

Ծրագրային համագործակցության կառուցակարգ
Հայաստանի, Ադրբեջանի, Վրաստանի, Մոլդովայի Հանրապետության, Ուկրաինայի և Բելառուսի համար

**Programmatic Cooperation Framework for
Armenia, Azerbaijan, Georgia, Republic of Moldova, Ukraine and Belarus**



**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԲԱՆՏԵՐՈՒՄ
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԱՌԱՔԵԼՈՒԹՅԱՆ
ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ՝ ՀՈՒՆԻՍ/ՀՈՒԼԻՍ 2015Թ.**

**Առաքելությունն իրականացվել է Եվրոպայի խորհրդի կողմից իրականացվող
և Եվրոպական Միության ու Եվրոպայի խորհրդի կողմից ֆինանսավորվող
«Առողջապահության և մարդու իրավունքների պաշտպանության ամրապնդումը
Հայաստանի բանտերում» ծրագրի շրջանակում**

**Միջազգային խորհրդատուներ՝ Վլադիմիր Օրտակով, Յորգ Փոնթ
Ազգային խորհրդատուներ՝ Ռոզա Բաբայան, Նահրա Ղարախանյան,
Դավիթ Խաչատուրյան**

Հուլիս 2015թ.

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԲԱՆՏԵՐՈՒՄ
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԱՌԱՔԵԼՈՒԹՅԱՆ
ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ՝ ՀՈՒՆԻՍ/ՀՈՒԼԻՍ 2015Թ.**

**Առաքելությունն իրականացվել է Եվրոպայի խորհրդի կողմից իրականացվող
և Եվրոպական Միության ու Եվրոպայի խորհրդի կողմից ֆինանսավորվող
«Առողջապահության և մարդու իրավունքների պաշտպանության ամրապնդումը
Հայաստանի բնտերում» ծրագրի շրջանակում**

**Միջազգային խորհրդատուներ՝ Վլադիմիր Օրտակով, Յորգ Փոնթ
Ազգային խորհրդատուներ՝ Ռոզա Բաբայան, Նաիրա Ղարախանյան,
Դավիթ Խաչատուրյան**

Հուլիս 2015թ.

Սույն փաստաթուղթը ֆինանսավորվել է Եվրոպայի միության և Եվրոպայի խորհրդի համատեղ ծրագրի կողմից: Սույն աշխատությունում ներկայացված տեսակետները պատկանում են հեղինակներին և կարող են չարտահայտել Եվրոպայի խորհրդի պաշտոնական քաղաքականությունը:

Սույն փաստաթղթի ամբողջական կամ մասնակի վերարտադրության կամ թարգմանության հետ կապված բոլոր դիմումները պետք է հասցեագրվեն Հաղորդակցության գծով տնօրինությանը (F-67075 Ստրասբուրգ Cedex կամ publishing@coe.int):

Բովանդակություն

Ամփոփ տեղեկագիր

Հապավումների ցանկ

Ներածություն

Մեթոդաբանությունը

Հայաստանի քրեակատարողական համակարգի և դրա ներսում իրականացվող առողջապահության հիմնական հատկանիշները

Այցելած հաստատությունները

ՄԱՍ 1. Քրեակատարողական հիմնարկում առողջապահության կազմակերպարարական շրջանակը

Օրենսդրական դաշտը

Կազմակերպական շրջանակը

Ա. Հայաստանում հանրային առողջապահության համակարգի կազմակերպումը և առողջապահության ոլորտի վերջին շրջանի բարեփոխումները

Բ. Քրեակատարողական հիմնարկների առողջապահական հաստատությունների կազմակերպական կառուցվածքը

ՄԱՍ 2. Նյութական պայմանները

Նյութական պայմանները, սարքավորումները և դեղորայքը

ՄԱՍ 3. Բուժճառայությունների մատուցման գնահատում

Բժշկական էթիկա և մարդու իրավունքներ

ՄԱՍ 4. Մասնագիտական զարգացում

Վերապատրաստում

Մաս 5. Քրեակատարողական հիմնարգի առողջապահության կառավարման այլընտրանքային մոդելներ

Մաս 6. Առաջարկությունների և առաջարկների ամփոփում

Հավելված 1. Գնահատման այցի օրակարգը

Հավելված 2. Փաստաթղթերը

Հավելված 3. Առաջարկվող օրենսդրական փոփոխությունները

Ամփոփ տեղեկագիր

Սույն հաշվետվությունը վերաբերում է 2015թ. հունիսի 29-ից հուլիսի 3-ը ժամանակահատվածում «Առողջապահության և մարդու իրավունքների պաշտպանության ամրապնդումը Հայաստանի բանտերում» ծրագրի շրջանակներում իրականացված Հայաստանի Հանրապետությունում քրեակատարողական հիմնարկներում առողջապահության գնահատման առաքելությանը: Այս առաքելության գլխավոր նպատակը բանտերում առողջապահության, առողջության առաջնային պահպանման միավորների նյութական պայմանների, բանտային հիվանդասենյակների և դատապարտյալների հիվանդանոցի, բանտարկյալների առողջապահության իրականացման ժամանակ բժշկական էթիկայի պահպանման և մարդու իրավունքների պաշտպանության պրակտիկայի և բանտարկյալների առողջության խնամքն իրականացնող անձնակազմի վերապատրաստման անհրաժեշտության ներկա կազմակերպարավական շրջանակի գնահատումը և հնարավոր բարելավումն է: Գնահատման թիմը խորին շնորհակալություն է հայտնում գնահատման այցի մեջ ներգրավված բոլոր մարմիններին, անձանց և հաստատություններին:

Կազմակերպարավական շրջանակի վերլուծության արդյունքում գնահատման թիմը թախանձագին խորհուրդ է տալիս քրեակատարողական հիմնարկի վարչակազմից բանտարկյալների բժշկական խնամքի մասնագիտական կազմի անկախությունն ապահովելու նպատակով քրեակատարողական հիմնարկի առողջապահության կառավարումը կազմակերպել քրեակատարողական վարչությունից դուրս և, անկախ այն փաստից, թե վարչականորեն այն կլինի Արդարադատության թե Առողջապահության նախարարության կազմում, բանտարկյալների բուժօգնությունը պետք է հասցվի միևնույն կանոնակարգող և մասնագիտական մակարդակին, ինչ համայնքային բուժօգնությունն է: Դրա մեջ ներառված են Առողջապահության նախարարության իրավասու փորձագիտական մարմինների կողմից քրեակատարողական հիմնարկների բուժմասերի սանիտարահիգիենիկ պայմանների, լիցենզավորման և որակավորման վերահսկողությունը, սարքավորումների և դեղորայքի տրամադրումն ու պահպանումը, բուժաշխատողների, բժշկական փաստաթղթերի և առողջապահության բողոքների մեխանիզմների վերապատրաստման պահանջները: Բացի այդ, բժշկական գաղտնիության և վնասվածքների վերաբերյալ անկախ փաստաթղթերի պահպանման հետ կապված առկա թերությունները պետք է վերացվեն օրենսդրական փոփոխություններով, ինչպես մանրամասնորեն առաջարկվում է հաշվետվությունում և Հավելված 3-ում:

Նյութական և սանիտարահիգիենիկ պայմանների, սարքավորումների, բանտային բուժմասերի և հիվանդանոցի դեղորայքի և անձնակազմի գնահատումը ցույց տվեց, որ դրանց որոշ մասը չի համապատասխանում եվրոպական չափանիշներին: Բանտերում առողջության առաջնային պահպանման միավորների նվազագույն պահանջները պետք է սահմանվեն համայնքի պահանջներին համահունչ և վերահսկվեն Առողջապահության նախարարության անկախ փորձագիտական մարմինների կողմից: Երկրորդային բուժօգնության մակարդակում մասնագիտացված բուժօժանոցությունները, մասնավորապես՝ խոշոր վիրաբուժական միջամտությունները պետք է մատուցվեն քաղաքացիական հիվանդանոցների վերահսկողովող հիվանդասենյակներում, որպեսզի հասնեն մասնագիտացված խնամքի հավասար որակի ինչպես բանտարկյալների, այնպես էլ համայնքի հիվանդների համար, ինչը արդեն կիրառվում է կին բանտարկյալների դեպքում: Դատապարտյալների հիվանդանոցը պետք է փակել:

ՔԿՀ-ներում բուժօգնության տրամադրումը առողջության առաջնային պահպանման մակարդակում բարելավելու նպատակով անհրաժեշտ կլինի անձնակազմը համարել ընդհանուր կամ ընտանեկան որակավորում ունեցող բժիշկներով՝ խթաններ ապահովելով համալրման, որակավորման վերահսկման և շարունակական բժշկական կրթության համար: Զինվորական կոչումով բժիշկները հիվանդներին խնամելիս չպետք է համազգեստ կրեն, իսկ ռազմական բժիշկներն աստիճանաբար պետք է փոխարինվեն քաղաքացիական բժիշկներով՝ մասնագիտական բժշկական անկախությունը հաստատելու և/կամ ջատագովելու համար: Բժշկական փաստաթղթավորման մեջ ՀՄԴ կողմավորման ներմուծումը և հուսալի նոգուլոգիական վիճակագրության պահպանումը անհրաժեշտ է ոչ միայն բուժօգնության մատակարարման նյութերի և կարիքների ռացիոնալ պլանավորման և բյուջետավորման համար, այլ նաև կարևոր տվյալների առկայությամբ օժանդակում է ողջ համայնքի համաճարակաբանական հետազոտության ժամանակ: Բացի այդ, անհրաժեշտ է արձանագրել վնասվածքների պարբերական վիճակագրությունը:

Քրեակատարողական համակարգում հոգեկան առողջության հետ կապված խնամքի ներկա վիճակը մեծ մտահոգության տեղիք է տալիս: Բոլոր բանտերում հոգեբուժական ծառայություն ստանալու հնարավորությունը

պետք է կանոնավոր կերպով հասանելի լինի, անհրաժեշտ է ավելացնել քրեակատարողական վարչությունից անկախ կլինիկական հոգեբույժների թիվը քրեակատարողական համակարգում, և որոնք պետք է ընդգրկվեն խնամող թիմի մեջ՝ հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրները, ներառյալ՝ ինքնասպանության մտադրությունը, հայտնաբերելու և կանխելու համար: Բոլոր բանտերում պետք է ստեղծվեն ինքնասպանության կանխման միջմասնագիտական ծրագրեր: Հոգեկան խանգարում ունեցող բանտարկյալները, ում անհրաժեշտ է ստացիոնար բուժում հոգեբուժարանում, պետք է անհապաղ տեղափոխվեն համապատասխան հիվանդանոցային հաստատություն, որն ունի համապատասխան սարքավորումներ և վերապատրաստում անցած անձնակազմ:

Գնահատման թիմը խստորեն առաջարկում է թմրանյութային կախվածություն ունեցող հիվանդների նկատմամբ կիրառել արդիական, գիտականորեն հիմնավորված բուժման մոտեցումներ, վերանայել թմրանյութային կախվածության պարտադիր բուժման մասին օրենքների նպատակահարմարությունը և ընդլայնել ներարկային թմրամիջոցների օգտագործման և արյան միջոցով փոխանցվող վիրուսային վարակների առաջացած վնասի նվազեցման միջոցների շրջանակը:

Ազգային առողջապահական մարմինների և միջազգային աջակցության միջև համագործակցության շնորհիվ տուբերկուլյոզի վերահսկողության հարցում վերջին հաջողությունները պետք է ծառայեն որպես բուժառայությունների արդյունավետ տրանսմուրալային համագործակցության օրինակ և պետք է ընդլայնվեն առողջապահության մյուս բոլոր ոլորտներում, ներառյալ՝ բանտարկյալների մասնակցությանը ազգային առողջապահական ծրագրերին: Այնուամենայնիվ, խոհուրդ է տրվում բարելավել տուբերկուլյոզով հիվանդ բանտարկյալների նյութական և կենցաղային պայմանները և կենտրոնական ՔԿՀ տուբերկուլյոզային լաբորատորիան ապահովել հակատուբերկուլյոզային ԴԶԹ համակարգով՝ քրեակատարողական համակարգում տուբերկուլյոզի վաղ հայտնաբերման և վերահսկման նպատակով:

Բժշկական էթիկայի և մարդու իրավունքների առումով գնահատման ողջ ընթացքում առավել կարևորվել է բժշկական մասնագիտական անկախության բացակայությունը: Բացի այդ մտահոգություններ են հայտնվել՝ կապված հիվանդների համար անվճար բուժօգնության հասանելիության հետ, ինչպես օրինակ՝ հոգեկան առողջության հետ կապված խնամքի կամ մասնագիտացված բուժառայություններից օգտվելու հասանելիության հետ, բուժօգնության որակի համարժեքության, այնպիսի բուժումներ իրականացնելու մասին համաձայնություն ձեռք բերելու հետ, ինչպիսին, օրինակ, թմրանյութային կախվածության բուժումն է, հետազոտությունների և բժշկական փաստաթղթերի գաղտնիությունը, ինչպես նաև՝ մտահոգություններ կապված բողոքների պատշաճ ընթացակարգերի հետ, և դրանք պետք է լուծվեն համապատասխան միջոցներով, ինչպես մանրամասնորեն նկարագրված է զեկույցում:

Միաձայն բողոք է հնչել այն մասին, որ գրեթե լիովին բացակայում է բուժաշխատողների վերապատրաստումը, և կարիք կա մշակել առողջապահության, կանխարգելման և առողջության խթանման դասընթացների վերաբերյալ ուսումնական ծրագրեր, ինչպես նաև՝ գնահատման գործիքներ ՔԿՀ բուժաշխատողների և ոչ բժշկական անձնակազմի համար՝ ԱԱԻ, Բժշկական համալսարանի և միջազգային կազմակերպությունների հետ համագործակցությամբ: ՔԿՀ բուժաշխատողների վրա պետք է տարածվեն որակավորման վերահսկողության և ՇԲԿ (շարունակական բժշկական կրթության) նույն պահանջները, ինչ քաղաքացիական բժշկության ոլորտում է:

Բազմաթիվ շահագրգիռ կողմերի արտահայտած հատուկ ցանկությամբ գնահատման թիմն իր այցի ընթացքում ծանոթացել է առողջապահության կառավարման այլընտրանքային տարբերակի հետ, որը պետք է համապատասխանի վերը նշված մարտահրավերների մեծ մասին, որոնք ուրվագծվել էին գնահատման թիմի կողմից զեկույցի Մաս 5-ում: Դրա հիմնաքարային սկզբունքներն են՝ 1) ՔԿՀ բուժառայությունները պետք է դուրս բերվեն Քրեակատարողական վարչության պատասխանատվությունից և ենթարկվեն խորհրդարանի անմիջական հսկողության տակ գտնվող պետական մարմնին, օրինակ՝ Արդարադատության նախարարությանը, 2) Արդարադատության և Առողջապահության նախարարությունների համակարգմամբ միջգերատեսչական աշխատանքային հանձնաժողովի շրջանակներում ինտենսիվ համագործակցությունը, ռեսուրսների համատեղ օգտագործման, կարգավորող դրույթների, մասնագիտական վերահսկողության, լիցենզավորման, բժշկական տվյալների փաստաթղթավորման, փաստաթղթերի վրա հիմնված բյուջետավորման, հիմնական առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների մասնագիտական կարողությունների զարգացման և ուսուցման հավասար մակարդակում կազմակերպման հնարավորություն է տալիս թե՛ համայնքում, թե՛ քրեակատարողական համակարգում, 3) ավելի հեռահար կտրվածքով, կարելի է դիտարկել ՔԿՀ առողջապահության հանրային առողջապահության մեջ լիարժեք ինտեգրելու խնդիրը:

Հապավումներ

ԵԽ	Եվրոպայի խորհուրդ
ՇԲԿ	Շարունակական բժշկական կրթություն
ԽԿԿ	Խոշտանգումների և անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի կանխարգելման եվրոպական կոմիտե
ՄԻԵԿ	Մարդու իրավունքների և հիմնարար ազատությունների պաշտպանության մասին եվրոպական կոնվենցիա
ՄԻԵԴ	Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարան
ԴԶԹ	Դեղագալյունության թեստ
ՀՆԱ	Համախառն ներքին արդյունք
ԸՊԲ	Ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկ
ԲԱ	Բուժաշխատողներ
ԱԾԻԳ	Առողջապահության նախարարության առողջապահական ծրագրերի իրականացման գրասենյակ
ՄԻՊԳ	Մարդու իրավունքների պաշտպանի գրասենյակ
ՀՄԴ-10	Հիվանդությունների միջազգային դասակարգում, 10-րդ վերանայում
ԻԹԲ	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք
ԲԴԿ ՏԲ	Բազմադեղակայուն տուբերկուլյոզ
ԿՌ	Կրծքավանդակի ռենտգենոգրաֆիա
ՄՊԲ	Մեթադոնային պահպանողական բուժում
ԱռՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԱՆ	Արդարադատության նախարարություն
ՔԿՎԲՍԲ	ՔԿՎ բժշկական սպասարկման բաժին
ԱԱԻ	Առողջապահության ազգային ինստիտուտ
ԱԿՄ	Ազգային կանխարգելիչ մեխանիզմ
ՆԱՓԾ	Ներարկիչ-ասեղ փոխանակման ծրագիր
ՀՊԳ	Հանրային պաշտպանի գրասենյակ
ԴՀ	Դատապարտյալների հիվանդանոց
ԱԱՊ	Առողջության առաջնային պահպանում
ՔԿՎ	ԱՆ քրեակատարողական վարչություն
ՀՀ	Հայաստանի Հանրապետություն
ԵԲ	Երկրորդային բուժօգնություն
ՏԲ	Տուբերկուլյոզ
ՄԱԿ	Միավորված Ազգերի Կազմակերպություն
ՄԱԹՀԳ	Միավորված ազգերի թմրամիջոցների և հանցագործության դեմ պայքարի գրասենյակ
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ՀԲԸ	Համաշխարհային բժշկական ընկերակցություն

Ներածություն

Սույն գնահատման զեկույցը հանդիսանում է 2015թ. հունիսի 1-ից նոյեմբերի 30-ը ժամանակահատվածում «Առողջապահության և մարդու իրավունքների պաշտպանության ամրապնդումը Հայաստանի բանտերում» ծրագրի 6-ամսյա աշխատանքային պլանի շրջանակներում իրականացված գնահատման առաքելության արդյունքը: Գնահատման այցը կայացել է 2015թ. հունիսի 29-ից հուլիսի 3-ը և ընդգրկել է հանդիպումներ ծրագրի գործընկերների, Արդարադատության նախարարության (ԱՆ), Քրեակատարողական վարչության (ՔԿՎ), Քրեակատարողական վարչության բժշկական սպասարկման բաժնի (ՔԿՎԲՍԲ), Մարդու իրավունքների պաշտպանի գրասենյակի (ՄԻՊԳ), Երևանում Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության գրասենյակի (ԱՀԿ), մի քանի ՀԿ-ների ներկայացուցիչների հետ, ինչպես նաև՝ այցելություններ վեց քրեակատարողական հիմնարկներ, դատապարտյալների հիվանդանոց և քաղաքացիական հոգեբուժական հիվանդանոց, ինչպես նաև Նուբարաշենի դատահոգեբուժական բաժանմունք (Հավելված 1. Գնահատման այցի օրակարգը):

Գնահատման թիմն իր երախտագիտությունն է հայտնում գնահատման այցի մեջ ներգրավված բոլոր մարմիններին, անձանց և հաստատություններին ժամանակատար հանդիպումների և այցելությունների ընթացքում հյուրընկալության, ըմբռնման համար, ինչպես նաև՝ թիմի գնահատման աշխատանքին աջակցելու իրենց պատրաստակամության համար:

Համաձայն տեխնիկական առաջադրանքի գնահատման թիմը հատկապես կարևորել է չորս հենասյունները՝ 1) Հայաստանի քրեակատարողական հիմնարկներում առողջապահության իրավական և ինստիտուցիոնալ շրջանակը, 2) առողջության առաջնային պահպանման միավորների, բանտային հիվանդասենյակների և հիվանդանոցների նյութական պայմանների բարելավումը, 3) բժշկական էթիկան և մարդու իրավունքների պաշտպանությունը բանտարկյալների բուժօգնության մասով և 4) բուժաշխատողների, ինչպես նաև՝ առողջապահության հետ կապված ոչ բժշկական անձնակազմի վերապատրաստման անհրաժեշտությունը:

Գնահատման թիմը գիտակցում է, որ, չնայած ներգրավված մարմինների, անձանց և հաստատությունների աջակցությանը, գրեթե անհնար էր տրամադրված կարճ ժամանակահատվածում ստանալ երկրում քրեակատարողական հիմնարկների առողջապահական վիճակի լիարժեք պատկերը: Այնուամենայնիվ, թիմը լիահույս է, որ գնահատված կամ դիտարկված փաստերի հիման վրա ներկայացված առաջարկություններն ու առաջարկները կծառայեն պետության քրեակատարողական հիմնարկների առողջապահության և մարդու իրավունքների պաշտպանության բարելավման նպատակին:

Մեթոդաբանությունը

Գնահատման թիմի կազմում էին երկու հանրային առողջապահության պահպանման ոլորտի միջազգային խորհրդատուներ (Վ.Օ., Ժ.Պ.), մեկ ազգային առողջապահական խորհրդատու (Ն.Գ.) և երկու ազգային իրավախորհրդատուներ (Ռ.Բ., Դ.Կ.), ովքեր համագործակցեցին գնահատման նախապատրաստման, այցի անցկացման և զեկույցի պատրաստման հարցում:

Գնահատման մեթոդաբանությունը ընդգրկում է՝ 1) քրեակատարողական հաստատությունների անմիջական հետազոտություններն՝ իրենց բուժմասերով և հարակից հարմարություններով (Հավելված 1. Գնահատման այցի օրակարգը, 2) հարցազրույցներ հիմնական շահառուների հետ (պետական պաշտոնյաներ, ծառայություն մատուցողներ, քրեակատարողական հիմնարկների և բանտարկյալների հետ աշխատող կազմակերպություններ), 3) առկա փաստաթղթերի հետազոտում (զեկույցներ, հետազոտության/ գնահատման ուսումնասիրության արդյունքներ, պաշտոնական տեղեկատվություն, ցուցակներ, ներպետական իրավական և քաղաքականության փաստաթղթեր), 4) Եվրոպայում և Հայաստանում քրեակատարողական համակարգերի վերաբերյալ գրականության ուսումնասիրում (Հավելված 2):

Հարկ է նշել, որ քրեակատարողական հիմնարկներ և դրանց բուժմասեր այցի ողջ ընթացքում ՔԿՎԲՍԲ ղեկավարը (պրն. Արա Հովհաննիսյանը) միշտ ներկա է գտնվել, իսկ մի քանի անգամ վերջինս պատասխանել է այն հարցերին, որոնք գնահատման թիմը ուղղում էր բանտերի բուժմասերի անձնակազմին: ՔԿՎԲՍԲ ղեկավարից լրացուցիչ տեղեկություններ և կարծիքներ հավաքագրելը կարող էր օգտակար լինել, սակայն սա նաև կարող էր խանգարել ստորադաս բժշկական անձնակազմին ազատ արտահայտվելու:

Առաջարկությունները և առաջարկները հիմնավորված են գնահատման արդյունքներով և ներպետական օրենսդրությամբ, Եվրոպական և միջազգային համաձայնեցված փաստաթղթերով (դաշնագրեր, կոնվենցիաներ, հանձնարարականներ, հայտարարագրեր, կանոններ), ինչպես թվարկված է Հավելված 2-ում: Բացի այդ, այլընտանցային առողջապահական կառավարման մոդելների վերաբերյալ առաջարկներն արվել են ԱՆ, ՔԿՎ և ՔԿՎԲՍՐ ներկայացուցիչների կողմից գնահատման այցի ընթացքում արտահայտված ցանկությանը արձագանքելով:

Թվարկված առաջարկությունների և առաջարկների հաջորդականությունը (ինչպես բերված է ամփոփագրում և հիմնական տեքստում, այնպես էլ առաջարկությունների և առաջարկների ամփոփագրում) չպետք է ընկալվի որպես ըստ կարևորության ներկայացված ցուցակ: Գնահատման թիմը բոլոր առաջարկությունները համարում է խիստ կարևոր, քանի որ դրանցից շատերը փոխկապակցված են միմյանց հետ, այսինքն՝ մեկն առանց մյուսի կարող է ունենալ քիչ արդյունք կամ ընդհանրապես չունենալ որևէ արդյունք:

Հայաստանի քրեակատարողական համակարգի և դրա ներսում իրականացվող առողջապահական ծառայությունների հիմնական հատկանիշները

Հայաստանի քրեակատարողական համակարգը ղեկավարվում է քրեակատարողական վարչության (ՔԿՎ) կողմից, որը 2001թ.-ից գտնվում է Արդարադատության նախարարության ներքո: Այնուամենայնիվ, քրեակատարողական վարչության պետը նշանակվում է անմիջականորեն ՀՀ նախագահի կողմից: Կալանավորվածների և դատապարտյալների առողջապահական խնամքի կառավարումն քրեակատարողական վարչության բժշկական սպասարկման բաժնի (ՔԿՎԲՍԲ) պատասխանատվության ներքո է:

Բանտային առողջապահության ցանցը Հայաստանում կազմակերպված է 11 բանտերում և դատապարտյալների մեկ հիվանդանոցում: Ի տարբերություն երկրում գործող բոլոր մյուս առողջապահական հաստատությունների՝ քրեակատարողական հիմնարկների շրջանակում գործող առողջապահական հիմնարկները չեն լիցենզավորվում:

Քրեակատարողական բուժօժանդությունների համար հատկացված է առանձին բյուջե: Այն դեպքերում, երբ բանտարկյալները տեղափոխվում են քաղաքացիական հիվանդանոցներ, բուժման ծախսերը հոգում է Առողջապահության նախարարությունը:

Քրեակատարողական անձնակազմի յուրաքանչյուր անդամ, այդ թվում նաև՝ բանտային առողջապահական համակարգում աշխատող, Արդարադատության նախարարության իրավաբանական ինստիտուտում վերապատրաստման դասընթացներ է անցնում: Այնուամենայնիվ, այդ դասընթացները չեն կարող համարվել մասնագիտական բժշկական դասընթացներ: Առողջապահության նախարարությունը պաշտոնապես ներգրավված չէ այդ դասընթացների մշակման հարցերում:

Հայաստանի Հանրապետությունում քրեակատարողական հիմնարկների առողջապահության ներկայիս չորս հիմնախնդիրները, որոնց մասին նշել է Արդարադատության փոխնախարարը գնահատման թիմի հետ հանդիպման ընթացքում, հանդիսանում են՝ համապատասխան օրենսդրության փոփոխությունների անհրաժեշտությունը, բանտի բուժաշխատողների մասնագիտական անկախության պակասը բանտի ղեկավարությունից և քրեակատարողական վարչությունից, քրեակատարողական հիմնարկների բուժմասերում բժշկական սարքավորումների և համապատասխան նյութական պայմանների բացակայությունը և առողջապահական խնդիրների վերաբերյալ բժշկական և ոչ բժշկական անձնակազմի վերապատրաստման բացակայությունը:

Հիմնական թվային ցուցանիշները

Բանտարկյալների թվաքանակը (01.01.2014թ. դրությամբ)	3899
Կալանավորներ	1092
Դատապարտյալներ	2807
Բանտային բնակչության մակարդակը (ըստ 100000 բնակչի)	130
Պաշտոնապես հնարավոր է տեղավորել	4576
Ծանրաբեռնվածությունը	85%
Քրեակատարողական հիմնարկների քանակը, ներառյալ՝ մեկ դատապարտյալների հիվանդանոց	12
Հաստիքային բուժաշխատողների քանակը	166
Բուժաշխատողների ներկա թափուր աշխատատեղերը	24
ՔԿՀ բժիշկների աշխատավարձը	180000-250000 ՀՀ դրամ
2014թ. ընդհանուր առողջապահական ծախսերը	43,000,000 ՀՀ դրամ
2014թ. առողջապահական ծախսերի համար հատկացված պետական բյուջեն	28,879,700 ՀՀ դրամ
Առողջապահական ծախսերը 2014թ. դրությամբ (ըստ մեկ բանտարկյալի)	7,400
2014թ. առողջության առաջնային պահպանման խորհրդատվությունների քանակը	71673
2014թ. դատապարտյալների հիվանդանոց ուղեգրումների քանակը	408
2014թ. քաղաքացիական հիվանդանոց ուղեգրումների քանակը	708
2014թ. մահացած բանտարկյալների թվաքանակը	38
2014թ. կատարված ինքնասպանությունների քանակը	4

Գնահատման թիմի այցելած հիմնարկները

Կենտրոն ՔԿՀ

ՔԿՀ-ն գտնվում է Երևանի կենտրոնում: Այն Արդարադատության նախարարության իրավասության ներքո է 2003թ.-ից: Այս ՔԿՀ-ը նախատեսված է դատապարտյալների, ինչպես նաև՝ կալանավորների համար, ովքեր չեն կարող պահվել այլ բանտարկյալների հետ՝ անվտանգության նկատառումներով: Կենտրոն ՔԿՀ-ն նախատեսված է 60 բանտարկյալի համար, սակայն ներկայումս այնտեղ է պավում 42 անձ: Դատապատված են միայն 5-ը, որոնցից 3-ը դատապարտված են ցմահ ազատազրկման: ՔԿՀ-ն նախատեսված է արական սեռի չափահաս կալանավորների համար:

ՔԿՀ-ի բուժմասը բաղկացած է մեկ բժշկական սենյակից՝ նախատեսված խորհրդատվությունների, բժշկական զննությունների և երբեմն՝ ներարկումներ կատարելու համար: Սենյակը նաև ծառայում է ատամնաբուժական միջամտությունների համար: Ստացիոնար բուժման համար չկան առանձին սենյակներ:

Լրիվ դրույքով աշխատող բժշկների թիմը բաղկացած է մեկ բժշկից, ով ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկ է, և մեկ բուժակից. երկուսն էլ ունեն զինվորական կոչում:

Նուբարաշեն ՔԿՀ

ՔԿՀ-ը ներկայումս տեղավորում է 974 բանտարկյալ, որոնցից 200-ը դատապարտված են, իսկ 770-ը գտնվում են կալանքի տակ: Հիմնարկը նախատեսված է 600 բանտարկյալի համար, սակայն իրավիճակից ելնելով՝ ստիպված են տեղավորել սահմանված այդ թվաքանակից ավելին, ինչը նշանակում է, որ բանտը գերբնակեցված է (բանտախցերը նախատեսված են յուրաքանչյուրը 8 բանտարկյալի համար, սակայն բանտախցերում գտնվում

է նախատեսված թվաքանակից ավելի բանտարկյալ): Այդ ընդհանուր թվից 92-ը կրում են իրենց ցմահ պատիժը: Առկա է ծրագիր հաջորդ տարում 40 ցմահ բանտարկյալների տեղափոխելու Արմավիր ՔԿՀ: Նուբարաշեն ՔԿՀ-ն նախատեսված է արական սեռի չափահաս կալանավորների համար:

ՔԿՀ-ի բուժմասը բաղկացած է երկու առանձին մասերից՝ ա) բժշկական խորհրդատվության և դեղորայքի բաշխման համար մի քանի սենյակներից և բ) ստացիոնար բաժնից:

Ստացիոնար բուժմասը գտնվում է հին երկհարկանի կառույցում: Բուժմասում տեղավորվում է 45 մահճակալ: Մեր այցելության ժամանակ բուժմասում կար 35 բուժվող բանտարկյալ: Բացի այդ, կա ևս 10 մահճակալ ՏԲ բաժանմունքի համար, որն առանձնացված է բուժմասի մնացած հատվածից մետաղական ճաղերով:

Բացի այդ, նույն կառույցում առանձնացված մաս է նախատեսված վիրահատական բաժնի համար, որտեղ վիրաբույժը առանց անզգայացման կատարում է վիրահատական միջամտություններ, մասնավորապես՝ փոքր միջամտություններ: Վիրահատական բաժանմունքի համար առանձնացված մահճակալներ չկան:

Ինչ վերաբերում է բժշկական անձնակազմին, ապա լրիվ դրույքով բուժաշխատողների թիվը բաղկացած է 7 բժշկից (գլխավոր բժիշկ՝ նյարդաբան, գաստրոէնտերոլոգ, վիրաբույժ, ատամնաբույժ, ֆթիզիատոր, հոգեբույժ և ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկ), 5 բուժակներից, գումարած մեկ լաբորատորիայի աշխատակից, մեկ ռենտգեն տեխնիկ, մեկ վիրաբույժի բուժքույր և մեկ բուժքույր ՏԲ բաժանմունքի համար: Բժշկական անձնակազմի բոլոր անդամները ունեն գինվորական կոչում, բացառությամբ վիրաբույժի և հոգեբույժի:

Արվյան ՔԿՀ

ՔԿՀ-ն ներկայումս տեղավորում է 172 իգական սեռի կալանավոր և 8 արական սեռի 14-ից 21 տարեկան անչափահասներ: Անչափահասներից երեքը դատապարտված են, իսկ 5-ը՝ կալանավորված: ՔԿՀ-ում կանանցից 39-ը գտնվում են կալանքի տակ, իսկ 138-ը բանտարկյալներ են: Կան նաև 27 բաց ռեժիմով բանտարկյալներ: ՔԿՀ-ում կա երկու մայր իրենց երեխաների հետ, որոնցից մեկը բաց ռեժիմով է: Չկա որևէ ցմահ բանտարկված կին (Հայաստանում կանանց համար ցմահ ազատազրկում գոյություն չունի):

ՔԿՀ-ի բուժառայությունը բաշխված է երեք տարբեր կառույցներում՝ պատիժ կրող բանտարկյալների և կալանքի տակ գտնվող բանտարկյալների համար բուժմասերը մեկը մյուսից առանձնացված են: Դատապարտված բանտարկյալների համար նախատեսված մասը բաղկացած է բժշկական խորհրդատվությունների և հետազոտությունների մեկ սենյակից, բուժքրոջ համար կից սենյակից և պահեստային մեկ սենյակից, որտեղ տեղադրված է ինսուլինի համար նախատեսված սառնարանը: Կա նաև 5 մահճակալ՝ տեղադրված ստացիոնար բուժման համար նախատեսված 2 սենյակներում:

ՔԿՀ-ում կան հոգեբույժի վերահսկողության տակ գտնվող 5-6 բանտարկյալ:

Մեկ այլ շենքում, որը ներկայումս չի շահագործվում կալանավորման համար, կա բժշկական խնամքի նպատակներով օգտագործվող 2 սենյակ: Այդ սենյակներից մեկը ատամնաբուժական սենյակն է: Մյուս սենյակը գինեկոլոգիական հետազոտությունների համար է:

Երրորդ շենքում կա բժշկական խորհրդատվության սենյակ՝ կալանավոր բանտարկյալների համար: Անչափահասները հետազոտվում են այդ մասում: Այստեղ բժիշկն իրականացնում է փոքր վիրահատական միջամտություններ: Այս սենյակում բանտարկյալները կարող են նաև երբեմն ստանալ բժշկական ներարկումներ: Արվյան ՔԿՀ-ի լրիվ դրույքով բժշկական թիվը բաղկացած է 3 բժշկից (2 գինեկոլոգ և մեկ ատամնաբույժ, գինեկոլոգներից մեկը՝ ընդհանուր բժիշկը, նաև ընդհանուր պրակտիկայի բժշկության մասնագետ է) և 4 բուժակներից (բոլորը կանայք են): Բացառությամբ ատամնաբույժի, մեկ կին գինեկոլոգի և բուժակներից մեկի, բժշկական թիմի մնացած բոլոր անդամները ունեն գինվորական կոչում:

Արմավիր ՔԿՀ

ՔԿՀ-ն պաշտոնապես բացվել է 2014թ.-ի նոյեմբերին, և այն նախատեսում է տեղավորել 1200 հոգի: Ներկայումս ՔԿՀ-ի միայն երկու շենքն են հանձնված շահագործման, և նրանցից յուրաքանչյուրը տեղավորում է 200 բանտարկյալ: Այնուամենայնիվ, ՔԿՀ-ում ներկայումս գտնվում է 120 հոգի: Այդ բանտարկյալներից 5-ը կալանավորված են, իսկ մնացածը դատապարտվածներ (չնայած ՔԿՀ-ն նախատեսված է միայն դատապարտյալերի

համար, սակայն ներկայումս այնտեղ են պահում կալանավորվածներին): Դատապարտյալների մի մասը գտնվում է փակ ռեժիմում: Առայժմ այստեղ չկան ցմահ դատապարտվածներ, չնայած՝ կան նրանց ապագայում այդտեղ տեղավորելու ծրագրեր: Տարվա ավարտին ծրագրվում է շահագործման հանձնել ևս երկու շենք:

Բուժմասը դեռևս չի գործում: Այն հսկայական դատարկ կառույց է, որը ներառում է 2 մեծ վիրահատական սենյակներ՝ նախատեսված լուրջ վիրահատությունների համար, բազմաթիվ դատարկ սենյակներ՝ նախատեսված ախտորոշիչ պրոցեդուրաների և հետազոտությունների, ինչպես նաև՝ ինտենսիվ թերապիայի համար: Բուժմասի ստացիոնար խնամքի բլոկն ընդգրկում է 18 սենյակ, և այն նախատեսված է 120 մահճակալի համար (համաձայն Խորհրդային Միության չափանիշների՝ 1 մահճակալ՝ 10 բանտարկյալի համար):

ՔԿՀ-ի ղեկավարները չգիտեն, թե երբ բուժմասը կսկսի գործել: Առայժմ միայն ատամնաբուժական սենյակն է կահավորված և գործում է:

Ինչ վերաբերում է բժշկական անձնակազմին՝ ներկայիս բժշկական թիմը բաղկացած է 2 բժշկից՝ գլխավոր բժիշկը, ով ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկ է՝ մասնագիտացված տոքսիկոլոգիայի ոլորտում, և ատամնաբույժը (իսկ մյուս երկու բժիշկները դեռևս նշանակված են աշխատելու այլ ՔԿՀ-ներում) և 4 բուժակներից:

Վանաձոր ՔԿՀ

Վանաձոր ՔԿՀ-ում ներկայումս ընդհանուր առմամբ գտնվում է 198 բանտարկյալ: Այդ բանտարկյալներից 31-ը կալանավոր են (որից 17-ի գործերը նախաքննության, իսկ 14-ի գործերը՝ դատաքննության փուլում են), իսկ 147-ը՝ դատապարտյալներ (որից 65-ը կիսափակ, իսկ 82-ը փակ ռեժիմով): Վանաձոր ՔԿՀ-ում չկան ցմահ դատապարտվածներ: ՔԿՀ-ն նախատեսված է արական սեռի չափահաս դատապարտյալների և կալանավորների համար:

ՔԿՀ-ի բուժմասը բաղկացած է խորհրդատվությունների, հետազոտությունների և երբեմն ներարկումների համար նախատեսված մեկ բժշկական սենյակից և մեկ ատամնաբուժական սենյակից: Բուժմասում կան նաև 3 առանձին սենյակներ ստացիոնար բուժման համար՝ յուրաքանչյուրը 2 մահճակալով:

Վանաձոր ՔԿՀ-ի լրիվ դրույքով աշխատող բժշկական անձնակազմը բաղկացած է 5 բուժակից: ՔԿՀ-ի տնօրենը, ով ստանձնել է այդ պաշտոնը գնահատման այցից ընդամենը երկու շաբաթ առաջ, հաստատեց, որ չորս տարվա ընթացքում չեն կարողացել ոչ մի բժիշկ ընդունել, սակայն իրեն հաջողվել է աշխատանքի ընդունել մեկ կին բժիշկ, ով աշխատանքը սկսելու էր մեկ շաբաթից: 5 բուժակներից 4-ը աշխատում են շուրջօրյա, իսկ գլխավոր բուժակը ցերեկային հերթափոխին համակարգում է բուժմասի աշխատանքը՝ իրականացնելով բոլոր բժշկական առաջադրանքները: Նա նաև իրականացնում է բժշկական փաստաթղթավարությունը:

Սևան ՔԿՀ

ՔԿՀ-ում ներկայումս գտնվում է 530 հոգի: Սակայն ՔԿՀ-ն կարող է տեղավորել 950 բանտարկյալ: Սևան ՔԿՀ-ում գտնվում են միայն դատապարտված բանտարկյալները: ՔԿՀ-ն նախատեսված է միայն առաջին պատիժը կրողների համար:

Բուժմասը բաղկացած է երկու բժշկական խորհրդատվության սենյակներից, ատամնաբուժական սենյակից, մեկ դատարկ, չկահավորված վիրահատական մեծ սենյակից՝ նախատեսված թեթև վիրահատությունների համար, և ստացիոնար բուժման սենյակներից: Բուժմասում կա 8 սենյակ, որտեղ տեղավորվում է 12 մահճակալ:

Սևան ՔԿՀ-ի լրիվ դրույքով աշխատող բժշկական անձնակազմը բաղկացած է 1 բժշկից և 4 բուժակներից:

Երևանի դատապարտյալների հիվանդանոց

Երևանի դատապարտյալների հիվանդանոցը Հայաստանի բանտային համակարգում իր տեսակի մեջ միակ նման հաստատությունն է: Հիվանդանոցը ընդունում է միայն արական սեռի դատապարտյալներին: Կանայք և անչափահաս բանտարկյալները բուժվում են քաղաքացիական հիվանդանոցներում: Հիվանդանոցը ունի 415 մահճակալ, իսկ գնահատման այցի ժամանակ այնտեղ բուժում էր անցնում 132 հիվանդ:

Հիվանդանոցային մահճակալները բաշխված են վեց բաժանմունքներում՝ թերապևտիկ (ներքին հիվանդություն-

ներ), վիրահատական, հոգեբուժական, տուբերկուլյոզի (բաղկացած երկու մասից՝ մեկը ԲԴԿ հիվանդների, իսկ մյուսը «սովորական» ՏԲ հիվանդների համար), նարկոլոգիական և վարակիչ հիվանդությունների: Կան նաև այլ բաժանմունքներ, ինչպիսիք են՝ ատամնաբուժական, ռենտգենոլոգիական բաժանմունքները, լաբորատորիան և ֆունկցիոնալ ախտորոշման բաժանմունքը:

Բժշկական անձնակազմի հաստիքները 78 են, կա 13 թափուր աշխատատեղ, այնպես որ ներկայումս բուժաշխատողների քանակը 63 է, որից 18-ը բժիշկներ են:

Նուրբարաշեն հոգեբուժարան

Հոգեբուժարանը գործում է Առողջապահության նախարարության ներքո: Հիվանդանոցը կարող է տեղավորել 350 մահճակալ: Այցի պահին բուժում է անցնում 281 հիվանդ: Հիվանդանոցի բոլոր հիվանդները չափահաս են՝ տղամարդ և կին: Հարկադիր նարկոլոգիական բուժում ստացող հիվանդները այս հիվանդանոցում չեն բուժվում:

Հիվանդանոցը բաղկացած 9 բաժանմունքից՝ մահճակալների հետևյալ քանակով՝

	Բաժանմունք	Մահճակալների քանակը
1	Կանանց հոգեբուժական բաժանմունք	40
2	Տղամարդկանց հոգեբուժական բաժանմունք	40
3	Ժամկետային զինճառայողների փորձաքննության բաժանմունք	40
4	Տղամարդկանց հոգեբուժական բաժանմունք	40
5	Տղամարդկանց հոգեբուժական բաժանմունք	40
6	Ստացիոնար դատահոգեբուժական փորձաքննությունների բաժանմունք	10
7	Հատուկ տիպի հարկադիր բուժման հոգեբուժական բաժանմունք	60
8	Տղամարդկանց հոգեբուժական բաժանմունք	40
9	Կանանց հոգեբուժական բաժանմունք	40
	Ընդհանուր	350

Հիվանդանոցի ամենամեծ մասը ծառայում է «քաղաքացիական» հիվանդների բուժման նպատակին: Հիվանդանոցի միայն մի մասն է կարևոր քրեակատարողական համակարգի նպատակների համար, և այն ընդգրկում է հետևյալ կառույցները՝

Ա. Ստացիոնար դատահոգեբուժական բաժանմունքը, որը տեղավորում է 10 մահճակալ, ծառայում է դատահոգեբուժական փորձաքննության նպատակների համար: Այցի պահին այնտեղ գտնվում էր 3 հոգի՝ ստացիոնար դատահոգեբուժական փորձաքննության համար:

Բ. Հատուկ տիպի հարկադիր բուժման հոգեբուժական բաժանմունքը՝ 60 մահճակալով, նախատեսված է այն հիվանդների համար, ովքեր կատարել են ծանր հանցանքներ և ուղարկվել են հարկադիր բուժման՝ քրեորեն անմեղսունակության հիմքով: Այդ բաժանմունքում այժմ բուժում է ստանում 58 հիվանդ, որոնցից 2-ը կանայք են՝ տեղավորված կանանց համար նախատեսված առանձին մասում:

Այս երկու բաժանմունքները բարձր բետոնե պատով ամբողջապես առանձնացված են հիվանդանոցի մնացած հատվածից:

Գ. Քրեորեն անմեղսունակ ճանաչված հիվանդները կարող են նաև բուժում անցնել հիվանդանոցի սովորական՝ «քաղաքացիական» բաժանմունքներում: Ընդհանուր առմամբ, երկու վերոնշյալ դատահոգեբուժական բաժանմունքներում կա 120-ից 130 հիվանդ, ովքեր հիվանդանոցում հարկադիր դատահոգեբուժական բուժում են ստանում:

ՄԱՍ 1. Քրեակատարողական հիմնարկում առողջապահության կազմակերպահրավական շրջանակը

Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների միջազգային դաշնագրի 12-րդ հոդվածը և Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագրի (ՄԻՀՀ) 25-րդ հոդվածը սահմանում են, որ յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի օգտվելու «ֆիզիկական և հոգեկան առողջության առավելագույն հասանելի մակարդակից», և յուրաքանչյուրն ունի առողջության և բարեկեցության համար բավարար կենսամակարդակի իրավունք:

Բոլոր մարդկանց պես բանտարկյալները նույնպես իրավունք ունեն օգտվելու մարդու այս բոլոր հիմնարար իրավունքներից. վերանայված Եվրոպական բանտային կանոնների 2-րդ հոդվածը (Նախարարների կոմիտեի Rec (2006) 2 հանձնարարականը անդամ պետություններին Եվրոպական բանտային կանոնների վերաբերյալ) սահմանում է, որ «ազատությունից զրկված անձինք պահպանում են իրենց բոլոր այն իրավունքները, որոնցից նրանց օրինականորեն չեն զրկել դատապարտելու կամ կալանավորելու մասին որոշմամբ»:

Բանտային առողջապահությունը՝ որպես հանրային առողջապահության մաս, չի կարող համարվել հանրությունից և հանրային առողջապահության ոլորտից ամբողջապես անջատված (ԱՀԿ, Մոսկովյան հռչակագիր, 2003թ.): Բանտային բուժօժանայությունների բացթողումները և խոչընդոտները անխուսափելիորեն տեղափոխվում են քաղաքացիական հասարակություն: Բանտարկյալների ճնշող մեծամասնությունը վերադառնում է իրենց համայնքներ և կարող է հանրային առողջապահության համակարգի համար դառնալ լրացուցիչ բեռ: Հետևաբար, դատապարտյալների առողջությունը պարտադիր կերպով նույնքան կարևոր է, որքան և երկրում յուրաքանչյուր քաղաքացու առողջությունը:

Օրենսդրական դաշտը

Հաջորդ բաժնում նշված են առողջապահության, քրեակատարողական առողջապահության վերաբերյալ իրավական կարգավորումները, մասնավորապես, Եվրոպական չափանիշներին լիովին համապատասխանելու նպատակով փոփոխությունների կարիք ունեցող իրավական դրույթները, ինչպիսիք են՝ մասնագիտական բժշկական անկախությունը, գաղտնիությունը, առողջապահության և սանիտարահիգիենիկ պահանջների որակի վերահսկումը, բուժաշխատողների համալրման գործընթացը, դաժան անմարդկային վերաբերմունքի կանխագելումը:

Առողջության վերաբերյալ ընդհանուր իրավական կանոնակարգեր

ՀՀ սահմանադրության 38 -րդ հոդվածի համաձայն՝ «Յուրաքանչյուր ոք ունի բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք՝ օրենքով սահմանված պայմաններով: Յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալ անվճար: Ծառայությունների ցանկը և կառուցվածքը սահմանվում է օրենքով»: Այնուամենայնիվ, մինչև այժմ հիմնական բժշկական ծառայությունների ցանկը և ծառայությունների մատուցման կարգը դեռևս չեն ընդունվել:

ՔԿՀ առողջապահության իրավական կարգավորման շրջանակը

Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին ՀՀ օրենքի 12-րդ հոդվածը սահմանում է. «Ձերբակալված, կալանավորված և ազատազրկման վայրերում պատիժ կրող անձինք **իրավունք ունեն ստանալ բժշկական օգնություն**՝ Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով»: Ձերբակալված, կալանավորված և ուղղիչ հիմնարկներում գտնվող անձանց առողջապահական իրավունքները կարգավորվում են առողջապահության մասին օրենքներով և կանոնակարգերով, ինչպես նաև՝ կալանավորների իրավունքների շրջանակներում: Բանտարկյալի առողջապահության իրավունքները սահմանվում են վերոնշյալ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքով, «Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահելու մասին» ՀՀ օրենքով (ընդունված 2002թ. փետրվարի 6-ին), «Մարդու իմունային անբավարարության վիրուսից առաջացած հիվանդության կանխարգելման մասին» ՀՀ օրենքով (ընդունված 1997թ. փետրվարի 3-ին), ՀՀ կառավարության՝ 26.05.2006թ. «Կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բուժսանիտարական և բուժկանխարգելիչ օգնությունը կազմակերպելու, առողջա-

պահական մարմինների բուժական հիմնարկներից օգտվելու և այդ նպատակով դրանց բժշկական անձնակազմին ներգրավելու կարգը հաստատելու մասին» թիվ 825-Ն որոշմամբ, ՀՀ կառավարության՝ 04.03.2004թ. «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» մասին թիվ 318-Ն որոշմամբ, ՀՀ կառավարության՝ 02.04.2009թ. «Ձերբակալված և կալանավորված անձանց ՀՀ կառավարությանն առընթեր ՀՀ Ոստիկանության կողմից ուղեկցման և պահպանման կարգը հաստատելու մասին» թիվ 351-Ն որոշմամբ և այլն:

«Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահելու մասին» ՀՀ օրենքով սահմանված առողջապահական իրավունքի մասին դրույթների վերլուծության արդյունքում բացահայտել են մի քանի խնդիրներ՝ կապված գործող համակարգի անկատարության հետ (այդ համակարգի ներքո ստեղծված են անբավարար պայմաններ ձերբակալվածի առողջապահական իրավունքը պաշտպանելու համար, որը ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված իրավունք է), այս խնդիրները նաև կապված են հիմնական իրավունքների պաշտպանության բացթողումների հետ, որոնք իրենց հերթին բխում են անկատար օրենսդրությունից առաջացող խոչընդոտներից:

Համաձայն «Քրեակատարողական ծառայության մասին» ՀՀ օրենքի 4-րդ հոդվածի 1-ին մասի 7-րդ կետի, նույն օրենքի 6-րդ հոդվածի 4-րդ մասի ՀՀ կառավարության՝ 2006թ. օգոստոսի 24-ի թիվ 1256-Ն «**ՀՀ արդարադատության նախարարության քրեակատարողական վարչության կանոնադրությունը հաստատելու մասին**» որոշմանը համահունչ, և 2006թ. մայիսի 26-ին ՀՀ կառավարության կողմից ընդունված թիվ 825-Ն որոշմանը համահունչ՝ բուժմասի մարդկային, նյութական և ֆինանսական ռեսուրսները գտնվում են քրեակատարողական համակարգի վերահսկողության ներքո: Բուժումը և բուժման որակի գնահատումը, որպես կանոն, գտնվում են ուղղիչ-քրեակատարողական համակարգի վերահսկողության ներքո:

Ուղղիչ հիմնարկներում բանտարկյալների առողջապահության իրավունքի իրականացման առանձնահատկություններից մեկն այն է, որ առողջապահությունը կառավարվում է քրեակատարողական հիմնարկի վարչակազմի, այլ ոչ թե առողջապահական ծառայության կողմից: Այլ առանձնահատկությունների շարքում են նաև առողջապահական համակարգի բանտային ռեժիմի և վարչական ծառայությունների պահանջներին ենթակա լինելը, ինչպես նաև՝ բժշկական հաստատությունը, բժշկին և դեղորայքը ընտրելու հնարավորության բացակայությունը:

Բժիշկների մեծամասնությունը և բժշկական բաժինների բոլոր ղեկավարները ուղղիչ հիմնարկի զինվորական անձնակազմի անդամներ են: Իրենց մասնագիտական պարտականություններին զուգահեռ նրանք պարտավոր են նաև հետևել ՔԿՀ վարչակազմի հրահանգներին: Անբավարար առողջական վիճակի վերաբերյալ օբյեկտիվ բժշկական ցուցումները բավարար չեն, որ բժիշկը որոշում կայացնի բանտարկյալի բուժման հարցում: Որոշումը պետք է հաստատվի ՔԿՀ տնօրինության կողմից:

Քրեակատարողական հիմնարկների օրենսդրական կարգավորումը թույլ է տալիս բժշկական անձնակազմին ստանձնել այլ պատասխանատվություններ՝ բանտարկյալների բուժում իրականացնելուն զուգահեռ: Ուղղիչ հիմնարկների բժիշկները նշանակվում են ՔԿՀ տնօրինության կողմից, ինչը խաթարում է **բժիշկների մասնագիտական անկախությունը**, և ստիպում է նրանց ընտրություն կատարել մի կողմից՝ աշխատանքային շահի, իսկ մյուս կողմից՝ հիվանդի իրավունքների պաշտպանության միջև:

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի 5-րդ հոդվածը, ՀՀ Քրեական օրենսգրքի 145-րդ հոդվածը և N 825-Ն ՀՀ կառավարության որոշման 7-րդ կետը սահմանում են պատասխանատվություն առանց մասնագիտական անհրաժեշտության բժշկական անձնակազմի կողմից **անձի հիվանդության վերաբերյալ գաղտնի տեղեկությունների** կամ բժշկական հետազոտության արդյունքների բացահայտման համար: Բժշկական գաղտնիություն պարունակող տեղեկատվությունը կարող է տրամադրվել միայն դատարանի (դատավորի), դատախազի, նախաքննության, ինչպես նաև օրենքով սահմանված կարգի համաձայն այլ իրավասու մարմինների պահանջով: Սակայն պետք է նշել, որ Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությունը չի կարգավորում այն, որ պետական մարմինները և պաշտոնատար անձինք նույնպես պետք է հրաժարվեն բժշկական գաղտնիության տվյալները հրապարակելուց նույնիսկ այն դեպքում, եթե չկա այդ տեղեկատվության պահպանման իրավական կարգավորում (ինքնին պետության բացթողման պատճառով):

Լիցենզավորման մասին ՀՀ օրենքի 43-րդ հոդվածը նախատեսում է, որ «բժշկական օգնությունը և սպասարկումը» ենթակա են լիցենզավորման: Ավելին, լիցենզիան տրվում է «բարդ» ընթացակարգով «ՀՀ-ում իրականացվող բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների ցանկը սահմանելու մասին» ՀՀ կառավարության թիվ 276-Ն որոշման և ՀՀ կառավարության թիվ 1936-Ն որոշման համաձայն՝ պարտադիր պահանջների և

պայմանների առկայության դեպքում: Վերոնշյալ պահանջները վերաբերում են ինչպես բժշկական սարքավորումներին, այնպես էլ համապատասխան մասնագետներին: Լիցենզիայի տրամադրող մարմինը հանդիսանում է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարությունը: Լիցենզիայի տրամադրման պետական տուրքը, ինչպես նաև հետագա գործունեության համար տարեկան հարկը հաշվարկվում է ըստ «Պետական տուրքի մասին» ՀՀ օրենքի: Հարկ է նաև նշել, որ պատշաճ և անվտանգ բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու պահանջը սահմանված է «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի 19-րդ հոդվածում, այն է՝ «Բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողները պարտավոր են՝ բ. ապահովել ցուցաբերվող բժշկական օգնության և սպասարկման քանակական ու որակական բնութագրիչների համապատասխանությունը սահմանված չափանիշներին»: Սա ուղղիչ հիմնարկների կողմից կատարվող միջոցառումների իրականացման կարևորագույն խնդիրներից մեկն է: Ավելին, հիվանդանոցի միջոցառումները բացակայում են վերը նշված օրենսդրական կանոնակարգերից:

Պետք է նշել, որ «Լիցենզավորման մասին» ՀՀ օրենքի 46-րդ հոդվածը սահմանում է, որ՝ «Արգելվում է առանց լիցենզիայի զբաղվել սույն օրենքով նախատեսված լիցենզավորման ենթակա գործունեության տեսակներով: Առանց լիցենզիայի սույն օրենքով նախատեսված լիցենզավորման ենթակա գործունեությամբ զբաղվելն առաջացնում է օրենքով նախատեսված պատասխանատվություն և լիցենզավորման համար գանձվող պետական տուրքի գումարի չափով վնասի հատուցում»:

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի 18-րդ հոդվածի համաձայն՝ «Բժշկական գործունեությամբ զբաղվելու իրավունք ունեն Հայաստանի Հանրապետությունում համապատասխան կրթություն, մասնագիտացում ստացած, Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով բժշկական գործունեության որոշակի տեսակներով զբաղվելու լիցենզիա ստացած անձինք»: Հարկ է նշել, որ վերոնշյալ օրենքի դրույթը փոփոխության չի ենթարկվել, սակայն 2002թ. «Լիցենզավորման մասին» ՀՀ օրենքը ուժի մեջ մտնելուց հետո բժիշկների անհատական լիցենզավորումը կասեցվել է (համաձայն «Լիցենզավորման մասին» ՀՀ օրենքի՝ բժշկական օգնության և սպասարկման գործունեությունը ենթակա է լիցենզավորման):

Բժշկական անձնակազմի կողմից մասնագիտական գործունեություն իրականացնելու նպատակով ՀՀ կառավարության 1994թ. հուլիսի 19-ի թիվ 330 որոշումը սահմանում է՝ «Հայաստանի Հանրապետության տարածքում Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով ինքնուրույն բժշկական և (կամ) դեղագործական գործունեության իրավունք ստացած բժիշկ և պրովիզոր մասնագետները պարտավոր են համապատասխան մասնագիտական որակավորում ստանալուց կամ վերջին մասնագիտական կատարելագործում անցնելուց հետո ոչ ուշ քան 5 տարվա ընթացքում անցնել տվյալ մասնագիտության գծով կատարելագործում՝ 2-6 ամիս տևողությամբ: Կատարելագործման ավարտից հետո մասնագետին տրվում է մասնագիտական վերապատրաստման վերաբերյալ համապատասխան փաստաթուղթ: Նշված փաստաթղթի բացակայությունը կամ նախկինում ստացած վերապատրաստման վերաբերյալ փաստաթղթի ժամկետանցումը կարող է հիմք հանդիսանալ համապատասխան որակավորման բժիշկ կամ պրովիզոր մասնագետին տվյալ պաշտոնում ինքնուրույն աշխատանքային գործունեության իրավունքից զրկելու համար: Մասնագիտական մասնագիտական կատարելագործման, լրացուցիչ մասնագիտացման ծրագրերը, կարգը, պայմանները և տևողությունը հաստատվում են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից»: Հարկ է նշել, որ անցած 5 տարիների ընթացքում մասնագիտական վերապատրաստում անցնելու պահանջը որոշվում է լիցենզավորման ընթացակարգով:

«Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահելու մասին» ՀՀ օրենքի 21-րդ հոդվածի համաձայն՝ «Ձերբակալված և կալանավորված անձանց բուժսանիտարական և բուժկանխարգելիչ օգնությունը կազմակերպվում է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ոլորտը կարգավորող օրենսդրության և միջազգային կարգավորումներին համապատասխան: ... Ձերբակալվածներին պահելու վայրի և կալանավորվածներին պահելու վայրի վարչակազմերն ապահովում են ձերբակալված կամ կալանավորված անձանց առողջության պահպանմանն ուղղված **սանիտարահիգիենիկ և հակահամաճարակային պահանջների** կատարումը»: Սանիտարահիգիենիկ նորմերը սահմանված են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի կողմից արձակված մի շարք հրամաններով, մասնավորապես՝ խմելու ջրի, օդի և աղմուկի վերաբերյալ հիգիենիկ պահանջների վերաբերյալ: Վերոնշյալ նորմերը վերահսկող լիազոր մարմինը հանդիսանում է ՀՀ առողջապահության նախարարության առողջապահության պետական տեսչությունը: Սակայն, վերջինս լիազորված չէ ստուգել ուղղիչ հաստատությունները: Ստորադաս հիմնարկների սանիտարահիգիենիկ վերահսկողությունը

պետք է իրականացվի վարչության կողմից: Այդուհանդերձ, այս գործառույթը պատշաճ կերպով չի իրականացվում: «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի 5-րդ հոդվածի համաձայն՝ «Բժշկական օգնության դիմելիս, ինչպես նաև բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալիս յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի՝ բ.ստանալ բժշկական օգնություն և սպասարկում՝ հիգիենայի պահանջներին համապատասխանող պայմաններում»:

Բժշկական անձնակազմի համալրումը սահմանափակող առկա կարգավորումները, օրինակ՝ այն պահանջները, համաձայն որորոնց անձը կարող է ծառայությունում անցնել աշխատանքի մինչև 30 տարին լրանալը՝ քրեակատարողական ծառայության զինվորական բնույթի պատճառով, և որ բժիշկներին չի թույլատրվում բժշկական գործունեությամբ զբաղվել քրեակատարողական հիմնարկից դուրս, պետք է անվավեր ճանաչվեն՝ հաշվի առնելով բուժաշխատողների մեծ թվով թափուր աշխատատեղերը: Դրան հակառակ, անհրաժեշտ է ջանքեր գործադրել բժշկական անձնակազմին քրեակատարողական համակարգում բուժօգնության ներգրավելու և զինվորական կոչումով բժշկական անձնակազմը մասնագիտական անկախություն ունեցող քաղաքացիական բժշկական անձնակազմով փոխարինելու համար:

Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 26-րդ հոդվածը պետք է լրացվի հետևյալով՝ «Պաշտոնատար անձանց կողմից ուժի գործադրման յուրաքանչյուր դեպքից հետո պետք է իրականացվի մանրակրկիտ բժշկական հետազոտություն»: Սույն պահանջը պետք է ամրագրվի նաև Քրեակատարողական օրենսգրքում և «Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահելու մասին» օրենքում:

«Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահելու մասին» օրենքի 21-րդ հոդվածի 5-րդ կետը, ինչպես նաև Քրեական դատավարության օրենսգրքը պետք է փոփոխվեն այնպես, որ մարմնական (և/կամ հոգեբանական) վնասվածքների վերաբերյալ անկախ փորձագետի փաստաթղթերը ունենան միևնույն ապացուցողական արժեքը, ինչ քննիչի կողմից նշանակված փորձագետի եզրակացությունները՝ համաձայն ԽԿԿ և ԵԽ «Վատ վերաբերմունքի արդյունավետ քննության մասին» Եվրոպական չափանիշների վերաբերյալ 2014թ. ուղեցույցների, ինչպես նաև ՄԻԵԴ-ի կողմից սահմանված դատական պրակտիկայի: ԽԿԿ-ն ընդգծում է, որ չպետք է լինեն «խոչընդոտներ» դատական բժիշկների և վատ վերաբերմունքի մասին պնդող անձանց միջև, անկախ այն բանից, թե այդպիսի բժիշկների ծառայությունները պաշտոնապես պահանջվել են քննչական, դատախազական, թե այլ պաշտոնատար անձանց կողմից: (Տե՛ս, օրինակ՝ 2005թ. մայիսի 23-ից հունիսի 3-ը Ալբանիա կատարած այցելության վերաբերյալ ԽԿԿ-ի զեկույցը, CPT/Inf (2006թ.) 24, պարբ. 49):

ՄԻԵԴ-ի 3-րդ հոդվածի վերաբերյալ ՄԻԵԴ-ի նախադեպային իրավունքը պետությունների համար սահմանում է հստակ ընթացակարգային պարտավորություն՝ ապահովելու դատաբժշկական փորձագետների մասնագիտական անկախությունը:

“59. ... Դատարանը նաև հիշեցնում է, որ պատշաճ բժշկական հետազոտություններն էական երաշխիք են հանդիսանում վատ վերաբերմունքի դեմ: Դատաբժշկական փորձագետը պետք է ունենա պաշտոնական և դե ֆակտո անկախություն՝ արդեն անցած լինելով մասնագիտական վերապատրաստումը և ունենալով լիազորությունների լայն շրջանակ (տե՛ս Akkoç-ն ընդդեմ Թուրքիայի, թիվ թիվ 22947/93 և 22948/93, § 55 և § 118, ՄԻԵԴ 2000-X): Երբ բժիշկը վատ վերաբերմունքի մասին պնդող անձի բժշկական հետազոտությունը անցկացնելուց հետո գրում է իր զեկույցը, շատ կարևոր է, որ նա նշի վատ վերաբերմունքի մասին պնդումների համապատասխանության աստիճանը ...»¹:

Նույն վճռում (պարբ. 48) ՄԻԵԴ-ը միանշանակ հայտարարել է, որ՝

«... ուշագրավ է այն փաստը, որ 2001թ. օգոստոսի 9-ի փորձագիտական հետազոտությունը պատվիրված էր նույն ոստիկանության քննիչի՝ պրն. Զ.-ի կողմից, ով հարցաքննել է հայցվորին նրա ձերբակալումից հետո և կարող էր ենթադրյալ ձեռի ակնատեսը լինել: Ոստիկանության քննիչը հարցեր է ուղղել նաև բժիշկ փորձագետին: Դատարանը կասկածներ ունի առ այն, որ այդ հանգամանքը ազդեցություն ունեցել է փորձագիտական եզրակացությունների վրա»:

Հետևաբար, ՄԻԵԴ-ը հստակ կոչ է անում անդամ պետություններին թույլ տալ ենթադրյալ խոշտանգումների զոհերին ինքնուրույն փնտրել դատաբժշկական ապացույցները և սեփական հարցերն ուղղել փորձագետներին:

Քրեակատարողական օրենսգրքի 79-րդ հոդված 4-րդ կետը և 68-րդ հոդվածի 1-ին մասի 8-րդ կետը պարունա-

¹ Barabanshchikov-ն ընդդեմ Ռուսաստանի, 2009թ. հունվարի 8-ի վճիռ, պարբ. 59:

կում են խտրականության տարրեր և պետք է ենթարկվեն փոփոխության:

Ինչ վերաբերում է հայաստանյան բանտերի² ծանրաբեռնվածությանը և պատժի կրելուն խոչընդոտող ծանր հիվանդությունների առկայության դեպքում անձի ազատ արձակման խնդրին, անհրաժեշտ է մշակել օրենսդրական կարգավորման առանձին դրույթներ, որոնք կապահովեն վաղաժամկետ պայմանական ազատ արձակման համար ներկայացվող դիմումների թափանցիկ ու օբյեկտիվ քննությունը, ինչպես նաև՝ հնարավոր կդարձնեն դատապարտյալների կողմից այդպիսի դիմումների անմիջականորեն դատարան ներկայացնելը, հատկապես այն դեպքերում, երբ հայցվող վաղաժամկետ ազատ արձակումը օբյեկտիվորեն անհրաժեշտ է դատապարտյալի առողջության վիճակի և վերջինիս՝ պատիժը³ կրելու ֆիզիկական անկարողության պատճառով: Իհարկե, սա չի խոչընդոտում ՔԿՀ-ի վարչակազմին սեփական նախաձեռնությամբ ներկայացնելու այդպիսի դիմում այն դեպքերում, երբ դատապարտյալը կամ նրա ներկայացուցիչը այն ժամանակին⁴ չեն ներկայացրել:

Գնահատման թմի իրավաբան-փորձագետների կողմից մշակված օրենսդրության համապատասխան դրույթների փոփոխման վերաբերյալ կոնկրետ առաջարկներն ամփոփ ներկայացված են Հավելված 3-ում:

Առաջարկություններ

Ձգտել իրավական կարգավորման այնպիսի փոփոխությունների, որոնք կապահովեն՝

- ★ Ուղղիչ հիմնարկների բժշկական ծառայությունների փոխանցումը Արդարադատության նախարարության անմիջական ենթակայության տակ՝ ավելի երկարաժամկետ հեռանկարում Առողջապահության նախարարությանը փոխանցելու հնարավորությամբ:
- ★ Այդպիսի անցումներից ցանկացած մեկն իրականացնելու համար անհրաժեշտ հիմքեր ստեղծելու ժամանակ դիտարկել ՔԿՀ-ից դուրս ներքին բողոքների քննության մեխանիզմի ստեղծումը, որի նպատակն է ՔԿՀ-ի անձնակազմի անդամների դեմ բերված բողոքների քննությունն իրականացնող մարմնի օբյեկտիվ անկողմնակալության ապահովումը:
- ★ Քրեակատարողական համակարգում բուժաշխատողների մասնագիտական բժշկական անկախությունը. այն դեպքերում, երբ քրեակատարողական հիմնարկի վարչակազմը որոշում է կայացնում չհաստատել բուժման վերաբերյալ բժշկի որոշումը/առաջարկը, այդպիսի որոշումը պետք է լինի հիմնավորված, և համաձայն Եվրոպական բանտային թիվ 45.2 կանոնի այն պետք է փոխանցվի Արդարադատության նախարարության համապատասխան վերադաս վարչությանը. ռազմական բուժանձնակազմի աստիճանական փոխարինում մասնագիտորեն անկախ քաղաքացիական բուժանձնակազմով:
- ★ Հիվանդի վերաբերյալ բժշկական տեղեկությունների գաղտնիությունը պահպանելու համապարփակ կարգավորում:
- ★ Սանիտարահիգիենիկ վերահսկողության գործառույթի փոխանցումը Առև Կետական տեսչությանը:
- ★ ՔԿՀ բուժմասերի վերահսկման/լիցենզավորման գործառույթի փոխանցումը Առողջապահության նախարարության պետական տեսչությանը:
- ★ Այն կանոնակարգերի վերացումը, որոնք խոչընդոտում են բանտերում բուժանձնակազմի համալրմանը և այնպիսի լուծումների առաջադրումը, որոնք կնպաստեն քրեակատարողական համակարգում բուժծառայու-

2 Համաձայն Սարգոսի իրավունքների պաշտպանի կողմից ներկայացված վիճակագրության՝ 2012թ.-ից 2014թ. ընկած ժամանակահատվածում հայաստանյան ՔԿՀ-ներում մահացել է 85 ազատազրկված անձ, որոնցից 14-ը ազատազրկման պայմանների հետ անհամատեղելի հիվանդությամբ տառապող դատապարտյալներ էին (աղբյուրը՝ http://www.forrighths.am/?In=1&id_=19&page_id=79):

3 Դատապարտյալի այս իրավունքը սահմանված է ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքի (ՔԴՕ) 429-րդ հոդվածի 2-րդ կետով. «Դատապարտյալն իրավունք ունի դիմել որոշում կայացրած դատարան՝ դատական որոշման կատարումը հետաձգելու, ծանր հիվանդության կամ հետաձգման ժամկետը լրանալու հետևանքով պատիժը կրելուց ազատելու, ինչպես նաև սույն օրենսգրքով նախատեսված այլ հարցերի մասին հայտարարություններով:» Սակայն սրան հակառակ Քրեակատարողական օրենսգրքի 113-րդ հոդվածի 7-րդ կետը (որը գործում է բոլոր դեպքերում) հստակորեն արգելում է սա. «Հոգեկան կամ այլ ծանր հիվանդության կապակցությամբ պատժի հետագա կրումից ազատելու մասին միջնորդությունը դատարան է ներկայացնում պատիժը կատարող հիմնարկի պետը»: Անհամապատասխանություն կա նաև ՔԴՕ-ի 429-րդ հոդվածի 2-րդ և 432-րդ հոդվածի 1-ին կետերի միջև, որոնցից վերջինը պարունակում է Քրեակատարողական օրենսգրքով սահմանված միևնույն դրույթը: Այդպիսով, ՔԴՕ-ի 432-րդ հոդվածի 1-ին կետը պետք է փոփոխվի կամ հանվի:

4 Օրինակ՝ 2015թ. նոյեմբերի 9-ին 24 տարի պատիժ կրած ցմահ դատապարտյալներից մեկը, ով տառապում էր հոգեկան հիվանդությամբ, մահացավ՝ չունենալով իր մասին հոգ տանող հարազատներ (աղբյուրը՝ http://www.forrighths.am/?In=1&id_=19&page_id=79):

թյունների բուժանձնակազմի համալրմանը:

- ★ Պարտադիր մանրակրկիտ բժշկական քննություն՝ պետության գործակալների կողմից ուժի կիրառման յուրաքանչյուր առանձին դեպքից հետո:
- ★ Այն, որ մարմնական մասնավաճքների (և/կամ հոգեկան առողջությանը հասցված վնասի) վերաբերյալ անկախ փորձագետի եզրակացությունները ունենան միևնույն ապացուցողական արժեքը, ինչ քննիչի կողմից նշանակված փորձագետի եզրակացությունները:
- ★ Անկախ բժշկական փորձագետների ընդգրկումը, որոնց եզրակացությունները հաշվի կառնվեն դատարանում՝ ծանր հիվանդություններ ունեցող քաղաքացիների խափանման միջոցների վերաբերյալ որոշում կայացնելիս:
- ★ Քրեական դատավարության օրենսգրքի և Քրեակատորադական օրենսգրքի՝ դատապարտյալի ծանր հիվանդության պատճառով պատժից պայմանական վաղաժամկետ ազատման մասին դրույթների հստակեցումը՝ ապահովելով ազատ արձակման հիմքով անմիջականորեն դատարան դիմելու վերջինիս իրավունքը:

Կազմակերպական շրջանակը

Ա. Հայաստանում հանրային առողջապահության համակարգի կազմակերպումը և առողջապահության ոլորտի վերջին քարեփոխումները

Հայաստանի առողջապահական համակարգն ունի երեք կազմակերպական մակարդակ՝ ազգային, շրջանային և համայնքային: Հայաստանի առողջապահական համակարգի կազմակերպումը և պլանավորումը գլխավորապես իրականացվում է ազգային մակարդակում: Երկրում չկա որակի ապահովման միասնական համակարգված մեխանիզմ: Բուժժառայություններ տրամադրող հաստատությունները պատկանում են կամ հանրային, կամ մասնավոր հատվածին⁵: Ազգային մակարդակը ներառում է Խորհրդարանը և Առողջապահության նախարարությունը, Ֆինանսների նախարարությունը, Կրթության և գիտության նախարարությունը, Աշխատանքի և սոցիալական ապահովության նախարարությունը և այլ հաստատություններ, որոնք պատասխանատու են ազգային քաղաքականության մշակման համար: Արդարադատության նախարարությունը հաստատում է Առողջապահության նախարարությանն առնչվող նորմատիվ ակտերը, չափանիշները և կարգավորումները: 11 տեղական իշխանությունները (10 մարզերը և Երևանը) պատասխանատու են շրջանային/քաղաքային հիվանդանոցների, շրջանային/քաղաքային առողջության առաջնային պահպանման հաստատությունների (պոլիկլինիկաներ, առողջության կենտրոններ, ընդհանուր թվով 346 ԱԱՊ մակարդակի հաստատություններ և ավելի քան 600 բուժկետեր) աշխատանքների կազմակերպումը պլանավորելու և կարգավորելու համար: Կախված համայնքի մեծությունից՝ այն կարող է ունենալ առողջության կենտրոններ, գյուղական ամբուլատորիաներ կամ բուժկետեր:

Բուժժառայություններ տրամադրող առողջապահական հաստատությունները պատկանում են կամ հանրային, կամ մասնավոր հատվածներին: Հանրային հատվածը ներառում է կառավարական և ոչ կառավարական կառույցները, ինչպիսիք են՝ հիվանդանոցները և հիվանդանոցային ցանցերը, որոնք ունեն կամ չունեն պոլիկլինիկաներ, ամբուլատոր քաղաքային կլինիկաները (ինքնավար պոլիկլինիկաները), շրջանային կամ գյուղական առողջապահական հաստատությունները (ստացիոնար և ամբուլատոր): Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային հաստատությունները, մարդկային ռեսուրսների զարգացման հաստատությունները (համալսարանները, դպրոցները, տեխնիկական և դեղագործական միավորումները) կազմում են առողջապահական համակարգի մի մասը, թեև բուժքույրերի և բժիշկների համար նախատեսված բուհերը և բժշկական քոլեջները վերահսկվում են կրթության նախարարության կողմից:

Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարությունը (ԱռՆ), որպես գործադիր պետական առողջապահական մարմին, մշակում և իրականացնում է առողջապահական ոլորտի քաղաքականությունը և գլխավոր ռազմավարական ուղղությունները, ինչպիսիք են՝ մոր, երեխայի և դեռահասի առողջության պահպանումը, ՏԲ-ի դեմ պայքարը, ՄԻԱՎ / ՁԻԱՀ-ի կանխարգելումը, ոչ վարակիչ հիվանդությունները, դատական բժշկությունը՝ նպաստելով առողջ ապրելակերպին և իրականացնելով այլ կանխարգելիչ ծրագրեր, ինչպիսիք

5 Հակոբյան Տ., Նազարեթյան Մ., Մակարովա Տ., Արիստակեսյան Մ., Մարգարյանց Հ., Նոյթ Է., «Առողջապահական համակարգերն անցումային շրջանում. Հայաստանի առողջապահական համակարգի վերանայում»: Փեդսոթու, «Առողջապահական համակարգերի և քաղաքականության եվրոպական դիտակետ», 2006թ. 1817-6119, 8-րդ հատոր, թիվ 6:

են՝ իմունիզացիան, վերարտադրողական առողջությունը և այլն: ԱռՆ նաև ունի սանիտարահամաճարակային վիճակի հսկողության և վերահսկողության, վարակի հսկողության, վիճակագրական տվյալների հավաքագրման, լիցենզավորման, որակի ապահովման և այլ գործառնություններ: ԱռՆ-ն կառուցվածքի ներսում կան ինքնավար միավորներ/գործակալություններ, ինչպիսին է՝ **Պետական առողջապահական գործակալությունը**, որը փաստացիորեն կազմակերպում է պետական երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման հետ կապված աշխատանքների համար հատկացվող միջոցների բաշխումը՝ բժիշկ մասնագետների հետ պայմանագրերի հիման վրա, ինչպես նաև միջոցներ է տրամադրում պետական բյուջեից՝ ապահովելով ֆինանսական միջոցների արդյունավետ օգտագործումը:

ԱռՆ առընթեր նորաստեղծ **Առողջապահական պետական տեսչությունը** իրականացնում է Առողջապահության նախարարությանը վերապահված վերահսկողական գործառնությունները: Գործելով Հայաստանի Հանրապետության անունից՝ Տեսչությունը սահմանում է որակի չափանիշներ, կիրառում է պատժամիջոցներ առողջապահական սպասարկման, աշխատանքի անվտանգության և աշխատանքային օրենսդրության չափանիշներն ու դրույթները խախտելու համար⁶:

Դրա հետ մեկտեղ, ԱռՆ-ում կա ևս մեկ միավորում՝ **Առողջապահության ազգային ինստիտուտը**, որն ապահովում է ազգային կլինիկական ուղեցույցների և չափանիշների մշակումն ու իրականացումը, բժշկական ծառայություններից հավաքագրում է տեղեկատվությունը և վիճակագրական տվյալները, հաստատում է մարդկային ռեսուրսների պետական առողջապահական ռեսուրսը և կատարում է ազգային առողջապահական համակարգի ընդարձակ գնահատումներ:

ԱռՆ-ն Առողջապահական ծրագրերի իրականացման գրասենյակը (ԱԾԻԳ) աջակցում է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարությանը և պատասխանատու է ծրագրի ընդհանուր համակարգման, պլանավորման, կառավարման, վերահսկողության, այդ թվում նաև՝ գնումների և ծրագրի իրականացման ժամանակ հանրային վստահությունը ապահովելու հարցերի մասով: Առողջապահության ֆինանսավորման և առողջության առաջնային պահպանման զարգացման ծրագրի իրականացումը նախաձեռնվել է 1997թ. սեպտեմբերին, երբ Հայաստանի Հանրապետության և Համաշխարհային բանկի միջև կնքվեց վարկային համաձայնագիր: Ավելի ուշ մշակվել են ծրագրեր և համալրվել են առողջության առաջնային պահպանման հզորացման, առողջապահության ֆինանսավորման համակարգի հզորացման, պետական առողջապահության օպտիմալացման և առողջապահության համակարգի արդիականացման ծրագրերով, որոնք ընդգրկում են ոչ միայն առողջապահության ֆինանսավորման, առողջապահական ծառայությունների ստանդարտացման, տնտեսվարումը կատարելագործելուն ուղղված բարեփոխման տարրեր, այլև՝ թարմացում և վերանորոգում, նոր կլինիկաների կառուցում, սարքավորումների և կահույքի տրամադրում, բժշկական անձնակազմի վերապատրաստում: Այս ամբողջ միջամտությունը նպաստել է կատարելագործված ԱԱՊ-ների և Հայաստանի մարզերում/շրջաններում երկրորդային բժշկական հաստատությունների, այդ թվում՝ Երևանում երրորդ կարգի խնամքի որոշ կլինիկաների ստեղծմանը: ԱԾԻԳ-ի «Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման» վարկային ծրագիրը, ֆինանսավորված Համաշխարհային բանկի կողմից, մեկնարկել է 2013թ.-ին: Ծրագրի զարգացման նպատակն է կատարելագործել՝ ա) մոր և մանկան առողջապահական սպասարկումը և առողջապահության առաջնային պահպանման մակարդակում ընտրված ոչ վարակիչ հիվանդությունների վաղ հայտնաբերումը, կանխարգելումը և կառավարումը, ինչպես նաև՝ բ) Հայաստանում ընտրված հիվանդանոցների որակն ու արդյունավետությունը: Ծրագրի շրջանակներում նախատեսվում է իրականացնել ոչ վարակիչ հիվանդությունների (հիպերտոնիա, շաքարային դիաբետ և արգանդի վզիկի քաղցկեղ) նախնական ստուգման միջոցառումներ թիրախային բնակչության շրջանում, որի նպատակն է դրանց վաղ հայտնաբերումը և կանխարգելումը:

Առողջապահության ֆինանսավորումը և բարեփոխումները

1991թ. անկախությունից ի վեր Հայաստանի առողջապահական համակարգը դիմակայել է նշանակալի մարտահրավերների: Առողջապահության բյուջեի կրճատումը սկսվել է 1990-ականների կեսերին և շարունակվել մինչև 2000-2002թթ. (ՀՆԱ-ի 0,80% - 1,10%) և սկսել է աճել մինչև ՀՆԱ-ի 1.7%-ը 2014թ.: Չնայած այն բանին, որ պետական առողջապահության ֆինանսավորումը շարունակաբար աճում է՝ այն դեռևս հեռու է բավարար համարվելուց: Այն կազմում է ընդհանուր առողջապահական ծախսերի 39%-ը, որի զգալի մասը (52%) ստացվում է

6 Հասանելի է՝ <http://www.moh.am>, հունիսի 3, 2015թ.:

առձեռն վճարվող գումարներից⁷:

Պետության կողմից հաշվանցվող գները զգալիորեն տարբերվում են առողջապահական ծառայությունների իրական գներից և բավարար չեն ծածկելու առողջապահական ծառայությունների փաստացի ծախսերը, իսկ բժշկական աշխատողներին վճարելու համեմատաբար ավելի բարձր աշխատավարձ, որն էլ ստվերային շրջանառության և առողջապահական խնամքի սահմանափակ հասանելիության գլխավոր պատճառն է: Համավճարային համակարգը հաստատվել է 2012թ.-ին, որի դեպքում առողջապահական ծախսերի մի մասը վճարվում է ծառայությունից օգտվողների կողմից: Սա, անկասկած, բնակչության համար ֆինանսական դժվարություններ է ստեղծել: Չնայած աշխարհագրական (ֆիզիկական) տեսանկյունից առողջապահության հասանելի լինելու բարձր մակարդակին և այս համակարգից օգտվելու իրավունք ունեցող մարդկանց մեծ թվին և պետության կողմից երաշխավորված անվճար առողջապահական ծառայությունների բազային սոցիալական փաթեթի (ԲՍՓ) մեջ ներառված առողջապահական ծառայությունների լայն շրջանակին, հիվանդ մարդկանց 39%-ը չի դիմել բժշկական օգնության ֆինանսական միջոցների սղության պատճառով⁸:

Վերջին տասը տարիների ընթացքում այս իրավիճակը հաղթահարելու նպատակով Հայաստանի կառավարությունը (ՀԿ) նախաձեռնել է առողջապահական ոլորտի լայնամասշտաբ բարեփոխումներ՝ առողջապահական ծառայությունները վերաուղղորդելով դեպի ավելի արդյունավետ առողջության առաջնային պահպանման համակարգեր և կարևորելով մոր և մանկան առողջությունը, ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելումը, ՏԲ վերահսկողությունը և ՄԻԱՎ/ԶԻԱՀ-ի կանխարգելումը, առողջապահական համակարգի հզորացումը և այլն: Ապակենտրոնացումը, այդ թվում՝ պարտավորությունների փոխանցումը և մասնավորեցումը, նպաստել են առողջապահական ծառայությունների պարտավորությունների տեղափոխմանը ազգային կենտրոնական կառավարությունից դեպի շրջանային կառավարություններ՝ ֆինանսական պարտականությունները կառավարական մակարդակից փոխանցելով հաստատությունների մակարդակի, ինչպես նաև մասնավորեցնելով առողջապահության, ներառյալ ատամնաբուժական և դեղագործական հաստատությունները: Ամենակարևոր բարեփոխումներից մեկը ընտանեկան բժշկության ներմուծումն էր, առաջնային առողջապահության ապահովման (ԱԱՊ) համար ֆինանսավորման աճը (երրորդային բուժօգնության հետ կապված) 2006թ.-ին հասել է ընդհանուր առողջապահական բյուջեի 35%-ին, որը ավելի ուշ՝ 2014թ.-ին, աճել է մինչև 38%-ի: Դա խթան է հանդիսացել Հայաստանի բազային սոցիալական փաթեթի ներքո իրականացվող անվճար հանրային ԱԱՊ ծառայությունների համար: Մեկ այլ առաջընթաց քայլ է բաց գրանցման համակարգի ներմուծումը՝ հիվանդներին տալով իրավունք իրենց հայեցողությամբ ընտրելու ԱԱՊ բժշկին, արդեն իրականացվում են Հայաստանի բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման մասին ՀՀ օրենքի դրույթները՝ ընձեռնելով ազատություն՝ առողջապահության ոլորտը սպասարկող մասնագետի ընտրության հարցում: Արտաքին գնահատողները մեծ նվաճումներ են արձանագրել ազգային ՏԲ վերահսկման ծրագրի շրջանակներում՝ նշելով չորս տարվա ընթացքում նոր քսուկ-դրական թոքային ՏԲ հիվանդների սկզբնական թվաքանակի՝ 14%-ից 8% նվազեցման և դեղակայուն հիվանդության ծրագրային կառավարման մասին: ԶԻԱՀ-ի, տուբերկուլոզի և մալարիայի դեմ պայքարի գլոբալ հիմնադրամի (ԶՀՄԳՀ) և ԱՄՆ ՄԶԳ դրամաշնորհներով ֆինանսավորված ծրագրերը շարունակում են իրականացվել, և արդեն ստեղծվել է ազգային և միջազգային գործընկերների, ԲՀԿ-ների և «Բժիշկներ առանց սահմանների» կազմակերպության հետ սերտ համագործակցություն ԲԴԿ-ՏԲ-իուսումնասիրման և ՄԻԱՎ/ԶԻԱՀ-ի կանխարգելման ազգային ծրագրի աջակցման համար: ՏԲ բուժումը և հակառետրովիրուսային բուժումը շարունակական է՝ ապահովելով այն (նախկին) բանտարկյալների համար, ԲՀԿ-ների շարունակական աշխատանքը կենտրոնացված է թմրամիջոցների ներարկային օգտագործողների (ԹՆՕ) և քաղաքացիական և քրեակատարողական ծառայությունների միջև համագործակցային մեխանիզմների հզորացման վրա⁹:

Օրենքով կարգավորված վերջին կարևոր բարեփոխումը **Բժշկական հաստատությունների լիցենզավորումն** է: Վերջինս ենթարկվել է մի քանի փոփոխությունների և կրկին ուժի մեջ է մտել 2013թ. հունվարից: Բժշկական ծառայությունների տեսակների, հաստատությունների շենքային վիճակի, սարքավորումների, մարդկային ռեսուրսների, սանիտարահամաճարակային չափանիշների, վիճակագրական տվյալների գրանցման հետ կապված որոշ պահանջներ և բժշկական հաստատությունների այլ կարևոր հատկանիշներ և նորմեր հաշվի են առնվում կլինիկային լիցենզիա տրամադրելիս: Օրինակ՝ վիրաբուժական բաժանմունքի համապատասխանությունը

7 Առողջապահական համակարգի գործունեության 2009թ.-ի գնահատումը:
8 Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը Հայաստանում, Տնային տնտեսությունների կենսամակարդակի ամբողջացված հետազոտություն, ՀՀ ԱԱԾ, 2009թ., http://www.armstat.am/file/article/poverty_2009e_4.pdf:
9 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/160864/e96506.pdf:

հաստատելիս ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի առկայությունը պարտադիր պահանջ է:

Արժե նշել շարունակական բժշկական կրթության բարեփոխման անհրաժեշտության մասին, որը պետք է կարգավորվի օրենքով, որի առաջին խորհրդարանական ընթերցումն արդեն տեղի է ունեցել 2015թ. գարնանը: Հուսանք, որ տարեվերջին բժշկական հավատարմագրման համակարգը կկիրառվի յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ անգամ՝ ներկայիս 7-շաբաթյա վերապատրաստման ծրագրի փոխարեն, որն ունի ձևական բնույթ և նշված է «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքում (այսուհետ՝ «Բժշկական օգնության մասին» օրենք):

Նյութական և մարդկային ռեսուրսներ

Հայաստանը հորհրդային Միությունից ժառանգել է ընդգրկուն առողջապահական համակարգ՝ ԱՊՀ շատ երկրների պես հիմնական ուշադրությունը սևեռելով մասնագիտացված բուժօգնության վրա: Թեև առողջապահական բարեփոխումներից հետո հիվանդանոցների և մահճակալների քանակը նվազել է, առողջապահական համակարգը դեռևս համարվում է պահանջվող չափերից ավելի մեծ:

Ըստ ԱռՆ դասակարգման առողջապահական անձնակազմը բաժանվում է բարձրագույն կրթությամբ բուժաշխատողների (բժիշկներ, ատամնաբույժներ, դեղագործներ, կենսաբաններ, քիմիկոսներ, կլինիկական հոգեբաններ և ուրիշներ), միջին մասնագիտական կրթությամբ բուժաշխատողների (բուժքույրեր, մանկաբարձներ, ֆիզիոթերապևտներ, մասնագիտական թերապևտներ, մասնագետ-տեխնիկներ և ուրիշներ) և օժանդակ անձնակազմի (տեխնիկական և հատուկ ծառայություններ, սպասարկման անձնակազմ և այլն):

Ըստ ԱԱԻ-ի՝ բժիշկների թվաքանակը 10 000 բնակչի հաշվով 39 է, ինչը մոտ է եվրոպական միջին վիճակագրական ցուցանիշներին, այդ բժիշկների մոտ 44%-ը աշխատում են հիվանդանոցներում:

2014թ. ԱԱԻ-ի կողմից իրականացված առողջապահական համակարգի գործունեության վերջին գնահատումը ցույց է տվել, թե որքանով է բժշկական բուհերի շրջանավարտների թիվը գերազանցում հարևան երկրների, ԵՄ և ԱՊՀ երկրների նույն թվին: Չնայած դրան՝ առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) համակարգում և գյուղական վայրերի առողջապահական հաստատություններում զգացվում է մարդկային ռեսուրսների պակաս:

Երևանի պետական բժշկական համալսարանը (ԵՊԲՀ) և 2 այլ մասնավոր բուհեր ապահովում են Հայաստանում բժշկության բակալավրի/մագիստրոսական կրթությունը: Առողջապահության ազգային ինստիտուտը (ԱԱԻ) և Երևանի պետական բժշկական համալսարանը (ԵՊԲՀ) կազմակերպում են բժշկական մասնագետների և ընտանեկան բժիշկների հետբուհական կրթությունը:

Բ. Քրեակատարողական հիմնարկների առողջապահական հաստատությունների կազմակերպական կառուցվածքը

Քրեակատարողական համակարգում բժշկական օգնության և բոլոր սանիտարահիգիենիկ և բժշկական նորմերի կազմակերպումը կարգավորվում 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**» ՀՀ կառավարության թիվ 825-Ն որոշմամբ:

Այն սահմանում է բոլոր նորմերը, բժշկական ծառայության վարչության դերերը և պարտականությունները, բուժմասերի անձնակազմի աշխատանքային նկարագիրը, բուժմասերի, դատապարտյալների հիվանդանոցի և ՔԿՀ բժշկական ծառայության վարչության բժշկական ընթացակարգերը, պաշտոնական բժշկական հաշվետվությունների ձևերը, ցանկերը, որոշումները և հաշվետվությունների մեխանիզմները: Այն արձակվել է 2006թ., թեև այս քաղաքականության փաստաթղթի մշակումը սկսվել էր դեռևս 2001թ.: Այն պարունակում է բազմաթիվ սահմանումներ, հաշվետու փաստաթղթեր և ցուցակներ, որոնք չեն համապատասխանում առողջապահության ոլորտի վերջին զարգացումներին:

Կառավարության թիվ 825-Ն որոշման համաձայն կալանավորված և դատապարտված անձանց համար նախատեսված կառույցների սանիտարահիգիենիկ չափանիշները հիմնված են պետական օրենսդրության և հիգիենայի պահպանման վերաբերյալ կարգավորումների վրա, ինչպես նաև՝ հիգիենիկ և հակահամաճարակային

միջոցների վրա: Հիգիենայի և սանիտարական պայմանների վերահսկողությունը պետք է իրականացվի ՔԿԸ բժշկական սպասարկման վարչության կողմից: Այնուամենայնիվ, դիտարկված բանտերից շատերը, դրանց բուժմասերը, ինչպես նաև՝ դատապարտյալների հիվանդանոցը, այդ նորմերից և չափանիշներից բոլորովին հեռու են: Ավելին, այդ վարչության գործառույթն է նաև ուսումնասիրությունների անցկացումը, ինչպես նաև՝ հիվանդությունների պատճառները բացահայտելու համար հանձնաժողովների ստեղծումը և կանխարգելիչ միջոցառումներ իրականացնելը:

Որպես վերահսկող մարմին՝ ՔԿԸ բժշկական սպասարկման վարչությունը և Արդարադատության նախարարությունը 3 տարի ժամկետով ստեղծել են **Բժշկական աշխատանքային հանձնաժողով** (ԲԱՀ), որը բաղկացած է վիրաբույժից, ընդհանուր մասնագիտացմամբ բժշկից, նյարդաբանից և այլոցից (մինչև 5 մասնագետ), այս հանձնաժողովը կալանավորների/դատապարտյալների ծանր հիվանդությունների պատճառով քրեական պատիժների հետաձգման հարցում վճռորոշ դեր խաղացող մարմին է: ԲԱՀ-ը նաև ուսումնասիրում է գործերը, հաստատում է ուղեգրերը, կազմակերպում է քրեակատարողական առողջապահական համակարգից դուրս խորհրդակցություններ և ախտորոշման գործընթացները: Այնուամենայնիվ, հանրային պաշտպանի գրասենյակը (ՀՊԳ) և ազգային կանխարգելման մեխանիզմի (ԱԿՄ) ներկայացուցիչները տեղեկացնում են ԲԱՀ-ի և և միջգերատեսչական բժշկական հանձնաժողովի որոշումների անհարկի ձգձգումների մասին, որի պատճառ են նրանց հանդիպումների և շահագրգիռ բանտարկյալներին կատարած այցելությունների սակավաթիվությունը:

ՔԿԸ բուժմասի աշխատանքը կարգավորվում է նաև բազմաթիվ այլ քաղաքացիաիրավական ակտերով, կանոնակարգերով և օրենքներով, ինչպիսիք են՝ «Պետական գնումների մասին» համաձայնագիրը, «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքը, պալիատիվ խնամքի վերաբերյալ հայեցակարգը, ՀՀ առողջապահության նախարարի 2005 թվականի հունիսի 2-ի «ՀՀ տարածքում նարկոլոգիական հիվանդությունների բուժման ստանդարտները» հաստատելու մասին» թիվ 532-Ա և 2006 թվականի դեկտեմբերի 12-ի «Օփիոիդային թմրամոլության փոխարինող բուժման կլինիկական ուղեցույցը» հաստատելու մասին» թիվ 1440-Ա հրամանները և այլն: Չնայած այդ օրենքների և կանոնակարգերի գոյությանը՝ դեռևս բացահայտվում են բազմաթիվ բացթողումներ, որոնց առնչությամբ պահանջվում է անհապաղ կատարել փոփոխություններ կամ լրացումներ: Այսպես օրինակ, «հիվանդների կողմից իրենց բողոքի իրավունքի իրացմանը խոչընդոտող էական բաց է հստակ սահմանման բացակայությունը այն մասին, թե ում է պետք տեղեկացնել առողջապահական իրավունքների խախտման մասին: Բժշկական օգնության մասին օրենքի 19-րդ հոդվածը սահմանում է՝ «բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողները» պատասխանատվություն են կրում ապօրինի բժշկական գործունեությամբ զբաղվելու համար, հատկապես այն դեպքերում, երբ դրանց մեղքով մարդու առողջությանը հասցվել է վնաս: «Բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողներ» արտահայտությունը շատ կասկածելի է, այն հիվանդներին թողնում է անորոշության մեջ՝ անպատասխան թողնելով հարցադրումները առ այն, թե ոչ պատշաճ բժշկական ծառայության կապակցությամբ¹⁰ ինչպես և որտեղ է հնարավոր ներկայացնել բողոք: Հասարակական դիտորդական խումբը, Մարդու իրավունքների պաշտպանի գրասենյակի և ԽԿԿ զեկույցները մշտապես անդրադառնում են այն հարցին, թե, ի վերջո, ի՞նչ է պատասխանատու բժշկական օգնության ծառայությունների մատուցման, դրանց որակի բարելավման համար, եթե ամեն տարի միևնույն հետազոտություններն ու հաշվետվությունները հասնում են իշխանությունների ամենաբարձր մակարդակներին, ամեն տարի նորից բարձրացվում են միևնույն հարցերը՝ առանց փոփոխման որևէ հեռանկարի:

Կան տասներկու ՔԿԸ բուժմասեր, այդ թվում՝ հիվանդանոցինը, որոնք պատասխանատու են բանտարկյալների առողջության համար: ՔԿԸ-ում առողջապահության ընդհանուր վերահսկողությունը և կառավարումը կատարվում է ՔԿԸ բժշկական սպասարկման բաժնի կողմից, որն անմիջականորեն վերահսկվում է քրեակատարողական վարչության կողմից, ուստի, այն գտնվում է վերջինից ամբողջապես կախյալ վիճակում:

Բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպումը տարբերակվում է հետևյալ կերպ՝ ինչպես քաղաքացիական առողջապահական համակարգում՝ ընդհանուր մասնագիտացմամբ բժիշկները բուժքույրերի և բուժակների հետ միասին կազմում են առաջնային բժշկական սպասարկման անձնակազմը, որը պատասխանատու է ոչ միայն առաջնային առողջապահական պահպանման ծառայությունների համար, այլև, ըստ քրեակատարողական առողջապահական սպասարկման կանոնակարգերի, այդ անձնակազմը նախաձեռնում է առողջության խթանման միջոցառումներ և վերահսկում է սանիտարական վիճակը և հիգիենան, այդ թվում նաև՝ սնունդը:

10 <http://www.hhrjournal.org/2013/12/06/identifying-the-gaps-armenian-health-care-legislation-and-human-rights-in-patient-care-protections/>:

Առողջության առաջնային պահպանման գործող ծառայության բաժանմունքները կամ միավորները, կախված բանտերի չափից և բանտարկյալների թվից, ունեն բաժանմունքների պետեր, որոշ ստորաբաժանումներ, ինչպես օրինակ՝ Նուբարաշեն ՔԿՀ-ում, փոքր վիրահատությունների կամ ՏԲ ստորաբաժանումները ունեն ընդհանուր թվով 18 բժիշկ, բուժքույրեր և այլ բուժաշխատողներ, կամ հնարավոր է, որ այն բաղկացած լինի մեկ միավորից՝ 1-2 ընդհանուր պրակտիկայի բժշկից և մի քանի բուժքրոջից: Վանաձոր ՔԿՀ-ն վերջին չորս տարվա ընթացքում չի ունեցել բժիշկ, և ամենօրյա ամբողջ բժշկական օգնությունը տրամադրվում է հինգ կին բուժակների կողմից, միայն երբեմն առողջության առաջնային պահպանման շրջանային կենտրոնից կանչվում է ընտանեկան բժիշկ: Քրեակատարողական հիմնարկներից մի քանիսն ունեն ատամնաբուժական բաժանմունքներ, թեև Կառավարության թիվ 825 որոշումը սահմանում է, որ դա պարտադիր է, սակայն դա կախված է հաստատության մեծությունից, բանտարկյալների թվաքանակից, անձնակազմի և սարքավորումների հասանելիությունից:

Երևանի դատապարտյալների հիվանդանոցը համարվում է **երկրորդային մակարդակի** հաստատություն, որն ունի հետևյալ բաժանմունքները՝ թերապևտիկ, վիրաբուժական, տուբերկուլոզի՝ իր ստորաբաժանումներով (մշտական ՏԲ բաժանմունք և բազմադեղակայուն ՏԲ բաժանմունք)՝ մանրէաբանական լաբորատորիայով, նարկոլոգիական և հոգեբուժական բաժանմունքներ, վարակային հիվանդությունների բաժանմունք: Կա նաև ատամնաբուժական մաս, ֆունկցիոնալ ախտորոշման և ֆիզիոթերապիայի բաժին, ինչպես նաև՝ կլինիկական և բիոքիմիական լաբորատորիա: Այնուամենայնիվ, հիվանդանոցում չկա ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք (ԻԹԲ), որը Առողջապահական հաստատությունների համար «Լիցենզավորման մասին» օրենքի համաձայն՝ հանդիսանում է պարտադիր պայման բոլոր այն քաղաքացիական հիվանդանոցների համար, որոնք ունեն վիրաբուժական բաժանմունք: Գնահատման այցի ժամանակ հիվանդանոցի 464 մահճակալներից զբաղված էին միայն 134-ը:

Ներկայումս, քաղաքացիական հիվանդանոցները բանտարկյալներին լայնորեն մատուցում են մասնագիտացված առողջապահական ծառայություններ: 2014թ.-ին հիվանդանոցային բուժման ուղեգրումների երկու երրորդը հասցեագրվում էին դեպի քաղաքացիական հիվանդանոցներ: Գործի բնույթից կախված (եթե հրատապ է և պահանջվում է նեղ մասնագիտական միջատություն) կամ եթե բանտարկյալը ցանկանում է վճարել իրեն մատուցված ծառայությունների համար, ապա դիմում են որոշ քաղաքացիական հիվանդանոցների, ինչպիսիք են՝ Էրեբունի բժշկական կենտրոնը, Իզմիրյան բժշկական կենտրոնը և այլն: Բժշկական սպասարկման ծառայություններին՝ ՔՀԿ-ից դուրս դիմելը դառնում է ավելի կիրառելի և նաև ավելի է հրապուրում բանտարկյալներին հատկապես, որ բանտարկյալներն այժմ իրավունք ունեն ընտրելու, թե ուր են ցանկանում ուղղեգրվել, եթե ի վիճակի են վճարել դրա համար: Քաղաքացիական հիվանդանոց ուղեգրումը կատարվում է նաև այն դեպքում, երբ դատապարտյալների հիվանդանոցը չունի պահանջվող մասնագիտացված ծառայությունները, մասնավորապես՝ դատապարտյալների հիվանդանոցում մասնագետների պակասի պատճառով (ներկայումս թափուր է գլխավոր վիրաբույժի հաստիքը):

Ինչ վերաբերում է բուժաշխատողների **կադրային համալրմանը և թափուր տեղերին**, ապա 12 քրեակատարողական հիմնարկներից 8-ի բուժմասերն ունեն բժիշկների, բուժքույրերի և այլ բժշկական անձնակազմի կարիք (ընդհանուր առմամբ՝ 18 թափուր հաստիք): Դատապարտյալների հիվանդանոցը նույնպես ունի 10 թափուր տեղ, որից 5-ը՝ բժշկի, և 5-ը՝ բուժքրոջ տեղ: Այդ թափուր տեղերի պատճառով ՔԿՀ շատ բուժմասեր ունեն գիշերը հերթապահող միայն մեկ բուժակ, իսկ անհրաժեշտությունը ծագելու դեպքում կամ բժիշկ է կանչվում, կամ շտապօգնություն: Նույնիսկ դատապարտյալների հիվանդանոցում ամբողջ հիվանդանոցի համար կա գիշերը հերթապահող ընդամենը մեկ բժիշկ և երեք բուժքույր/բուժակ: Դատապարտյալների հիվանդանոցի անվտանգության անձնակազմի թվաքանակը երկու անգամ գերազանցում է բուժքույրների թվաքանակին: Բացի այդ, բազմաթիվ մասնագետներ աշխատում են պայմանագրային հիմունքներով՝ ծառայությունները մատուցելով վճարովի հիմունքներով ինչը ստեղծում է որոշ դժվարություններ, որոնցից են ամենից առաջ երկարաժամկետ նվիրյալ մասնագետներ ունենալու խնդիրը, և երկրորդը՝ բուժօգնության տրամադրման շարունակականության ապահովումը:

Մեծ թվով թափուր աշխատատեղերի առկայությունը հաստատում է շահագրգիռ կողմերի կողմից և հաշվետվություններում արված հայտարարություններով առ այն, որ՝ «քրեակատարողական բժշկական ծառայությունները բոլորովին գրավիչ չեն բժիշկների և բուժքույրերի համար»: Բժշկական ծառայության բաժնի ղեկավարը նշում է նաև ՔԿՀ-ում աշխատող բժիշկների՝ քաղաքացիական բժիշկների համեմատությամբ ավելի ցածր աշխատավարձերի մասին (180,000-ից մինչև 250,000 ՀՀ դրամ): Նույնիսկ եթե այդ աշխատավարձի միջակայքը գրավիչ

է թվում Երևանի ԱԱՊ մակարդակի բժիշկների աշխատավարձի համեմատությամբ, քանի որ վերջիններս վաստակում են ամսական 100,000-120,000 ՀՀ դրամ, «այն բավականին հեռու է Երևանում կամ նույնիսկ մարզային հիվանդանոցներում աշխատող բժիշկների վաստակած գումարից», - նշում է բժշկական սպասարկման բաժնի ղեկավարը: Պատճառների թվում է նաև քրեակատարողական համակարգում մասնագիտական անկախության փաստացի բացակայությունը, դժվարին աշխատանքային պայմանները (այսինքն՝ դժվար հիվանդների բժշկական խնամքը անբարենպաստ միջավայրում), զինվորական բժշկական անձնակազմի համար ՔԿՀ-ից դուրս բժշկական աշխատանք կատարելու արգելքը և բանտերում աշխատող բժիշկների ցածր մասնագիտական հեղինակությունը և սոցիալական կարգավիճակը:

ԱՆ ամբողջ անձնակազմի, այդ թվում նաև՝ քրեակատարողական վարչության, **վերապատրաստման և մասնագիտական զարգացման** համար պատասխանատու է ԱՆ ներքո գործող Իրավաբանության ինստիտուտը (ԻԻ): Ի լրումն ԻԻ լրիվ դրույքով աշխատակազմին՝ դրսից հրավիրվել է ևս 50 դասախոս: Մեկից երկու շաբաթ տևողությամբ վերապատրաստման դասընթացները, նախատեսված հիմնական և բարձր մակարդակների ուսուցման համար, իրականացվում են Կարբի գյուղի վերապատրաստման կենտրոնում: Ավելի քան 6 տարի է, ինչ քրեակատարողական անձնակազմը ներառվել է վերապատրաստման ծրագրերում, ուսումնական և առարկայական ծրագրերը պետք է հաստատվեն Արդարադատության նախարարության կողմից և պետք է բաղկացած լինեն ամբողջ անձնակազմի համար նախատեսված ֆիզիկական պատրաստվածության և հրաձգության դասընթացներից, ինչպես նաև պետք է ներառեն մարդու իրավունքների, պրոբացիայի մասին նյութեր և այլ թեմաներ: Կարևորագույն բաղադրիչներից մեկը անձնակազմի վերապատրաստումն ու շարունակական բժշկական կրթությունն է (ՇԲԿ): Բժշկական անձնակազմը չի անցել որևէ վերապատրաստում կամ այլ ՇԲԿ միջոցառում, բացառությամբ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման և տուբերկուլյոզի վերահսկման և կանխարգելման վերաբերյալ մի քանի դասընթացների: Ներկայումս քրեակատարողական համակարգում աշխատող բուժանձնակազմի համար չկա որևէ կոնկրետ շարունակական բժշկական կրթության հնարավորություն: Բուժաշխատողների համար հատուկ դասընթացները պետք է իրականացվեն Առողջապահության նախարարության, ԱԱԻ-ի և Երևանի պետական բժշկական համալսարանի հետ համագործակցությամբ, բայց ծրագիրը դեռևս իրականացված չէ: Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային նոր կենտրոնը պետք է մշակի ուսումնական ծրագիր հատուկ բժշկական վերապատրաստման համար:

Զարմանալի հակասություն է նկատվում քրեակատարողական ոլորտի անձնակազմի վերապատրաստման համար պատասխանատու լավ համալրված ԻԻ-ի և քրեակատարողական հաստատությունների ներքո գործող անխտիր բոլոր բուժճառայությունների անձնակազմերի կողմից գնահատման թիմի հետ հանդիպման ժամանակ բարձրաձայնված վերապատրաստման իսպառ բացակայության ու հրատապ կարիքի միջև:

Ամփոփելով գործող օրենքների և Կառավարության որոշումների ուսումնասիրության, քրեակատարողական համակարգի ներքո գործող բժշկական ծառայությունների և տարածքային բժշկական հաստատությունների անձնակազմերի ղեկավարության հետ ունեցած հարցազրույցների, քրեակատարողական հիմնարկներում և դատապարտյալների հիվանդանոցում կատարված դիտարկումների, հիմնական շահագրգիռ կողմերի հետ հանդիպումների, բանտերում մոնիտորինգ իրականացնող հասարակական դիտորդական խմբի հետ ունեցած հանդիպումների, արդյունքները, քրեակատարողական համակարգի և ծառայությունների վերաբերյալ հաշվետվությունները՝ տրված Մարդու իրավունքների պաշտպանի գրասենյակի և ԽԿԿ-ի կողմից, հարկ է նշել, որ քրեակատարողական համակարգի բժշկական ծառայությունն ամբողջապես առանձնացված է հանրային առողջապահական հատվածից՝ այդ թվում նաև այս համակարգի ներսում ընթացող բարեփոխումների, մասնավորապես՝ օրենսդրական կարգավորումների, որակի վերահսկման, լիցենզավորման կարգավորումների, բողոքի մեխանիզմների և մասնագիտական զարգացման առումով:

Առաջարկություններ

★ Անհրաժեշտ է նախաձեռնել քրեակատարողական հիմնարկների բուժսպասարկման վերաբերյալ օրենսդրական կարգավորման համակարգի փոփոխություններ՝ այն հասցնելով կանոնակարգման և մասնագիտական մրևնույն մակարդակին, ինչհամայնքային բուժճառայությունն է: Մասնավորապես, ապահովել համարժեք մասնագիտական վերահսկման մեխանիզմներ, ինչպես օրինակ՝ արտոնագրման պահանջներ, որակի վերահսկողություն (արձանագրություններ և ուղեցույցներ), բժշկական փաստաթղթերի և հաշվետվողակա-

նության պարտավորություններ բանտերում առողջապահական ոլորտի մասնագետների և համայնքային բուժաշխատողների համար: Տալ հիվանդների և բժիշկների կողմից ներկայացվող բողոքարկման ընթացակարգերի հստակ սահմանումները: Քրեակատարողական օրենսգրքում ամրագրել աներկբա բժշկական մասնագիտական անկախության և գաղտնիության, ինչպես նաև՝ բժշկական էթիկայի մյուս սկզբունքները:

- ★ Վերակազմակերպել քրեակատարողական առողջապահության կազմակերպական և կառավարման համակարգերը համայնքում հանրային առողջապահության վերջին նորարարական զարգացումներին զուգահեռ՝ գործադրելով ջանքեր և կիրառելով ԱռՆ գործակալությունների, Պետական առողջապահական գործակալության, Առողջապահական պետական տեսչության, ԱԱԻ և Առողջապահական ծրագրերի իրականացման գրասենյակի (ԱԾԻԳ) փորձը՝ վերջիններիս համատեղ նախաձեռնությամբ: Ամենակարևորը՝ բանտի բուժսպասարկման ծառայությունները պետք է դուրս բերվեն Քրեակատարողական վարչության ենթակայությունից՝ մասնագիտական բժշկական անկախությունն ապահովելու նպատակով: Մասնագիտական վերահսկումը պետք է իրականացվի մասնագիտական առողջապահական մարմինների կողմից, ինչպիսիք են՝ Առողջապահության նախարարության կառույցները:
- ★ Ապահովել համապատասխան խթաններ բժիշկ մասնագետներին հրապուրելով դեպի բանտային բուժօժանոցայություններ և ապահովելով այդ ծառայությունների համալրումը:
- ★ Քրեակատարողական բուժանձնակազմին ինտեգրել միևնույն որակավորման և վերապատրաստման ընթացիկ պահանջներում (ՀԿԿ վարկավորում), ինչ կիրառվում է համայնքային բուժանձնակազմի դեպքում:
- ★ Քրեակատարողական առողջապահության վիճակագրությունը ներմուծել ազգային/միջազգային հաշվետու գործիքներում այնպես, ինչպես դա արվում է երկրի այլ առողջապահական հաստատությունների դեպքում:

ՄԱՍ 2. Նյութական պայմանները

Գնահատման թիմն այցելել է 6 ՔԿ-ների բուժմասերը (Կենտրոն, Նուբարաշեն, Աբովյան, Արմավիր, Վանաձոր, Սևան), դատապատյալների հիվանդանոցը և Նուբարաշեն քաղաքացիական հոգեբուժարանն՝ իր դատա-հոգեբուժական բաժանմունքով: Այս բուժմասերի նյութական պայմանների գնահատումը հնարավոր է դարձել գնահատման թիմի անմիջական զննության շնորհիվ: Նախկինում ներկայացված բազմաթիվ այլ հաշվետվությունների (մշակված ԵԽ, ԽԿԿ, Հասարակական դիտորդական խմբի և այլոց կողմից) շնորհիվ լրացվել է այն քրեակատարողական հիմնարկների բուժմասերի նյութական պայմանների վերաբերյալ տեղեկատվությունը, որոնք ներկայիս գնահատման այցի շրջանակներում չեն այցելվել: Գիտակցելով, որ բանտարկյալների կենսապայմանները էական դեր են խաղում բանտարկյալների առողջության պահպանման հարցում, գնահատման թիմը ցավում է, որ ժամանակի սղության պատճառով բանտարկյալների կացարանների նյութական պայմանների գնահատումը սույն այցի շրջանակներում հնարավոր չի եղել իրականացնել:

Շինությունները. Որոշ ՔԿ-ների բուժմասերի նյութական պայմանները խիստ անբարենպաստ են հին բանտային կառույցների կիսաքանդ վիճակի պատճառով, որոնք ունեն վերանորոգման և վերակառուցման կարիք: Ավելին, այդ բուժմասերի մեծամասնության բժշկական խորհրդատվության սենյակները շատ փոքր են և չունեն համապատասխան տարածք: Կենտրոն ՔԿ-ում ատամնաբուժական աթոռը տեղադրված է ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի սենյակում՝ զբաղեցնելով խորհրդատվական այդ փոքր սենյակի կեսը: Շատ բժշկական միավորներ պարզապես չունեն սպասարահներ՝ նախատեսված հիվանդների և անվտանգության աշխատակիցների համար, այսպիսով, դրդելով անվտանգության աշխատակցին հիվանդի հետ միասին գտնվել միևնույն խորհրդատվության սենյակում: Բացի այդ, ՀՊԳ և ԱԿՄ զեկուցել են այն մասին, որ Երևանի Կենտրոն ՔԿ-ում և Կոշ քրեակատարողական հիմնարկում տարածքի բացակայության պատճառով չկան կարանտինային ստորաբաժանումներ, որեղ նոր ժամանած բանտարկյալներն առանձնացվում են մինչև համապատասխան հետազոտության ավարտը: Ֆիզիկական հաշմանդամություն ունեցող բանտարկյալների համար չկան համապատասխան հարմարանքներ, ինչպես օրինակ՝ թեքահարթակներ և համապատասխան զուգարաններ:

Խորհրդային ժամանակներում և խորհրդային բանտի ռճով կառուցված ու դեռևս գերձանրաբեռնված **Նուբարաշեն ՔԿ**-ի պետը հայտարարել է, որ ցանկացած վերանորոգման աշխատանք անօգուտ կլինի, քանի որ շենքը կառուցված է «այնպիսի հողի վրա, որի տակով ջուր է հոսում»: Բացի այդ, շենքի ներսը փնթի և կեղտոտ է, որոշ հատվածներում մեզի հոտը մտահոգիչ է, իսկ բուժմաս տանող կամրջակի վրայով քայլելիս (որտեղով բանտարկյալները միշտ անցնում են պահակների ուղեկցությամբ) գնահատման թիմը ստիպված է եղել քայլ

անել մեզի լճակի վրայով: Տուբերկուլոզի բաժանմունքի հիվանդների սենյակը (ներկայումս ունի 10 հիվանդ) գնահատման թիմը չի այցելել, բայց այն նկարագրվել է որպես մութ սենյակ՝ փոքր պատուհաններով, որոնք չեն բացվում ամռանը շոգի պատճառով, և այնտեղ չկա օդափոխության համակարգ, ինչպես նաև՝ ուլտրամանուշակագույն սարքեր:

Աբովյան կանանց քրեակատարողական հիմնարկի փակ ռեժիմով բաժանմունքի գինեկոլոգիական և ատամնաբուժական խորհրդատվության սենյակների պատերը խոնավ են, և կա բորբոսի գարշահոտություն:

Լուրջ մտահոգություն է առաջացնում **դատապարտյալների հիվանդանոցի** զուգարանների և ցնցուղասենյակների վիճակը, որտեղ թերապիայի բաժանմունքի աշխատակիցների վկայությամբ զուգարանը և սանհանգույցը ամբողջովին խարխուլ վիճակում են, պատերը՝ քանդված ներկով/գաջով և դուրս եկած խողովակներով: Պատերին կարելի է տեսնել գարշահոտություն առաջացնող բորբոս, սենյակները կեղտոտ են, և կիսաքանդ վիճակի պատճառով իսկապես դժվար է դրանք մաքրել: Հիվանդանոցի սանիտարական սենյակների հիգիենիկ վիճակը ուղղակի սպառնալիք է ստացիոնար բուժում անցնող հիվանդների առողջության համար: Հատկանշական է, որ 2000թ. Էկեյդի/Արպոյի զեկույցում առաջարկվում էր փակել դատապարտյալների հիվանդանոցը՝ վատ սանիտարական/հիգիենիկ պայմանների պատճառով: Մեկ այլ ուշագրավ դիտարկում է այն, որ դատապարտյալների հիվանդանոցում որոշ հիվանդասենյակները նման էին անձնական սենյակների՝ սեփական կահույքով և ակվարիումով, կարծես դրանք զբաղեցված էին երկար ժամանակով միևնույն անձանց կողմից, և դրանք ոչ մի կերպ հիվանդասենյակների տպավորություն չէին թողնում: Դատապարտյալների հիվանդանոցի մասին ընդհանուր տպավորությունն այն էր, որ ո՛չ հիվանդասենյակները և ո՛չ էլ բժշկական պրոցեդուրաների սենյակները, զուգարանները կամ սանհանգույցները չեն համապատասխանում հիվանդանոցային խնամքի նորմերին և չափանիշներին:

Սրան հակառակ, **Արմավիր ՔԿԿ** համալիրը՝ նախագծված բանտերի հայտնի ճարտարապետի կողմից, ընդարձակ և լուսավոր կենսապայմաններ կապահովի 1200 բանտարկյալների համար և կնվազեցնի Նուբարաշեն ՔԿԿ-ի գերբնակեցումը: Ներկայումս, միայն երկու շենք են շահագործման հանձնված՝ յուրաքանչյուրը նախատեսված 200 բանտարկյալի համար: ՔԿԿ-ի ընդարձակ բուժմասից ներկայումս շահագործվում է ընդամենը մի քանի սենյակ. այն բաղկացած է երկու վիրաբուժական սենյակներից՝ իրենց օժանդակ սենյակներով, ամբուլատոր ընդարձակ սենյակներից, ինչպես նաև՝ ստացիոնար բուժման բաժանմունքներից՝ նախատեսված 120 հիվանդի համար: Մահճակալների թիվը նախատեսված է բանտարկյալների ընդհանուր թվի 1:10 հարաբերակցությամբ, ինչը գալիս է նախկին խորհրդային բանտերից, ինչպես նաև՝ պայմանավորված է դատապարտյալներին կալանավորներից նաև բուժմասերում առանձնացնելու անհրաժեշտությամբ: Հիվանդասենյակները լուսավոր են՝ մեծ ճաղերով պատուհաններով, հատակները պատված են ծածկույթով, պատերը ներկված են, հիվանդասենյակներից շատերը դեռևս կահավորված չեն: Մի քանի սենյակներում տեղադրված են նվիրատվությամբ ստացած էլեկտրական կարգավորմամբ մահճակալներ: Ախտորոշման պրոցեդուրաների համար նախատեսված մի քանի սենյակներ պատուհաններ չունեն: Այնտեղ չափազանց շոգ է: Օդափոխությունը տեղադրված է միայն առանց պատուհանների սենյակներում, սակայն անհայտ պատճառներով չի աշխատում: Աշխատանքային թերապիայի և ինտենսիվ թերապիայի ժամանակակից աշխատանքի համար, հավանաբար, լրացուցիչ սարքեր տեղադրելու կարիք կլինի (օրինակ՝ օդային խողովակների), ինչի համար ամենայն հավանականությամբ, կպահանջվի այդ սենյակներում պատերի մեջանցք բացել:

Սարքավորումներ. Առողջության առաջնային պահպանման միավորները՝ Ընդհանուր առմամբ, առողջության առաջնային պահպանման միավորների սարքավորումները պարզունակ են, բավականին հին, որոշ մասը հնացել է կամ չափաբերված չէ կամ այլևս չի գործում վերանորոգման համար անհրաժեշտ պահեստամասերի բացակայության պատճառով: Արմավիր նոր ՔԿԿ-ում ատամնաբույժը դրսից բանտի բուժմաս է բերում ատամնաբուժական գործիքներ, քանի որ ներկայումս բանտի ատամնաբուժական սարքավորումները սահմանափակվում են սոսկ ատամնաբուժական աթոռով: Անհրաժեշտ սարքավորումների ցանկը, ըստ առողջության առաջնային պահպանման միավորների բուժաշխատողների ընդգրկում է՝

Գործիքների անվտանգ (ամուր և ջրակայուն) զամբյուղ-տուփ՝ օգտագործված/աղտոտված սուր գործիքների համար (ասեղներ, ներարկիչներ, սայրեր և այլն), մեզի հետազոտության համար տարա, գլուկոմետր, օտոսկոպ, օֆտալմոսկոպ, չափաբերված ժամանակակից ավտոկլավներ, բժշկական սառնարան ջերմազգայուն դեղորայքի պահպանման համար (օրինակ՝ ինսուլինի), հիմնական վերակենդանացման սարքավորումներ (ռեսպիրատոր դիմակ և առաջին բուժօգնության տուփեր), հիմնական վիրաբուժական գործիքներ և վիրահատական սե-

ղան մանր վիրաբուժական միջամտությունների համար, ատամնաբուժական գործիքներ (ատամը հեռացնելու հարմարանքներ), ատամնաբուժական ռենտգեն սարքավորում: Չնայած էլեկտրոկարդիոգրամային սարքերի հնացած լինելուն, հիմնականում դրանք գործում են: Սևան ՔԿՀ-ի բուժմասին անհրաժեշտ է նոր (թվային) ռենտգենային սարք:

Գնահատման թիմին տրամադրվել է ՀՀ արդարադատության նախարարության քրեակատարողական հիմնարկների բժշկական սարքավորումների ցանկը, որտեղ ներառված են քրեակատարողական հիմնարկների ամբուլատոր պոլիկլինիկական բժշկական սպասարկման համար անհրաժեշտ հիմնական սարքավորումների ցանկը և դատապարտյալների հիվանդանոցում և բանտերի բուժմասերում բժշկական գույքագրման ցանկը՝ նշելով, որ որոշ բացառություններով, բոլոր այս սարքավորումները «աշխատում են»: Որքանով գնահատման թիմը կարող է դատել բուժաշխատողների զեկույցներից, այս ցանկերն այնքան էլ չեն համընկնում քրեակատարողական բուժանձնակազմի իրական փորձառության հետ:

Այնուամենայնիվ, բոլոր այցելած բանտերում առողջության առաջնային պահպանման անձնակազմին իրենց կարիքների մասին հարցնելիս՝ նախքան սարքավորումների անհրաժեշտության մասին խոսելը բոլորը առաջնահերթ են համարել նշել մասնագիտական վերապատրաստման մասին:

ՔԿՀ-ներում առողջության առաջնային պահպանման (ԱԱՊ) միավորների համար սարքավորումների հետ կապված գլխավոր խնդիրները հետևյալն են՝

1. Քրեակատարողական ԱԱՊ միավորների համար ԱԱՊ նվազագույն պահանջների ստանդարտացված ցանկ չկա, որպեսզի վերջինս լիցենզավորվի որպես ԱԱՊ միավոր:
2. 2007թ. ի վեր բժշկական սարքավորումների ձեռքբերման համար չկա հատուկ բյուջեի հատկացման գիծ:
3. Ներկայիս հասանելի սարքավորումները կարիք ունեն լիազորված առողջապահական գործակալությունների կամ տեխնիկական մասնագետների կողմից անհապաղ մասնագիտական գնահատման (հաստատման/չհաստատման):

Քրեակատարողական հիմնարկում **մասնագիտացված (երկրորդային) բուժօգնության** մասով պետք է նշել, որ դատապարտյալների հիվանդանոցի նյութական պայմանները, ինչպես և սարքավորումները բոլորովին բավարար չեն հիվանդանոցի կարիքները հանդիպելու համար. լուրջ սանիտարական/հիգիենիկ խնդիրներ առաջացնող շենքի նյութական պայմանները պարզապես սպառնալիք են հիվանդների առողջության համար, իսկ նվազագույն պահանջները բավարարող պարագաների բացակայությունը, ինչպես, օրինակ՝ ինտենսիվ թերապիայի միավորի՝ մոնիտորինգի հետ միասին, կենսաապահովման և ժամանակակից վերակենդանացման սարքավորումների, որոնց բացակայության պարագայում պետք է բացառվի հաստատությանը, որպես խոշոր վիրաբուժական բաժանմունք ունեցող հիվանդանոցի, լիցենզիայի տրամադրումը: Ոչ վիրահատական երկրորդային բուժօգնության բաժանմունքը պետք է տեղափոխվի նորակառույց շինություններ (ինչպես օրինակ՝ Արմավիր ՔԿՀ-ի ընդարձակ բուժմասը), որոնք ապահովում են հիվանդանոցային խնամքին համապատասխան նյութական պայմաններ: Բացի այդ, ՀՊԳ-ն և ԱԿՄ-ն իրենց զեկույցում նշում են, որ դատապարտյալների հիվանդանոցում բացակայում են հիվանդի խնամքի համար անհրաժեշտ տարրական պարագաները, ինչպիսիք են՝ տակդիրներն ու թթվածնային բարձիկները:

Առաջարկություններ

- ★ Վերանորոգել և վերակառուցել ոչ բավարար պայմաններ ունեցող ԱԱՊ բաժանմունքները, որքանով որ հնարավոր է ընդհանուր շենքային պայմանների պայմաններում, և փակել այն բանտերը, որտեղ սա այլևս հնարավոր չէ:
- ★ Համայնքի պահանջներին համապատասխան ԱԱՊ-ի սարքավորումների նվազագույն պահանջների ցուցակի կազմում/ընդունում՝ որպես ԱԱՊ միավոր Առողջապահության նախարարության կողմից լիցենզիայի հատկացման համար:
- ★ Սահմանել առանձին բյուջե ԱԱՊ սարքավորումների առանձին դեպքերում ձեռքբերման և դրանց անընդհատ լրացման համար՝ գնումների իրականացումը կազմակերպելով ս Առողջապահության նախարարության հետ համագործակցությամբ:

- ★ Ներդնել լիազորված համայնքային առողջապահական մարմինների կողմից կանոնավոր անկախ վերահսկման մեխանիզմ՝ բանտերում ԱԱՊ սարքավորումների որակի հսկողության համար:
- ★ Փակել դատապարտյալների հիվանդանոցը, դիտարկել մասնագիտական երկրորդային բուժօգնության տրամադրման հնարավորությունը, մասնավորապես՝ խոշոր վիրաբուժական միջամտությունները նաև արական սեռի բանտարկյալների համար քաղաքացիական առողջապահական հաստատություններում՝ այդ հաստատություններում բանտարկյալ հիվանդների համար ստեղծելով անվտանգությամբ ապահովված բաժանմունքներ, դիտարկել երկրորդային բուժօգնության մյուս բաժանմունքների տեղափոխումը նորակառուց հաստատություններ՝ ապահովված հիվանդանոցային խնամքին համապատասխան նյութական պայմաններով:

Դեղորայքը. Համապատասխան բուժօգնության համար կարևոր է ունենալ ոչ միայն սարքավորումներ, այլև դեղորայք՝ հիմնվելով փաստերի վրա հիմնված վերջին ուղեցույցների և ՀՄԴ-10 վրա: Վերջինս չի ընդունվել քրեակատարողական առողջապահական համակարգի կողմից, քանի որ կառավարության N 825 որոշումը, որը վերաբերում է բժշկական սպասարկման բոլոր կարևոր կողմերին և որակին, չի թարմացվել ավելի քան 10 տարի: Դեղորայքի ցանկը հնացել է և այլևս չի համապատասխանում գործնական բժշկության ներկայիս զարգացումներին: Դրա հետ մեկտեղ գործող համակարգում գոյություն ունի ևս մեկ լուրջ սահմանափակում. դեղորայքը ձեռք է բերվում բուժմասերի կողմից ներկայացվող տարեկան ընդհանուր պատվերների համաձայն: Դեղորայքի գնումներն իրականացվում են պետական գնումների քաղաքականության համաձայն, որով պահանջվում է ցածր արժեք ունեցող դեղորայքի ձեռքբերում: «Վերջինս զգալիորեն տարբերվում է ժամանակակից մոտեցումներից և պահանջներից և շատ հաճախ դառնում է անօգուտ», - նշում է սոցիալական մոնիտորինգի խմբի անդամներից մեկը: «Մարդու իրավունքների բյուջետավորումը քրեակատարողական համակարգում» զեկույցը, որը պատրաստվել է «Իրավունքների պաշտպանություն առանց սահմանների» ՀԿ-ի կողմից՝ Քաունթերփարթինթերնեշնլ կազմակերպության և ԱՄՆ ՄՁԳ-ն կողմից ֆինանսավորված ծրագրի շրջանակում և հրապարակվել 2015թ., վերաբերում է բանտերում մատակարարման հարցերին և դրանց համապատասխանությանը բանտերի կանոնակարգերին: Ի թիվս այլ խնդիրների զեկույցում նշվում է, որ բանտարկյալների համար հիմնական դեղորայքի ցուցակը չի բավարարում բանտարկյալների բոլոր կարիքները՝ հաշվի առնելով նրանց հիվանդացության պատկերը և հիմնական դեղորայքի հատկապես՝ հակաբորբոքային, ցավազրկող, հակաբիոտիկ և հանգստացնող դեղերի ապահովման վերաբերյալ ընդհանուր առաջարկությունները:

Բացի այդ, դեղորայքը համապատասխան պայմաններում չի պահպանվում, օրինակ՝ ջերմազգայուն դեղերի համար բժշկական սառնարաններ չկան: Չնայած բանտերում մեթադոնային պահպանողական բուժման առկայությանը, առնվազն մեկ բանտ չունեի օփիոդային ցավազրկող՝ պահպանման ապահով պայմաններ չունենալու պատճառով: Ավելին, դեղորայքի մասնագիտական դեղագործական կառավարում չի իրականացվում, քանի որ շատ բանտերում դեղագործ չկա. Վանաձոր ՔԿՀ-ում վերջին չորս տարում դեղորայքային կառավարումը իրականացվում է բուժակների կողմից, ինչը պայմանավորված է ՔԿՀ-ում բժիշկ և դեղագործ չլինելու հանգամանքով: Գնահատման թիմին տեղեկացրել են, որ հոգեմետ դեղերի դեղատոմսը բանտում կարող է դուրս գրել միայն հոգեբույժը, այլ ոչ թե՛ թերապևտը: Թեև անվիճելի է, որ բանտում հոգեմետ դեղերի նկատմամբ զգուշավորությունը պարտադիր պայման է, միևնույն ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որ հոգեբույժի բացակայության պարագայում հոգեմետ դեղորայքի անհասանելիությունը կարող է ծանր դեպքերում լուրջ հետևանքներ ունենալ:

Դեղերի ֆինանսավորման հարցում բացակայում է ճկունությունը, և միայն լրացուցիչ դեղորայքի անհրաժեշտության դեպքում բուժմասը չի կարող այն ձեռք բերելու համար հատկացնել միջոցներ : Գնահատման թիմին տեղեկացրել են, որ ԱՀԿ-ի օժանդակությամբ Առողջապահության նախարարության կողմից զինված ուժերի համար իրականացված պատվաստանյութերի ձեռքբերումը շատ հաջող և խնայողական էր: Քրեակատարողական համակարգի համար դեղորայքի ձեռքբերման նման մոտեցումը, հիմնված լինելով ՀՄԴ-10-ի մանրակրկիտ վերլուծության և դեղորայքի վիճակագրության վրա, կբարելավի ներկայիս վիճակը:

Առաջարկություններ

- ★ Ամբողջությամբ թարմացնել բանտարկյալների համար նախատեսված հիմնական դեղորայքի ցանկը՝ Առողջապահության նախարարության կանոնակարգերին համապատասխան:
- ★ Դեղորայքի գնումները կատարել ըստ պարբերաբար հավաքվող ՀՄԴ-10-ի և դեղորայքի սպառման վիճա-

կագրության, իսկ գնումների գործընթացում ներգրավել Առողջապահության նախարարության փորձագիտական ներուժը:

- ★ Ապահովել դեղորայքի պահպանման համապատասխան պայմաններով և իրականացնել դեղորայքի մասնագիտական դեղագործական կառավարում, եթե վերջինս ՔԿՀ-ում արտաքին դեղագործական ծառայությունների կողմից չի իրականացվում:
- ★ Դեղորայքի գնումների գործընթացը բաժանել երկու հատվածի. 1) դեղորայքի ձեռքբերում՝ ըստ անհրաժեշտության՝ հիմնված առկա վիճակագրության վրա, և 2) դեղորայքի լրացուցիչ գնումներ առանձին դեպքերում, երբ դեղորայքի անհրաժեշտ լինելը հնարավոր չէր կանխատեսել, որի համար դեղորայքին հատկացվող պետական ծախսերի ընդհանուր կառուցվածքում անհրաժեշտ է հատկացնել որոշակի բյուջետային միջոցներ:

ՄԱՍ 3. Բուժօժանայությունների մատուցման գնահատում

Այցելած վեց ՔԿՀ-ներում **առողջության առաջնային պահպանումը** (ԱԱՊ) զգալիորեն տարբերվում է բուժաշխատողների կադրային ապահովման և նրանց որակավորման առումով. Վանաձոր ՔԿՀ-ում ԱԱՊ-ն վերջին չորս տարիներում կանոնավոր կերպով իրականացվում է միայն բուժակների կողմից, որոնք երբեմն դրսից բժիշկ են կանչում կամ հիվանդներին տեղափոխում են այլ առողջապահական հաստատություններ: Կենտրոն ՔԿՀ-ում, Սևան ՔԿՀ-ում և ներկայիս Արմավիր ՔԿՀ-ում կա մեկ թերապևտ: Արմավիր ՔԿՀ-ն ունի 2, իսկ Նուբարաշեն ՔԿՀ-ն՝ 6 բժիշկ ԱԱՊ-ի համար, սակայն յուրաքանչյուրն ունի ընդամենը մեկ թերապևտ: Կենտրոն ՔԿՀ-ում գիշերը բուժաշխատող չի հերթապահում, մյուս հինգ ՔԿՀ-ներում հերթապահում է 1 բուժակ և երբեմն կանչվում է բժիշկ կամ շտապ օգնություն: Այցելած բոլոր վեց ՔԿՀ-ներում պարբերաբար հասանելի է ատամնաբույժի ծառայությունը: Սակայն հոգեբույժի ծառայությունը հասանելի է միայն Նուբարաշեն ՔԿՀ-ում: Բացառությամբ Կենտրոն ՔԿՀ-ի, այցելած մյուս բոլոր բանտերն ունեն մահճակալներով կահավորված մի քանի սենյակներ՝ անհրաժեշտության դեպքում ստացիոնար բուժման համար:

Քրեակատարողական համակարգի բուժաշխատողների մեծամասնությունը ռազմական ենթակայության տակ են: Ռազմական բժիշկները կարող են ինքնուրույն որոշել՝ բուժօժանայության ընթացքում կրել համազգեստ, թե՛ ոչ, և նրանցից շատերը, ըստ երևույթին, այն չեն կրում: Որպես կանոն, բուժակները բուժօժանայության ընթացքում կրում են համազգեստ:

Բժշկական փաստաթղթերը կազմվում են ձեռքով՝ հիվանդի բժշկական գրառումներում բժիշկների կողմից ոչ համակարգված մուտքագրմամբ, կամ, ինչպես Վանաձոր ՔԿՀ-ում վերջին չորս տարիների ընթացքում է արվել՝ բուժակների կողմից: Ախտորոշման կամ բժշկական միջամտությունների ՀՄԴ դասակարգումը դեռևս չի կիրառվում, իսկ էլեկտրոնային բժշկական գրառումների ներմուծումը նույնիսկ չի էլ քննարկվում: Այսպիսով, հասանելի նոզոլոգիական վիճակագրությունն անդառնալիորեն անստույգ և անհուսալի է, ինչը խոչընդոտում է քրեակատարողական առողջապահության բյուջեի, ռեսուրսների, մատակարարվող պարագաների և կարողությունների պատշաճ պլանավորմանը ինստիտուցիոնալ և ազգային մակարդակում: Նմանապես, վնասվածքների վիճակագրական տվյալները, ինչպես խստորեն պահանջում է ԽԿԿ-ն՝ բանտարկյալների և անվտանգության ուժերի կողմից կատարվող բռնության վերահսկողության և կանխարգելման նպատակով, չեն գրանցվում: Հատկանշական է, որ Սևան ՔԿՀ-ի թերապևտը հենց ինքն էր վարում բժշկական փաստաթղթավորումը՝ տվյալները մուտքագրելով իր սեփական համակարգիչ:

ՀՊԳ-ի և ԱԿՄ-ի հաշվետվություններում դժգոհություն էր արտահայտվում, մասնավորապես, շաքարախտով հիվանդ բանտարկյալների համար պատշաճ սննդակարգի բացակայության վերաբերյալ: Փոխարենը, շաքարախտով հիվանդին տրվում են վնասակար սննդային հավելումներ, ինչպես օրինակ՝ ձու, կարագ և յուղ:

Ցավոք, ժամանակի սղության և անձնակազմի անպատրաստականության պատճառով՝ գնահատման թիմի այցի ժամանակ աշխատավայրում մնալու երեկոյան ժամը 6-ից հետո, գնահատման թիմը հնարավորություն չունեցավ դատապարտյալների հիվանդանոցում, ինչպես հարկն է, գնահատել բժշկական ծառայությունների մատուցումը **երկրորդային բուժօգնության** մակարդակում: Թիմին հաջողվեց այցելել հիվանդանոցի միայն մեկ բաժանմունք, որը թողեց բացասական տպավորություն, ինչպես նշված է նախորդ՝ «Նյութական պայմանները», գլխում:

Հայաստանում կին բանտարկյալները երկրորդային բուժօգնություն են ստանում քաղաքացիական առողջապա-

հական հաստատություններում: Նույն ընթացակարգը պետք է լրջորեն քննարկվի տղամարդ բանտարկյալների համար՝ հետևյալ պահանջներով: 1) Սանիտարական պայմանների տևական և անընդունելի նյութական վիճակը չի համապատասխանում հիվանդանոցի պահանջներին և սպառնալիք է հիվանդների առողջության համար: 2) ԻԹԲ (Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի) բացակայության դեպքում չի թույլատրվում ծավալային լուրջ վիրաբուժական միջամտություններ իրականացնող հիվանդանոցին լիցենզիա տրամադրել: 3) Քաղաքացիական հիվանդանոցների համեմատությամբ դատապարտյալների հիվանդանոցում լուրջ վիրաբուժական միջամտությունների հաճախականությունը շատ ավելի ցածր է, ինչն անխուսափելիորեն հանգեցնում է վիրաբուժական փորձի ավելի ցածր մակարդակի և որակի, քան քաղաքացիական հիվանդանոցներում է: 4) Բանտարկյալ հիվանդների ուղեգրումների թիվը դատապարտյալների հիվանդանոց այժմ ավելի քիչ է, քան ուղեգրումները քաղաքացիական հիվանդանոցներ (2014թ.՝ 408 708-ի դիմաց): Դատապարտյալների հիվանդանոցի ծանրաբեռնվածությունը այցելության պահին կազմում էր ընդամենը 32% (132 հիվանդ, հնարավոր 415-ի պարագայում): Այսպիսով, բուժանձնակազմի 76 հաստիքները (որից 18 հաստիքները բժիշկների համար է նախատեսված) կարող են ավելի արդյունավետորեն օգտագործվել առաջնային բուժօգնության մակարդակում և/կամ նախ- և հետվիրահատական խնամքի համար՝ ՔԿՀ բուժմասերում (այսպիսով, նվազեցնելով քաղաքացիական հիվանդանոցներում հիվանդների մնալու տևողությունը) և/կամ բանտերում ամբուլատոր մասնագիտական պոլիկլինիկաների կազմակերպման հարցում:

Դիտարկելով քրեակատարողական առողջապահական համակարգի նշված բազմաթիվ կառուցվածքային թերությունները, պետք է նաև նշել, որ այցելության ժամանակ հանդիպած բազմաթիվ անհատ բուժաշխատողներ տպավորել են գնահատման թիմին իրենց հիվանդների հանդեպ ցուցաբերած անթաքույց նվիրվածությամբ և հոգատար վերաբերմունքով՝ չնայած անբարենպաստ աշխատանքային պայմաններին և ցածր վարձատրությանը:

Առաջին հայացքից, բանտարկյալների և քաղաքացիական բնակչության շրջանում տարածված **գերակշռող պաթոլոգիաների** տեսակները բավականին նույնանման են, այս կարծիքը կիսել են նաև ՔԿՀ հիմնական բուժանձնակազմերի ներկայացուցիչները՝ վերջիններիս հետ հանդիպումների ժամանակ, որոնք թվարկել են սիրտ-անոթային հիվանդությունները, շնչառական վարակները, գաստրո-աղիքային խանգարումները և ուռուցքաբանական հիվանդությունները՝ որպես բանտարկյալների շրջանում առավել տարածված հիվանդություններ: Այնուամենայնիվ, նույնիսկ 2013 և 2014թթ. դեղորայքի բաժնեչափման տվյալները՝ հանդիսանալով գնահատման թիմին տրամադրված միակ վիճակագրական նոզոլոգիական տվյալները, հստակ ցույց են տալիս, որ հոգեկան խանգարումները և կախվածությունը գերազանցում են բոլոր մյուս հիվանդությունների խմբերին՝

