերի համաձայն, ներմուծվել կարող են միայն Հայաստանում պետական գրանցում ունեցող դեղերը և (կամ) դեղանյութերը ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից տրված ներմուծման կամ արտահանման հավաստագրի հիման վրա: Ներմուծվող դեղերի և դեղանյութերի որակը պետք է համապատասխանի Հայաստանի Հանրապետությունում ընդունված դեղագրքերի և (կամ) տեխնիկական պայմանների պահանջներին:

Այստեղ գործ ունենք նույն հիմնախնդրի հետ, ինչ ջեներիկ դեղի գրանցման պարագայում՝ անվստահելի հեղինակություն ունեցող երկրներում սերտիֆիկացված դեղահումքի գուտ լաբորատոր-քիմիական բաղադրության ստուգումը բավարար չէ դրա որակի գնահատման համար: Պրակտիկան ցույց է տալիս, որ ներմուծվող դեղահումքից արտադրված դեղերը հաճախ ունենում են ցածր արդյունավետություն: Ավելին, իրենց ցածր ինքնարժեքի շնորհիվ դրանցից պատրաստված դեղերը ավելի բարենպաստ դիրքերում են հայտնվում պետական գնումների ժամանակ: Այս մասին առավել մանրամասն կներկայացնենք հաջորդիվ:

- *Դեղի արտադրության նպատակով հումքի ներմուծման համար պահանջվող հումքի որակի սերտիֆիկատը կամ հավաստագիրը կարող են տրված լինել անվստահելի հեղինակություն ունեցող երկրում, ինչի հետևանքով ներկրվում է էժան և ցածրորակ հումք և պատրաստվում է նույնպես ցածրորակ դեղ, որը, սակայն իր հիմնական բաղադրիչով համապատասխանում է օրենսդրության պահանջներին:*

Կարևոր խնդիր է նաև ոլորտի կառավարումն ու վերահսկողությունը: Գործող օրենսդրության համաձայն, Հայաստանի Հանրապետությունում պետական գրանցում ստացած դեղերի նկատմամբ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարությունը դեղերի շրջանառության բոլոր օղակներում իրականացնում է մշտադիտարկում և պետական վերահսկողություն՝ գրանցման ժամանակ ընդունված որակի, անվտանգության և արդյունավետության չափանիշներին համապատասխանությանուղղությամբ: Այդ գործառույթի իրականացումը, սակայն, դրված է դեղգործակալության վրա, որն ըստ էության՝ գիտական-փորձաքննական իր հիմնական գործառույթին զուգահեռ պետք է իրականացնի նաև վարչական-վերահսկողական գործունեություն, ինչը մեր գնահատմամբ քիչ համատեղելի գործառույթներ են: Արդյունքում, պրակտիկայում կան դեպքեր, երբ շուկայում հայտնվում են շատ ցածրորակ դեղերի խմբաքանակներ, սակայն կոռուպցիոն ոիսկերի առկայության պատճառով արտադրողները կամ ներմուծողները համարժեք պատասխանատվության չեն ենթարկվում (օրինակ, շատ բժիշկների վկայությամբ՝ հայկական արտադրության ցավազրկող «Լիդոկային» 02մլ.):

- *Դեղերի գրանցման հիմնախնդիրները՝ պետական գնումների մեխանիզմի համատեքստում.*

Պրակտիկայում դրսևորվող մեկ այլ գերխնդիր է լաբորատոր փորձաքննության արդյունքում գրանցված ջեներիկ դեղի արդյունավետության հարցը՝ պետպատվերի կարգով բուժվող պացիենտներին դեղորայքով ապահովելու հարցում: Ջեներիկ դեղը կարող է ինչպես ներմուծվել, այնպես էլ ներմուծվող հումքի օգտագործմամբ պատրաստվել Հայաստանում: Դեղի պարունակությունն են կազմում ակտիվ (ազդող) և օժանդակ բաղադրամասերը: Գործող օրենսդրության համաձայն, Հայաստանի Հանրապետությունում գրանցվող դեղերի որակի տեխնիկական պայմանները պետք է համապատասխանեն Հայաստանի Հանրապետությունում գործող դեղագրքերի պահանջներին: Այնուհանդերձ, ինչպես վերևում նշեցինք, փորձը ցույց է տալիս, որ հաճախ այդ պահանջներին համապատասխանող դեղահումքերից պատրաստված դեղերը ունեն խիստ ցածր արդյունավետություն: Ինչպես ջեներիկ դեղերի պարագայում, այստեղ ևս հաշվի չի առնվում դեղահումքից պատրաստվող դեղի կենսահամարժեքության հարցը, որը կարող է գնահատվել միայն արտադրված դեղի կլինիկական փորձարկման միջոցով:

Արդյունքում, Հայաստանում գրանցվել են դեպքեր, երբ դեղ արտադրող կազմակերպությունը ստացել է գերշահույթներ ներմուծված հումքից պատրաստված և ցածր ինքնարժեք ունեցող դեղը պետական գնումների մեխանիզմով վաճառելու համար: Մեկ այլ դեպքում, 2013 թվականի դեկտեմբերի վերջին՝ ամանորյա տոների նախաշեմին, ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից կնքվել է հինգ տարվա պայմանագիր Բելառուսից ներմուծված ինսուլինի գնման համար, որի գինը չնչին տարբերությամբ է զիջում մինչ այդ պետպատվերով գնված ինսուլինին, սակայն ոլորտում աշխատող մասնագետների վկայությամբ ունի անհամեմատ ցածր արդյունավետություն:

Պետպատվերի կարգով ցածրորակ դեղերի ձեռք բերմանը և շրջանառությանն էապես նպաստում է դեղերի պետական գնումների վերաբերյալ ՀՀ կառավարության 2 մայիսի 2013թ. համ. 502-Ն որոշումը, որը պահանջում է, որ գնումների պլանում ընդգրկվեն դեղերի ռեեստրում գրանցված բոլոր դեղերը, որոնք կհամապատասխանեն դեղի գնման համար պահանջվող տեխնիկական բնութագրերին: Առաջին հայացքից թվում է, թե այս որոշումը նախատեսում է շատ ողջամիտ և հակակոռուպցիոն մեխանիզմ, քանի որ դեղերի ռեեստրում դեղը գրանցված լինելու պարագայում ենթադրվում է, որ գրանցված մյուս դեղերի հետ միասին այն համապատասխանում է որակի բավարար չափանիշներին: Այսինքն, պետական գնումների միջոցով դեղի գնման համար չի ներկայացվում որևէ այլ պահանջ, քան ընդամենը դեղի գրանցված լինելն է: Մինևս ժամանակ, պետական

գնումների մեխանիզմի տրամաբանությունն այն է, որ հաղթող ճանաչվի առավել ցածր գին առաջարկող սուբյեկտը:

Եթե փորձենք ներկայացնել դեղի ներկրման և պետական գնումներին մասնակցելու սխեման, ապա կստացվի հետևյալ կերպ. օրինակ, ասիական երկրներում, շատ հաճախ՝ Հնդկաստանում գրանցված, իսկ երբեմն՝ ընդհանրապես որևէ երկրում չգրանցված ինչ-որ դեղամիջոց ներկրվում է Հայաստան, ապա անցնում ընդամենը լաբորատոր-քիմիական փորձաքննություն և դեղերի ռեեստրում գրանցվում է որպես դեղագրքերին և տեխնիկական պահանջներին համապատասխանող դեղամիջոց: Այնուհետև, այդ դեղամիջոցը իր ցածր գնի շնորհիվ հաղթում է պետական գնումների մրցույթում և տրվում հոգեկան խնդիրներ ունեցող կամ շաքարային դիաբետով տառապող պացիենտներին:

Այսպիսով, գործող օրենսդրության վերլուծությունից բխում է, որ պետական գնումների միջոցով ցածրորակ դեղերի ձեռք բերման և պետպատվերի կարգով պացիենտներին տրամադրելու հիմնական խնդիրը կայանում է դեղի գրանցման ընթացքում վերևում նշված օրենսդրական բացերի և պետական գնումների ընթացքում գրանցված դեղը հավասար պայմաններով գնելու մեխանիզմում:

- *Այս մեխանիզմով հաշվի չի առնվում դեղի օժանդակ հատկանիշների կարևորությունը, դեղի կենսահամարժեքության, հումքի որակի և նախորդ դեղի արդյունավետության հարցերը: Սահմանված չէ դեղի անվտանգ օգտագործման փորձի չափորոշիչ, գոնե 5 տարի ժամկետով: Այդ միջոցով հայկական դեղագործական ընկերություններից մեկը, իր արտադրած դեղը պետական գնումների միջոցով իրացնելով, ստացել է մոտ 430 տոկոս գերշահույթ:*
- *Ոլորտի հիմնախնդիրն է պետպատվերի ժամանակ դեղը գնելիս դրա օժանդակ բաղադրիչների, պատրաստման տեխնոլոգիայի կարևորությունը հաշվի չառնելը: Գնումների մասին օրենսդրության միակ իրական պահանջը դեղի տեխնիկական բնութագրի առկայությունն է և դեղի գինը, ինչը հանգեցնում է ցածրորակ դեղերի պետական գնմանը և, հետևապես, պետպատվերի կարգով բուժվող պացիենտների բուժման ցածր արդյունավետությանը:*

Առաջարկություններ.

Դեղերի գրանցման և հատկապես պետպատվերի կարգով բնակչությանը տրամադրելու համատեքստում պետք է հիմնվել այն էլակետի վրա, որ դեղը պարզապես ապրանք չէ, որը կարելի է էժան գնել: Այստեղ պետք է կիրառվեն նաև որակի և անվտանգության չափանիշներ՝ վերահսկելով նաև գները: Պետք է նաև հիմնվել բուժման արդյունավետության չափորոշիչի վրա, քանի որ երկարաժամկետ ու ցածրորակ բուժումն ավելի թանկ է նստում և՛ քաղաքացու, և պետության վրա:

Հաշվի առնելով, որ ՀՀ առողջապահության նախարարի հավաստմամբ նախատեսվում է «Դեղերի մասին» ՀՀ նոր օրենքի ընդունում՝ հարկ ենք համարում վերևում ներկայացված ուսումնասիրության հիման վրա առաջ քաշել որոշակի առաջարկություններ և դրանք ներկայացնել գործադիր և օրենսդիր իշխանություններին:

1. Մշակել իրավական մեխանիզմ, գրանցվող դեղերի որակի գնահատման լրացուցիչ պայմաններ ստեղծելու համար: Մասնավորապես, մշակել պարզեցված կարգով կլինիկական փորձարկում անցկացնելու կարգ՝ նոր կամ ջեներիկ դեղի կենսահամարժեքությունը ստուգելու նպատակով: Դեղի կենսահամարժեքությունը ստուգելու համար կլինիկական մասնակի փորձարկման մեխանիզմի ներդրումն ու մշտական կիրառումը կզարգացնի նաև համապատասխան ենթակառուցվածքը.
2. նոր դեղը Հայաստանում գրանցելու համար անհրաժեշտ է ոչ միայն պահանջել կլինիկական փորձարկման տվյալները, այլև դեղը ենթարկել կենսահամարժեքության գնահատման կլինիկական փորձարկման (բացառությամբ ԵՄ-ում, ԱՆ-ում և Ճապոնիայում անցկացված կլինիկական փորձարկման տվյալների առկայության):
3. Պետական գնումների միջոցով դեղի գնման համար, գնային չափորոշիչին զուգահեռ սահմանել դեղի որակին և դրա օժանդակ բաղադրիչներին վերաբերող լրացուցիչ պայմաններ, որոնք պետք է նշված լինեն դեղի տեխնիկական բնութագրում: Մասնավորապես՝
ա/ պետպատվերի կարգով գնումների ներկայացնելուց առաջ պարտադիր 5 տարի դեղի անվտանգ օգտագործման ժամկետ,

բ/ դեղի կենսահամարժեքությունը ստուգելու համար պարզեցված կարգով կլինիկական փորձարկման պարտադիր պահանջ, բացառությամբ այն դեպքերի երբ դեղը գրանցված է ԵՄ-ում, ԱՄՆ-ում կամ Ճապոնիայում.

4. Դեղի և դեղահումքի ներմուծման, ինչպես նաև շուկայում հայտնվող խմբաքանակների որակի նկատմամբ վերահսկողության իրականացման պարտավորությունը վերցնել դեղգործակալության վրայից և դնել վարչական-վերահսկողական գործառնություններ իրականացնող կառույցի վրա՝ դեղգործակալության հետ համագործակցային հիմունքներով:

Բժշկական օգնության և սպասարկման մատչելիությունը հաշմանդամություն և հոգեկան խնդիրներ ունեցող անձանց համար.

Առողջության մատչելիության իրավունքի շրջանակներում հատուկ ուշադրության են արժանի խոցելի խմբերը, որոնց իրավունքների պաշտպանությունը հատկապես այս զգայուն հիմնահարցի շուրջ առողջ և քաղաքակիրթ հասարակության ցուցիչ է: Հարկ է նշել նաև, որ հատկապես այս սոցիալական խմբի համար առողջության իրավունքի սոցիալական բաղադրիչն օբյեկտիվորեն ունի ավելի մեծ կարևորություն, քան լիարժեք աշխատունակություն ունեցող մարդկանց համար: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց սոցիալական ծառայությունների մատուցման և հաշմանդամության կենսաթոշակի վճարման համար տարեկան պետական բյուջեից հատկացվում է շուրջ 60 մլրդ. դրամ:

Ներկայումս ոլորտը կարգավորող իրավական ակտերում ամրագրված մոտեցումները չեն ապահովում անհրաժեշտ հիմք հաշմանդամության սահմանումը առողջապահական և սոցիալական դիրքերից ամբողջական ներկայացնելու համար, ինչը կարևոր է այդ անձանց իրավունքների ֆունկցիոնալ ձևակերպման և պաշտպանության համար: Ավելին, գործող չափանիշներով 0-18 տարեկան երեխաների համար սահմանվում է «հաշմանդամ երեխա» կարգավիճակ՝ առանց հաշվի առնելու երեխայի առողջական խնդրի ծանրությունը և տեսակը:

Հայաստանի Հանրապետությունում հաշմանդամների սոցիալական պաշտպանության հետ կապված հարցերը կարգավորվում են **1993 թվականին ընդունված «Հայաստանի Հանրապետությունում հաշմանդամների սոցիալական պաշտպանության մասին» ՀՀ օրենքով**, որով սահմանվում են հաշմանդամություն ունեցող անձանց սոցիալական պաշտպանության սկզբունքները և մոտեցումները:

Հաշմանդամության սահմանման հիմքում ընկած է գերազանցապես անձի առողջական խնդիրը: ՀՀ կառավարության 2003թ.-ի 780-Ն որոշմամբ սահմանված չափորոշիչները հնարավորություն չեն տալիս կատարել անձի կարիքների բազմակողմանի գնահատում և սահմանել անձի վերականգնման համար անհրաժեշտ ծառայությունները: Հաշմանդամության սահմանման չափանիշները պարունակում են դրույթներ, որոնք հիմք են տալիս նաև սուբյեկտիվ մոտեցումների համար, միաժամանակ հանդիսանալով կոռուպցիոն ռիսկերի շարժառիթ: Նույն ախտորոշման դեպքում բժշկասոցիալական փորձաքննության մասնագետները, կենսագործունեության սահմանափակման աստիճանները որոշելիս, կարող են ցուցաբերել խտրական մոտեցում, ինչը բողոքարկումների տեղիք է տալիս: Արդյունքում նկատվում է բժշկասոցիալական փորձաքննական որոշումների դեմ բողոքարկման թվի աճ՝ 2006 թվականի 0.2 %-ից 2012 թվականին հասնելով 0.5%-ի:

Անդրադառնալով ներպետական օրենսդրությամբ տրված բժշկական արտոնություններին՝ նշենք, որ «Հայաստանի Հանրապետությունում հաշմանդամների սոցիալական պաշտպանության մասին» ՀՀ օենքի 11-րդ հոդվածի համաձայն, հաշմանդամներին երաշխավորվում է պետական բյուջեի միջոցների հաշվին որակյալ անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն պետական բժշկական հիմնարկներում: 1-ին և 2-րդ խմբերի հաշմանդամները և հաշմանդամ երեխաները ըստ դեղատոմսերի ապահովվում են դեղորայքով անվճար, իսկ 3-րդ խմբի հաշմանդամները՝ 50 տոկոս գեղչով, եթե չեն օգտվում ավելի արտոնյալ պայմաններով դեղորայք ստանալու իրավունքից: Հաշմանդամները իրավունք ունեն ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հիմնարկներում և դեղատներում առաջնահերթ կարգով ապահովվելու սպասարկմամբ:

2010 թվականին Հայաստանի Հանրապետությունը վավերացրեց ՄԱԿ-ի 2006 թվականի կոնվենցիան «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին (հետայսու՝ Կոնվենցիա), որի արդյունքում իրականացվել են մի շարք օրենսդրական փոփոխություններ՝ ազգային օրենսդրությունը Կոնվենցիայի դրույթներին համապատասխանեցնելու ուղղությամբ: Մասնավորապես, մշակվել է «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների պաշտպանության և սոցիալական ներառման մասին» ՀՀ օրենքի նախագիծը, որտեղ հաշմանդամություն ունեցող անձանց հիմնախնդիրների կարգավորումը դիտարկվում է հաշմանդամության սոցիալական մոդելի տեսանկյունից: Նոր հասկացության մեջ առավել համակողմանիորեն նշված են հաշմանդամության երկու բաղադրիչները՝ բժշկական և սոցիալական: Մինույն ժամանակ ակներև է հաշմանդամության

գնահատումը և ընկալումը որպես սոցիալական խնդիր, ինչն էական նշանակություն ունի առողջության իրավունքի սոցիալական բաղադրիչն ընդգծելու համար:

Անդրադառնալով Կոնվենցիայի դրույթներին անհրաժեշտ է նկատել, վերջինիս Նախաբանում գետեղված գաղափարադասությունը համաձայն որի, *հաշմանդամությունը էվոյուցիոն երևույթ է, և որ այն արդյունք է այնպիսի փոխազդեցության, որը տեղի է ունենում **առողջական խնդիրներ ունեցող մարդկանց** և վերաբերմունքի ու շրջապատի սահմանափակումների միջև, որոնք խոչընդոտում են նրանց՝ մյուսների հետ հավասար հիմունքներով լիարժեք ու արդյունավետ մասնակցությանը հասարակական կյանքում:*

Այսինքն այստեղ ևս բազմակողմանիորեն ներկայացվում է այն հարցերի ամբողջությունը որն ընկած է հաշմանդամության հիմքում, սակայն ամեն դեպքում որքան էլ որ մենք գործ ունենք սոցիալական խնդրի հետ, հաշմանդամության՝ որպես սոցիալական ֆենոմենի հետ, պետք է փաստել դրա հիմքում ընկած առողջական խնդրի պարտադիր առկայությունը, որն էլ հենց իր տեղն է գտել Կոնվենցիայի դրույթներում:

Այսպիսով, Կոնվենցիայի 25-րդ հոդվածը, որը վերտառված է «Առողջությունը», ելնում է այն սկզբունքային հայեցակարգից, որ մասնակից պետությունները գիտակցում են, որ հաշմանդամություն ունեցող անձինք ունեն **առողջապահական ամենաբարձր չափորոշիչներին հասնելու իրավունք՝** առանց հաշմանդամության պատճառով խտրականության: Մասնակից պետությունները ձեռնարկում են անհրաժեշտ բոլոր միջոցները, որպեսզի **հաշմանդամություն ունեցող անձինք մատչելի կերպով օգտվեն** առողջապահական այնպիսի ծառայություններից, նաև՝ առողջության վերականգնողական միջոցներից, որոնք հաշվի են առնում գենդերային առանձնահատկությունները:

Մասնավորապես, մասնակից պետությունները.

ա) հաշմանդամություն ունեցող անձանց ապահովում են նույն կարգի, որակի ու չափանիշների անվճար կամ մատչելի առողջապահական ծառայություններով ու ծրագրերով, որոնք տրամադրվում են այլ անձանց, ներառյալ սեռական ու վերարտադրողական առողջության ոլորտը և բնակչությանն առաջարկվող հանրային առողջապահական ծրագրերը.

բ) հաշմանդամություն ունեցող անձանց մատուցում են հաշմանդամության հատուկ կարիքներին անհրաժեշտ առողջապահական ծառայություններ, ներառյալ վաղ

հայտնաբերումն ու միջամտությունը, ինչպես նաև՝ հետագա հաշմանդամությունը նվազեցնելուն ու կանխելուն միտված ծառայություններ նաև երեխաների ու տարեցների շրջանում.

գ) այս առողջապահական ծառայությունները մատուցում են անձի բնակության վայրին հնարավորինս մոտ, ներառյալ՝ գյուղական վայրերում.

դ) բուժաշխատողներից պահանջում են հաշմանդամություն ունեցող անձանց մատուցել նույն որակի ծառայություններ, ինչ մյուսներին՝ նաև հիմք ընդունելով նրանց ազատ ու գիտակցված համաձայնությունը, մասնավորապես բարձրացնելով իրազեկվածությունը մարդու իրավունքների, արժանապատվության, ինքնուրույնության և հաշմանդամություն ունեցող անձանց կարիքների վերաբերյալ՝ հանրային ու մասնավոր առողջապահական բնագավառում ուսուցման և բարոյական չափորոշիչների տարածման միջոցով.

ե) արգելում են հաշմանդամություն ունեցող անձանց նկատմամբ խտրականության կիրառումը բժշկական ու կյանքի ապահովագրության ոլորտում, որը պետք է տրամադրվի արդարացիորեն ու ողջամիտ կերպով, եթե ապահովագրության այս տեսակն ընդունելի է ներպետական օրենսդրությամբ.

զ) արգելում են հաշմանդամության պատճառով խտրականություն կիրառել՝ հրաժարվելով ցուցաբերել բժշկական աջակցություն, մատուցել առողջապահական ծառայություններ կամ տրամադրել սնունդ և հեղուկներ:

Ի կատարումն Հայաստանի կողմից վավերացված կոնվենցիայի դրույթների, մշակվել է «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների պաշտպանության և սոցիալական ներառման մասին» օրենքի նախագիծ, որում «հաշմանդամ» եզրույթը փոխարինվել է **«հաշմանդամություն ունեցող անձ»** ձևակերպմամբ: Այդպիսին է համարվում այն անձը, ով ունի ֆիզիկական, հոգեկան, մտավոր և զգայական ոլորտների երկարաժամկետ կամ կայուն սահմանափակումներ, որոնք, բախվելով տարբեր միջավայրային արգելքներին, խոչնդոտում են նրա՝ մյուսների հետ հավասար հիմունքներով, լիարժեք ու արդյունավետ մասնակցությունը հասարակական կյանքին, հետևապես, առողջության խաթարմամբ պայմանավորված, կենսագործունեության սահմանափակումների հետևանքով ունի սոցիալական պաշտպանության անհրաժեշտություն: Այսպիսով, էականորեն ավելացվել է սոցիալական բաղադրիչի ազդեցությունը, ինչն էլ ավելի է ընդգծում առողջության բավունքի և սոցիալական պաշտպանվածության փոխկապակցումը:

Ադրադառնալով նախատեսվող փոփոխություններում բուն բժշկական բնույթ ունեցող իրավունքների ձևակերպմանը, ներկայացնենք «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների պաշտպանության և սոցիալական ներառման մասին» ՀՀ օրենքի նախագծի 19-րդ հոդվածով տրված իրավակարգավորումը.

1. Հաշմանդամություն ունեցող անձինք ունեն անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու, ինչպես նաև անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով դեղեր ձեռք բերելու իրավունք՝ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության սահմանած կարգով:

2. Առանց հաշմանդամություն ունեցող անձի կամ նրա օրինական ներկայացուցչի համաձայնության, արգելվում է հաշմանդամություն ունեցող անձին առողջության վերականգնման նպատակով տեղափոխել, կամ պահել մասնագիտացված հաստատություններում կամ այլ վայրում, բացառությամբ օրենքով նախատեսված դեպքերի:

Այսպիսով նախատեսվող օրենսդրական նախագծում առաջին հերթին փոփոխության է ենթարկվել «հաշմանդամ» հասկացությունը՝ դառնալով «հաշմանդամություն ունեցող անձ», որն արդեն իսկ հասկացության մակարդակում տվյալ խնդիրներով մարդկանց նկատմամբ նոր առաջադեմ ընկալման նախապայմաններ է ստեղծում, թերևս հենց այս հասկացության գաղափարախոսության վրա է հիմնված «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» կոնվենցիան:

«Հաշմանդամություն» հասկացության ձևակերպումը առանցքային նշանակություն ունի ինչպես հաշմանդամների հիմնահարցերի բնագավառի քաղաքականության մշակման, այնպես էլ դրանից բխող համապատասխան ծրագրեր կամ միջոցառումներ իրականացնելու համար: Եթե հաշմանդամը դիտարկվում է հիվանդություն ունեցող անձը, ով ունի սոցիալական պաշտպանության անհրաժեշտություն, ապա այս պարագայում անտեսվում է այն հանգամանքը, որ անհրաժեշտ միջոցառումներ կազմակերպելու և ծառայություններ մատուցելու դեպքում հաշմանդամություն ունեցող անձը կարող է լիովին ներգրավված լինել հասարակական կյանքում, դրսևորել իր գործունեությունն ու մասնակցությունը տարբեր բնագավառներում:

Անհրաժեշտ է նկատել, որ ՀՀ-ն լուրջ անելիքներ ունի **առողջապահական ամենաբարձր չափորոշիչներին հասնելու իրավունքը երաշխավորելու համար:** Եվ այստեղ խոսքը միայն չի վերաբերում առողջապահության հասանլիության մասին, այլև առողջապահության որակը պետք է լինի առկա և հասանելի: Միայն այս դրույթը

առողջապահության ոլորտի համար կարևոր ուղնիշ պետք է լինի: Ըստ էության նոր օրենքի նախագիծը հաշվի է առնում սեփական առողջության մասին ինքնուրույն որոշումներ կայացնելու իրավունքը, ինչը զերծ կպահի մասնավորապես հոգեկան առողջության հետ կապված հաշմանդամություն ունեցող անձանց նկատմամբ մի շարք անհիմն չարաշահումներից:

Օրենքը երկու դեպքում էլ սահմանում է անվճար բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու հնարավորությունը և անվճար դեղեր ստանալու հնարավորությունը, այս առումով անհրաժեշտ է անդրադառնալ համապատասխան ենթաօրենսդրական ակտերին (ներկայումս հարցը կարգավորվում է ՀՀ Կառավարության 2004թ. մարտի 4-ի N 318 որոշմամբ), սակայն դրա հետ անխզելիորեն կապված պրակտիկական վկայում է այս դրույթների և Կառավարության որոշման թերի իրականացման մասին: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց շրջանում անվճար տրամադվող դեղերի նկատմամբ մի շարք դժգոհությունները դրա վաղ ապացույցն են, հաճախ այդ դեղերը օգտագործող հաշմանդամություն ունեցող անձիք բողոքում են դեղեր ոչ արդյունավետ լինելուց, երբեմն էլ՝ վնասակար լինելուց: Իսկ անվճար բժշկական օգնությունն ու սպասարկման թերի իրականացումը կապված է մի կողմից բյուջետային սակավության, մյուս կողմից բժշկական հաստատությունների անբարեխղճության և մի շարք այլ սոցիալական, տնտեսական և կոռուպցիոն խնդիրների հետ:

Ներկային օրենսդրությունը առավելապես հիմնվում է հաշմանդամության սահմանման բժշկական մոդելի վրա, սակայն եթե հաշվի առնենք որ ՀՀ-ում հաշմանդամության հարցերի իրականացման գործառույթը վերապահված է Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարությանը և բոլոր ծրագրեր մշակվում են փաստորեն սոցիալական գործառույթի իրականացման շրջանակներում և ոչ թե առողջապահական, ստացվում է, որ մինչ օրենս ներդրված մոդելն ու դրա իրականացումը կոնցեպտուալ առումով անրտամաքանական են եղել:

Առողջապահության ոլորտի մի շարք մասնագետներ այսօր քննադատորեն են վերաբերվում հաշմանդամության միայն սոցիալական կողմի շեշտադրմանը և կարծում են, որ առողջապահության հարցերով զբաղվող պետական լիազոր մարմինները, այնքանով որքանով հաշմանդամությունը վերաբերում է հոգեկան, մտավոր և ֆիզիկական առողջության խաթարմանը, պետք է վերապահված լինի առողջապահական գործառույթին:

Ստեղծված իրավիճակում Առողջապահության նախարարությունը այնքանով է մասնակից դառնում հաշմանդամության խնդրին երբ պետական բյուջեյի կազմում Ազգային ժողով ներկայացվող Տարեկան ծրագիր մեջ ներառվում է պետական պատվերի շրջանակներում համշմանդամություն ունեցող անձանց բժշկական սպասարկումը: