

Partnership for Good Governance  
Գործընկերություն հանուն լավ կառավարման



**ԶԵԿՈՒՅՑ**

**ՔՐԵԱԿԱՏԱՐՈՂԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ  
ԱՅԺՄՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՐԴԻԱԿԱՆԱՑՄԱՆ  
ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏ ՄՈԴԵԼՆԵՐԻ ԱՌԱՋԱՐԿՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ  
ԻՐԱԿԱՆԱՑՎԱԾ ԳՆԱՀԱՏՈՂԱԿԱՆ ԱՌԱՔԵԼՈՒԹՅԱՆ  
ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ**

Մշակվել է Եվրոպայի Խորհրդի կողմից իրականացվող  
և Եվրոպական Միության ու Եվրոպայի Խորհրդի կողմից ֆինանսավորվող  
«Առողջապահության և մարդու իրավունքների պաշտպանության ամրապնդումը  
Հայաստանի բանտերում» ծրագրի շրջանակում

Յորք Փոնթ, ԵԽ միջազգային խորհրդատու

Ռոզա Բաբայան և Իզաբել Աբգարյան, ԵԽ տեղացի խորհրդատուներ

2018թ. ապրիլ

Սույն փաստաթուղթը կազմվել է Եվրոպայի միության և Եվրոպայի խորհրդի միջև համատեղ ծրագրի ֆինանսական միջոցներով: Այստեղ արտահայտված տեսակետները որևէ կերպ չեն արտացոլում Եվրոպական միության կամ Եվրոպայի խորհրդի պաշտոնական տեսակետը:

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](mailto:publishing@coe.int)):

## Բովանդակություն

Ամփոփ տեղեկագիր.....	5
Հապավումների ցանկ .....	9
Ներածություն .....	10
Մեթոդաբանություն .....	10
Ազատագրկվածներին հասանելի երկրորդային առողջապահական և հիվանդանոցային ծառայությունների ներկա վիճակը.....	11
Հայաստանի Հանրապետությունում կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման և տրամադրման իրավական հիմքերը .....	12
Կալանավորված անձանց և դատապարտյալների առողջության պահպանման իրավունքի օրենսդրական հիմնադրությունները .....	13
Քրեակատարողական հիմնարկներում և քաղաքացիական բժշկական հաստատություններում բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման իրավական կարգավորումների տարբերությունները .....	18
Լիցենզավորումը, առողջապահական համակարգի նկատմամբ պետական վերահսկողությունը, բժշկական օգնության և սպասարկմանը ներկայացվող չափանիշները, փաստաթղթավորումը.....	18
Առողջության առաջնային պահպանումը .....	21
Հիվանդանոցային (ստացիոնար) բժշկական օգնությունը և սպասարկումը .....	22
Կալանավորված անձանց և դատապարտյալների հոգեբուժական բժշկական օգնությունը և սպասարկումը.....	25
Հանրային առողջապահության հետ կապված հարցեր.....	27
Ազատագրկվածների ժողովրդագրական բնութագրերը .....	30
Կալանավորման պայմանները .....	30
Բժշկական ծառայության կազմակերպման կառուցվածքը և հիվանդացությունը.....	31
Հոգեկան հիվանդություններ .....	38
Ինքնավնասում.....	38
Օդակաթիլային վարակներ .....	38
Սեռական ճանապահով և արյան միջոցով փոխանցվող վարակներ .....	38
Հաշմանդամներ.....	39
Փոխազդեցությունը հասարակության առողջության վրա .....	40
Հիվանդանոցային բուժօգնությունը .....	42
Բժշկական կառավարման ներկա ձևը.....	43

Դատապարտյալների հիվանդանոց.....	43
Քաղաքացիական հիվանդանոցներ .....	49
Հոգեկան առողջության պահպանման ազգային կենտրոն .....	49
Երկրորդային մակարդակի ամբուլատոր բժշկական օգնությունը .....	50
Բարելավման հնարավորությունների շուրջ մտորումներ.....	51
Բանտային առողջապահության կառավարումը .....	51
Առաջնային բուժօգնությունը՝ որպես հիվանդանոցային և երկրորդային բուժօգնության ներհոսքը կանխարգելող օղակ .....	52
Երկրորդային մակարդակի ամբուլատոր բժշկական օգնությունը .....	53
Հիվանդանոցային բուժօգնությունը .....	55
Հոգեկան խանգարումներ ունեցող ազատազրկվածների խնամքը .....	61
Առաջարկություններ.....	63
Օրենսդրական առաջարկություններ .....	65
Առողջապահական ծառայությունների կառավարման վերաբերյալ առաջարկություններ .	67
Հավելված 1. Փաստաթղթեր.....	70
Հավելված 2. Գնահատողական այցի օրակարգ.....	73

## Ամփոփ տեղեկագիր

Սույն զեկույցը հանդիսանում է 2018թ. մարտին Եվրոպական Միության և Եվրոպայի Խորհրդի կողմից Գործընկերություն հանուն լավ կառավարման համատեղ ծրագրով ֆինանսավորվող «Առողջապահության և մարդու իրավունքների պաշտպանության ամրապնդումը Հայաստանի բնտերում» ծրագրի շրջանակներում իրականացված գնահատողական առաքելության արդյունք, որի նկատակների մեջ էր մտնում ազատագրված անձանց համար հիվանդանոցային խնամքի և երկրորդային առողջապահական այլ ծառայությունների նոր մոդելների ուսումնասիրությունը: Խորհրդատուները ցանկանում են իրենց երախտագիտությունը հայտնել գնահատողական առաքելության մեջ ներգրավված բոլոր անձանց՝ ցուցաբերած մեծ աջակցության համար: Սույն զեկույցը և դրանում ներկայացված մտորումներն ու առաջարկությունները հիմնված են 2018թ. մարտին կատարված գնահատողական այցի, տրամադրված ներպետական տվյալների և փաստաթղթերի, ինչպես նաև միջազգային փաստաթղթերի վրա:

Բանտային առողջապահության կառավարումը դեռևս գտնվում է Քրեակատարողական վարչության բժշկական սպասարկման բաժնի ենթակայության ներքո, սակայն վերջերս ընդունված Կառավարության որոշման համաձայն ակնկալվում է ստորադասել բանտային առողջապահությունը ԱՆ անմիջական ենթակայության ներքո:

Քրեակատարողական հիմնարկների կազմում գործող առողջապահական հաստատությունները լիցենզավորված չեն, ինչպես որ երկրի մյուս առողջապահական հաստատությունները: Չնայած վերջին մի շարք նվաճումների, ինչպիսիք են օրինակ՝ առողջապահական ոլորտի մասնագետների վերապատրաստումը և բժշկական սարքավորումների արդիականացումը, առաջնային առողջապահական օղակում դեռևս առկա են մի շարք լուրջ թերություններ, որոնք կարևոր դեր են խաղում հիվանդանոցային և երկրորդային բուժօգնության բարելավման պլանավորման հարցում:

Ինչ վերաբերում է բուժօգնության տրամադրման իրավական հիմքերին, ապա գնահատման զեկույցն առանձնացրել է մի շարք անհամապատասխանություններ, ինչպես նաև «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի նորմերն ու պահմանները՝ ձերբակալված և կալանավորված անձանց տրամադրվող բուժօգնության պայմանները կարգավորող որոշ իրավական ակտերի («Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահելու մասին» ՀՀ օրենքի, Քրեակատարողական օրենսգրքի, ՀՀ կառավարության 2006թ. մայիսի 26-ի թիվ 825-Ն որոշման) հետ ներդաշնակեցնելու անհրաժեշտությունը: Բացի այդ, օրենսդրական փոփոխություններ են անհրաժեշտ՝ 1) հիվանդանոցի և երկրորդային առողջապահական այլ կառույցների վերակազմակերպման համար, 2) պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման համար անհրաժեշտ չափանիշները, ուղեցույցներն ու ընթացակարգերը հաստատելու համար, 3) քրեակատարողական համակարգում այդ ծառայությունները լիցենզավորելու համար, ինչը թույլ կտա Առողջապահության նախարարության առողջապահական պետական տեսչությանը պարբերաբար հսկողություն իրականացնել դրանց նկատմամբ: Բացի այդ, քրեակատարողական հիմնարկների առողջապահության

մասով բյուջետային հատկացումները ներկայումս ամբողջությամբ տարանջատված չեն ՔԿ հիմնարկների ընդհանուր բյուջեից: Ինչ վերաբերում է քրեակատարողական համակարգի հոգեբուժական բուժօգնությանը, ապա մեծ ծավալի փոփոխություններ և լրացումներ պետք է կատարվեն գործող օրենսդրության մեջ՝ ի թիվս այլոց, բժշկական հանձնաժողովի դատահոգեբուժական եզրկայացությունների մասով մասնագիտական լիցենզավորված, անկողմնակալ և անկախ որոշումներ կայացնելու համար:

Հանրային առողջապահության տեսանկյունից չպետք է թերագնահատել հանրության համար բանտային առողջապահության, ներառյալ՝ կալանավորման պայմանների, կանխարգելիչ միջոցառումների և առողջ ապրելակերպի, առաջնային առողջապահական, հիվանդանոցային և այլ երկրորդային բուժօգնության ծառայությունների կարևորությունը: 2017թ. համար ներկայացված տվյալները վկայում են այն մասին, որ հիվանդանոցներ ուղեգրելու նոսրլոգիական պատճառներից ամենատարածվածների շարքում են եղել սրտանոթային խանգարումները, այնուհետև՝ աղեստամոքսային, շնչառական, միզասեռական, էնդոկրինոլոգիական, նյարդաբանական, նեոպլաստիկ և հոգեբուժական խանգարումները: Այնուամենայնիվ, ազատազրկված անձանց հոգեկան խանգարումների մասին մանրակրկիտ առողջապահական տվյալների բացակայությունը թույլ չի տվել ավելի ճշգրիտ և համապարփակ վերլուծություն կատարել:

Ազատազրկված տղամարդկանց համար ստացիոնար երկրորդային առողջապահական ծառայությունների կառավարումը ներկայումս իրականացվում է Երևանում գտնվող Դատապարտյալների հիվանդանոցի կողմից, որը լուրջ խնդիրներ ունի, ինչպիսիք են՝ նյութական վատ պայմաններն ու պահպանման վիճակը, անթույլատրելի սանիտարական պայմանները, առանց խոչընդոտների ազատ մուտքի հնարավորության և վերելակների բացակայությունը, անզգայնացման վերականգնողական սենյակի և/կամ ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բացակայությունը (թեև վիրաբուժական միջամտություններ դեռևս կատարվում են), վարակի հսկողության և կանխարգելիչ միջոցառումների բացակայությունը, ինչպես նաև մասնագիտացված անձնակազմի բացակայությունը գիշերային ժամերին և հանգստյան օրերին: Հետևաբար, տնտեսական և բժշկական պատճառներից գատ, խորհրդատուները խստորեն առաջարկում են փակել Դատապարտյալների հիվանդանոցը և ուսումնասիրել քաղաքացիական հիվանդանոցների առանձնացված բաժանմունքներում ազատազրկված անձանց հիվանդանոցային խնամքը կազմակերպելու տարբերակը:

Հոգեկան ծանր խանգարումներ ունեցող ազատազրկվածների ստացիանոր բուժումը՝ բացի մասնագիտացված և լավ վերապատրաստված բուժանձնակազմից և հոգեֆարմալոգիական բուժումից, ենթադրում է ունենալ նաև թերապևտիկ միջավայր՝ ոչ դեղորայքային բուժման տարբերակներով, որը հասանելի չէ Դատապարտյալների հիվանդանոցում: Անհրաժեշտ է ուժեղացնել/ներդնել ոչ դեղորայքային բուժումը Հոգեկան առողջության պահպանման ազգային կենտրոնում, որտեղ պետք է բուժվեն հոգեբուժական հիվանդանոցի կարիք ունեցող բոլոր ազատազրկվածները՝ պայմանով, որ կբարելավվեն կենտրոնի ծայրահեղ վատ վիճակում գտնվող շենքային և սանհանգույցների պայմանները, ինչպես նաև անվտանգության աշխատակիցների վերապատրաստման հետ կապված հարցերը:

Հոգեկան խանգարումներ ունեցող ազատագրկվածներին հայտնաբերելու առումով դժվար է գերազնահատվել առաջնային առողջապահական ծառայությունների, այն է՝ նախնական բժշկական զննության կարևորությունը, ինչը ենթադրում է առաջնային առողջապահական օդակի մասնագետների պատշաճ վերապատրաստման անհրաժեշտությունը:

Ամբուլատոր երկրորդային առողջապահական խնամքի հարցում խորհրդատուները առաջարկում են բոլոր ՔԿ հիմնարկներում ուժեղացնել և/կամ ներդնել պոլիկլինիկական մոդելը՝ մշտական կամ պայմանագրային հիմունքներով հրավիրվող մասնագետներ հավաքագրելու և բժշկական բաժանմունքները համապատասխան սարքավորումներով վերազինելու միջոցով: Բացի այդ, նախա և հետվիրահատական խնամքի կազմակերպումը պետք է գտնվի մասնագետի վերահսկողության ներքո՝ վիրաբուժական բաժանմունքի հետ համագործակցությամբ, քրեակատարողական հիմնարկի, օրինակ՝ Արմավիրի ՔԿ-ի լավ վերազինված բժշկական սպասարկման բաժանմունքի պայմաններում, ինչը թույլ կտա նվազեցնել հիվանդանոցներում մնալու վրա կատարվող ծախսերը:

Պոլիկլինիկական մոդելը ենթադրում է յուրաքանչյուր քրեակատարողական հիմնարկում կանոնավոր հիմունքներով հոգեբույժի առկայությունը, ինչը թույլ կտա կազմակերպել հոգեկան խանգարումներ ունեցող մեծ թվով հիվանդների խնամքը, որոնք հոգեբուժական ստացիոնար բուժման կարիք չունեն:

Առողջապահական ծառայությունների տրամադրման համար խորհրդատուները ներկայացնում են հետևյալ առաջարկությունները՝

Քրեակատարողական հիմնարկներում պետք է մատուցվեն առողջապահական հետևյալ ծառայությունները՝

- Առաջնային բուժօգնության ամբողջ ծավալը, ներառյալ՝ բուժքույրական խնամքը,
- Բուժքույրական խնամքը հաշմանդամություն ունեցող ազատագրկված անձանց համար,
- Պոլիկլինիկայի կազմակերպման մոդելի վրա հիմնված երկրորդային մակարդակի ամբուլատոր բժշկական օգնությունը,
- Տուբերկուլոզով և դիմակայուն տուբերկուլոզով հիվանդների խնամքը:

Քաղաքացիական հիվանդանոցների առանձնացված բաժանմունքներում պետք է իրականացվեն հետևյալ առողջապահական ծառայությունները՝

- Բոլոր բարդ վիրահատական միջամտությունները,
- Բոլոր ախտորոշիչ, թերապևտիկ և բուժքույրական միջամտությունները, որոնք պահանջում են համապատասխան բժշկական սարքավորումներ և/կամ փորձ, ինչը հնարավոր չէ պատշաճ որակով ապահովել քրեակատարողական հիմնարկներում, ներառյալ՝ ծանր հոգեկան հիվանդների համար:

Առաջարկությունների ավելի ընդարձակ տարբերակը ներկայացված է սույն գեկույցի վերջում:



## Հապավումների ցանկ

ՇՄԶ	Շարունակական մասնագիտական զարգացում
ԵԽ	Եվրոպայի խորհուրդ
ԽԿԿ	Խոշտանգումների և անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի կանխարգելման եվրոպական կոմիտե
ԻԹԲ	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք
ԲԿԴ ՏԲ	Բազմադեղորայքակայուն տուբերկուլոզ
ԱՆՆ	Առողջապահության նախարարություն
ԱՆ	Արդարադատության նախարարություն
ՔԿՎԲՍԲ	ՔԿՎ բժշկական սպասարկման բաժին
ՀԱՊԱԿ	Հոգեկան առողջության պահպանման ազգային կենտրոն
ՀՀ	Հայաստանի Հանրապետություն
ՏԲ	Տուբերկուլոզ
ԻՇ	Իրավասությունների շրջանակ
ՄԱԿԹՀՊԳ	Միավորված ազգերի կազմակերպության Թմրանյութերի և հանցավորության դեմ պայքարի գրասենյակ
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն

## **Ներածություն**

Սույն զեկույցը հանդիսանում է 2018թ. մարտին Եվրոպական Միության և Եվրոպայի Խորհրդի կողմից Գործընկերություն հանուն լավ կառավարման համատեղ ծրագրով ֆինանսավորվող «Առողջապահության և մարդու իրավունքների պաշտպանության ամրապնդումը Հայաստանի բնտերում» ծրագրի շրջանակներում իրականացված գնահատողական առաքելության արդյունք, որի նկատակների մեջ էր մտնում ազատագրված անձանց համար հիվանդանոցային խնամքի և երկրորդային առողջապահական այլ ծառայությունների նոր մոդելների ուսումնասիրությունը: Քրեակատարողական հիմնարկներում առաջնային բուժօգնության ամրապնդմանն ուղղված ծրագրի նախորդ փուլին հաջորդող այս առաքելության նպատակն էր վերլուծել քրեակատարողական համակարգի հիվանդանոցային և երկրորդային առողջապահական ծառայությունների ներկա պրակտիկան և բժշկական, կառուցվածքային և իրավական քննարկումների հիման վրա ուսումնասիրել երկրորդային բուժօգնության հնարավոր ապագա մոդելները:

Սույն զեկույցի հեղինակները լիովին գիտակցում են, որ չնայած նրանց ջանքերի և իշխանությունների ակնառու աջակցությանը, այս կարճ ժամանակահատվածում իրատեսական չէ անդրադառնալ երկրորդային առողջապահական ծառայությունների բոլոր ասպեկտներին: Այնուամենայնիվ, խորհրդատուները հուսով են, որ ներկայացված առաջարկությունները, որոնք բացառապես հիմնված են գնահատված և դիտարկված փաստերի և միջազգային փորձի վրա, կարող են օգնել երկրին՝ բարելավելու հիվանդանոցային կառավարումը և երկրորդային առողջապահական այլ ծառայությունները ազատագրված անձանց համար: Խորհրդատուները ցանկանում են իրենց երախտագիտությունը հայտնել գնահատողական առաքելության մեջ ներգրավված բոլոր մարմիններին, անձանց և հաստատություններին՝ ժամանակատար հանդիպումների և այցելությունների ընթացքում իրենց ըմբռնման և գնահատման թիվի աշխատանքին աջակցելու իրենց պատրաստակամության համար:

## **Մեթոդաբանություն**

Գնահատման թիմի կազմում էր ընդգրկված միջազգային բժիշկ-խորհրդատու Յորգ Փոնթը, առողջապահական հարցերով տեղացի խորհրդատու Ռոզա Բաբայանը և իրավական հարցերով խորհրդատու Իզաբել Աբգարյանը, ում իր մշտական աջակցություն էր ցուցաբերում Երևանում Եվրոպայի խորհրդի գրասենյակի ծրագրի ղեկավարը:

Գնահատման մեթոդաբանությունը ընդգրկում էր. 1) գնահատողական առաքելության ընթացքում 2018թ. մարտի 19-ից 20-ն ընկած ժամանակահատվածում այցելություններ Երևանում գտնվող Դատապարտյալների հիվանդանոց, Արմավիր ՔԿ հիմնարկի բժշկական սպասարկման բաժանմունք, Նուբարաշենի Հոգեկան առողջության պահպանման ազգային կենտրոն (ՀԱՊԱԿ) և Երևան քաղաքի Էրեբունի հիվանդանոց, ինչպես նաև այդ կառույցների ղեկավարների և ավագ բժշկական անձնակազմի հետ անցկացված հարցազրույցներ, 2) հարցազրույցներ հիմնական շահառուների հետ՝ ՀՀ

արդարադատության նախարարի տեղակալի (ԱՆ), ՀՀ առողջապահության նախարարի տեղակալի (ԱռՆ), Քրեակատարողական վարչության բժշկական սպասարկման բաժնի ղեկավարի (ՔԿՎԲՄԲ), ՀՀ առողջապահության նախարարության բժշկական օգնության քաղաքականության վարչության պետի, Մարդու իրավունքների պաշտպանի գրասենյակի ներկայացուցիչների հետ (տե՛ս, Հավելված 2. Գնահատողական այցի օրակարգ.), 3) գնահատողական այցից առաջ ուղարկված հարցաթերթիկի լրացված տարբերակի, ինչպես նաև ԱՆ և ՔԿՎԲՄԲ կողմից լրացուցիչ վիճակագրական տվյալների հետագոտում, 4) ներպետական և միջազգային փաստաթղթերի ուսումնասիրություն (տե՛ս, Հավելված 1):

Ազատագրված անձանց համար հիվանդանոցային խնամքի և երկրորդային առողջապահական այլ ծառայությունների հնարավոր նոր մոդելների վերաբերյալ առաջարկությունները հիմնված են խորհրդակցությունների վրա՝ հաշվի առնելով ներպետական օրենսդրությունը, բժշկական և տնտեսական նկատառումներն ու միջազգային փորձը: Դրանք կատարվել են ոչ միայն առաքելության իրավասության շրջանակում, այլև՝ ԱՆ և ՔԿՎԲՄԲ ներկայացուցիչների հստակ ցանկության համաձայն: Ներկայացված առաջարկությունների հաջորդականությունը չպետք է դիտարկել ըստ դրանց կարևորության, քանի որ դրանցից շատերը փոխկապակցված են միմյանց հետ, և մեկը՝ առանց մյուսի, կարող է նվազ կամ որևէ ազդեցություն չունենալ:

### **Ազատագրվածներին հասանելի երկրորդային առողջապահական և հիվանդանոցային ծառայությունների ներկա վիճակը**

Բանտային առողջապահական ծառայությունների կառուցվածքն ու կառավարման մոդելը էական փոփոխության չի ենթարկվել 2015 թվականին ԵԽ կողմից իրականացված Հայաստանի Հանրապետության բանտային առողջապահության կարիքների գնահատման առաքելության վերաբերյալ հրապարակված հաշվետվությունից հետո: Բանտային առողջապահության կառավարումը դեռևս գտնվում է ՔԿՎԲՄԲ ենթակայության ներքո: Այնուամենայնիվ, Կառավարության կողմից վերջերս ընդունված որոշմամբ ակնկալվում է ստորադասել բանտային առողջապահությունը ԱՆ անմիջական ենթակայության ներքո: Կառուցվածքային այս փոփոխությունը՝ ըստ Արդարադատության նախարարի տեղակալի, ակնկալվում է, որ ուժի մեջ կմտնի ոչ ուշ քան 2018թ. սեպտեմբերին<sup>1</sup>:

Բանտային առողջապահությունը կազմակերպվում է քրեակատարողական տասնմեկ հիմնարկների բժշկական սպասարկման բաժանմունքների և դատապարտյալների մեկ հիվանդանոցի պայմաններում: Քրեակատարողական հիմնարկների կազմում գործող առողջապահական հաստատությունները լիցենզավորված չեն, ինչպես որ երկրի մյուս առողջապահական հաստատությունները:

Առաջնային առողջապահական օղակը գտնվել է ԵԽ կողմից իրականացված նախորդ գնահատողական այցի թիրախում, որի բերավալման վերաբերյալ առաջարկությունները

<sup>1</sup> «Քրեակատարողական բժշկության կենտրոն» պետական ոչ առեվտրային կազմակերպություն ստեղծելու մասին» ՀՀ կառավարության 2018 թվականի մարտի 1-ի թիվ 204-Ն որոշում:

ներկայացվել են 2015 թվականի ԵԽ կարիքների գնահատման հաշվետվությունում: Մի շարք նվաճումներ են գրանցվել ԵԽ աջակցությամբ վերջին երկու տարիների ընթացքում, օրինակ՝ բուժանձնակազմի վերապատրաստումը և բժշկական սարքավորումների արդիականացումը: Այնուամենայնիվ, խորհրդատուները տեղեկացել են առաջնային օղակում առկա թերությունների մի շարք օրինակների մասին, այն է՝ քրեակատարողական հիմնարկների բժշկական սպասարկման բաժանմունքները դեռևս չեն լիցենզավորվել, Վանաձոր ՔԿ հիմնարկում դեռևս չկա բժիշկ, որի արդյունքում առաջնային բուժօգնության տրամադրումը ամբողջությամբ դրված է բուժքույրերի ուսերի վրա: Հաշվի առնելով, որ առաջնային առողջապահական արդյունավետ ծառայությունը նախապայման է հանդիսանում երկրորդային բուժօգնության պատճառը պլանավորման համար, խորհրդատուները նպատակահարմար են գտնում նաև այս գեկույցում անդրադառնալ տվյալ բացերի վերացման կարևորությանը՝ կենտրոնանալով սակայն երկրորդային առողջապահական խնամքի հարցերի վրա:

**Հայաստանի Հանրապետությունում կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման և տրամադրման իրավական հիմքերը**

«Միջազգային պայմանագրերի մասին» ՀՀ օրենքի 3-րդ հոդվածի 2-րդ մասի համաձայն՝ օրենքով սահմանված կարգով ուժի մեջ մտած Հայաստանի Հանրապետության միջազգային պայմանագիրը Հայաստանի Հանրապետության իրավական համակարգի բաղկացուցիչ մասն է: Մարդու իրավունքները, այդ թվում՝ կալանավորված անձանց և դատապարտյալների իրավունքներն ամրագրած հիմնական միջազգային փաստաթղթերը, ինչպիսիք են՝ Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագիրը, Տնտեսական, սոցիալական մշակութային իրավունքների մասին միջազգային դաշնագիրը, Քաղաքական և քաղաքացիական իրավունքների մասին միջազգային դաշնագիրը, Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին կոնվենցիան, Խոշտանգումների և անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի կանխարգելման մասին եվրոպական կոնվենցիան, Երեխայի իրավունքների մասին և մի շարք այլ միջազգային փաստաթղթեր, «Միջազգային պայմանագրերի մասին» ՀՀ օրենքի վերը հիշատակված նորմերի համատեքստում կազմում են ՀՀ իրավական համակարգի բաղկացուցիչ մասը:

Միջազգային այդ փաստաթղթերում ամրագրված այնպիսի հիմնարար իրավունքները, ինչպիսիք են՝ կյանքի, արժանապատվության, օրենքի առջև հավասարության, անձեռնմխելիության, բավարար կենսամակարդակի, առողջության պահպանման, այդ թվում՝ բժշկական օգնության և սպասարկման իրավունքները, խտրականության, գիտական կամ բժշկական փորձերի չենթարկվելու, խոշտանգման, անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի արգելքները արտացոլված են ինչպես ՀՀ Սահմանադրության, այնպես էլ ոլորտային հիմնական օրենքներում՝ Քրեակատարողական օրենսգրքում, «Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահման մասին», «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքներում:

Այդուհանդերձ, պետք է նշել, որ կալանավորված անձանց և դատապարտյալների վերոհիշյալ իրավունքների իրացումը չի ապահովվել նույն մակարդակի և մեխանիզմների միջոցով, ինչպես որ հանրային առողջապահական համակարգում: Բանտային առողջապահության իրավակարգավորումները ունեն ոչ փոխկապակցված, երբեմն նաև իրար հակասող բնույթ:

Կալանավորված անձանց և դատապարտյալների առողջության պահպանման իրավունքի օրենսդրական հիմնադրույթները

ՀՀ Սահմանադրության 85-րդ հոդվածի համաձայն՝

1. Յուրաքանչյուր ոք, օրենքին համապատասխան, ունի **առողջության պահպանման իրավունք**:
2. Օրենքը սահմանում է անվճար հիմնական բժշկական ծառայությունների ցանկը և մատուցման կարգը:

ՀՀ Սահմանադրության 87-րդ հոդվածի 1-ին մասի 7-րդ և 8-րդ կետերը սահմանում են. «Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային ոլորտներում պետության քաղաքականության հիմնական նպատակներն են՝ 7) բնակչության առողջության պահպանման և բարելավման ծրագրերի իրականացումը, արդյունավետ և մատչելի բժշկական սպասարկման պայմանների ստեղծումը. 8) հաշմանդամության կանխարգելման, բուժման, հաշմանդամների առողջության վերականգնման ծրագրերի իրականացումը, հասարակական կյանքին հաշմանդամների մասնակցության խթանումը»:

Փաստորեն, ՀՀ Սահմանադրությամբ Հայաստանի Հարնապետությունն առանց որևէ սահմանափակման կամ տարանջատման ճանաչում է յուրաքանչյուրի առողջության պահպանման իրավունքը և ամրագրում է պետության հանձնառությունը՝ այդ իրավունքի պատշաճ ամրագրման համար իրականացնել անհրաժեշտ ծրագրեր, ստեղծել համապատասխան պայմաններ:

**Առողջության պահպանման իրավունքը** և դրա իրավական բովանդակությունն ամրագրված է համապատասխանաբար «Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահելու մասին» ՀՀ օրենքում, Քրեակատարողական օրենսգրքում, ընդ որում, դրա իրավական բովանդակությունը հիշյալ երկու օրենքներում ունի որոշակի տարբերություններ: Այսպես, «Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահելու մասին» ՀՀ օրենքի 13-րդ հոդվածի համաձայն՝ «Ձերբակալված կամ կալանավորված անձն իրավունք ունի ... առողջության պահպանման, այդ թվում՝ ստանալ բավարար սնունդ, անհետաձգելի բժշկական օգնություն, ինչպես նաև գնվել իր ընտրած բժշկի կողմից իր դրամական միջոցների հաշվին», իսկ Քրեակատարողական օրենսգրքի 12-րդ հոդվածի համաձայն՝ «Դատապարտյալն իրավունք ունի առողջության պահպանման, այդ թվում՝ բավարար սնունդ, բժշկական օգնություն ստանալու»: Տվյալ սահմանումներից փաստորեն երևում է ոչ միայն ձևակերպումների միջև ակնհայտ տարբերությունը, այլև՝ առողջության պահպանման իրավունքի նեղ բովանդակային սահմանումը, որը կարող է կանխորոշել

ուղորտային ողջ իրավակարգավորումների սահմանափակությունը: Առողջության պահպանման իրավունքի ներկա մեկնաբանությունները շատ ավելի ընդգրկուն են և ներառում են ոչ միայն հասանելի և ֆիզիկապես մատչելի բժշկական օգնությունը և սպասարկումը, այլև՝ անվտանգ սնունդը, ներառյալ ջուրը, սանիտարահիգիենիկ պատշաճ պայմանները, բավարար բնակության պայմանները, անվտանգ շրջակա միջավայրը և այլ<sup>2</sup>: Առողջության իրավունքի համապարփակ և ժամանակակից մոտեցումներին համահունչ իրավական բովանդակության սահմանումը և ըստ դրա՝ իրավական կարգավորումների սահմանումը, ՀՀ օրենսդրության մեջ սկզբունքային նշանակություն ունեցող խնդիր է, որը մեծ չափով կկանխորոշի նաև բժշկական օգնության և սպասարկման իրավունքի իրացման ողջ սպեկտրը (ծավալը, հաճախականությունը և այլ մեխանիզմները):

Առողջության պահպանման իրավունքի կարևորագույն բաղկացուցիչը կազմող **բժշկական օգնության և սպասարկման իրավունքը** և դրա իրավական բովանդակությունը սահմանված է «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքում, որի 1-ին հոդվածի 1-ին մասը սահմանում է, որ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը բնակչությանը խորհրդատվական, կանխարգելիչ, բուժական, դեղորայքային օգնության ցուցաբերումն է, ախտորոշիչ հետազոտությունների, վերականգնողական բուժման, բժշկական փորձաքննության անցկացումը, հարբժշկական և ոչ բուժական բնույթի այլ ծառայությունների մատուցումը: Նույն օրենքի 12-րդ հոդվածի համաձայն՝ «Հայաստանի Հանրապետության քրեական դատավարության օրենսգրքով սահմանված կարգով արգելանքի վերցված, ձերբակալված և կալանավորված, ինչպես նաև ազատազրկման վայրերում պատիժ կրող անձինք իրավունք ունեն ստանալու բժշկական օգնություն և սպասարկում՝ Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով»: Փաստորեն բժշկական օգնության և սպասարկման իրավական բովանդակությունը կազմող բոլոր բաղադրիչներից, օրենքի համաձայն, օգտվում են հավասարապես արգելանքի վերցված, ձերբակալված և կալանավորված, ինչպես նաև ազատազրկման վայրերում պատիժ կրող անձինք:

Այնուհանդերձ, «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքը վերապահում է սահմանում՝ հստակ սահմանելով, որ այդ իրավունքը ենթակա է իրացման ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգավորումների շրջանակում:

Օրենսդրությամբ սահմանված կարգավորումներին անդրադառնալուց առաջ կարևոր է նշել, որ արգելանքի վերցված, ձերբակալված և կալանավորված, ինչպես նաև ազատազրկման վայրերում պատիժ կրող անձանց բժշկական օգնությունը և սպասարկումը ֆինանսավորվում է ՀՀ պետական բյուջեի միջոցներով՝ յուրաքանչյուր տարի ընդունվող տարեկան պետական բյուջեի մասին օրենքով: Ընդ որում, որպես հիմք վերցնելով «2018 թվականի պետական բյուջեի մասին» ՀՀ օրենքը, պետք է նշել, որ կալանավորված, ինչպես նաև ազատազրկման վայրերում պատիժ կրող անձանց քրեակատարողական հիմնարկների համակարգում բժշկական օգնության և

<sup>2</sup> ՄԱԿ-ի ՄԻԳՀԳ, ամփոփաթերթ, առողջության իրավունք, հասանելի է՝ <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>:

սպասարկման համար տրամադրվող հատկացումները տրամադրվում են պետական բյուջեի «Կալանավայրեր» խմբի համար նախատեսված հատկացումների շրջանակում (2018թ. - 8154597.9 հազար ՀՀ դրամ): Ընդ որում, առողջապահական ծախսերը օրենքում առանձնացված չեն, իսկ կալանավորված, ինչպես նաև ազատազրկման վայրերում պատիժ կրող անձանց քաղաքացիական հիվանդանոցային հաստատություններում հատկացումները ներկայացված են «Առողջապահություն» բաժնի հիվանդանոցային ծառայություններ հատվածում՝ սոցիալական անապահով և հատուկ բոլոր խմբերի համար նախատեսված հատկացումների հետ մեկտեղ: Քրեակատարողական հիմնարկներին կալանավորված, ինչպես նաև ազատազրկման վայրերում պատիժ կրող անձանց դեղերով ապահովվածության նպատակով նույն «Առողջապահություն» բաժնով հատկացված է 150000000 ՀՀ դրամ: Փաստորեն, քրեակատարողական հիմնարկների հատկացումները՝ ընդհանրապես, և առողջապահությանը հատկացվող միջոցները, մասնավորապես՝ «2018 թվականի պետական բյուջեի մասին» ՀՀ օրենքի մակարդակով տարանջատված չեն, բացառությամբ դեղերի, ինչը հնարավորություն չի տալիս հասկանալ քրեակատարողական հիմնարկներում առողջապահական ծախսերի հստակ պատկերը:

Շարունակելով կալանավորված, ինչպես նաև ազատազրկման վայրերում պատիժ կրող անձանց բժշկական օգնությունը և սպասարկումը կանոնակարգող իրավակարգավորումների թեման, պետք է հիշատակել ՀՀ կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի թիվ 318-Ն որոշումը, որի հավելված 1-ը սահմանում է պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք ունեցող բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին (հատուկ) խմբերի ցանկը, որի մեջ ընդգրկված են նաև ձերբակալվածները, կալանավորված անձինք և ազատազրկման դատապարտվածները: Պետք է նշել, որ հիշյալ որոշումը, պետական բյուջեի «Առողջապահություն» բաժնով հատկացված միջոցների տրամադրման ընթացակարգերը սահմանող ակտն է, ուստի որևէ կերպ չի կարգավորում քրեակատարողական հիմնարկների համապատասխան մարմինների կողմից բժշկական օգնության և սպասարկման ֆինանսավորման տրամադրման հետ կապված հարաբերությունները, իսկ որոշման հավելված 1-ում ձերբակալվածների, կալանավորված անձանց և ազատազրկման դատապարտվածների հիշատակումը արվում է քաղաքացիական բժշկական հաստատություններում բժշկական օգնության և սպասարկում ստանալու իրավունքի համատեքստում:

«Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահելու մասին» ՀՀ օրենքի 21-րդ և Քրեակատարողական օրենսգրքի 83-րդ հոդվածների համաձայն ձերբակալված և կալանավորված անձանց, դատապարտյալների բուժսանիտարական և բուժկանխարգելիչ օգնությունը կազմակերպվում է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ոլորտը կարգավորող օրենսդրությանը համապատասխան:

Հիշյալ նորմը ինքնին որոշ հարցեր է առաջացնում և հակասում է տվյալ օրենքների և այլ իրավական ակտերով սահմանված իրավակարգավորումներին: Այսպես.

1) Նախ՝ ՀՀ օրենսդրությունը չունի «առողջապահության ոլորտի կարգավորող օրենսդրություն» հասկացության իրավական սահմանումը: Երկրորդ՝ առողջապահության ոլորտը կարգավորող ՀՀ օրենքներում չեն կիրառվում «բուժկանխարգելիչ» կամ «բուժսանիտարական» եզրույթները. դրանք առավել խորհրդային շրջանում գործածվող, ներկայում առողջապահության ոլորտի իրավական բառապաշարից ամբողջովին դուրս մղված եզրույթներ են, ինչը ամբողջությամբ խոցելի և իրավական առումով անհստակ է դարձնում հիշյալ հոդվածները:

Եթե նույնիսկ համարենք որ «առողջապահության ոլորտի կարգավորող օրենսդրություն» հասկացությունը քաղաքացիական բնակչությանը առողջապահական, այդ թվում՝ բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտը կարգավորող օրենսդրությունն է (օրենքներ, Կառավարության որոշումներ, Առողջապահության նախարարի նորմատիվ հրամաններ), ապա վկայակոչված նորմերը սխալ են, քանի որ կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բժշկական օգնության և սպասարկման հետ կապված հարաբերությունները կարգավորվում են քրեակատարողական ոլորտը կարգավորող օրենսդրության համաձայն («Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահելու մասին» ՀՀ օրենք, Քրեակատարողական օրենսգիրք, դրանցից բխող ՀՀ կառավարության 2006 թվականի մայիսի 26-ի թիվ 825-Ն որոշում, ՀՀ արդարադատության նախարարի նորմատիվ հրամաններ): Նման իրավական նորմը սխալ է ոչ միայն ձևակերպման, այլև՝ բովանդակային առումով, քանի որ կալանավորված անձանց և դատապարտյալներին տրամադրվող բժշկական օգնությունը և սպասարկումը էականորեն տարբերվում են ազատության մեջ գտնվող անձանց բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտը կարգավորող կարգավորումներից՝ բազմաթիվ առանձնահատկությունների և բացառությունների պատճառով (որպես օրինակ՝ առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների քրեակատարողական հիմնարկներում տրամադրվող բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների ծավալների և որակի տարբերություններ, այդ ծառայությունների՝ այլ ընթացակարգերի համաձայն գործունեության ծավալում, մասնավորապես՝ լիցենզավորման պահանջի, առողջապահական պետական վերահսկողության բացակայություն և այլն):

2) ՀՀ կառավարության 2002 թվականի օգոստոսի 15-ի թիվ 1300-Ն որոշմամբ հաստատված ՀՀ առողջապահության նախարարության կանոնադրության 8-րդ կետի «ի» ենթակետի համաձայն՝ պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման չափորոշիչների, ուղեցույցների, կարգերի ... մշակումը և հաստատումն իրականացնում է ՀՀ առողջապահության նախարարը: Այսինքն, ներկայում պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնության և սպասարկման ծավալի, բովանդակության սահմանման լիազորությունը վերապահված է ՀՀ առողջապահության նախարարին: Վերը հիշատակված չափորոշիչները միայն հպանցիկ կերպով են անդրադառնում ձերբակալված և կալանավորված, ինչպես նաև ազատազրկման վայրերում պատիժ կրող անձանց բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման հարցին: Դրանք կարգավորում են բացառապես քաղաքացիական բժշկական հաստատություններում բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման հարցերը: Մասնավորապես, ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի



նոյեմբերի 18-ի թիվ 71-Ն հրամանով ընդամենը սահմանվում է քրեակատարողական հիմնարկներից քաղաքացիական հիվանդանոցային հաստատություններ այդ կատեգորիայի անձանց տեղափոխման հետ կապված փաստաթղթերին առնչվող հարցերը: ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 28-ի թիվ 57-Ն հրամանն է, որը, բացառման սկզբունքի կիրառմամբ, սահմանում է այն նորագույն և թանկարժեք ծառայությունների ցանկը, որոնք վճարովի են բնակչության բոլոր կատեգորիաների, այդ թվում՝ ձերբակալված, կալանավորված, ինչպես նաև ազատազրկման վայրերում պատիժ կրող անձանց համար: ՀՀ առողջապահության նախարարի նորմատիվ հրամանները հատուկ ձևով չեն կարգավորում կալանավորված անձանց և դատապարտյալների քաղաքացիական բժշկական հաստատություններում սահմանված կարգով բուժում ստանալու գործընթացը, ինչը իրավական ակտերի մակարդակում խտրականության բացակայության մասին է վկայում: Ակնառու է դառնում, որ առողջապահության ոլորտը կարգավորող ընթացակարգային ակտերը հաշվի չեն առնում կալանավորված անձանց և դատապարտյալներին տրամադրվող բժշկական օգնության և սպասարկման առանձնահատկությունները:

3) Կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բժշկական օգնության և սպասարկման կարգը կարգավորող հիմնական ակտը՝ ՀՀ կառավարության 2006 թվականի մայիսի 26-ի «Կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բուժսանիտարական և բուժկանխարգելիչ օգնությունը կազմակերպելու, առողջապահական մարմինների բուժական հիմնարկներից օգտվելու և այդ նպատակով դրանց բժշկական անձնակազմին ներգրավելու կարգը հաստատելու մասին» թիվ 825-Ն որոշումն է, որն ընդունվել է ի կատարումն «Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահելու մասին» ՀՀ օրենքի 21-րդ և Քրեակատարողական օրենսգրքի 83-րդ հոդվածների: Այսպիսով, կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բժշկական օգնությունը կարգավորող հիմնական ակտը հանդիսանում է քրեակատարողական օրենսդրության ոլորտի իրավական ակտ, այլ ոչ թե՝ առողջապահության ոլորտի, ինչպես որ սահմանված է օրենքներով:

Անշուշտ, ինչպես վկայակոչված, այնպես էլ այլ ակտերով սահմանված ՀՀ օրենսդրությունը այլ կարգավորումներ է նախատեսում կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բժշկական օգնության և սպասարկման մասով, սակայն կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտը կարգավորող հիմնական ակտը ՀՀ կառավարության 2006 թվականի մայիսի 26-ի թիվ 825-Ն որոշումն է, որը սահմանում է քրեակատարողական հիմնարկներում բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման կառուցվածքը, պայմանները, պատասխանատուներին:

Քրեակատարողական հիմնարկներում և քաղաքացիական բժշկական հաստատություններում բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման իրավական կարգավորումների տարբերությունները

Ներկայում, ՀՀ քրեակատարողական հիմնարկների բժշկական ծառայությունները գտնվում են ձևափոխման փուլում, որի սկիզբը դրվեց ՀՀ կառավարության 2017 թվականի հունվարի 19-ի թիվ 2 արձանագրային որոշմամբ հաստատված քրեակատարողական հիմնարկներում բժշկական ծառայությունների արդիականացման հայեցակարգի ընդունմամբ: Հայեցակարգով առաջարկվող մոտեցումներին համահունչ՝ ՀՀ կառավարությունը 2018 թվականի մարտի 1-ին ընդունեց «Քրեակատարողական բժշկության կենտրոն» պետական ոչ առևտրային կազմակերպություն ստեղծելու մասին» թիվ 204-Ն որոշումը (որի համաձայն կազմակերպությունը սկսելու է գործել 2018 թվականի հուլիսի 1-ից), որով, ըստ էության, մեկնարկեց քրեակատարողական հիմնարկների բժշկական ծառայությունների՝ քրեակատարողական ծառայությունից ենթակայական տարանջատումը և Արդարադատության նախարարության ենթակայության հանձնումը և դրանց ՀՀ առողջապահական ընդհանուր համակարգին ինտեգրման գործընթացը:

Սակայն, այդ գործընթացը չի կարող միանգամից ապահովվել, ուստի ստորև կներկայացվեն քրեակատարողական հիմնարկներում բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման իրավական դրույթները (առանց նեղ ընթացակարգային կարգավորումների)՝ համեմատական անցկացնելով ազատության մեջ գտնվող քաղաքացիների բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտի իրավակարգավորումների հետ, ինչը թույլ կտա վեր հանել առկա տարբերությունները, հետագայում դրանց հնարավորին վերացման նպատակով:

Լիցենզավորումը, առողջապահական համակարգի նկատմամբ պետական վերահսկողությունը, բժշկական օգնության և սպասարկմանը ներկայացվող չափանիշները, փաստաթղթավորումը

«Լիցենզավորման մասին» ՀՀ օրենքի 43-րդ հոդվածի 2-րդ մասի համաձայն՝ կազմակերպությունների կամ անհատ ձեռնարկատերերի կողմից բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացումը ենթակա է լիցենզավորման:

Բժշկական օգնության և սպասարկման լիցենզավորումը Հայաստանի Հանրապետությունում անժամկետ է և իրականացվում է ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից՝ ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված մասնագիտական, կառուցվածքային, տեխնիկատեխնոլոգիական պարտադիր պայմանների և պահանջների բավարարման դեպքում: Լիցենզավորված սուբյեկտների լիցենզավորման ենթակա գործունեության նկատմամբ պետական վերահսկողությունը իրականացնում է ՀՀ

առողջապահության նախարարության կառուցվածքում գործող առողջապահական տեսչական մարմինը<sup>3</sup>:

Սակայն, այս կարգավորումները դեռևս չեն տարածվել քրեակատարողական բժշկական ծառայությունների նկատմամբ, քանի որ լիցենզավորումը և վերահսկողությունը կարգավորող օրենսդրությունը չի տարածվում դրանց նկատմամբ:

Մասնավորապես, ՀՀ կառավարության 2006 թվականի օգոստոսի 24-ի թիվ 1256-Ն որոշմամբ հաստատված քրեակատարողական վարչության կանոնադրության համաձայն՝ քրեակատարողական հիմնարկները, ներառյալ՝ Դատապարտյալների հիվանդանոցը, բժշկական ծառայություններ տրամադրող այլ ստորաբաժանումները, ՀՀ օրենսդրության իմաստով քրեակատարողական վարչության կառուցվածքում գործող միավորներ են՝ հիմնարկներ, այլ ոչ կազմակերպություններ, ուստի, լիցենզավորման ոլորտի օրենսդրությունը կիրառելի չէ դրանց նկատմամբ: Միննույն ժամանակ պետք է նկատել, որ բժշկական ծառայություններ տրամադրող քրեակատարողական հիմնարկների, այդ թվում՝ Դատապարտյալների հիվանդանոցի տեխնիկական, տեխնոլոգիական և մասնագիտական հազեցվածության պարտադիր պայմաններ և պահանջներ օրենսդրությամբ սահմանված չեն:

Քաղաքացիական լիցենզավորված բժշկական հաստատությունները ունեն օրենսդրությամբ սահմանված կառուցվածքի, տեխնիկական, տեխնոլոգիական և մասնագիտական հազեցվածություն (անհրաժեշտ քանակով համապատասխան անձնակազմ, վերջին հինգ տարիներին վերապատրաստում անցած կամ ՇՄԶ հավաստագրով) և նրանց գործունեության նկատմամբ սահմանված է արտաքին վերահսկողություն, որը իրականացվում է ստուգումների ձևով, որոնց արդյունքում հայտնաբերված խախտումների դեպքում կիրառվում են օրենքով սահմանված պատժամիջոցներ:

Ներկայում, քրեակատարողական հիմնարկների բժշկական սպասարկման բաժինների կառուցվածքի, տեխնիկական, տեխնոլոգիական և մասնագիտական հազեցվածության մասով օրենսդրությամբ հատուկ պահանջներ չկան, սահմանված է բացառապես ներքին հիերարխիկ վերահսկողության համակարգ: Քրեակատարողական հիմնարկների բժշկական ծառայությունները փակ համակարգի բաղկացուցիչ մաս են, որտեղ բացառված է արտաքին վերահսկողությունը: Ժամանակակից առողջապահությանը համապատասխանող կառուցվածքային, կադրային և տեխնիկատեխնոլոգիական պահանջներ չկան, որի արդյունքում սահմանադրորեն երաշխավորված առողջության պահպանման, բժշկական օգնության և սպասարկման իրավունքը պատշաճ չի ապահովվում:

«Քրեակատարողական բժշկության կենտրոն» պետական ոչ առևտրային կազմակերպություն ստեղծելու մասին» ՀՀ կառավարության թիվ 204-Ն որոշմամբ

<sup>3</sup> <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=113099>:

փաստորեն քրեակատարողական հիմնարկներում տրամադրվող բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտը տեղափոխվում է քաղաքացիական լիցենզավորման և, ըստ այդմ, արտաքին վերահսկողության դաշտ: Սակայն, պետք է նշել, որ նկատի ունենալով ոլորտային տարբերությունները, կարիք կա հատուկ իրավակարգավորումների, ինչը ներկա գործող օրենսդրության մեջ բացակայում է:

2018 թվականի մարտի 1-ի թիվ 204-Ն որոշմամբ ստեղծված «Քրեակատարողական բժշկության կենտրոն» պետական ոչ առևտրային կազմակերպությունը, որին պետք է փոխանցվեն քրեակատարողական հիմնարկների բժշկական ծառայությունները, գործող ՀՀ օրենսդրության համաձայն ենթակա է լիցենզավորման և կարող է գործել միայն համապատասխան բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների լիցենզիայի առկայության պարագայում: Սակայն, այս դեպքում խնդրահարույց է բուն լիցենզավորման գործընթացը, քանի որ դրա ընթացակարգերը սահմանող իրավական ակտերը սահմանված են քաղաքացիական բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակետից: Կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բժշկական օգնության և սպասարկման լիցենզավորման պայմաններն ու պահանջները պետք է ունենան մի շարք առանձնահատկություններ, որոնք պետք սահմանվեն առանձին իրավակարգավորումներով: Լիցենզավորումը թույլ կտա համակարգին՝

1) ունենալ, եթե ոչ քաղաքացիականի նման, ապա առնվազն շատ մոտ բժշկական ծառայությունների համակարգ՝ կառուցվածքային, տեխնիկական, տեխնոլոգիական և մասնագիտական հագեցվածությամբ,

2) ունենալ մասնագիտորեն հնարավորինս անկախ բուժանձնակազմ,

3) ենթարկվել պարբերական վերահսկողության ՀՀ առողջապահության նախարարության կառուցվածքում գործող առողջապահական տեսչական մարմնի կողմից, ինչը թույլ կտա ինչպես կանխարգելել ոլորտային օրենսդրության խախտումները, այնպես էլ բացահայտել և համապատասխան պատասխանատվության ենթարկել խախտումներ կատարելու մեջ մեղավոր անձանց:

2015 թվականին ՀՀ Ազգային ժողովի կողմից ընդունվեցին «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի փոփոխությունները և լրացումները, որտեղ, ի թիվս այլի, առաջին անգամ սահմանվեց «առողջապահության բնագավառում մասնագիտական գործունեություն» հասկացությունը, որի համաձայն այն հանդիսանում է բուժաշխատողի կողմից իր կրթությանը, որակավորմանը և մասնագիտական բնութագրին համապատասխան, իր իրավասության շրջանակներում, Հայաստանի Հանրապետության օրենքներին, այլ իրավական ակտերին, չափորոշիչներին, կլինիկական ուղեցույցներին, պացիենտի վարման գործելակարգերին և իր աշխատանքային պարտականություններին համապատասխան աշխատանքների իրականացում:

Նույն փոփոխություններով սահմանվեց «պացիենտի վարման գործելակարգ» հասկացությունը, համաձայն որի այն իր մեջ ընդգրկում է բուժաշխատողի կողմից

հիվանդության կամ համախտանիշի կամ կլինիկական վիճակի վարմանը՝ խորհրդատվությանը, ախտորոշմանը, բուժմանը ներկայացվող պարտադիր պահանջները: Պացիենտի վարման գործելակարգերի ընդունման իրավասությունը վերապահվել է ՀՀ առողջապահության նախարարին: 2018 թվականի ապրիլի 14-ի դրությամբ մշակվել և ընդունվել է ընդամենը յոթ գործելակարգ (համաձայն Առլիս իրավական տեղեկատվական համակարգի): Մակայն, ՀՀ առողջապահության նախարարության կայքում տեղադրված հաղորդագրության<sup>4</sup> համաձայն, միջազգային լավագույն փորձի հիման վրա արդեն իսկ մշակվել են ավելի քան 300 կլինիկական ուղեցույցներ, գործելակարգեր և ընթացակարգեր, որոնք բժշկական հանրության հետ քննարկման փուլում են և վերջնական լրամշակումներից հետո սահմանված կարգով կընդունվեն:

Քրեակատարողական հիմնարկներում ներկայում տրամադրվող, ինչպես նաև «Քրեակատարողական բժշկության կենտրոն» պետական ոչ առևտրային կազմակերպության կողմից նախատեսվող բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման պատշաճ ապահովման տեսանկյունից կարևոր է պացիենտի վարման գործելակարգերի միաժամանակյա կիրառումը նաև կալանավորված անձանց կամ դատապարտյալների բուժման համար: Այն էականորեն կնպաստի բուժման որակի բարձրացմանը և կնվազեցնի տվյալ հիմնարկներում և քաղաքացիական բժշկական հաստատություններում տրամադրվող բժշկական օգնության և սպասարկման միջև եղած տարբերությունները:

ՀՀ կառավարության 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի թիվ 1936-Ն որոշման համաձայն՝ ՀՀ առողջապահության նախարարը լիազորված է հաստատել լիցենզավորված սուբյեկտների կողմից պարտադիր կիրառման բժշկական ձևաթղթերի ձևերը: Կառավարության այդ որոշման հիման վրա ներկայում ընդունված են հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման ընթացքում անհրաժեշտ տասնյակից ավելի բժշկական փաստաթղթերի օրինակելի ձևեր: Հաշվի առնելով, որ քրեակատարողական հիմնարկների կողմից տրամադրվող բժշկական օգնությունը և սպասարկումը դեռևս լիցենզավորման ենթակա չէ, ընդունված բժշկական փաստաթղթերը կիրառելի չեն քրեակատարողական հիմնարկներում: Այստեղ կիրառվում են իրենց կողմից մշակված, սակայն սահմանված կարգով չհաստատված ձևեր: Այս կապակցությամբ, քրեակատարողական հիմնարկների բժշկական փաստաթղթերը պետք է հաստատվեն իրավական ակտի հիման վրա, իհարկե, հաշվի առնելով քրեակատարողական հիմնարկների բժշկական օգնության և սպասարկման առանձնահատկությունները:

Առողջության առաջնային պահպանումը: Այն երաշխավորվում է ազատության մեջ գտնվող անձանց համար «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի 2-րդ հոդվածի «ա» կետի, ինչպես նաև ՀՀ կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի թիվ 318-Ն որոշման հավելված 2-ի 12-րդ կետի 3-րդ ենթակետի համաձայն, որով բնակչության բոլոր խմբերին անվճար տրամադրվում է պետության կողմից երաշխավորված արտահիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում

---

<sup>4</sup> <http://moh.am/#1/1209>:

(բացառությամբ ստոմատոլոգիական բժշկական օգնության ծառայությունների, որոնք տրամադրվում են միայն սոցիալապես անապահով կամ հատուկ խմբերին՝ որոշակի ծավալներով)՝ ՀՀ առողջապահության նախարարի կողմից սահմանված ծառայությունների փաթեթների շրջանակներում: Առողջության առաջնային պահպանման անվճար ծավալը սահմանված է ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 13-ի թիվ 47-Ն հրամանով, որը ներառում է ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական օգնության և սպասարկման ողջ ծավալը:

Ի տարբերություն վերոհիշյալ հրամանի, կալանավորված անձանց և դատապարտյալների առողջության առաջնային պահպանման կազմակերպումը սահմանված է ՀՀ կառավարության 2006 թվականի մայիսի 26-ի թիվ 825-Ն որոշմամբ, որով սահմանված չէ կամ այլ կերպ է սահմանվում տրամադրվող առողջության առաջնային պահպանման ծավալը, որտեղ օրինակ՝ նախատեսված չէ տարեկան կանխարգելիչ զննություն, հստակ սահմանված չէ դիսպանսեր հսկողության հասկացությունը և տրամադրվող ծառայությունների ծավալը: Հետևաբար, հնարավոր է եզրակացնել, որ չնայած Քրեակատարողական օրենսգրքի 83-րդ հոդվածի կարգավորումների, կալանավորված անձանց և դատապարտյալների առողջության առաջնային պահպանումը, դրա կազմակերպումը, ծավալը և ներկայացվող կառուցվածքային, մասնագիտական և տեխնիկական հագեցվածությունը էապես տարբերվում են ազատության մեջ գտվող անձանց առողջության առաջնային պահպանման կազմակերպման գործընթացից և ծավալներից:

Միաժամանակ, հարկավոր է նշել, որ կալանավորված անձանց և դատապարտյալների շրջանում տարածված այնպիսի հիվանդություններ, ինչպիսիք են՝ ՄԻԱՎ-ն ու տուբերկուլոզը, իրենց փոխանցման վտանգի պատճառով առանձնահատուկ կերպով են կարգավորվում: Այսպես, 2013 թվականի հուլիսի 10-ի թիվ 733-Ն որոշմամբ հստակ և մանրամասն կարգավորված է կալանավորված անձանց և դատապարտյալների ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ բուժաշխատողների կողմից նախաթեստային և հետթեստային խորհրդատվության ու հետազոտության իրականացման կարգը և պայմանները: ՀՀ առողջապահության նախարարի 2008 թվականի հոկտեմբերի 20-ի թիվ 21-Ն հրամանով հաստատված Հայաստանի Հանրապետությունում տուբերկուլոզի համաճարակաբանական հսկողության թիվ 3.1.1-010-08 սանիտարական կանոնները և հիգիենիկ նորմերը սահմանում են, որ կալանավորված անձինք և դատապարտյալներն ընդգրկված են տուբերկուլոզի առումով ռիսկի խմբում և ցանկացած առիթով բժշկական օգնության դիմելիս, սպասարկող բուժաշխատողի կողմից հետազոտվում են նաև տուբերկուլոզին բնորոշ գանգատների առկայությունը բացահայտելու ուղղությամբ:

#### Հիվանդանոցային (ստացիոնար) բժշկական օգնությունը և սպասարկումը

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի 2-րդ հոդվածի «բ» կետի համաձայն՝ մասնագիտացված բժշկական օգնությունը՝ որպես ախտորոշման և բժշկական առանձնահատուկ մեթոդների ու բարդ բժշկական տեխնոլոգիաների վրա հիմնված բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակ է: Նույն օրենքի 3-րդ հոդվածի

համաձայն՝ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը կազմակերպվում են հիվանդանոցային ձևով, երբ անհրաժեշտ է բժշկական միջոցառումների համալիր կիրառում՝ ախտորոշում, բուժում, տևական հսկողություն և հատուկ խնամք:

Առողջության պարտադիր ապահովագրության համակարգը Հայաստանի Հանրապետությունում ներդրված չէ: Այդուհանդերձ, հանրային ծառայողների համար պետությունը՝ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով և ծավալներով հանրային ծառայության ողջ ընթացքի, իսկ որոշ կատեգորիայի ծառայողների համար՝ նաև ծառայությունից հետո, տրամադրում է ապահովագրական փաթեթներ:

Սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերի (ներառյալ՝ ձերբակալված, կալանավորված անձանց և դատապարտյալների) համար պետությունը երաշխավորում է անվճար հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում, որի ծավալները և տրամադրման կարգը սահմանվում են ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամաններով: Պետք է նշել, որ ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի նոյեմբերի 18-ի թիվ 71-Ն հրամանի 11-րդ կետը սահմանում է պետության կողմից երաշխավորված անվճար հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման բովանդակությունը, որը կարող է իրականացվել՝

- 1) ցերեկային ստացիոնարի պայմաններում,
- 2) «կարճաժամկետ կամ փոքր ծավալի կամ քիչ ծախսատարությամբ բժշկական օգնություն» շուրջօրյա հսկողության պայմաններում,
- 3) երկարաժամկետ շուրջօրյա հսկողության պայմաններում,
- 4) մասնագիտացված բժշկական օգնություն՝ շուրջօրյա հիվանդանոցային հսկողություն չպահանջող պայմաններում:

Ծավալների առումով, բացառման սկզբունքով, ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանով սահմանված են այն ծառայությունները, որոնք վճարովի են սոցիալապես անապահով և հատուկ խմբերի համար և ողջ բնակչության համար՝ առանձին բացառություններով: Դրանք առավել նորագույն և թանկարժեք տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական ծառայություններն են, որոնց ցանկը հաստատված է ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի հունվարի 28-ի թիվ 57-Ն հրամանով<sup>5</sup>:

Կալանավորված անձանց և դատապարտյալների հիվանդանոցային բժշկական օգնությունը և սպասարկումը իրականացվում է երկու տարբերակով, այն է՝ քրեակատարողական հիմնարկների կողմից տրամադրվող հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման, ինչպես նաև քաղաքացիական բժշկական հաստատություններում տրամադրվող բժշկական օգնության և սպասարկման եղանակով:

<sup>5</sup> <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=87880>:

Իրավական և ոչ մի ակտով սահմանված չէ քրեակատարողական հիմնարկներում, ներառյալ՝ Դատապարտյալների հիվանդանոցում տրամադրվող բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակների ցանկը, ինչը, անշուշտ, խնդրահարույց է պատշաճ բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրելու առումով, քանի որ պարզ չէ, թե արդյոք տրամադրվող ծառայությունները համարժեք են կալանավորված անձանց և դատապարտյալների առողջապահական կարիքներին:

Քրեակատարողական հիմնարկների կողմից տրամադրվող հիվանդանոցային բժշկական օգնությունը և սպասարկումը, իր հերթին, տրամադրվում է նույն քրեակատարողական հիմնարկների համապատասխան ծառայությունների կողմից կամ բուժական հիմնարկի՝ Դատապարտյալների հիվանդանոցի կողմից:

Քրեակատարողական հիմնարկներում բժշկական օգնությունը և սպասարկումը տրամադրվում է մինչև 14 օր, իսկ համապատասխան մասնագիտացում ունեցող բժիշկ-մասնագետի խորհրդատվության, մասնագիտացված բաժանմունքի առկայության կամ բժշկական աշխատանքային հանձնաժողովի որոշման դեպքերում՝ նաև 14 օրից ավելի: Բժշկական օգնության և խնամքի ծավալների ոչ բավարար լինելու կամ մասնագիտացված կամ երկարատև բուժման անհրաժեշտության դեպքերում կալանավորված անձը կամ դատապարտյալը պետք է տեղափոխվի Դատապարտյալների հիվանդանոց կամ քաղաքացիական բժշկական հաստատություն:

ՀՀ օրենսդրությունը սահմանում է Դատապարտյալների հիվանդանոցում տրամադրվող բժշկական օգնության և սպասարկման շատ ընդհանուր բնույթ ունեցող շրջանակ: Դրանց մեջ են մտնում համալիր բժշկական մասնագիտացված հետազոտությունը և բժշկական օգնությունը, խնամքի բավարար ծավալները:

Դատապարտյալների հիվանդանոցում տրամադրվող բժշկական օգնության ծավալը սահմանված է ՀՀ կառավարության 2006 թվականի մայիսի 26-ի թիվ 825-Ն որոշմամբ<sup>6</sup>, որի համաձայն բուժական ուղղիչ հիմնարկ ընդունված հիվանդ կալանավորված անձինք և դատապարտյալներն անցնում են անհրաժեշտ կլինիկական լաբորատոր, գործիքային և այլ օժանդակ հետազոտություններ, ինչպես նաև, կախված ախտորոշումից, նշանակվում և կատարվում են համապատասխան բուժկանխարգելիչ միջոցառումներ: Նույն որոշման համաձայն՝ հիվանդ կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բուժումը բուժական ուղղիչ հիմնարկում իրականացվում է ժամանակակից բժշկական գիտության պահանջներով: Բուժման ընթացքում գործածվում է դեղորայքային թերապիա, դիետիկ սնունդ, կիրառվում են ֆիզիոթերապևտիկ բուժման մեթոդներ, բուժական մարմնամարզություն, աշխատանքային թերապիա և բուժման գործընթացին նպաստող վերականգնողական այլ մեթոդներ: Խնամքի կարիք ունեցող հիվանդ կալանավորված անձի կամ դատապարտյալի ստացիոնարում գտնվելու ժամկետները չեն սահմանափակվում: Առանձին դեպքերում, երբ բուժական ուղղիչ հիմնարկում բացակայում են անհետաձգելի մասնագիտական բժշկական օգնություն ցուցաբերելու

<sup>6</sup> <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=25105>:



համար անհրաժեշտ պայմանները (սարքավորումներ, մասնագետներ), հիվանդ կալանավորված անձինք և դատապարտյալներն ուղեգրվում են առողջապահական մարմինների բուժական հաստատություններ: Ուղեգիրը տրամադրվում է ՀՀ առողջապահության նախարարի կողմից՝ քրեակատարողական վարչության կողմից ներկայացված միջնորդագրի հիման վրա: Քաղաքացիական հիվանդանոցային հաստատություններում կալանավորված անձի կամ դատապարտյալի բուժման ժամանակահատվածը սահմանափակված չէ:

Կալանավորված անձանց և դատապարտյալների հոգեբուժական բժշկական օգնությունը և սպասարկումը

Այս մասում առանձին կներկայացվի կալանավորված անձանց և դատապարտյալների հոգեբուժական բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտի իրակավակարգավորումները: Դրանց անդրադառնալու անհրաժեշտությունը պայմանավորված է հոգեբուժական օգնության և սպասարկման բնույթի առանձնահատկություններով՝ պայմանավորված բուժօգնության այդ տեսակում մարդկային գործոնի առավել որոշիչ դերով (մասնավորապես՝ ախտորոշման ժամանակ առավել կարևոր նշանակություն ունի հոգեբույժի արհեստավարժությունը, գիտելիքներն ու հմտությունները, քանի որ լաբորատոր կամ գործիքային հետազոտությունները մեծ մասամբ կիրառելի չեն), ինչպես նաև հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձանց առավել խոցելի լինելու հանգամանքով: Այս մասում անդրադարձ չի կատարվելու պատժից ազատված և դատական ակտով հարկադիր բուժման ենթակա անձանց հոգեբուժական բժշկական օգնությանը և սպասարկմանը, հաշվի առնելով նրանց կարգավիճակային փոփոխությունը:

ՀՀ քրեական օրենսգրքի 98-րդ հոդվածի 2-րդ մասի համաձայն՝ մեղսունակությունը չբացառող հոգեկան խանգարման վիճակում կատարված հանցանքի համար դատապարտված, բայց ակտիվությունից, թմրամոլությունից կամ թունամոլությունից կամ մեղսունակությունը չբացառող հոգեկան խանգարումներից բուժման կարիք ունեցող անձանց նկատմամբ դատարանը պատժի հետ մեկտեղ կարող է նշանակել հոգեբույժի մոտ արտահիվանդանոցային հսկողություն և հարկադիր բուժում: Նույն օրենսգրքի 99-րդ հոդվածի համաձայն՝ հոգեբույժի մոտ արտահիվանդանոցային հսկողություն և հարկադիր բուժում կարող է նշանակվել, եթե անձն իր հոգեկան վիճակով հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորման կարիք չունի: «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 3-րդ հոդվածի 7-րդ մասի համաձայն՝ արտահիվանդանոցային հոգեբուժական օգնություն է հանդիսանում հոգեկան խանգարումով տառապող հիվանդների հայտնաբերումը, հաշվառումը ու շարունակական հսկողությունը կամ հոգեբուժական փորձաքննությունը կամ բուժումը կամ սոցիալական վերականգնումը արտահիվանդանոցային պայմաններում:

Իրավական այս նորմերը, բացի Քրեական օրենսգրքով տրված սահմանումների, որոշ իմաստով կանխորոշում են սահմանափակ մեղսունակության որոշման շրջանակները՝

սահմանելով, որ այս դեպքում պատժի հետ մեկտեղ նշանակվում է արտահիվանդանոցային հսկողություն և հարկադիր բուժում:

ՀՀ քրեակատարողական օրենսգրքի 123-րդ հոդվածի 1-ին մասի համաձայն՝ մեղսունակությունը չբացառող հոգեկան խանգարման վիճակում կատարված հանցանքի համար որոշակի ժամկետով կամ ցմահ ազատազրկման դատապարտված, միաժամանակ ավրոհումն ունեցող, թմրամոլությունից կամ թունամոլությունից կամ մեղսունակությունը չբացառող հոգեկան խանգարումներից բուժման կարիք ունեցող անձանց նկատմամբ հոգեբույժի նշանակած արտահիվանդանոցային հսկողությունը և հարկադիր բուժումը կիրառվում են ազատազրկումը կրելու վայրի հիմնարկներում, իսկ այլ պատժատեսակների դատապարտվածների նկատմամբ՝ արտահիվանդանոցային հոգեբուժական օգնություն ցուցաբերող առողջապահական հաստատություններում: Նույն կարգավորումների տրամաբանության համաձայն՝ հիվանդանոցային պայմաններում բուժման կարիք ունեցող անձինք ենթակա են պատժից ազատման և հարկադիր բուժման հիվանդանոցային պայմաններում:

Այս կարգավորումների համատեքստում, մեղսունակ ճանաչված, հոգեկան խանգարում ունեցող, պատիժը ազատազրկման վայրում կրող և Դատապարտյալների հիվանդանոցում հատուկ խնամքի հիմքով գտնվող դատապարտյալների գտնվելը իրավական առումով մի շարք հարցեր է առաջացնում: «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 3-րդ հոդվածի 6-րդ մասի համաձայն՝ հիվանդանոցային հոգեբուժական օգնություն է հանդիսանում հոգեկան խանգարումով տառապող անձի հոգեկան խանգարման հետազոտումը կամ ախտորոշումը, բուժումը կամ հոգեբուժական փորձաքննությունը, որը կազմակերպվում է այն դեպքերում, երբ նրան անհրաժեշտ է անմիջական տևական հսկողություն և խնամք հիվանդանոցային պայմաններում: ՀՀ քրեական օրենսգրքի 100-րդ հոդվածի 1-ին մասի համաձայն՝ հոգեբուժական կազմակերպությունների ընդհանուր հսկողության հոգեբուժական բաժանմունքում դատարանի որոշմամբ հարկադիր բուժում կարող է նշանակվել, եթե անձի հոգեկան խանգարման վիճակը պահանջում է բուժման, խնամքի և հսկողության այնպիսի պայմաններ, որոնք կարող են իրականացվել միայն հիվանդանոցային ձևով: Ինչպես վերը նշվեց, հոգեբուժական հիվանդանոցային հարկադիր բուժում ազատազրկման ձևով պատժի հետ զուգակցմամբ ՀՀ օրենսդրությունը չի նախատեսում: ՀՀ կառավարության 2010 թվականի ապրիլի 1-ի թիվ 350-Ն որոշմամբ հաստատվել է արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային հոգեբուժական բժշկական օգնության տրամադրման կարգը, որտեղ սահմանված են արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային հոգեբուժական օգնության տրամադրման ծավալները: Մակայն, այդ որոշումը որևէ կերպ չի անդրադառնում քրեակատարողական հիմնարկներում հոգեբուժական օգնության և սպասարկման կարգին, դրա ծավալներին, այդ օգնության առանձնահատկությունների հետ կապված այլ հարցերի: Նմանապես, ՀՀ կառավարության 2006 թվականի մայիսի 26-ի թիվ 825-Ն որոշումը որևէ կերպ չի սահմանում դատապարտյալների և կալանավորված անձանց քրեակատարողական հիմնարկներում հոգեբուժական օգնության տրամադրման ծավալները և պայմանները: Այդ որոշմամբ սահմանվում են միայն դիմամիկ հսկողության, այն է՝ դիսպաներային հաշվառման մեջ գտնվող անձանց հսկողության հաճախականությունը և ընթացքը: Պետք

է նաև նշել, որ ՀՀ կառավարության 2010 թվականի ապրիլի 1-ի թիվ 350-Ն որոշմամբ կարգավորված է արտահիվանդանոցային հարկադիր բժշկական հսկողության կարգը այն դեպքերում, երբ անձը դատապարտվում է ազատազրկման հետ չկապված պատժի, այսինքն՝ իր պատիժը կրում է ազատության մեջ:

Այս առումով, ՀՀ օրենսդրությունն էական վերանայումների և լրացումների կարիք ունի, քանի որ ընդհանուր կարգավորումները՝ հայտնի պատճառներով, չեն կարող կիրառվել քրեակատարողական հիմնարկներում գնտվող անձանց նկատմամբ, ուստի իրավունքների պաշտպանության ապահովման տեսանկյունից քրեակատարողական հիմնարկներում հոգեբուժական օգնության և սպասարկման ողջ ծավալը ենթակա է հստակ իրավակարգավորման:

Մեկ այլ խնդրահարույց կարգավորում է քրեակատարողական հիմնարկներում պահվող անձանց անմեղսունակ կամ սահմանափակ մեղսունակ ճանաչելու, կալանավորված անձի նկատմամբ հոգեկան առողջական վիճակի պատճառով խափանման միջոցը փոխելու նպատակահարմարության կամ հոգեկան առողջական վիճակի պատճառով պատժից ազատելու, ինչպես նաև բժշկական՝ հոգեբուժական բնույթի հարկադրանքի միջոցներ կիրառելու հետ կապված հարցերը լուծելու կարգը: Հոգեկան կամ այլ ծանր հիվանդության կապակցությամբ պատժի հետագա կրումից ազատելու մասին միջնորդությունը դատարան է ներկայացնում պատիժը կատարող հիմնարկի պետը: Միջնորդության հետ միաժամանակ ներկայացվում են համապատասխան բժշկական հանձնաժողովի եզրակացությունը: ՀՀ կառավարության 2003 թվականի դեկտեմբերի 4-ի թիվ 1636-Ն որոշման համաձայն՝ հիշատակված բժշկական հանձնաժողովը մշտապես գործող մարմին է, որի կազմում ընդգրկվում են ներկայացուցիչներ ՀՀ առողջապահության նախարարության, ՀՀ արդարադատության նախարարության քրեակատարողական ծառայությունից և ՀՀ կառավարությանն առընթեր ՀՀ ոստիկանության համապատասխան ստորաբաժանումից:

Ստացվում է, որ լիցենզավորման ենթակա գործունեություն համարվող դատահոգեբուժական փորձաքննությունը իրականացվում է չլիցենզավորված մարմնի կողմից, պետական մարմիններում աշխատող, ըստ այդմ, անկախության և անաչառության և մասնագիտական գործունեության իմաստով որոշակի կաշկանդվածություն ունեցող անձանց կողմից, որոնց նկատմամբ սահմանված չեն նույնիսկ մասնագիտական որակավորման պահանջներ: Այստեղ, առանձին դեպքում գերատեսչական շահերի բախման դրևորումները հնարավոր է թույլ չտան փորձաքննությունների ընթացքում ապահովել անկողմնակալ, հավաստի և օբյեկտիվ փորձաքննություն: Քրեակատարողական հիմնարկ վերադառնալու հիմքում է ընկած հետագա բուժման անհրաժեշտության վերացումը:

### **Հանրային առողջապահության հետ կապված հարցեր**

«Հանրությունը բավարար չափով տեղեկացված չէ, որ բանտային ծառայությունը նույնպես հանդիսանում է հանրային ծառայություն, որը բավարարում է հանրության այնպիսի

կարիքներ, ինչպիսիք են՝ անվտանգ զգալու և հանցագործությունը բավարար կերպով պատժելու և փոխհատուցում տալու կարիքը: Ինչպես բոլոր հանրային ծառայությունների դեպքում է, այստեղ նույնպես՝ ծավալը և տրամադրման որակը կախված է քաղաքական որոշումից: Ավելի առողջ բանտեր ունենալուն ուղղված քաղաքական աջակցությունը պետք է հիմնված լինի հետևյալի ճանաչման վրա՝

- լավ բանտային առողջապահությունը կարևոր է լավ հանրային առողջապահության համար,
- լավ հանրային առողջապահությունը կարող է պատշաճորեն օգտագործել այն հնարավորությունները, որոնք ստեղծվել են բանտերի կողմից, և
- բանտերը կարող են նպաստել հանրության առողջությանը՝ օգնելով բարելավել հանրության առավել անապահով որոշ անձանց առողջությունը»:<sup>7</sup>

Առողջապահական հիմնական սկզբունքները, որոնք պետք է պահպանվեն բանտերում և ընդգծվում են ԱՀԿ Եվրոպայի կողմից բանտային առողջապահության համար, հետևյալն են՝

*Առողջության պահպանման և խնամքի որակի նկատմամբ հավասար իրավունքներ:* Այդ իրավունքները գտնվում են առաջնային տեղում, իսկ Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների մասին միջազգային դաշնագրի (ՄԱԿ, 1966թ.)<sup>8</sup> 12-րդ հոդվածը սահմանում է, որ «սույն դաշնագրի մասնակից պետությունները ճանաչում են յուրաքանչյուրի՝ ֆիզիկական և հոգեկան առողջության առավելագույնս հասանելի մակարդակից օգտվելու իրավունքը»: Իրավունքների վրա հիմնված մոտեցումը պետք է ծառայի որպես մշտական առաջնահերթություն հիվանդ-բժիշկ հարաբերություններում՝ պահպանելով Հիպոկրատի երդման ոգին: Հաշվի առնելով այն փաստը, որ բանտային առողջապահական ծառայություններում առկա բացերը և խոչընդոտները հաստատապես տարածվելու են քաղաքացիական հասարակության վրա և կարող են լրացուցիչ բեռ հանդիսանալ հանրային առողջապահական ոլորտի համար, ուստի քաղաքացիական առողջապահությունում կիրառվող բոլոր չափանիշների ներդրումն ու ապահովումը իմպերատիվ կերպով կարևոր է երկրի յուրաքանչյուր քաղաքացու առողջության համար:

*Առողջ ապրելակերպի խթանում:* Դա չի նշանակում միայն, որ պետք է կենտրոնանալ ազատատազրկված անձանց առողջության հարցերի վրա: Կարևոր է ուշադրության կենտրոնում պահել ֆիզիկական և հոգեբանական միջավայրը, որը, անշուշտ, ազդում է ազատազրկվածների հոգեկան առողջության և բարեկացության վրա: Մյուս կարևոր ասպեկտներից է կանխարգելիչ գործողությունները և առողջ ապրելակերպի խթանումը, որը չափազանց կարևոր է բանտային համատեքստում՝ ակոհոլի և թմրամիջոցների չարաշահման, ծխելու և սննուցման, վիրավորական հարաբերությունների, սեռական

<sup>7</sup> Առողջապահությունը բանտերում, Բանտային առողջապահության կարևորագույն հիմնահարցերի վերաբերյալ ԱՀԿ ուղեցույց՝

[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0009/99018/E90174.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf):

<sup>8</sup> <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>:

առողջության, քրոնիկական հիվանդությունների սրման, վարակիչ հիվանդությունների տարածման և ոչ վարակիչ հիվանդությունների (ՈՎՀ) սկիզբ առնելու առումներով:

Ազատագրվումը երբեք չի սահմանափակվում միայն անվտանգության, ապահովության և կարգապահության հարցերով, ինչպես որ սահմանված է Եվրոպայի խորհրդի 2006թ. Բանտային կանոններում, այն ենթադրում է «... ապահովել նաև բանտի այնպիսի պայմաններ, որոնք չեն նսեմացնի մարդու արժանապատվությունը և բովանդակալից զբաղմունքի ու ուղղման ծրագրերի հնարավորություն կընձեռեն բանտարկյալներին՝ այդ կերպ նրանց պատրաստելով հասարակություն վերադարձին»<sup>9</sup> : Հետևաբար, ազատությունից զրկելու հիմնական չափանիշներից մեկն այն է, որ ազատագրվածները շարունակում են մնալ որպես մարդու իրավունքների կրողներ՝ այնքանով, որքանով նրանք օրինականորեն սահմանափակված չեն կամ այն աստիճան են սահմանափակված, որն ակնհայտորեն անհրաժեշտ է ազատագրված հանգամանքով պայմանավորված<sup>10</sup>: Դա նաև վերաբերում է վերջիններիս առողջության պահպանման իրավունքին, որը հիմնված է մարդու հիմնարար իրավունքների տարբեր սկզբունքների վրա: Կարևորներից մեկը Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների մասին միջազգային դաշնագրի 12-րդ հոդվածն է: Պետություններին ուղղորդելու համար ընդունված թիվ 14 Ընդհանուր մեկնաբանությունում ՄԱԿ-ի Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների կոմիտեն սահմանել է առողջության իրավունքի շրջանակը և բովանդակությունը: Ինչ վերաբերում է դրա շրջանակին, ապա կոմիտեն նշում է, որ «... առողջության իրավունքը պետք է ընկալել որպես տարբեր հաստատություններից, ապրանքներից, ծառայություններից և պայմաններից օգտվելու մի իրավունք, որն անհրաժեշտ է առողջության ամենաբարձր հասանելի չափանիշի իրացման համար»:

Ինչ վերաբերում է ազատագրված անձանց, ապա հատկանշական են կոմիտեի հետևյալ հայտարարությունները: Առաջին երկուսը վերաբերում են անդամ պետությունների առողջության իրավունքի հանդեպ պարտավորություններին: Դրանք հաստատում են, որ «պետությունները պարտավորություն են ստանձնել հարգել առողջության իրավունքը, մասնավորապես՝ ձեռնպահ մնալ այնպիսի գործողություններից, որոնք կարգելեն կամ կսահմանափակեն բոլոր անձանց, այդ թվում՝ ազատագրված կամ կալանավորված անձանց հավասար հնարավորությունը օգտվելու ... կանխարգելիչ, բուժիչ և պալիատիվ առողջապահական ծառայություններից», և որ «անդամ պետությունները նաև պարտավոր են կատարել (ապահովել) սույն դաշնագրում ներկայացված այն կոնկրետ իրավունքը, երբ անհատները կամ որոշ մի խումբ ի գործ չեն ... իրենց տրամադրության տակ եղած միջոցների հաշվին ինքնուրույն իրացնել այդ իրավունքը»:

<sup>9</sup> Նախարարների կոմիտեի Rec(2006)2 հանձնարարականը Եվրոպայի խորհրդի անդամ պետություններին «Եվրոպական բանտային կանոնների մասին»: Ստրասբուրգ, Եվրոպայի խորհուրդ, Նախարարների կոմիտե, 2006թ. (<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>):

<sup>10</sup> Բանտարկյալների հետ վարվեցողության նվազագույն ստանդարտ կանոններ: Միավորված ազգերի կազմակերպության Գլխավոր ասամբլեայի բանաձև 45/111: Նյու Յորք, ՄԱԿ, 1990թ. (<http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r111.htm>):

Եվրոպական բանտային կանոնները նաև արտացոլում են պետության այս հատուկ պարտականությունը, համաձայն որի «Քրեակատարողական մարմինները պետք է երաշխավորեն իրենց խնամքի տակ գտնվող բոլոր բանտարկյալների առողջությունը»: Եվրոպական բանտային կանոնների վերաբերյալ պաշտոնական մեկնաբանությունը տարանջատում է պետության հոգածության հատուկ պարտականությունը առողջության պահպանման իրավունքից, որն ամրագրված է Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների մասին միջազգային դաշնագրի 12-րդ հոդվածով, ըստ որի «Այս հիմնարար իրավունքի հետ մեկտեղ, որը վերաբերում է բոլոր անձանց, բանտարկյալներն՝ իրենց կարգավիճակով պայմանավորված, ունեն լրացուցիչ երաշխիքներ: Այն դեպքերում, երբ պետությունն անձին զրկում է ազատությունից, այն ստանձնում է նրանց առողջության մասին հոգ տանելու պարտականություն, ինչպես նրանց պահման պայմանների, այնպես էլ՝ անհրաժեշտ անհատական բժշկական օգնության տրամադրման իմաստով: Բանտային վարչակազմը պատասխանատվություն է կրում ոչ միայն բանտարկյալների համար բժշկական օգնության մատչելիության ապահովման, այլ նաև՝ այնպիսի պայմաններ ստեղծելու համար, որոնք նպաստում են ինչպես բանտարկյալների, այնպես էլ բանտի աշխատակիցների բարեկցությանը»:

Դրանից բխող երկու հիմնական հետևանքն այն է, որ ուղղիչ հիմնարկ ընդունվելուց հետո բոլոր ազատագրված անձինք պետք է հնարավորինս շուտ անցնեն համապատասխան բժշկական հետազոտություն, և որ բանտարկյալներն անվճար խնամքի և բուժման իրավունք ունեն:

Ազատագրվածների ժողովրդագրական բնութագրերը: Հայաստանում ազատագրվածների հիմնական մասը տղամարդիկ են: Նրանց զգալի մի մասը կապված է հասարակության խոցելի և մարզինալացված խմբերի հետ: Հակասանիտարական, ծանր պայմանները և անկանոն ապրելակերպը, թեր սնուցումը, նորմալ բժշկական օգնության մատչելիության խնդիրը սովորական երևույթներ են նրանցից շատերի համար դեռևս մինչև ազատագրումը: Ներկայացված տվյալների համաձայն՝ (2018թ. փետրվարի դրությամբ) Հայաստանի ՔԿ հիմնարկներում պահվում է 3549 անձ: Նրանցից 2180-ը դատապարտյալներ են, իսկ 1369-ը՝ կանալավորված անձինք: Հայաստանում ազատագրվածների շուրջ 90%-ը տղամարդիկ են, իսկ 4-5%՝ կին և անչափահաս:

Կալանավորման պայմանները: Ազատագրված անձանց առողջության պահպանման համար անհրաժեշտ սանիտարական նորմերը սահմանված են ՄԱԿ-ի բանտարկյալների հետ վարվեցողության նվազագույն ստանդարտ կանոններով: Այս կարևոր փաստաթուղթը սահմանում է կալանավորման վայրերում տարածքին, օդափոխությանը, լուսավորմանը և կենսապայմաններին, արտադրողական և սանիտարական տարածքներին առնչվող չափանիշները: Ազատագրված անձանց պահման պայմաններին առնչվող բազմաթիվ

հպարակումներ կան: Դրանցից մեծ մասը գնահատում են կալանավորման վայրերի սանիտարական և կենցաղային պայմանները որպես չափազանց անբարենպաստ:<sup>11</sup>

Բժշկական ծառայության կազմակերպման կառուցվածքը և հիվանդացությունը: Հոգեբանական խնդիրների, թմրամիջոցների չարաշահման և վարակիչ հիվանդությունների բարձր մակարդակը կարող ենք հանդիպել բազմաթիվ երկրների կալանավայրերում: 2017 թվականի ընթացքում սրտանոթային հիվանդությունները սկսել են զերակշռել ՀՀ կալանավայրերում հանդիպող հիվանդությունների շարքում: Ընդհանուր պատկերը հետևյալն է:

ՀՀ քրեակատարողական համակարգում բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ են մատուցվում 12 քրեակատարողական հիմնարկներում, այդ թվում՝ Դատապարտյալների հիվանդանոց քրեակատարողական հիմնարկում: Ի տարբերություն Հայաստանում գործող բոլոր մյուս առողջապահական հաստատությունների, քրեակատարողական հիմնարկների շրջանակում առողջապահական ծառայություններ մատուցող ստորաբաժանումները լիցենզավորված չեն: Քրեակատարողական հիմնարկներում առողջության առաջնային պահպանման բաժանմունքները, կախված քրեակատարողական հիմնարկների չափից և հիմնարկում պահվող անձանց թվից, հիմնականում ունեն բժիշկներ (որպես կանոն նրանցից մեկը հանդիսանում է ստորաբաժանման պետ) և բուժքույրեր: Որոշ քրեակատարողական հիմնարկներում գործում են նաև ստացիոնար բաժանմունքներ: Երկրորդային բժշկական օգնության տրամադրումը իրականացվում է Դատապարտյալների հիվանդանոց ՔԿ հիմնարկում, որը ՀՀ քրեակատարողական համակարգում իր տեսակի մեջ միակ նման հաստատությունն է:

Նշված ստորաբաժանումների կադրային և տեխնիկական հագեցվածությունը ներկայացված է զեկույցի համապատասխան բաժնում:

Ազատությունից զրկված անձանց, ըստ անհրաժեշտության, մասնագիտական բժշկական օգնության տրամադրումը իրականացվում է նաև քաղաքացիական հիվանդանոցներում:

ՀՀ ԱՆ «Դատապարտյալների հիվանդանոց» քրեակատարողական հիմնարկից և այլ ՔԿ հիմնարկներից առողջապահական մարմինների բուժհիմնարկներ ուղեգրված ազատագրվածների թվային տվյալներ

ՔԿ հիմնարկ	2013թ.	2014թ.	2015թ.	2016թ.	2017թ.
------------	--------	--------	--------	--------	--------

<sup>11</sup> Հայաստանի Հանրապետության քրեակատարողական հիմնարկների և բժշկական սպասարկման բաժանմունքների վարակի հսկողության և սանիտարահամաճարակային պահպանման հարցերի շուրջ կատարված կարիքների գնահատման առաքելության արդյունքերի վերաբերյալ զեկույց: Մշակվել է Եվրոպայի Խորհրդի կողմից իրականացվող և Եվրոպական Միության ու Եվրոպայի Խորհրդի կողմից ֆինանսավորվող «Առողջապահության և մարդու իրավունքների պաշտպանության ամրապնդումը Հայաստանի բանտերում» ծրագրի շրջանակում:

1	Դատապարտյալների հիվանդանոց ՔԿ	ընդամենը	370	408	218	358	462
	հիմնարկ ուղեգրվածների թիվը	շտապ կարգով	116	99	61	97	97
2	ՔԿ հիմնարկներից առողջապահության մարմինների բուժհիմնարկներ ուղեգրվածների թիվը	ընդամենը	422	708	778	912	1748
		շտապ կարգով	117	113	171	-	-

Բոլոր քրեակատարողական հիմնարկներում գործում են առողջության առաջնային պահպանման ստորաբաժանումներ: Որոշ քրեակատարողական հիմնարկներում գործում են նաև ստացիոնար բաժանմունքներ: Բժշկական ստորաբաժանումները, կախված քրեակատարողական հիմնարկների չափից և հիմնարկում պահվող անձանց թվից, ունեն բժիշկներ (որպես կանոն ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկ) և բուժքույրեր, որոշ տեղերում՝ բաժանմունքների կամ խմբերի պետեր:

Հիվանդանոցն ունի նյութատեխնիկական և կադրային վերազինման խիստ անհրաժեշտություն: Հիվանդանոցում բացակայում է ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքը, մինչդեռ դա երկրորդային բժշկական ծառայություններ մատուցող հաստատության համար պարտադիր պահանջ է: Նման վատ պայմաններում հիվանդանոցային որակյալ բժշկական ծառայությունների մատուցումը հնարավոր չէ ապահովել:

Հատկանշական է նաև, որ ԽԿԿ-ն իր զեկույցներում նույնպես անդրադարձել է Դատապարտյալների հիվանդանոցի նյութատեխնիկական և կադրային վերազինման, ինչպես նաև՝ շենքային պայմանների բարելավման անհրաժեշտությանը<sup>12</sup>: Պետք է նաև նկատի ունենալ, որ Եվրոպայի խորհրդի «Եվրոպական բանտային կանոնների»<sup>13</sup> 40.2-րդ կանոնի համաձայն՝ «Բանտերում առողջության պահպանման քաղաքականությունը պետք է ներհյուսված և համահունչ լինի առողջության պահպանման ազգային քաղաքականությանը»:

Ստորև ներկայացված են ՀՀ արդարադատության նախարարության քրեակատարողական վարչության կողմից տրամադրված տվյալները:

<sup>12</sup> Տես՝ օրինակ՝ 2002 թվականի հոկտեմբերի 6-ից 17-ը Հայաստան կատարած պարբերական այցի արդյունքների վերաբերյալ ԽԿԿ-ի զեկույցը (CPT/Inf (2004) 25): 2010 թվականի ապրիլի 10-ից 21-ը Հայաստան կատարած պարբերական այցի արդյունքների վերաբերյալ ԽԿԿ-ի զեկույցը (CPT/Inf (2011) 24):

<sup>13</sup> Տես՝ [http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/European-Prison-Rules\\_978-92-871-5982-3.pdf](http://www.coe.int/t/dgi/criminallawcoop/Presentation/Documents/European-Prison-Rules_978-92-871-5982-3.pdf):



2013, 2014 և 2015 թվականների ընթացքում առողջապահական մարմինների բժշկական հիմնարկներ ուղեգրվածների շրջանում հետազոտությունների և բուժման համար առանձնացված հաշվառում չի վարվել: Ստորև ներկայացվում է 2016 և 2017 թվականների տվյալները:

	ՔԿ հիմնարկ	2016թ.		2017թ.	
		Բուժում	Հետազոտություն	Բուժում	Հետազոտություն
1	Դատապարտյալների հիվանդանոց	62	70	87	63
2	Նուբարաշեն	62	146	88	272
3	Վարդաշեն	21	24	12	51
4	Երևան-Կենտրոն	3	17	4	7
5	Գորիս	1	22	1	35
6	Աբովյան	22	55	12	65
7	Հրազդան	20	116	8	112
8	Սևան	0	59	3	63
9	Վանաձոր	71	114	9	234
10	Արթիկ	58	96	58	96
11	Կոշ	0	75	5	119
12	Արմավիր	0	118	49	295
Ընդամենը		320	912	336	1412

2017 թվականի ընթացքում քրեակատարողական հիմնարկներից քաղաքացիական հիվանդանոցներ ուղեգրված ազատազրկված անձանց շրջանում՝ ըստ նոստրոգիական ձևերի, հաշվառում չի վարվել: Ստորև ներկայացնում ենք մոտավոր տվյալներ:

	ՔԿ հիմնարկ	Միրո-անթթային համակարգ	Շնչառական համակարգ	Աղետամոքսային համակարգ	Ելարդային համակարգ	Միզամեռ. համակարգ	Էներգիկ համակարգ	Հոգեբուժ. հիվանդներ	Նորագոյացություններ
1	Դատապարտյալների հիվանդանոց	28	21	62	5	11	6	5	12
2	Նուբարաշեն	142	37	67	22	40	26	6	20
3	Վարդաշեն	9	23	16	6	2	2	-	5

4	Երևան-Կենտրոն	2	6	-	3	-	-	-	-
5	Գորիս	3	10	8	4	8	2	-	1
6	Արուսյան	16	21	17	4	5	10	1	3
7	Հրազդան	33	26	30	11	8	7	3	2
8	Սևան	16	10	16	7	5	5	3	4
9	Վանաձոր	65	23	57	23	27	13	21	14
10	Արթիկ	52	22	22	12	9	15	9	13
11	Կոշ	47	18	34	5	4	6	3	7
12	Արմավիր	114	48	74	12	51	25	11	9

Առավել հաճախ բուժման կամ հետազոտման նպատակով կալանավորված անձինք և դատապարտյալները ուղեգրվում են «Էրեբունի», «Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ», «Աստղիկ», «Արմենիա» բժշկական կենտրոններ և մարզային բժշկական կենտրոններ:

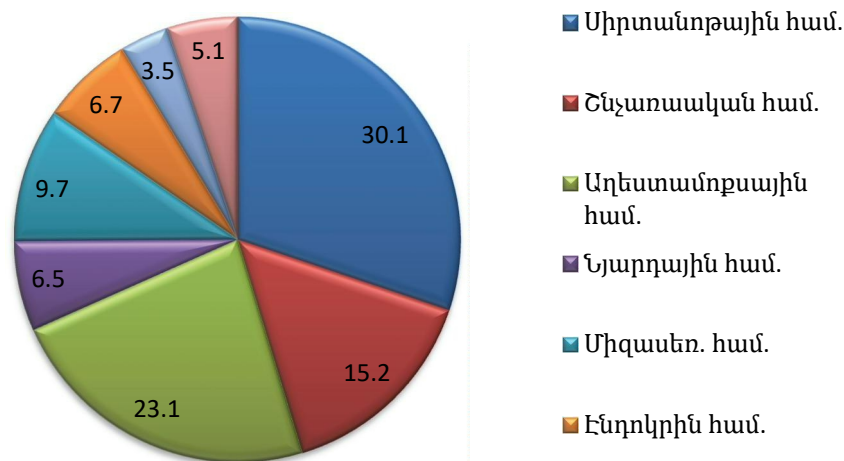
Առողջության ռիսկերը գնահատելիս պետք է լուծել հիմնական խնդիրը, այն է՝ ավելի ճշգրիտ և համապարփակ վերլուծության համար անհրաժեշտ է հավաքագրել անհատական, այլ ոչ թե՛ ընդհանրացված տվյալներ: Ընդհանրացված տվյալների հավաքագրումը խոչընդոտում է վերլուծության գործընթացին: Այն թույլ չի տալիս վերլուծել կալանավորված անձանց և դատապարտյալների առողջության վիճակը և իրականացված հետազոտությունների ծավալը մեկ անձի կտրվածքով: Այնուհանդերձ, դիտարկելով քրեակատարողական հիմնարկներից առողջապահական բուժհաստատություններ բուժման կամ հետազոտման նպատակով իրականացված ուղեգրումների մոտավոր տվյալներն՝ ըստ նոստրոֆիաների, կարող ենք եզրակացնել հետևյալը.

1. Քրեակատարողական հիմնարկներից առողջապահական հաստատություններ ուղեգրման դեպքերի մեծ մասը՝ 30%-ը, պայմանավորված են սրտանոթային համակարգի հիվանդություններով:
2. Սրտանոթային համակարգի հետ կապված առողջական խնդիրներով պայմանավորված ուղեգրումների համեմատաբար շատ դեպքեր են գրանցվել «Նուբարաշեն», «Արթիկ», «Կոշ», «Արմավիր» ՔԿ հիմնարկներից:
3. Աղեստամոքսային և շնչառական համակարգի հիվանդությունների հարաբերակցությունը նույնպես մեծ է և կազմում է համապատասխանաբար 23% և 15%:
4. Դատապարտյալների հիվանդանոցից առողջապահական հաստատություններ ուղեգրման դեպքերի 40%-ը իրականացվել է աղեստամոքսային համակարգի հիվանդություններով պայմանավորված: Դա կարող է վկայել երկու բանի մասին. նախ՝ Դատապարտյալների հիվանդանոցը այդ պրոֆիլի մասնագետների կարիք ունի, և երկրորդ՝ վիրահատությունները պատշաճ իրականացնելու համար առկա չեն համապատասխան տեխնիկական պայմաններ: Հնարավոր է եզրակացնել

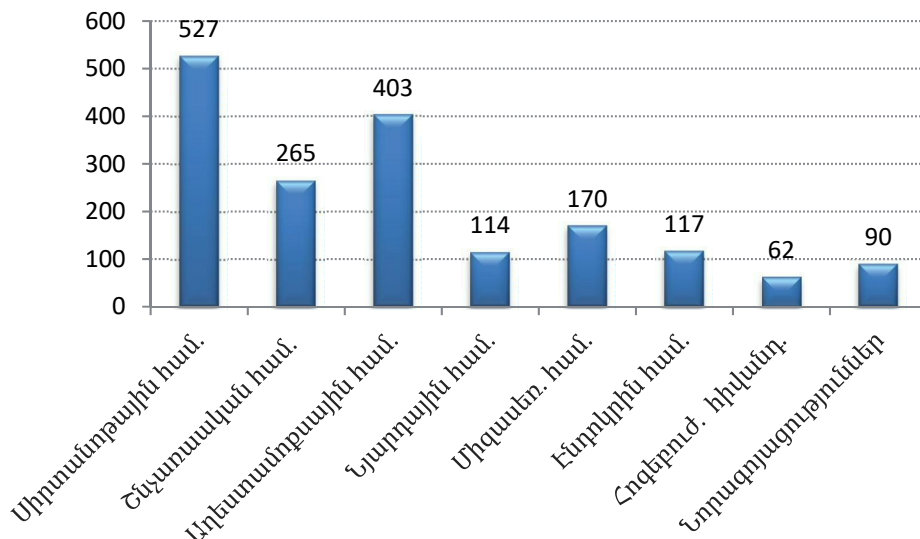
նաև, որ այդ հիվանդությունների բարձր տարածվածությունը պայմանավորված է սննդակարգով:

- Շնչառական համակարգի հիվանդություններով պայմանավորված առողջապահական հաստատություններ ուղեգրելու համեմատաբար շատ դեպքեր են գրանցվել «Վարդաշեն», «Գորիս», «Աբովյան», «Հրազդան» ՔԿ հիմնարկներից:

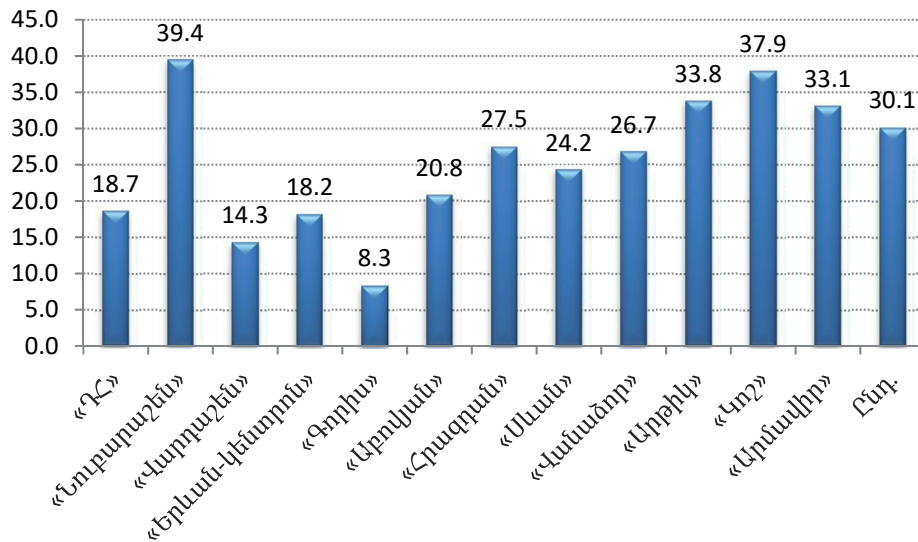
2017 թվականին ՔԿ հիմնարկներից առողջապահական հաստատություններ բուժման կամ հետազոտման նպատակով իրականացված ուղեգրումներն՝ ըստ նոսոլոգիաների (%)



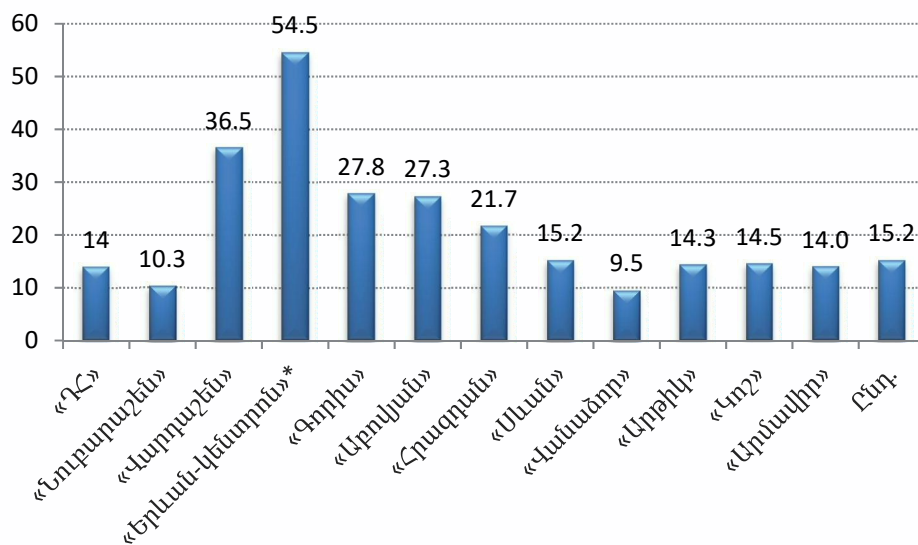
2017 թվականին ՔԿ հիմնարկներից առողջապահական հաստատություններ բուժման կամ հետազոտման նպատակով իրականացված ուղեգրումները՝ թվային արտահայտմամբ



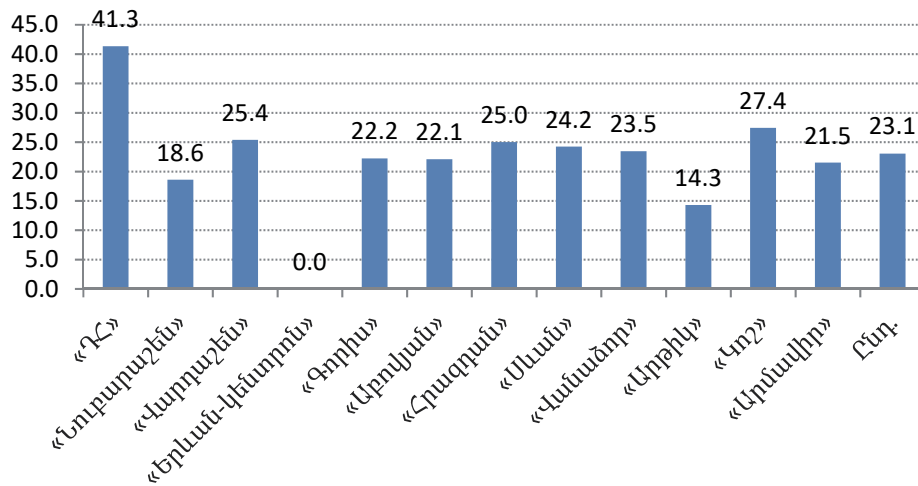
2017 թվականին ՔԿ հիմնարկներից առողջապահական հաստատություններ սիրտանոթային համակարգի հիվանդություններով պայմանավորված ուղեգրումներն՝ ըստ ՔԿ հիմնարկների (%)



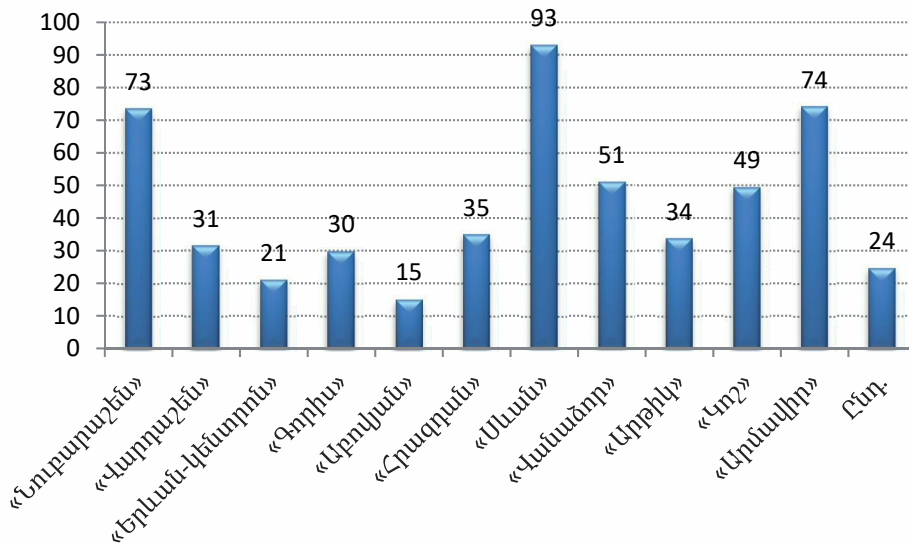
2017 թվականին ՔԿ հիմնարկներից ատոդջապահական հաստատություններ շնչատական համակարգի հիվանդություններով պայմանավորված ուղեգրումներն՝ ըստ ՔԿ հիմնարկների (%)



2017 թվականին ՔԿ հիմնարկներից ատոդջապահական հաստատություններ աղետամոքսային համակարգի հիվանդություններով պայմանավորված ուղեգրումներն՝ ըստ ՔԿ հիմնարկների (%)



Բժիշկների համարվածությունը քրեակատարողական հիմնարկներում (մեկ բժշկի հաշվով դատապարտյալների և կալանավորվածների թիվը)



2017 թվականին կատարված հիմնական վիրահատությունների քանակը (ընդհանուր անզգայնացմամբ լապարոտոմիաները և/կամ այլ վիրահատությունները)՝ հաշվառում չի վարվել

Ազատագրված հիվանդների շտապ օգնության կանչերի քանակը՝ հաշվառում չի վարվել

Ազատագրված հիվանդներին տրամադրված ամբուլատոր ծառայությունների ծավալը՝ հաշվառում չի վարվել

Ազատագրված հիվանդների կողմից հիվանդասենյակում մնալու օրերի տևողությունը, միջակայքը, միջինացված հաշվառում չի վարվել

Քաղաքացիական հիվանդանոցներում ազատագրված անձանց մահվան դեպքերի թիվը՝

**Հոգեկան հիվանդություններ:** Քրեակատարողական ծառայության կողմից տրամադրված տվյալների համաձայն՝ կալանավայրերը գերբնակեցված են հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձանցով: Հիվանդության տարածվածության ցուցանիշը մի քանի անգամով գերազանցում է քաղաքացիական բնակչության շրջանում առկա նույնանման ցուցանիշը: Ցավոք, վիճակագրության բացակայության պատճառով հնարավոր չէ պատկերացում կազմել հոգեբուժական բուժման կարիք ունեցող անձանց թվի մասին: Դատապարտյալների հիվանդանոց կատարած այցելության ժամանակ ՔԿ-ում թվով 10 անձ էր գրանցված, որոնք համապատասխան բուժում էին ստանում: Սակայն, վստահաբար կարելի է ասել, որ հիվանդության տարածվածությունը շատ ավելին է: Հիվանդության լայն տարածվածության պատճառների վերաբերյալ կարող են բերվել որոշ բացատրություններ:

**Ինքնավնասում:** Ինքնակառավարման ագրեսիայի և ինքնավնասման բարձր մակարդակը բնորոշ է աշխարհի բոլոր քրեակատարողական հիմնարկներին: ՀՀ քրեակատարողական հիմնարկներում դրա ամենատարածված դրսևորումներից են օտար իրերի կոլ տալը, վերջույթների կտրվածքը և այլն: Դրա շուրջ պաշտոնապես վիճակագրություն չի վարվում, սակայն ամեն տարի միջինում գրանցվում է ինքնավնասման 20-50 դեպք:

**Օղակաթիլային վարակներ:** Քրեակատարողական հիմնարկների գերբեռնվածությունը խնդիր է ողջ աշխարհի համար, որը պոտենցիալ պայմաններ է ստեղծում օղակաթիլային վարակիչ հիվանդությունների արագ տարածման համար: Ավանդաբար, կալանավայրերը միշտ ասոցացվել են տուբերկուլոզի բարձր մակարդակի հետ: Սակայն, վերջին 3-4 տարիների ընթացքում տուբերկուլոզի տարածվածության հետ կապված իրավիճակը բարելավվել է, ինչը բացատրվում է այն փաստով, որ տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ծառայություններն ապահովվել են առաջնահերթ գործածության միջոցներով:



**Սեռական ճանապարհով և արյան միջոցով փոխանցվող վարակներ:** Կալանավայրերի համար բնորոշ է սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների լայն տարածումը: ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և արյան միջոցով փոխանցվող վարակների հետ կապված վիճակը ՔԿ

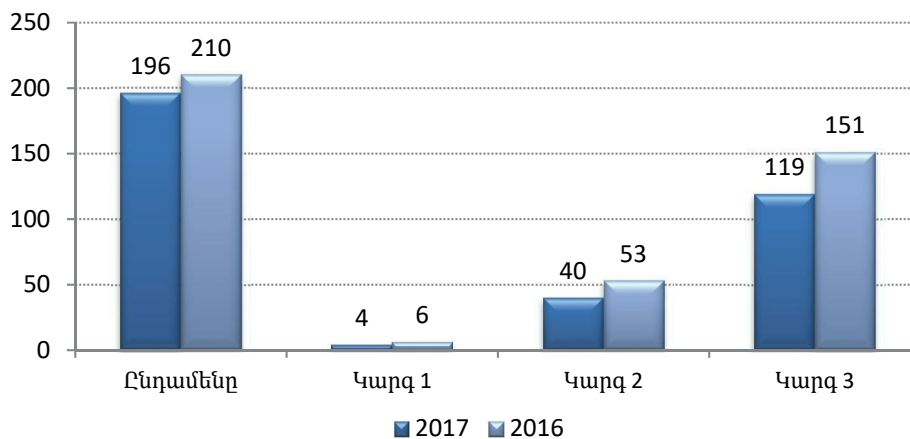
հիմնարկներում մեծապես որոշվում է երկրում տիրող էպիդեմիոլոգիական առանձնահատկություններով:

Համաձայն 2016 թվականին քրեակատարողական համակարգում կատարված ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ հետազոտության արդյունքների<sup>14</sup>՝ ազատազրկվածների գերակշռող մեծամասնությունը՝ 94%-ը, տեղյակ է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի մասին: Հարցման ենթարկվածների 31.7%-ը բացառում է, իսկ 54.5%-ը՝ քիչ հավանական համարում ՄԻԱՎ-ով վարակվելու հնարավորությունը: Վերջին 12 ամսվա ընթացքում կանխարգելիչ ծրագրերի շրջանակում պահպանակ է տրամադրվել հարցման ենթարկվածների 54.5%-ին: Չնայած հարցման ենթարկվածների 83.7%-ը նշել է, որ իրենց հասանելի են ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ խորհրդատվություն և հետազոտություն տրամադրող ծառայությունները, վերջին 12 ամսվա ընթացքում հարցման ենթարկվածների միայն 50.4%-ն է հետազոտվել ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ, 89.3%-ն էլ տեղեկացվել է հետազոտության արդյունքների մասին: Հետազոտվածների 85.1%-ն այն անցել է կամավոր կարգով: Կանխարգելման ծրագրերում ընդգրկվածության ցուցանիշը կազմել է 80.7%:

Քրեակատարողական համակարգում արդիական է նաև վիրուսային հեպատիտի խնդիրը: Այն ունի լայն տարածում և համաճարակային ներուժ: Հեպատիտն այսօր լյարդի ախտաբանությամբ պայմանավորված մահվան հիմնական պատճառներից է: Նշված խնդրի վերաբերյալ վիճակագրական տվյալներ առկա չեն Հայաստանում:

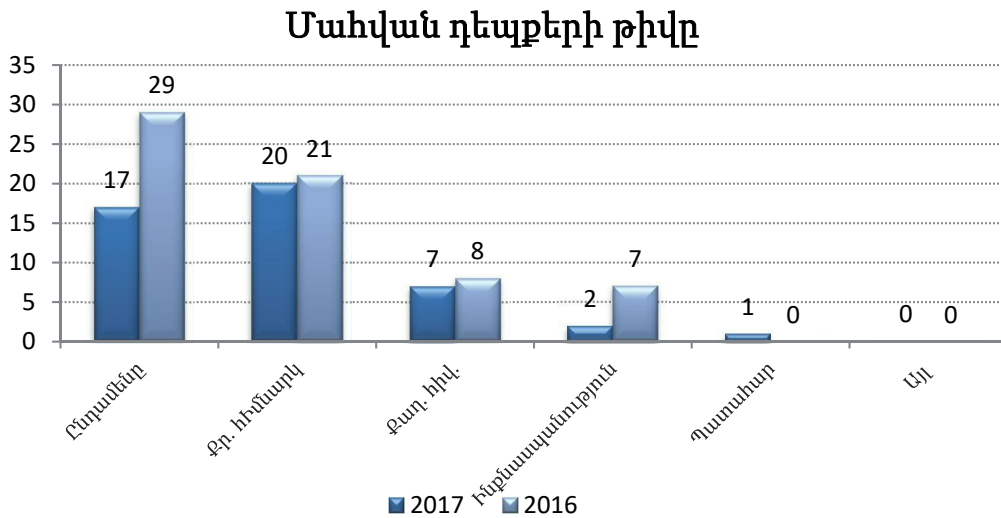
Հաշմանդամներ: Թեև ազատազրկումը պետք է կիրառվի միայն որպես ծայրահեղ միջոց, հատկապես եթե խոսքը գնում է հաշմանդամություն ունեցող անձանց մասին, սակայն քրեակատարողական հիմնարկներում կան հաշմանդամություն ունեցող անձինք: Նրանց թվում են ֆիզիկական, հոգեկան, մտավոր խանգարումներ ունեցող անձինք: Նրանք բախվում են բազմաթիվ խնդիրների հետ քրեակատարողական հիմնարկներում, քանի որ դրանցում չկան պատշաճ պայմաններ՝ արձագանքելու հաշմանդամություն ունեցող անձանց կարիքներին:

**Հաշմանդամություն ունեցող անձանց թիվը**



<sup>14</sup> [http://www.arm aids.am/images/pdf/BBS\\_PRISONERS\\_ARM\\_REPORT\\_FINAL\\_2016\\_arm.pdf](http://www.arm aids.am/images/pdf/BBS_PRISONERS_ARM_REPORT_FINAL_2016_arm.pdf):

Քրեակատարողական հիմնարկներում մահացությունն ունի հետևյալ պատկերը՝



Փոխազդեցությունը հասարակության առողջության վրա: Ընդհանուր առմամբ, քրեակատարողական հիմնարկներն ուղղակի և անուղղակի ազդեցություն ունեն հանրության առողջության վրա: Շատ հաճախ քրեակատարողական հիմնարկներն անմիջական ազդեցություն ունեն հասարակությունում տիրող համաճարակային իրավիճակի վրա:

ԱՀԿ-ն խստորեն խորհուրդ է տալիս, որ բանտային և հանրային առողջապահությունը սերտորեն փոխկապակցված լինի: «Բանտային առողջապահությունը հանրային առողջապահության մաս է» Մոսկվայի հոչակագիրը (ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանային գրասենյակ, 2003թ.) անդրադարձել է որոշ պատճառներին, թե ինչու են հանրային առողջապահական մարմինների հետ սերտ աշխատանքային հարաբերությունները այդքան կարևոր:

- Բանտային բնակչությունում գերիշխում են հասարակության առավել մարգինալացված խմբերի անդամներ՝ այնպիսի անձինք, որոնք վատ առողջական և քրոնիկական անբուժելի հիվանդություններ ունեն, թմրամիջոցներ օգտագործողներ են, խոցելի անձինք և նաև նրանք, ովքեր ընդգրկված են վտանգավոր գործողություններում, ինչպիսիք են օրինակ՝ թմրամիջոցների ներարկումն ու սեռական աշխատանքը:
- Արդեն իսկ վարակված կամ հիվանդություն ունենալու բարձր ռիսկ ունեցող անձանց տեղաշարժը քրեակատարողական հիմնարկներ և նրանց վերադարձը քաղաքացիական հասարակություն, առանց արդյունավետորեն կերպով նրանց բուժումը կազմակերպելու և հետևողական հետազոտ քայլերի, առաջացնում է վարակիչ հիվանդությունների տարածման վտանգ ինչպես քրեակատարողական համակարգում, այնպես էլ՝ դրա սահմաններից դուրս: Կանխարգելման և բուժական գործողությունները պետք է հիմնված լինեն գիտական փաստարկների և հիմնավոր հանրային առողջապահական սկզբունքների վրա՝ զուգորդված լինելով մասնավոր



հատվածի, ոչ կառավարական կազմակերպությունների և տուժած բնակչության ներգրավմամբ:

- Աշխարհի շատ բանտերի կենսապայմանները վնասակար են մարդու առողջության համար: Բանտերում տարածված բնույթ է կրում գերբնակեցումը, բռնությունը, լուսավորության, մաքուր օդի և ջրի պակասը, աղքատիկ սնունդը և վարակի տարածմանը նպաստող գործողությունները, ինչպիսիք են՝ դաջվածքները: Տուբերկուլոզի, ՄԻԱՎ-ի և հեպատիտի վարակման հաճախականությունը շատ ավելի բարձր է բանտերում, քան ընդհանուր բնակչության շրջանում: Հոչակագիրը մի շարք առաջարկություններ է ներկայացնում, որոնք հիմք են հանդիսանում բոլոր ազատագրված անձանց առողջության բարելավման, քրեակատարողական հիմնարկների աշխատողների առողջության պահպանման և ԱՀԿ եվրոպական տարածաշրջանի յուրաքանչյուր անդամ պետության առողջապահական նպատակներին նպաստելու համար:

Քրեակատարողական հիմնարկները սերտորեն կապված են համայնքների հետ: Ազատագրված անձինք արձակուրդ են գնում, ընդունում են այցելուներ և երբեմն հաճախում են դրսում գտնվող աշխատանքային վայրեր կամ առողջապահական հաստատություններ: Ազատագրված անձանց գերակշիռ մասը, ի վերջո, լքում է բանտը և վերաինտեգրվում հասարակությանը: Բանտային վարչակազմը մշտապես տարուբերվում է քրեակատարողական հիմնարկների և իրենց համայնքների միջև: Այսպիսով, քրեակատարողական հիմնարկերը նույնպես ազդում են հանրային առողջության վրա: Թեև նույնիսկ քրեակատարողական հիմնարկներից հաղորդվող առողջապահական տեղեկատվությունը բավականին աղքատիկ է, փաստերը վկայում են այն մասին, որ քրեակատարողական հիմնարկներում տուբերկուլոզի բռնկումները նպաստել են տուբերկուլոզի դեպքերի աճին նաև տեղական համայնքներում<sup>15</sup>:

Այսպիսով, բանտային միջավայրն ինքնին մարտահրավեր է ներկայացնում հանրային առողջապահության համար: Համաձայն վերջերս հրապարակված գիտական մի զեկույցի՝ այն հարցի վերաբերյալ, թե ինչպես են բանտերը ազդում հանրային առողջապահության վրա, ազատագրված անձինք, ում ֆիզիկական և հոգեկան հիվանդությունները պատշաճ բուժական միջամտության չեն ենթարկվում ազատագրվման ընթացքում կարող են «... ծառայել որպես վարակիչ և քրոնիկական հիվանդությունների պահոց՝ բարձրացնելով աղքատ համայնքների առողջապահական բեռը»: Ուստի, «ազատագրված անձանց ֆիզիկական և հոգեկան հիվանդությունների հարցի լուծումը կնպաստի հանրային առողջապահության բարելավմանը»<sup>16</sup>:

<sup>15</sup> Դ. Մթաքլեր և ուրիշներ: Զանգվածային ազատագրվումը կարող է բացատրել Եվրոպայում և Կենտրոնական Ասիայի երկրներում տուբերկուլոզով և բազմադեղորայքակալում տուբերկուլոզով հիվանդ բնակչության աճը: *Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների Գիտությունների Ազգային Ակադեմիայի աշխատություններ*, 2008, 105:13280–13285:

<sup>16</sup> 21-րդ դարում բանտային առողջապահության լավ կառավարումը: Բանտային առողջապահության կազմակերպման քաղաքականության համառոտագիր, ԱՀԿ, ՄԱԿԹՀՊԳ:

Հատկանշական է, որ ԱՀԿ վիճակագրության համաձայն՝ աշխարհում բնակչության հիվանդացության և մահացության հիմնական պատճառը ոչ վարակիչ հիվանդություններն են, մասնավորապես՝ արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները, չարորակ նորագոյացությունները, շաքարային դիաբետը, թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությունները, հոգեկան հիվանդությունները, վնասվածքները և թունավորումները: Հայաստանի բնակչության շրջանում առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդություններից մահացության բեռը կազմում է մոտ 80%: Մահացության բուրգում արյան շրջանառության համակարգի հիվանդությունները զբաղեցնում են առաջին տեղը՝ 48%: Նույն պատկերը քրեակատարողական հիմնարկներում է: Երկրորդ տեղում են չարորակ նորագոյացությունները՝ 20.6%, շաքարային դիաբետը՝ 4.8%, վնասվածքները, թունավորումները և արտաքին պատճառները՝ 4.7%, թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությունները՝ 3.6%:

Առողջության առաջնային պահպանումը քրեակատարողական հիմնարկների բժշկական բոլոր ծառայությունների հիմքն է համարվում: ՔԿ բժշկական սպասարկման բաժինների գործառույթների ամբողջական կազմի մեջ են մտնում ոչ միայն կլինիկական խնամքը, այլև՝ հիվանդությունների կանխարգելումը, սանիտարական պայմանների, հիգիենայի, սննդամթերքի ապահովության և անվտանգության նկատմամբ հսկողությունը, ինչպես նաև առողջ ապրելակերպի միջոցառումները: ԵՄ կողմից նախկինում մշակված կարիքների գնահատման հաշվետվությունը<sup>17</sup> վերաբերում էր առողջության առաջնային պահպանման հարցերի բարելավման կարևորությանը, այդ թվում՝ երկրորդային և հիվանդանոցային բուժօգնությանը հատկացվող վերահսկիչ գործառույթին:

### Հիվանդանոցային բուժօգնությունը

Քաղաքացիական առողջապահական համակարգում բժշկական դեպքերի շուրջ 90%-ն իրենց լուծում են ստանում առողջության առաջնային պահպանման մակարդակով, իսկ մնացած 10-12% ուղեգրվում են երկրորդային կամ երրորդային մակարդակներ: Հաշվի առնելով ազատագրկվածների շրջանում վարակների, վնասվածքների և այլ վիրաբուժական և մասնագիտական խնամք պահանջող դեպքերի գերակշռող տարածվածության աստիճանը և քաղաքացիականների առողջության համեմատությամբ ազատագրկված անձանց ընդհանուր առողջական վիճակի վատթարացումը, հիվանդանոց ուղեգրվող դեպքերի թիվը ավելի բարձր է:

Ինչ վերաբերում է քրեակատարողական համակարգի մասնագիտացված (երկրորդային) բուժօգնությանը, ապա գնահատողական առաքելության կողմից նշվել է, որ նյութական պայմանները, ինչպես նաև Դատապարտյալների հիվանդանոցի սարքավորումները լիովին անբավարար են հիվանդանոցին ներկայացվող հիմնական պահանջներին

---

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf):

<sup>17</sup> Վլադիմիր Օրտակով, Յորգ Փոնթ, Ռոզա Բաբայան, Նաիրա Ղարախանյան, Դավիթ Խաչատրյան՝ Հայաստանի Հանրապետության բանտերում առողջապահության գնահատման առաքելության հաշվետվություն, 2015թ. հուլիս:

համապատասխանելու համար, մասնավորապես՝ շենքի նյութական պայմանները, որոնք լուրջ սանիտարական/հիգիենիկ խնդիրների պատճառ են հանդիսանում, սպառնալիք են համարվում հիվանդների առողջության համար, իսկ նվազագույն այնպիսի պահանջների, ինչպիսիք են՝ մոնիտորինգային, կենսապահովման և ժամանակակից վերակենդանացման սարքավորումներով հագեցված վերակենդանացման բաժանմունքի բացակայությունը խոչընդոտում է Դատապարտյալների հիվանդանոցին՝ որպես հիմնական վիրաբուժական բաժանմունք ունեցող հիվանդանոց լիցենզավորելու գործընթացին: Խստորեն խորհուրդ է տրվում վերակազմակերպել քրեակատարողական համակարգի երկրորդային բժշկական օգնության կարգը: Ներկայում, Դատապարտյալների հիվանդոցում առկա երկրորդային առողջապահական մյուս՝ ոչ վիրաբուժական բաժանմունքները խորհուրդ է տրվում տեղափոխել նոր կառուցված այլ հաստատություններ, օրինակ՝ Արմավիր ՔԿ հիմնարկի բժշկական սպասարկման ստորաբաժանում: Վերջինս ունի 120 մահճակալի կարողություն և հիվանդանոցային խնամքի կազմակերպման պահանջներին բավարարող նյութական պայմաններ:

Վիրաբուժական միջամտության և այլ մասնագիտացված բուժօգնության դեպքերում հիվանդներին խորհուրդ է տրվում ուղեգրել քաղաքացիական հիվանդանոցներ, որոնք համապատասխան կարողություն ունեն ապահովելու այդ հիվանդների անվտանգությունը և առանձնացումը: Քրեակատարողական համակարգի երկրորդային բուժօգնության լիարժեք վերակազմակերպման համար կան բազմաթիվ գործոններ և հիմնավորող դրույթներ: Դրանցից մեկը՝ դատապարտյալների հիվանդանոցում բավականին երկար ժամանակ վիրաբույժի բացակայությունն է: Բուժօգնության շարունակականության և որակի ապահովման անհրաժեշտ այլ կարևոր տարրերն են՝ հիվանդանոցի մյուս կադրերի հոսունությունը, վերականդանացման բաժանմունքի բացակայությունը, շենքի նյութական և ֆիզիկական պայմանների անբավարարությունը, քաղաքացիական հիվանդանոցներ ուղեգրումների աճող միտումը: Դատապարտյալների հիվանդանոցը պահելու արդյունավետությունը՝ այն վերակազմակերպելու փոխարեն, վերջնական հիմնավորելու համար առաջարկվում է կատարել ծախս-օգուտ վերլուծություն:

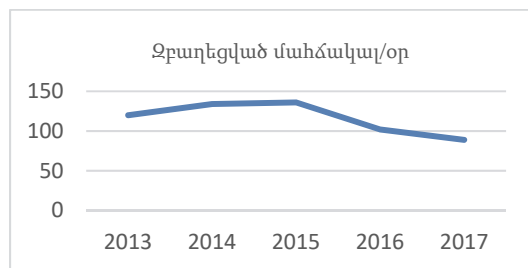
## **Բժշկական կառավարման ներկա ձևը**

### Դատապարտյալների հիվանդանոց

Ներկայում, երկրում գործում է մեկ Դատապարտյալների հիվանդանոց ՔԿ հիմնարկ, որը գտնվում է ՔԿՎԲՄԲ-ի ենթակայության ներքո: Դատապարտյալների հիվանդանոցը խնամք է տանում միայն չափահաս տղամարդ ազատազրկված անձանց մասին, իսկ հիվանդանոցային խնամքի կարիք ունեցող բոլոր կին և անչափահաս ազատազրկվածները ուղեգրվում են քաղաքացիական հիվանդանոցներ: Դատապարտյալների հիվանդանոցը գտնվում է Երևան քաղաքում: Շինությունները կառուցվել են 1828 թվականին: Դրանց նյութական վատ պայմաններն ու պահպանման վիճակը, սանիտարական պայմանները և առանց խոչընդոտների ազատ մուտքի հնարավորության և վերելակների բացակայությունը երկհարկանի շենքում որևէ առումով չեն համապատասխանում հիվանդանոցային շենքերին ներկայացվող ժամանակակից անհրաժեշտ պայմաններին:

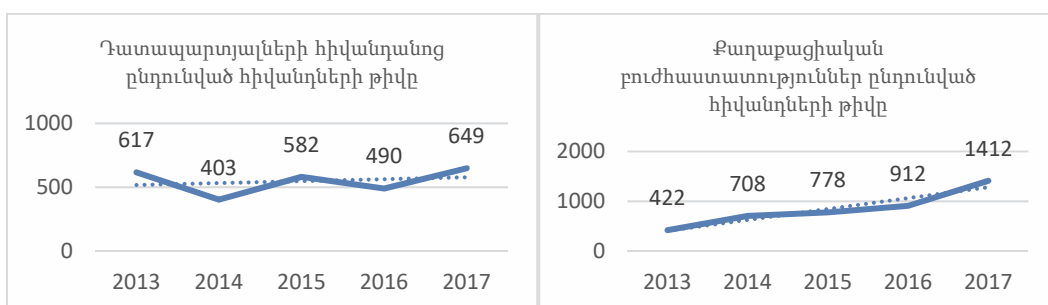
Հետևաբար, 2000 թվականի մայիսին Հայաստանի բանտային առողջապահական ծառայությունների գնահատման նպատակով կատարված փորձագիտական այցի արդյունքների վերաբերյալ Եվրոպայի խորհրդի զեկույցի (Arpo/Ekeid զեկույց) հեղինակները առաջարկել են, «որ կենտրոնական բանտային հիվանդանոցի բոլոր հիվանդները անհապաղ տեղափոխվեն քաղաքացիական հիվանդանոցներ և/կամ ներքին գործերի հիվանդանոց՝ մինչև շենքերի ամբողջական և հիմնավոր վերակառուցումը կամ կենտրոնական բանտային հիվանդանոցի համար շենքային նոր պայմանների ստեղծումը/գտնելը»: Նույն պատճառներով, 2015 թվականի ԵԽ գնահատման հաշվետվությունը առաջարկել է փակել Դատապարտյալների հիվանդանոցը և ազատազրկված անձանց հիվանդանոցային բուժումն ու խնամքը կազմակերպել այլ հաստատություններում:

Դատապարտյալների հիվանդանոցում առկա համակարգված մահճակալների թիվը հավասար է 424-ի, սակայն 2016թ. դեկտեմբերի 5-ի վիճակագրության համաձայն միայն 366 մահճակալն է առկա փաստացի օգտագործման համար: 2017 թվականին օրվա հարաբերակցությամբ զբաղեցված մահճակալների միջին թիվը եղել է ընդամենը 89-ը, և այդ թիվը վերջին 5 տարիների ընթացքում աստիճանաբար նվազել է (Պատկեր 1):



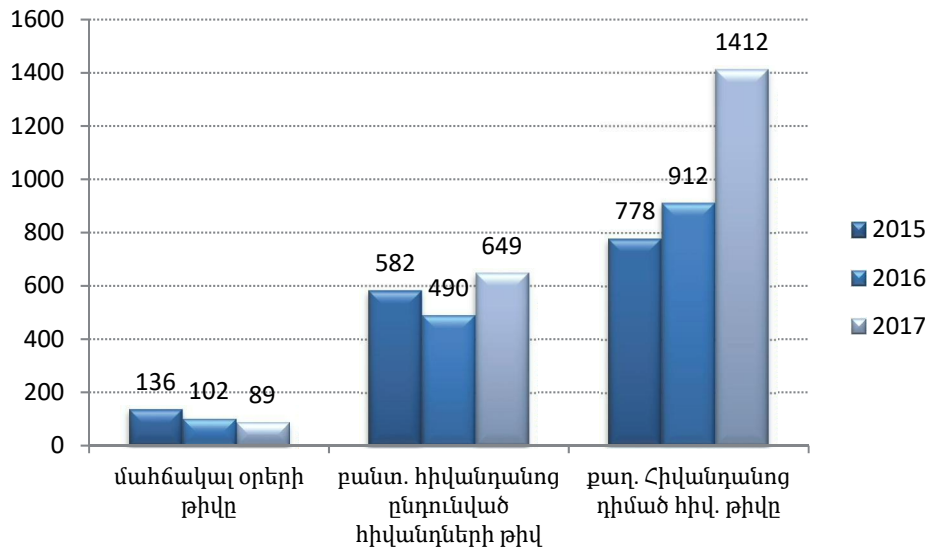
Դատապարտյալների հիվանդանոց ընդունված ազատազրկվածների թիվը 2017 թվականի ընթացքում եղել է 646, որը վերջին 5 տարվա ընթացքում կայուն միտում է համարվում, իսկ քրեակատարողական հիմնարկներից և Դատապարտյալների հիվանդանոցից ուղեգրված և քաղաքացիական հիվանդանոցներ ընդունված ազատազրկված հիվանդների թիվը առավել քան եռապատկվել է վերջին հինգ տարիների ընթացքում (տե՛ս ստորև քաղաքացիական հիվանդանոցներ, Պատկեր 2ա և բ):

Պատկեր 2ա, բ



Դատապարտյալների հիվանդանոցում հիվանդների մնալու միջին տևողությունը 2017 թվականին եղել է 89 օր, ինչը հիվանդանոցում մնալու չափազանց երկար ցուցանիշ է՝ հիվանդների կողմից համայնքային հիվանդանոցներում մնալու միջին տևողության համեմատությամբ, և պահանջում է դրա հիմքում ընկած պատճառների պարզաբանում:

Վերջին երեք տարիների ընթացքում մահճակալների զբաղվածության աճը, ինչպես նաև Դատապարտյալների հիվանդանոց և քաղաքացիական հիվանդանոցներ ընդունված հիվանդների թիվը ներկայացված է հետևյալ գծագրում՝



Նկատենք, որ չնայած այն բանի, որ Դատապարտյալների հիվանդանոցի մահճակալային ֆոնդը մնացել է նույնը, 2017 թվականին քաղաքացիական հիվանդանոցներ տեղափոխված կալանավորված անձանց և դատապարտյալների թիվը կրկնակի ավել է եղել, քան 2016 թվականին, մինչդեռ զբաղեցված մահճակալների միջին թիվը Դատապարտյալների հիվանդանոցում առկա 366 մահճակալներից նվազել է 89-ի:

Դատապարտյալների հիվանդանոցի վերաբերյալ հարցաթերթում ներկայացված տվյալների համաձայն՝ բացի գլխավոր վարչությունից (անձնակազմ՝ 3) հիվանդանոցում առկա են հետևյալ 10 համակարգված բաժանմունքները, ինչպես նաև հերթապահ բժշկական խումբը (անձնակազմ՝ 12)՝

- թերապևտիկ բաժանմունք (փաստացի մահճակալներ՝ 35, բժշկական անձնակազմ՝ 5),
- վիրաբուժական բաժանմունք (փաստացի մահճակալներ՝ 34, բժշկական անձնակազմ՝ 11),
- վարակիչ հիվանդությունների բաժանմունք (փաստացի մահճակալներ՝ 0, բժշկական անձնակազմ՝ 6),
- տուբերկուլոզի (ՏԲ) բաժանմունք (փաստացի մահճակալներ՝ 95)՝ սովորական տուբերկուլոզի (անձնակազմ՝ 3), բազմադեղորայքակայուն տուբերկուլոզի (անձնակազմ՝ 3) և մանրէաբանական լաբորատորիայի բաժիններով,

- հոգեբուժական բաժանմունք (փաստացի մահճակալներ՝ 41, անձնակազմ՝ 8),
- նարկոլոգիական բաժանմունք (փաստացի մահճակալներ՝ 12, անձնակազմ՝ 5),
- կլինիկական և կենսաքիմիական լաբորատորիայի բաժանմունք (անձնակազմ՝ 3),
- ֆունկցիոնալ ախտորոշման և ֆիզիոթերապիայի բաժանմունք (անձնակազմ՝ 4),
- ռենտգեն ախտորոշման բաժանմունք (անձնակազմ՝ 2),
- ատամնաբուժական բաժանմունք (անձնակազմ՝ 3):

Այնուհանդերձ, վարակիչ հիվանդությունների բաժանմունքը 2016 թվականից սկսած չի գործում, և հետևաբար, վարակիչ հիվանդություններով տառապող հիվանդները բուժում են ստանում թերապևտիկ բաժանմունքում:

Գնահատողական այցի ընթացքում Դատապարտյալների հիվանդանոցի ընդհանուր համակարգված 74 հոգանոց բուժանձնակազմի (38 բժիշկներ, 22 բուժքույրեր և 14 բժշկական տեխնիկներ) 8 հաստիքը թափուր էր: Բացի այդ, վերապատրաստված մեկ դեղագործ է աշխատում հիվանդանոցի դեղատանը: Գիշերային և հանգստյան օրերին մեկ բժիշկ և մեկ բուժքույր է հերթապահում ողջ հիվանդանոցում, այսինքն՝ եթե մասնագիտացված հրատապ բուժօգնություն է անհրաժեշտ լինում այդ ընթացքում, ապա մասնագետ է հրավիրվում (2017 թվականին 11 անգամ) կամ շտապ տեղափոխություն է կատարվում քաղաքացիական հիվանդանոցներ (2017 թվականին 56 ուղեգրում):

Բացի բժշկական անձնակազմից Դատապարտյալների հիվանդանոցում աշխատում են 160 անձից բաղկացած ոչ բժշկական անձնակազմ (143 պահպանման անձնակազմ և 17 վարչակազմ):

Դատապարտյալների հիվանդանոցի 2017թ. տարեկան բյուջեն կազմել է 700 միլիոն ՀՀ դրամ, որից 573 միլիոնը՝ անձնակազմի, 8 միլիոնը՝ բժշկական սարքավորումների և դեղորայքի, իսկ 199 միլիոնը՝ սպասարկման (ջեռուցում, էլեկտրականություն, մաքրում, վերանորոգում և այլն) ծախսերի համար է նախատեսված եղել:

Ատամնաբուժական բաժանմունքը, ըստ ատամնաբույժի, ունի պատշաճ հագեցվածություն և միջինում 6 հիվանդ է սպասարկվում յուրաքանչյուր աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ծնոտի վիրահատությունը կատարվում է վիրաբուժական բաժանմունքի հետ համագործակցությամբ, իսկ ատամնաբուժական ռենտգենը՝ հիվանդանոցի ընդհանուր ռենտգեն սարքի միջոցով:

Վիրաբուժական բաժանմունքի միջամտությունների հատվածը գտնվում է վերելակ չունեցող հին շենքի երկրորդ հարկում, որն ունի երկու վիրաբուժական սեղան, մեկը՝ ասեպտիկ, իսկ մյուսը՝ սեպտիկ վիրահատությունների համար, վիրակապարան, մանիպուլյացիոն և էնդոսկոպիկ սենյակներ: Բոլոր սենյակները հագեցված են ամենաանհրաժեշտ սարքավորումներով, որոնք ըստ մասնագետ վիրաբույժի, գտնվում են գործող վիճակում, ներառյալ՝ հնամաշ թվացող անզգայացման սարքերը: Մասնաշենքում չկա անեսթեզիոլոգիական վերականգնման սենյակ և ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք (ԻԹԲ): Ամենատարածված խոշոր միջամտությունները կատարվում են սաստիկ աղիքային

արյունահոսության, ճողվածքների և պարապրոկտիտի դեպքում: Երբեմն նաև կատարվում են քոլեջիստեկտոմիաներ, սակայն ըստ ՔԿՎԲՄԲ պետի, դրանք չպետք է կատարվեն, քանի որ հետվիրահատական բարդությունների դեպքում հնարավորություն չկա ապավինել ԻԹԲ-ի աջակցության: Անեսթեզիոլոգը, որը աշխատում է քաղաքացիական հիվանդանոցում, գտնվում է դատապատյալների հիվանդանոցի վճարացուցակում և անհրաժեշտության դեպքում հրավիրվում հիվանդանոց: 2017 թվականի ընթացքում կատարվել են 51 խոշոր վիրահատություններ (այսինքն՝ լապարոտոմիաներ և/կամ ընդհանուր անոգայնացմամբ այլ վիրահատություններ): Կուլ տված օտար մարմինների հեռացումը միշտ կատարվել է լապարոտոմիաների միջոցով, քանի որ բացակայում է էնդոսկոպիկ եղանակով դրանք դուրս բերելու գաստրոսկոպ սարքավորումը:

Ընդհանուր ախտորոշման բաժինը հազեցված է հին մեկ-ալիքային ԷԿԳ-ով, շատ հին սոնոգրաֆիայի սարքով, առաջին սերնդի էխոկարդիոգրաֆիայի սարքով՝ առանց սրտի արտանետման հատվածի հաշվարկման և դոպլերի հնարավորության, ինչպես նաև էլեկտրոֆիզիոթերապիայի սարքով:

Թերապևտիկ բաժանմունքում ամենատարածված բուժական դեպքերից են պեպտիկ խոցերը, հիպերտոնիան, շաքարային դիաբետը, սրտային անբավարարությունը և օնկոլոգիական հիվանդությունները, որոնք գտնվում են համայնքային հիվանդանոցների օնկոլոգիական կենտրոնների հսկողության ներքո: Թեև վարակիչ հիվանդությունների բաժանմունքը պաշտոնապես գոյություն ունի, այն ներկայումս չի գործում: Ուստի, ոչ տուբերկուլոզային վարակիչ հիվանդությունների բուժման ընթացքը ներկայում կազմակերպվում է թերապևտիկ բաժանմունքում: Թերապևտիկ բաժանմունքի հիվանդասենյակների ներքին կահավորանքը ավելի շատ նման է բանտային նորմալ հանրացակարաններին, մինչդեռ բաժանմունքի սանիտարական հանգույցները գտնվում են ծայրահեղ վատ վիճակում:

Խորհրդատուները տպավորություն են ստացել, որ թերապևտիկ բաժանմունքում գտնվող հիվանդների մեծամասնությունը, որոնք ունեն այնպիսի քրոնիկական հիվանդություններ, ինչպիսիք են՝ զարկերակային հիպերտոնիան և շաքարային դիաբետը, պարտադիր չէ, որ հիվանդանոցային բուժման կարիք ունեն, ուստի կարող են հեշտությամբ բուժում ստանալ քրեակատարողական հիմնարկների առաջնային բուժսպասարկման բաժանմունքների պայմաններում՝ պայմանով, որ լավ պատրաստված առաջնային բուժօգնության օղակի բժշիկները և/կամ մասնագետ խորհրդատուները հոգ տանեն նրանց մասին կամ վերահսկեն նրանց բուժման ընթացքը:

Նույնը վերաբերում է նույն այդ շենքի երկրորդ հարկում տեղակայված հոգեբուժական բաժանմունքին: Այս բաժանմունքում ամենատարածված ախտորոշումներից են անձի խանգարումները, օրգանական հոգեկան սինդրոմները, ռեակտիվ փսիխոզը և միայն հազվադեպ են հանդիպում երկբևեռ և շիզոֆրենիկ խանգարումները: Ավագ հոգեբույժը նշում է, որ ի տարբերության խորհրդատուների կողմից երեք տարի առաջ կատարած վերջին այցի, ներկայումս իրենց հասանելի են արդեն դարձել երկրորդ սերնդի ատիպիկ

ներյուլեպտիկները, սակայն դեռևս նրանց համար հասանելի չեն ոչ դեղորայքային բուժման այնպիսի եղանակներ, ինչպիսին է հոգեկան խանգարումներ ունեցող հիվանդների էրգոթերապիան, որը պատճառաբանվում է ազատ տարածության և համապատասխան անձնակազմի բացակայությամբ:

Տուբերկուլոզի (ՏԲ) բաժանմունքը բաղկացած է տուբերկուլոզի ոչ վարակիչ, դեղագայուն վարակիչ և դեղորայքակայուն վարակիչ հիվանդների համար նախատեսված բաժիններից: ՏԲ լաբորատորիան ապահովում է խորիմի մանրադիտությունը, իսկ 2017թ. ապրիլից նաև տիրապետում է GeneXpert սարքը: Սովորական ՏԲ և դեղորայքագայունության նմուշները ուղարկվում են Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն: Ներկայում 5 բազմադեղորայքակայուն հիվանդներ կան, որոնցից երեքը ստանում են բեդակվիլինի և դելամանիդի համակցմամբ բուժում դեղորայքակայուն հիվանդների համար նախատեսված ազգային ծրագրի շրջանակում: Երկու հիվանդները բուժում են ստանում ՄԻԱՎ-ի և դրան գումարած ՏԲ դեմ:

Դատապատրյալների հիվանդանոցի ռենտգեն ախտորոշման բաժանմունքի ռենտգենոլոգը 6-ամսյա հաճախականությամբ գնահատում է բոլոր քրեակատարողական հիմնարկներից դեպքերի ակտիվ հայտնաբերման համար կոմպակտ դիսկերի միջոցով իրեն ուղարկող կրծքավանդակի ռենտգենադիտման պատկերները: Ռենտգեն ախտորոշման բաժանմունքն ունի թվային ռենտգեն սարք, սակայն ռենտգեն տվյալների բազայի համար նախատեսված համապատասխան ծրագրային համակարգի բացակայության պատճառով, ճառագայթային պատկերները դեռևս մշակվում են քիմիական խոնավ եղանակով և պահվում պատճենահանված ֆիլմերի տեսքով:

Կլինիկական և կենսաքիմիական լաբորատորիայի բաժանմունքն իրականացնում է արյան անալիզ, հիմնական բիոքիմիական արյան և մեզի անալիզներ, ինչպես նաև հեպատիտ B և C հակամարմինների, բայց ոչ ՄԻԱՎ վարակի արագ թեստեր: Լրացուցիչ լաբորատոր անալիզների անհրաժեշտության դեպքում համապատասխան նմուշներն ուղարկվում են քաղաքացիական հաստատությունների լաբորատորիաներ:

Նարկոլոգիական բաժանմունքում ներկայում գտնվող 12 հիվանդները մեթադոնային պահպանման բուժում են ստանում, իսկ 7 հիվանդները՝ ենթարկվում դետոքսինգային բուժման՝ ցածր դոզայի տրամադոլի պահպանմամբ:

Հարցաթերթի պատասխանների համաձայն՝ հիվանդանոցային վարակի հսկողությունը իրականացվում է ՀՀ ոստիկանության բժշկական վարչության հիգիենիկ-համաճարակաբանական կենտրոնի կողմից: Սակայն, Հայաստանի Հանրապետության քրեակատարողական հիմնարկների և բժշկական սպասարակման բաժանմունքների վարակի հսկողության և սանիտարահամաճարակային պահպանման հարցերի շուրջ 2017թ. նոյեմբերին կատարված կարիքների գնահատման առաքելության արդյունքերի վերաբերյալ զեկույցի համաձայն (էջ. 9-12)՝ հիվանդանոցային վարակի կանխարգելման, հիվանդանոցային վարակի վերահսկման և հսկողության, ինչպես նաև իրավական պահանջների, մասնավորապես՝ Առողջապահության նախարարի թիվ 3023-Ա և



24.03.2008թ. թիվ 03-Ն, թիվ 2.1.3-3 հրամանների չկատարման հետ կապված բազմաթիվ թերություններ են հայտանբերվել Դատապարտյալների հիվանդանոցում:

#### Քաղաքացիական հիվանդանոցներ

ՔԿ հիմնարկներից և Դատապարտյալների հիվանդանոցից ուղեգրված և քաղաքացիական հիվանդանոցներ ընդունված ազատազրկված հիվանդների թիվը ավելի քան եռապատկվել է վերջին հինգ տարիների ընթացքում (Պատկեր 2բ): Ինչ վերաբերում է ազատազրկված անձանց 2017 թվականի ընթացքում քաղաքացիական հիվանդանոցներում տրամադրվող ծառայություններին, ապա 1748 դեպքերում դրանք ուղղակիորեն պահանջվել են ՔԿ հիմնարկների, իսկ 150 դեպքում՝ Դատապարտյալների հիվանդոցի կողմից: Հիվանդանոցային խնամքի կարիք ունեցող բոլոր կին և անչափահաս ազատազրկված անձինք ընդունվել են քաղաքացիական հիվանդանոցներ, քանի որ Երևանում գտնվող Դատապարտյալների հիվանդանոցը չունի նախատեսված բաժանմունքներ կանանց և անչափահասների համար:

2017 թվականի ընթացքում ամենաբարձր թվով հիվանդներ հանրային առողջապահական հաստատություններ ուղեգրած քրեակատարողական հիմնարկների մեջ են մտնում Արմավիր (49 բուժման և 295 հետազոտության համար), Նուբարաշեն (88 բուժման և 272 հետազոտության համար) և Վանաձոր (9 բուժման և 234 հետազոտության համար) ՔԿ հիմնարկները: Դատապարտյալների հիվանդանոց ընդունված բոլոր հիվանդների գրեթե քառորդը (150/649) հետագայում ուղեգրվել է քաղաքացիական հիվանդանոցներ (87 բուժման և 63 հետազոտության համար):

Բոլոր 12 քրեակատարողական հաստատությունների, ներառյալ՝ Դատապարտյալների հիվանդանոցի ազատազրկվածներից 1748-ը 2017 թվականի ընթացքում բուժօգնություն են ստացել քաղաքացիական հիվանդանոցներում, որոնցից 336 դեպքում բուժական և 1412 դեպքում հետազոտական ծառայությունների մասով:

2017 թվականի ընթացքում առողջապահական քաղաքացիական հաստատություններ ուղեգրելու նոսրլոգիական պատճառներից ամենատարածվածների շարքում են եղել սրտանոթային խանգարումները (527), այնուհետև՝ աղեստամոքսային (413), շնչառական (265), միզասեռական (172), էնդոկրինոլոգիական (119), նյարդաբանական (114), նեոպլաստիկ (90) և հոգեբուժական խանգարումները (61):

Քաղաքացիական հիվանդանոցներ կատարված ուղեգրումների մեծ մասը իրականացվել են «Էրեբունի», «Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ», «Աստղիկ», «Արմենիա» բժշկական կենտրոններ և մարզային բժշկական կենտրոններ:

#### Հոգեկան առողջության պահպանման ազգային կենտրոն

Հոգեկան առողջության պահպանման ազգային կենտրոնը (ՀԱՊԱԿ)՝ նախկինում Նուբարաշեն հոգեբուժական հիվանդանոցը, Հայաստանի խոշորագույն հոգեբուժարանն է

և թվով վեցերորդը՝ երկրի խոշորագայուն հիվանդների շարքում: Կենտրոնը գտնվում է ԱռՆ ենթակայության ներքո, ներառյալ՝ դրա դատահոգեբուժական փորձաքննությունների բաժանմունքը, որը բետոնե պատով ամբողջովին առանձնացված է «քաղաքացիական» բաժանմունքներից: Կենտրոնն ունի ընդհանուր 410 մահճակալի կարողություն: Այցի ընթացքում այնտեղ գտնվում էին 367 հիվանդներ, այդ թվում՝ դատահոգեբուժական փորձաքննությունների բաժանմունքի հիվանդները: 10 մահճակալի կարողություն ունեցող հիշատակված այդ բաժանմունքում ներկայում գտնվում են 4 անձ՝ դատահոգեբուժական փորձաքննության անցնելու նպատակով, բացի ամբուլատոր հետազոտություն (այցի օրվա դրությամբ նրանց թիվը 7-ն է եղել) և հարկադիր բուժում անցնող հիվանդների, որոնք պահվում են 60 մահճակալի կարողություն ունեցող բաժանմունքում: Այժմ կենտրոնում աշխատում են 22 բժիշկ և 2 կլինիկական հոգեբան: Գնահատողական թիմի համար մեծ մտահոգություն է առաջացրել այն հանգամանքը, որ թեև արտաքին անվտանգությունն ապահովվում է ոստիկանության աշխատակիցների կողմից, ներքին անվտանգությունը իրականացվում է սանիտարների կողմից, որոնք այդ դժվար աշխատանքն անելու համար չունեն մասնագիտական հատուկ կրթություն կամ վերապատրաստում: Կենտրոնի տնօրենի խոսքերով՝ դեղորայքային պատշաճ բուժում կազմակերպելու համար նրանք ունեն երկրորդ սերնդի բոլոր ասիպիկ նեյրոլեպտիկները, սակայն բժիշկները հազվադեպ են դրանք նշանակում, ինչը պայմանավորված է նրանց պահպանողական դիրքորոշմամբ և կրթական բացերով, որը ստիպում է նրանց օգտագործել իրենց համար քաջ հայտնի հին դեղորայքային միջոցները: Կենտրոնում գրեթե չի կիրառվում ոչ դեղորայքային բուժումը, օրինակ՝ երգոթերապիան: Խորհրդատուների համար զարմանալի հակադրության մեջ էին գտնվում կենտրոնի շենքային պայմանների շատ վատ վիճակը, հիվանդասենյակների սանիտարական անմխիթար պայմանները և ոչ դեղորայքային բուժումը, օրինակ՝ երգոթերապիայի միջոցառումները կազմակերպելու համար լիովին անբավարար շենքային պայմանները, նորանշանակ տնօրենի կողմից ներկայացված կենտրոնի նոր քաղաքականության և ծրագրերի, այն է՝ հետազոտության, երգոթերապիայի, դեստիզմատիզացիայի, ինչպես նաև հոգեկան առողջության պահպանման իրավական բարեփոխումների հետ: Տնօրենը նույնպես ընդգծեց իրավական բարեփոխումների անհապաղ անհրաժեշտության մասին, որը, մասնավորապես, հնարավորություն կընձեռի նոր կանոններ սահմանել հարկադիր բուժման, հոգեբանների աշխատանքի նկարագրերի և դատահոգեբուժական փորձաքննության լիցենզավորման ոլորտներում:

#### Երկրորդային մակարդակի ամբուլատոր բժշկական օգնությունը

Երկրորդային մակարդակի ամբուլատոր բժշկական օգնությունն իր մեջ ներառում է այն բոլոր առողջապահական ծառայությունները, որոնք մասնագիտացված բժշկական փորձ են պահանջում՝ առանց հիվանդանոցային հաստատություն ընդունվելու կազմակերպման: Սույն զեկույցի նպատակների համար ատամնաբուժական խնամքը խորհրդատուները դիտում են որպես առողջության առաջնային պահպանման մաս և չեն ներառում երկրորդային մակարդակում, քանի որ, մասնավորապես, 2015թ. ԵԽ գնահատման հաշվետվության համաձայն այն կարծես համամետաբար ավելի լավ է կազմակերպված Հայաստանի ՔԿ հիմնարկներում: Երկրորդային մակարդակի ամբուլատոր բժշկական օգնությունը ազատագրկված հիվանդներին կարող է տրամադրվել ՔԿ հիմնարկներում

մշտական հիմունքներով աշխատող մասնագետների, պայմանագրային մասնագետների (պոլիկլինիկայի կառուցվածք) կողմից կամ ազատագրկվածներին ուղեկցելով ՔԿ հիմնարկների սահմաններից դուրս աշխատող մասնագետների մոտ, օրինակ՝ քաղաքացիական առողջապահական հաստատությունների ամբուլատոր բաժանմունքներ:

Ներկայում, մի քանի ՔԿ հիմնարկներում ամբողջ դրույքով աշխատում են մասնագետներ, օրինակ՝ Նուբարաշեն (նյարդաբան, հոգեբույժ, գաստրոէնտերոլոգ, վիրաբույժ, ֆտիզիոլոգ) և Աբովյան ՔԿ-ում (գինեկոլոգ), որոնք մասամբ նաև ծածկում են առանջային բուժօգնության պահանջները: Այնուամենայնիվ, անհասկանալի է նրանց շարունակական մասնագիտական զարգացման (ՇՄՁ) հավաստագրման հետ կապված իրավիճակը կամ այն պարզապես բացակայում է: 2015թ. ԵՄ գնահատման հաշվետվության կազման համար այցելած վեց ՔԿ հիմնարկներից չորսում մասնագետներ չէին աշխատում և, ինչպես նշվեց վերևում, Վանաձոր ՔԿ հիմնարկում բժիշկ ընդհանրապես առկա չէր:

Պոլիկլինիկական մոդելը, երբ պայմանագրային հիմունքներով աշխատող մասնագետները պարբարեբար և/կամ կոնկրետ դեպքի համար այցելում են քրեակատարողական հիմնարկներ, կարծես թե զարգացած չէ կամ դեռ թերի է աշխատում: Նույնիսկ Արմավիր ՔԿ հիմնարկում, որտեղ, ըստ առկա տեղեկությունների, մասնագետների մեծ կազմ է պայմանագրային հիմունքներով աշխատում, 2017 թվականի ընթացքում դրսի բժշկական հաստատություններ ուղեգրումների թիվը հասել է շուրջ 400-ի, մինչդեռ յուրաքանչյուր ուղեկցության ընթացքում հիվանդին հսկելու համար անհրաժեշտ է երկու քրեակատարողական ծառայող:

Մտահոգության մեծ առիթ է տալիս հոգեբույժների պակասը: Ըստ ԽԿԿ-ի՝ յուրաքանչյուր ազատագրկման վայրի բժշկական ծառայությանը պետք է կցվի հոգեբուժության մեջ մասնագիտացված բժիշկ, իսկ աշխատող բուժքույրերի մի մասը պետք է նախապես հատուկ ուսուցում ստանա<sup>18</sup>: 2015թ. ԵՄ գնահատողական առաքելության ժամանակ այցելած վեց ՔԿ հիմնարկներից հինգում՝ բացի բժշկական աշխատանքային հանձնաժողովի կողմից 6-ամսյա պարբերական այցելությունների, կանոնավոր հոգեբուժական ծառայություններ չեն տրամադրվել: Այս իրավիճակը ավելի մտահոգիչ է դառնում բանտային բնակչության շրջանում հոգեկան խանգարումների բարձր տարածվածության և հոգեկան առողջության ոլորտում Հայաստանի բժիշկ-մասնագետների ցածր պատրաստվածության մակարդակի պայմաններում:

## **Բարելավման հնարավորությունների շուրջ մտորումներ**

### Բանտային առողջապահության կառավարումը

ՀՀ կառավարության կողմից վերջերս ընդունված որոշումը՝ բանտային առողջապահական ծառայության նկատմամբ պատասխանատվությունը քրեակատարողական վարչության վրայից հանելու և այն ԱՆ անմիջական ենթակայության ներքո տեղափոխելու մասին,

<sup>18</sup> Առողջապահական ծառայությունները բանտերում: Քաղվածք 3-րդ Ընդհանուր զեկույցից [CPT/Inf (93) 12] 41:

գովասանքի արժանի մի քայլ է, քանի որ այն ուղղված է բանտային առողջապահական ծառայության անկախության ապահովմանը քրեակատարողական վարչակազմից և նաև համահունչ է ԵԽ և այլ միջազգային հանձնարարականներին<sup>19</sup> <sup>20</sup> <sup>21</sup>: Այդ որոշմանն ուղեկցող վարչական բարեփոխումները լավ հնարավորություն են ընձեռում ճիշտ ժամանակին բանտային առողջապահական համակարգը վերակազմակերպելու համար, ներառյալ՝ հիվանդանոցը և այլ երկրորդային առողջապահական ծառայությունները, որը հանդիսանում է սույն զեկույցի թիրախը:

Առաջնային բուժօգնությունը՝ որպես հիվանդանոցային և երկրորդային բուժօգնության ներհոսքը կանխարգելող օղակ

Երկրորդային բուժօգնության պատճառը պլանավորման հիմնական նախադրյալներից է առողջության առաջնային պահպանման պատշաճ և արդյունավետ կառուցակարգերը, որոնք գործում են որպես «մուտքի հսկիչներ» երկրորդային մակարդակի համար և նվազեցնում թանկարժեք հիվանդանոցային և առողջապահական երկրորդային հաստատությունների անտեղի օգտագործումը: Դա է պատճառը, թե ինչու ընթացիկ «Առողջապահության և մարդու իրավունքների պաշտպանության ամրապնդումը Հայաստանի բանտերում» ծրագրի շրջանակում ԵԽ-ի կողմից երկրի աջակցմանը նվիրված նախորդ ջանքերը կենտրոնացել են քրեակատարողական հիմնարկներում առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների բարելավման ուղղությամբ: Ի լրումն առաջնային բուժօգնության բարելավմանն ուղղված առաջարկվող և շարունակական ջանքերին, ինչպիսիք են՝ անձնակազմի համալրվածությունը, վերապատրաստումները և բժիշկ-մասնագետների որակավորումը, քրեակատարողական հիմնարկների առաջնային բժշկական սպասարկման բաժանմունքների սարքավորումների արդիականացումը, առաջնային բուժօգնության շրջանակում արդյունավետ բուժքույրական խնամքի կազմակերպումը և ուժեղացումը՝ լավ կահավորված բժշկական սպասարկման բաժանմունքներում և/կամ ցերեկային ստացիոնարներում, կարող է էականորեն նվազեցնել երկրորդային առողջապահական կառույցներից անհարկի օգտվելու դեպքերը: Նման բաժանմունքները կարող են կազմակերպել ազատազրկվածների թեթև վարակների կամ աննշան սուր խանգարումների և հիվանդանոցային խնամքի կարիք չունեցող բազմաթիվ քրոնիկական խանգարումների պատշաճ բուժումը առաջնային բժշկական անձնակազմի հսկողության և/կամ մասնագետ խորհրդատուների ցուցումների համաձայն: Ինչպես մյուս բոլոր բժշկական ստորաբաժանումները, դրանք պետք է լիցենզավորվեն

<sup>19</sup> ԱՀԿ, ՄԱԿԹՀՊԳ: 21-րդ դարում բանտային առողջապահության լավ կառավարումը: Բանտային առողջապահության կազմակերպման քաղաքականության համառոտագիր, 2013թ.

[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf?ua=1):

<sup>20</sup> ԵԽ, ԱՀԿ՝ Ստրասբուրգի եզրակացությունները առողջապահության և բանտերի վերաբերյալ, 2014թ. [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0005/252563/Strasbourg-Conclusions-on-Prisons-and-Health.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/252563/Strasbourg-Conclusions-on-Prisons-and-Health.pdf?ua=1):

<sup>21</sup> Յ. Փոնթ, Ս. Էնգիսթ, Հ. Սթոլեր, Բ. Ուիլյամս, Ռ. Գրեյֆինգեր. Հ. Վոլֆ: Բանտային առողջապահության կառավարում. երաշխավորելով կլինիկական անկախությունը: Հանրային առողջապահության ամերիկյան ամսագիր 108(4) 472-476, 2018:

երկրի առողջապահական մարմինների կողմից իրենց նպատակներն իրականացնելու համար:

Նմանապես, շարժունակության հետ խնդիրներ ունեցող հաշմանդամ ազատագրված անձանց նկատմամբ պետք է հոգ տանել առանց խոչընդոտներ ունեցող առաջնային բուժօգնության բաժանմունքներում, որոնք պատճառ կերպով ապահովված են նրանց հիմնական կարիքները բավարարող սանիտարական սարքավորումներով և գույքարաններով, ինչպես որ արդեն արված է Արմավիր ՔԿ հիմնարկում:

### Երկրորդային մակարդակի ամբուլատոր բժշկական օգնությունը

Երկրորդային մակարդակի բուժօգնության մեծ մասը, այսինքն՝ բժշկական օգնության տրամադրումը, որը պահանջում է առողջության առաջնային պահպանման շրջանակից դուրս ընկնող բժշկական նեղ մասնագիտական կարողություններ, կարող է տրամադրվել ամբուլատոր եղանակով՝ համապատասխան մասնագետների ներգրավման դեպքում, այդպիսով տնտեսելով հիվանդանոցային թանկ բուժման վրա: ՔԿ հիմնարկի պարագայում դա կարող է հիմնականում կազմակերպվել ազատագրված հիվանդներին ուղեկցելով համայնքում աշխատող մասնագետների մոտ կամ քաղաքացիական հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքներում կամ քրեակատարողական հիմնարկներում մասնագետ պահելով կամ ՔԿ հիմնարկ հրավիրելով պայմանագրային հիմունքներով աշխատող մասնագետներին, այսինքն՝ կիրառելով պոլիկլինիկական մոդելը: Ազատագրված հիվանդներին դրսում գտնվող առողջապահական հաստատություններ ուղեկցելու համար պահպանության առնվազն երկու աշխատակից է անհրաժեշտ նրանց տրանսպորտային միջոցով տեղափոխելու և հիվանդանոցում մնալու ընթացքում, դրան գումարած՝ նաև տրանսպորտային լոգիստիկա և ավտոմեքենա: Ուստի, պոլիկլինիկական մոդելը, այն է՝ քրեակատարողական հիմնարկների համապատասխան հազեցվածությունն ունեցող բժշկական սենյակներում մշտական հիմունքներով կամ պլանավորված այցելությունների և անհրաժեշտության դեպքերում քրեակատարողական հիմնարկ այցելող պայմանագրային հիմունքներով աշխատող մասնագետները, նախընտրելի է ինչպես անվտանգության, այնպես էլ՝ պահպանության աշխատակիցների մասով խնայողություն կատարելու և ծախսերի արդյունավետության առումներով: Այս մոդելի ընտրությունը նույնպես արդարացված է երկարաժամկետ հեռանկարում, նույնիսկ այն դեպքերում, եթե մասնագետների հետ համագործակցությամբ կատարված, մանրակրկիտ հաշվարկների վրա հիմնված կարիքների գնահատման արդյունքում անհրաժեշտություն է առաջանում ձեռք բերել մասնագիտական ոչ դյուրակիր ախտորոշիչ սարքավորումներ, օրինակ՝ ուլտրաձայնային և էխոկարդիոգրաֆիայի սարքեր: Ամբուլատոր մասնագիտական բուժօգնության համար անհրաժեշտ ախտորոշիչ լաբորատոր ծառայությունները կարող են ձեռք բերվել պայմանագրային հիմունքներով ՔԿ հիմնարկի բժշկական սպասարկման ծառայության հետ աշխատող քաղաքացիական բժշկական լաբորատորիաներից կամ շրջանային հիվանդանոցների լաբորատորիաներից՝ տեղափոխելով նմուշները (կենսաբանական նյութի փոխադրման մասին ներպետական օրենսդրության համաձայն) դրսում գտնվող լաբորատոր հաստատություններ և ոչ թե ուղեկցելով ազատագրված հիվանդներին այդ հաստատություններ:

Պահպանողական (այսինքն՝ միջամտություն չենթադրող) բուժման ընթացքի մեծ մասը, որը հիմնված է մասնագիտական ախտորոշման ծառայությունների արդյունքների վրա, կարող է հեշտությամբ կիրառելի լինել որպես ամբուլատոր բուժման եղանակ ՔԿ հիմնարկում կամ ՔԿ հիմնարկի բժշկական սպասարկման բաժանմունքներում կամ ցերեկային ստացիոնարներում՝ գտնվելով վերը նշված մասնագետների հսկողության ներքո: Որպես օրինակ կարող են հանդիսանալ Դատապարտյալների հիվանդանոցի թերապևտիկ բաժանմունքում ներկա դրությամբ առավել հաճախ բուժվող այնպիսի ախտորոշմամբ հիվանդները, ինչպիսիք են՝ շաքարային դիաբետը, զարկերակային հիպերտոնիան, քրոնիկական սրտանոթային հիվանդությունները, պեպտիկ խոցերը և այլն: Դա նաև ճշմարտացի է վարակիչ այն հիվանդությունների դեպքում, որոնք այլևս չեն փոխանցվում սովորական սոցիալական շփումների միջոցով, օրինակ՝ ՄԻԱՎ վարակը, հեպատիտ B և C, տուբերկուլոզը՝ իր բուժման շարունակական փուլում և այլն: Բացի այդ, նախավիրահատական այնպիսի խնամքը, ինչպիսին է ընդհանուր անզգայնացման համար նախապատրաստական ախտորոշիչ ստուգումների կազմակերպումը և վիրաբուժական միջամտության համար նախապատրաստումը, ինչպես նաև հետվիրահատական խնամքը և վերականգնումը, որի համար այլևս անհրաժեշտ չէ հիվանդանոցային խնամքը, կարող է կազմակերպվել քրեակատարողական հիմնարկի բժշկական սպասարկման բաժանմունքի պայմաններում՝ մասնագետի հսկողության ներքո և վիրաբուժական կենտրոնի հետ համագործակցությամբ՝ նվազեցնելով այդպիսով հիվանդանոցում այդ հիվանդների մնալու տևողությունը:

Մասնագիտացված ամբուլատոր ծառայությունների հետ ստացիոնար հիվանդանոցային խնամքի առավել օպտիմալ կապն ապահովելու համար, անհրաժեշտության դեպքում, նախընտրելի է պայմանագրային հարաբերությունների մեջ մտնել շրջանային քաղաքացիական հիվանդանոցներում աշխատող մասնագետների, քան հիվանդանոցների հետ կապ չունեցող մասնագետների հետ:

Քննարկման առանձին առարկա է քրեակատարողական համակարգում աշխատող մասնագետ բժիշկները, որոնք ներկայում ապահովում են առաջնային բուժօգնության տրամադրումը: Մի կողմից, նրանք չունեն ընդհանուր պրակտիկայի կամ ընտանեկան բժշկի որակավորում և լիցենզիա, որը պահանջվում է առողջության առաջնային պահպանման մակարդակում, մյուս կողմից, նրանց մասնագիտական վերապատրաստումը կարող է և պետք է տարածվի երկրորդային առողջապահական ծառայությունների վրա՝ պայմանով որ այն պետք է պարբերաբար թարմացվի ՇՄԶ-ի միջոցով: ՔԿ հիմնարկում աշխատող բժշկական մասնագետների բարեփոխումը պետք է ենթադրի, որ բուժաշխատողների որակավորումը/լիցենզավորումը համապատասխանում է նրանց բժշկական աշխատանքի բնութագրին և նկարագրությանը:

Վերևում հիշատակված երկրորդային մակարդակի ամբուլատոր բժշկական օգնության ուրվագծված այս պոլիկլինիկական մոդելը՝ իր սաղմնային տեսքով, արդեն իսկ գործում է Հայաստանի մի շարք քրեակատարողական հիմնարկներում, ինչպես որ ներկայացվել է «Բժշկական կառավարման ներկա ձևը» և «Երկրորդային մակարդակի ամբուլատոր բժշկական օգնությունը» մասերում: Այնուամենայնիվ, մեծ թվով ուղեկցումները (2017

թվականի ընթացքում 400-ից ավելին Արմավիր ԲԿ-ից) վկայում են այս մոդելի զգալիորեն ամրապնդելու և ընդլայնելու անհրաժեշտության մասին:

Հիվանդանոցային բուժօգնությունը

Ազատագրված անձանց համար նախատեսված հիվանդանոցային բուժօգնությունը սկզբունքորեն կարող է տրամադրվել քրեակատարողական կամ քաղաքացիական հիվանդանոցներում: Հայաստանում, ինչպես և մի շարք եվրոպական երկրներում, կիրառվում են երկու այդ հնարավորությունները, քանի որ քրեակատարողական հիվանդանոցները չեն կարող ունենալ անհրաժեշտ այն փորձառությունը և նյութակատեխնիկական սարքավորումների հագեցվածության մակարդակը, որը կարող է պահանջվել բոլոր հիվանդներին մատուցվող ժամանակակից բժշկական օգնության կազմակերպման համար: 2014 թվականի ԵԽ-ի հետազոտության համաձայն՝ ԵԽ անդամ 45 պետություններից/հողերից 29-ն ունեն բանտային հիվանդանոցներ, մինչդեռ 16-ում դրանք առկա չեն (Աղյուսակ 1)<sup>22</sup>: 29 երկրներում առկա ԲԿ հիվանդանոցային մահճակալների ազատագրվածների թվի նկատմամբ միջին հարաբերակցությունը 1/54 սահմանում է՝ տարածման լայն տիրույթով: Հայաստանը ներկայացված է այդ հետազոտությունում որպես առավելագույն հիվանդանոցային մահճակալային ֆոնդ ունեցող երկիր, որտեղ 1 մահճակալը նախատեսված է ամեն 7 ազատագրվածի համար: Հետազոտությունը նաև ներկայացնում է, որ բանտային հիվանդանոցներ ունեցող երկրներում ազատագրված անձանց հոսպիտալացման տարեկան հաճախականությունը ավելի բարձր է (18%), քան բանտային հիվանդանոցներ չունեցող երկրներում (7%), իսկ բանտային հիվանդանոցներում մնալու տևողությունն էլ ավելի երկար, քան քաղաքացիական հաստատություններում:

Աղյուսակ 1՝

**Բանտային հիվանդանոցներ ունեցող երկրներ/հողեր՝ 29/45**

	<u>Միջին միջակայք</u>	
մահճակալ/ազատագրված հարաբերակցություն՝	1/54	1/7 – 1/3381
2013թ. հոսպիտալացված ազատագրվածներ՝	11%	1% – 39%
մնալու տևողություն, օրեր՝	30	1 – 424

<sup>22</sup> Յ. Փոնթ: Եվրոպայի խորհրդի անդամ պետություններում բանտային առողջապահության ծառայությունների կառուցվածքի, կազմակերպման և կառավարման վերաբերյալ ընդհանուր ակնարկ: Բանտային առողջապահության կազմակերպման և կառավարման հարցերին նվիրված բազմակողմ հանդիպման ընթացքում ներկայացված զեկույց, Ստրասբուրգ, 12-13 հոկտեմբեր 2017թ., Եվրոպայի խորհուրդ:

հոսպիտալացվել են քաղաքացիական հաստատություններ՝ 7% 1 – 20%

**Բանտային հիվանդանոցներ չունեցող երկրներ/հողեր՝ 16/45**

հոսպիտալացվել են քաղաքացիական հաստատություններ՝ 7% 6 – 16%

մնալու տևողություն, օրեր՝ 4 2 – 22

Բանտային հիվանդանոցներ ունեցող եվրոպական երկրների շարքում են Ալբանիան, Ավստրիան, Ադրբեջանը, Բուլղարիան, Չեխիայի Հանրապետությունը, Դանիան, Էստոնիան, Ֆինլանդիան, Վրաստանը, Հունաստանը, Լատվիան, Լիտվան, Մոլդովան, Պորտուգալիան, Ռումինիան, Սլովակիան, Իսպանիան, Թուրքիան, Շվեյցարիայի որոշ կանտոններ և Գերմանիայի 16 հողերից 8-ը, մինչդեռ Բոսնիա և Հերցեգովինան, Կիպրոսը, Իսլանդիան, Նախկին Հարավսլավիայի Մակեդոնիա Հանրապետությունը, Մալթան, Մոնտենեգրոն, Նորվեգիան, Սլովենիան, Շվեդիան, Միացյալ Թագավորությունը և Գերմանիայի 8 հողերը ազատազրկվածների համար անհրաժեշտ հիվանդանոցային ամբողջ խնամքը կազմակերպում են քաղաքացիական հաստատություններում: Ազատազրկված անձանց համար եվրոպական տարբեր երկրներում գոյություն ունեցող հիվանդանոցային խնամքի բազմաբնույթ կազմակերպչական կառուցվածքները կարող են պարզաբանվել հետևյալ օրինակների միջոցով<sup>23</sup>:

Ֆրանսիայում հոսպիտալացումը կազմակերպվում է կամ մոտակա հիվանդանոցում (48 ժամից պակաս հոսպիտալացման դեպքերում) կամ ՏԱՀՄ-ում (182 մահճակալ ունեցող թվով 8 շրջանային անվտանգության հիվանդանոցային ստորաբաժանումներում, եթե հոսպիտալացումը տևում է 48 ժամից ավել) կամ հարկադիր հոգեբուժական հոսպիտալացման դեպքում՝ ՀՆՀՄ-ում (340 մահճակալ ունեցող թվով 7 հատուկ նախատեսված հիվանդանոցային միավորներում):

Շոտլանդիայում երկրորդային առողջապահական ծառայությունները մասամբ տրամադրվում են քրեակատարողական հիմնարկներում՝ հասանելիության սահմաններում աշխատող մասնագետների միջոցով: Անհրաժեշտության դեպքում, բուժանձնակազմն իրավունք ունի ազատազրկված անձանց ուղեգրել քրեակատարողական հիմնարկների սահմաններից դուրս գտնվող երկրորդային մակարդակի ծառայություններ: Շոտլանդական բանտային ծառայությունը պատասխանատու է ուղեգրումները կազմակերպելու համար: «Հեռաթշկության» համակարգի ներդրումը քրեակատարողական հիմնարկներում գտնվում է մշակման փուլում, որի նպատակներից մեկն է նվազեցնել հիվանդանոցներ կատարվող ուղեգրումների քանակը՝ որոշումների կայացման և դասակարգման գործընթացին աջակցելու միջոցով: Տեսակոնֆերանսն ապահովող սարքավորումները (2016թ. ապրիլի

<sup>23</sup> Տվյալները ստացվել են՝ Ս. Դուբուա, Ս. Լինչեթ, Ս. Մայու, Ջ.-Ֆ. Ռեյնարթ, Փ. Սերն: Առողջապահական ծառայությունների կազմակերպումը չորս երկրների բանտերում: Առողջապահական ծառայությունների հետազոտություն (ԱՕՀ) Բրյուսել. Բելգիայի առողջապահական գիտելիքների կենտրոն (KCE): 2017թ.: KCE զեկույցներ 293. D/2017/10.273/69:



դրությամբ) տեղադրվել են տասնհինգ քրեակատարողական հիմնարկներից յոթում, որոնց միջոցով տրամադրվում է «մի շարք ծառայություններ՝ դատահոգեբուժությունից մինչև հեռանյարդաբանություն», իսկ տաս քրեակատարողական հիմնարկներում կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիան իրականացվում է հեռախոսազանգի միջոցով:

Շվեյցարիայում արտակարգ կամ բարդ բուժման անհրաժեշտության իրավիճակներում ազատազրկված անձինք տեղափոխվում են հիվանդանոց: Ֆրանսախոս Շվեյցարիայում անվտանգության հատուկ պայմանների կարիք ունեցող ազատազրկված անձինք տեղավորվում են հիվանդանոցային բաժանմունքում, ինչպիսին է օրինակ՝ Փնևի կանտոնային հիվանդանոցում: Շվեյցարիայում գործում են բանտային բժշկության երկու բաժանմունքներ, որոնցից մեկը գտնվում է Փնևում, իսկ մյուսը՝ Բեռնում: Բեռնի բարձր անվտանգության բաժանմունքը (ԲԲԱԲ) հանդիսանում է ընդհանուր բժշկության ներքին հիվանդությունների կլինիկայի մի մաս և ունի 13 մահճակալ: Բարձր անվտանգության բաժանմունքը կառուցված է որպես քրեակատարողական հիմնարկ և շտապօգնության բաժանմունք: Բուժանձնակազմը և պահակախումբը հատուկ վերապատրաստում են անցել ազատազրկվածների հետ աշխատելու հարցերով:

Նիդերլանդներում, եթե քրեակատարողական հիմնարկում տրամադրվող առաջնային բուժօգնությունը բավարար չէ, ապա ազատազրկվածներն ուղեգրվում են Սխեվենինգենի քրեակատարողական հիմնարկի (56 մահճակալ ունեցող) բժշկական կենտրոն: Կարծես, թե Սխեվենինգենի բժշկական կենտրոնն ի գործու չէ բավարարել հոլանդական բոլոր քրեակատարողական հիմնարկների երկրորդային առողջապահության ծառայությունների աճող պահանջը: Հիվանդանոցը ոչ միշտ է, որ բավարար ազատ մահճակալներ ունի կամ անհրաժեշտ մասնագիտական փորձառություն: Արդյունքում, ազատազրկված անձանցից շատերն անմիջապես ուղեգրվում են քաղաքացիական հիվանդանոցներ:

Երբ համեմատում ես բանտային հիվանդանոցների առավելությունները քաղաքացիական հաստատություններում հիվանդանոցային ողջ ծառայությունները կազմակերպելու հետ, առավել ակնհայտ փաստարկը բանտային հիվանդանոցներ ունենալու օգտին, կարծես, անվտանգությունն ու ապահովությունն է, ինչը պայմանավորված է քրեակատարողական հիմնարկների համար ներհատուկ անվտանգության դրոյթներով: Այս համատեքստում, խորհրդատուների համար ուշագրավ է լսել, որ Դատապարտյալների հիվանդանոցում հիվանդների ազատ տեղաշարժը դիտվում է որպես անվտանգության ռիսկ:

Բժշկության և բժշկական էթիկական հիմնավորումների տեսանկյունից հարցին նայելով՝ հնարավոր է հետևություն անել առ այն, որ բանտային հիվանդանոցները ազատազրկված հիվանդների համար ունեն սահմանափակ կամ ընդհանրապես առավելություն չունեն քաղաքացիական հաստատությունների հիվանդանոցային ծառայությունների համեմատությամբ: Ինչ վերաբերում է դժվար վիրահատությունների հարցին, ապա գիտական փաստարկները վկայում են այն մասին, որ մեծ քաղաքացիական հիվանդանոցների համեմատությամբ բանտային հիվանդանոցներում անցկացվող դժվար վիրաբուժական միջամտությունների ցածր հաճախականությունը բարենպաստ հանգամանք չէ հիվանդների վրա, քանի որ հստակ կապ գոյություն ունի խոշոր

հիվանդանոցներում վիրահատությունների մեծ ծավալի և ցածր հետվիրահատական մահացության միջև<sup>24,25</sup>: Բացի այդ, մասնագիտական փորձն ու սարքավորումները, որոնք անհրաժեշտ են համայնքային հիվանդանոցների նույն մակարդակի վիրաբուժական անվտանգությունն ու որակը երաշխավորելու համար, հազվադեպ են հասանելի լինում քրեակատարողական համակարգում, օրինակ՝ երբ ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում (ԻԹԲ) տրամադրվող խնամքը անհրաժեշտ է դառնում հետվիրահատական շրջանում: Դա վերաբերում է նաև մասնագիտական բարձր փորձառություն և սարքավորումներ պահանջող ոչ վիրաբուժական ինտենսիվ բժշկական միջամտություններին, ինչպիսին է օրինակ՝ սուր կորոնար սրտի հիվանդությունը, սուր անոթային ուղեղի հիվանդությունը և այլն: Այս փաստարկների անտեսումը կարող է խախտել բժշկական սպասարկման համարժեքության էթիկական սկզբունքը:

Մեկ այլ մոտեցում կարող է արադարացված լինել սովորական սոցիալական շփման միջոցով փոխանցվող վարակիչ հիվանդություններ, օրինակ՝ վարակիչ տուբերկուլոզ ունեցող ազատազարկված հիվանդների դեպքում: Վարակիչ ՏՖ ունեցող հիվանդներին ազատազրկված մյուս հիվանդներից առանձնացման անհրաժեշտությունը (և վարակակիր ԲԿԴ ՏՖ հիվանդներին՝ բուժմանը զգայուն վարակակիր հիվանդներից) կարող է ավելի քիչ խնդիրներ ստեղծել բանտային, քան քաղաքացիական հիվանդանոցների պայմաններում: Բացի այդ, բանտային բնակչության շրջանում ՏՖ բարձր տարածվածությունը հանգեցրել է տվյալ հիվանդության վերաբերյալ կլինիկական և ռադիոլոգիական մեծ փորձի կուտակմանը քրեակատարողական համակարգում աշխատող ֆտիզիոլոգների/թոքաբանների մոտ, ինչը պայմանավորված է նաև Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոնի հետ սերտ համագործակցությամբ: Մասնագիտական այս փորձը պետք է շարունակել հետագայում օգտագործել:

Երևանում գտնվող Դատապարտյալների հիվանդանոցի ներկա վիճակը, ինչպես ներկայացվել է վերևում՝ «Բժշկական կառավարման ներկա ձևը» մասում, շատ դեպքերում չի համապատասխանում հիվանդանոցային ծառայություններին ներկայացվող նվազագույն պահանջներին, ներառյալ՝ նյութական վատ պայմանները և շենքային տարածքների պահպանման վիճակը, սանիտարական հանգույցների և զուգարանների անընդունելի վիճակը, առանց խոչընդոտների ազատ մուտքի հնարավորությունը և վերելակների բացակայությունը երկհարկանի շենքերում, անզգայնացման վերականգնողական սենյակի կամ ԻԹԲ-ի բացակայությունը, թեպետ վիրաբուժական միջամտություններ դեռևս կատարվում են, հիվանդանոցային վարակի կանխարգելման և վարակի հսկողության հետ կապված թերությունները, մասնագիտացված անձնակազմի բացակայությունը գիշերային ժամերին և հանգստյան օրերին: Հետևաբար, ինչպես և ԵԽ նախորդ գնահատման զեկույցներում, խորհրդատուները խստորեն խորհուրդ են տալիս

<sup>24</sup> Հ. Լուֆթ, Ջ. Բունքեր, Ա. Էնթովեն: Արդյոք վիրահատությունները պետք է լինեն տարածաշրջանային: Վիրահատական ծավալների և մահացության միջև էմպիրիկ կապը: Նոր Անգլիայի բժշկական ամսագիր 1979;301:1364-1369:

<sup>25</sup> Դ. Ուրբախ: Պարտավորվելով վերացնել ցածր ծավալի վիրաբուժությունը: Նոր Անգլիայի բժշկական ամսագիր 2015;373:1388-1390:

փակել Դատապարտյալների հիվանդանոցը և ազատազրկվածների հիվանդանոցային խնամքը կազմակերպել այլ հաստատություններում:

Երևանում գտնվող Դատապարտյալների հիվանդանոցի վերաբերյալ առկա վերջին 2017 թվականի տվյալները, ինչպես ներկայացվել է վերևում՝ «Բժշկական կառավարման ներկա ձևը» մասում, վկայում են Դատապարտյալների հիվանդանոցում բնակեցման ցածր և նվազող միտման, ինչպես նաև Դատապարտյալների հիվանդանոցում մնալու չափազանց երկար տևողության անբացատրելի փաստի մասին, դրան ի հակադրություն՝ քաղաքացիական հիվանդանոցներում ազատազրկվածների ընդունելիության շեշտակի աճի տեմպերը, այդ թվում՝ ազատազրկված հիվանդների ուղեգրումների բարձր թիվը Դատապարտյալների հիվանդանոցից քաղաքացիական հիվանդանոցային հաստատություններ: Այս զարգացումը տպավորություն է ստեղծում, որ երկրի քրեակատարողական առողջապահական մարմինները որոշակիորեն արդեն հաշվի են առել վերևում նշված պատճառաբանությունները: Սակայն, քանի որ ներկայում քաղաքացիական հիվանդանոցներում չկան անվտանգության պահանջները բավարարող բաժանմունքներ ազատազրկված հիվանդների համար, յուրաքանչյուր ազատազրկված հիվանդ հիվանդանոցում գտնվելու տևողության ողջ ընթացքում ուղեկցվում է պահպանության երկու աշխատակիցների կողմից, ինչը հանգեցնում է ՔԿ հիմնարկի մարդկային ռեսուրսների ծանրաբեռնվածությանը, ինչպես նաև քաղաքացիական հիվանդանոցների քաղաքացիական հիվանդների և անձնակազմի հետ տարաձայնությունների:

Ազատազրկված հիվանդների համար քաղաքացիական հիվանդանոցների կլինիկական ծառայություններին ինտեգրված և անվտանգության պահանջներին համապատասխանող բաժանմունքներ ստեղծելը, որոնք, այնուամենայնիվ, առանձին մուտք կունենան և առանձնացված կլինեն քաղաքացիական հիվանդներից, միաժամանակ պահպանությունը ապահովված կլինի հիվանդանոցում գտնվող ազատազրկված անձանց պահելու համար նշանակված անվտանգության աշխատակիցների փոքր խմբի կողմից, թույլ կտա համարժեք կլինիկական խնամքով ապահովել ազատազրկված հիվանդներին՝ միաժամանակ անվտանգության հարցերը կազմակերպելով պահպանության ավելի քիչ թվով աշխատակիցների ուժերով, քան ներկա պրակտիկայի դեպքում է, ինչը թույլ կտա նաև խուսափել հիվանդանոցի «քաղաքացիական» մասի հետ տարաձայնություններից:

Տնտեսական տեսանկյունից խոշոր հիվանդանոցային հաստատության՝ անկախ դրա մասնավոր կամ պետական լինելու հանգամանքից, մարդկային ռեսուրսների, շենքային տարածքների և սարքավորումների ընդհանուր օգտագործումը քաղաքացիական կամ ազատազրկված հիվանդների համար ավելի ծախս արդյունավետ է պետության համար, քան առանձին հիվանդանոցային հաստատություններ պահելը համեմատաբար քիչ թվով այն ազատազրկված հիվանդների համար, որոնք իրականում հիվանդանոցային խնամքի կարիք ունեն: Ինչպես ներկայացվել է վերևում՝ «Երկրորդային մակարդակի ամբուլատոր բժշկական օգնությունը» մասում, Դատապարտյալների հիվանդանոցում ներկայում բուժվող հիվանդների մեծամասնությունը կարող է բուժումը շարունակել ամբուլատոր պայմաններում, քրեակատարողական հիմնարկների բժշկական սպասարկման

բաժանմունքներում և ցերեկային ստացիոնարներում՝ պայմանով, որ երկրորդային մակարդակի ամբուլատոր բուժօգնության նշված պոլիկլինիկական մոդելն անհրաժեշտ է ուժեղացնել և ընդլայնել: Հաշվի առնելով այս նախապայմանները, ՔԿՎԲՄԲ ղեկավարը՝ խորհրդատուների հետ միասին համարում են, որ միջազգային փորձի համաձայն քաղաքացիական հիվանդանոցներում անվտանգության պահանջներին բավարարող ընդհանուր 25 մահճակալ ունեցող երկու կամ երեք բաժանմունքները պետք է բավարար լինեն:

2000թ. ԵՄ գնահատման զեկույցի (Arpo/Ekeid զեկույց), ինչպես նաև սույն գնահատողական առաքելության կողմից ԱռՆ կատարված այցելության ընթացքում Ոստիկանության հիվանդանոցը քննարկվել է որպես քաղաքացիական հիվանդանոցի հնարավոր տարբերակ, որը կարող է պիտանի լինել ազատագրված հիվանդների հիվանդանոցային բուժօգնությունը ապահովելու համար: Քանի որ խորհրդատուները գնահատողական այս առաքելության ընթացքում հնարավորություն չեն ունեցել այցելել այդ հիվանդանոցը, նրանք չեն կարող կարծիք արտահայտել այն մասին, թե արդյոք նշված հիվանդանոցը բժշկական տեսանկյունից կարող է դիտվել որպես նպատակահարմար և արդյոք այն ունի բոլոր անհրաժեշտ մասնագիտացված բաժանմունքները: Այնուամենայնիվ, մինևույն հիվանդանոցի տանիքի ներքո իրավապահների և իրավախախտների նկատմամբ հոգ տանելը մտահոգության պատճառ է հանդիսանում՝ անկախ լրացուցիչ գերատեսչության ներգրավման հետ կապված հնարավոր մարտահրավերների առաջացման հանգամանքից:

Վարակիչ տուբերկուլոզով/ԲԿԴ ՏԲ հիվանդների բուժման և առանձնացման համար, կարծես, ողջամիտ է քրեակատարողական համակարգի ներսում պահել տուբերկուլոզի դեմ պայքարի համար կենտրոնական փոքր հիվանդանոց, հնարավոր է՝ Արմավիր ՔԿ հիմնարկի ընդարձակ բուժապասարկման բաժանմունքում, որտեղ ոչ վարակակիր կամ այլևս վարակ չունեցող հիվանդները կարող են ստանալ ԴՈԹՄ (ուղղակիորեն դիտվող կարճաժամկետ բուժում) բուժում և խնամք քրեակատարողական հիմնարկի ամբուլատոր պայմաններում:

Ազատագրված անձանց հիվանդանոցային խնամքի համար անհրաժեշտ մահճակալների թիվը պլանավորելիս պետք է ապահովագրել յուրաքանչյուր արտակարգ պատահարի դեպքում անձին անհապաղ հիվանդանոց ընդունվելու հնարավորությունը, մինչդեռ նախատեսվող հիվանդանոցային միջամտությունների համար, օրինակ՝ ընտրողական վիրաբուժական միջամտությունների համար անհրաժեշտ է ստեղծել թափանցիկ հերթացուցակ: Վրաստանի քրեակատարողական համակարգում ներդրված հիվանդանոցային ընդունելիության էլեկտրոնային հերթացուցակը այս առումով կարող է ծառայել որպես լավ պրակտիկայի օրինակ, քանի որ այն կանխում է ազատագրված որոշ անձանց նկատմամբ անհարկի նախապատվությունը: Նմանապես, հիվանդների մնալու տևողության մասին որոշումը պետք է կայացվի և փաստաթղթավորվի բացառապես բժշկական նպատակներից ելնելով, ինչը թույլ կտա պահպանել արտակարգ պատահարների համար նախատեսված հիվանդանոցի կարողությունը և խուսափել հիվանդանոցում անհարկի երկարատև մնալու դեպքերից:

## Հոգեկան խանգարումներ ունեցող ազատազրկվածների խնամքը

Հոգեկան խանգարումներ ունեցող հիվանդների խնամքը արտասովոր խնդիրներ կարող է առաջացնել բանտային առողջապահության համար, ինչը պայմանավորված է խնդրի մեծ տարածվածությամբ և այս ոլորտում վերապատրաստված և մասնագիտացված բուժմասնագետների պակասով: Հոգեկան խանգարումներ ունեցող ազատազրկվածներին հայտնաբերելու առումով դժվար է գերազնահատվել առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների, այն է՝ նախնական բժշկական զննության կարևորությունը, ինչը ենթադրում է առաջնային բուժօգնության օղակի մասնագետների պատշաճ վերապատրաստման անհրաժեշտությունը:

Սուր և ծանր հոգեկան խանգարումներ ունեցող հիվանդների, օրինակ՝ սուր փսիխոզի, ծանր դեպրեսիայի, ինքնասպանության բարձր հակման դեպքում խնամքը անհամատեղելի է քրեակատարողական հիմնարկում ազատազրկման հետ և պետք է իրականացվի մասնագիտացված հաստատություններում<sup>26</sup>, որտեղ կա մասնագիտացված անձնակազմ և թերապևտիկ միջավայր՝ հիվանդների դեղորայքային և ոչ դեղորայքային պատշաճ բուժումը կազմակերպելու համար: Ներկայում, այդ հիվանդները բուժում են ստանում Երևան քաղաքի Դատապարտյալների հիվանդանոցի հոգեբուժական բաժանմունքում և Նուբարաշենի ՀԱՊԱԿ-ում: Ինչպես ներկայացված է «Բժշկական կառավարման ներկա ձևը» մասում, երկու հաստատություններն էլ ունեն մասնագիտացված անձնակազմ և տիրապետում են ժամանակակից հոգեֆարմալոգիական միջոցներին, սակայն հազվադեպ են կիրառում (եթե ընդհանրապես դա անում են) ոչ դեղորայքային բուժման մեթոդները, ինչպիսին է օրինակ՝ երգոթերապիան, մինչդեռ երկու հաստատությունների շենքային և սանիտարական հանգույցների պայմանները գտնվում են չափազանց վատ վիճակում, որը չի համապատասխանում հոգեբուժական հիվանդանոցին ներկայացվող նվազագույն պահանջներին և պահանջում է վերանորոգման և վերազինման մեծ ծավալի աշխատանքի կատարում:

Ինչ վերաբերում է միջազգային փորձին, ապա գոյություն ունեն քրեակատարողական հոգեբուժական օգնության ծառայությունների կազմակերպման տարբեր մոդելներ՝ ստացիոնար կարգով հոգեբուժական բուժօգնության կարիք ունեցող անձանց համար<sup>27</sup>: 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:

<sup>26</sup> Եվրոպական բանտային կանոններ, ԵԽ Rec(2006)2, Հիմնարար սկզբունքներ 12.1:

<sup>27</sup> Քաղվածք՝ Վլադիմիր Օրտակով, Յորգ Փոնթ, Ռոզա Բաբայան, Նաիրա Ղարախանյան, Դավիթ Խաչատրյան Հայաստանի Հանրապետության բանտերում առողջապահության գնահատման առաքելության հաշվետվություն, 2015թ. հուլիս:

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, կիսահիստեգրված 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:

Հայաստանի Հանրապետությունում քրեակատարողական հոգեկան բուժօգնության ներկա վիճակը շատ մոտ է կիսաառանձնացված կոչվող մոդելին: Հոգեբուժական օգնության կարիք ունեցող ազատազրկման դատապարտված անձանց տեղավորում են կամ տարբեր ՔԿ հիմնարկների բուժմասերում կամ Երևան քաղաքի Դատապարտյալների հիվանդանոցում, իսկ ՀԱՊԱԿ-ը հոգեբուժական ծառայություններ է մատուցում դատապարտված այն անձանց, որոնց նկատմամբ դատարանի որոշմամբ հարկադիր բուժում է նշանակված: Խորհրդատուներն առաջարկում են, որ հիվանդանոցային խնամքի կարիք ունեցող սոմատիկ խանգարումներ ունեցող հիվանդների համար առաջարկվող պրակտիկային համահունչ հոգեկան ծանր և սուր խանգարումներ ունեցող հիվանդները

բուժումն անցնեն մասնագիտացված քաղաքացիական հաստատության անվտանգության համապատասխան պայմաններ ունեցող բաժանմունքում, ինչպիսին է օրինակ՝ ՀԱՊԱԿ-ը, պայմանով, որ վերջինիս սանիտարական պայմանները և ոչ դեղորայքային բուժման ստորաբաժանումները նախատեսվածի պես վերազինված կլինեն: Դրանց մեջ են մտնում նաև ինքնասպանության հակում ունեցող ազատագրված անձինք:

Քրոնիկական կամ նվազ խիստ հոգեկան խանգարումներ ունեցող բազմաթիվ հիվանդներ հիվանդանոցային բուժման կարիք չունեն, իսկ նրանց բուժումը կարող է կազմակերպվել պարբերաբար այցելող հոգեբույժի միջոցով կամ առանձնացված ամբուլատորիայի պայմաններում կամ ցերեկային ստացիոնարներում՝ հոգեբույժների և հոգեբուժական խանգարումների հարցերով վերապատրաստված այլ բուժանձնակազմի վերահսկման ներքո: Հայաստանի բանտային համատեքստում առանձնացված նման բաժանմունքները կարող են ստեղծվել Արմավիր ՔԿ հիմնարկի բուժապասարկման ընդարձակ բաժանմունքում՝ պայմանով, որ աշխատանքային կամ պայմանագրային հիմունքներով աշխատող հոգեբուժական բուժանձնակազմը պետք է պարբերաբար ներկա գտնվի ՔԿ-ում՝ լավագույնը օրական կտրվածքով, միաժամանակ հոգեֆարմոլոգիական բուժումից բացի պետք է հասանելի լինեն ոչ դեղորայքային բուժման այլ տարբերակները, օրինակ՝ հոգեթերապիան, խմբային թերապիան և երգոթերապիան:

Նմանապես, նարկոլոգիական բուժումը, օրինակ՝ մեթադոնային պահպանման բուժումը և դետոքսիկացային բուժման եղանակների մեծ մասը, որը գնահատողական այցելության ժամանակաշրջանում կիրառվել է Դատապարտյալների հիվանդանոցի նարկոլոգիական բաժանմունքի համապատասխանաբար 12 և 7 հիվանդների նկատմամբ, չի պահանջում հիվանդանոցային խնամք և հեշտությամբ կարող է կիրառվել քրեակատարողական հիմնարկների բուժապասարկման մասնագիտացված բաժանմունքներում:

Ելնելով այս նկատառումներից՝ հիվանդանոցային բժշկական օգնություն ստացող հոգեբուժական հիվանդների թիվը կարող է զգալիորեն նվազել, և նրանց խնամքը կազմակերպվել ՀԱՊԱԿ-ի կամ քաղաքացիական հոգեբուժական որևէ այլ հիվանդանոցի կարողությունների սահմաններում:

### **Առաջարկություններ**

ԵՄ խորհրդատուների կողմից Հայաստանի Հանրապետության բանտերում առողջապահության գնահատման առաքելության հաշվետվությունում (2015թ. հունիս/հուլիս) արված առաջարկություններից մեծամասնությունը դեռևս իրականացված չէ: Այդ առաջարկություններն ընդգրկում են բանտային առողջապահության ամբողջ ոլորտը և, մասնավորապես, առողջության առաջնային պահպանման հարցերի լայն շրջանակ, իսկ խորհրդատուները՝ երեք տարի անց էլ, այդ առաջարկություններին վերաբերվում են որպես փաստարկված և հավասարապես կարևոր: Մույն զեկույցի ԻՇ-ի համաձայն՝ ստորև բերվող առաջարկությունները կենտրոնանում են հիվանդանոցային և երկրորդային բուժօգնության այլ հիմնահարցերի վրա, որոնց համար առաջնային բուժօգնության մակարդակն անհրաժեշտ նախապայման է հանդիսանում: Հետևաբար,

խորհրդատուները ընթերցողին խստորեն խորհուրդ են տալիս նաև ապավինել 2015թ. հաշվետվությանը: Ներկայացվող հետյալ առաջարկությունների հաջորդականությունը չպետք է դիտարկել ըստ դրանց կարևորության, քանի որ դրանցից շատերը փոխկապակցված են միմյանց հետ և մեկը՝ առանց մյուսի, կարող է նվազ կամ որևէ ազդեցություն չունենալ:

### Առաջարկություններ

#### Քրեակատարողական հիմնարկներում պետք է մատուցվեն առողջապահական հետևյալ ծառայությունները՝

- Առաջնային բուժօգնության ամբողջ ծավալը, ներառյալ՝ բուժքույրական խնամքը անհրաժեշտ է կազմակերպել քրեակատարողական հիմնարկների լավ հագեցված բժշկական բաժանմունքներում և/կամ ցերեկային ստացիոնարներում (կախված գիշերային և հանգստյան օրերին բուժքրոջ կամ ֆելդշերի ներկա լինելու հանգամանքից):
- Բուժքույրական խնամքը, որը պետք է մատուցվի շարժունակության հետ խնդիրներ ունեցող հաշմանդամ և այլ հաշմանդամություն ունեցող ազատազրկված անձանց համար հատուկ կահավորված սենյակներում կամ բաժանմունքներում (խոչընդոտներից ազատ, պատշաճ կերպով կահավորված սանիտարական հանգույցներում):
- Երկրորդային մակարդակի ամբուլատոր բժշկական օգնությունը, որը հիմնված է պոլիկլինիկայի կազմակերպման մոդելի վրա, այսինքն՝ երբ մասնագետները պարբերաբար և/կամ տվյալ դեպքի համար են այցելում քրեակատարողական հիմնարկներ և մատուցում իրենց ծառայությունները՝ պայմանով, որ քրեակատարողական հիմնարկում առկա են անհրաժեշտ սարքավորումները, իսկ մասնագետի փորձառությունն էլ՝ բավարար է: Դրա մեջ է մտնում ախտորոշման թեստեր հավաքելու գործընթացը՝ հետազայում պայմանագրային հիմունքներով ՔԿ հիմնարկի հետ աշխատող դրսի լաբորատորիաներ ուղարկելու նպատակով, ինչպես նաև հիվանդանոցային խնամքի կարիք չունեցող ամենատարածված քրոնիկական հիվանդությունների, սովորական սոցիալական շփման միջոցով այլևս ոչ վարակակիր հիվանդությունների (բուժման շարունակական շրջանում գտնվող ՏԲ հիվանդների), հիվանդանոցային բուժման կարիք չունեցող կամ այլև չունեցող, սակայն պարբերաբար հոգեբուժական ամբուլատոր խնամքի կարիք ունեցող հոգեկան հիվանդների բուժումը, ինչպես նաև՝ քաղաքացիական վիրաբուժական կենտրոնի հսկողության և համագործակցության շրջանակներում նախա կամ հետվիրահատական խնամքը:
- Տուբերկուլոզով և դիմակայուն տուբերկուլոզով հիվանդների խնամքը կարող է կազմակերպվել քրեակատարողական հիմնարկների ՏԲ բաժանմունքներում, հաշվի առնելով վարակիչ տուբերկուլոզով հիվանդներին ազատազրկված մյուս հիվանդներից առանձնացնելու (և վարակակիր ԲԿԴ ՏԲ հիվանդներին՝ զգայուն վարակակիր հիվանդներից առանձին բուժելու) անհրաժեշտությունը, ինչը կարող է ավելի քիչ խնդիրներ առաջացնել քրեակատարողական հաստատության, քան



քաղաքացիական հիվանդանոցների պայմաններում: Միաժամանակ, բանտային բնակչության շրջանում տուբերկուլոզի բարձր տարածվածությունը հանգեցրել է տվյալ հիվանդության վերաբերյալ կլինիկական և ռադիոլոգիական մեծ փորձի կուտակմանը քրեակատարողական համակարգում աշխատող ֆտիզիատորների/թոքաբանների մոտ, ինչը պայմանավորված է նաև Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոնի հետ սերտ համագործակցությամբ: Մասնագիտական այս փորձը պետք է շարունակել օգտագործել նաև հետագայում:

Քաղաքացիական հիվանդանոցների առանձնացված բաժանմունքներում պետք է իրականացվեն հետևյալ առողջապահական ծառայությունները՝

- Բոլոր բարդ վիրահատական միջամտությունները,
- Բոլոր ախտորոշիչ, թերապևտիկ և բուժքույրական միջամտությունները, որոնք պահանջում են համապատասխան բժշկական սարքավորումներ և/կամ փորձ, ինչը հնարավոր չէ պատշաճ որակով ապահովել քրեակատարողական հիմնարկներում, ներառյալ՝ ծանր հոգեկան հիվանդների համար:

Օրենսդրական առաջարկություններ

- ՀՀ կառավարության 2006 թվականի մայիսի 26-ի թիվ 825-Ն որոշման մեջ կատարել փոփոխություն՝ սահմանելով, որ ՀՀ առողջապահության նախարարի կողմից հաստատված պացիենտի վարման գործելակարգերը հավասարապես կիրառվում են կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բուժման գործընթացում:
- Քրեակատարողական օրենսգրքում, «Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահման մասին» ՀՀ օրենքում միատեսակ և հստակ սահմանել առողջության պահպանման իրավունքի իրավական բովանդակությունը:
- Քրեակատարողական հիմնարկներում տրամադրվող բժշկական ծառայությունների համար ընդունել ՀՀ առողջապահության նախարարի հրաման՝ սանիտարական պարտադիր նորմերի և կանոնների մասին:
- Տարեկան ընդունվող պետական բյուջեի մասին օրենքներում առանձին սահմանել կալանավորված անձանց և դատապարտյալների «Քրեակատարողական բժշկության կենտրոն» պետական ոչ առևտրային կազմակերպության կողմից տրամադրվելիք բժշկական օգնության և սպասարկման համար նախատեսված հատկացումների չափը:
- ՀՀ կառավարության 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի թիվ 1936-Ն որոշման մեջ կատարել փոփոխություն կամ կառավարության նոր որոշմամբ սահմանել քրեակատարողական բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման համար անհրաժեշտ լիցենզավորման պարտադիր պայմանները և կառուցվածքային, տեխնիկատեխնոլոգիական և մասնագիտական պահանջները՝ նախատեսելով նաև պայմանագրային հիմունքներով, հրավերով բուժաշխատողների ներգրավման հնարավորություն:
- ՀՀ կառավարության 2006 թվականի մայիսի 26-ի թիվ 825-Ն որոշման մեջ կատարել փոփոխություններ և լրացումներ՝ սահմանելով «Քրեակատարողական

բժշկության կենտրոն» պետական ոչ առևտրային կազմակերպության կողմից քրեակատարողական հիմնարկներում և բուն «Քրեակատարողական բժշկության կենտրոն» պետական ոչ առևտրային կազմակերպությունում տրամադրվելիք հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության տեսակները և ծավալները՝ դրանք առավելագույնը մոտեցնելով քաղաքացիական բժշկական հաստատությունների կողմից տրամադրվող ծավալներին:

- ՀՀ կառավարության 2006 թվականի մայիսի 26-ի թիվ 825-Ն որոշման մեջ կատարել փոփոխություն՝ սահմանելով, որ արտահիվանդանոցային բժշկական օգնությունը տրամադրվում է կամ քաղաքացիական պոլիկլինիկական ծառայությունների կամ հրավիրվող մասնագետների կողմից, իսկ Դատապարտյալների հիվանդանոցի մասով բացառել բոլոր բարդ վիրահատական և նեղ մասնագիտական օգնության կարիք ունեցող բժշկական միջամտությունների իրականացումը: Բոլոր բարդ վիրահատական նեղ մասնագիտական օգնության կարիք ունեցող բժշկական միջամտությունների համար Կառավարության նույն որոշմամբ սահմանել քաղաքացիական հիվանդանոցային հաստատություններ տեղափոխելու պահանջ:
- ՀՀ կառավարության 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի թիվ 1936-Ն որոշման մեջ կատարել փոփոխություն՝ քաղաքացիական բազմապրոֆիլ հիվանդանոցային հաստատությունների համար սահմանել առանձնացված, անվտանգության պահանջներին համապատասխանող բաժանմունքների առկայության նոր պահանջ բարդ վիրահատական և նեղ մասնագիտական օգնության և սարքավորումների կարիք ունեցող կալանավորված անձանց և դատապարտյալների բժշկական օգնության և սպասարկման համար՝ այն կազմակերպելով համապատասխան անվտանգության ենթակառուցվածքների ապահովման միջոցով և կանոնակարգելով քրեակատարողական ծառայողի կողմից քաղաքացիական հիվանդանոցում կալանավորվածներին և ազատազրկված հիվանդներին կալանքի տակ պահելու գործընթացը՝ իրականացնելով միաժամանակ հիվանդների բժշկական օգնությունը, որը ինտրեգրված է քաղաքացիական հիվանդանոցի կլինիկական կառավարման մեջ:
- ՀՀ կառավարության 2006 թվականի մայիսի 26-ի թիվ 825-Ն որոշման մեջ կատարել փոփոխություն՝ սահմանելով քրեակատարողական հիմնարկներում հոգեբուժական արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության, ներառյալ՝ դիսպանսեր հսկողության ծավալները, այն նույնացնելով կամ առնվազն գերակշիռ մասով մոտեցնելով ազատության մեջ գտնվող քաղաքացիներին տրամադրվող արտահիվանդանոցային հոգեբուժական բժշկական օգնության ծավալներին:
- ՀՀ կառավարության 2006 թվականի մայիսի 26-ի թիվ 825-Ն որոշման մեջ կատարել փոփոխություն՝ բացառելով «Քրեակատարողական բժշկության կենտրոն» պետական ոչ առևտրային կազմակերպության կողմից հիվանդանոցային հոգեբուժական բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրումը, սահմանելով բացառություն հոգեկան խանգարում ունեցող անձանց խնամքի ծառայությունների համար:
- Քրեակատարողական օրենսգրքում, Քրեական դատավարության օրենսգրքում, «Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահման մասին» ՀՀ օրենքում

կատարել փոփոխություն՝ օրենսդրորեն հստակ կարգավորել պատժից ազատելու, կալանավորված անձի նկատմամբ հոգեկան առողջական վիճակի պատճառով խափանման միջոցը փոխելու նպատակահարմարության, հոգեբուժական բնույթի հարկադրանքի միջոցներ կիրառելու հետ կապված հարցերը լուծելու նպատակով ստեղծվող փորձագիտական հանձնաժողովների գործունեության կարգը, ներառյալ՝ որոշումների ընդունման կարգը, բացառելով պետական մարմինների ներկայացուցիչների ներգրավումը այդ փորձաքննությունների իրականացմանը, սահմանելով փորձագետների անաչառության, անկողմնակալության գործունեության իրազեկումներ:

### Առողջապահական ծառայությունների կառավարման վերաբերյալ առաջարկություններ

- Լուծել առողջության առաջնային պահպանման մակարդակում դեռևս գերիշխող թերությունները, ինչպիսիք են՝ անձնակազմի պակասը, վերապատրաստման անբավարարությունը և որպես ընտանեկան բուժմասնագետներ առողջության առաջնային պահպանման մակարդակի համար ՇՄՁ հավատարմագրման բացակայությունը, առաջնային բժշկական օգնության, ներառյալ՝ կանխարգելման և առողջ ապրելակերպի խթանման միջոցառումների՝ որպես հիվանդանոցային և այլ երկրորդային բուժօգնության համար արդյունավետ գործող «մուտքի հսկիչ» իրեն վերապահված լիազորություններն իրականացնելու նպատակով: Մյնուհետև, բարձրացնել առաջնային բուժօգնության մասնագետների կարողությունները հոգեկան առողջության վերաբերյալ, ինչը թույլ կտա բարելավել հոգեկան խանգարումների հայտնաբերումը ՔԿ հիմնարկներ ընդունվելու և ազատազրկման ժամանակ:
- Ստեղծել և/կամ ուժեղացնել սարքավորումներով և անձնակազմով համալրված քրեակատարողական հիմնարկների առաջնային բժշկական սպասարկման բաժանմունքներ և ցերեքակային ստացիոնարներ, ինչը թույլ կտա կազմակերպել ազատազրկվածների թեթև վարակների կամ աննշան սուր խանգարումների և հիվանդանոցային խնամքի կարիք չունեցող բազմաթիվ քրոնիկական խանգարումների արդյունավետ բուժքույրական խնամքը՝ առաջնային օղակի բուժանձնակազմի հսկողության և/կամ մասնագետ խորհրդատուների ցուցումների համաձայն, որոնք այդ նպատակների համար լիցենզավորված են առողջապահական մարմինների կողմից: Նման բաժանմունքները կարող են էականորեն նվազեցնել երկրորդային առողջապահական կառույցներից անհարկի օգտվելու դեպքերը:
- Քրեակատարողական հիմնարկներում ստեղծել ամբուլատոր պոլիկլինիկական ծառայություն, որի համար հավաքագրել աշխատանքային պայմանագրով և/կամ պայմանագրային հիմունքներով աշխատելու պատրաստակամություն ունեցող բուժանձնակազմ՝ նախըտրելի է շրջանային հիվանդանոցներից, որոնք պարբերաբար կամ անհրաժեշտության դեպքում կայցելեն քրեակատարողական հիմնարկներ և կիրականացնեն իրենց ծառայությունների կարիքն ունեցող հիվանդների հետազոտումն ու բուժումը և/կամ խորհրդատվություն կտրամադրեն առաջնային բժշկական օգնության մասնագետներին: Քրեակատարողական

հիմնարկների բժշկական սպասարկման բաժանմունքները համալրել ոչ դյուրակիր այնպիսի բժշկական սարքավորումներով, որոնք, մասնագետների հետ համագործակցելու դեպքում, անհրաժեշտ են երկրորդային մակարդակի ամբուլատոր բժշկական օգնության համար: Լաբորատոր ծառայությունների համար պայմանագրային հարաբերությունների մեջ մտնել շրջանային բժշկական լաբորատորիաների հետ՝ նախընտրելի է շրջանային հիվանդանոցների կազմում գտնվող:

- Յուրաքանչյուր քրեակատարողական հիմնարկի համար հավաքագրել հոգեբույժ՝ աշխատանքային և/կամ պայմանագրային հիմունքներով, որը ԵԽ և ԽԿԿ հանձնարականների համաձայն պարբերաբար կամ անհրաժեշտության դեպքում հասանելի կլինի հաստատությունում:
- Ստեղծել՝ նախընտրելի է Արմավիր ՔԿ հիմնարկի բուժսպասարկման ընդարձակ բաժանմունքում, միջանկյալ խնամքի ստորաբաժանումներ՝
  - Նախա և հետվիրահատական խնամքի կազմակերպման համար, որը կվերահսկվի պոլիկլինիկայի մասնագետների կողմից՝ քաղաքացիական հիվանդանոցի վիրաբուժական բաժանմունքի հետ համագործակցությամբ, ինչը թույլ կտա նվազեցնել քաղաքացիական հիվանդանոցներում մնալու տևողությունը:
  - Նվազ ծանր կամ քրոնիկական հոգեկան խանգարումներ ունեցող հիվանդների ապահով խնամքի կազմակերպման համար, որոնց դեպքում հոգեբուժական հիվանդանոցում բուժվելու կարիք չկա կամ այն այլևս բացակայում է և որոնք գտնվում են հոգեբույժների և հոգեկան առողջության խնամքի հարցերով վերապատրաստված բուժքույրական անձնակազմի վերահսկման ներքո:
- Փակել Երևանում գտնվող Դատապարտյալների հիվանդանոցը, հաշվի առնելով ներկայում դրա զբաղվածության ցածր մակարդակը, շենքային վատ պայմանները, ժամանակակից հիվանդանոցային պահանջներին չհամապատասխանող ենթակառուցվածքները և հարմարությունները:
- Բոլոր բարդ վիրահատական և նեղ մասնագիտական օգնության կարիք ունեցող բժշկական միջամտությունները իրականացնել քաղաքացիական հիվանդանոցներում, որոնք համալրված են համապատասխան անձնակազմով և հագեցված են այդ միջամտությունների համար անհրաժեշտ սարքավորումներով:
- Ազատագրված հիվանդների համար քաղաքացիական հիվանդանոցներում ստեղծել առանձնացված բաժանմունքներ, որոնք համապատասխանում են վերը վկայակոչված պահանջներին և ամբողջությամբ ինտեգրված են քաղաքացիական հիվանդանոցների կլինիկական ծառայություններին, սակայն ունեն առանձին մուտք և առանձնացված են քաղաքացիական հիվանդներից, պահպանությունը ապահովված է հիվանդանոցում գտնվող ազատագրված անձանց պահելու համար նշանակված անվտանգության աշխատակիցների փոքր խմբի կողմից:
- Պլանավորված հիվանդանոցային միջամտությունների, օրինակ՝ ընտրողական վիրաբուժական միջամտությունների համար ստեղծել թափանցիկ հերթացուցակ, որը հնարավորություն է տալիս պահպանել մահճակալային կարողությունը

արտակարգ պատահարների համար և խուսափել ոչ արտակարգ դեպքերով հիվանդների նկատմամբ անհարկի նախապատվության դեպքերը: Անհրաժեշտ է խիստ հսկողություն սահմանել, որպեսզի ընդունելիության և հիվանդանոցում մնալու տևողության մասին որոշումը կայացվի և փաստաթղթավորվի բացառապես բժշկական նպատակներից ելնելով, ինչը թույլ կտա պահպանել արտակարգ պատահարների համար հիվանդանոցի եղած կարողությունը և խուսափել հիվանդանոցում անհարկի երկարատև մնալու դեպքերից:

- Տեղափոխել Երևանում գտնվող Դատապարտյալների հիվանդանոցի տուբերկուլոզի բաժանմունքը Արմավիր ԲԿ հիմնարկի բժշկական սպասարկման առանձանցված բաժանմունք: Մահճակալների թիվը հնարավոր է զգալիորեն կրճատել, եթե այնտեղ բուժվեն միայն վարակակիր և դեղորայքակայուն հիվանդները, իսկ ոչ վարակակիր կամ այլևս վարակ չունեցող ՏԲ հիվանդները իրենց բուժումն անցնեն այլ քրեակատարողական հիմնարկների բժշկական սպասարկման բաժանմունքների ամբուլատորիաներում՝ գտնվելով ֆտիզիատորների/թոքաբանների անմիջական հսկողության և խնամքի ներքո:
- Սուր և ծանր հոգեկան խանգարումներ ունեցող հիվանդների, օրինակ՝ սուր փսիխոզի, ծանր դեպրեսիայի, ինքնասպանության բարձր հակման դեպքում խնամքը, որն անհամատեղելի է քրեակատարողական հիմնարկում ազատագրկման հետ, պետք է իրականացվի քաղաքացիական հոգեբուժական հիվանդանոցներում: ՀԱՊԱԿ-ը կարող է համապատասխանել այդ նպատակի համար՝ պայմանով, որ դրա շենքային տարածքները վերանորոգվեն և վերազինվեն, ոչ դեղորայքային բուժման մեթոդներ ներդրվեն, իսկ ներքին անվտանգությունն էլ ապահովված լինի համապատասխան վերապատրաստում անցած անձնակազմի կողմից:
- Ազատագրկված հիվանդների խնամքն ապահովող բոլոր բուժաշխատողների համար պարտադիր դարձնել ՇՄԶ-ի և դրա փաստաթղթավորման պահանջները՝ այն տարածելով ինչպես առաջնային, այնպես էլ՝ հիվանդանոցային և այլ երկրորդային բուժօգնության վրա:
- Ապահովել, որպեսզի քրեակատարողական հիմնարկում գործող բժշկական սպասարկման բոլոր բաժանմունքները և ազատագրկվածների խնամքը լիովին համահունչ լինեն հիվանդանոցային վարակի կանխարգելման և վարակի հսկողության վերաբերյալ ներպետական և միջազգային հանձնարարականներին, ինչպիսի առաջարկությունը մանրամասն ներկայացվել է Հայաստանի Հանրապետության քրեակատարողական հիմնարկների և բժշկական սպասարկման բաժանմունքների վարակի հսկողության և սանիտարահամաճարակային պահպանման հարցերի շուրջ կատարված կարիքների գնահատման առաքելության արդյունքերի վերաբերյալ զեկույցում:

## **Հավելված 1. Փաստաթղթեր**

### Ներպետական փաստաթղթեր՝

ՀՀ Սահմանադրություն

ՀՀ քրեակատարողական օրենսգիրք

ՀՀ քրեական օրենսգիրք

«Ձերբակալված և կալանավորված անձանց պահելու մասին» ՀՀ օրենք

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենք

«Լիցենզավորման մասին» ՀՀ օրենք

«Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենք

«Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի թիվ 318-Ն որոշում

«Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային հոգեբուժական բժշկական օգնության տրամադրման կարգը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության 2010 թվականի ապրիլի 1-ի թիվ 305-Ն որոշում

«Կալանավորված անձանց և դատապարտյալների ՄԻԱՎ վարակի վերաբերյալ բուժաշխատողների կողմից նախաթեստային և հետթեստային խորհրդատվության ու հետազոտության իրականացման կարգը սահմանելու մասին» ՀՀ կառավարության 2013 թվականի հուլիսի 10-ի թիվ 733-Ն որոշում

«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 2006 թվականի մայիսի 26-ի թիվ 825-Ն որոշում

«Հայաստանի հանրապետության առողջապահության նախարարության պետական առողջապահական գործակալության կանոնադրությունը և կառուցվածքը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության 2002 թվականի օգոստոսի 15-ի թիվ 1301-Ն որոշում

«Միջգերատեսչական բժշկական հանձնաժողովներ ստեղծելու կարգը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության 2003 թվականի դեկտեմբերի 4-ի թիվ 1636-Ն որոշում

«Հայաստանի Հանրապետության քրեակատարողական հիմնարկներում բժշկական ծառայությունների արդիականացման հայեցակարգին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության 2017 թվականի հունվարի 19-ի թիվ 2 արձանագրային որոշում

«Քրեակատարողական բժշկության կենտրոն» պետական ոչ առևտրային կազմակերպություն ստեղծելու մասին» ՀՀ կառավարության 2018 թվականի մարտի 1-ի թիվ 204-Ն որոշում

«Հայաստանի Հանրապետության արդարադատության նախարարության քրեակատարողական վարչության կանոնադրությունը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության 2006 թվականի օգոստոսի 24-ի թիվ 1256-Ն որոշում

«Պոլիկլինիկաների (խառը, մեծահասակների և մանկական), առանձին մասնագիտացված կաբինետների, ընտանեկան բժշկի գրասենյակների, բժշկական ամբուլատորիաների, գյուղական առողջության կենտրոնների, բուժակ-մանկաբարձական կետերի, կանանց կոնսուլտացիաների և հիվանդանոցային (մասնագիտացված) բժշկական օգնության ու սպասարկման համար անհրաժեշտ տեխնիկական և մասնագիտական որակավորման պահանջներն ու պայմանները հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի թիվ 1936-Ն որոշում

«Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում բնակչությանը ցուցաբերվող արտահիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման, առողջության առաջնային պահպանման բժիշկների կողմից կանխարգելիչ այցի կազմակերպման չափորոշիչները, առողջության առաջնային պահպանում իրականացնող բժիշկների (տեղամասային թերապևտ, ընտանեկան բժիշկ) և պոլիկլինիկական ու հիվանդանոցային նեղ մասնագետների փոխհամագործակցություն իրականացնելու, ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական կազմակերպությունների կողմից տասնութ տարեկանից բարձր բնակչության համար տնային կանչերի ընդունման, այցերի կազմակերպման և իրականացման կարգերը, ուղեգրերի ձևերը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 13-ի թիվ 47-Ն հրաման

«Բնակչությանը պետության կողմից երաշխավորված անվճար և (կամ) արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման չափորոշիչը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի նոյեմբերի 18-ի թիվ 71-Ն հրաման

«Պետության կողմից երաշխավորված անվճար կամ արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում բնակչությանը նորագույն և թանկարժեք տեխնոլոգիաների կիրառմամբ մատուցվող բժշկական ծառայությունների չափորոշիչը, նորագույն և թանկարժեք տեխնոլոգիաների կիրառմամբ մատուցվող բժշկական ծառայությունների տրամադրման ցանկը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 28-ի թիվ 57-Ն հրաման

«Բնակչությանը պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում դիսպանսերային (շարունակական) հսկողության ծառայության կազմակերպման և կազմակերպամեթոդական աշխատանքների իրականացման չափորոշիչը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի հոկտեմբերի 31-ի թիվ 68-ն հրաման

«Հայաստանի Հանրապետությունում տուբերկուլոզի համաճարակաբանական հսկողության N 3.1.1-010-08 սանիտարահամաճարակային կանոնները և նորմերը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի 2008 թվականի հոկտեմբերի 20-ի թիվ 21-Ն հրաման

### ԵՄ փաստաթղթեր՝

Վլադիմիր Օրտակով, Յորգ Փոնթ, Ռոզա Բաբայան, Նաիրա Ղարախանյան, Դավիթ Խաչատուրյան՝ Հայաստանի Հանրապետության բանտերում առողջապահության գնահատման առաքելության հաշվետվություն, 2015թ. հուլիս

Գոհար Սիմոնյան, Օլիվերա Վուլիչ՝ Հայաստանի Հանրապետության քրեակատարողական հիմնարկներում հոգեկան առողջության խնդիրների վերաբերյալ զեկույց, 2017թ. մայիս

Լիլիթ Ավետիսյան, Ռոմելլա Աբովյան՝ Հայաստանի Հանրապետության քրեակատարողական հիմնարկների և բժշկական սպասարկման բաժանմունքների վարակի հսկողության և սանիտարահամաճարակային պահպանման հարցերի շուրջ կատարված կարիքների գնահատման առաքելության արդյունքների վերաբերյալ զեկույց, 2017թ. նոյեմբեր

Հայաստանի բանտային առողջապահական ծառայությունների գնահատման նպատակով կատարված փորձագիտական այցի արդյունքների վերաբերյալ Եվրոպային խորհրդի զեկույց (Arpo/Ekeid զեկույց), 2002թ. մայիս

2015 թվականի հոկտեմբերին Հայաստան կատարած պարբերական այցի արդյունքների վերաբերյալ ԽԿԿ-ի զեկույց և Կառավարության պատասխան, CPT/Inf(2016)31 և CPT/Inf(2016)32



## **Հավելված 2. Գնահատողական այցի օրակարգ**

### 19 մարտի 2018թ.

- 09:30 – 10:30 Հանդիպում ՀՀ արդարադատության փոխնախարար՝ պրն. Քրմոյանի հետ
- 10:30 - 17:00 Այցելություն Դատապարտյալների հիվանդանոց
- 17:00 – 18:00 Հանդիպում ԱՆ քրեակատարողական վարչության բժշկական սպասարկման բաժնի պետ՝ պրն. Հովհաննիսյանի հետ

### 20 մարտի 2018թ.

- 09:30 – 10:30 Հանդիպում ՀՀ առողջապահության նախարարի տեղակալ՝ պրն. Խաչատրյանի և ՀՀ առողջապահության նախարարության բժշկական օգնության քաղաքականության վարչության պետ՝ պրն. Մելիք-Նուբարյանի հետ
- 11.00 – 13.00 Հանդիպում Էրեբունի հիվանդանոցի գործադիր տնօրենի՝ պրն. Մանուկյանի հետ, շրջայց Էրեբունի հիվանդանոցում, Երևան
- 13:30 – 14:30 Հանդիպում Հոգեկան առողջության պահպանման ազգային կենտրոնի (նախկինում՝ Նուբարաշեն հոգեբուժական հիվանդանոց) ղեկավար՝ պրն. Միրինջանյանի հետ, շրջայց Կենտրոնի ձեռքբերված անձանց համար նախատեսված շինությունում
- 15:00 – 15:30 Հանդիպում Մարդու իրավունքների պաշտպանի գրասենյակի ներկայացուցիչների հետ
- 16.00 – 18.00 Այցելություն Արմավիր ՔԿ հիմնարկ, Արմավիրի մարզ