				2014թ.	2013թ.
8	Դեղորայքի բաժնեչափման տվյալներ	Ընդհանուր	13	1392 (-13)	1405
		ՏԲ	14	126 (-31)	157
		Հոգեկան հիվանդություն	15	238 (+13)	225
		Սիրտ-անոթային հիվանդություններ	16	176 (-1)	177
		Գաստրո-աղիքային հիվանդություններ	17	155 (-26)	181
		Վեներական և մաշկային հիվանդություններ	18	71 (+20)	51
		Ալկոհոլային և թմրամոլության հիվանդություններ	19	246 (-22)	268
		Միզասեռական հիվանդություններ	20	83 (+4)	79
		Էնդոկրին հիվանդություններ	21	90 (+17)	73
		Նյարդաբանական հիվանդություններ	22	120 (-22)	142
		Այլ	23	87 (+35)	52

Այս երևույթը շատ լավ հայտնի է համաշխարհային քրեակատարողական առողջապահության պրակտիկայում, այսինքն՝ երբ բանտարկյալների շրջանում գերիշխող առողջական խանգարումները նաև գերակշռում են համայնքի անապահով և/կամ մեկուսացած հատվածներում, ներառյալ՝ հոգեկան խանգարումները, վարակիչ

հիվանդությունները, որոնք ուղեկցում են աղքատությանը և թմրանյութային կախվածությանը, օրինակ՝ ՏԲ, Հեպատիտ C կամ ՄԻԱՎ հիվանդությունները: Ինչպես արդեն նշվել է, ՀՄԴ կողավորումը քրեակատարողական բժշկա-սանիտարական գրառումներում և վիճակագրական գրառումները ՀՄԴ կողավորման առողջական խանգարումներում շատ ավելի պարզ պատկեր կտա, քան դեղորայքի բաժնեչափման տվյալները:

Միջազգային հետազոտությունների համաձայն, բանտարկյալների ավելի քան 70%-ը տառապում է հոգեկան խանգարումներով և ընդամենը 10%-ը՝ լուրջ փսիխոտիկ խանգարումներով: Բացի այդ, հայտնի է, որ թմրանյութային կախվածությամբ տառապող հիվանդների շրջանում կարելի է անկնկալել հոգեբուժական հիվանդությունների բարձր տոկոս: Հաշվի առնելով այս տվյալները՝ Հայաստանի բանտերում հոգեկան խանգարումների բացահայտման և բուժման համար հոգեբուժական ծառայությունների բացակայությունը, որի մասին մի քանի անգամ նշվել է նաև ԽԿԿ զեկույցներում, խիստ մտահոգիչ է համարվում: ԽԿԿ չափանիշների համաձայն՝ յուրաքանչյուր ՔԿՀ-ի բուժօժանություններին պետք է կցվի հոգեբույժի որակավորմամբ մեկ բժիշկ, իսկ այնտեղ աշխատող բուժքույրներից մի քանիսը պետք է տվյալ ոլորտում վերապատրաստումանցնեն:

2002թ. Հայաստանի Հանրապետություն այցի վերաբերյալ ԽԿԿ զեկույցում նշվել էր, որ Արդարադատության և Առողջապահության նախարարությունների միջև համագործակցությունը հանգեցրել է, ի թիվս այլոց, բանտարկյալների բուժօգնության չափանիշների և, հատկապես, ՔԿՀ-ում հոգեբուժական օգնության նոր ծրագրի մանրակրկիտ նախագծի մշակմանը: Սակայն, մինչ օրս, նման ծրագիր պրակտիկայում չի իրականացվել:

Գոյություն ունեն քրեակատարողական հոգեբուժական օգնության ծառայությունների կազմակերպման տարբեր մոդելներ՝ ստացիոնար կարգով հոգեբուժական բուժօգնության կարիք ունեցող անձանց համար: Մի կողմից, լիովին առանձնացված դատահոգեբուժական հաստատություններով մոդելն է, որտեղ հանցանք կատարած և ստացիոնար բուժման կարիք ունեցող անձինք են, որոնք դատապարտվելուց հետո քրեորեն անմեղսունակ են ճանաչվել, և այն անձինք, որոնք բանտում գտնվելու ընթացքում տարբեր պատճառներով բուժման կարիք ունեն և բուժվում են ընդհանուր բնակչության հոգեբուժական հաստատություններից լիովին առանձնացված այլ հաստատություններում: Սովորաբար, դատահոգեբուժական ծառայություններն այս դեպքում գտնվում են Արդարադատության նախարարության ենթակայության տակ:

Բացի այդ, կա նաև կիսաառանձնացված բնույթի մոդել, որը նշանակում է, որ դատարանի կողմից անմեղսունակության հիմքով արդարացված անձինք դատարանի որոշմամբ հարկադիր բուժում են անցնում քաղաքացիական հոգեբուժական հաստատություններում, իսկ նրանք, որոնք դատապարտվել են ազատազրկման և պետք է ստանան ստացիոնար հոգեբուժական բուժում, այն անցնում են դատահոգեբուժական հաստատություններում (այսինքն՝ դատապարտյալների հիվանդանոցներում): Նման մոդելը սովորաբար ներառում է երկու ոլորտների՝ արդարադատության և առողջապահության համապատասխան իրավասությունները:

Հաջորդը, կիսահնտեզրված բնույթի մոդելն է, որի մեջ է մտնում քաղաքացիական հոգեբուժարաններում հոգեկան խանգարումներ ունեցողների բուժումը, որոնք պատկանում են դատահոգեբուժական հիվանդների խմբին, անկախ այն հանգամանքից, թե նրանք հարկադիր բուժում են անցնում, թե դատապարտվել են ազատազրկման և պետք է անցնեն ստացիոնար բուժում հոգեբուժարանում: Չնայած այդ երկու տեսակի բուժումն իրականացվում է հոգեկան հիվանդների համար նախատեսված քաղաքացիական հաստատություններում, սակայն նման մոդելը սահմանվում է քաղաքացիական հիվանդների համար նախատեսված հաստատություններից անկախ դատահոգեբուժական կառույցներում: Այս դեպքում, իրավասությունն Առողջապահության նախարարության ոլորտին է պատկանում:

Վերջինը ամբողջությամբ ինտեգրված մոդելն է, որտեղ բոլոր հոգեկան ստացիոնար հիվանդները, անկախ նրանց դատահոգեբուժական, թե քաղաքացիական իրավական կարգավիճակում գտնվելու հանգամանքի, բուժվում են միևնույն հաստատություններում հանրային առողջապահության ոլորտի իրավասության ներքո: Այդ հաստատություններում առանձնացված դատաբժշկական բաժանմունքներ գոյություն չունեն, իսկ բաժանմունքի ընտրությունը որոշվում է միայն հիվանդների հոգեկան խանգարումների բնույթից և լրջությունից ելնելով և միմյանցից տարբերակվում է ըստ անվտանգության մակարդակի:

Անկախ դատահոգեբուժական ծառայությունների կազմակերպման մոդելից, ամենակարևորն այն է, որ ծառայությունների մատուցման սկզբունքները պետք է ընդունված լինեն միջազգային սկզբունքներին և չափանիշներին համապատասխան: Առաջին հերթին, պետք է պահպանել բուժօգնության համարժեքության սկզբունքը:

Ինչ վերաբերում է նվազ ծանր և ոչ փսիխոտիկ հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրներով բանտարկյալներին, որոնք չունեն հոգեբուժարանում բուժման կարիք, այլ միայն հազվադեպ կամ շարունակական դեղորայքային կամ հոգեթերապևտիկ օգնության կարիք, ապա նրանց պետք է հասանելի լինեն նույն այն հոգեբուժական ծառայությունները, որոնք տրամադրվում են համայնքում:

Հայաստանի Հանրապետությունում քրեակատարողական հոգեկան բուժօգնության ներկայիս վիճակը շատ մոտ է կիսաառանձնացված կոչվող մոդելին: Հոգեբուժական օգնության կարիք ունեցող ազատազրկման դատապարտված անձանց տեղավորում են կամ տարբեր բանտերի բուժմասերում կամ Երևանի դատապարտյալների հիվանդանոցում, իսկ Նուբարաշեն հոգեբուժարանը հոգեբուժական ծառայություններ է մատուցում դատապարտված այն անձանց, որոնց նկատմամբ դատարանի որոշմամբ հարկադիր բուժում է նշանակված: Քրեակատարողական հոգեբուժական ծառայությունների բարելավման առաջին քայլերը կառաջարկվեն դրան հատկացված հաշվետվության համապատասխան մասում՝ մյուս առաջարկների հետ միասին:

Ներկայումս, գնահատման թիմի այցելած վեց բանտերից 5-ում կանոնավոր կերպով մատուցվող հոգեբուժական ծառայությունները հասանելի չէին: Լրիվ դրույքով աշխատող հոգեբույժներ կան միայն Նուբարաշեն ՔԿՀ-ում, Երևանի դատապարտյալների հիվանդանոցում և, բնականաբար, Նուբարաշեն հոգեբուժարանում: Կենտրոն, Աբովյան, Արմավիր, Վանաձոր և Սևան ՔԿՀ-ներում հազվադեպ են հոգեբույժ կանչում (գնահատման թիմը տեղեկացել է, որ այդ ՔԿՀ-ները հոգեբույժ են կանչում տարեկան 6-8 անգամ), իսկ պարբերական այցերն իրականացվում են 6 ամիսը մեկ անգամ՝ «Բժշկական աշխատանքային հանձնաժողովի» այցի շրջանակներում: Գնահատման թիմը տեղեկացել է, որ Նուբարաշեն, Սևան և Աբովյան ՔԿՀ-ներում այցի պահին ստացիոնար մասում եղել են հոգեկան հիվանդներ: Բոլոր այդ 3 ՔԿՀ-ներում մտավոր խնդիրներ ունեցող բանտարկյալները կարճ ժամանակով շփվել են գնահատման թիմի հետ: Այդ բանտարկյալներից մի քանիսն ունեն լուրջ մտավոր խանգարումներ և ունեն շարունակական հոգեբուժական բուժման կարիք, որը կարող է բավարար կերպով իրականացվել միայն հոգեբուժարանում:

Այցելած ՔԿՀ-ների բուժմասերի ստացիոնար հատվածներում լուրջ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող բանտարկյալների կացության պայմանները համարվում են անբավարար: Բացի նյութական պայմանների շատ վատ վիճակից (խիստ «ակնբախ աղտեղություն» խցերում), այդ անձինք հնարավորություն չունեն անհրաժեշտ հաճախականությամբ օգտվել հոգեբույժի ծառայություններից, ինչպես նաև բովանդակային որոշակ զբաղմունքներից, և առաջին հերթին թերապևտիկ առումով դրական ազդեցություն ունեցող ընդհանուր միջավայրից, ինչը, նախևառաջ, մաքուր օդում գտնվելու հնարավորություն է ենթադրում:

Դատապարտյալների հիվանդանոցի հոգեբուժական բաժանմունքում մահճակալների պաշտոնական թիվը 42 է, իսկ գնահատման թիմի այցելության պահին այնտեղ կար 29 հիվանդ: Հաշվի առնելով հոգեկան խանգարումներով բանտարկյալների մեծ թիվը Հայաստանի ՔԿՀ-ներում, Երևանի դատապարտյալների հիվանդանոցի հոգեբուժական բաժանմունքի ողջ հնարավորությունները չօգտագործելն ուղղակի անհասկանալի է:

Նուբարաշեն հոգեբուժարանում հիվանդանոցի մնացած հատվածից բետոնե պատով առանձնացումը ստեղծել է բանտային միջավայր, ինչը կարող է վնասակար լինել հոգեբուժական օգնության կարիք ունեցող բանտարկյալների համար: Բուժումը բաղկացած է բացառապես դեղորայքային թերապիայից, հոգեկան խանգարում ունեցող բանտարկյալները զուրկ են բովանդակային ցանկացած տեսակի զբաղմունքներից, իսկ դատահոգեբուժական մասի բացօթյա հատվածը չի համապատասխանում անհրաժեշտ չափանիշներին երկարաժամկետ հոգեբուժական ստացիոնար կացության համար: Գնահատման այցի պահին դատահոգեբուժական բաժնի հիվանդներից մեկը գտնվում էր խցում:

Որպես դրական կողմ նշենք, որ մտավոր խնդիրներ ունեցող բանտարկյալներից մի քանիսը բացի դատահոգեբուժական մասում բուժում անցնելուց բուժվում են նաև Նուբարաշեն հոգեբուժարանի մյուս բաժանմունքներում և օգտվում են հոգեբուժական ստացիոնար հատվածի անհրաժեշտ պայմաններից:

Ըստ միջազգային չափանիշների (ԽԿԿ չափանիշներ), հոգեբուժական բաժանմունքը պետք է ունենա նյութական այնպիսի պայմաններ, որոնք նպաստում են հիվանդների բուժմանը և բարեկեցությանը և, հոգեբուժական լեզվով, ստեղծում են դրական թերապևտիկ միջավայր: Դրական թերապևտիկ միջավայրի ստեղծումը, առաջին հերթին, յուրաքանչյուր հիվանդի համար բավարար կենսական տարածք, ինչպես նաև՝ համապատասխան լուսավորություն, ջերմություն և օդափոխություն ապահովելն է՝ հաստատությունը պահելով պատշաճ վիճակում և համապատասխանեցնելով հիգիենայի պահանջներին: Փոքր խմբերով կացարանների տրամադրումը կարևոր

գործոն է հիվանդների արժանապատվությունը պահպանելու համար և նաև առանցքային տարր է ցանկացած քաղաքականության մեջ հիվանդների հոգեբանական և սոցիալական վերականգնման համար: Կացարանային նման պայմանները նաև օգնում են թերապևտիկ նպատակներով հիվանդներին բաշխել ըստ համապատասխան խմբերի: Նման պայմաններով պետք է ապահովել լուրջ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող բոլոր բանտարկյալներին, որոնք գտնվում են այցելած ՔԿՀ-ների ստացիոնար բաժանմունքներում: Նույնը վերաբերում է նաև լուրջ հոգեկան խանգարումներ ունեցող ցմահ ազատազրկման դատապարտվածներին:

Այցելած բոլոր հաստատություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող բանտարկյալների բուժումը բաղկացած է բացառապես դեղորայքային թերապիայից: Առկա դեղորայքի ընտրությունը համեմատաբար բավարար մակարդակի վրա է գտնվում: Այնուամենայնիվ, հոգեմետ դեղորայք պարբերաբար ընդունող բանտարկյալների բժշկական քարտերից կարելի է եզրակացնել, որ համատարած բնույթ է կրում հին սերնդի ներյուլեպտիկների և հակադեպրեսանտների օգտագործումը:

Հոգեբուժական օգնություն ստանալու համաձայնության հարցը դեռևս չի լուծվել: Հիվանդները պետք է սկզբունքորեն ի վիճակի լինեն իրենց ազատ և տեղեկացված համաձայնությունը տալ բուժման վերաբերյալ՝ անկախ իրենց իրավական կարգավիճակից (օրինակ, դատական որոշման համաձայն հարկադիր բուժում անցնող հիվանդները), ինչպես՝ նաև իրենց պատժից:

Հոգեբանները և սոցիալական աշխատողները պետք է ընդգրկվեն խնամող թիմում: Հոգեբանական, սոցիալական և իրավական սպասարկման խնդիրները, ի թիվս այլոց, բանտարկյալներին հոգեբանական աջակցություն տրամադրելու հարցում փաստացիորեն դեռ չեն իրականացվել: Միայն Կենտրոն և Աբովյան ՔԿՀ-ներում առկա էր տեղեկատվություն հոգեբանի մասին, որը պարբերաբար այցելում է հոգեբանական օգնության կարիք ունեցող բանտարկյալներին: Այնուամենայնիվ, այդ հոգեբանների նման գործունեությունը՝ ակնհայտորեն լինելով հիմնված անձնական շարժառիթների վրա, հեռու է պահանջվող կազմակերպված և մշտական հոգեբանական մասնակցությունից՝ ապահովված լինելով բանտերում կլինիկական հոգեբանների համապատասխան թվով:

Վերջերս ինքնասպանության դեպքերի աճը ևս այդ մասին է վկայում (2013թ.՝ 2 դեպք, 2014թ.՝ 4 դեպք): Սակայն, ինքնասպանության կանխարգելումը պետք է դիտել որպես բանտային ամբողջ համայնքի ընդհանուր խնդիր և ոչ թե միայն բանտի հոգեբանի խնդիրը, ինչպես նշվել է այցելած ՔԿՀ-ներից մեկում:

Ինչ վերաբերում է **թմրանյութային կախվածություն ունեցող հիվանդ բանտարկյալների** բուժմանը և խնամքին, ապա գնահատման թիմը տեղեկացել է, որ չնայած ապօրինի թմրանյութերի օգտագործումն ապաքրեականացվել է օրենքի փոփոխությամբ, սակայն ապօրինի թմրամիջոցներ ունենալու թույլատրելի շեմն այնքան ցածր է սահմանվել, որ գործնականում ոչ ավելի պակաս թվով թմրամոլներ են այժմ ազատազրկվում, քան եղել են մինչև օրենքի փոփոխությունը: Բացի այդ, դեռևս գոյություն ունի Հայաստանում թմրանյութային կախվածություն ունեցող հիվանդների պարտադիր գրանցման և պարտադիր բուժման մասին օրենք (ներկայումս կա 5357 գրանցված անձ, պետությունում 2012թ. թմրանյութային կախվածություն ունեցող անձանց թիվը եղել է 12700, համաձայն ԱԱԻ-ի): Գնահատման թիմի բժշկական մասնագետների, ինչպես նաև թմրանյութային կախվածության բուժման արևմտյան մասնագետների մեծամասնության կարծիքով այդ կախվածության համախտանիշի հարկադիր բուժումը թե՛ բժշկական նկատառումներով, թե՛ մարդու իրավունքների նկատառումներով, ավելի քան կասկածելի է: Դատապարտյալների հիվանդանոցի բժիշկ-նարկոլոգի հապճեպ կարծիքն այն մասին, որ խմբային բուժումը Հայաստանի հիվանդների համար չի գործում, քանի որ հայերը բավականաչափ բաց և անկեղծ չեն խմբային բուժման համար, դարձել է մտահոգության առարկա գնահատման թիմի համար:

Պետք է խոստովանել, որ ներարկային թմրամիջոցներ օգտագործողների համար վնասի նվազեցման միջոցներ են ներմուծվել Հայաստանի քրեակատարողական համակարգ. Մեթադոնային փոխարինող բուժման ծրագրերը (ՄՓԲԾ) ներմուծվել են քրեակատարողական համակարգ 2011թ. և պետք է հասանելի լինեն բոլոր ՔԿՀ-ներում (չնայած այցելած ՔԿՀ-ներից մի քանիսում ներկայումս չկա ՄՓԲԾ, քանի որ ինչպես հաղորդվում է, չկան թմրանյութային կախվածություն ունեցողներ): Ինչպես հաղորդվում է, ՄՓԲԾ ներկայումս լավ է ընդունվել անվտանգության անձնակազմի կողմից և, միջազգային աջակցման կազմակերպությունների (Գլոբալ հիմնադրամի) հետ համագործակցությամբ, այն առանց դադարեցման նաև շարունակվում է հիվանդին ազատ արձակելուց հետո՝ ըստ ԱԱԻ թմրամիջոցների և թմրամոլության մոնիտորինգի կենտրոնի: ՄՓԲ ծրագրերի թերությունն այն է, որ մեթադոնը Հայաստանում հասանելի է միայն հաբի տեսքով, այլ ոչ թե՛ որպես լուծույթ: Ներկայումս, ՄՓԲԾ-ում մասնակցում է ընդամենը 143 բանտարկյալ: Լուրջ մտահոգություն է առաջացնում այն, որ ՄՓԲԾ բժշկական

նշանակման մասին որոշում կայացնող հանձնաժողովում պետք է հստակորեն ներառել միանձնյա բժշկական որոշումը, ուստի կանության սպայի ներկայությունը և կարծիքը:

Ներարկիչների և ասեղների փոխանակման ծրագրերը նույնպես ներդրվել են քրեակատարողական համակարգում (ՆԱՓԾ): Ըստ ՔԿՎԲՍԲ պետի՝ ներդրվել է Մոլդովայի մոդելը, այսինքն՝ անձնական ներարկման պարագաների բաշխումը այլ բանտարկյալների կողմից: Նուբարաշեն ՔԿՀ-ում ներարկային թմրամիջոցներ օգտագործողներին ներարկման գործիքներն այժմ տրամադրվում են բժշկական անձնակազմի կողմից: Աղտոտված գործիքների վերադարձվող քանակի մասին տվյալները բացակայում են, քանի որ դրանք անմիջապես տրամադրվում են՝ առանց հաշվելու: Կա մտահոգություն, որ ներարկիչների և ասեղների փոխանակման ծրագիրը լավ չի ընդունվում ներարկային թմրամիջոցներ օգտագործողների կողմից՝ բուժաշխատողների նկատմամբ վստահության բացակայության պատճառով, քանի որ նրանք ենթարկվում են քրեակատարողական վարչությանը:

Արդեն կայացած և ներդրված **Տուբերկուլոզի** վերահսկման ազգային ծրագրի և Բժիշկներ առանց սահմանների կազմակերպության, Գլոբալ հիմնադրամի ՏԲ ծրագրի հետ համագործակցության շնորհիվ, տուբերկուլոզի նոր դեպքերն արդեն ավելի քիչ են, և 2015թ. մայիսի դրությամբ քրեակատարողական համակարգում կար տուբերկուլոզի ընդամենը 36 դեպք: Դրանցից 4-ը համակցված էին ՄԻԱՎ վարակով: 2014թ. 35 ՏԲ հիվանդներից 9-ը դասակարգվում էին որպես նոր դեպքեր, որից 6-ի արտազատուկը դրական էր համարվել, իսկ 10 հիվանդ դասակարգվում էին որպես ԲԴԿ ՏԲ: Բանտարկյալներին մատուցելով առողջապահական ծառայությունների միևնույն որակը և շրջանակը, ինչ հասարակությունն է, ընդհանուր առմամբ, ստանում ազգային առողջապահական ծառայություններից, մասնավորապես, հիվանդության դեպքերի ակտիվ արտահայտման բացահայտումը հարցաթերթիկների և կրծքավանդակի ռենտգենագրաֆիայի միջոցով՝ իրականացված ընդունվելուց հետո և տարին երկու անգամ՝ իրավիճակը ակնհայտորեն բարելավեց: Սկրինինգից հետո բոլոր կասկածվողները ենթարկվում են թքի հետազոտության քրեակատարողական համակարգի երկու ՏԲ միկրոսկոպիկ լաբորատորիաներում՝ Նուբարաշենում և դատապարտյալների հիվանդանոցում, որտեղ թուրք ուղարկվում է հետազոտության: Անհրաժեշտության դեպքում, իրականացվում է բակտերիոլոգիական և դեղազգայունության թեստ (ԴԶԹ) Ազգային հղումային լաբորատորիայի կողմից (ԱՀԼ): Քրեակատարողական բոլոր հիմնարկներում տուբերկուլոզով կասկածվող կամ հաստատված հիվանդները փոխանցվում են դատապարտյալների հիվանդանոց կամ Նուբարաշեն ՔԿՀ-ի ՏԲ բաժանմունք, մինչդեռ բազմադեղակայուն տուբերկուլոզով հիվանդները բուժվում են միայն դատապարտյալների հիվանդանոցի մասնագիտացված բաժանմունքում:

Քաղաքացիական առողջապահական հաստատություններում տուբերկուլոզի վերահսկման միջոցներն իրականացվում են համաձայն «Հայաստանի Հանրապետությունում տուբերկուլոզի համաճարակաբանական հսկողության N 3.1.1-010-08 Սանիտարահամաճարակային կանոնները և նորմերը հաստատելու մասին» Առողջապահության նախարարի 2008թ. հոկտեմբերի 20-ի N-21-Ն հրամանի, որը վերջերս վերանայվել է վարակի վերահսկման հարցում ազգային աշխատանքային խմբի կողմից՝ հրավիրված վարակի վերահսկման փորձագետների տեխնիկական աջակցությամբ: 2010թ. Տուբերկուլոզի ազգային ծրագիրը մշակել է Համաճարակաբանական հսկողության միջոցառումների կազմակերպման ծրագրի առողջապահական հաստատություններում՝ ՏԲ վարակի հսկողության վերաբերյալ (2009թ.) ԱՀԿ քաղաքականության քայլ առ քայլ իրականացման համար, որը համալրվել է վարակի հսկողության վերաբերյալ լրացուցիչ սանիտարական նորմերով Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների միջազգային զարգացման գործակալության (ԱՄՆ ՄԶԳ) Տուբերկուլոզի վերահսկողության աջակցման ծրագրի (ՏԲ ՎԱԾ) օգնությամբ: Եվրոպայի խորհրդի կողմից քրեակատարողական հիմնարկներ և բժշկական հաստատություններ կատարած գնահատման այցի ընթացքում հնարավոր չէր ստուգել՝ արդյոք ՏԲ վարակի հսկողության բոլոր այդ միջոցառումները պատշաճ կերպով կիրառվում են քրեակատարողական համակարգում, թե ոչ: Սակայն, Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային ծրագիրը (ՏԱԾ) պարբերաբար (յուրաքանչյուր երեք ամիսը մեկ անգամ) հետևում է ՏԲ վարակի հսկողությանը և բուժման եղանակներին դատապարտյալների հիվանդանոցում և Նուբարաշենում և մոնիտորինգային այցելության զեկույց է ուղարկում Արդարադատության նախարարության քրեակատարողական վարչության ղեկավարությանը:

Որոշակի նախադրյալներ են նկատվում այս ոլորտում ՔԿՀ և քաղաքացիական առողջապահության քաղաքականության միջև ինտեգրման և կապերի ուժեղացման առումով, ինչը միանշանակ անհրաժեշտ կլինի նաև բուժօգնության տրամադրման այլ ոլորտներում: Գնահատման թիմը տեղեկացվել է, որ նյութական պայմանները (սանիտարական պայմանների ապահովում, օդափոխություն, ցերեկային լույս) դատապարտյալների հիվանդանոցի և Նուբարաշեն ՏԲ բաժանմունքներում հասցվել են հնարավոր առավելագույնին՝ ՏԲ հիվանդների մոտ ՏԲ

վարակի հսկողության և բուժման համար: այնուամենայնիվ, անհրաժեշտ է մտածել այդ հիվանդներին նորակառույց հաստատություններ, օրինակ՝ Արմավիր ԲԿԿ տեղափոխելու մասին: Ինչպես նաև, ՏԲ արագ հայտնաբերման և ԴՋԹ սարքը (Xpert MTB/RIF) պետք է հասանելի լինի ԲԿԿ-ի ՏԲ լաբորատորիայում՝ դրա վաղ հայտնաբերումը, վարակի վերահսկման ռազմավարությունները (պատշաճ մեկուսացում) և ՏԲ-ով վարակված հիվանդների բուժումը բարելավելու համար:

Նմանապես, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման վերահսկողության նկատմամբ առաջադիմական քայլերը կապված են Գլոբալ հիմնադրամի, ԱՄՆ ՄՁԳ և այլ դոնոր կազմակերպությունների կողմից ֆինանսավորվող Ազգային առողջապահական ծրագրի հետ, որն իրականացվել է ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման ազգային կենտրոնի, Ազգային ՏԲ ծրագրի և ՀԿ-ների կողմից: Կամավոր ՄԻԱՎ գնումը և խորհրդատվությունը, ըստ զեկույցների, հասանելի է կալանավորների/դատապարտյալների համար բոլոր հաստատություններում: Հակառետրովիրուսային թերապիան տրամադրվում է ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման ազգային կենտրոնի կողմից: ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վերաբերյալ տեղեկատվական նյութը մշակվել է ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման ազգային կենտրոնի կողմից և բաժանվել է բոլոր հաստատություններում: Բանտում ներարկային թմրամիջոցներ օգտագործողների համար վնասի նվազեցման հասանելի ռազմավարությունները (ՄՓԲԾ, ՆԱՓԾ) նկարագրված են վերևում և պետք է իրականացվեն՝ համաձայն մյուս բոլոր ռազմավարությունների, որոնք նշված են ՄԱԹՀԴԳ/ԱՀԿ/ՄԱՁԻԱՀ գործունեության ծրագրի ամփոփագրում՝ Բանտում և այլ փակ հաստատություններում ՄԻԱՎ-ի կանխարգելման, բուժման և խնամքի միջամտությունների ընդարձակ փաթեթ:¹¹ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով հիվանդների համար հակառետրովիրուսային թերապիան նույնպես հասանելի է:¹² Ընդհանուր առմամբ, առկա են ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով հիվանդ 27 բանտարկյալ, որից 10 նոր դեպքերը բացահայտվել են 2014թ.: Որևէ տվյալ չի հաջողվել հավաքել արյան միջոցով փոխանցվող հեպատիտ B-ի և C-ի վերաբերյալ: Չկա համակարգված հետազոտություն հեպատիտ B-ի և C-ի վերաբերյալ, ուստի, հաշվի առնելով երկրում և քրեակատարողական համակարգում ներարկային թմրամիջոցներ օգտագործողների մեծ թիվը, ողջ համայնքի առողջության համար այս սպառնալիքի չափերը, սա պետք է լուրջ մտահոգության տեղիք տա, սակայն այն հնարավոր չէ պատշաճ կերպով գնահատել:

Առաջարկություններ

- ★ Ապահովել համապատասխան խթաններ բժիշկ մասնագետներին հրապուրելով դեպի բանտային բուժօժանայություններ և ապահովելով այդ ծառայությունների համալրումը:
- ★ Առաջնային բուժօգնության համակարգում ընդգրկված բոլոր բժիշկները պետք է ունենան թերապևտի որակավորում:
- ★ Բոլոր բանտերում պետք է պարբերաբար հասանելի լինեն հոգեբույժի ծառայությունները:
- ★ Բուժաշխատողները բուժօգնության տրամադրման ընթացքում չպետք է կրեն զինվորական համազգեստ:
- ★ Ներդնել ՀՄԴ կողավորում բժշկական քարտերում, կանոնավոր կերպով վարել նոզոլոգիական վիճակագրություն՝ բուժսպասարկման բյուջեները, բժշկական ռեսուրսները, գնումները և անհրաժեշտ կարողություններն ազգային և ինստիտուցիոնալ մակարդակում համապատասխան կերպով պլանավորելու համար:
- ★ Վարել վնասվածքների վերաբերյալ պարբերական վիճակագրություն:
- ★ Տղամարդկանց համար ապահովել երկրորդային բուժօգնությունը քաղաքացիական հիվանդանոցների՝ անվտանգության պահանջները բավարարող հիվանդասենյակներում, կրճատել քաղաքացիական հիվանդանոցներում մնալու ժամանակահատվածը՝ կազմակերպելով նախավիրահատական և հետվիրահատական բուժօգնությունը բանտերի բուժսպասարկման բաժնի հիվանդասենյակներում, քրեակատարողական հիմնարկներում կազմակերպել մասնագիտական պոլիկլինիկաներ:
- ★ Հոգեկան խանգարում ունեցող բանտարկյաները, որոնք ստացիոնար հոգեբուժական խնամքի կարիք ունեն, պետք է շտապ տեղափոխվեն համապատասխան հիվանդանոց: Ծանր հոգեկան խանգարում ունեցող բանտարկյաները պետք է տեղափոխվեն ոչ թե բանտերի ստացիոնար բաժանմունքներ, այլ համապատասխան հոգեբուժական հաստատություններ, որտեղ առկա են համարժեք սարքավորումներ և համապատասխան որակավորում ունեցող աշխատակազմ: Ներկա պահին միակ հաստատությունը, որն ունի այդպիսի կարողությունները, դա Երևանի դատապարտյալների հիվանդանոցն է: Հետագա քայլերը պետք է ներառեն երկու

11 www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf:

12 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/160864/e96506.pdf:

հնարավոր միջոցառումների իրականացում՝

- ▲ Քրեակատարողական հոգեբուժական հաստատության ստեղծում, որը կհամապատասխանի ստացիոնար հոգեկան առողջության պահպանման համապատասխան չափանիշներին:
- ▲ Հիվանդանոցային պայմաններում բուժման կարիք ունեցող բանտարկյալներին Նուբարաշեն հոգեբուժական հիվանդանոց կամ այլ հոգեբուժական հաստատություններ տեղափոխելու հնարավորություն¹³:
- ★ Ուժեղացնել հոգեբուժական և կլինիկական-հոգեբանական ծառայությունները քրեակատարողական համակարգում, ավելացնել բանտերում աշխատող հոգեբույժների թիվը, քննարկել անվտանգության աշխատակազմից անկախ կլինիկական հոգեբանների, ինչպես նաև սոցիալական աշխատողների ընդգրկումը որպես խնամք իրականացնող թիմի մաս:
- ★ Ավելի թեթև հոգեկան խնդիրներ ունեցող բանտարկյալները, որոնք ոչ թե ստացիոնար հոգեբուժական խնամքի կարիք ունեն, այլ հազվադեպ կամ շարունակական դեղորայքային կամ հոգեթերապևտիկ օգնության, պետք է օգտվեն համայնքում տրամադրվող հոգեկան առողջության ծառայություններին համարժեք ծառայություններից: Համաձայն դրա՝
 - ▲ Անհրաժեշտ է ապահովել հոգեկան առողջության հետևողական ստուգում յուրաքանչյուր այդպիսի բանտարկյալի համար՝ շաբաթական կտրվածով, իսկ խնամք տանող թիմի կազմում անհրաժեշտ է ընդգրկել նաև հոգեբաններ ու սոցիալական աշխատողներ՝ խորհրդատվություններ և հոգեթերապևտիկ աշխատանքներ իրականացնելու համար:
- ★ Նուբարաշեն հոգեբուժական հիվանդանոցի մասով՝
 - ▲ հիվանդանոցի դատաբժշկական բաժանմունքի նյութական պայմանները պետք է բարելավվեն, հիվանդներին պետք է ընձեռնվի իրենց անձնական իրերը փակի տակ պահելու և սենյակում դրանք դասավորելու հնարավորություն ,
 - ▲ դեղորայքային բուժումից բացի հիվանդները պետք է կարողանան օգտվել հոգեբանասոցիալական վերականգնողական ծառայություններից (անհրաժեշտ է լրացուցիչ կարգով ներգրավվել հոգեբանների, սոցիալական աշխատողների և օկուպացիոն թերապևտների),
 - ▲ հիվանդներին պետք է խրախուսել դրսում ավելի շատ մնալ, քան դա արվում է այժմ, իսկ բացօթյա տարածքը պետք է այնպես կազմակերպել՝ հաճելի և «դրական» թերապևտիկ միջավայրի ստեղծման ակնկալիքով:
- ★ Իրականացնել ինքնասպանության կանխարգելման միջմասնագիտական ծրագրեր՝ յուրաքանչյուր քրեակատարողական հաստատությունում:
- ★ Վերանայել թմրանյութերի կախվածությունից հարկադիր բուժման վերաբերալ օրենսդրության համապատասխանությունը:
- ★ Կիրառել ժամանակակից փորձարկված մոտեցումներ թմրանյութերից կախվածություն ունեցող հիվանդների նկատմամբ:
- ★ Ապահովել մեթադոնային պահպանողական բուժումը (ՄՊԲ) բոլոր այն ազատազրկվածների համար, որոնք պետք է համապատասխան բուժում ստանան, ինչպես նաև վերացնել ոստիկանության ներգրավվածությունը և ազդեցությունը ՄՊԲ հարցերով որոշում կայացնող մարմինների վրա, հաշվի առնելով որ այն բժշկական օգնության ձևերից է, որի շուրջ որոշումները պետք է կայացվեն բացառապես բժիշկ-մասնագետների կողմից:
- ★ Դիտարկել տուբերկուլյոզի բուժման բաժանմունքների տեղափոխումը համապատասխան նյութական պայմաններով նոր կառուցված բաժանմունք:
- ★ Ներմուծել տուբերկուլյոզի/ԴՉԹ համակարգ (XpertTB/RIF) քրեակատարողական համակարգի կենտրոնական տուբերկուլյոզային լաբորատորիայում:
- ★ Իրավական հիմքեր նախատեսել ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, արյան միջոցով փոխանցվող հեպատիտի կանխարգելման և վնասի նվազեցման ռազմավարությունների համար՝ միջազգային հանձնարարականներին համապատասխան:
- ★ Տվյալներ հավաքագրել բանտերում արյան միջոցով փոխանցվող հեպատիտ B-ի և C-ի տարածման մասին:

¹³ Այս տարբերակը կարող է երկար ժամանակ պահանջել, և այն պահանջում է օրենսդրական բարեփոխումներ՝ այս խմբի բանտարկյալների նկատմամբ իրավասությունն Առողջապահության նախարարությանը փոխանցելու առումով:

Բժշկական էթիկա

Քրեակատարողական առողջապահության համակարգում բժշկական էթիկայի հարցում հատկանշական է, որ գնահատման այցերի ընթացքում հարցազրույց անցած բոլոր կողմերը՝ Արդարադատության նախարարության, Քրեակատարողական վարչության, ՔԿՎԲՍԲ, Հասարակական դիտորդական խմբի, այլ ՀԿ-ների, ԱԱԻ-ի ներկայացուցիչները և բոլոր բուժաշխատողները, միաձայն շեշտել են, որ **մասնագիտական բժշկական անկախության** բացակայությունը քրեակատարողական բուժսպասարկման ներկայիս համակարգում, ինչպես նաև բանտարկյալների հետ ամենօրյա բուժսպասարկման աշխատանքներում, առաջ է բերում ամենամեծ էթիկական խնդիրը, որը վերաբերում է առողջապահության աշխատակիցների հանդեպ հիվանդ բանտարկյալների վստահությանը: Թվում է, թե իրականում այս կառույցները համապատասխան կերպով փոխելու հավաքական կամքն առկա էր, և գնահատման թիմին բազմիցս խնդրել են առաջարկել այլընտրանքային առողջապահական համակարգերի կազմակերպման նոր լուծումներ՝ այս բացը լրացնելու համար (տե՛ս ստորև): Գործնականում, բուժաշխատողները ամենօրյա աշխատանքում զգում են, որ իրենց բժշկական որոշումները, օրինակ՝ բժշկական փաստաթղթերի, բուժման կազմակերպման կամ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ տեղափոխումների վերաբերյալ, գտնվում են բանտի ղեկավարության ազդեցության կամ ճնշումների ներքո, և դրանով իսկ բուժաշխատողներն իրենց հիվանդների կողմից դիտվում են որպես բանտային ռեժիմի մաս, այլ ոչ թե անկախ բուժսպասարկում իրականացնողներ:

Հայկական բանտերում բժշկական էթիկայի¹⁴ միջազգայնորեն ընդունված սկզբունքների պահպանման վրա կանոնավոր կերպով լույս սփռելու նպատակով գնահատման թիմը ստորև մեկ առ մեկ կներկայացնի այդ սկզբունքները՝ համապատասխան դիտարկումների հետ միասին:

Առաջին՝ ինչպես ասված է **բանտային բժշկի դերի** վերաբերյալ ՄԱԿ-ի թիվ 37/194 բանաձևում, «Բուժանձնակազմի, հատկապես բժիշկների համար բժշկական էթիկայի խախտում է համարվում բանտարկյալների կամ կալանավորների հետ որևէ մասնագիտական հարաբերության մեջ մտնելը, որի նպատակը չի համընկնում նրանց առողջության գնահատման, պահպանման կամ բարելավման հետ»: Սա ենթադրում է, որ բանտի բուժանձնակազմը երբեք չպետք է ներգրավվի այնպիսի բժշկական գործունեության մեջ, որը չի բխում իրենց հիվանդների առողջական շահերից: Չնայած ՀՀ օրենսդրությունը չի նախատեսում քրեակատարողական հիմնարկների բժիշկների մասնակցությունը կարգապահական պատիժների վերաբերյալ որոշումների կայացման գործընթացում, ՀՊԳ-ը և ԱԿՄ-ը զեկուցում են բժիշկների կողմից դեռևս տրվող տեղեկանքների մասին, որոնք վերաբերում են բանտարկյալների՝ կարգապահական պատիժներ կրելու համապատասխանությանը: Հատկապես մտահոգիչ է, որ այն, ըստ տեղեկությունների, կատարվում է նույնիսկ դատապարտյալների հիվանդանոցում գտնվող հիվանդների կարգապահական պատիժների պարագայում:

Ինչ վերաբերում է յուրաքանչյուր բանտարկյալի համար անվճար **բուժօգնության հասանելիությանը, ապա** կարելի է նշել, որ ըստ պաշտոնական փաստաթղթերի և կանոնակարգերի, բանտարկյալների բուժսպասարկումն անվճար է ցանկացած միջամտության կամ դեղորայքի համար: Բժշկական օգնության հասանելիությունը կարծես թե առկա է, բացառությամբ որոշ հաստատությունների, որտեղ չկան բժիշկներ (Վանաձոր քրեակատարողական հիմնարկ): Կալանավորվածներն առաջնային բուժօգնություն ստանում են իրենց կալանավորման վայրում աշխատող բժիշկների կողմից: Բանտի բժշկի պահանջով քրեակատարողական համակարգից և, անհրաժեշտության դեպքում, քաղաքացիական համակարգից առողջապահական ոլորտի տարբեր մասնագետներ կալանավորների համար տեղում խորհրդատվություն են իրականացնում: Ֆինանսական մատչելիության առումով առկա են Քաղաքացիական հասարակության մոնիտորինգի խմբի 2013թ. հրատարակած զեկույցի մեջ տեղ գտած որոշ գրառումներ, որոնցում կասկած է հատնվել բանտային կամ քաղաքացիական հիվանդանոցներ տեղափոխելու ուղեգրերի համար վճարվող ոչ պաշտոնապես սահմանված որոշակի գումարների մասին: Առկա են տեղեկություններ բանտարկյալին բժշկական բաժանմունքում պահելու դիմաց տրվող 50.000-60.000 դրամ ամսական վճարի մասին:

Եթե հիվանդ բանտարկյալն ուղեգրվում է քաղաքացիական հիվանդանոց անհետաձգելի բուժօգնության հա-

14 Ձերբակալվածներին և կալանավորվածներին խոշտանգումներից և այլ դաժան, անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքից կամ պատժից պաշտպանող բժշկական անձնակազմի, հատկապես բժիշկների դերին առնչվող բժշկական էթիկայի սկզբունքներ, ՄԱԿ-ի բանաձև 37/194, 1982, ԽԿԿ չափանիշներ, Բանտում բժշկական սպասարկման էթիկական և կազմակերպչական հարցեր, Եվրոպայի Խորհրդի Հանձնարարական թիվ (98) 7, 1998, Եվրոպայի Խորհրդի Հանձնարարական թիվ Rec (2006)2 Եվրոպական բանտային կանոնների վերաբերյալ, 2006)2, ՀԲԱ հոշակագրեր:

մար, ապա այս միջամտությունը նույնպես անվճար է, քանի որ այդպիսի մասնագիտացված ծառայությունները նախատեսված են պետական բյուջեով: Ըստ Քրեակատարողական վարչության բժշկական սպասարկման բաժնի ղեկավարի՝ «Եթե գումարները վերջանում են, Քրեակատարողական վարչությունը բժշկական ծառայության հետ միասին դիմում է Առողջապահության նախարարությանը՝ լրացուցիչ ֆինանսավորում հայցելու կամ վճարից ազատվելու համար»: Այնուամենայնիվ, ինչպես քաղաքացիական առողջապահական համակարգի դեպքում, այս պետական միջոցները նույնպես սահմանափակ են, և բանտարկյալների առողջական վիճակը կարող է վատթարանալ տևական ժամանակ հերթագրված լինելու ընթացքում, մինչև որ պետականորեն տրամադրվող մասնագիտացված ծառայությունները ֆինանսավորվեն և դառնան հասանելի: Վերջերս համավճարման համակարգեր են ներդրվել ինչպես քաղաքացիների, այնպես էլ բանտարկյալների համար:

Այնուամենայնիվ, եթե նույնիսկ անվճար բժշկական ծառայությունը հասանելի է, բժշկական ծառայությունների որակը մտահոգությունների տեղիք է տալիս. բուժման որակը բազմագործոն տիրույթ է, որը սահմանում է մատուցված ծառայության որակի մակարդակը: Ամենակարևոր բաղադրիչներից մեկն անձնակազմի վերապատրաստումն ու շարունակական բժշկական կրթությունն է (ՇԲԿ): Ըստ Քրեակատարողական վարչության բժշկական սպասարկման բաժնի ղեկավարության՝ բժշկական անձնակազմը որևէ վերապատրաստման կամ այլ ՇԲԿ միջոցառումների չի մասնակցել, բացառությամբ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման և տուբերկուլյոզի վերահսկման վերաբերյալ Գլոբալ ֆոնդի, և Ազգային թունաբանական ծրագրի (NTP) և ՀԿ-ների կազմակերպած մի քանի դասընթացների: Թեև քրեակատարողական հիմնարկների ողջ անձնակազմը 3 տարին մեկ պետք է որոշակի վերապատրաստման դասընթացներ անցնի Արդարադատության նախարարության իրավաբանական ինստիտուտում, այդ դասընթացների ծրագիրը չի պարունակում որևէ բժշկական թեմա կամ առարկա:

Բժիշկ-մասնագետների, հատկապես՝ հոգեբույժների և կլինիկական հոգեբանների առկայությունը, մեկ այլ հույժ առաջնային խնդիր է, որը բարձրացվել է բոլոր շահագրգիռ կողմերի, ղեկավարության, Հանրային պաշտպանի գրասենյակի, ԱԿՄ-ի և ՀԿ-ների կողմից: Բանտային միջավայրում աշխատելու պատրաստակամությունը՝ աշխատակազմի բացասական վերաբերմունքի, բժշկական գաղտնիության խնդիրների, մասնագիտական անկախության և այլ էթիկական խնդիրների, ինչպես նաև ցածր աշխատավարձերի պարագայում չեն նպաստում քրեակատարողական համակարգի բուժսպասարկման աշխատանքներում ընդգրկվելուն: Բացի այդ, մի շարք բարդ բյուրոկրատական պահանջները ոչ միայն հետ են պահում հայ բուժսպասարկողներին առավել բարենպաստ պամաններում աշխատելու իրենց իրավունքը պաշտպանելուց, այլև խոչընդոտում են իրենց հիվանդներին որակյալ բուժօգնություն ցուցաբերելուն: Հայաստանում բուժսպասարկողների իրավունքների արդյունավետ պաշտպանության և կիրարկման բացակայության արդյունքներից մեկն այն է, որ շատ փորձառու բուժաշխատողներ նախընտրում են հեռանալ երկրից և աշխատել այլուր՝ հիասթափված լինելով իրենց ցածր աշխատավարձից և ոչ բարվոք աշխատանքային պայմաններից, ինչպես նաև այն փաստից, որ հիվանդների հետ իրենց վեճերում համակարգը չի պաշտպանում իրենց:

Բուժօգնության **համարժեքության** սկզբունքը ենթադրում է բանտերում և համայնքում բուժսպասարկման որակի միևնույն մակարդակ: Այն հնարավոր է ապահովել միայն քրեակատարողական բուժսպասարկումը համայնքային բուժսպասարկման և հանրային առողջապահության մեջ ինտեգրելու և սերտ համագործակցության միջոցով, որը կվերաբերի իրավական կարգավորումների, արտոնագրման ընթացակարգերի, սարքավորումների և որակավորման նվազագույն պահանջների վերահսկման և հսկողության, տարրական դասընթացների և անձնակազմի հավաքագրման ընթացակարգերի և ազգային առողջապահական ծրագրերում բանտարկյալների ընդգրկման հարցերին: Էթիկական սկզբունքից զատ, համարժեքությունը և բանտային ու համայնքային բուժսպասարկման ծառայությունների ինտեգրումն անհրաժեշտ նախապայման է հանրային առողջության պահպանման համար, ինչպես որ հստակորեն սահմանվել է ԱՀԿ Մոսկվայի 2003թ. հոշակագրում և վերջերս կրկին անգամ նշվել է ԱՀԿ/ՄԱԹՀԳ «Բանտային առողջապահության լավ կառավարում 21-րդ դարում. բանտային առողջապահության կազմակերպման քաղաքականության համառոտագիր» հրապարակման մեջ:

Նմանապես, հիվանդների համաձայնությունը և բժշկական գաղտնիությունը ոչ միայն բժշկական էթիկայի սկզբունքներ են, այլ նաև բժշկական յուրաքանչյուր գործունեության պարտադիր մասնագիտական գործիքներ: **Հիվանդի համաձայնությունը**, որը պահանջում է առաջարկվող բժշկական ցանկացած միջամտության մասին մանրամասն տեղեկատվություն (տեղեկացված համաձայնություն), լավ կարգավորված է ՀՀ օրենսդրությամբ, որը նաև վերաբերում է բացառություններին, օրինակ՝ անմեղսունակ հիվանդի հարկադիր բուժումը: Այնուամենայնիվ, թմրանյութերից կախվածություն ունեցողների, մեղսունակ հիվանդների հարկադիր բուժման վերաբե-

ոյալ օրենքներն այս գաղափարի հետ հակասության մեջ են և պետք է վերանայվեն: Գնահատման թիմն ուրախ էր լսել, որ մեղսունակ հացադուլ իրականացնողին իր կամքին հակառակ ուժով կերակրելը այլևս չի կիրառվում:

Բժշկական գաղտնիությունը Հայաստանի քրեակատարողական բուժսպասարկման համակարգում մտահոգության առարկա է: Չնայած բժշկական գաղտնիության օրենքով երաշխավորված իրավունքին (Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին օրենքի հոդված 19 (գ), և Քրեական օրենսգրքի հոդված 145) Հանրային պաշտպանի գրասենյակը և ԱԿՄ-ը տեղեկացրել են, որ ներկա են եղել այնպիսի իրավիճակների, երբ ոստիկանության ծառայողները կալանավորի՝ քրեակատարողական հիմնարկ ընդունելու պահին հետևել են բուժզննման ընթացքին՝ սպասելով մինչև բժիշկը ստորագրի նոր կալանավորված անձի վնասվածքների մասին տեղեկանքը: Բժշկական գաղտնիության խախտումից բացի, այդ պրակտիկան նաև նպաստում է վատ վերաբերմունքին և վատ վերաբերմունքի անպատժելիությանը: Գնահատման թիմը դիտարկել է նաև, որ բուժանձնակազմի մոտ առկա է որոշակի անվստահություն առ այն, թե արդյոք ընդունման պահին բուժզննման արդյունքները հանդիսանում են նոր կալանավորի անձնական գործի, թե գաղտնի բժշկական քարտի մաս: Աբովյան քրեակատարողական հիմնարկում բանտարկյալների բժշկական քարտերը պահվում են ոչ թե բժշկական բաժանմունքում, այլ բանտի վարչական մասում: Թեև ՀՀ օրենքն ապահովում է բժշկական գաղտնիության կանոնների պահպանումը Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին օրենքի միջոցով, դրանք, ըստ տեղեկությունների, համարվում են կիրառելի լիցենզավորված բժշկական հաստատություններում, այլ ոչ թե լիցենզավորում չանցած քրեակատարողական առողջապահական հաստատություններում, որոնք ղեկավարվում են ռազմական բուժանձնակազմի կողմից:

Ինչ վերաբերում է բանտերում ընդհանուր **կանխարգելիչ բուժօգնությանը**, ապա Նուբարաշեն քրեակատարողական հիմնարկի գերբնակեցվածության և անբավարար սանիտարահիգիենիկ պայմանների, մասնավորապես՝ դատապարտյալների հիվանդանոցի պայմանների բացասական հետևանքները, որոնց մասին վերևում արդեն նշվել է, պետք է անհապաղ հաղթահարվեն: Ինչ վերաբերում է կանխարգելիչ թիրախային բուժօգնությանը, տուբերկուլյոզի վերահսկման և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վնասի նվազեցման գործում արդյունավետ կանխարգելիչ ջանքերին, ապա դրանք նկարագրվել են բուժօգնության տրամադրման վերաբերյալ նախորդ բաժնում:

Տուբերկուլյոզի և ՄԻԱՎ-ի հետ կապված աշխատանքների համեմատությամբ ավելի քիչ ուշադրություն է դարձվում բանտերում ոչ վարակիչ հիվանդությունների, մասնավորապես՝ շաքարախտի, սրտանոթային և նեոպլաստիկ հիվանդությունների առաջնային և երկրորդային կանխարգելմանը, որը մեծ խնդիրներ է ստեղծում Հայաստանում առողջապահական համակարգի համար: Առաջնային բուժօգնության համայնքային մակարդակում վերջերս ներմուծվել են մի շարք առողջապահության ազգային ծրագրեր, ներառյալ՝ պապ ստուգմամբ զանգվածային հետազոտությունը, շաքարախտի և հիպերտոնիկ հետազոտությունները, որոնցում միանշանակ պետք է ընդգրկվի նաև բանտային բնակչությունը: Հաշվի առնելով վերջիններիս՝ հասարակությունից մեկուսացված լինելու հանգամանքը և բուժսպասարկման հասանելիության ավելի նվազ աստիճանը, կարևոր է ապահովել պատշաճ բուժօգնության տրամադրումը բանտում ազատագրկվածների գտնվելու ընթացքում, ինչը ավելի քիչ խնդիրներ կառաջացնի հետագայում հասարակության համար: Որպես առաջին քայլ պետք է ապահովվի Աբովյան քրեակատարողական հիմնարկում գինեկոլոգի կողմից պապ հետազոտությունը:

Բուժաշխատողների **մարդասիրական օգնությունն** առաջին հերթին առնչվում է բանտային հանրության շրջանում խոցելի խմբերին: Մինչդեռ անչափահասների, կին բանտարկյալների, մայր/երեխա բանտարկյալների հատուկ կարիքները հաստատված են և ուշադրության են արժանանում, իսկ ֆիզիկական կամ մտավոր սահմանափակումներ ունեցող բանտարկյալների կարիքները զգալիորեն անտեսվում են՝ նյութական պայմանների (զուգարաններ), շարժունակության օժանդակ սարքավորումների և անհատական խնամքի առումով: Սահմանափակ կարողություններով բանտարկյալների համար պետք է նախատեսել համապատասխան պայմաններով և սարքավորումներով հագեցված բաժանմունքներ:

Քրեակատարողական համակարգի բուժանձնակազմի մասնագիտական ունակություններն ու անհրաժեշտ **մասնագիտական կարողությունները** լայնորեն թերագնահատվում են հասարակության և նույնիսկ ոչ քրեակատարողական համակարգում աշխատող կոլեգաների կողմից: Ի լրումն դժվար աշխատանքային պայմանների և ծանր հիվանդների, քրեակատարողական համակարգի բուժսպասարկման պահանջներին համապատասխանելու համար հատուկ ունակություններ են անհրաժեշտ հոգեկան առողջության, վարակիչ հիվանդությունների և վարակների վերահսկման, բանտարկյալների մոտ տարածված այլ պաթոլոգիաների և հատկապես բժշկական էթիկայի բնագավառներում: Այս դժվարությունները պետք է փոխհատուցվեն պատշաճ վարձատրությամբ,

պարբերաբար մասնագիտական զարգացման և վերապատրաստման միջոցառումներին մասնակցելու (տե՛ս հաջորդ բաժինը), քրեակատարողական համակարգից դուրս բժշկական գործունեությամբ զբաղվելու հնարավորությունների ընձեռմամբ՝ ուղեկցվելով բանտի վարչակազմի կողմից հարգանքով, ներառյալ՝ աներկբա մասնագիտական անկախության ապահովմամբ:

Մարդու իրավունքներ

Վերջին մի քանի տասնամյակներում մարդու իրավունքների վերաբերյալ օրենսդրության հանրայնացում է տեղի ունեցել, ինչը, հետևաբար, ազդել է բուժօգույթյան կարիք ունեցող բանտարկյալների իրավունքների վրա:

Մարդու իրավունքները և բժշկական էթիկան փոխկապակցված են: Դրանք զուգահեռ մեխանիզմներ են. մարդու իրավունքների համակարգը գործում է սոցիալ-քաղաքական մակարդակի վրա, իսկ բժշկական էթիկան՝ ավելի շատ բժիշկ-հիվանդ հարաբերություններում: Մարդու իրավունքները նվազագույն չափանիշներին համապատասխանելու պարտավորություն է առաջացնում պետության և բուժսպասարկում իրականացնողների համար: Բժշկական էթիկան նույնանման չափանիշներին, այսինքն՝ մարդկային բարոյականությանը համապատասխանելու պարտավորություն է առաջացնում անհատ բժիշկների համար: Մարդու իրավունքներն ու բժշկական էթիկան փոխլրացնող բնույթ ունեն և երկուսի համատեղ կիրառումը բարձրացնում է խոցելի հիվանդի համար պաշտպանության հասանելիությունը:

Հաշվի առնելով մարդու իրավունքների լայնորեն տարածված խախտումները և բանտարկյալների նկատմամբ տարածված խտրականության դեպքերը՝ մարդու իրավունքների հեռանկարն էական նշանակություն ունի բանտում բուժսպասարկման որակի և զարգացման համար: Մարդու իրավունքների վերաբերյալ միջազգային իրավական փաստաթղթերը, ինչպես նաև մոնիտորինգային և բողոքարկման մեխանիզմները պաշտպանության կարևոր միջոցներ են, հատկապես՝ բանտային միջավայրում: Կոնվենցիաներն ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն առնչվում են խտրականությանը, մատչելիության և սպասարկման որակին, անփութությունից կամ չարաշահումներից պաշտպանվածությանը և երաշխիքներին: Դրանք նախատեսում են ընդհանուր կանոններ և չափանիշներ նաև ստեղծում են այդ չափանիշների կիրարկման միջազգային համակարգեր, օրինակ՝ մասնագիտացված մոնիտորինգային և բողոքարկման մեխանիզմներ:¹⁵

Ըստ այդմ, վերևում համապատասխան բաժնում արդեն իսկ մեկնաբանված բժշկական էթիկային վերաբերող բոլոր սկզբունքները պետք է դիտարկվեն նաև մարդու իրավունքների տեսանկյունից: Բժշկի հասանելիության, բուժօգնության համարժեքության, հիվանդի համաձայնության և գաղտնիության, կանխարգելիչ բուժօգնության, մարդասիրական օգնության, մասնագիտական անկախության և մասնագիտական լիազորության տիրույթում բոլոր հակասությունների համար անհրաժեշտ է կիրառել համակարգային մոտեցում: Սույն գնահատման զեկույցում բացահայտված հակասություններն ու թերությունները այս բոլոր ոլորտներում ընկնում են պետության, այսինքն՝ Հայաստանի Հանրապետության պարտականությունների տիրույթի ներքո: Վերը թվարկված սկզբունքները քրեակատարողական հիմնարկում բուժօգնության իրականացման շրջանակներում մարդու իրավունքների պաշտպանության համար կարևորագույններն են: Այս պահին հայկական ԱԿՄ և այլ մոնիտորինգային մարմինները պետք է առաջնորդող դեր ստանձնեն մարդու իրավունքների առկա միջազգային չափանիշներին համապատասխան օրենսդրական փոփոխությունների նախաձեռնություններում:

Բժշկական էթիկայի թեմայի տակ ներկայացված բացահայտումները չկրկնելու համար որոշ դիտարկումներ պետք է, այնուամենայնիվ, կատարվեն, որպեսզի ավելի պարզ պատկեր ստեղծվի այն հարցի շուրջ, թե ինչ է այս համատեքստում նշանակում մարդու իրավունքների խախտումը:

Օրինակ՝ այցելած բանտերի բուժսպասարկման բաժանմունքների, ինչպես նաև Երևանում դատապարտյալների հիվանդանոցի և Նուբարաշեն հոգեբուժական հիվանդանոցի անհամարժեք, ծայրահեղ վատ պայմանները մարդու իրավունքների խախտում են հանդիսանում, որը հավասարազոր է անմարդկային և նվաստացնող վերաբերմունքի: Միջազգային չափանիշներից զատ, մարդու այս իրավունքը սահմանված է նաև ՀՀ օրենսդրու-

¹⁵ Միջազգային պայմանագրի կողմ դառնալով՝ պետությունները պարտավորություն են ստանձնում կիրառել պայմանագրերն իրենց արդարադատության համակարգում և ապահովել, որպեսզի իրենց գործելակերպն ու ընթացակարգերը համապատասխանեն մարդու իրավունքների պարտադիր ուժ ունեցող դրույթներին, ինչը նույնպես վերաբերում է հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձանց պաշտպանությանը:

թյամբ:¹⁶

Սակավաթիվ բժշկական անձնակազմը և բժշկական անձնակազմի գիշերային հերթապահության ոչ բավարար լինելու հանգամանքը նույնպես կարող է հանգեցնել անմարդկային և նվաստացնող վերաբերմունքի:

Քրեակատարողական հիմնարկում բժշկական զննման ընթացքում գաղտնիության արդեն իսկ նկարագրված կանոնավոր խախտումները (զննումը պետք է անցկացվի բանտային ոչ բժշկական անձնակազմի լսողական և տեսողական սահմաններից դուրս) պետք է նույնպես դիտարկել մարդու իրավունքների տեսանկյունից՝ պարտավորեցնելով պետությանը հետևել միջազգային չափանիշներին և նաև գործող ազգային օրենսդրությանը¹⁷:

Կանխարգելիչ բուժօգնության առնչությամբ այս գնահատման զեկույցում նշված սոցիալական և կանխարգելիչ բուժօգնության տիրույթում գտնվող բոլոր բացահայտումները պետության կողմից զգալի բարեփոխումների ուղղությամբ հրատապ գործողություններ են պահանջում: Քրեակատարողական հիմնարկի բուժսպասարկումը չպետք է սահմանափակվի միայն հիվանդներին բուժելով: Նրանց պետք է վստահվի նաև սոցիալական և կանխարգելիչ բժշկական պարտականություններ (հիգիենա, վարակիչ հիվանդություններ, ինքնասպանության և բռնության կանխարգելում, սոցիալական և ընտանեկան կապեր):¹⁸

Չկա գործող բողոքարկման կարգ, ինչը խախտում է բանտարկյալների մարդու իրավունքները: Սա մեկ այլ օրինակ է, երբ Հայաստանի Հանրապետությունը պետք է արձագանքի օրենսդրության բարելավմամբ:

Մարդու իրավունքների տեսանկյունից առավելապես կարևոր է բանտային համակարգից անկախ բժշկական ծառայություններ ունենալը: Սա բուժօգնության հասանելիության իրավունքի պաշտպանության, ինչպես նաև բուժօգնության համարժեքության, բժշկական գաղտնիության և այլնի նախադրյալ է:

Բանտարկյալները պետք է ստանան նույն մակարդակի բուժօգնություն, ինչ համայնքում ապրող անձինք: Այս սկզբունքը անձի հիմնարար իրավունքների անբաժանելի մասն է:

Բուժօգնություն ստանալու իրավունքը մարդու հիմնարար իրավունքն է: «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքը միանշանակորեն նախատեսում է այդ իրավունքը¹⁹: Հետևաբար, բուժօգնության համարժեքության սկզբունքի ապահովման պարագայում ընդհանուր բնակչության բուժօգնություն ստանալու իրավունքն անկասկած պետք է կիրառվի բանտերի/բանտարկյալների հանդեպ նույնպես: Գնահատման թիմի բացահայտումներն արձանագրում են մարդու այս հիմնարար իրավունքի խախտում: Պետությունը պետք է պայմաններ ապահովի՝ մարդու այս հիմնարար իրավունքի պաշտպանության սկզբունքների հետևողական իրականացման համար:

Գնահատման այցելությունների ժամանակ բազմաթիվ շահագրգիռ կողմեր՝ Արդարադատության նախարարության, ՔԿՎ, ՔԿՎ բժշկական սպասարկման բաժնի ներկայացուցիչները, ինչպես նաև այցելած հաստատությունների ղեկավարները, նշել են, որ քրեակատարողական ոլորտի բուժսպասարկման անբավարար վիճակի հիմնական պատճառը ֆինանսական ռեսուրսների անբավարարությունն է: Կարևոր է մեկ անգամ ևս նշել մարդու հիմնարար իրավունքների սկզբունքներից մեկը. բանտարկյալի մարդու իրավունքները խախտող բանտային պայմանները չեն կարող արդարացվել միջոցների բացակայությամբ²⁰:

Առաջարկություններ

- ★ Վերակազմավորել քրեակատարողական հիմնարկի բժշկական սպասարկման անձնակազմը, ինչպես նաև լրամշակել իրավական դրույթներն այնպես, որ բուժաշխատողների աներկբա մասնագիտական բժշկական անկախությունը երաշխավորված լինի և հարգվի քրեակատարողական հիմնարկի ոչ բժշկական անձնակազմի կողմից:
- ★ Մեկ անգամ ևս հիշեցնել քրեակատարողական համակարգի ղեկավարությանը և վարչական անձնակազմին, որ բանտում բուժաշխատողների միակ առաջադրանքը բանտարկյալների առողջությունն ու բարեկե-

16 «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենք, Հոդ. 5 (բ):

17 Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին Հայաստանի Հանրապետության օրենք, Հոդ. 5 (գ):

18 CPT/Inf/E (2002) 1 - Վեր. 2015թ. անգելերեն, Քաղվածք 3րդ Ընդհանուր զեկույցից [CPT/Inf (93) 12] էջեր 38 – 48:

19 «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենք, Հոդված 4:

20 Անդամ պետություններին հասցեագրված նախարարների կոմիտեի հանձնարարական թիվ (2006)2 Եվրոպական բանտային կանոնների մասին, Հավելված, Մաս 1 (4):

ցությունն է և որ բուժաշխատողները չպետք է ընդգրկվեն այնպիսի բժշկական գործունեության մեջ, որը չի ծառայում այդ նպատակին:

- ★ Հնարավորություն ընձեռել բանտարկյալներին օգտվելու նույն մակարդակի բուժօգնությունից, որից օգտվում են համայնքի բնակիչները:
- ★ Յուրաքանչյուր բանտում բացի թերապևտից և ատամնաբույժից, պետք է կանոնավոր կերպով կազմակերպել հոգեբույժի և կլինիկական հոգեբանի, ինչպես նաև անհրաժեշտության դեպքում՝ այլ բժշկական մասնագետների այցելություն:
- ★ Երկրորդային բուժօգնության կարիքն ունեցող ունեցրկված բանտարկյալից ոչ-պաշտոնական կամ պաշտոնական համավճարի պահանջը հակասում է անվճար բուժօգնության հասանելիության սկզբունքին և պետք է վերացվի:
- ★ Ձեռնարկել բոլոր անհրաժեշտ ջանքերն իրականացնելու համար քրեակատարողական բուժօգնության արդյունավետ ինտեգրումը և համագործակցությունը համայնքային բուժօգնության հետ:
- ★ Վերանայել թմրանյութերի կախվածությունից հարկադիր բուժման մասին օրենքների համապատասխանությունը:
- ★ Դադարեցնել բժշկական զննման և խորհրդատվության ընթացքում ոստիկանի կամ այլ անվտանգության աշխատակցի ներկայության պրակտիկան, եթե դա ակնհայտորեն չի պահանջվում բուժաշխատողների կողմից իրենց իսկ անվտանգության համար:
- ★ Հիվանդին առնչվող բոլոր բժշկական տեղեկությունները պահել խիստ գաղտնի, բժշկական քարտում և թույլ չտալ, որ հիվանդին առնչվող բժշկական տեղեկությունները հասանելի լինեն ոչ բժշկական անձնակազմին:
- ★ Ընդգրկել բանտային հանրությանը կառավարության կողմից հովանավորվող Ազգային առողջապահական ծրագրում:
- ★ Սահմանափակ կարողություններով բանտարկյալների համար բանտում նախատեսել բաժանմունքեր՝ համապատասխան պայմաններով և սարքավորումներով հագեցված:
- ★ Աջակցել բուժաշխատողների մասնագիտական կարողությունների զարգացմանը՝ կարողությունների որակավորման սահմանման, կանոնավոր վերապատրաստման և մասնագիտական զարգացման, նաև քրեակատարողական համակարգից դուրս աշխատելու թույլտվության և աներկբա մասնագիտական անկախություն շնորհելու միջոցով:
- ★ Բուժօգնության ոլորտում բողոքարկման ներդնել ընթացակարգեր, որոնք կհասցեագրվեն Քրեակատարողական վարչությունից անկախ պետական որևէ այլ մարմնի:

ՄԱՍ 4. Մասնագիտական զարգացում

Վերապատրաստում

Գնահատման այցելությունների ընթացքում քրեակատարողական համակարգում աշխատող բուժանձնակազմի համար բազմաթիվ դասընթացներ նախատեսելու կարիքների մասին է նշվել Արդարադատության նախարարության պաշտոնյաների, Քրեակատարողական վարչության ղեկավարության, Քրեակատարողական վարչության բժշկական սպասարկման բաժնի ղեկավարության, ինչպես նաև այցելած բոլոր հաստատությունների բժշկական անձնակազմի կողմից: Այդ կարծիքն արտահայտվել է նաև մի քանի այլ կառույցների և կազմակերպությունների հետ հանդիպումներում, օրինակ՝ Առողջապահության ազգային ինստիտուտի, Իրավաբանական ինստիտուտի, Հայաստանի Ազգային կանխարգելման մեխանիզմների, ԱՀԿ Հայաստանյան գրասենյակի, ինչպես նաև մի շարք ՀԿ-ների ներկայացուցիչների կողմից, որոնց գնահատման թիմը հանդիպել է այցելությունների ընթացքում: Անակնկալ էր, որ Իրավաբանական ինստիտուտը, որն արդեն 6 տարի է, ինչ պատասխանատու է քրեակատարողական համակարգի աշխատակիցների, ինչպես նաև բուժանձնակազմի վերապատրաստման կազմակերպման համար, ներկայացրել է շատ քիչ (եթե այդպիսիք եղել են) առաջարկություններ քրեակատարողական բուժաշխատողների վերապատրաստման վերաբերյալ՝ մի կողմ թողնելով դասընթացների ծրագիր ունենալու հարցը:

Ընդհանուր առմամբ, հստակորեն ընդգծվել է, որ բանտերում աշխատող բժշկական անձնակազմը, բացի մաս-

նագիտական գիտելիքներից և կարողություններից, կարիք ունի լրացուցիչ և համապատասխան կրթության և վերապատրաստման նաև այլ ոլորտներում, որոնք սերտորեն կապված են և անհրաժեշտ են բանտարկյալների հետ ամենօրյա աշխատանքներն իրականացնելու համար: Քրեակատարողական բուժսպասարկման ոլորտում առկա ներկայիս միտումների կողմից պարտադրված դժվարություններին պատշաճ կերպով դիմակայելու համար նաև ավելի խորացված կրթության և վերապատրաստման անհրաժեշտություն է ծագում՝ աճող խնդիրների պատճառով, որոնք ներկայումս ազդում են բանտային բնակչության վրա:

Օրինակ՝ ըստ ներարկվող թմրանյութի օգտագործման մասին ԱԱԻ կողմից 2011թ. կատարված ուսումնասիրության, երկրում կա 5,327 գրանցված օգտագործող, մինչդեռ նրանց իրական քանակը գնահատվում է 12,700: Այս ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս բանտում թմրանյութի օգտագործման և բուժման վերաբերյալ կրթության, թմրանյութի մատակարարման կրճատման, կրթության, պահանջարկի և վնասի նվազեցման վերաբերյալ գիտելիքների և վերապատրաստման կարևորությունը: Մեթադոնի ծրագիրը Հայաստանում ներդրվել է 2009թ., իսկ քրեակատարողական համակարգում՝ 2011թ.: Ներկայումս մեթադոն օգտագործող բանտարկյալների թիվը 143 է: Ըստ տեղեկությունների՝ այդ ծրագիրը բավականին դրական ազդեցություն է ունեցել բանտերում թմրանյութերի առաջարկի և պահանջարկի կրճատման և թմրանյութերի օգտագործման վրա և դրականորեն է ազդել նաև բանտային բնակչության ընդհանուր առողջության վրա: ԱԱԻ-ն նաև տեղեկացրել է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի դեմ պայքարի ծրագրի մասին, և դրա շրջանակներում մի քանի բանտերում իրականացվում է ասեղների տրամադրում: Այնուամենայնիվ, այս բոլոր խնդիրների առումով հստակորեն նշվել է, որ դրանք բավարար կերպ չեն գործում, և առկա է կրթության և վերապատրաստման հրատապ կարիք:

Գնահատման այցելությունների ընթացքում շատ այլ քննարկումների ժամանակ ազգային իշխանությունների, անհատների և կազմակերպությունների կողմից շեշտվել է, որ բանտերում մեթադոնի նշանակման հստակ քաղաքականություն չկա: Սա ևս մեկ պատճառ է դասընթացների մի մասը նվիրել մեթադոնի դետոքսիկացիայի և օգտագործման խնդիրներին:

Մեկ այլ հրատապ հարցը, որն առանձնացվել է քրեակատարողական ծառայությունների ղեկավարության կողմից, հոգեկան առողջության խնդիրների կառավարումն է: Առայժմ չկա հոգեկան առողջության խնդիրների վերաբերյալ որևէ ֆորմալ դասընթաց և ակնհայտորեն կա դրա աճող անհրաժեշտությունը:

Երևանի դատապարտյալների հիվանդանոցում գնահատման թիմը տեղեկացվել է, որ թմրամոլության խմբային հոգեթերապիան երկրում արդյունավետ չէ: Ելնելով այն կարծիքից, որ առկա է անձնական կախվածության խնդիրները թաքցնելու ընդհանուր մտածելակերպ՝ խորհուրդ է տրվում նախաձեռնել հակա-ստիգմավորման դասընթացներ բանտերի բժշկական և ոչ բժշկական անձնակազմի համար՝ հակախարանային հանրային քարոզարշավի և հոգեկան առողջության խնդիրների վերաբերյալ իրազեկվածության բարձրացման հետ միասին:

Քրեակատարողական վարչության բժշկական սպասարկման բաժնի ղեկավարությունը տեղեկացրել է, որ վերջիններս դասընթացների անցկացման վերաբերյալ հուշագիր են ստորագրել Երևանի պետական համալսարանի հետ և պատրաստվում են բանտային բժիշկների համար կազմակերպված դասընթացներ սկսել: Ավելին, բժիշկները կուղարկվեն արտասահման՝ կրթության և դասընթացների համար: Այնուամենայնիվ, նախատեսված դասընթացներն ավելի շատ զուտ բժշկական բնույթ ունեն: Անշուշտ, դրանք անհրաժեշտ են, ինչպես գնահատման թիմը ակնատես եղավ մի դեպքի, երբ Նուբարաշեն քրեակատարողական հիմնարկում թերապևտը ավտոմատ ախտորոշման համակարգով ԷՍԳ սարքավորումն ունենալու մասին ցանկություն հայտնեց, քանի որ ժամանակին վերջինս օգտվել է ԷՍԳ սարքավորումից, սակայն այժմ վերապատրաստման կարիք ունի: Առաջնային բուժօգնության մասնագետների համար նախատեսված է պարտադիր շարունակական բժշկական կրթություն (ՇԲԿ)՝ յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ, որը սակայն դեռևս չի կիրառվում: Ողջունելի փաստ է, որ այս դրույթը կիրառելի է նաև բանտային բժիշկների նկատմամբ, չնայած քրեակատարողական բուժսպասարկման հաստատությունները պաշտոնական լիցենզավորման դրույթի ներքո չեն ընկնում:

Բժշկական էթիկայի և մարդու իրավունքների ոլորտների կրթությունն ու դասընթացները հույժ կարևոր են բանտում բուժօգնության ծառայության պատշաճ աշխատանքի համար: Կարևոր է, որ բժշկական անձնակազմը լիովին տեղյակ լինի քրեակատարողական համակարգի շրջանակներում իր դերի մասին՝ իր ծառայություններից օգտվողներին, բուժօգնության կարիք ունեցող բանտարկյալներին հնարավորինս լավագույն ծառայություն մատուցելու համար: Չափազանց կարևոր է բուժօգնության խնդիրների վերաբերյալ քրեակատարողական հիմնարկի ղեկավարությունից բացարձակ անկախության անհրաժեշտության մասին տեղեկացվածությունը: Այս

առումով բժշկական ծառայության/բուժաշխատողների իրավասության վերաբերյալ հստակ սահմաններ պետք է որոշվեն՝ նրանց անկախ գործունեությունն ապահովելու համար:

Ողջունելի փաստ է, որ բանտում բժշկական և ոչ-բժշկական անձնակազմի վերապատրաստման վերաբերյալ Եվրոպայի խորհրդի խորհրդատուների տված հանձնարարականների զգալի մասը համապատասխանել են պետական մարմինների և կազմակերպությունների կողմից արված առաջարկություններին:

Հետագա դասընթացների առարկաները կորոշվեն գնահատման զեկույցի և նրա բացահայտումների և առաջարկությունների հիման վրա: Այնուամենայնիվ, հաշվի առնելով զեկույցի բոլոր հիմնական բաղադրիչները և այցելած բանտերում բժշկական բաժանմունքներին հատկացված միջոցները, դասընթացների անհրաժեշտությունը պետք է շատ բարձր, եթե ոչ ամենաբարձր տեղն զբաղեցնի առաջնահերթությունների ցանկում: «Մարդու իրավունքների» մոտեցման ընդունումը և մարդու իրավունքների մասին իրազեկվածությունը, այսինքն՝ ընդհանուր առմամբ բանտային բուժօգնության և բանտարկյալների խնամքի վերաբերյալ մտածելակերպի փոփոխությունը, օրենդրական փոփոխությունների, հետևաբար՝ նաև բանտային պայմանների փոփոխության և հանրային ոլորտում մատուցվող բուժօգնության որակին համարժեք բուժսպասարկման ամենավստահելի հիմքն է:

Հետևյալ թեմաները պետք է ընդգրկվեն ապագա դասընթացների ծրագրում՝

Հոգեկան առողջության խնդիրների հետ կապված դասընթաց բանտում աշխատող թերապևտների համար՝ քաղաքացիական ոլորտի առաջնային բուժօգնության մասնագետների հետ նույն դասընթացին զուգահեռ:

Բժշկական և ոչ բժշկական անձնակազմի կողմից կալանավորի քրեակատարողական հաստատություն ընդունելու պահին և կալանքի տակ գտնվելու ընթացքում հոգեկան խանգարումների հայտնաբերումը՝ որպես ինքնասպանության կանխարգելման կարևոր մաս:

Ինքնասպանության և ինքնավնասման կանխարգելում՝ բժշկական և ոչ բժշկական անձնակազմի համար:

Դասընթաց՝ վարակիչ հիվանդությունների կառավարման վերաբերյալ:

Դասընթաց՝ բանտում խոցելի խմբերի կառավարման վերաբերյալ:

Հիվանդների բժշկական քարտերի վարման վերաբերյալ դասընթաց:

Դասընթաց՝ հոգեկան խանգարումների ինստիտուցիոնալ բուժման համայնքային այլընտրանքների վերաբերյալ:

Դասընթաց՝ բժշկական էթիկայի, մարդու իրավունքների և միջազգային չափանիշների վերաբերյալ:

Դասընթաց՝ բանտում առողջության խթանման և հիվանդությունների կանխարգելման վերաբերյալ:

Դասընթաց՝ համայնքում և բանտում թմրամոլության և թմրադեղերի հետ կապված առողջական խնդիրների վերաբերյալ:

Դասընթաց՝ սթրեսի կառավարման վերաբերյալ:

Դասընթաց՝ ընդունելության պահին բժշկական հետազոտման վերաբերյալ:

Դասընթաց՝ բանտում պատշաճ բժշկական փաստաթղթերի, ՀՄԴ կողավորման վարման վերաբերյալ:

Բռնության կանխարգելում և ստամբուլյան արձանագրություն:

Անհետաձգելի միջամտություն բանտում:

Վերականգնողական խնամք և ազատ արձակման նախապատրաստում:

Առաջարկություններ

★ ԱԱԻ, բժշկական համալսարանի և միջազգային կազմակերպությունների հետ համագործակցությամբ մշակել բուժօգնության, կանխարգելման և առողջության խթանման ուսումնական ծրագիր քրեակատարողական համակարգի բժշկական և ոչ բժշկական անձնակազմի համար:

★ Իրականացնել կասկադային սկզբունքով դասընթացներ (սկսելով ընտրված դասընթացավարների վերա-

պատրաստումից) և գնահատել դասընթացի արդյունավետությունը մասնագիտական գնահատման եղանակով:

- ★ Քրեակատարողական բուժանձնակազմին ընդգրկել Առողջապահության նախարարության որակավորման վերահսկման և ՇԲԿ միևնույն պահանջների մեջ, ինչ քաղաքացիական ոլորտում է:

ՄԱՍ 5. Քրեակատարողական համակարգի առողջապահության կառավարման այլընտրանքային մոդելներ

Այցելության ընթացքում հանդիպած բազմաթիվ շահագրգիռ կողմեր պարբերաբար Եվրոպայի խորհրդի գնահատման թիմին խնդրում էին առաջարկել քրեակատարողական համակարգի բուժսպասարկման կառուցվածքի այլընտրանքային մոդելներ՝ գործող կառուցվածքի ակնհայտ թերությունների պատճառով: Այն փաստը, որ բանտում բուժօգնություն տրամադրողի նպատակը, այսինքն՝ բանտարկյալի առողջությունը, լիովին տարբերվում է անվտանգության անձնակազմի և քրեակատարողական հիմնարկի վարչակազմի նպատակից, այն է՝ ապահովություն, անվտանգություն, ազատագրում և պատժի իրականացում, պատճառ է հանդիսանում, որպեսզի այս հարցը ներկայումս արդիական լինի Եվրոպայի շատ երկրներում: ԱՀԿ-ը, ՄԱԿ-ի Թմրանյութերի և հանցավորության դեմ պայքարի գրասենյակը (ՄԱԿ-ի ԹՀԳ) և ԵԽ-ն այս հարցը ուսումնասիրելու գերազանց ուղղորդում են տալիս:²¹

Ներկայումս քրեակատարողական համակարգի բուժօգնությունն իրականացվում է բացառապես Քրեակատարողական վարչության բժշկական սպասարկման բաժնի կողմից, այն հաշվետու է միմյայն Քրեակատարողական վարչության ղեկավարին, որն անմիջականորեն նշանակվում է Հայաստանի Հանրապետության նախագահի կողմից: Այնուամենայնիվ, երբ հարցը վերաբերում է խորհրդարանական հսկողության խնդրին, ապա միայն Արդարադատության նախարարն է ներկայանում խորհրդարան՝ պատգամավորների հարցերին պատասխանելու համար: Բացի հաստատված ազգային և միջազգային քրեակատարողական համակարգի վերահսկման մեխանիզմներից՝ ՀՊԳ, ԱԿՄ և ԽԿԿ, բուժսպասարկման ծառայությունները քրեակատարողական համակարգից զատ մասնագիտական վերահսկողության չեն ենթարկվում և դրսից աջակցություն չեն ստանում: Այն ենթադրում է ներկայիս համակարգի հետևյալ թերությունների առկայությունը՝

- ★ Քրեակատարողական բուժօգնությունը լիովին առանձնացված է հանրային առողջությունից և համայնքային բուժօգնության կառույցներից, չնայած որ, ըստ միջազգային համաձայնության, «Բանտային առողջապահությունը հանրային առողջապահության մաս է» (ԱՀԿ Մոսկվայի հռչակագիր, 2003թ.):
- ★ Այս առանձնացումը բացառում է և՛ համայնքային, և՛ քրեակատարողական բուժօգնության ընդհանուր օգտագործման միջոցների, ենթակառուցվածքի, անձնակազմի, փորձի, ուսուցման պայմանների, վարչակազմի, ղեկավարման, փաստաթղթերի և պլանավորման օգտագործումը:
- ★ Առանձնացումը նաև պատնեշ է հանդիսանում բանտարկյալներին ազգային առողջապահական ծրագրերում ներգրավելու և ազատ արձակվելուց հետո բանտարկյալների խնամքի չընդհատվող շարունակականության համար:
- ★ Բանտում առողջապահության մասնագետները, հատկապես՝ ռազմական բուժանձնակազմը, որոնք քրեակատարողական համակարգից դուրս աշխատելու իրավունք չունեն, մեկուսացված են բժշկական մասնագիտական համայնքից և չեն օգտվում բանտի պատերից դուրս մասնագիտական փորձից և շարունակական բժշկական կրթությունից, ինչպես որ նախատեսված է և պահանջվում է համայնքում բուժաշխատողների համար:
- ★ Քրեակատարողական համակարգի բուժանձնակազմը, մասնավորապես՝ ռազմական անձնակազմը, այս համակարգում ամեն օր բախվում է կրկնակի հավատարմության էթիկական երկընտրանքի հետ, այսինքն՝ կլինիկական դերի կոնֆլիկտ իրենց հիվանդների առջև մասնագիտական պարտականությունների և քրեակատարողական հիերարխիայում՝ իրենց ոչ բժշկական վերադասների հանդեպ ունեցած պարտավորությունների միջև: Ոչ բժշկական վերադասները կարող են և չարաշահում են իրենց վերահսկման պարտականությունները՝ միջամտելով բժշկական խնդիրներին: Իսկապես, այցելությունների ընթացքում հանդիպած

21 Բանտային առողջապահության լավ կառավարում 21-րդ դարում. 21-րդ դարում բանտային առողջապահության կազմակերպման քաղաքականության համառոտագիր 21-րդ դարում: ԱՀԿ և ՄԱԿ-ի ԹՀԳ 2013, Բանտերի և առողջապահության վերաբերյալ ստրասբուրգյան եզրակացություններ, ԱՀԿ և ԵԽ 2014:

բուժաշխատողների զգալի մեծամասնությունը բողոքել է մասնագիտական անկախության բացակայությունից, և որպես դրա հետևանք՝ բանտի բուժանձնակազմի հանդեպ բանտարկյալների վստահության և հավատի պակասից:

- ★ Տիան այս աշխատանքային պայմանները (մյուս բացասական գործոնների հետ մեկտեղ) բերում են քրեակատարողական հիմնարկների բուժանձնակազմի հիասթափության, քրեակատարողական համակարգի բուժաշխատողների հավաքագրման դժվարությունների, թափուր աշխատատեղերի և աշխատող անձնակազմի համար աշխատանքային գերծանրաբեռնվածության:

Կան հանրային առողջապահության ծառայությունների և քրեակատարողական համակարգի միջև արդյունավետ գործընկերության և համագործակցության շատ քիչ, բայց հաջողված օրինակներ, որոնք են՝ տուբերկուլյոզի և ՄԻԱՎ-ի համաճարակների դեմ պայքարելու անդրպատային համատեղ ջանքեր, ինչպես նախաձեռնվել էր միջազգային գործակալությունների կողմից, ներառյալ՝ ԱՀԿ, ԿԽՄԿ և Գլոբալ ֆոնդ: Դրական այս փորձից քաղված դասերը պետք է հանգեցնեն դրանց բանտային առողջապահության այլ ոլորտներում տարածմանը՝ նկատի ունենալով քրեակատարողական բուժսպասարկման այնպիսի կառավարումը, որի դեպքում կխուսափեն վերը նշված թերություններից:

Դասեր կարելի է քաղել նաև այն երկրներից, որոնք արդեն երկար տարիներ է, ինչ սկսել են բանտային առողջապահության կառավարման համակարգի զգուշավոր և փուլային ինտեգրումը քրեակատարողական համակարգից դեպի առողջապահական համակարգ և այս գործընթացում հասել են լիարժեք կամ մասնակի հաջողության, ներառյալ՝ ՄԹ-ը, Նորվեգիան, Ֆրանսիան, Իսպանիան, Իտալիան և Շվեյցարիայի որոշ շրջանները:^{22 23 24 25 26} Այլ երկրներ, օրինակ՝ Վրաստանը, Մոլդովան և Ադրբեյջանը, հաջողության են հասել բուժօգնության ծառայություններն իրենց քրեակատարողական տնօրինություններից ավելի անկախ դարձնելու ուղղությամբ կատարված փոքր քայլերում:

Գնահատման թիմի կարծիքով Հայաստանի համար առաջին քայլը պետք է լինի քրեակատարողական բուժօգնության ծառայությունը քրեակատարողական վարչության ենթակայությունից հանելը և հանձնելը խորհրդարանի անմիջական հսկողության ներքո գտնվող կառավարական մարմնին, օրինակ՝ Արդարադատության նախարարությանը:

Հաջորդը, հանրային առողջապահության ոլորտի իշխանությունների՝ Առողջապահության նախարարության, ԱԱԻ և իրենց գործակալությունների՝ Առողջապահական գործակալության, Առողջապահական պետական տեսչության և Առողջապահական ծրագրերի իրականացման գրասենյակի հետ ակտիվ գործընկերությունը, իրենց նորարական փորձառությունն օգտագործելու միջոցով, պետք է նպաստի ընդհանուր միջոցների օգտագործման պլանավորման, կանոնակարգող դրույթների, մասնագիտական վերահսկման, լիցենզավորման, բժշկական տվյալների փաստաթղթավորման, փաստաթղթերի վրա հիմնված բյուջետավորման, մասնագիտական զարգացման և առաջնային բուժօգնության ծառայությունների վերապատրաստման ոլորտներում հնարավորինս մեծ համագործակցությանը՝ համայնքում և քրեակատարողական համակարգում համարժեք մակարդակի վրա: (Գնահատման թիմի կարծիքով երկրորդային օղակի բուժօգնության ծառայությունները, մասնավորապես մեծ վիրահատությունները, պետք է իրականացվեն քաղաքացիական հաստատություններում՝ ելնելով վերոնշյալ պատճառներից): Այս նպատակներին հասնելու համար պետք է ստեղծվի Առողջապահության և Արդարադատության նախարարությունների միջգերատեսչական աշխատանքային հանձնաժողով՝ մանրակրկիտ մշակված երկարաժամկետ գործողությունների ծրագրով:

Նախանշված նպատակներին հասնելուց հետո արդյունքների վերլուծությունը թույլ կտա որոշում կայացնել՝ մնալ

22 Իվերսեն Ջ. Helsedirektoratet [Առողջապահության տնօրինություն], բանտի առողջապահության բարեփոխումը Նորվեգիայում: http://www2.ndphs.org/?mtgs.prison_health_public_health:
23 Բանտային առողջապահություն և հանրային առողջապահություն. բանտային առողջապահական ծառայությունների ինտեգրումը. Առողջապահության վարչության և Բանտերի հետազոտության միջազգային կենտրոնի կողմից կազմակերպված համաժողովի զեկույց, Լոնդոն, ՄԹ, 2004: Բանտերի հետազոտության միջազգային կենտրոն, Լոնդոնի արքայական քոլեջի իրավաբանական դպրոց, 2004: http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/downloads/health_service_integration.pdf
24 Հայթոն Փ., Բոյինգթոն Ջ.: Բանտերը և առողջապահական բարեփոխումները Անգլիայում և Ուելսում, Ամ Ջ. Հանրային առողջապահություն: 2006, 96(10):1730–1733 [PMC ազատ հոդված] [PubMed]:
25 Հայթոն Փ., Գադերեր Ա., Ֆրեյզեր Ա.: Հիվանդը կամ բանտարկյալը. կարևոր է արդյոք, թե որ նախարարությունն է պատասխանատու բանտարկյալի առողջության համար: Կոպենհագեն, Դանիա, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, Եվրոպայի տարածքային գրասենյակ, 2010թ.:
26 Էլզեր ԲԱ. Բանտային դեղորայք, հանրային առողջապահության քաղաքականություն և էթիկա. Ժնևի փորձը, Swiss Med Wkly 2011;141:w13273:

ձեռք բերված մակարդակի վրա, թե շարժվել քրեակատարողական բուժսպասարկման ծառայությունները հանրային բուժսպասարկման համակարգի մեջ լիովին ինտեգրելու ուղղությամբ:

ՄԱՍ 6. Առաջարկությունների և առաջարկների ամփոփում

Ձեռնարկել օրենսդրական բարեփոխումներ, որոնք կապահովեն՝

- ★ Ուղղիչ հիմնարկների բժշկական ծառայությունների փոխանցումը Արդարադատության նախարարության անմիջական ենթակայության տակ՝ ավելի երկարաժամկետ հեռանկարում Առողջապահության նախարարությանը փոխանցելու հնարավորությամբ:
- ★ Այդպիսի անցումներից ցանկացած մեկն իրականացնելու համար անհրաժեշտ հիմքեր ստեղծելու ժամանակ դիտարկել ՔԿՀ-ից դուրս ներքին բողոքների քննության մեխանիզմի ստեղծումը, որի նպատակն է ՔԿՀ-ի անձնակազմի անդամների դեմ բերված բողոքների քննությունն իրականացնող մարմնի օբյեկտիվ անկողմնակալության ապահովումը:
- ★ Քրեակատարողական համակարգում բուժաշխատողների մասնագիտական բժշկական անկախությունը. այն դեպքերում, երբ քրեակատարողական հիմնարկի վարչակազմը որոշում է կայացնում չհաստատել բուժման վերաբերյալ բժշկի որոշումը/առաջարկը, այդպիսի որոշումը պետք է լինի հիմնավորված, և համաձայն Եվրոպական բանտային թիվ 45.2 կանոնի այն պետք է փոխանցվի Արդարադատության նախարարության համապատասխան վերադաս վարչությանը. ռազմական բուժանձնակազմի աստիճանական փոխարինում մասնագիտորեն անկախ քաղաքացիական բուժանձնակազմով:
- ★ Քրեական դատավարության օրենսգրքի և Քրեակատորադական օրենսգրքի՝ դատապարտյալի ծանր հիվանդության պատճառով պատժից պայմանական վաղաժամկետ ազատման մասին դրույթների հստակեցումը՝ ապահովելով ազատ արձակման հիմքով անմիջականորեն դատարան դիմելու վերջինիս իրավունքը:
- ★ Հիվանդի վերաբերյալ բժշկական տեղեկությունների գաղտնիությունը պահպանելու համապարփակ կարգավորում:
- ★ ՔԿՀ բուժմասերի վերահսկման/լիցենզավորման և սանիտարահիգիենիկ վերահսկողության գործառույթի փոխանցումը Առողջապահական պետական տեսչությանը:
- ★ Այն կանոնակարգերի վերացումը, որոնք խոչընդոտում են բանտերում բուժանձնակազմի համալրմանը և բուժանձնակազմի ներգրավմանը քրեակատարողական համակարգի բուժօգնության ծառայության մեջ:
- ★ Մանրակրկիտ բժշկական քննություն՝ պետության գործակալների կողմից ուժի կիրառման յուրաքանչյուր առանձին դեպքից հետո:
- ★ Այն, որ մարմնական վնասվածքների (և/կամ հոգեկան առողջությանը հասցված վնասի) վերաբերյալ անկախ փորձագետի եզրակացությունները ունենան միևնույն ապացուցողական արժեքը, ինչ քննիչի կողմից նշանակված փորձագետի եզրակացությունները:
- ★ Խտրական կարգավորումներ պարունակող օրենքների վերացումը:
- ★ Անկախ բժշկական փորձագետների ընդգրկումը, որոնց եզրակացությունները հաշվի կառնվեն դատարանում՝ ծանր հիվանդություններ ունեցող քաղաքացիների խափանման միջոցների վերաբերյալ որոշում կայացնելիս:
- ★ Անհրաժեշտ է նախաձեռնել քրեակատարողական հիմնարկների բուժսպասարկման վերաբերյալ օրենսդրական կարգավորման համակարգի փոփոխություններ՝ այն հասցնելով կանոնակարգման և մասնագիտական միևնույն մակարդակին, ինչհամայնքային բուժօժանդությունն է: Մասնավորապես, ապահովել համարժեք մասնագիտական վերահսկման մեխանիզմներ, ինչպես օրինակ՝ արտոնագրման պահանջներ, որակի վերահսկողություն, բժշկական փաստաթղթերի և հաշվետվողականության պարտավորություններ բանտերում առողջապահական ոլորտի մասնագետների և համայնքային բուժաշխատողների համար: Տալ հիվանդների և բժիշկների կողմից ներկայացվող բողոքարկման ընթացակարգերի հստակ սահմանումները: Քրեակատարողական օրենսգրքում ամրագրել աներկբա բժշկական մասնագիտական անկախության և գաղտնիության, ինչպես նաև՝ բժշկական էթիկայի մյուս սկզբունքները:
- ★ Վերակազմակերպել քրեակատարողական առողջապահության կազմակերպական և կառավարման համա-

կարգերը համայնքում հանրային առողջապահության վերջին նորարարական զարգացումներին զուգահեռ՝ գործադրելով ջանքեր և կիրառելով Առև գործակալությունների, Պետական առողջապահական գործակալության, Առողջապահական պետական տեսչության, ԱԱԻ և Առողջապահական ծրագրերի իրականացման գրասենյակի (ԱԾԻԳ) փորձը՝ վերջիններիս համատեղ նախաձեռնությամբ: Ամենակարևորը՝ բանտի բուժսպասարկման ծառայությունները պետք է դուրս բերվեն Քրեակատարողական վարչության ենթակայությունից՝ մասնագիտական բժշկական անկախությունն ապահովելու նպատակով: Մասնագիտական վերահսկումը պետք է իրականացվի մասնագիտական առողջապահական մարմինների կողմից, ինչպիսիք են՝ Առողջապահության նախարարության կառույցները:

- ★ Ապահովել համապատասխան խթաններ բժիշկ մասնագետներին հրապուրելով դեպի բանտային բուժօժանայություններ և ապահովելով այդ ծառայությունների համալրումը:
- ★ Քրեակատարողական բուժանձնակազմին ինտեգրել միևնույն որակավորման և վերապատրաստման ընթացիկ պահանջներում (ՀԿԿ վարկավորում), ինչ կիրառվում է համայնքային բուժանձնակազմի դեպքում:
- ★ Վերանորոգել և վերակառուցել ոչ բավարար պայմաններ ունեցող ԱԱՊ բաժանմունքները, որքանով որ հնարավոր է ընդհանուր շենքային պայմանների պայմաններում, և փակել այն բանտերը, որտեղ սա այլևս հնարավոր չէ:
- ★ Ընդունել ԱԱՊ սարքավորումների նվազագույն պահանջների ցանկը՝ որպես ԱԱՊ միավոր Առողջապահության նախարարության կողմից լիցենզիայի հատկացման համար:
- ★ Սահմանել առանձին բյուջե ԱԱՊ սարքավորումների առանձին դեպքերում ձեռքբերման և դրանց անընդհատ լրացման համար՝ գնումների իրականացումը կազմակերպելով ս Առողջապահության նախարարության հետ համագործակցությամբ:
- ★ Ներդնել լիազորված համայնքային առողջապահական մարմինների կողմից կանոնավոր անկախ վերահսկման մեխանիզմ՝ բանտերում ԱԱՊ սարքավորումների որակի հսկողության համար:
- ★ Փակել դատապարտյալների հիվանդանոցը, դիտարկել մասնագիտական երկրորդային բուժօգնության տրամադրման հնարավորությունը, մասնավորապես՝ խոշոր վիրաբուժական միջամտությունները նաև արական սեռի բանտարկյալների համար քաղաքացիական առողջապահական հաստատություններում՝ այդ հաստատություններում բանտարկյալ հիվանդների համար ստեղծելով անվտանգությամբ ապահովված բաժանմունքներ, դիտարկել երկրորդային բուժօգնության մյուս բաժանմունքների տեղափոխումը նորակառույց հաստատություններ՝ ապահովված հիվանդանոցային խնամքին համապատասխան նյութական պայմաններով:
- ★ Թարմացնել բանտարկյալների համար նախատեսված հիմնական դեղորայքի ցանկը՝ այն ամբողջությամբ համապատասխանեցնելով Առողջապահության նախարարության կանոնակարգերին:
- ★ Դեղորայքի ձեռքբերումն իրականացնել ՀՄԴ-10-ի և դեղորայքի սպառման վերաբերյալ պարբերաբար հավաքվող վիճակագրական տվյալների հիման վրա և ձեռքբերման գործընթացում ընդգրկել Առողջապահության նախարարության փորձագետներին:
- ★ Նախատեսել դեղորայքը պահելու համապատասխան տարածք և դեղորայքի մասնագիտական դեղագործական կառավարման իրականացում դրսի դեղագործական ծառայությունների կողմից, եթե քրեակատարողական հիմնարկում այսպիսիք առկա չեն:
- ★ Ապահովել համապատասխան խթաններ բժիշկ մասնագետներին հրապուրելով դեպի բանտային բուժօժանայություններ և ապահովելով այդ ծառայությունների համալրումը:
- ★ Առաջնային բուժօգնության համակարգում ընդգրկված բոլոր բժիշկները պետք է ունենան թերապևտի որակավորում:
- ★ Բոլոր բանտերում պետք է պարբերաբար հասանելի լինեն հոգեբույժի ծառայությունները:
- ★ Բուժաշխատողները չպետք է կրեն զինվորական_համազգեստ բուժօգնություն տրամադրելու ժամանակ:
- ★ Ներմուծել ՀՄԴ կողավորում բժշկական քարտում, վարել կանոնավոր նոգոլոգիական վիճակագրություն՝ բուժսպասարկման բյուջեները, բժշկական միջոցները, գնումները և անհրաժեշտ կարողությունները պետական և ինստիտուցիոնալ մակարդակում համապատասխան կերպով պլանավորելու համար:
- ★ Վարել վնասվածքների վերաբերյալ պարբերական վիճակագրություն:

- ★ Տղամարդկանց համար նույնպես ապահովել երկրորդային բուժօգնություն քաղաքացիական հիվանդանոցների՝ անվտանգության պահանջներին համապատասխանող հիվանդասենյակներում, կրճատել քաղաքացիական հիվանդանոցներում մնալու ժամանակահատվածը՝ կազմակերպելով նախավիրահատական և հետվիրահատական խնամքը բանտերում, կազմակերպել մասնագիտական պոլիկլինիկաներ բանտերում:
- ★ Հոգեկան խանգարում ունեցող բանտարկյաները, որոնք ստացիոնար հոգեբուժական խնամքի կարիք ունեն, պետք է շտապ տեղափոխվեն համապատասխան հիվանդանոց: Ծանր հոգեկան խանգարում ունեցող բանտարկյալները պետք է տեղափոխվեն ոչ թե բանտերի ստացիոնար բաժանմունքներ, այլ համապատասխան հոգեբուժական հաստատություններ, որտեղ առկա են համարժեք սարքավորումներ և համապատասխան որակավորում ունեցող աշխատակազմ:
- ★ Ուժեղացնել հոգեբուժական և կլինիկական-հոգեբանական ծառայությունները քրեակատարողական համակարգում, ավելացնել բանտերում աշխատող հոգեբույժների թիվը, քննարկել անվտանգության աշխատակազմից անկախ կլինիկական հոգեբանների, ինչպես նաև սոցիալական աշխատողների ընդգրկումը որպես խնամք իրականացնող թիմի մաս:
- ★ Ավելի թեթև ոչ պսիխոտիկ հոգեկան խնդիրներ ունեցող բանտարկյալները, որոնք ոչ թե ստացիոնար հոգեբուժական խնամքի կարիք ունեն, այլ հազվադեպ կամ շարունակական դեղորայքային կամ հոգեթերապևտիկ օգնության, պետք է օգտվեն համայնքում տրամադրվող հոգեկան առողջության ծառայություններին համարժեք ծառայություններից: Հոգեկան առողջության հետևողական ստուգում պետք է ապահովել յուրաքանչյուր այդպիսի բանտարկյալի համար շաբաթական կտրվածով, և խնամք տանող թիմի կազմում պետք է ընդգրկվեն նաև հոգեբաններ ու սոցիալական աշխատողներ՝ խորհրդատվություններ և հոգեթերապևտիկ աշխատանքներ իրականացնելու համար:
- ★ Նուբարաշեն հոգեբուժական հիվանդանոցի դատաբժշկական բաժանմունքի նյութական պայմանները պետք է բարելավվեն (տե՛ս 3-րդ մասի հանձնարարականները):
- ★ Իրականացնել ինքնասպանության կանխարգելման միջմասնագիտական ծրագրի յուրաքանչյուր քրեակատարողական հաստատությունում:
- ★ Կիրառել ժամանակակից փորձարկված մոտեցումներ թմրանյութերից կախվածություն ունեցող հիվանդների նկատմամբ:
- ★ Ապահովել մեթադոնային պահպանողական բուժումը (ՄՊԲ) բոլոր այն ազատազրկվածների համար, որոնք պետք է համապատասխան բուժում ստանան, ինչպես նաև վերացնել ոստիկանության ներգրավվածությունը և ազդեցությունը ՄՊԲ հարցերով որոշում կայացնող մարմինների վրա, հաշվի առնելով որ այն բժշկական օգնության ձևերից է, որի շուրջ որոշումները պետք է կայացվեն բացառապես բժիշկ մասնագետների կողմից:
- ★ Դիտարկել տուբերկուլյոզի բուժման բաժանմունքի տեղափոխումը համապատասխան նյութական պայմաններով նոր կառուցված բաժանմունք:
- ★ Ներմուծել տուբերկուլյոզի/ԴՋԹ համակարգ (XpertTB/RIF) քրեակատարողական համակարգի կենտրոնական տուբերկուլյոզային լաբորատորիայում:
- ★ Իրավական հիմքեր նախատեսել ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, արյան միջոցով փոխանցվող հեպատիտի կանխարգելման և վնասի նվազեցման ռազմավարությունների համար՝ միջազգային հանձնարարականի համապատասխան:
- ★ Տվյալներ հավաքագրել բանտերում արյան միջոցով փոխանցվող հեպատիտ B-ի և C-ի տարածման մասին:
- ★ Վերակազմավորել քրեակատարողական հիմնարկի բժշկական սպասարկման անձնակազմը, ինչպես նաև լրամշակել իրավական դրույթներն այնպես, որ բուժաշխատողների աներկբա մասնագիտական բժշկական անկախությունը երաշխավորված լինի և հարգվի քրեակատարողական հիմնարկի ոչ բժշկական անձնակազմի կողմից:
- ★ Մեկ անգամ ևս տեղեկացնել բանտի ղեկավարությանը և վարչական աշխատակազմին, որ բանտում բուժաշխատողների միակ առաջադրանքը բանտարկյալների առողջությունն ու բարեկեցությունն են և, որ բուժաշխատողները չպետք է ընդգրկվեն այնպիսի բժշկական գործունեության մեջ, որը չի ծառայում այդ նպատակին:
- ★ Յուրաքանչյուր բանտում բացի թերապևտից և ատամնաբույժից, պետք է կանոնավոր կերպով կազմակերպել հոգեբույժի և կլինիկական հոգեբանի, ինչպես նաև անհրաժեշտության դեպքում այլ բժշկական մասնագետների այցելությունը:

- ★ Երկրորդային բուժօգնության կարիք ունեցող ունեզրկված բանտարկյալից ոչ-պաշտոնական կամ պաշտոնական համավճարի պահանջը հակասում է անվճար բուժօգնության հասանելիության սկզբունքին և պետք է վերացվի:
- ★ Ձեռնարկել բոլոր անհրաժեշտ ջանքերն իրականացնելու համար քրեակատարողական բուժօգնության արդյունավետ ինտեգրումը և համագործակցությունը համայնքային բուժօգնության հետ:
- ★ Վերանայել թմրանյութերից կախվածության հարկադիր բուժման մասին օրենքների համապատասխանությունը:
- ★ Դադարեցնել բժշկական զննման և խորհրդատվության ընթացքում ոստիկանի կամ այլ անվտանգության աշխատակցի ներկայության սովորույթը, եթե դա ակնհայտորեն չի պահանջվում բուժաշխատողների կողմից իրենց իսկ անվտանգության համար:
- ★ Հիվանդին առնչվող բոլոր բժշկական տեղեկությունները պահել խիստ գաղտնի, բժշկական գործում և թույլ չտալ, որ հիվանդին առնչվող բժշկական տեղեկությունները հասանելի լինեն ոչ բժշկական անձնակազմին:
- ★ Ընդգրկել բանտարկյալ հանրությանը կառավարության կողմից հովանավորվող Ազգային առողջապահական ծրագրում:
- ★ Սահմանափակ կարողություններով բանտարկյալների համար բանտում նախատեսել բաժանմունքեր՝ համապատասխան պայմաններով և սարքավորումներով հագեցած:
- ★ Աջակցել բուժաշխատողների մասնագիտական կարողությունների զարգացմանը՝ կարողությունների որակավորման շեմ, կանոնավոր վերապատրաստման և մասնագիտական զարգացման, նաև քրեակատարողական համակարգից դուրս աշխատելու թույլտվության և աներկբա մասնագիտական անկախություն շնորհելու միջոցով:
- ★ ԱԱԻ, բժշկական համալսարանի և միջազգային կազմակերպությունների հետ համագործակցությամբ մշակել բուժօգնության, կանխարգելման և առողջության խթանման ուսումնական ծրագրի քրեակատարողական համակարգի բժշկական և ոչ բժշկական անձնակազմի համար:
- ★ Իրականացնել կասկադային սկզբունքով դասընթացներ (սկսելով ընտրված դասընթացավարների վերապատրաստումից) և գնահատել դասընթացի արդյունավետությունը մասնագիտական գնահատման եղանակով:
- ★ Քրեակատարողական բուժանձնակազմին ընդգրկել Առողջապահության նախարարության որակավորման վերահսկման և ՇԲԿ միևնույն պահանջների մեջ, ինչ քաղաքացիական ոլորտում է:

Հավելված 1. Գնահատման այցի օրակարգը

«Առողջապահության և մարդու իրավունքների պաշտպանության
ամրապնդումը Հայաստանի բանտերում» ծրագիր

ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԱՌԱՔԵԼՈՒԹՅՈՒՆ

Օրակարգ
հունիսի 29 - հուլիսի 3, 2015թ.

Ներածական հանդիպումներ

Օր 1-ին, հունիսի 29

- 09:30 - 10:30 Առաքելության մեկնարկ. թիմի հանդիպում և մտքերի փոխանակում
- 11:00 - 12:00 Պրն. Սուրեն Քրմոյան, Արդարադատության փոխնախարար
- 14:00 - 15:00 Պրն. Արսեն Համբարձումյան և պրն. Արա Հովհաննիսյան, Քրեակատարողական վարչություն, Բժշկական սպասարկման բաժին
- 16:00 - 17:00 Պրն. Սուրեն Նազինյան, Թմրամիջոցների և թմրամոլության մոնիտորինգի կենտրոնի ղեկավար, Առողջապահության նախարարության Առողջապահության ազգային ինստիտուտ
- 17:30 - 18:30 Տկն. Գենյա Պետրոսյան, Մարդու իրավունքների պաշտպանի տեղակալ, Ասյա Սարգիզովա և Վլադիմիր Հովհաննիսյան (Ազգային կանխարգելման մեխանիզմներ)

Այցելություն բանտեր

Օր 2-րդ, հունիսի 30

- 10:00 - 16:30 Այցելություններ Կենտրոն և Նուբարաշեն քրեակատարողական հիմնարկներ
- 17:00 - 18:00 Պրն. Դավիթ Ամիրյան, Փոխտնօրեն (OSIAF)

Օր 3-րդ, հուլիսի 1

- 09:30 - 10:30 Պրն. Աշոտ Հայրապետյան, Արդարադատության նախարարության Իրավաբանական ինստիտուտի տնօրեն
- 10:30 - 16:00 Այցելություններ Աբովյան և Արմավիր քրեակատարողական հիմնարկներ

Օր 4-րդ, հուլիսի 2

- 08:00 - 19:00 Այցելություններ Վանաձոր և Սևան քրեակատարողական հիմնարկներ և Դատապարտյալների հիվանդանոց

Եզրափակիչ հանդիպումներ և ամփոփում

Օր 5-րդ, հուլիսի 3

- 10:00 - 10:30 Պրն. Թաթուլ Հակոբյան, ԱՀԿ
- 12:00 - 13:30 Պրն. Սամվել Թորոսյան, Նուբարաշեն հոգեբուժական հիվանդանոցի ղեկավար
- 14:00 - 15:30 Հանդիպում քաղաքացիական հասարակության և հասարակական դիտորդական խմբի հետ՝
1. պրն. Արշակ Գասպարյան («Սոցիալական արդարություն» ՀԿ),
 2. պրն. Միքայել Արամյան և տկն. Քրիստինա Գևորգյան («Ընդդեմ իրավական կամայականության» իրավապաշտպան ՀԿ),
 3. տկն. Հայկուհի Հարությունյան և տկն. Հասմիկ Հարությունյան («Իրավունքների պաշտպանություն առանց սահմանների» իրավապաշտպան ՀԿ),
 4. պրն. Արման Դանիելյան («Քաղաքացիական հասարակության ինստիտուտ» ՀԿ),
 5. պրն. Ռուբեն Սարգսյան (Հասարակական դիտորդական խմբի նախագահ),
 6. պրն. Արթուր Սաքունց («Հելսինկյան քաղաքացիական ասամբլեայի Վանաձորի գրասենյակ» ՀԿ-ի նախագահ),
 7. պրն. Ավետիք Իշխանյան («Հայաստանի հելսինկյան կոմիտե» իրավապաշտպան ՀԿ-ի նախագահ),
 8. պրն. Ռոբերտ Ռևազյան (Հասարակական դիտորդական խմբի անդամ և «Հայաստանի հելսինկյան կոմիտե» իրավապաշտպան ՀԿ-ի իրավաբան)
- 15:30 - 17:00 Առաքելության ավարտ. թիմի հանդիպում և մտքերի փոխանակում

Հավելված 2. Փաստաթղթերը

ՄԱԿ-ի փաստաթղթեր

Քաղաքացիական և քաղաքական իրավունքների մասին միջազգային դաշնագիր
Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների մասին միջազգային դաշնագիր
Բանտարկյալների հետ վարվեցողության նվազագույն ստանդարտ կանոններ, 1955
Դատապարտյալներին և կալանավորվածներին խոշտանգումներից ու այլ դաժան, անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքից կամ պատժից պաշտպանող բժշկական անձնակազմի, հատկապես բժիշկների դերին առնչվող բժշկական էթիկայի սկզբունքներ, 1982
Որևէ ձևով ձերբակալվող կամ կալանավորվող անձանց պաշտպանության սկզբունքների ժողովածու, 1989
Ազատությունից զրկված անչափահասների պաշտպանության մասին կանոններ, 1990

Եվրոպայի խորհրդի փաստաթղթեր

Մարդու իրավունքների եվրոպական կոնվենցիա
Կենսաբանության և բժշկության նվաճումների կիրառման առնչությամբ մարդու իրավունքների և արժանապատվության պաշտպանության մասին կոնվենցիա. Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության մասին կոնվենցիա, 1997 («Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության մասին եվրոպական կոնվենցիա»)
Խոշտանգումների և անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի կանխարգելման եվրոպական կոնվենցիա
Եվրոպական սոցիալական խարտիա 1961 և 1996
Բանտը և բանտում վարակիչ հիվանդությունների, ներառյալ՝ ՁԻԱՀ-ի և դրանց հետ կապված առողջապահական խնդիրների վերահսկման քրեաբանական ասպեկտները: R (93) 6
Բանտում առողջապահության էթիկական և կազմակերպական ասպեկտները: R (98) 7, 1998
ԽԿԿ չափորոշիչներ CPT/Inf/E(2002) 1-Rev 2010
Հանձնարարական թիվ Rec (2006)2 Եվրոպական բանտային կանոնների վերաբերյալ
Բանտային առողջապահությունը և բժշկական էթիկան: Բանտային առողջապահական ծառայության աշխատողների և բանտարկյալների բարեկեցության համար պատասխանատու այլ անձնակազմի համար ձեռնարկ: Լեիթմերս Ա., Փոնթ Յ., Եվրոպայի խորհուրդ
Հայաստանում բանտային առողջապահական ծառայությունների գնահատման նպատակով Եվրոպայի խորհրդի փորձագիտական այցելության զեկույց, մայիս 2000թ. (Արպո/Էկեյդ զեկույց)
Իրավախախտումներին և վերաիրավախախտումներին նպաստող գործոնները Հայաստանում, Երևան 2014թ., Քաղաքացիական հասարակության ինստիտուտ և Իրավունքների պաշտպանություն առանց սահմանների՝ Նորվեգիայի արտաքին գործերի նախարարության և Եվրոպայի խորհրդի աջակցությամբ:
«Վատ վերաբերմունքի արդյունավետ քննություն», Է. Սվանիձե, Եվրոպական չափանիշների ուղեցույցներ, 2014թ.
Հայաստանի Հանրապետության քրեակատարողական համակարգում վատ վերաբերմունքի վերաբերյալ բողոքների քննությունը, 2013թ. դեկտեմբեր, Ջերարդ դե Յոնգի զեկույցը Եվրոպայի խորհրդի և Եվրամիության՝ Վատ վերաբերմունքի և անպատժելիության դեմ պայքարի ամրապնդման համատեղ ծրագրի շրջանակներում:
ԽԿԿ զեկույցներ CPT/Inf (2010)7, (2010)8, (2011)24, (2011)25, (2012)23, (2012)24, (2015)8, (2015)9, (2015)10, (2015)11
Քրեակատարողական հիմնարկների բժշկական անձնակազմի համար վատ վերաբերմունքի արդյունավետ փաստաթղթավորման թեմայով անցկացված դասընթաց-սեմինարի հաշվետվություն (Եվրոպայի խորհրդի և

Եվրամիության՝ «Վատ վերաբերմունքի և անպատժելիության դեմ պայքարի ամրապնդում» համատեղ ծրագրի շրջանակներում), Յորգ Փոնթ

Եվրամիության փաստաթղթեր

Քրեակատարողական հիմնարկներում խոշտանգումների կանխարգելման ուղղությամբ Հայաստանի Հանրապետության միջազգային պարտավորությունների կատարումը: Հայաստանի Հանրապետությունում Եվրամիության խորհրդատվական խումբ, Ուղենիշ փաստաթուղթ, Դալիա Զուկատուսկիենե, 2012թ.

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն

Բանտեր և առողջություն, Ստեֆան Էնգիստ, Լարս Մոլլեր, Գաուդեն Գալեա և Կարոլին Ուդեսեն (խմբ), ԱՀԿ 2014թ.

Բանտային առողջապահության լավ կառավարում 21-րդ դարում: Բանտային առողջապահության կազմակերպման համառոտ քաղաքականություն: ԱՀԿ և ՄԱԹՀԳ, 2013թ.

Համաշխարհային բժշկական ընկերակցություն

Ժնևի հոչակագիր, 1948թ.

Տոկիոյի հոչակագիր: Ուղեցույց բժիշկների համար՝ կալանավորման և ազատագրված հետ կապված խոշտանգումների և այլ դաժան, անմարդկային և նվաստացնող վերաբերմունքի և պարժի վերաբերյալ: Տոկիո, 1975թ., վերանայված՝ Դիվոն-լե-Բեն, 2005թ.

Հացադուլ իրականացնող անձանց մասին հոչակագիր, Մալթա, 1991թ., վերանայված՝ Մարբեյլա, 1992թ.: Խոշտանգումների կամ այլ դաժան, անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքի կիրառմանը մասնակցելուց կամ դրա թույլտվությունից հրաժարվող բժիշկներին աջակցելու մասին հոչակագիր, Համբուրգ, 1997թ.:

Բանտային պայմանների և տուբերկուլյոզի և այլ վարակիչ հիվանդությունների տարածման մասին հոչակագիր, Էդինբուրգ, 2000թ.

Բանաձև խոշտանգումների կամ այլ դաժան, անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքի գործողություններում մեղադրվող և այդ գործողությունների մասին տեղյակ բժիշկների պատասխանատվության մասին, Հելսինկի, 2003թ.

ԵԱՀԿ փաստաթղթեր

Պրոբացիոն ծառայության հիմնադրումը Հայաստանի Հանրապետությունում. խնդիրներն ու առանձնահատկությունները: Սոցիալական արդարություն ՀԿ

Հայաստանի Հանրապետության արդարադատության նախարարության քրեակատարողական համակարգը: ՀՀ արդարադատության նախարարության քրեակատարողական հիմնարկների և մարմինների հանրային մոնիտորինգ իրականացնող հանրային դիտորդական խմբի զեկույց, 2008թ.

ՀՀ փաստաթղթեր

Հայաստանի Հանրապետության քրեական դատավարության օրենսգիրք

Հայաստանի Հանրապետության քրեակատարողական օրենսգիրք, 2004թ.

Արդարադատության նախարարի հրամանը Կալանավորվածների և դատապարտյալների հետ սոցիալական, հոգեբանական և իրավական աշխատանքներ իրականացնող կառուցվածքային ստորաբաժանումների գործունեության կարգը հաստատելու մասին

Դեղերի մասին օրենք, 1998թ.

Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին օրենք, 1996թ.

Թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութերի մասին օրենք

Քրեակատարողական ծառայության մասին օրենք, 2005թ.

Քրեակատարողական ծառայության մասին օրենքում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին օրենք, 2009թ.

ՀՀ քրեակատարողական ծառայության իրավական կարգավիճակի մասին օրենք

Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահելու մասին օրենք, 2002թ.

Հայաստանի Հանրապետության հիմնական դեղերի ցանկ

Թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի և դրանց պրեկուրսորների շրջանառության կանոնները սահմանելու մասին որոշում, 2010թ.

Սպորտի և քրեակատարողական հիմնարկների մասին իրավական կարգ

Այլ փաստաթղթեր

Հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձանց ազատության, արդար դատաքննության և անձնական կյանքի իրավունքները հայկական իրավունքում և պրակտիկայում: Երևան, 2014թ.: Քաղաքացիական հասարակության ինստիտուտ՝ Նորվեգիայի Հելսինկյան Կոմիտեի ֆինանսավորմամբ, Երևան, 2014թ.

Հավելված 3. Առաջարկվող օրենսդրական փոփոխությունները՝ մշակված Ռոզա Բաբայանի և Դավիթ Խաչատուրյանի կողմից

1. ՀՀ ՕՐԵՆՔԸ ՁԵՐԲԱԿԱԼՎԱԾ ԵՎ ԿԱԼԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՁԱՆՑ ՊԱՇՏԵՆՈՒ ՄԱՍԻՆ (Ընդունված 2002 թվականի փետրվարի 6-ին)

1.1 5-րդ հոդվածը լրացնել (Ուղղիչ հիմնարկներն արգելանքի կամ կալանքի տակ պահելու նպատակով օգտագործելը) 3-րդ կետով՝ սահմանելով հետևյալ կերպ՝

«Հիմնարկի ղեկավարը պարտավոր է հետևել բժշկի եզրակացությանը քանի դեռ առկա չէ հակառակը վկայող այլընտրանքային բժշկական եզրակացություն»:

1.2 Փոփոխել 20-րդ հոդվածի 2-րդ կետը (Ձերբակալված և կալանավորված անձանց նյութակենցաղային պայմանների ապահովումը)՝ սահմանելով հետևյալ կերպ՝

«Ձերբակալված և կալանավորված անձանց առավելագույն թվաքանակը մեկ բանտախցում չպետք է գերազանցի 6-ը (կամ N թիվը)»:

1.3 Փոփոխել 21-րդ հոդվածի 4-րդ կետը (Ձերբակալված և կալանավորված անձանց բուժսանիտարական օգնությունը, անձնական հիգիենան)՝ սահմանելով հետևյալ կերպ՝

«Մասնագիտացված բուժօգնության կարիք ունեցող ձերբակալված կամ կալանավորված անձը տեղափոխվում է մասնագիտացված կամ քաղաքացիական բուժհաստատություն: Ձերբակալված և կալանավորված անձանց բժշկական, այդ թվում՝ հոգեբուժական օգնություն ցույց տալու, նրանց բուժհաստատություններում պահելու, ինչպես նաև բուժսպասարկման ծառայություններում այդ հաստատությունների աշխատակիցներին ներգրավելու կարգը սահմանում է առողջապահության ոլորտում լիազորված հանրային վարչական մարմինը («Առողջապահության նախարարությունը»):

1.4 Փոփոխել 21-րդ հոդվածի 5-րդ կետը՝ այն հետևյալ կերպ շարադրելով՝

«Ձերբակալված կամ կալանավորված անձի մոտ մարմնական վնասվածք կամ հոգեբանական բռնության հետք հայտնաբերելու դեպքում ձերբակալվածներին կամ կալանավորվածներին պահելու վայրի բուժաշխատողը անհապաղ կատարում է ձերբակալված կամ կալանավորված անձի բուժզննություն, որին կարող է մասնակցել ձերբակալված կամ կալանավորված անձի ընտրած բժիշկը: Բժշկական զննությունը իրականացվում է ձերբակալվածներին պահելու վայրի կամ կալանավորվածներին պահելու վայրի վարչակազմի ծառայողի տեսողական կամ լսողության սահմաններից դուրս, քանի դեռ բժշկի կողմից հակառակը չի պահանջվել: Բուժզննության արդյունքները սահմանված կարգով գրանցվում են անձնական գործում, և այդ մասին իրազեկում են հիվանդին: Բուժզննության արդյունքների հիման վրա հիմնարկի վարչակազմն անմիջապես, բայց 24 ժամից ոչ ավելի ուշ, նշանակում է դատաբժշկական կամ հոգեբանական փորձաքննություն և միևնույն ժամանակ տեղեկացնում է քրեական վարույթ իրականացնող մարմնին: Բացի այդ, ձերբակալված կամ կալանավորված անձի օրինական ներկայացուցիչը իրավունք ունի դիմել դատաբժշկական հաստատություն կամ դատաբժշկական փորձագետի կամ փորձագետ հոգեբանի՝ Քրեական դատավարության օրենսգրքով նախատեսված կարգով դատաբժշկական կամ հոգեբանական փորձաքննություն անցկացնելու համար: Բոլոր պետական պաշտոնյաներն ու պետական մարմինները, ինչպես նաև սույն կետում նշված մասնագետները պետք է ձեռնարկեն բոլոր միջոցները՝ նախնական տվյալների՝ որպես հնարավոր նյութական ապացույցների, ամբողջականությունն ապահովելու համար: Վնասվածքների խորությունն ու լայնությունն արտացոլելու նպատակով կարող են օգտագործվել գունավոր լուսանկարներ, և բժշկական բոլոր փաստաթղթերը պահվում են ոչ թե ձեռագիր տարբերակով, այլ լրացվում են էլեկտրոնային քարտերում:

Վերը նշված բժշկական զննությունները պետք է իրականացվեն պահելու վայր ընդունվելու պահին և այնուհետև ամեն անգամ հիմնարկից դուրս գալիս (ժամանակավոր կամ ընդմիջտ) և վերադառնալիս, անկախ մարմնական վնասվածքի բացակայությունից կամ առկայությունից կամ ձերբակալված կամ կալանավորված անձի բողոքներից:

Ձերբակալված կամ կալանավորված անձանց պահելու վայրում աշխատող բժիշկներին որևէ դեպքում չի կարելի հանձնարարել՝ ստուգել ձերբակալված կամ կալանավորված անձի համապատաս-

խանութիւնը քննչական կամ հարկադիր միջոցներին: Այս պահանջը չի բացառում քննչական կամ պատժիչ միջոցներ կիրառելու համար ձերբակալված կամ կալանավորված անձի անհամապատասխանության մասին հավաստելու բժշկի պարտավորությունը»:

2. ՔՐԵԱԿԱՆ ԴԱՏԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՕՐԵՆՍԳԻՐՔ (1998թ.)

2.1. Ուժը կորցրած ճանաչել 114-րդ հոդվածի 3-րդ կետը, որը սահմանում է՝

«3. Փորձագետի հարցաքննության արձանագրությունը չի կարող փոխարինել փորձագետի եզրակացությանը»:

2.2. Փոփոխել 243-րդ հոդվածի առաջին նախադասությունը (Փորձաքննություն նշանակելու և կատարելու հիմքերը)՝ սահմանելով հետևյալ կերպ՝

« Փորձաքննությունը կատարվում է հետաքննության մարմնի աշխատակցի, քննիչի, դատախազի որոշման հիման վրա, ինչպես նաև կասկածյալի, մեղադրյալի, պաշտպանի, տուժողի ներկայացուցչի կամ ձերբակալված կամ կալանավորված անձանց պահելու հիմնարկի վարչակազմի դիմումի հիման վրա, երբ քրեական գործով նշանակություն ունեցող հանգամանքները պարզելու համար անհրաժեշտ են գիտության, տեխնիկայի, արվեստի կամ արհեստի, այդ թվում՝ համապատասխան հետազոտությունների մեթոդիկայի, բնագավառներում հատուկ գիտելիքներ: ... »

Այս առաջարկի հիմնավորումը բերվել է վերևում Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահելու մասին ՀՀ օրենքի 21-րդ հոդվածի 5-րդ կետի մեջ փոփոխությունների առաջարկի առնչությամբ:

2.3 Ուժը կորցրած ճանաչել ՔԴՕ 432-րդ հոդվածի 1-ին կետը, որով քրեակատարողական հիմնարկի վարչակազմը, այլ ոչ թե դատապարտված անձն իրավունք ունի վաղաժամկետ ազատման մասին միջնորդագրով դիմել դատարան (ինչպես որ սահմանված է Քրեակատարողական օրենսգրքի 113-րդ հոդվածի 7-րդ կետի ներկայիս խմբագրությունը, տե՛ս ստորև):

3. ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՄԱՍԻՆ ՕՐԵՆՔ

3.1. Փոփոխել 16-րդ հոդվածը (Բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացումը առանց մարդու համաձայնության)՝ սահմանելով հետևյալ կերպ՝

«Առանց մարդու կամ նրա օրինական ներկայացուցչի համաձայնության թույլատրվում է իրականացնել բժշկական օգնություն և սպասարկում մարդու կյանքին սպառնացող վտանգի, ինչպես նաև շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդությունների դեպքերում՝ Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով: Սակայն, նման միջամտությունը պետք է կամայականությունների և վատ վերաբերմունքի դեմ պայքարի արդյունավետ երաշխիքներ ապահովի»:

4. ՔՐԵԱԿԱՏԱՐՈՂԱԿԱՆ ՕՐԵՆՍԳԻՐՔ

4.1. Փոփոխել 54-րդ հոդվածը (Դատապարտյալի նյութակենցաղային և բուժսանիտարական ապահովումը)՝ շարադրելով հետևյալ կերպ՝

«1. Դատապարտյալի նյութակենցաղային և բուժսանիտարական ապահովումն իրականացվում է առողջապահության ոլորտում լիազորված պետական կառավարման մարմնի (Առողջապահության նախարարություն) կողմից սահմանված չափանիշներով:

2. Դատապարտյալն ապահովվում է առողջության համար անհրաժեշտ սանիտարահիգիենիկ և հակահամաճարակային պայմաններով՝ ըստ առողջապահության ոլորտում լիազորված պետական կառավարման մարմնի (Առողջապահության նախարարություն) կողմից սահմանված չափանիշների:

3. Հիվանդանոցային պայմաններում բուժման կարիք ունեցող դատապարտյալները պահախմբի հսկողությամբ փոխադրվում են առողջապահության ոլորտում լիազորված պետական կառավարման մարմնի (Առողջապահության նախարարություն) կողմից նախատեսված առողջապահական հիմնարկներ: Դատապարտյալների պահպանությունն իրականացվում է պետական կառավարման լիազորված մարմնի կողմից (Առողջապահության նախարարություն)»:

4.2. Փոփոխել 68-րդ հոդվածի 1(8) կետը՝ այն սահմանելով հետևյալ կերպ՝

«Ուղղիչ հիմնարկում անջատ են պահվում ... 8) որոշակի ժամկետով ազատազրկման դատապարտված անձինք ցմահ ազատազրկման դատապարտված անձանցից անջատ են պահվում միայն այն դեպքերում, երբ ցմահ ազատազրկման դատապարտված անձը տույժի է ենթարկվում՝ պատիժը կրելու կարգը չարամտորեն խախտելու համար»:

- 4.3. Փոփոխել 79-րդ հոդվածի (Առանց պահախմբի կամ ուղեկցորդման ուղղիչ հիմնարկի սահմաններից դուրս տեղաշարժվելու կարգը և պայմանները) 4-րդ կետը՝ սահմանելով հետևյալ կերպ՝

«Առանց պահախմբի կամ ուղեկցորդման ուղղիչ հիմնարկի կամ կալանավորվածներին պահելու վայրի սահմաններից դուրս բերվել չի թույլատրվում առանձնապես վտանգավոր կամ վտանգավոր ռեցիդիվի կամ ցմահ ազատազրկման դատապարտված անձանց դեպքում: Շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող վարակիչ կամ մակաբուժային հիվանդություններ ունեցող դատապարտյալները, կամ նրանք, որոնք տառապում են բացիլային տուբերկուլյոզով, կամ ալկոհոլիզմով, կամ թմրամոլությամբ, կամ լիովին չեն վերջացրել շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող սեռական ճանապարհով փոխանցվող կամ այլ վարակիչ կամ մակաբուժային հիվանդությունների բուժման կուրսը, կամ դատապարտյալները, որոնք ՄԻԱՎ վարակակիր են կամ մասնակցում են ուղղիչ հիմնարկում իրականացվող հակահամաճարակային գործողություններին, կարող են դուրս բերվել ուղղիչ հիմնարկի կամ կալանավորման վայրի սահմաններից առանց պահախմբի կամ ուղեկցորդման, եթե բժիշկը, հոգեբույժը կամ համապատասխան մասնագետը կարծիք են ներկայացրել այն մասին, որ տվյալ դատապարտյալները հասարակության և իրենց իսկ համար վտանգավոր չեն, կամ այն դեպքերում, երբ այդպիսի վտանգը վերացվում է նրանց ուղեկցման միջոցներով, որոնք պետք է փոխհատուցվեն դատապարտյալի կողմից»:

- 4.4. Փոփոխել 83-րդ հոդվածի (Դատապարտյալի բուժսանիտարական օգնությունը) 1-ին կետը՝ սահմանելով հետևյալ կերպ՝

«1. Դատապարտյալի բուժսանիտարական և բուժկանխարգելիչ օգնությունը կազմակերպվում է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ոլորտը կարգավորող օրենսդրությանը համապատասխան և, որպես արտոնագրված գործունեություն, հարմարեցվում է առողջապահական ծառայությունների բոլոր քանակական և որակական չափանիշներին»:

- 4.5. Փոփոխել 113-րդ հոդվածի (Պատժից ազատելու կարգը) 7-րդ կետը՝ սահմանելով հետևյալ կերպ՝

«Հոգեկան կամ այլ ծանր հիվանդության կապակցությամբ պատժի հետագա կրումից ազատելու մասին միջնորդությունը դատարան է ներկայացնում Քրեական դատավարության օրենսգրքով սահմանված կարգով»:

5. ԵՆԹԱՕՐԵՆՍԴՐԱԿԱՆ ԱԿՏԵՐ

- 5.1. Լրացնել ՀՀ կառավարության N 860-Ն (2014) որոշման 10-րդ կետը՝ դատաբժշկական փորձագետի հետևյալ պարտավորությունն ընդգծելու համար՝

«3. Դատաբժշկական փորձագետը պարտավոր է նշել, թե ինչ եղանակով է մարմնական վնասվածք հասցվել, ինչպես նաև վնասվածքի պատճառման ներկայացվող եղանակը ժխտելու դեպքում, ներկայացնել հնարավոր վնասվածքների նկարագրությունը, որոնք կարող են առաջանալ այդ եղանակով վնասվածք պատճառելու դեպքում, և այն դեպքերում, երբ փորձաքննություն անցնող անձը պնդում է մարմնական վնասվածք ստանալը, կամ եթե դրանք իրականում առկա են, ներկայացնել այդ վնասվածքների առկայության հաստատման կամ ժխտման վերաբերյալ բացատրություն»:

- 5.2. Լրացնել ՀՀ կառավարության N 860-Ն որոշումը «Հոգեբանական ճնշման հետքերի գնահատման և գրանցման կարգի հաստատման ընթացակարգի մասին» բաժնով:

- 5.3. Փոփոխել ՀՀ կառավարության N-825-Ն (2006) որոշման 7-րդ կետը՝ շարադրելով հետևյալ կերպ՝

«Բժշկական գաղտնիքը պետք է երաշխավորված և պահպանված լինի բժշկական անձնակազմի կողմից: Բժշկական գաղտնիք հանդիսացող տվյալների բնույթը, ինչպես նաև դրանց պահպանումը և իրավաչափ սահմանափակումը պետք է սահմանվի օրենքով»:

Հաշվի առնելով որ ուղղիչ հիմնարկների բժշկական բաժանմունքի մարդկային, նյութական և ֆինանսական ռեսուրսները քրեակատարողական համակարգի վերահսկողության տակ են գտնվում,

բուժման կարգի և բուժման գնահատման նորմատիվ իրավական վերահսկումը նույնպես քրեակատարողական համակարգի վերահսկողության ներքո է:

Հաշվի առնելով այսպես կոչված «կրկնակի հավատարմությունը», այսինքն՝ հիմնարկի ղեկավար մարմնի և ուղղիչ համակարգի մարմինների շահերը պաշտպանելու անհրաժեշտությունն ի վսաս դատապարտված հիվանդների շահերի, ինչպես նաև հիվանդության հնարավոր շահարկումը կամ որոշակի ազդեցություն ունենալու նպատակով դեղորայքով ապահովելուց հրաժարվելը՝ առաջարկում ենք հետևյալ օրենսդրական նախաձեռնությունները:

- 5.4. Փոխել ՀՀ արդարադատության նախարարության կառուցվածքը, որը սահմանված է «ՀՀ արդարադատության նախարարության աշխատակազմ» պետական կառավարչական հիմնարկ ստեղծելու, ՀՀ արդարադատության նախարարության կանոնադրությունը և աշխատակազմի կառուցվածքը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության 2002թ. նոյեմբերի 28-ի թիվ N 1917-Ն որոշման 2-րդ կետի «բ» ենթակետով և ստեղծել բժշկական օգնության և սպասարկման առանձին ստորաբաժանում:

Փոփոխությունը կապահովի քրեակատարողական հիմնարկների բժշկական սպասարկման և բժշկական օգնության անկախությունը՝ Քրեակատարողական վարչությունից իր կառուցվածքային միավորը տեղափոխելով և հանձնելով անմիջականորեն Արդարադատության նախարարին, որպես առանձին ստորաբաժանում:

- 5.5. Հաշվի առնելով վերը նշվածը՝ փոփոխություններ կատարել հետևյալ իրավական ակտերում.

5.5.1. ՀՀ կառավարության 2006թ. օգոստոսի 24-ին ընդունված թիվ N 1256-Ն որոշման մեջ, մասնավորապես ուժը կորցրած ճանաչել 12-րդ կետի «գ» ենթակետը՝ «12. Վարչության հիմնական գործառույթներն են՝ ... գ) կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բուժսանիտարական և բուժկանխարգելիչ օգնությունը կազմակերպելու, առողջապահական մարմինների բուժական հիմնարկներից օգտվելու և այդ նպատակով դրանց բժշկական անձնակազմին ներգրավելու համար միջոցներ ձեռնարկելը»:

Այս փոփոխություններն ուղղված են Քրեակատարողական վարչության կանոնադրական գործառույթներից բժշկական սպասարկման և օգնության գործառույթը հանելուն: Փոփոխությունն անմիջականորեն կապված է բժշկական սպասարկումը Արդարադատության նախարարությանը փոխանցելու հետ (սա առաջին քայլն է, հետագայում Արդարադատության նախարարությունը կդիտարկի այս գործառույթը Առողջապահության նախարարությանը փոխանցելու հնարավորությունը):

5.5.2. «Կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բուժսանիտարական և բուժկանխարգելիչ օգնությունը կազմակերպելու, առողջապահական մարմինների բուժական հիմնարկներից օգտվելու և այդ նպատակով դրանց բժշկական անձնակազմին ներգրավելու կարգը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության թիվ N 825-Ն որոշման որոշ կետերում՝ բժշկական ստորաբաժանումները ուղղիչ վարչության վերահսկողությունից դուրս բերելու և Արդարադատության նախարարության անմիջական վերահսկողությանը հանձնելու նպատակով (բարեփոխումների 1-ին փուլ): Հետագայում մշակել հայեցակարգային փաստաթուղթ՝ բժշկական սպասարկումը քրեական հաստատություններից առողջապահական համակարգի վերահսկողության տակ տեղափոխելու հնարավոր մոտեցումների մասին (2-րդ փուլ):

6. ՄՇԱԿԵԼ՝

- 6.1. **«Բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող ծառայությունների ստանդարտ կառուցվածքի սահմանման և բժշկական ծառայություններ առաջարկող ենթակառուցվածքների նկարագրության մասին»** ՀՀ կառավարության որոշման նախագիծ:

Նախագիծը կնկարագրի քրեակատարողական հիմնարկներում բուժսպասարկում իրականացնելու համար անհրաժեշտ ծառայությունները, որը հնարավորություն կտա ստեղծել նույն կառուցվածքով ստորաբաժանումներ: Նախագիծը կներկայացնի նաև ստորաբաժանումների նկարագրությունը:

- 6.2. **«Ուղղիչ հաստատություններում բժշկական սպասարկման տրամադրման ծավալի և կարգի մասին»** Արդարադատության նախարարի հրամանի նախագիծ:

Նախագիծը կներկայացնի քրեակատարողական հիմնարկներում տրամադրվող բժշկական սպասարկման ընթացակարգն ու ծավալը, ինչը թույլ կտա բժշկական օգնությունն իրականացնել ըստ սահմանված ընթացակարգերի և նշված ծավալով:

- 6.3. **«Բժշկական օգնության սենյակների, ցերեկային հիվանդանոցների և ուղղիչ հաստատության ներսում մասնագիտացված բժշկական գործունեության համար անհրաժեշտ տեխնիկական և մասնագիտական որակավորման պահանջների ու պայմանների սահմանման մասին»** իրավական ակտի նախագիծ:

Նախագիծը կսահմանի քրեակատարողական հիմնարկներում բուժսպասարկման սենյակների սարքավորումների տեխնիկական պահանջները (սարքեր, գործիքներ) կամ մասնագիտական գործունեություն (մարդկային ռեսուրսներ), որոնք թույլ կտան բոլոր հիմնարկներում նույն չափանիշներով սպասարկում իրականացնել:

- 6.4. **«Ուղղիչ հիմնարկներում պարտադիր օգտագործվող բժշկական ձևաթղթերի հաստատման, լրացման և իրականացման կարգի սահմանման»** մասին Արդարադատության նախարարի հրամանի նախագիծ:

- 6.5. **«Ուղղիչ հիմնարկի բժշկական ստորաբաժանման բժիշկների կողմից ուղեգրումներ կատարելու կարգի և հաճախման ձևերի սահմանման մասին»** ՀՀ կառավարության որոշման նախագիծ:

Նախագիծը կսահմանի հիվանդներին՝ քրեակատարողական հիմնարկից քաղաքացիական հիմնարկ ուղեգրելու գործընթացը և ուղեգրման ձևերը:

- 6.6. **«Ուղղիչ հիմնարկի բժշկի աշխատանքի կազմակերպման սկզբունքների և աշխատանքների մասին տեղեկություններ տրամադրելու ձևերի հաստատման մասին»** ՀՀ կառավարության որոշման նախագիծ:

Որոշումը կսահմանի քրեակատարողական հաստատությունում բժշկի պարտականությունների սկզբունքները և հիմնական աշխատանքները, բժշկի մասնագիտական փորձի պահանջները, ամենատարածված հիվանդությունների կանխարգելման, ախտորոշման, բուժման և վերականգնման մոտեցումները, անհետաձգելի և շտապ օգնության տրամադրման շրջանակը, բժշկական մասնագիտական գործունեության (միջամտություններ) կազմակերպման շրջանակը:

- 6.7. Կլինիկական ուղեցույցներ և հիվանդների բուժման մեթոդներ

- 6.8. **«ՀՀ ուղղիչ հիմնարկներում բժշկական խնամքի մասին վարչական վիճակագրական հաշվետվության ձևերի և դրանց լրացման հրահանգների հաստատման մասին»** հրամանի նախագիծ:

Նախագծի նպատակն է ընդունել ընդհանուր վիճակագրական հաշվետվության ձև և դրա լրացման կարգ, որը վիճակագրական տվյալների միասնական հավաքագրման և քրեակատարողական հիմնարկներում հիվանդության դեպքերի վերլուծության հնարավորություն կտա:

- 6.9. Վերանայել **«Հայաստանի Հանրապետության արդարադատության նախարարության քրեակատարողական հիմնարկներում պահվող անձանց սննդի օրական միջին չափաբաժինները, հանդերձանքի չափաբաժինները և դրանց շահագործման ժամկետները, անկողնային ու հիգիենիկ պարագաների չափաբաժինները և դրանց շահագործման ժամկետները հաստատելու մասին»** ՀՀ կառավարության 2003թ. ապրիլի 10-ի թիվ N 413-Ն որոշումը՝ սահմանելով դիետիկ սննդի նվազագույն պահանջներ:

Նախագծի ընդունումը թույլ կտա ստեղծել սննդի նվազագույն պահանջներ խրոնիկ հիվանդություններ ունեցող անձանց համար, որը ներկայումս չկա, և որը հանգեցնում է տարբեր հիմնարկների կողմից ոչ բավարար (դիետայի տեսանկյունից) սննդի տրամադրման:

