



USAID
ԱՄԵՐԻԿԱՅԻ ԺՈՂՈՎՐԻՑ



**ԵԿՐԱՍԻԱ
ԼԱՍԱԳՈՐԾԱԿՑՈՒՅՈՒՆ
ԸՆՏԱԴՐԱՄ**

ԵՀՀ համալսարան

Մոցիլակյան պաշտպանությունը Հայաստանում

Սոցիալական պաշտպանությունը Հայաստանում

Սույն ձեռնարկը ներկայացնում է Հայաստանի սոցիալական պաշտպանության համակարգը՝ անդրադառնալով սոցիալական ներառականության և առողջ ապրելու իրավունքին: Ձեռնարկը ուղղված է քաղաքացիական հասարակության ներկայացուցիչներին և առհասարակ լայն շրջանակների համար՝ Հայաստանի սոցիալական պաշտպանության մասին համապարփակ պատկեր տրամադրելու համար:

Հեղինակներ

Մարիամ Մազմանյան
Լուսինե Սադումյան
Մովսես Արիստակեսյան

Եվրասիա համագործակցություն հիմնադրամի (ԵՀՀ) տեսլականն է նպաստել նրան, որ Հարավային Կովկասը կայանա որպես խաղաղ, հակամարտություններից զերծ և համագործակցող տարածաշրջան, կաշքի ընկնի քաղաքացիների ներգրավման բարձր մակարդակով, սոցիալապես պատասխանատու ձեռներեցությամբ ու կայուն, պատասխանատու կարողունավետ հասարակությամբ: ԵՀՀ-ն տարիներ շարունակ աշխատում է քննադատական մտածողության կայուն տրամաբանության կրթության մեթոդների ասպարեզում իր մի շարք ծրագրերում, ինչպես, օրինակ, մարդու իրավունքների, կոնֆլիկտների տրանսֆորմացիայի և խաղաղարարության, քաղաքացիական հասարակության հզորացման և այլն:

Սույն ձեռնարկը մաս է կազմում «ԵՀՀ համալսարան» խորագրի ներքո հրատարակվող ձեռնարկների շարքի: Շարքն ընդգրկում է գրույցներ չորս ծավալուն թեմաների վերաբերյալ.

- **Քննադատական մտածողություն (ՔՄ)**
- **Պատերազմ և խաղաղություն (ՊԽ)**
- **Քաղաքացիական հասարակություն (ՔՀ)**
- **Կրթություն, պատմության մեթոդաբանություն, մշակույթ և արժեքներ (ԿՊՄՄԱ)**

Ձեռնարկը ստեղծվել է «ՀԿ Դեպո – Հասարակական կազմակերպությունների զարգացման ծրագրի» շրջանակում՝ Ամերիկայի ժողովրդի աջակցությամբ՝ ԱՄՆ Միջազգային զարգացման գործակալության միջոցով: Ծրագրի շրջանակում ստեղծված նյութերի բովանդակությունը կամ արտահայտված տեսակետները միմիայն Եվրասիա համագործակցություն հիմնադրամին են, և պարտադիր չէ, որ արտահայտեն ԱՄՆ ՄԶԳ կամ ԱՄՆ կառավարության տեսակետները:

«ՀԿ Դեպո – Հասարակական կազմակերպությունների զարգացման ծրագրի» խթանում է քաղաքացիական հասարակության կայուն զարգացումը և ուժգնացնում ՀԿ-ների՝ որպես բարեփոխումներն առաջ մղող, ծառայությունները բարելավող և տնտեսական, ժողովրդավարական ու սոցիալական ռիտորներում արդյունավետ կառավարմանը նպաստող դերակատարների կարողությունները:

Նախարան ԵՀՀ-ից

Քաղաքացիական հասարակությանը (ՔՀ) տրվել են տարբեր բնութագրեր և ձևակերպումներ: Դրանք փորձում են սահմանել այն մեծ ծավալի աշխատանքը, որ ՔՀ կառույցները և կազմակերպությունները կատարում են՝ լուծելու հասարակության տարբեր խնդիրներ: ՔՀ կազմակերպությունների գործունեությունը, սակայն, միշտ չէ, որ գնահատվում է արժանի կերպով: Ի տարբերություն բիզնեսի, որի համար հեղինակությունն ստեղծելը առաջնային է հաջողության հասնելու ճանապարհին, և պետական կառույցների, որոնք այսպես թե այնպես հանրության ուշադրության կենտրոնում են, ՔՀ-ների աշխատանքը և ազդեցությունը երբեմն անտեսանելի են մնում: Աշխատելով պետությունից հասարակություն, մարդուց օրենք, մարդուց հասարակություն, բիզնեսից մարդ, տեղականից միջազգային, հասարակությունից պետություն և մի շարք այլ վեկտորներով՝ ՔՀ-ները ստեղծում են անհրաժեշտ կապերը և լրացնում պակասող օղակները «մարդ-հասարակություն» համակարգի սահուն աշխատանքի համար:

Մեր օրերում, սակայն, ՔՀ-ները զբաղված են ոչ միայն այս պակասող օղակները լրացնելով և հասարակությունում առկա խնդիրները հայտնաբերելով ու վերացնելով, այլև դրանց լուծման համար միջոցներ հայթայթելով: Արդյունքում գրեթե ժամանակ չի մնում ինքնակրթվելու և կարողությունների զարգացման համար՝ ուժեղացնելու սեփական կազմակերպությունը, քանի որ ուժեղ կազմակերպությունը միայն կարող է արդյունավետ կերպով ծառայել հասարակության տարբեր խմբերի շահերին:

Միևեկ՝ ընթերցող, Եվրասիա համագործակցություն հիմնադրամը (ԵՀՀ) ՀԿ Դեպո ծրագրի շրջանակում ԱՄՆ ՄԶԳ-ի օժանդակությամբ բացառիկ հնարավորություն է ստացել ստեղծելու գործիքներ և գիտելիքի փոխանցման արդյունավետ միջոցներ, որոնք ՔՀ-ներին օգնում են մեծացնելու իրենց կայունության զարգացման և փոփոխություններին դիմակայելու հնարավորությունները:

Այս ձեռնարկը ստեղծված միջոցներից մեկն է, որի նպատակն է խնայել ՔՀ-ի աշխատակցի ժամանակը և մասնագիտական հսկայածավալ դասագրքերի ու լրատվահոսքի փոխարեն տրամադրել նրանց տարբեր ոլորտների առնչվող կառուցվածքային և վերլուծական ամենաանհրաժեշտ տեղեկատվությունը:

ԵՀՀ-ն մշտապես իր ուշադրության կենտրոնում է պահում գիտելիքների և մտածելակերպի նորացման գործը, և «ԵՀՀ համալսարան» խորագրով հրատարակվող նյութերը ծառայում են այդ նպատակին:

Հուսով ենք՝ այս ձեռնարկը, ինչպես ԵՀՀ համալսարանի մյուս հրապարակումները, կաջակեն ՔՀ-ներին պետություն-ՔՀ համագործակցության, շահերի պաշտպանության, նոր նախաձեռնությունների գործընթացներում, ինչպես նաև բարելավելու իրենց ծառայություններն ու ռազմավարությունները:

Սոցիալական պաշտպանությունը Հայաստանում

Նախաբան ԵՀՀ-ից.....	3
1. Սոցիալական պաշտպանության քաղաքականությունը ՀՀ-ում. ՔՀԿ մասնակցության մեխանիզմները ընթացիկ բարեփոխումներում.....	5
2. Ներառական սոցիալական պաշտպանություն	21
Ներածություն	21
2.1 Սոցիալական ներառականություն և օտարում	22
<i>2.1.1. Սոցիալական ներառականությունը զարգացման քաղաքականության օրակարգում</i> 24	
<i>2.1.2. Ներառական սոցիալական պաշտպանություն</i>	<i>26</i>
2.2. Ներառական համայնքների գաղափարը. Բարսելոնի օրինակը	36
2.3. ՔՀԿ-ների դերը ներառական սոցիալական պաշտպանության ձևավորման գործում.....	37
Գրականության ցանկ	39
3. ՀՀ քաղաքացու առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանությունը և դրա հիմնախնդիրները ..	41
1. ՀՀ քաղաքացիական օրենսգիրքը,	75
2. Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ ՀՀ օրենսգիրքը,	75
3. Վարչական դատավարության մասին օրենսգիրքը,	75
4. ՀՀ քաղաքացիական դատավարության օրենսգիրքը,	75
5. «Հասարակական կազմակերպությունների մասին» ՀՀ օրենքը,	75
6. «Վարչարարության հիմունքների և վարչական վարույթի մասին» ՀՀ օրենքը,.....	75
7. «Հաշտարարության մասին» ՀՀ օրենքը,.....	75

1. Սոցիալական պաշտպանության քաղաքականությունը ՀՀ-ում. ՔՀԿ մասնակցության մեխանիզմները ընթացիկ բարեփոխումներում

Մարիամ Մազմանյան

Նախաբան

ՀՀ Սահմանադրությամբ ամրագրված է, որ Հայաստանի Հանրապետությունը ինքնիշխան, ժողովրդավարական, սոցիալական և իրավական պետություն է¹: Լորենս ֆոն Շտայնի սահմանմամբ՝ սոցիալական է այն պետությունը, որտեղ կարևորվում է պետության հայրիշխանական դերի ստանձնումը հասարակության անխտիր բոլոր անդամների նկատմամբ՝ անկախ նրանց սոցիալական պատկանելությունից²:

Սոցիալական պետությունը, ըստ էության, ենթադրում է սոցիալական խնդիրների լուծման համապատասխան իրավական ու ինստիտուցիոնալ հենք, հստակ մշակված ռազմավարություն ու միջոցներ, ինչպես նաև դրանց կանխարգելման հայեցակարգային հիմքեր կամ, այլ կերպ ասած, արդյունավետ գործառնող սոցիալական պաշտպանության համակարգի առկայություն:

Կարելի է առանձնացնել սոցիալական պետության հետևյալ հիմնական գործառնությունները.

- բնակչության զբաղվածության և եկամուտների անընդհատ աճի ապահովում.
- հասարակության բոլոր անդամների համար սոցիալական ապահովագրության հասանելիություն.
- կրթական, առողջապահական ծառայությունների և հոգևոր-մշակութային զարգացման հասանելիություն.
- բնակչության սոցիալական պաշտպանություն.
- հասարակության մեջ սոցիալական անհավասարության մեղմում եկամուտների վերաբաշխման արդյունավետ մեխանիզմների կիրառման միջոցով:

Պետք է ընդունել, որ նշված գործառնությունների իրականացումը, սակայն, հնարավոր չէ արդյունավետ կազմակերպել առանց քաղաքացիական ուժեղ հասարակության, որը պետք է տիրապետի ինքնակազմակերպման և ինստիտուցիոնալ անհրաժեշտ մեխանիզմների գապելու ոչ միայն պետության «ավելորդ» միջամտությունը շուկայական ու սոցիալական գործընթացներին, այլև թույլ չտալու, որ շուկայի տրամաբանությամբ ընթացող զարգացումները ճնշեն սոցիալական արդարության սկզբունքի դրսևորումը: Հետևաբար սոցիալական պետության հիմնական բաղկացուցիչներից պետք է համարել նաև կայացած քաղաքացիական հասարակությունը³:

¹ Տե՛ս ՀՀ Սահմանադրություն, գլուխ 1, հոդված 1.

<https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=102510> (31.08.2019 թ.):

² Տե՛ս **Бирюков С.**, Классик государственного социализма // www.apn.ru/publications/article17749.htm

³ Տե՛ս **Վ. Գյոզալյան**, Սոցիալական պետություն. ՀՀ ձեռքբերումներն ու մարտահրավերները:

Սույն բաժնի նպատակն է ի մի բերել սոցիալական պաշտպանության ոլորտում իրականացվող գործընթացների վերաբերյալ տեղեկատվությունը և այն մատչելի լեզվով ներկայացնել քաղաքացիական հասարակության ներկայացուցիչներին՝ ՔՀԿ-ներին, քաղաքացիներին և բոլոր հետաքրքրված անձանց: Այս տեղեկատվությունը օգտակար կլինի քաղաքացիական հասարակության ներկայացուցիչների և հատկապես ՔՀԿ-ների համար՝ արդյունավետորեն գործելու ընթացիկ իրողությունների համատեքստում: Բաժնում ամփոփ անդրադարձ է կատարվում հետխորհրդային Հայաստանում սոցիալական պաշտպանության համակարգի ձևավորմանը, ներկայացվում է ներկայիս համակարգն իր հիմնական բաղադրիչներով, սոցիալական ռիսկերին արձագանքելու պետական քաղաքականությունը:

Վերջում անդրադարձ է կատարվում բնակչության սոցիալական պաշտպանության գործընթացում պետություն-քաղաքացիական հասարակություն հարաբերությանը. փորձ է արվում բացահայտելու քաղաքացիական հասարակության՝ որպես սոցիալական կապիտալ հանդես գալու ներուժն ու բնակչության սոցիալական պաշտպանության գործընթացում մասնակցության հիմնական մեխանիզմները:

Բնակչության սոցիալական պաշտպանության համակարգը. ձևավորման ընթացքը և զարգացման հեռանկարները

Խորհրդային պետության սոցիալական քաղաքականությունը գուրկ էր հարուստների, միջին խավի և կարիքավորների շահերի պաշտպանությունն ապահովելու գաղափարախոսությունից, նորմերից և մեխանիզմներից, քանի որ նման բաժանումը խորթ էր այդ հասարակարգին: Սոցիալիստական հասարակարգը իր սոցիալական քաղաքականությունը հիմնում էր համընդհանուր սոցիալական ապահովման և առավելագույն սոցիալական երաշխիքների սկզբունքների վրա: Պետությունն ապահովում էր անվճար կրթություն, բուժօգնություն, կացարան, հանգիստ, ծերության կենսաթոշակ, հաշմանդամության թոշակներ, անչափահաս երեխաների նպաստ, իրագործում համընդհանուր զբաղվածության խնդիրը⁴:

Խորհրդային Միության անկմամբ վերջ դրվեց Հայաստանում հայրիշխանական, կոմունիստական ռեժիմին, և հնարավորություն տրվեց ձևավորելու սոցիալական պաշտպանության համակարգ՝ հիմնված անհատական կարիքների և ժողովրդավարության սկզբունքների վրա: Այնուամենայնիվ, հասարակարգերի այս կտրուկ փոփոխությունը բնակչության եկամուտների ու կյանքի որակի տեսանկյունից ճգնաժամային իրավիճակ առաջացրեց: Նորանկախ Հայաստանի կառավարությունը չունեի միջոցներ՝ ապահովելու բնակչությանը նրան հասանելիք նվազագույն ծառայություններով:

Հետխորհրդային Հայաստանում բնակչության սոցիալական պաշտպանության համակարգի ձևավորման գործընթացը պայմանականորեն կարելի է բաժանել մի քանի փուլի.

- **Առաջին փուլը** շուկայական հարաբերությունների ձևավորման սկիզբն էր (1991-1995 թթ.): Անկախության հռչակումից հետո Հայաստանի իշխանությունների առջև ծառայան բազմաթիվ խնդիրներ, որոնց թվում էին աղքատների ու գործազուրկների

⁴ Տե՛ս **Է. Գ. Մինասյան**, «Հայաստանի Հանրապետության սոցիալական քաղաքականությունը (1990-2003 թթ.)», էջ 3-4, [http://raber.asj-oa.am/3/1/2003-2\(3\).pdf](http://raber.asj-oa.am/3/1/2003-2(3).pdf) (24.08.2019 թ.):

սոցիալական պաշտպանությունը, ինչպես նաև հասարակության բոլոր խավերի շահերը հաշվի առնող ամբողջական սոցիալական քաղաքականության մշակումը: Դա նորանկախ Հայաստանի համար բավական բարդ խնդիր էր սոցիալական պաշտպանության իրականացման մեխանիզմների և ավանդույթների բացակայության պատճառով: Անկախ պետականության բացակայության պայմաններում Հայաստանի սոցիալական քաղաքականությունը համապատասխանում էր այն երկրի (ԽՍՀՄ) սկզբունքներին, որի կազմի մեջ էր հանրապետությունը: Միաժամանակ, Հայաստանում գործում էին սոցիալական պաշտպանության սեփական մեխանիզմներ, որոնք հիմնված էին ազգային սովորույթների վրա:

- **Երկրորդ փուլը** (1996-2000 թթ.) սոցիալական աջակցության և սոցիալական ապահովագրության համակարգերի տարանջատման սկիզբն էր: Անկախության տասը տարիների ընթացքում ՀՀ-ում սոցիալական քաղաքականության ցուցանիշների դինամիկայի վերլուծությունը⁵ ցույց է տալիս, որ սոցիալական ոլորտի բարեփոխումները չեն բխել հստակ մշակված սոցիալական քաղաքականությունից և ունեցել են ավելի շատ մարտավարական, քան ռազմավարական բնույթ: Սակայն սոցիալական պաշտպանության ոլորտում որպես դրական տեղաշարժ կարելի է առանձնացնել բնակչության սոցիալական պաշտպանության նոր կառուցակարգերի ստեղծումը, ոլորտը կանոնակարգող մի շարք իրավական ակտերի առկայությունը, սոցիալական աշխատողների պատրաստման և վերապատրաստման ծրագրերը, կայուն համագործակցությունը միջազգային կառույցների հետ, սոցիալական ոլորտի կառավարման համակարգի տեխնիկական զինումը և, իհարկե, ոլորտի բարեփոխումներին ուղղված բազմաթիվ ծրագրերի առկայությունը:
- **Երրորդ փուլը** (2001-ից առ այսօր) սոցիալական բարեփոխումների իրականացման փուլն է՝ պայմանավորված, նախ և առաջ, Եվրախորհրդին Հայաստանի անդամակցությամբ: ՀՀ-ն, դառնալով Եվրախորհրդի անդամ (2001 թ.), պարտավորություն ստանձնեց երկու տարում ստորագրելու և վավերացնելու Վերանայված եվրոպական սոցիալական խարտիան: Դրա վավերացումը ՀՀ-ի կողմից (2004 թ.), նոր սկզբունքների և արդիական գաղափարների հիման վրա ամրագրված սոցիալական իրավունքների և նպատակների իրագործման ստանձնումը նոր իրավիճակ ստեղծեցին ՀՀ-ում իրականացվող սոցիալական քաղաքականության մեջ: Կանխորոշվեցին նաև սոցիալական բարեփոխումների ընթացքը և ուղղությունները: Առաջնահերթ խնդիր դարձավ սոցիալական օրենսդրության համապատասխանեցումը եվրոպական չափորոշիչներին⁶:

Հայաստանում քաղաքացիների սոցիալական պաշտպանության իրավունքը երաշխավորվում է ՀՀ Սահմանադրությամբ և կարգավորվում ՀՀ օրենսդրությամբ:

Սոցիալական պաշտպանության պետական քաղաքականության **նպատակը** պետության կողմից երկրի բնակչության որոշակի ռիսկերին դիմագրավելու կամ որոշակի կարիքներ

⁵ Տե՛ս Մարդկային զարգացման զեկույց, Հայաստան, 2001, Երևան, 2001 թ., էջ 93:

⁶ Տե՛ս **Մ. Յարմալյան**, Բնակչության սոցիալական պաշտպանության համակարգը հետխորհրդային Հայաստանում. ձևավորման ընթացքը և զարգացման հեռանկարները, էջ 18-19, <http://ysu.am/files/4-1512133744-.pdf> (10.08.2019 թ.):

հոգալու հնարավորությունների ընդլայնումն է⁷: Այն պաշտպանում է անհատների ու խմբերի շահերը ոչ միայն կյանքի դժվարին իրավիճակներում, այլև փորձում կանխարգելել նման իրավիճակների առաջացման հավանականությունը սոցիալական երաշխիքների և համապատասխան ծառայությունների տրամադրման, բնակչության եկամուտների և ծախսերի կարգավորման, ինչպես նաև տարաբնույթ նպատակային սոցիալական ծրագրերի իրականացման միջոցով⁸: Համընդհանուր բարեկեցության պետության (welfare state) հայեցակարգի տրամաբանությամբ մեկնաբանելիս սոցիալական պաշտպանության համակարգի թիրախը **պետք է լինեն** ոչ միայն բնակչության առավել խոցելի խմբերը, այլև ամբողջ բնակչությունը:

Պետության կողմից սահմանված են սոցիալական պաշտպանության համակարգի գործառույթները, որոնց հիման վրա բնակչության խոցելի խմբերին առաջարկվում են համապատասխան ծրագրեր, ներառյալ՝

- պետական սոցիալական աջակցության ծրագրերը.
- սոցիալական ապահովության ծրագրերը.
- սոցիալական պաշտպանության ծրագրերը.
- պետական սոցիալական ապահովագրության ծրագրերը.
- զբաղվածության ծրագրերը⁹:

Սոցիալական պաշտպանության քաղաքականությունը Հայաստանում իրականացվում է ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության կողմից, որը պատասխանատվություն է կրում աշխատանքի և սոցիալական պաշտպանության համակարգի բոլոր ճյուղերի (բացի առողջապահության) քաղաքականության մշակման և իրականացման համար¹⁰: Սոցիալական ծառայությունները մատուցվում են պետական և ոչ պետական կառույցների կողմից, և քայլեր են ձեռնարկվում դրանք որպես փաթեթ առաջարկելու ուղղությամբ:

Ընդհանուր առմամբ, կարելի է առանձնացնել հետխորհրդային Հայաստանում ձևավորված սոցիալական պաշտպանության համակարգի երկու կարևոր բաղադրիչ՝

1. սոցիալական ապահովագրություն.
2. սոցիալական աջակցություն:

Ստորև առավել մանրամասն կքննարկենք նշված բաղադրիչներից յուրաքանչյուրը համընդհանուր սոցիալական պաշտպանության քաղաքականության համատեքստում: Այսպիսով՝ **ի՞նչ է սոցիալական պաշտպանությունը՝ համընդհանուր բարեկեցությունն, թե՞ աղքատ բնակչության կարիքների մասնակի բավարարում:**

⁷ Տե՛ս ՀՀ 2014-2025 թթ. հեռանկարային զարգացման ռազմավարական ծրագիր,

<https://www.gov.am/files/docs/1322.pdf> (31.08.2019 թ.):

⁸ Տե՛ս ՀՀ սոցիալական պաշտպանության համակարգի բարեփոխումների ուղեցույց, ՍԱՀԱ, Երևան, 2017 թ., http://aasw.org/images/products/1515923611-Handbook%20on%20Social%20Reforms%20in%20Armenia_ARM.pdf (31.08.2019 թ.):

⁹ Տե՛ս «Սոցիալական պաշտպանությունը և սոցիալական ներառումը Հայաստանում» զեկույց, Եվրոպական հանձնաժողով, 2011 թ., էջ 8:

¹⁰ Նախարարության գործունեությանը առավել մանրամասն ծանոթացի՛ր այստեղ՝ <http://www.mlsa.am/> (ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության պաշտոնական կայքէջ):

Նպատակ ունենալով խթանելու կառավարությունների կողմից բնակչության բոլոր խմբերի բազային/հիմնական սոցիալական պաշտպանությունն ու նպաստելու սոցիալական պաշտպանության առավել բարձր մակարդակների նվաճմանը՝ Աշխատանքի համաշխարհային կազմակերպության (ILO) 2012 թ. ընդունված թիվ 2020 առաջարկությունների փաստաթղթում ամրագրված են սոցիալական պաշտպանության առանցքային դրույթները, մասնավորապես՝

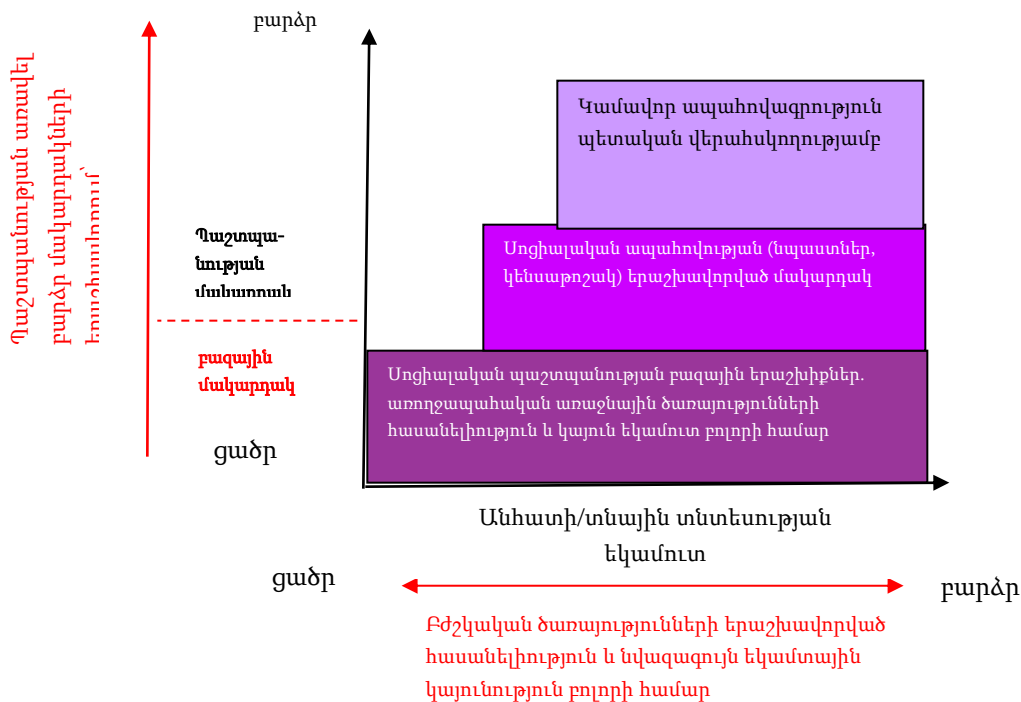
- **սոցիալական պաշտպանությունը մարդու իրավունք է**, և բոլորը, անկախ նրանից, թե որտեղ և ինչ պայմաններում են բնակվում, պետք է ունենան առնվազն հիմնական/բազային սոցիալական պաշտպանության մակարդակ.
- սոցիալական պաշտպանության քաղաքականությունը սոցիալական և տնտեսական անհրաժեշտություն է՝ ուղղված աղքատության, անհավասարության և սոցիալական մեկուսացման հաղթահարմանը.
- ԱՀԿ կողմից առաջարկվող սոցիալական պաշտպանության բազային/հիմնական մակարդակը տնտեսապես իրագործելի է և կարող է ներդրվել ու իրականացվել ամենուրեք՝ տեղայնացվելով տվյալ երկրի համատեքստին.
- սոցիալական պաշտպանության բազային/հիմնական մակարդակը պետք է բաղկացած լինի նվազագույնը հետևյալ սոցիալական երաշխիքներից՝ **բոլորի համար երաշխավորված հիմնական բուժօգնություն, եկամտային կայունություն մանկության, չափահասության և ծերության շրջանում.**
- անհրաժեշտ են նաև համապատասխան ռազմավարություններ՝ խթանելու բնակչության սոցիալական պաշտպանության մակարդակը:

Նշված հիմնադրույթներն իրականություն դարձնելու համար ԱՀԿ-ն առաջարկում է ռազմավարական 2 ուղղություն՝

1. սոցիալական պաշտպանության *հիմնական/բազային մակարդակի* սահմանում՝ որպես ազգային անվտանգության քաղաքականության առանցքային բաղադրիչ (տե՛ս գծապատկեր 1, հորիզոնական առանցք).
2. այնպիսի ռազմավարությունների իրականացում, որոնք երաշխավորում են բնակչության սոցիալական պաշտպանության *առավել բարձր մակարդակները* որքան հնարավոր է մեծ թվով մարդկանց համար (տե՛ս գծապատկեր 1, ուղղահայաց առանցք)¹¹:

Գծապատկեր 1. ԱՀԿ առաջարկած սոցիալական պաշտպանության մակարդակները

¹¹ Տե՛ս «Social Security for all. Building social protection floors and comprehensive social security systems». International labor organization, 2012, pp. 3-8.



Այժմ մեկնաբանենք Գծապատկեր 1-ն ու զուգահեռներ անցկացնենք հայաստանյան իրականության հետ:

Հորիզոնական հարթություն. սոցիալական պաշտպանության բազային երաշխիքներ
 Հորիզոնական հարթությունը ներկայացնում է սոցիալական պաշտպանության բազային երաշխիքներ, որոնք պետությունը պետք է ապահովի բոլոր քաղաքացիների համար, ներառյալ առողջապահական ծառայությունների հասանելիություն և եկամտային կայունություն՝ առնվազն ազգային մակարդակում սահմանված նվազագույն կենսամակարդակին համապատասխան:

Սոցիալական պաշտպանության բազային/հիմնական մակարդակը բոլոր բնակիչներին պետք է առաջարկի առնվազն հետևյալ սոցիալական երաշխիքները.

- հասանելիություն ազգային մակարդակում սահմանված ապրանքներին և ծառայություններին, ներառյալ առողջապահական ծառայություններ, մայրության նպաստ՝ որակի և մատչելիության միջազգայնորեն ընդունված չափանիշներին համապատասխան.
- եկամտային կայունություն երեխա ունեցող ընտանիքների համար, որն ապահովում է մի շարք ապրանքների և ծառայությունների հասանելիություն, այդ թվում՝ սնունդ, կրթություն, ինամք և այլն.

- կայուն եկամտի ապահովում այն անձանց համար, ովքեր ակտիվ զբաղվածության տարիքում են, բայց հիվանդության, գործազրկության, մայրության, հաշմանդամության պատճառով չունեն «ինքնախնամքի» համար միջոցներ և/կամ կարողություններ.
- բազային եկամտային կայունություն/ապահովություն տարեց անձանց համար¹²:

Բնակչությանը նվազագույն բազային ծառայություններով ու եկամտով ապահովելու ուղղությամբ ՀՀ կառավարության կողմից իրականացվում են **սոցիալական աջակցության** և ապահովության մի շարք ծրագրեր: Օրինակ՝ պետությունը սերունդների համերաշխության սկզբունքով¹³ տրամադրում է ծերության սոցիալական կենսաթոշակ 65 տարին լրացած և աշխատանքային կենսաթոշակ ստանալու իրավունք չունեցող անձին: Այդպիսով պետությունը ձգտում է նվազագույն եկամտով ապահովելու այն քաղաքացիներին, ովքեր կա՛մ երբևէ չեն աշխատել, կա՛մ չունեն բավարար աշխատանքային ստաժ աշխատանքային կենսաթոշակ ստանալու համար: Պետությունը նաև նվազագույն սոցիալական երաշխիքներ է տրամադրում մայրերին՝ հատկացնելով մինչև 2 տարեկան երեխայի խնամքի նպաստ¹⁴, երեխայի ծննդյան միանվագ նպաստ¹⁵: Աղքատությունը դիտարկելով որպես ազգային անվտանգությանը սպառնացող էական ռիսկ՝ պետությունը անապահով ընտանիքների կենսամակարդակի բարձրացմանն օժանդակելու կամ դրա վատթարացումը կանխելու նպատակով տրամադրում է ընտանեկան և սոցիալական նպաստ երեխա ունեցող և երեխա չունեցող այն ընտանիքներին, որոնց անապահովության միավորը բարձր է Հայաստանի Հանրապետության կառավարության կողմից տվյալ տարվա համար սահմանված՝ ընտանեկան նպաստ ստանալու իրավունք տվող սահմանային միավորից: Պետությունը նաև նվազագույն սոցիալական երաշխիքներ է տրամադրում հաշմանդամության, ժամանակավոր անաշխատունակության և կերակրողին կորցնելու դեպքերում (ավելի մանրամասն տե՛ս ՀՀ օրենքը պետական նպաստների մասին):

Չնայած իրականացվող այս ծրագրերին, որոնք ֆինանսավորվում են պետական բյուջեից, տրամադրվող նպաստների համապատասխանությունը բնակիչների կարիքներին շարունակում է խնդրահարույց լինել, քանի որ մարդիկ, ովքեր ստանում են սոցիալական նպաստ, շարունակում են լինել աղքատ:

Այսպիսով՝ ՀՀ կառավարությանը արդյոք հաջողվո՞ւմ է ապահովել Գծապատկեր 1-ում ներկայացված՝ բնակիչների նվազագույն կենսամակարդակը (հորիզոնական հարթություն) հիմնական/բազային ծառայությունների և ապրանքների հասանելիության միջոցով:

¹² Տե՛ս «Civil Society Guide to National Social Protection floors. Friedrich Ebert Stiftung», p. 25.

¹³Քաղաքականություն, որի շրջանակում այսօրվա կենսաթոշակառուներին/տարեցներին նվազագույն եկամտով ապահովում է այսօրվա աշխատող/հարկատու բնակչությունը:

¹⁴ **Մանրամասն** տե՛ս Մինչև երկու տարեկան երեխայի խնամքի նպաստ նշանակելու և վճարելու կարգը, ՀՀ կառավարության N 1566-Ն որոշում, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=102848> (31.08.2019 թ.):

¹⁵ **Մանրամասն** տե՛ս Երեխայի ծննդյան միանվագ նպաստի չափը սահմանելու, երեխայի ծննդյան միանվագ նպաստ նշանակելու և վճարելու կարգը, ՀՀ կառավարության N 257-Ն որոշում, <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=89331> (31.08.2019 թ. ժ.՝ 12:57):

Աղյուսակ 1. Սոցիալական պաշտպանության համակարգում ներառված բնակչության տոկոսային հարաբերակցությունը (առողջապահության ոլորտը ներառված չէ)¹⁶

Առնվազն մեկ ոլորտում ներգրավված բնակչությունը	Սոցիալական պաշտպանության համակարգում ներառված բնակչության տոկոսային հարաբերակցությունը					
	Երեխաներ	Մայրության պաշտպանություն	Հաշմանդամություն (առավել ծանր)	Գործազրկություն	Ծերություն	Խոցելի խմբեր
47.3	21.4	61.0	100	---	68.5	16.2

Աղյուսակ 1-ից պարզ է դառնում, որ Հայաստանում անձի կարիքներին համապատասխան հիմնական ծառայությունների առաջարկման ու դրանց հասանելիության ապահովման տեսանկյունից դեռ երկար ճանապարհ կա անցնելու: Այս ուղղությամբ իրականացվող կարևորագույն քայլերից է **սոցիալական աշխատանքի ինստիտուտի ներդրումը համայնքներում**: Մինչ օրս սոցիալական պաշտպանությունը զուտ դրամական պատասխան էր եկամտային աղքատությանը և շրջանցում էր մարդու համալիր կարիքները: ՀՀ սոցիալական պաշտպանության ոլորտում սոցիալական համալիր ծառայությունների համակարգի ներդրմամբ փորձ է արվում անցում կատարելու զուտ բաշխողական-վարչարարական գործառնությունից մարդակենտրոն և կարիքահեն ծառայությունների տրամադրման՝ կարևորելով մարդկային կապիտալի մեջ ներդրումը, այլ ոչ թե սոսկ «օգնությունը»:

Համալիր սոցիալական ծառայությունների համակարգը սոցիալական ծառայությունների պլանավորման և տրամադրման միասնական համակարգ է, որի շրջանակում, հիմնվելով շահառուի գնահատված սոցիալական կարիքի վրա, համախմբվում են և մատուցվում պետական և ոչ պետական կառույցների կողմից տրամադրվող համապատասխան սոցիալական ծառայություններ¹⁷:

Ուղղահայաց հարթություն. սոցիալական պաշտպանության ավելի բարձր մակարդակի ապահովմանն ուղղված ազգային ռազմավարություններ

Ընդունելով, որ սոցիալական պաշտպանության քաղաքականությունը չի կարող սահմանափակվել բնակչությանը միայն բազային երաշխիքներ առաջարկելով՝ ԱՀԿ կողմից առաջարկվում է ընդունել ռազմավարություններ, որոնք ձգտում են որքան հնարավոր է ավելի մեծ թվով բնակչության համար ապահովելու առավել բարձր եկամուտ և առողջապահական ծառայությունների հասանելիություն: Ի լրումն, այս

¹⁶ Stu՛ «World Social Protection report. Universal Social protection to achieve the Sustainable development Goals. 2017-2019», p. 246.

¹⁷Տե՛ս ՀՀ սոցիալական պաշտպանության համակարգի բարեփոխումների ուղեցույց, ՍԱՀԱ, Երևան, 2017 թ., http://aasw.org/images/products/1515923611-Handbook%20on%20Social%20Reforms%20in%20Armenia_ARM.pdf (31.08.2019 թ., ժ.՝ 16:39):

ռազմավարությունները պետք է խթանեն ֆորմալ զբաղվածության աճը և ստվերային զբաղվածության նվազումը, ինչպես նաև համադրվեն զբաղվածության ակտիվ ծրագրերով¹⁸: Սոցիալական պաշտպանության առավել բարձր մակարդակների ապահովման հարցում հատուկ կարևորվում են մարդու/քաղաքացու մասնակցությունն ու ներդրումը: Այս համատեքստում ամբողջ աշխարհում, այդ թվում Հայաստանում, իրականացվում է կենսաթոշակային համակարգի մասնավորեցման քաղաքականություն՝ սերունդների համերաշխության սկզբունքով իրականացվող քաղաքականությունից անցում կատարելով ապահովագրության քաղաքականության: Այսպիսով՝ խոսքը սոցիալական պաշտպանության կազմակերպարավական հիմնական ձևերից մեկի մասին է, այն է՝ **սոցիալական ապահովագրության**, որը լայնորեն օգտագործվում է շուկայական տնտեսություն ունեցող երկրներում: Սոցիալական ապահովագրության շրջանակում քաղաքացին ուղղակի ներդրումների միջոցով պաշտպանում է իրեն զանազան ռիսկերից՝ այդպիսով ուղղակի մասնակցություն ունենալով սեփական բարեկեցության ապահովմանը: Այն հիմնված է ուղղակի ներդրումների և ապահովագրության սկզբունքների վրա: Ապահովագրության միջոցով մարդն ապագայում ձեռք է բերում այնքան ռեսուրսներ, որքան նա վճարել/կուտակել է ակտիվ զբաղվածության շրջանում: Սա նաև մեխանիզմ է «ստվերային» հատվածը պետության ուշադրության դաշտ տեղափոխելու:

Գծապատկեր 2-ում ներկայացված բազմաստիճան կենսաթոշակային համակարգի համատեքստում գործող կուտակային կենսաթոշակների ծրագիրը, ըստ էության, պետության և քաղաքացու մասնակցությամբ իրականացվող սոցիալական ապահովագրության օրինակներից է, որի պարտադիր բաղադրիչը ամբողջությամբ ուժի մեջ է մտել 2018 թ. հուլիսի 1-ից¹⁹: Կուտակային կենսաթոշակի պարագայում առկա է ուղղակի կապ աշխատողի կատարած վճարների և ապագա կենսաթոշակի չափի միջև, ի լրումն՝ նոր համակարգը ենթադրում է՝

- անցում սերունդների համերաշխության սկզբունքով ֆինանսավորվող կենսաթոշակային բաշխողական համակարգից «ինքնաֆինանսավորվող» կուտակային համակարգի.
- անցում բանաձևերի հիման վրա հաշվարկվող կենսաթոշակի մոդելից եկամուտների վրա հիմնված սահմանված վճարների մոդելի.
- անցում պետության կողմից անմիջապես կառավարվող կենսաթոշակային համակարգից պետության կողմից կարգավորվող և վերահսկվող մասնավոր կենսաթոշակային համակարգի²⁰:

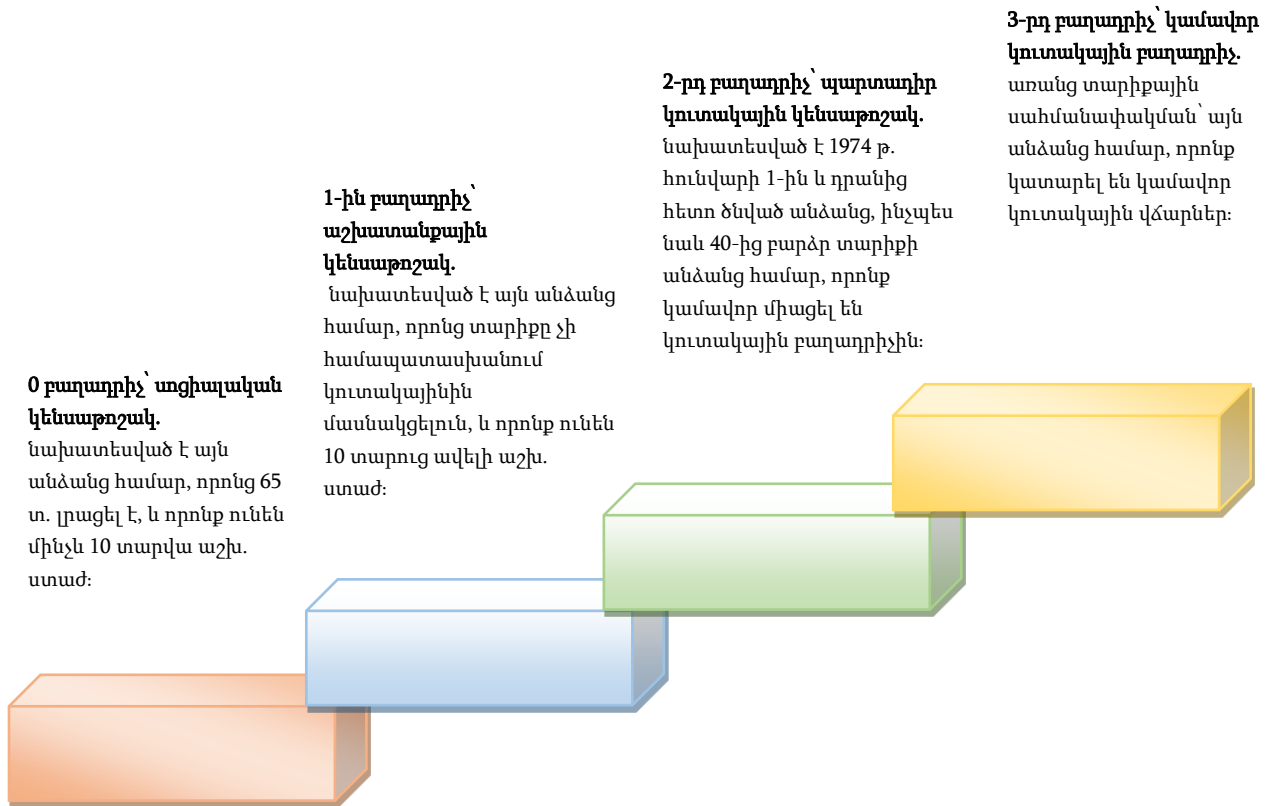
Պարտադիր կուտակային կենսաթոշակի մասնակից են 1974 թ. հունվարի 1-ին և դրանից հետո ծնված անձինք:

¹⁸ Տե՛ս «Social Security for all. Building social protection floors and comprehensive social security systems», International labor organization, 2012, pp. 3-8.

¹⁹ Կուտակային կենսաթոշակների մասին տե՛ս այստեղ՝ <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=64546> (<< օրենքը կուտակային կենսաթոշակների մասին):

²⁰ Տե՛ս «63 հարց ու պատասխան բազմաստիճան կուտակային կենսաթոշակային համակարգի վերաբերյալ», ԿՀԻԿ, http://www.epension.am/_vfs/65

Գծապատկեր 2. Բազմաստիճան կենսաթոշակային համակարգը Հայաստանում



Այսպիսով՝ պետությունն իր ներկայիս քաղաքականությամբ ձգտում է վերակառուցելու սոցիալական պաշտպանության համակարգը նոր տրամաբանությամբ՝ շեշտը դնելով ոչ թե մարդկանց սոցիալական աջակցություն տրամադրելու (առաջին հերթին նպաստների միջոցով), այլ մարդկանց համար հավասար մեկնարկի և իրավունքների լիարժեք իրականացման իրական հավասար հնարավորություններ ձևավորելուն և զարգացնելուն նպաստող միջավայր ստեղծելու վրա²¹:

Նոր զարգացումներ. ՔՀԿ-ների մասնակցության մեխանիզմները սոցիալական պաշտպանության համակարգի բարեփոխումներում

ՀՀ սոցիալական պաշտպանության համակարգը վերաիմաստավորման և վերակառուցման փուլում է: Ընդհանուր առմամբ իրականացվող բարեփոխումներն ուղղված են բնակչության առավել խոցելի խմբերին (երեխաներ, տարեցներ, հաշմանդամություն ունեցող անձինք և այլն) ուղղված ծառայությունների հասցեականությանն ու որակի բարձրացմանը՝ հիմքում ունենալով անձի գնահատված, համալիր կարիքները:

²¹ Տե՛ս Վ. Օհանյան, Սոցիալական պետության արդի հայեցակարգը, էջ 67-69, http://ysu.am/files/08V_Ohanyan.pdf (24.08.2019 թ.):

Օրինակ՝ Երեխաների իրավունքների պաշտպանության ոլորտում պետությունը որպես ուղենիշ սահմանել է ընտանիքում ապրելու երեխայի իրավունքի իրացումը: Այս ոլորտում պետության քաղաքականությունն ուղղված է երեխաների շուրջօրյա խնամքի և պաշտպանության (մանկատներ, գիշերօթիկ) հաստատությունների լուծարմանը կամ վերակազմակերպմանը և հնարավորության դեպքում երեխաների վերադարձը կենսաբանական ընտանիքներ կազմակերպելուն՝ զուգահեռ զարգացնելով համայնքներում ցերեկային աջակցության կենտրոններն ու այլընտրանքային խնամքի ծառայությունները (որդեգրություն, խնամակալություն, խնամատարություն)²²: Հայտնի փաստ է, որ շուրջօրյա խնամքի հաստատություններում բնակվող երեխաների հիմնական մասը սոցիալական որբեր են. հաստատություններում նրանց գտնվելու հիմնական պատճառը նյութական անապահովությունն է: Ուստի հիմքեր կան ակնկալելու, որ կենսաբանական ընտանիքներին համապատասխան բազային աջակցություն ցուցաբերելու և երեխաների հետ սոցիալ-հոգեբանական աշխատանք իրականացնելու միջոցով հնարավոր կլինի երեխաներին վերադարձնել ընտանիքներ: Այն բոլոր դեպքերում, երբ երեխաների վերադարձը կենսաբանական ընտանիքներ հնարավոր չէ, պետությունն առաջարկում է երեխաների այլընտրանքային խնամքի ծառայություններ (որդեգրություն, խնամակալություն, խնամատարություն)²³:

Աղյուսակ 2. Երեխաների այլընտրանքային խնամքի ծառայությունները

Խնամակալություն	Երեխայի խնամազրկության դեպքում խնամքի ստանձնում բարեկամների, մտերիմների կողմից (անվճար հիմունքներով)
Որդեգրություն	Իրավական ակտ, որի հիման վրա կողմերը ձեռք են բերում ծնողի և երեխայի իրավունքներ և պարտականություններ (կիրառելի է ԱՕԽՄ կարգավիճակ ունեցող երեխաների դեպքում)
Խնամատարություն	Կյանքի դժվարին իրավիճակում գտնվող երեխայի ժամանակավոր խնամքի ստանձնում ոչ կենսաբանական ընտանիքում (վճարովի հիմունքներով)

Իրականացվող բարեփոխումների մեկ այլ կարևոր ուղղություն է կրթական գործընթացի ներառականության ու բազմազանության ապահովումը ներառական կրթության համակարգի ներդրման միջոցով: Նախատեսվում է մինչև 2023 հանրակրթության համակարգում անցում կատարել համընդհանուր ներառական կրթության²⁴:

Նշված բարեփոխումների իրականացման գործում քաղաքացիական հասարակությունը կարող է դառնալ սոցիալական պետության գլխավոր գործընկերը: Մասնավորապես, այս գործընթացում կարևոր նշանակություն ունեն սոցիալական մոբիլիզացիան և համայնքում սրամադրվող ծառայությունները, սոցիալական ապահովության ոչ ֆորմալ ձևերը, որոնց

²² ՀՀ կառավարության 17.07.2014 թ. N 743-Ն որոշումը, <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=91758>

²³ Նույն տեղում:

²⁴ 2019 թ. հունվարի 1-ի որոշումը՝ Տավուշի, Լոռու, Սյունիքի և Արմավիրի մարզերն արդեն անցում են կատարել համընդհանուր ներառական դպրոցական կրթության: 2019 թ. համընդհանուր ներառական դպրոցական կրթության կանցնի նաև Երևանը:

իրականացման հիմնական դերակատարները հենց քաղաքացիական հասարակության կազմակերպություններն ու խմբերն են²⁵: Հասարակական կազմակերպությունները քաղաքացիական հասարակության առավել «ընդունված», ակտիվ և «աչքի ընկած» գաղափարախոսական, կազմակերպարավական միավորումներն են: ՀԿ-ները կարևոր դեր են կատարում ոչ միայն ուղղակի ծառայությունների տրամադրման ոլորտում, այլև ազգային քաղաքականության փոփոխության գործընթացում:

Հասարակական կազմակերպություններ. իրավիճակը Հայաստանում

Հայաստանում հասարակական սեկտորի կողմից մատուցվող ծառայությունների հիմնական մասը կենտրոնացված է մեծ քաղաքներում, մինչդեռ մնացած բնակավայրերում ծառայությունների ծածկույթը շատ նոսր է: Թույլ համակարգման պատճառով միևնույն տարածաշրջանում կարող են մատուցվել նույնաբովանդակ ծառայություններ՝ առաջացնելով վերածածկեր, այն դեպքում, երբ առանձին տարածաշրջաններ կարող են դուրս մնալ որևէ ծառայություն/ծրագրից օգտվելու հնարավորությունից: Ինչ վերաբերում է հասարակական և մասնավոր սեկտորների համագործակցությանը, ապա հարկ է նշել, որ նման ինստիտուցիոնալ համագործակցության մշակույթը Հայաստանում դեռևս ձևավորված չէ: Մասնավոր սեկտորը չի գիտակցում իր դերը ՀՀ բնակչության սոցիալական պաշտպանության ապահովման մեջ: Ավելին՝ այն ոչ համագործակցային տրամադրվածություն ունի առավել ակտիվ գործող ՀԿ-ների նկատմամբ, քանի որ առաջնորդվում է այն կարծրատիպով, որ ՀԿ-ները զբաղվում են գումարների փոշիացմամբ և կարող են դիմել մասնավոր սեկտորին՝ միայն գումար կորզելու նպատակով: Այս դեպքում բնական է, որ համագործակցության նախաձեռնությունը պատկանում է ՀԿ-ներին, սակայն դա ոչ միշտ է հաջողվում: Մասնավոր սեկտորը հիմնականում պատկերացում չունի բնակչության սոցիալական պաշտպանության ապահովման հարցում ՀԿ-ների դերի և նշանակության մասին:

Ստորև ներկայացված են գործնական ուղղորդումներ սոցիալական պաշտպանության գործընթացում ՔՀԿ հնարավոր մասնակցության վերաբերյալ.

- տեղեկատվության հավաքագրում և տարածում.
- լոբբինգ և սոցիալական «ճնշում».
- ուսումնական նյութերի մշակում և կարողությունների զարգացման հարթակի ձևավորում.
- զանազան արշավներ, քաղաքացիների մոբիլիզացիա և հանրային հավաքներ.
- տեղեկատվության հարցում, մասնակցություն հանրային լսումներում և օրենքի նախագծերի ներկայացումներում:

Սոցիալական պաշտպանության ոլորտի ընթացիկ գործընթացներում ՔՀԿ-ների մասնակցությունն ապահովելու առաջին քայլերից են հետևյալը.

1. Ազգային քաղաքական հարթակի ձևավորում

²⁵ Տե՛ս Վ. Օհանյան, Սոցիալական պետության արդի հայեցակարգը, էջ 67-69, http://ysu.am/files/08V_Ohanyan.pdf (24.08.2019 թ.):

Ազգային քաղաքական հարթակի կամ կոալիցիայի ձևավորումը թույլ կտա որոշակի դիրքորոշումներով հանդես գալ ՔՀԿ-ներին, արհմիություններին, մինևույն նպատակի շուրջը միավորված այլ խմբերին: Այս գործընթացում հիմնական սկզբունքը պետք է լինի «կառուցել և հնարավորինս չքանդել արդեն կառուցվածը»: Կարևոր է գիտակցել, որ արդեն գոյություն ունեցող համակարգի համակողմանի ուսումնասիրությունը նախքան որևէ պնդումով հանդես գալը թույլ կտա նվազեցնել պետության կողմից հնարավոր դիմադրությունները: Ուստի 1-ին քայլը համախոհներ գտնելն ու գաղափարները տվյալ կազմակերպությունը չներկայացնող երկու-երեք մարդու հետ քննարկելն է՝ ինչ նպատակ առաջադրել և ինչպես հասնել դրան: Ցանցի յուրաքանչյուր մասնակից պետք է ներկայացնի՝ ինչպես կարող է ներդրում ունենալ՝ ֆինանսական ռեսուրսներ, մոբիլիզացման հմտություններ, ադվոկացիայի ոլորտում որոշակի կարողություններ, փաստաթղթավորում և այլն: Անհրաժեշտ է ձևավորել ցանցին անդամակցելու և անդամակցությունից դուրս գալու պարզ մեխանիզմներ:

2. Իրազեկում և քաղաքական «զգայնություն»

Սոցիալական պաշտպանության ոլորտի քաղաքականության վրա ազդեցություն ունենալու նպատակով կարևոր է ՔՀԿ դիրքորոշումը ներկայացնել հնարավոր բոլոր քաղաքական հարթակներում: Քաղաքական երկխոսությունը կարող է ձևավորվել բազմազան եղանակներով, որից ամենապարզը մինևույն առանցքային «մեսիջը» որոշում կայացնողներին ներկայացնելն ու կրկնելն է:

3. ՔՀԿ-ների կարողությունների զարգացում

Ընթացիկ գործընթացներում սեփական «ասելիքն» ունենալու ու «լսված լինելու» համար առանցքային նշանակություն ունի ՔՀԿ-ների վերլուծական և կազմակերպչական կարողությունների զարգացումը:

Անդրադառնանք այն հիմնական ռազմավարություններին, որոնք ՔՀԿ-ները կարող են կիրառել հանրային օրակարգում ներկայացված լինելու համար:

Տեղեկատվության հավաքագրում և տարածում: Իրականացվող բարեփոխումների վերաբերյալ համապատասխան տեղեկատվության հավաքագրում և վերլուծություն: Այս գործընթացը թույլ կտա առաջին հերթին հասկանալ, թե պետության կողմից սահմանված քաղաքական նպատակը որքանով է իրագործելի, չափելի ու համապատասխան մարդկանց կարիքներին և այլն: Նման տեղեկատվությանը տիրապետելը լեզիտիմացնում է ՔՀԿ գործունեությունը և ներկայացվող տեղեկատվության արժանահավատությունը:

Ադվոկացիա/շահապաշտպանություն: Իրազեկումը նպատակ ունի բարձրացնելու կոնկրետ խնդրի վերաբերյալ հասարակության տեղեկացվածությունը, իսկ ադվոկացիան՝ ազդելու որոշումների կայացման գործընթացի վրա երկխոսության, բանակցությունների, համոզելու տեխնիկաների կիրառման միջոցով (ադվոկացիայի գործընթացը տե՛ս Գծապատկեր 3-ում):

Գծապատկեր 3. Աղվակացիայի գործընթացը



Լորինգ և սոցիալական «ճնշում»: Սոցիալական պաշտպանության այս կամ այն երևույթի վերաբերյալ համակողմանի տեղեկատվության առկայության պարագայում կարելի է մտածել այն որոշում կայացնողներին ներկայացնելու մասին: Ճանապարհներից մեկը օրենսդիրների հետ ոչ ֆորմալ կապերի հաստատումն է, որը դանդաղ, սակայն արդյունավետ միջոց է թիրախ խմբի հիմնախնդիրներն ուշադրության արժանացնելու համար: Այս համատեքստում նախ պետք է հասկանալ, թե ինչ օրենսդրական/ծրագրային նախաձեռնություններով են նախկինում հանդես եկել օրենսդրի համապատասխան ներկայացուցիչները և նույնականացնել խաչվող շահերը: Այդ հաստատված կապերի և բանակցությունների արդյունքը ցանկալի է, որ լինի գրավոր համաձայնությունը:

Ուսումնական նյութերի մշակում և կարողությունների զարգացում: Հաճախ ունենում ենք իրավիճակ, երբ ուսումնասիրված խնդրի վերաբերյալ տեղեկատվությունը պատշաճ կերպով չի փոխանցվում ոլորտի այլ միավորումներին, ծառայություններ մատուցողներին, ինչի արդյունքում միևնույն երևույթի վերաբերյալ նույն ոլորտը ներկայացնող ՔՀԿ-ներն ունենում են տարբեր պատկերացումներ և դիրքորոշումներ: Ուստի միևնույն հետաքրքրություններն ունեցող ՔՀԿ-ների շրջանում շատ կարևոր է ուսումնասիրված երևույթի վերաբերյալ տեղեկատվության շրջանառությունը: Ի լրումն, պակաս կարևոր չէ նաև մեղիա ներկայացուցիչներին թիրախավորելը: Վերջիններիս տրամադրության տակ պետք է լինեն տվյալ երևույթի վերաբերյալ ճշգրիտ նյութեր, որոնք կպարունակեն օրինակներ, իրական

պատմություններ, վիճակագրություն, ինչը կգրավի մեղիա հանրության ուշադրությունը և կհրապարակվի: Հաջորդ ամենակարևոր թիրախը պետք է լինի քաղաքացիական հասարակությունը, ներառյալ առավել խոցելի, մարզինալ խմբերը, որոնց կարիք կա իրազեկելու նրանց իրավունքների մասին: Պետք է հիշել, որ այսօր մեղիայի տեղեկատվական հիմնական աղբյուրներից է հենց քաղաքացիական հասարակությունը:

Այսպիսով՝ պետք է ընդունել, որ քաղաքացիական հասարակությունն ունի բավարար ներուժ՝ հանդես գալու որպես «տեխնոկրատների կողմից սահմանված քաղաքական նպատակները կյանքի կոչելու կարևոր մեխանիզմ»: Ի լրումն, քաղաքացիական հասարակությունն ապահովում է քաղաքականություն իրականացնողների կողմից հաշվետվողականություն և «ստիպում է» նրանց հանդես գալ քաղաքականության իրականացման և ռեսուրսների բաշխման առավել արդյունավետ մոտեցումներով:

Հապավումների ցանկ

- ՔՀԿ — Քաղաքացիական հասարակության կազմակերպություն
- ՆԿ — Ներառական կրթություն
- ՀԿ — Հասարակական կազմակերպություն
- ԱՀԿ — Աշխատանքի համաշխարհային կազմակերպություն

Հիմնական հասկացությունների սահմանում

Սոցիալական պաշտպանություն: Կառավարման բոլոր մակարդակների մարմինների, ինստիտուտների օրենսդրորեն ամրագրված սոցիալական, իրավական և տնտեսական երաշխիքների իրականացման առաջնությունների, մեխանիզմների և սոցիալական ծառայությունների համակարգեր, որոնք կոչված են ապահովելու հասարակական զարգացման որոշակի պայմաններին համապատասխան քաղաքացիների սոցիալական ապահովության և ապահովագրության գոնե նվազագույն մակարդակը²⁶:

Սոցիալական աջակցություն: Կյանքի դժվարին իրավիճակը կանխարգելելու կամ հաղթահարելու նպատակով անձին (ընտանիքին, սոցիալական այլ խմբին) Հայաստանի Հանրապետության օրենքով սահմանված մեկ կամ մի քանի սոցիալական ծառայությունների տրամադրումը Հայաստանի Հանրապետության և(կամ) համայնքի կողմից²⁷:

Սոցիալական պետություն: Համընդհանուր բարեկեցության նպատակ հետապնդող ժողովրդավարական պետություն, որը հիմնված է լայն սոցիալական պատասխանատվության հիմքի վրա՝ ստեղծելով կրթական, առողջապահական, սոցիալական ապահովության ու ապահովագրության ժամանակակից համակարգեր և իրականացնում է ակտիվ, ուժեղ սոցիալական քաղաքականություն՝ ուղղված բնակչության սոցիալական անվտանգությանը՝ կենսամակարդակի կայուն, հարաճուն բարձրացմանը, քաղաքացիների իրավունքների, ազատությունների պաշտպանությանն ու իրացմանը՝

²⁶ Տե՛ս Ա. Եսայան, Սոցիալական ուսմունք, սոցիալական աշխատանք, էջ 78, Երևան, 2009 թ.:

²⁷ Տե՛ս Սոցիալական աջակցության մասին ՀՀ օրենք, հոդված 18, մաս 1
<https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=94972> (01.09.2019 թ.):

առաջնահերթ աջակցություն ցուցաբերելով ունեգուրկ, սակավ ապահովված խավերին, սոցիալական գործընկերության միջոցով կանխարգելում, հաջողությամբ հաղթահարում է սոցիալական բախումները²⁸:

Համալիր սոցիալական ծառայությունների համակարգ: Սոցիալական ծառայությունների պլանավորման և տրամադրման միասնական համակարգ, որի շրջանակում, հիմնվելով շահառուի գնահատված սոցիալական կարիքի վրա, համախմբվում են և մատուցվում պետական և ոչ պետական կառույցների կողմից տրամադրվող համապատասխան սոցիալական ծառայություններ²⁹:

Օգտագործված գրականության ցանկ

1. Ա. Եսայան, «Սոցիալական ուսմունք, սոցիալական աշխատանք, Ուսումնական ձեռնարկ, Երևան, 2009 թ.:
2. Վ. Գյոզալյան, «Սոցիալական պետություն. ՀՀ ձեռքբերումներն ու մարտահրավերները» հոդված, http://ysu.am/files/08V_Gyozalyan.pdf:
3. Մ. Յարմալոյան, «Բնակչության սոցիալական պաշտպանության համակարգը հետխորհրդային Հայաստանում. ձևավորման ընթացքը և զարգացման հեռանկարները», հոդված <http://ysu.am/files/4-1512133744-.pdf>:
4. Է. Գ. Մինասյան, Հայաստանի Հանրապետության սոցիալական քաղաքականությունը (1990-2003 թթ.), հոդված, [http://lraber.asj-oa.am/3/1/2003-2\(3\).pdf](http://lraber.asj-oa.am/3/1/2003-2(3).pdf):
5. Վ. Օհանյան, Սոցիալական պետության արդի հայեցակարգը, http://ysu.am/files/08V_Ohanyan.pdf:
6. ՀՀ Սահմանադրություն, գլուխ 1, հոդված 1:
7. ՀՀ սոցիալական պաշտպանության համակարգի բարեփոխումների ուղեցույց, ՄԱՀԱ, Երևան, 2017թ.:
8. Սոցիալական աջակցության մասին ՀՀ օրենք, հոդված 18:
9. ՀՀ կառավարության 17.07.2014 թ. N 743-Ն որոշում, <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=91758>:
10. Ծերացման հետևանքների հաղթահարման և տարեցների սոցիալական պաշտպանության ռազմավարություն, http://www.mtad.am/u_files/file/Hayecakarger/20-2ardz_voroshum.pdf:
11. Մարդկային զարգացման զեկույց, Հայաստան, Երևան, 2001թ.:
12. «Սոցիալական պաշտպանությունը և սոցիալական ներառումը Հայաստանում» զեկույց, Եվրոպական հանձնաժողով, 2011 թ.:
13. «Հայաստանում երեխաների խնամքի և պաշտպանության համակարգի բարեփոխումների մշտադիտարկում, գնահատում և վերհանված խնդիրներին արձագանքում» մասնակցային գնահատման հաշվետվություն, Հայաստան, 2018 թ.:

²⁸ Տե՛ս Ա. Եսայան, Սոցիալական ուսմունք, սոցիալական աշխատանք, Երևան, 2009 թ., էջ 25:

²⁹ Տե՛ս ՀՀ սոցիալական պաշտպանության համակարգի բարեփոխումների ուղեցույց, ՄԱՀԱ, Երևան, 2017 թ., http://aasw.org/images/products/1515923611-Handbook%20on%20Social%20Reforms%20in%20Armenia_ARM.pdf (31.08.2019 թ.):

14. Бирюков “С. Классик государственного социализма”, // www.apn.ru/publications/article17749.htm.
15. «Social Security for all. Building social protection floors and comprehensive social security systems». International labour organization, 2012.
16. Civil Society Guide to National Social Protection floors. Friedrich Ebert Stiftung, <https://library.fes.de/pdf-files/iez/12848.pdf>.
17. «World Social Protection report. Universal Social protection to achieve the Sustainable development Goals. 2017-2019».
18. A. Anapiosyan, G. Hayrapetyan, Sofia Hovsepyan, «Approximation of Inclusive Education in Armenia to International Standards and Practices», Yerevan, 2014.

2. Ներառական սոցիալական պաշտպանություն Լուսինե Սադումյան

Ներածություն

Ներառականության շուրջ դիսկուրսը մեր հասարակության մեջ հաճախ նույնացվում է հաշմանդամություն ունեցող անձանց կրթական հնարավորությունների ընդլայնման հետ: Վերջերս նաև ակտուալ է ներառական տնտեսության դիսկուրսը: Իրապես, երկու հիմնախնդիրն էլ նշանակալի քննարկման առարկա են: Այնուհանդերձ, «սոցիալական ներառականություն» հասկացությունը ավելի ընդգրկուն և լայն հասկացություն է, որը վերաբերում է հասարակության տարբեր սոցիալական խմբերի՝ ներառյալ հաշմանդամություն ունեցող անձանց, և կյանքի տարբեր ոլորտներին՝ ներառյալ տնտեսությանը:

Սոցիալական ներառականության դիսկուրսը զարգացել է սոցիալական օտարման հիմնախնդրի շուրջ քաղաքականության և ուսումնասիրությունների զարգացման համատեքստում՝ որպես ցանկալի վերջնարդյունք: Այն տարեցտարի ամրապնդվող զարգացման քաղաքականությունների առաջնայնություններից մեկն է: Սոցիալական օտարման դիսկուրսը ևս ձևավորվել է պահանջից ելնելով, երբ «աղքատություն» և «գրկանք» հասկացություններն այլևս անկարող էին համապարփակ սահմանել հասարակական գործընթացներում մարդկանց կարգավիճակը, որը խոչընդոտում էր նրանց հասարակական ներգրավվածությունն ու սոցիալական, տնտեսական, քաղաքացիական մասնակցությունը: Այս ձեռնարկում անդրադառնում ենք սոցիալական օտարման և ներառականության գաղափարներին՝ դրանք դիտարկելով պատմական և զարգացման համատեքստերում: Առանձնահատուկ ուշադրություն է դարձվում սոցիալական պաշտպանության համակարգերի ներառականությանը՝ որպես մարդկանց ուղղված աջակցության, նրանց ներգրավվածության և մասնակցայնությանը նպաստող գործիքի: Ձեռնարկում անդրադառնում ենք նաև զարգացող մի ուղղության՝ ներառական համայնքների գաղափարին՝ ներկայացնելով Բարսելոնի օրինակը:

Ի սկզբանե ուղղված լինելով քաղաքացիական հասարակության կազմակերպություններին՝ ձեռնարկում անդրադարձ է կատարվում նաև նրանց դերին սոցիալական օտարման նվազեցման և սոցիալական ներառականության կայացման գործընթացում:

2.1 Սոցիալական ներառականություն և օտարում

Հետազոտական և քաղաքականության դիսկուրսներում սոցիալական օտարման և ներառականության գաղափարները առաջին անգամ ի հայտ են եկել 1970-ականների սկզբին Ֆրանսիայում: «Սոցիալական ներառականություն» և «սոցիալական օտարում» հասկացություններն օգտագործվում էին՝ սահմանելու տնտեսական փոփոխությունների ազդեցությունը սոցիալական համերաշխության վրա, ավելին, քան կարող էին նկարագրել «աղքատություն» և «զրկանք» հասկացությունները: Այս հասկացությունները այնուհետ սկսեցին օգտագործվել Եվրոպական միության մեջ զարգացման քաղաքականությունները ձևակերպելու ժամանակ՝ նպատակ ունենալով ստեղծելու ավելի ու ավելի ներառական հասարակություններ:

Սոցիալական ներառման գաղափարական հիմքը հասկանալու համար անհրաժեշտ է վեր հանել իրավիճակը կամ գործընթացը, որի դեմ պայքարի արդյունքում է այն ի հայտ եկել: Խոսքը սոցիալական օտարման մասին է:

Ռենե Լենոարը 1974-ին սոցիալական օտարումը սահմանեց որպես իրավիճակ, երբ գերակշռում են աղքատները, հաշմանդամություն ունեցող անձինք, խոցելի, տարեց մարդիկ, ոտնձգությունների ենթարկված երեխաները և մարզինալացված այլ խմբեր կամ, ինչպես ինքն էր անվանում, «սոցիալական համատեքստում չտեղավորվողները» (social misfits)³⁰:

Ըստ Եվրոպական համայնքների հանձնաժողովի³¹՝ սոցիալական օտարումը բազմաթիվ և փոփոխուն գործոնների հետևանք է, որի արդյունքում մարդիկ դուրս են մնում բնականոն փոխհարաբերություններից, հասարակական պրակտիկաներից, և խախտվում են նրանց իրավունքները: Աղքատությունն ամենաակնհայտ գործոններից մեկն է, սակայն միակը չէ: Սոցիալական օտարումը վերաբերում է նաև կեցության, կրթության, առողջապահության, ծառայությունների հասանելիության նկատմամբ ոչ համարժեք իրավունքներին: Այն ազդեցություն ունի և՛ քաղաքական, և՛ գյուղական համայնքների վրա՝ առաջացնելով հնարավոր ռիսկեր սոցիալական շերտավորման ամրապնդման ուղղությամբ: Այս իրավիճակն ավելի է խորացնում սոցիալական օտարումը և կիսոչընդոտի աղքատության հաղթահարման գործընթացը:

«Սոցիալական օտարում» եզրույթը հաճախ համարվում է «աղքատություն» կամ «զրկանք» հասկացությունների հոմանիշ, սակայն դրանց միջև բովանդակային էական տարբերություններ կան: «Աղքատությունը» վերաբերում է ռեսուրսների բաշխմանը, օրինակ՝

³⁰ Labonté, Ronald & Hadi, Abdullahel & E Kauffmann, Xaxier. (2011). Indicators of Social Exclusion and Inclusion: A Critical and Comparative Analysis of the Literature. PHIRN Working Papers. 2. accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2NPZYLT>

³¹ EUROPEAN COMMIS SION (1993a) White paper on growth, competitiveness and employment.COM (93) 700 final. Brussels: Commission of the European Communities

աղքատ տնային տնտեսությունը սահմանված շեմից ցածր ռեսուրսների տիրապետող տնային տնտեսությունն է, հետևաբար աղքատության հաղթահարման քաղաքականությունները ուղղված են ռեսուրսների վերաբաշխմանը՝ նպատակ ունենալով օգնելու կարիք ունեցող տնային տնտեսություններին: «Զրկանք» հասկացությունն ավելի լայն է՝ ներառում է ոչ միայն նյութական ռեսուրսների սակավությունը, այլև սոցիալական ծառայությունների և աջակցության հասանելիությունը³²:

Սոցիալական օտարմանը վերաբերող ուսումնասիրությունները հանգել են դրա բազմաչափ լինելու փաստին: Եթե 20-րդ դարի կեսերին սոցիալական օտարումը աղքատության անմիջական հետևանք էր համարվում, և հիմնական քաղաքականություններն ուղղվում էին աղքատության հաղթահարմանը՝ որպես սոցիալական օտարման նվազեցման միջոց, ապա տարիների ընթացքում պարզ դարձավ, որ աղքատությունը սոցիալական օտարման միակ պատճառը չէ: Այն բազմաչափ է և ցիկլիկ պատճառահետևանքային կապի մեջ: Մա նշանակում է, որ ոչ միայն աղքատությունն է պատճառ հանդիսանում սոցիալական օտարման համար, այլև հակառակը՝ սոցիալական օտարումը կարող է հանգեցնել աղքատության:

Սոցիալական օտարումը մի վիճակ է, երբ անհատները չեն կարող մասնակցել սոցիալական, տնտեսական, քաղաքական և մշակութային կյանքին նորմատիվորեն ընդունելի համարվող չափով³³:

Սոցիալական օտարման բազմաչափությունը արտահայտվում է նաև այն ցուցիչներով, որոնք ներկայացված են ստորև բերված աղյուսակում.

Աղյուսակ 1. Սոցիալական օտարման/ներառականության հասկացության հիմնական շրջանակը³⁴

Ոլորտ	Ցուցիչ
Զբաղվածություն և աշխատանք	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Ապահով աշխատանք ➢ Համարժեք փոխհատուցում ➢ Աշխատանքային արտոնություններ
Նյութական ռեսուրսներ	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Տնային տնտեսության եկամուտ ➢ Հանրային բարիքներ/սուբսիդիաներ ➢ Անտունություն ➢ Ֆինանսական դժվարություններ
Կրթություն և հմտություններ	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Գրագիտություն ➢ Ցկյանս ուսումնառություն ➢ Զբաղվածությանը օժանդակող հմտություններ

³² Percy-Smith, Janie & Solomon, Russell (Lecturer) 2000, Policy responses to social exclusion: towards inclusion? Open University Press, Buckingham, accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2LkPUrI>

³³ Labonté, Ronald & Hadi, Abdullahel & E Kauffmann, Xaxier. (2011). Indicators of Social Exclusion and Inclusion: A Critical and Comparative Analysis of the Literature. PHIRN Working Papers. 2. accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2NPZYLT>

³⁴ Նույն տեղում

Առողջություն	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ֆիզիկական առողջություն ➤ Մտավոր/հոգեկան առողջություն ➤ Հաշմանդամություն
Բնակարանային ապահովություն/կեցություն	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Համարժեքություն և մատչելիություն ➤ Ծանրաբեռնվածություն ➤ Անտոնություն
Սոցիալական ռեսուրսներ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Սոցիալական աջակցություն ➤ Սոցիալական մասնակցություն ➤ Սոցիալական ցանցեր/կապեր
Համայնքային ռեսուրսներ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Համայնքային ծառայությունների հասանելիություն ➤ Քաղաքացիական մասնակցություն ➤ Քաղաքական մասնակցություն
Անձնական անվտանգություն	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Սուբյեկտիվ անվտանգություն ➤ Խտրականություն/նախապաշարմունք ➤ Վնասելու սպառնալիք

Եթե պարզաբանենք գծապատկերը և ցույց տանք նաև սոցիալական օտարումը բնութագրող ցուցիչների փոխկապվածությունը, ապա կստանանք հետևյալ պատկերը. նյութական ռեսուրսները սոցիալական օտարման/ներառականության հիմնաքարն են: Կեցության մատչելիությունն ու հասանելիությունը նյութական ռեսուրսների անբաժանելի բաղադրիչ են՝ գոյատևման հիմնարար վիճակից դուրս ապահով կեցության հնարավորություն:

Զբաղվածությունն անմիջականորեն ազդում է նյութական վիճակի և սոցիալական մասնակցության վրա: Կրթությունն ու հմտությունները սոցիալական ներգրավվածության և առավել ապահով աշխատանքային հնարավորությունների ներուժ են ստեղծում: Առողջական վիճակը պայմանավորում է արդյունավետության աստիճանը, իսկ հաշմանդամության կարգավիճակը, օրինակ, կարող է սոցիալական օտարման պատճառ լինել: Սոցիալական ռեսուրսների անբավարարության պատճառով, օրինակ՝ կապերի կորստի, ինստիտուցիոնալացման, համայնքից ու ընտանիքից հեռու գտնվելու, անձը կարող է սոցիալապես օտարվել: Միաժամանակ, սոցիալական ռեսուրսների՝ կապերի, սոցիալական աջակցության, սոցիալական մասնակցության հնարավորությունների առկայության պարագայում անձը սոցիալապես ավելի ներառված է, իսկ համայնքային մասնակցությունն ու ծառայություններից օգտվելն ավելի են նպաստում սոցիալական ներառականությանը: Սոցիալական անվտանգությունը՝ արտահայտված հանցագործություններից և խտրականությունից զերծ լինելով, նպաստում է անձանց սոցիալական, տնտեսական, քաղաքացիական ու քաղաքական ակտիվությանը:

2.1.1. Սոցիալական ներառականությունը զարգացման քաղաքականության օրակարգում

Սոցիալական զարգացման համաշխարհային զագաթնաժողովի ժամանակ (1995 թ.) տրվեց ներառական հասարակության սահմանումը, այն է՝ «հասարակություն բոլորի համար», որտեղ իրավունքներով և պարտականություններով օժտված յուրաքանչյուր անձ էական դեր

ունի հասարակության մեջ³⁵: Այսպիսի ներառական հասարակությունը հիմնված է բազմազանության վրա և նպաստում է մարդկանց՝ քաղաքական, տնտեսական, սոցիալական ակտիվ ներգրավվածությանը: Այն բացառում է ռասայի, գենդերի, սոցիալական խավի և այլ բնութագրիչների վրա հիմնված տարբերությունները և բոլորի համար երաշխավորում է հավասար հնարավորություններ իրենց ներուժն ամբողջական արտահայտելու համար:

Նման հասարակությունը արժևորում է յուրաքանչյուր անձի բարեկեցությունը, փոխադարձ վստահությունը, պատկանելության զգացումը և միջանձնային շփումներն ու կապը:

Ներկայումս սոցիալական ներառականությունն ու սոցիալական օտարման դեմ պայքարը առաջնահերթ կարևորություն են ստացել միջազգային զարգացման օրակարգում: Տարբեր միջազգային կազմակերպություններ և կառույցներ իրենց ռազմավարությունների հիմքում շեշտադրում են սոցիալական օտարման դեմ պայքարը՝ այն դիտարկելով զարգացմանը խոչընդոտող գործոն: Զարգացման օրակարգում սոցիալական օտարումը դիտարկվում է ոչ միայն տնտեսական զարգացման համատեքստում, այլև մարդու իրավունքների և արժանապատվության, սոցիալական համախմբվածության ու համագործակցության համատեքստում:

Սոցիալական և զարգացման քաղաքականություններում սոցիալական օտարման շեշտադրումը համեմատաբար նոր երևույթ է: Սոցիալական ներառականության մոդելով ձևավորվող քաղաքականությունները դիտարկվում են զարգացման և համընդհանրության երաշխիք³⁶:

Օրինակ՝ Եվրոպական միությունը³⁷ ԵՄ-2020 ռազմավարության հիմնական թիրախներից մեկը դիտարկել է աղքատության և սոցիալական օտարման դեմ պայքարը: Համաշխարհային բանկը՝ սոցիալական օտարումը դիտարկում է մարդու իրավունքների և բարոյականության շրջանակներում, միաժամանակ բարձրաձայնում է սոցիալական օտարման ծախսատար լինելու մասին՝ վկայակոչելով մի հետազոտություն, ըստ որի՝ գնչուների օտարումը Ռումինիայի տնտեսության համար հանգեցրել է 887 միլիոն եվրոյի արտադրողականության կորստի³⁸:

Հայաստանը, ի թիվս Միավորված ազգերի կազմակերպության (ՄԱԿ) մյուս անդամ երկրների, հետամուտ է Կայուն զարգացման նպատակներին, որոնք սահմանվել են որպես համաշխարհային զարգացման ուղենիշներ: Սոցիալական ներառումը Կայուն զարգացման նպատակներ 2030-ի³⁹ հիմնական նպատակներից է: Այն արտահայտվում է հետևյալ

³⁵ Report on the World Summit for Social Development, Copenhagen, 6-12 March 1995, chap. I, resolution I, annex I, para. 66

³⁶ Percy-Smith, Janie & Solomon, Russell (Lecturer) 2000, Policy responses to social exclusion: towards inclusion? Open University Press, Buckingham, accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2LkPUrI>

³⁷ EUROPE 2020: A strategy for smart, sustainable and inclusive growth, 2010, European Commission, Brussels, 3.3.2010 COM(2010) 2020, accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2zpxlN7>

³⁸ Social Inclusion, the World Bank, accessed 21 October 2019 <https://www.worldbank.org/en/topic/social-inclusion>

³⁹ Կայուն զարգացման նպատակների առաջարկվող վերջնական ցուցանիշների ցանկ, Օրակարգ 2030, Միավորված ազգերի կազմակերպություն, հասանելի է՝ 21.10.2019թ. դրությամբ <https://bit.ly/2k14eXe>

նշանաբանների միջոցով. «Ոչ ոք չի անտեսվում», «Բոլոր նպատակներն ու թիրախները նախատեսված են բոլոր պետությունների, մարդկանց և հասարակության շերտերի համար», «Բոլոր ջանքերը կներդրվեն ամենաանտեսվածներին առաջինը հասնելու համար»: Կայուն զարգացման նպատակների համատեքստում գիտակցվում է, որ որոշ անհատներ և խմբեր հանդիպում են արգելքների, որոնք կանխում են նրանց սոցիալական, տնտեսական և քաղաքական կյանքին մասնակցություն ունենալը, արդյունքում նրանք զարգացման հեռանկարներից դուրս են մնում:

Կայուն զարգացման 8-րդ, 10-րդ, 11-րդ և 16-րդ նպատակները հղում են կատարում ներառականությանը: Մասնավորապես՝

Նպատակ 8. Խթանել համապարփակ և կայուն տնտեսական աճ, զբաղվածություն և արժանապատիվ աշխատանք բոլորի համար:

Նպատակ 10. Քաջալերել և նպաստել բոլորի սոցիալական, տնտեսական և քաղաքական ներառմանը՝ անկախ նրանց տարիքից, սեռից, հաշմանդամությունից, ռասայից, էթնիկ պատկանելությունից, ծագումից, կրոնից, տնտեսական կամ այլ կարգավիճակից:

Նպատակ 11. Քաղաքները և բնակության վայրերը դարձնել ներառական, ապահով, դիմակայուն և կայուն:

Նպատակ 16. Խթանել արդար, խաղաղ և ներառական հասարակությունների կառուցումը⁴⁰:

Համաշխարհային բանկը սոցիալական ներառումը սահմանում է որպես գործընթաց՝ ուղղված անձանց և խմբերի հասարակական մասնակցությանը, ինչպես նաև իրենց ինքնության հիմքով խոցելիների կարողությունների, հնարավորությունների և արժանապատվության բարելավում՝ ի նպաստ նրանց հասարակական մասնակցության⁴¹: Սոցիալական օտարման/ներառականության բազմաչափության գիտակցումն ու կարևորումը քաղաքականության մշակման, համայնքային ծրագրերի կազմման, ՔՀԿ-ների գործունեության շրջանակներում ներառական հասարակության կերտման երաշխիք են:

2.1.2. Ներառական սոցիալական պաշտպանություն

Սոցիալական պաշտպանությունը հասարակության մեջ ավելի ներառական արդյունքներ արձանագրելու գործիք է: Տարիների ընթացքում տնտեսական աճը նպաստել է աղքատության նվազեցմանը, սակայն չի երաշխավորել ներառականություն: Տնտեսական հնարավորություններին հասանելիության սահմանափակումը, սոցիալական խտրականությունն ու տարածական սահմանափակումները աղքատության և օտարման նկատմամբ արմատավորել ու շարունակում են արմատավորել խոցելիությունը հասարակության մեջ: Օտարված ընտանիքները չունեն եկամուտ, աջակցություն, սոցիալական ծառայությունների հասանելիություն, սոցիալական կապեր, որոնք նվազեցնում

⁴⁰ Silver, H., 2015. The contexts of social inclusion. Available at SSRN 2641272, accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2ljRq3u>

⁴¹ Social Inclusion, the World Bank, accessed 21 October 2019 <https://www.worldbank.org/en/topic/social-inclusion>

են հասարակական ներգրավվածությունից դուրս մնալու ռիսկերը և նպաստում սոցիալական և տնտեսական ներառմանը⁴²:

Սոցիալական պաշտպանությունն ունի բավական հնարավորություններ և լծակներ զարգացմանը նպաստող ռեսուրսների վերաբաշխումներ իրականացնելու, հնարավորություններ ընդլայնելու և հասարակության տարբեր խմբերի ու շերտերի ներկայացուցիչներին հավասարապես ներառելու համար⁴³:

Համընդհանուր սոցիալական պաշտպանությունը զարգացման քաղաքականության գործիք է, որը հնարավորություն է տալիս նվազեցնելու աղքատությունը, անհավասարությունն ու սոցիալական օտարումը⁴⁴:

Առանց համապարփակ սոցիալական պաշտպանության համակարգի որևէ երկիր չի կարողացել աղքատության հաղթահարմանն ուղղված մեծամասշտաբ գործողություններ իրականացնել:

Կայուն զարգացման նպատակները, որպես համաշխարհայնորեն ընդունված զարգացման ուղենիշներ, կարևորում են սոցիալական պաշտպանության համակարգի դերը սոցիալական ներառականության ամրապնդման գործում: Մասնավորապես՝ Թիրախ 1.3-ում նշվում է. «Ներդնել տվյալ երկրում համապատասխան սոցիալական պաշտպանության համակարգեր և միջոցառումներ բոլորի համար, այդ թվում՝ սոցիալական պաշտպանության երաշխիքների խմբեր, և մինչև 2030 թ. հասնել աղքատների և խոցելիների էական չափերով ընդգրկմանը»⁴⁵:

Միջազգային և տարածաշրջանային տարբեր զեկույցներում զետեղված ուսումնասիրությունները ներառական պաշտպանության հեռանկարում կարևորում են սոցիալական պաշտպանության այն մոդելները, որոնք կենսական ցիկլի ողջ ընթացքում, կյանքի յուրաքանչյուր փուլում աջակցում են երեխային, տարեց և աշխատունակ տարիքի, հաշմանդամություն ունեցող անձանց: Սակայն այս համակարգերը ևս համընդգրկուն չեն, այլ սոցիալական խմբեր, ինչպիսիք են երիտասարդները, էթնիկ փոքրամասնությունները, միգրանտները, հաճախ դուրս են մնում սոցիալական պաշտպանության տիրույթից, կամ ստացած նպաստները չեն երաշխավորում նրանց եկամտային ապահովությունը: Սոցիալական պաշտպանության և սոցիալական ծառայությունների համընդհանուր հասանելիությունն անհրաժեշտ պայման է աղքատության միջսերնդային շղթան կտրելու և ներառականությանը նպաստելու համար:

Սոցիալական պաշտպանության բացթողումները խորացնում են խոցելիությունը և սոցիալական օտարումը: Մարդկանց հանդեպ նախապաշարված վերաբերմունքը՝ հիմնված նրանց որոշակի հատկանիշների կամ ինքնության վրա, խոչընդոտում է նրանց՝ հանրային

⁴² Farrington, J. and Farrington, C., 2005. Rural accessibility, social inclusion and social justice: towards conceptualisation. *Journal of Transport geography*, 13(1), pp.1-12.

⁴³ FAO social protection framework: promoting rural development for all, 2017, Food and Agriculture Organisation of the United Nations, Rome, accessed 21 October 2019 <http://www.fao.org/3/a-i7016e.pdf4>

⁴⁴ UN 2018, The Report on the World Social Situation 2018: Promoting Inclusion Through Social Protection, UN, New York, accessed 21 October 2019 <https://doi.org/10.18356/Sef37a49-en>

⁴⁵ Կայուն զարգացման նպատակների առաջարկվող վերջնական ցուցանիշների ցանկ, Օրակարգ 2030, Միավորված ազգերի կազմակերպություն, հասանելի է 21.10.2019 թ. դրությամբ <https://bit.ly/2kl4eXe>

բարիքներից և ծառայություններից օգտվելը: Օրինակ՝ ոչ արտոնյալ խմբերի ներկայացուցիչները սահմանափակ ազդեցություն ունեն իրենց համայնքներում որոշումների կայացման գործընթացում: Այսինքն՝ նրանք, օրինակ, չեն կարող մասնակցել սոցիալական պաշտպանության առաջնահերթություններն ու թիրախները սահմանող հանձնաժողովների աշխատանքներին: Ոչ մասնակցային այս մոտեցումները օտարում են մարդկանց որոշակի խմբերի՝ նրանց մշտապես թողնելով լուսանցքում: Նույն կերպ, նրանք չունեն քաղաքական ազդեցության լծակներ, որպեսզի ազդեն քաղաքականության ձևավորման վրա: Հաճախ նրանք նաև տեղեկացված չեն լինում իրենց վերաբերող ծրագրերին ու արտոնություններին և դրանց դիմելու գործընթացներից դուրս են մնում անգիտության կամ հաղորդակցման միջոցներին չտիրապետելու պատճառով⁴⁶:

Սոցիալական պաշտպանությունից օտարված խմբերն առավել խոցելի վիճակում են, եթե խտրականության են ենթարկվում մի քանի հատկանիշի հիման վրա, օրինակ՝ հաշմանդամություն ունեցող կանայք կամ էթնիկ փոքրամասնության ներկայացուցիչ աղքատ երեխաները և այլն: Այս երևույթը, որը կոչվում է նաև միջսեկտորալություն, ավելի է խորացնում նրանց նկատմամբ խտրականությունն ու օտարումը:

Համաշխարհային վիճակագրությունը ցույց է տալիս, որ սոցիալական պաշտպանության ծածկույթը տարբեր սոցիալական խմբերում տարբեր է: Այսպես, Աշխատանքի միջազգային կազմակերպության տվյալների համաձայն՝ աշխարհում սոցիալական պաշտպանության ամենալայն ծածկույթը տարեց մարդկանց տրվող կենսաթոշակներն են. 2015 թ. տվյալներով՝ տարեցների 68 %-ը կենսաթոշակ է ստանում: Միննույն ժամանակ, ծանր հաշմանդամություն ունեցող անձանց միայն 28 %-ն է ստանում համապատասխան նպաստ, երեխաների 35 %-ը, գործազուրկների 22 %-ը: Եվ սա այն դեպքում, երբ նշված խմբերը լայնորեն ճանաչված են սոցիալական պաշտպանության համակարգերում որպես թիրախներ⁴⁷:

2.1.3. Ներառական սոցիալական պաշտպանության երաշխավորման մոտեցումներ

ՄԱԿ-ը, հավատարիմ իր սկզբունքին՝ «չանտեսել որևէ մեկին», ներառական սոցիալական պաշտպանության երաշխավորման 3 նախապայման է առանձնացնում⁴⁸:

Առկայություն

Ներառականությունը պահանջում է, որ սոցիալական պաշտպանության համակարգերը հաշվի առնեն տարբեր խմբերից ու շերտերից կազմված հասարակության բոլոր կարիքները կյանքի բոլոր փուլերում: Սոցիալական պաշտպանության իրավունքը բոլորի համար չի իրագործվի, եթե ամենակարիքավորներին այն առաջինը հասանելի չլինի: Հետևաբար սոցիալական պաշտպանությունը պետք է իրականացվի կարիքներից ելնելով:

⁴⁶ UN 2018, The Report on the World Social Situation 2018: Promoting Inclusion Through Social Protection, UN, New York, accessed 21 October 2019 <https://doi.org/10.18356/5ef37a49-en>

⁴⁷ Social Finance and Impact Insurance Annual Report 2017, 2018, International Labour Organisation, accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2lLpDp>

⁴⁸ UN 2018, The Report on the World Social Situation 2018: Promoting Inclusion Through Social Protection, UN, New York, accessed 21 October 2019 <https://doi.org/10.18356/5ef37a49-en>

Հասանելիություն

Բոլոր մարդիկ պետք է օգտվեն սոցիալական պաշտպանության համակարգից առանց խտրականության: Համընդհանուր ծրագրերը, որոնք առանց նախապայմանների հասանելի են բոլորին, կարող են երաշխավորել ներառական և ոչ խտրական մոտեցում: Նույնիսկ հավասար հնարավորությունների պարագայում հնարավոր է՝ հավելյալ ջանքեր ներդնելու կարիք լինի որոշ օտարված կամ դժվարհասանելի խմբերի ներգրավելու համար:

Սոցիալական արդարության սկզբունքի համաձայն՝ անհրաժեշտ է երաշխավորել ոչ միայն հնարավորությունների հավասարություն, այլև միջավայրային գործոնների և անձանց խմբերի առանձնահատկություններից բխող հավելյալ միջոցների ներդրում՝ սոցիալական պաշտպանությունը յուրաքանչյուրի համար հասանելի դարձնելու համար: Թիրախավորումը կարևոր նախապայման է՝ հասնելու ամենակարիքավոր մարդկանց ու խմբերին: Համընդհանուր սոցիալական պաշտպանության սխեման որոշ երկրներում փոխարինվել է թիրախային սխեմաներով, որոնք ավելի արդյունավետ են բաշխում ռեսուրսները՝ հաշվի առնելով թիրախային խմբերի առանձնահատկությունները:

Սոցիալական պաշտպանության սխեմաների արդյունավետ գործարկումը երաշխավորելու համար անհրաժեշտ է ապահովել շահառուների ներգրավվածությունը դրանց ձևակերպման և մատուցման գործընթացում: Հանդիպումներին մասնակցությունն ու անհատական խորհրդակցությունները կարևոր են, որպեսզի հստակեցվեն հասանելիությանը խոչընդոտող գործոնները, և ժամանակին դրանք հասցեագրվեն:

Համարժեքություն

Սոցիալական պաշտպանության համակարգերի կողմից առաջարկվող աջակցությունը հաճախ համարժեք չէ եկամտային և առողջապահական ապահովություն երաշխավորելուն: Որպեսզի սոցիալական պաշտպանության համակարգերը ներառական լինեն, հնարավոր է՝ հավելյալ ներդրումների անհրաժեշտություն առաջանա, իսկ կայունություն ապահովելու համար հարկավոր է նաև անընդմեջ ուշադրություն տնտեսական համակարգի կողմից: Սոցիալական պաշտպանության ներառականության երաշխիքների մեկ այլ խումբ է առաջարկում Զարգացման ուսումնասիրությունների ինստիտուտը⁴⁹: Այն կարևորում է հետևյալը.

1. Իրավունքահեն և կարիքահեն սոցիալական պաշտպանության կառուցում: Սոցիալական պաշտպանությունը կարող է նպաստել սոցիալական և տնտեսական ներառական զարգացմանը միայն այն դեպքում, եթե հիմնված է մարդու իրավունքների, հավասարության և համընդհանրության սկզբունքների վրա: Այն պետք է գիտակցվի և կարևորվի պետության կողմից՝ որպես պետության և քաղաքացու միջև երկխոսության արդյունք, ուստի պետք է ամրագրված լինի իրավական փաստաթղթերում և ներկայացնի ամբողջական ու համապարփակ համակարգ, որը հասանելի է յուրաքանչյուրին: Սոցիալական պաշտպանությունը

⁴⁹ Devereux, S. and Roelen, K., 2014. Inclusive Social Protection and the Post-2015 Agenda. Brazilia: International Comparison Programme–United Nations Development Program, accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2kbiXnK>

պետք է ձգտի աստիճանաբար ընդգրկելու բոլոր քաղաքացիներին՝ անկախ նրանց առանձնահատկություններից և ինքնությունից:

2. Պաշտպանության վերակենտրոնացում սոցիալական ուղղության վրա: Տարիների ընթացքում աղքատության հաղթահարման համար պայքարը սոցիալական ապահովության համատեքստից շեշտը տեղափոխել էր աղքատության հաղթահարման վրա՝ ռեսուրսների առումով գրեթե անտեսելով կենսագործունեության ռիսկերը (օրինակ՝ գործազրկության ռիսկը) և կյանքի ցիկլային խոցելիությունը (օրինակ՝ կենսաթոշակի անցնելը): Սոցիալական պաշտպանությունը, անշուշտ, աղքատության հաղթահարման գործառույթ ունի, սակայն այն պետք է գուճահեռաբար շեշտադրի խոցելի խմբերի և մարդկանց պաշտպանությունը ռիսկերից:

Սոցիալական պաշտպանության ոլորտում խոցելիության շեշտադրումը այն ավելի ընդգրկուն և ներառական է դարձնում՝ չանտեսելով որևէ մեկին: Աղքատության հաղթահարման շեշտադրմամբ՝ ամենախոցելի և մարգինալացված խմբերը դուրս են մնում քաղաքականության ուշադրությունից՝ դիտարկվելով որպես հաղթահարման ներուժ չունեցողներ: Սոցիալական անվտանգության շրջանակ ձևավորելով՝ հնարավոր է թիրախավորել և՛ աղքատ ու խոցելի երեխաներին, և՛ տարեց անձանց, և՛ հաշմանդամություն ունեցող անձանց, և՛ սոցիալապես օտարված այլ խմբերի ներկայացուցիչներին:

3. Սոցիալական պաշտպանությունը՝ որպես համընդգրկուն քաղաքականության բաղադրիչ: Զարգացմանն ուղղված քաղաքականություններն ու ծրագրերը պետք է համընդգրկուն լինեն՝ ներառելով տարբեր ոլորտներում գործողությունները: Սոցիալական պաշտպանությունը ամբողջի մի մասը լինելով միայն կարող է համապարփակ ազդեցություն ունենալ մարդկանց պաշտպանության հարցում, խոցելիության և աղքատության դեմ պայքարում:

Պարենի և գյուղատնտեսության կազմակերպությունը ներառական սոցիալական պաշտպանության հիմքում տեսնում է ներառական ծածկույթը, նորմատիվ երաշխիքները և արդյունավետ մասնակցությունը⁵⁰: Հասարակության մեջ իշխանության անհավասար բաշխմանն ու տնային տնտեսության մեջ ռեսուրսների արդար բաշխմանն ուղղված քաղաքականությունները կարող են երաշխավորել սոցիալական ներառականություն:

Միաժամանակ, իրավական փաստաթղթերում տարբեր իրավունքները ամրագրելով (հիմնական կրթության և առողջապահության իրավունք, աշխատավարձի նվազագույն չափ, գենդերազգայուն սեփականության իրավունք և այլն) և նորմատիվ մեխանիզմներ ստեղծելով է հնարավոր սոցիալական պաշտպանության կարևոր գործառույթներ իրականացնել՝ նվազեցնելով անհավասար հնարավորություններն ու ընդլայնելով ռեսուրսների հասանելիությունը: Հաշվետվողականության ներառական և մասնակցային մեխանիզմները երաշխավորում են հիմնական դերակատարների մասնակցությունը և ազդեցությունը սոցիալական պաշտպանության պլանավորման, ձևավորման, իրականացման և մշտադիտարկման ողջ ընթացքում: Անհրաժեշտ է ոչ միայն ներառական քաղաքականություն, այլև մասնակցության ինստիտուցիոնալացում, դեպքի վարման,

⁵⁰ FAO social protection framework: promoting rural development for all, 2017, Food and Agriculture Organisation of the United Nations, Rome, accessed 21 October 2019 <http://www.fao.org/3/a-i7016e.pdf>

բողոքարկման, արձագանքման մեխանիզմների ներդրում, ինչպես նաև հաղորդակցման մեխանիզմների ակտիվացում, որոնք կբարձրացնեն շահառուների իրազեկվածությունը և որոշումների կայացման գործընթացում ակտիվ մասնակցությունը:

Ներառական կառավարման ստորև բերված աղյուսակը ամբողջական օտարումից մինչև ներառում միջակայքային համեմատության մեջ վառ ցուցադրում է շահառուների ներգրավվածության և մասնակցության հնարավորությունները.

Աղյուսակ 2. Ներառական կառավարման շրջանակը. Օտարումից ներառում միջակայքը⁵¹

Ակտիվ օտարում	Պասիվ օտարում	Օտարման կամ ներառման պոտենցիալի առկայություն <u>Հանձնառություն</u>	Ներառմանն ուղղված քայլեր	Ամբողջական ներառում
Իշխանություն կրող խումբը (այսուհետ՝ Խումբ) ակտիվորեն ընդդիմանում է այլ մարդկանց կամ խմբերի ներառմանը	Խումբը ներառում է միայն այն մարդկանց, որոնք մշտապես ներառված են եղել որոշումների կայացման գործում	Խումբը երբևէ քննարկումներ չի ունեցել իշխանություն կրող խմբից դուրս մնացած անձանց կամ խմբերի կարիքների մասին կամ սոցիալական արդարության շուրջ	Խումբը գիտակցում է, որ հաջողության կամ ցանկալի արդյունքների չի հասնի առանց իշխանությունից գուրկ անձանց ևս ներգրավելու	Խումբը պաշտոնապես արձանագրել է իր աշխատանքներում այլ մարդկանց և խմբերին ներգրավելու հանձնառությունը
Խմբի գործունեության մասին տեղեկատվությունը չի ներկայացվում հանրությանը	Մարդիկ կարող են տեղեկատվություն ստանալ, եթե պահանջեն: Տեղեկատվությունը դժվարընկալելի է ներկայացված	<u>Տեղեկատվության հասանելիությունը</u> Տեղեկատվությունը տարածվում է միայն որոշակի մարդկանց և խմբերի շրջանում	Տեղեկատվությունը լայնորեն տարածվում է բանավոր և գրավոր տարբերակներով առավել դյուրընկալելի լեզվով	Տեղեկատվությունը և՛ լայնորեն տարածվում է, և՛ ներկայացվում տարբեր հասանելի միջոցներով/լեզուներով
Հանդիպումներն անցկացվում են փակ դռների հետևում	Հանդիպումները կազմակերպվում են մեծամասնությանը ոչ հարմար վայրերում և ժամերին, դժվարընկալելի լեզվով:	<u>Հանդիպումների կազմակերպման մշակույթ</u> Հանդիպումներն անցկացվում են հասանելի տեղերում և հարմար ժամանակ	Հասանելի է թարգմանությունը այլ լեզուներով	Հանդիպումներն անցկացվում են հասանելի վայրում և հարմար ժամանակ: Խումբը կարևորում է և՛ իրենց ներկայությունը համայնքային հանդիպումներին, և՛ համայնքի անդամների ներկայությունը իրենց հանդիպումներին: Դրանք

⁵¹ A framework for inclusive governance: the continuum from exclusion to inclusion, 2000. The Foundation Consortium for the Results for Children Initiative, accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2ISomAt>

զգայուն են մշակութային և լեզվական առումով

Անդամակցություն

Խումբը մերժում է կամ չի խրախուսում այլ խմբերի ներկայացուցիչների մասնակցությունը, չնայած որ նրանք ևս կրում են որոշման ազդեցությունը

Խումբը օգտագործում է անդամակցության այնպիսի չափանիշներ, որոնք անուղղակիորեն արգելում են թիրախային խմբերի և մարդկանց մասնակցությունը

Անդամությունը բաց է, սակայն քիչ բան է արվում տարբեր խմբերի ներկայացուցիչներին հրավիրելու համար

Խումբը բարյացակամ է բոլոր խմբերի ներկայացվածության նկատմամբ, տեղյակ է՝ ով պետք է մասնակցի հանդիպմանը, քայլեր է ձեռնարկում բացականերին ներգրավելու համար

Խումբը կազմված է տվյալ որոշման ազդեցությունը կրող լայն շրջանակի տարբեր խմբերի ներկայացուցիչներից

Որոշում կայացնելու իշխանությունը և հեռանկարները

Իշխանությունը փոքր խմբի ձեռքում է (ոչ ներկայացուցչական), որը որոշումներ է կայացնում ըստ իր հայեցողության

Իշխանությունն ընտրված խմբի ձեռքում է, որը կայացնում է որոշումները: Հաճախ խմբի անդամները չեն գիտակցում, որ այն ներկայացուցչական չէ

Որոշումները դեռևս կայացվում են գերիշխող փոքր խմբի կողմից, սակայն նրանք սկսել են գիտակցել այլ մարդկանց ներգրավելու կարևորությունը

Ջանքեր են ներդրվում մարդկանց և խմբերի կարծիքները հաշվի առնելու ուղղությամբ: Այլ հեռանկար ներկայացնող մարդիկ սկսել են մասնակցել որոշումների կայացման գործընթացին:

Տարբեր խմբերի ներկայացուցիչները մասնակցում են ժողովրդավարական որոշումների կայացման գործընթացին և արդյունավետորեն ներկայացնում իրենց տեսակետները

Ռեսուրսների բաշխում

Իշխանական խմբին մոտ կանգնած մարդիկ տնօրինում են ռեսուրսների հիմնական մասը

Ռեսուրսների բաշխման մասին որոշումները կայացնում է իշխանական փոքր խումբը

Խումբը հաշվի է առնում համայնքային գնահատումները ռեսուրսների բաշխման մասին որոշումներ կայացնելիս

Խումբն օգտագործում է համայնքային գնահատումների արդյունքները ռեսուրսների վերաբաշխման մասին որոշումներ կայացնելիս: Ուշադրություն է դարձվում տարբեր խմբերի կարիքների հասցեագրմանը և նրանց հզորացմանը

Որոշումները կայացվում են համայնքային գնահատումների և ստացված արդյունքների հիման վրա: Համայնքային խմբերը հնարավորություն ունեն դիմելու և ստանալու ռեսուրսներ՝ հիմնված օբյեկտիվ չափանիշների վրա: Ռեսուրսների օգտագործումն ուղղված է համայնքում

Խումբը մերժում է ցանկացած մեխանիզմի ներդրում, որը նրանց հաշվետու կդարձնի արարքների համար

Որևէ մեխանիզմ չի գործում խմբին հաշվետվողականության կանչելու համար

Հաշվետվողականություն

Խումբը սկսել է մեխանիզմներ մշակել գործընթացների արդյունավետությունը գնահատելու համար, սակայն դեռևս հակված չէ գործելու

Խումբը մեխանիզմներ է մշակել իր գործունեությունը և արդյունքները գնահատելու համար: Համակարգը գնահատում է տարբեր խմբերի ներկայացուցիչների ներգրավվածության աստիճանը: Խումբն օգտագործում է ստացված տեղեկատվությունը խնդիրները վեր հանելու և ռազմավարությունները կատարելագործելու համար

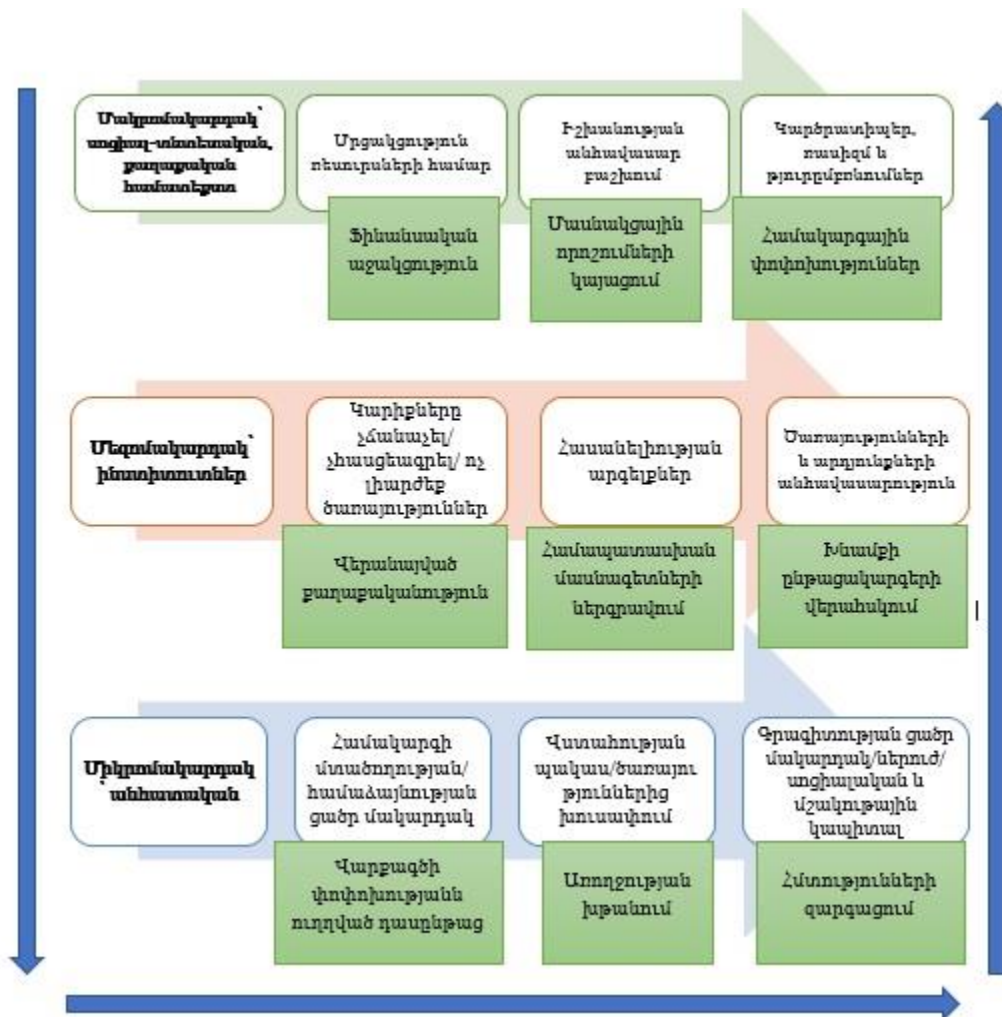
անհավասարության նվազեցմանը

Խումբն ունի գնահատման համակարգ, որը գնահատում է՝

- որոշումների կայացման արդյունավետությունն ու ներառականությունը.
- արդյունքների ազդեցությունը տարբեր խմբերի ներկայացուցիչների վրա: Խումբը ստացված տեղեկատվությունը օգտագործում է խնդիրները վեր հանելու և ռազմավարությունները կատարելագործելու համար Մտացված տեղեկատվությունը լայնորեն տարածվում է հանրության մեջ

Մակրո-, մեզո- (միջին) և միկրոմակարդակներում սոցիալական օտարման դրսևորումներին համապատասխան սոցիալական ներառմանը նպաստող գործողությունների մի զծապատկեր է ներկայացրել հետազոտողների մի խումբ: Նրանք, ուսումնասիրելով սոցիալական օտարման մասին տարբեր հետազոտություններ, իրենց եզրակացություններն ամփոփել են ստորև ներկայացված զծապատկերի միջոցով (զծապատկերում սլաքներով նշված են սոցիալական օտարման հիմնական գործոնները, իսկ դրանց ներքևում գուգորդված կանաչ աղյուսակներում՝ համապատասխան ներառական նախաձեռնության օրինակները)⁵²:

ԳԾԱՊԱՏԿԵՐ 1. ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՕՏԱՐՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԸ ԵՎ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆ ՆԵՐԱՌԱԿԱՆ ՆԱԽԱՁԵՌՆՈՒԹՅԱՆ ՕՐԻՆԱԿՆԵՐ



⁵² Mir, G., Warsi, S., Karlsen, S., Mirzoev, T., Ebenso, B., D’Silva, S., Bunglawala, S., Dymki G., 2017. Socially Inclusive Cities: Strategies for Inclusion of Minority Ethnic and Religious Communities in Public Services, Report of a Global Evidence Review, Leeds Institute of Health Sciences, accessed 21 October 2019, <https://bit.ly/2jSj33n>

Կարևոր է գիտակցել, որ սոցիալական պաշտպանության համակարգերը տարբեր երկրներում տարբեր են և կրում են տվյալ երկրի մշակութային առանձնահատկությունների, կարիքների ու խոցելիության աստիճանի և այլ գործոնների ազդեցությունը, հետևաբար սոցիալական պաշտպանության համակարգի ձևավորումը կամ բարեփոխումները պետք է հիմնված լինեն այդ երկրին բնորոշ առանձնահատկությունների, ինչպես նաև մարդու իրավունքների, հավասարության, սոցիալական արդարության և համընդհանրության սկզբունքների վրա:

2.2. Ներառական համայնքների գաղափարը. Բարսելոնի օրինակը

Ներկայումս աշխարհում տարեցտարի ավելանում է այն համայնքների թիվը, որոնք տեղական ինքնակառավարումը կազմակերպում են ներառականության սկզբունքով ուշադրություն դարձնելով, որ համայնքի յուրաքանչյուր անդամ ներգրավված լինի և մասնակցի համայնքի ապագայի ձևավորմանը:

Իսպանիայի Բարսելոն քաղաքը, գիտակցելով, որ ռեսուրսները սակավ են, և կանխատեսելով հնարավոր տնտեսական ճգնաժամը, համայնքի բարեկեցության հիմնաքար է սահմանել սոցիալական ներառականության վրա հիմնված սոցիալական քաղաքականությունը: Քաղաքն իր Ներառականության և սոցիալական անհավասարությունների նվազեցման 2017-2027 թթ. ռազմավարությունը⁵³ մշակել է սոցիալական ոլորտի տարբեր դերակատարների փոխհամաձայնության արդյունքում: Ըստ այդ ռազմավարության՝ Բարսելոնը առաջնահերթություն է դիտարկում եկամուտների միջև անհավասարության կրճատումը և համայնքի բնակիչների սոցիալական իրավունքների երաշխավորումը, որոնց շնորհիվ հնարավոր կլինի արդարության, կրթական հնարավորությունների ընդլայնման, սոցիալական և համայնքային աջակցող ցանցերի հզորացման միջոցով վերացնել պիտակավորումն ու շերտավորումը, նվազեցնել տարածաշրջանային անհավասարությունը:

Այս նպատակին հասնելու համար համայնքապետարանն ու ՔՀԿ-ները միասին կազմել են հնարավոր նախագծերի փաթեթ, որոնց իրականացման արդյունքում հնարավոր է Բարսելոնը դարձնել սոցիալական ներառականության մոդել հանդիսացող համայնք: Ռազմավարության մշակողները ցանկանում են Բարսելոնի մոդելը հանրայնացնել որպես սոցիալական ներառականությամբ առաջնողվող համայնքի օրինակելի մոդել: Նրանց տեսլականն է մինչև 2027 թվականը Բարսելոնը դարձնել եվրոպական և միջերկրածովյան օրինակելի համայնք, որը երաշխավորում է իր բոլոր քաղաքացիների սոցիալական իրավունքները, հանրային պատասխանատվության, հանձնառության և համագործակցության միջոցով սոցիալական և քաղաքացիական նախաձեռնությունների իրականացումը, որտեղ սոցիալական հավասարության նոր հնարավորություններ են ստեղծվում:

Այս նպատակին հասնելու համար կարևորվում են հետևյալ հիմնաքարերը՝

⁵³ de Drets Socials, G., de Drets Socials, À., Sales Campos, A., Villarreal, J. and Pallàs, E., 2018. Strategy for Inclusion and Reducing Social Inequality in Barcelona 2017-2027, accessed 21 October 2019, <https://bit.ly/2k887Pj>

- Սոցիալապես արդար, բազմազան և միջմշակութային քաղաք, որը պաշտպանում է սոցիալական և քաղաքացիական իրավունքները, հարգում ու արժևորում է տարբերությունները և օրինակելիության չափանիշ է սահմանում արդարության, հարգանքի, համայնքային ներդաշնակության և համերաշխության համար:
- Ողջունող բնակավայր, որը արժանապատվությամբ և համագործակցային նպատակով է մոտենում այնտեղ աշխատող կամ բնակվող յուրաքանչյուր մարդու, որը սոցիալապես վերակենդանացնում է իր թաղամասերը, անդրադառնում բնակչության վտարման և վերաբնակեցման խնդիրներին, որոնք փոխում են բնակիչների սոցիալական դեմքը:
- Կրթական քաղաք, որը լայն հնարավորություններ է ընձեռում կյանքի ամբողջ ընթացքում:
- Ֆեմինիստ քաղաք, որտեղ գենդերային արդարությունը իրականություն է, և բազմազանության համընդհանուր իրավունքն է գործում:
- Առողջ քաղաք, որն ուշադիր է յուրաքանչյուրի հանդեպ, առաջարկում է մատչելի ծառայություններ և համապատասխան միջավայր անձնական և կոլեկտիվ զարգացման համար, միջավայրային կայունություն և արդարություն, ամուր կապեր, հզոր, ակտիվ և սոցիալապես հանձնառու քաղաքացիներ:

Բարսելոնը այս նպատակադրումը, նախորդող գնահատումներն ու հետագա պլանավորումը իրականացրել է բնակիչների, նրանց ներկայացուցիչ կազմակերպությունների, մասնավոր և պետական ոլորտների ներկայացուցիչների անմիջական մասնակցությամբ, հետևաբար վստահ է ծրագրի թիրախային լինելու, բնակիչների սեփականատիրական պատասխանատվության և հանձնառության համար և իրատեսական է համարում մինչև 2027 թվականը այս նպատակներին հասնելը: 2019 թ. ռազմավարության միջանկյալ գնահատման ժամանակն է, և հետաքրքիր կլինի հետևել արդյունքներին:

Բարսելոնի Ներառականության և սոցիալական անհավասարությունների նվազեցման 2017-2027 թթ. ռազմավարությանն ավելի մանրամասն կարող եք ծանոթանալ հետևյալ հղմամբ՝ <https://bit.ly/2k887Pj>:

2.3. ՔՀԿ-ների դերը ներառական սոցիալական պաշտպանության ձևավորման գործում

ՔՀԿ-ները նշանակալի դեր ունեն պետության կայացման և զարգացման գործում: Նրանց գործառույթները բազմազան են: ՔՀԿ-ների մի մասը կենտրոնացած է բնակչությանը, մասնավոր սեկտորին կամ պետական մարմիններին ծառայությունների մատուցման վրա: Որոշ երկրներում նրանք ապահովում են սոցիալական, մշակութային, բարեկեցությանն ուղղված տարբեր ծառայություններ⁵⁴:

Նրանք նաև քաղաքական և քաղաքացիական դաշտում շահերի պաշտպանության գործառույթ են կատարում՝ բարձրաձայնելով հասարակության մեջ առկա սոցիալական, քաղաքական, տնտեսական, բնապահպանական, առողջապահական և այլ տեսակի խնդիրներ և ներկայացնելով բնակչության շահերը պատկան մարմինների հետ

⁵⁴ DESSE, F., The Role and Structure of Civil Society Organizations in National and Global Governance Evolution and outlook between now and 2030, accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2jTqAyX>

հաղորդակցման մեջ: Նրանք միջնորդ են հասարակության և իշխանությունների միջև երկխոսության ժամանակ:

ՔՀԿ-ների գործունեությունը նպաստում է երկրի ժողովրդավարացման գործընթացին մարդու իրավունքների և խոցելի խմբերի շահերի պաշտպանության համատեքստում: Համայնքային ՔՀԿ-ների դերը, մասնավորապես, նշանակալի է խոցելի խմբերի ներկայացուցիչների հայտնաբերման և աջակցության տեսանկյունից: Նրանք բավականին լծակներ ունեն՝ այդ մարդկանց համապատասխան տեղեկատվություն տրամադրելու, նրանց խոցելիության պատճառ հանդիսացող գործոնների բացահայտման և հնարավոր լուծումներ գտնելու հարցում:

ՔՀԿ-ները նշանակալի գործառույթ են իրականացնում համայնքում՝ լինելով

- քաղաքացու և պետության միջև երկխոսության հնարավորություն ստեղծող, փոխանորդ.
- պետությանը աջակից՝ քաղաքացուն անհրաժեշտ ծառայությունների ապահովման հարցում.
- քաղաքացու շահերի պաշտպան տարբեր աստիճաններում իրավունքների ոտնահարման պարագայում:

Հայաստանյան իրավիճակում շատ համայնքներում ՔՀԿ-ները քիչ թվով են ներկայացված և միայն որոշակի ոլորտներում: Նրանց ռեսուրսները ևս սահմանափակ են: Սակայն համայնքի բնակչի համար հաճախ ՔՀԿ-ն այն հուսալի կառույցն է, որին դիմելով՝ անձը իր խնդրի շուրջ որևէ աջակցություն ստանալու ակնկալիք ունի:

Դիրքորոշում կա, որ այս կամ այն խմբի ներկայացուցչի ներառման գործում պետք է ներգրավված լինեն միայն այդ ոլորտում մասնագիտացած ՔՀԿ-ները, քանի որ դա նրանց առաքելությունն է: Մասնագիտացված ՔՀԿ-ների դերը, անշուշտ, կարևոր է մասնագիտական աջակցություն և շահերի պաշտպանություն իրականացնելու համար, սակայն երեխաների պաշտպանությամբ զբաղվող ՔՀԿ-ն արդյոք չի՞ կարող նպաստել հաշմանդամություն ունեցող տարեցի կամ բռնության ենթարկված կնոջ սոցիալական ներառականությանը:

Շատ համայնքներում, երբ գործնականում հնարավոր չէ ունենալ բոլոր խնդիրներով մասնագիտացած ՔՀԿ-ներ, որոնք աջակից կդառնան քաղաքացուն, ՔՀԿ-ների լայնախոհության և ներառականության անհրաժեշտություն է առաջանում: ՔՀԿ-ների դերը տվյալ սոցիալական խմբի անձին համայնքում հավասարապես ընդունվելու և խոցելիությունը նվազեցնելու գործում նշանակալի է:

Սոցիալական պաշտպանության, ինչպես այլ ոլորտների քաղաքականության ձևավորման և իրականացման գործընթացում քաղաքացու մասնակցայնության ապահովումն էական է, քանի որ խնդրի կրողը ամենալավն է գիտակցում այդ խնդրի առաջացրած հետևանքները, և կարևոր է, որ դրանց մասին բարձրաձայնի որոշումների կայացման հարթակներում:

Այս հարցում կարևոր է ՔՀԿ-ների դերը, քանի որ նրանք հնարավորություն ունեն՝ ա) երկխոսություն կառուցելու որոշում ընդունողների և համայնքների բնակիչների,

սոցիալական տարբեր խմբերի ներկայացուցիչների միջև, բ) դառնալու նրանց ձայնը հանրային հարթակներում, գ) գորեղացնելու համայնքի բնակիչներին՝ պաշտպանելու սեփական շահերը, բարձրաձայնելու իրենց խնդիրների մասին, դ) վեր հանելու այդ խնդիրները և դրանք ներկայացնելու ավելի կառուցողական առաջարկների ձևաչափով: Ի վերջո, սոցիալական ներառականության հիմնական տեսլականը այս գործընթացի կարիքի իսպառ վերացումն է, այնպիսի միջավայրի ստեղծումը, որտեղ յուրաքանչյուրն ընդունված է իր առանձնահատկություններով հանդերձ, որևէ մեկը չի օտարվում որոշակի հատկանիշի կամ սոցիալական խմբի պատկանելության հիման վրա, հանրային քաղաքականությունները համընդգրկուն են և թիրախային, իսկ որոշումների ընդունման գործընթացը մասնակցային և ներառող է: Նման ապագայի կերտման գործում էական նշանակություն ունեն ՔՀԿ-ները:

Գրականության ցանկ

1. Կայուն զարգացման նպատակների առաջարկվող վերջնական ցուցանիշների ցանկ, Օրակարգ 2030, Միավորված ազգերի կազմակերպություն, հասանելի է 21.10.2019 թ. դրությամբ <https://bit.ly/2k14eXe>
2. A framework for inclusive governance: the continuum from exclusion to inclusion, 2000. The Foundation Consortium for the Results for Children Initiative, accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2lSomAt>
3. de Drets Socials, G., de Drets Socials, À., Sales Campos, A., Villarreal, J. and Pallàs, E., 2018. Strategy for Inclusion and Reducing Social Inequality in Barcelona 2017-2027, accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2k887Pj>
4. DESSE, F., The Role and Structure of Civil Society Organizations in National and Global Governance Evolution and outlook between now and 2030, accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2jTqAyX>
5. Devereux, S. and Roelen, K., 2014. Inclusive Social Protection and the Post-2015 Agenda. Brazilia: International Comparison Programme–United Nations Development Program, accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2kbiXnK>
6. EUROPE 2020: A strategy for smart, sustainable and inclusive growth, 2010, European Commission, Brussels, 3.3.2010 COM(2010) 2020, accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2zpxlN7>
7. EUROPEAN COMMISSION (1993a) White paper on growth, competitiveness and employment.COM (93) 700 final. Brussels: Commission of the European Communities
8. FAO social protection framework: promoting rural development for all, 2017, Food and Agriculture Organisation of the United Nations, Rome, accessed 21 October 2019 <http://www.fao.org/3/a-i7016e.pdf4>
9. Farrington, J. and Farrington, C., 2005. Rural accessibility, social inclusion and social justice: towards conceptualisation. *Journal of Transport geography*, 13(1), pp.1-12.
10. Labonté, Ronald & Hadi, Abdullahel & E Kauffmann, Xaxier. (2011). Indicators of Social Exclusion and Inclusion: A Critical and Comparative Analysis of the Literature. PHIRN Working Papers. 2. accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2NPZYLT>
11. Mir, G., Warsi, S., Karlsen, S., Mirzoev, T., Ebenso, B., D’Silva, S., Bunglawala, S., Dymiski G., 2017. Socially Inclusive Cities: Strategies for Inclusion of Minority Ethnic and Religious Communities in Public Services, Report of a Global Evidence Review, Leeds Institute of Health Sciences, accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2jSj33n>

12. Percy-Smith, Janie & Solomon, Russell (Lecturer) 2000, Policy responses to social exclusion: towards inclusion? Open University Press, Buckingham, accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2LkPUrl>
13. Report on the World Summit for Social Development, Copenhagen, 6-12 March 1995, chap. I, resolution I, annex I, para. 66
14. Silver, H., 2015. The contexts of social inclusion. Available at SSRN 2641272, accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2ljRq3u>
15. Social Finance and Impact Insurance Annual Report 2017, 2018, International Labour Organisation, accessed 21 October 2019 <https://bit.ly/2llpDp>
16. Social Inclusion, the World Bank, accessed 21 October 2019 <https://www.worldbank.org/en/topic/social-inclusion>
17. UN 2018, The Report on the World Social Situation 2018: Promoting Inclusion Through Social Protection, UN, New York, accessed 21 October 2019 <https://doi.org/10.18356/5ef37a49-en>

3. ՀՀ քաղաքացու առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանությունը և դրա հիմնախնդիրները Մովսես Արխատակեյան

- Ա. Առողջ ապրելու իրավունքը որպես սոցիալական պաշտպանության բաղադրիչ
- Բ. Առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության մոդելները. միջազգային իրավական ակտեր, ՀՀ օրենսդրական համակարգը, նորմատիվ ակտեր
- Գ. ՀՀ առողջապահական ծառայությունների մատուցման համակարգը
- Դ. Առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության հիմնախնդիրները Հայաստանում
- Ե. ՔՀԿ-ների դերը և նշանակությունը առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության և ջատագովության գործընթացներում

Առողջ մարդը և նրա ստեղծագործ ու արտադրողական աշխատանքն իր (հետևաբար իր ընտանիքի) և հասարակության (հետևաբար պետության) հարստության ամենակարևոր աղբյուրն է:

Մարդկային այդ կապիտալի մեջ ներդրումները կարող են բազմապատիկ փոխհատուցվել, եթե առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության ոլորտում իրականացվի արդյունավետ նպատակային քաղաքականություն:

Ա. Առողջ ապրելու իրավունքը որպես սոցիալական պաշտպանության բաղադրիչ

Սոցիալական և ժողովրդավարական յուրաքանչյուր պետության սահմանադրական պարտավորությունն է ապահովել նվազագույն անհրաժեշտ պայմանները իր երկրի **յուրաքանչյուր քաղաքացու արժանավայել կյանքի և ստեղծագործ աշխատանքի համար:** Այդ պահանջումների չբավարարումը հանգեցնում է անհատի և ի վերջո ողջ հասարակության ու պետության աղքատության՝ իր սոցիալական լուրջ հետևանքներով:

Հետամուտ լինելով այդ նպատակին՝ միջազգային հանրությունն ընդունել է բազմաթիվ իրավական նորմատիվ փաստաթղթեր՝ ուղղված մարդու սոցիալական ապահովությանն ու պաշտպանությանը: Դրանց թվում հատկապես պետք է առանձնացնել 1996 թ. մայիսի 3-ին Ստրասբուրգում ստորագրված Վերանայված եվրոպական սոցիալական խարտիան (կից հայտարարությամբ) (այսուհետ՝ Սոցիալական խարտիա)⁵⁵, որը Հայաստանի Հանրապետության կողմից վավերացվել է 2003 թ. դեկտեմբերի 25-ին ՀՀ Ազգային ժողովի որոշմամբ և ուժի մեջ է մտել 2004 թ. մարտի 1-ից:

Եվրոպայի խորհրդի՝ Սոցիալական խարտիային միացած կառավարությունները, «նպատակ ունենալով հասնելու առավել սերտ միասնության՝ ընդհանուր ժառանգություն հանդիսացող գաղափարների և սկզբունքների պահպանման ու իրագործման, ինչպես նաև իրենց տնտեսական ու սոցիալական զարգացմանը նպաստելու գործում, մասնավորապես մարդու իրավունքների արմատական պաշտպանության և ազատության ամրապնդման միջոցով», համաձայնության են եկել այն բանում, որ իրենց երկրներում իրականացվեն այնպիսի քաղաքականություններ, որոնք կնպաստեն 31 **սոցիալական իրավունքների և սկզբունքների արդյունավետ իրականացմանը:**

⁵⁵ www.arlis.am, Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀԱԳՆՊՏ 2004.11.26/6(14):

Սոցիալական խարտիան ստորագրած կառավարությունները պարտավորվել են իրենց երկրներում հաստատել և պահպանել սոցիալական ապահովության այնպիսի համակարգ, որն «առնվազն հավասար կլինի Սոցիալական ապահովության եվրոպական օրենսգրքի վավերացման համար անհրաժեշտ համակարգին» և կապահովի սոցիալական ապահովության իրավունքի արդյունավետ կիրառումը:

Մեր քննարկվող հարցի համատեքստում սոցիալական ապահովության այդ համակարգի կարևորագույն բաղադրիչներից են հետևյալ այն սկզբունքները, որոնք, **որպես սոցիալական ապահովության և պաշտպանության բաղադրիչ, հատկանշում են առողջ ապրելու իրավունքը.**

«7. երեխաները և երիտասարդները հատուկ պաշտպանվածության իրավունք ունեն իրենց սպառնացող ֆիզիկական և հոգեբանական վտանգներից,

8. աշխատող կանայք մայրության դեպքում հատուկ պաշտպանվածության իրավունք ունեն,

11. յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի օգտվելու այն բոլոր միջոցներից, որոնք նրան հնարավորություն կտան հասնելու առողջական վիճակի լավագույն հնարավոր աստիճանի,

12. բոլոր աշխատողները և նրանց խնամառուները սոցիալական պաշտպանվածության իրավունք ունեն,

13. համապատասխան միջոցներ չունեցող յուրաքանչյուր ոք սոցիալական և բժշկական օգնություն ստանալու իրավունք ունի,

14. յուրաքանչյուր ոք սոցիալական բարեկեցության ծառայություններից օգտվելու իրավունք ունի,

15. անաշխատունակ անձինք ունեն անկախ ապրելու, սոցիալական ինտեգրման և հասարակության կյանքին մասնակցելու իրավունք,

30. յուրաքանչյուր ոք աղքատությունից և սոցիալական անարդարությունից պաշտպանվածության իրավունք ունի»:

Սոցիալական խարտիայում մանրամասնորեն ներկայացվում են անվտանգ և առողջության համար անվնաս աշխատանքային պայմանների ստեղծման, աշխատավորների առողջության պահպանմանն ուղղված միջոցառումների ձեռնարկման, անվտանգ ֆիզիկական միջավայրի ստեղծման, հանգստի ու առողջ ապրելակերպի պահպանմանն ուղղությամբ և այլ պարտավորություններ, որոնք Սոցիալական խարտիային միացած պետությունները ստանձնել են իրականացնել իրենց երկրներում:

Այդ պարտավորությունների շարքում հատկապես պետք է նշել Սոցիալական խարտիայի հետևյալ հոդվածները, որոնք ուղղակիորեն կապված են **առողջ ապրելու իրավունքի հետ.**

1. Հոդված 3. «Անվտանգ և առողջության համար անվնաս աշխատանքային պայմանների իրավունքը»,
2. Հոդված 7. «Երեխաների և երիտասարդների պաշտպանվածության իրավունքը»,
3. Հոդված 8. «Աշխատող կանանց մայրության պաշտպանվածության իրավունքը»,
4. Հոդված 11. «Առողջության պաշտպանվածության իրավունքը»,
5. Հոդված 13. «Բժշկական և սոցիալական օգնության իրավունքը»,
6. Հոդված 15. «Հաշմանդամների անկախության, սոցիալական ինտեգրման և

- 7. Հոդված 19. համայնքի կյանքում մասնակցության իրավունքը»,
«Միգրանտ աշխատողների և նրանց ընտանիքների պաշտպանվածության և օգնություն ստանալու իրավունքը»,
- 8. Հոդված 22. «Աշխատանքային պայմանների և աշխատանքային միջավայրի սահմանմանը և բարելավմանը մասնակցելու իրավունքը»,
- 9. Հոդված 23. «Տարեց մարդկանց սոցիալական պաշտպանվածության իրավունքը»,
- 10. Հոդված 30. «Աղքատությունից և սոցիալական անարդարությունից պաշտպանվածության իրավունքը»:

Վերոհիշյալից հետևում է, որ միջազգային հանրությունը սոցիալական ապահովության համակարգում յուրաքանչյուր քաղաքացու արժանավայել կյանքի և ստեղծագործ աշխատանքի կարևորագույն բաղադրիչ է համարում **պետության կողմից նրա առողջ ապրելու իրավունքի երաշխավորումը և դրա իրացման համար նպաստավոր պայմանների ստեղծումը:**

Բ. Առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության մոդելները.
միջազգային իրավական ակտեր, ՀՀ օրենսդրական համակարգը, նորմատիվ ակտեր

Հարց է ծագում. ի՞նչ է առողջ ապրելու իրավունքը, որո՞նք են դրա բաղադրիչները, և ինչպե՞ս պետք է իրականացվի դրա պաշտպանությունը:

Մեզ՝ որպես մարդկային էակների, ամենօրյա ռեժիմով անհանգստացնում է մեր ու մեզ շրջապատող անձանց առողջությունը: Մի կողմից՝ անկախ տարիքից, սեռից, սոցիալ-տնտեսական և էթնիկական պատկանելությունից՝ առողջությանը մենք վերաբերվում ենք որպես հիմնական և անհրաժեշտ անձնական կարողության: Մյուս կողմից՝ վատ առողջությունը կարող է խոչընդոտել մարդու՝ որպես սոցիումի լիարժեք գործունեությունը՝ ուսումն ու աշխատանքը, ընտանեկան պարտականությունների կատարումը, համայնքի աշխատանքներին մասնակցությունը, քաղաքացիական պարտականությունների կատարումն ու սոցիալական շրջապատի հետ շփումը:

Առողջությունը թանկ կապիտալ է: Սակայն մենք նրա հետ վարվում ենք անխնա՝ չմտածելով դրա պահպանման անձնական ու հանրային նշանակության մասին: Եվ շատ հաճախ այդպիսի իրավիճակի առջև ենք կանգնում ոչ միայն մեր անփութության, անհետևողականության, այլև առողջ ապրելու իրավունքի չգիտակցման ու դրա պահպանման ու պաշտպանության ուղղությամբ պետության ու հասարակության կողմից գործադրվող ջանքերի անբավարարության և/կամ չկատարման հետևանքով:

Առողջ ապրելու իրավունքը մարդու հիմնարար իրավունքներից մեկն է և մեր հասկացողությամբ կազմում է արժանապատիվ կյանքի անբաժանելի բաղադրիչը: Առողջ ապրելու իրավունքը համընդհանուր և բազմոլորտ է ու շատ հաճախ դիտարկվում է պարզապես որպես առողջապահական ծառայությունների մատչելիություն: Դա ոչ ճիշտ ու ոչ ամբողջական պատկերացում է: Առողջ ապրելու իրավունքը էականորեն ավելի լայն հասկացություն է, քան «առողջապահություն» կամ առավել ևս «բուժօգնություն» կատեգորիաները, և պայմանավորված է մի շարք փոխկապակցված գործոններով, որոնք

դուրս են գալիս առողջապահության համակարգի շրջանակներից: Այդպիսիք են բնապահպանությունը և շրջակա միջավայրի աղտոտվածությունը, կրթական մակարդակը, աշխատանքի, կենցաղի և հանգստի պայմանները, առողջ ապրելակերպի սովորույթը, ազգի գենետիկական առանձնահատկություններով պայմանավորված ժառանգական հիվանդությունների տարածվածությունը և այլն: Բուն առողջապահության համակարգի դերը առողջ ապրելու իրավունքի իրացման գործում հիմնականում արտահայտվում է հիվանդությունների կանխարգելման, բուժման և առողջության վերականգնման ուղղություններում, որոնք, միասին վերցրած, ըստ տարբեր միջազգային փորձագիտական գնահատականների, վերոհիշյալ գործոնների ընդհանուր համախմբում կազմում են շուրջ 15 %-ը:

Հետևաբար առողջ ապրելու իրավունքի իրացման գործում խիստ կարևորվում է համալիր ու նպատակամետ քաղաքականությունների իրականացումը հետևյալ բնագավառներում.

- մարդուն շրջապատող ֆիզիկական միջավայրի (այդ թվում կանաչ տարածքների) անվտանգության ապահովում,
- անվտանգ ջրամատակարարում և սանիտարական պայմաններ,
- անվտանգ սննդամթերքի արտադրություն և մատակարարում,
- մարդու համար կենցաղային անվտանգ ու նորմալ պայմանների ապահովում,
- աշխատանքային ու գործունեության անվտանգ պայմանների ապահովում,
- առողջ ապրելակերպի կրթություն, քարոզչություն և արմատավորում,
- ֆիզիկական կուլտուրայի և սպորտի տարածվածության մակարդակի բարձրացում,
- ինքնաբուժության ուղղորդում և կարգավորում,
- ավանդական բժշկության քաջալերում և տարածում,
- սեռերի հավասարության պահպանում
- և այլն:

Վերոհիշյալ քաղաքականությունների իրականացումը ենթադրում է բազմոլորտ խոր համագործակցություն, տարբեր մարմինների ռազմավարությունների և գործողությունների ներդաշնակեցում:

3.1. Միջազգային իրավական ակտեր

Յուրաքանչյուր քաղաքացու առողջ ապրելու իրավունքը, դրա իրացման ու պաշտպանության անհրաժեշտությունը ամրագրված են միջազգային մի շարք փաստաթղթերում, որոնց միացել է Հայաստանի Հանրապետությունը:

Այսպես, «Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագրի»⁵⁶ 25-րդ հոդվածում ամրագրված է. «Յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի այնպիսի կենսամակարդակի, ներառյալ սնունդը, հագուստը, բնակարանը, բժշկական խնամքը և սոցիալական անհրաժեշտ սպասարկումը, որն անհրաժեշտ է իր և իր ընտանիքի առողջությունն ու բարեկեցությունը պահպանելու համար, և գործազրկության, հիվանդության, հաշմանդամության, այրիանալու,

⁵⁶ Ընդունվել է 1948 թ. դեկտեմբերի 10-ին, www.undp.am, www.arlis.am

ծերության կամ իր կամքից անկախ ապրուստի միջոցներից զրկվելու դեպքում՝ **ապահովելու իրավունք**»:

1966 թ. դեկտեմբերի 16-ին Նյու Յորքում Միավորված ազգերի կազմակերպության (ՄԱԿ) Գլխավոր ասամբլեան ընդունել է «**Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների» միջազգային դաշնագիրը** (այսուհետ՝ Դաշնագիր)⁵⁷, որը ուժի մեջ է մտել 1976 թ. հունվարի 3-ից, իսկ Հայաստանի Հանրապետությունը միացել է դրան 1993 թ. հունիսի 9-ին:

Դաշնագրին մասնակցող պետությունները, ուշադրության արժեքով, որ ՄԱԿ-ի կանոնադրությամբ⁵⁸.

- հռչակված սկզբունքներին համապատասխան մարդկային ընտանիքի բոլոր անդամներին ներհատուկ արժանապատվության և նրանց հավասար ու անկապտելի իրավունքների ճանաչումը ազատության, արդարության և համընդհանուր խաղաղության հիմքն է, որ պետությունները պարտավոր են խրախուսել մարդու իրավունքների և ազատությունների նկատմամբ համընդհանուր հարգանքը և դրանց պահպանումը,
- յուրաքանչյուր առանձին մարդ, պարտականություններ ունենալով մյուս մարդկանց և այն կոլեկտիվի նկատմամբ, որին պատկանում է, պետք է հետամուտ լինի սույն Դաշնագրում ճանաչվող իրավունքների խրախուսմանը և պահպանմանը, համաձայնել են իրենց երկրներում իրականացնել **մարդու տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների** պաշտպանությանն ուղղված միջոցառումներ:

Դրանց թվում սահմանվել են **մարդու առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության** մի շարք կարգավորումներ:

Մասնավորապես Դաշնագրի 10-րդ հոդվածով սահմանված է, որ հատուկ պաշտպանություն պետք է տրամադրվի մայրերին մինչև ծննդաբերությունը և դրանից հետո ընկած խելամիտ ժամանակաշրջանի ընթացքում: Դրանով նախատեսվում են պետությունների կողմից երեխայի ծննդաբերության ու նրանց և մայրերի առողջության պահպանման համար երաշխավորված ողջամիտ ժամկետներ:

Հոդված 11-ի իրավակարգավորումներով Դաշնագրին մասնակցող պետությունները ճանաչում են յուրաքանչյուրի համար և նրա ընտանիքի համար բավարար այնպիսի կենսամակարդակի **իրավունքը**, որն իր մեջ ներառում է **բավարար սննդի, հագուստի, բնակարանի և կյանքի պայմանների անընդհատ բարելավման ապահովումը**:

Միաժամանակ սահմանված է, որ Դաշնագրին մասնակցող պետությունները, ճանաչելով սովից ձերբազատված լինելու յուրաքանչյուր մարդու հիմնական իրավունքը, պետք է

⁵⁷ <https://www.un.am/hy/p/united-nations-in-armenia>, www.arlis.am, Սկզբնաղբյուր՝ համարը՝ (N 2200 U XXI):

⁵⁸ <https://www.un.am/hy/p/united-nations-in-armenia>, www.arlis.am, Սկզբնաղբյուր՝ ՀՀԱԳՆՊՏ 2004.12.20/4(12):

«անհատական և գործնական ծրագրեր ներառող միջազգային համագործակցության կարգով ձեռնարկեն անհրաժեշտ միջոցներ, որպեսզի.

- ա) բարելավվեն սննդամթերքի արտադրության, պահպանման և բաշխման մեթոդների տեխնիկական և գիտական գիտելիքների լայն օգտագործման, սնման սկզբունքների մասին գիտելիքների տարածման և ագրարային համակարգերի կատարելագործման կամ բարենորոգման ուղիով այնպես, որ ձեռք բերվեն բնական ռեսուրսների առավել արդյունավետ յուրացում և օգտագործում,
- բ) և ապահովվի պարենամթերքի համաշխարհային պաշարների արդարացի բաշխումը պահանջարկների համապատասխան և ինչպես սննդամթերք ներմուծող, այնպես էլ արտահանող երկրների հիմնախնդիրների հաշվառմամբ»:

Իսկ ահա հոդված 12-ի իրավակարգավորումներն ուղղակիորեն կապված են առողջապահությանը: Այսպես, դրանով սահմանված է.

«1. Սույն Դաշնագրին մասնակցող պետությունները ճանաչում են յուրաքանչյուր մարդու ֆիզիկական և հոգեկան առողջության առավելագույնս հասանելի մակարդակի իրավունքը:

2. Այն միջոցները, որոնք այդ իրավունքի իրականացման համար պետք է ընդունվեն սույն Դաշնագրին մասնակցող պետությունների կողմից, ընդգրկում են միջոցառումներ, որոնք անհրաժեշտ են հանուն.

ա) մեռելաձնության և մանկական մահացության կրճատման ապահովման և երեխայի առողջ զարգացման,

բ) արտաքին միջավայրի հիգիենայի և արդյունաբերության մեջ աշխատանքի հիգիենայի բոլոր կողմերի բարելավման,

գ) համաճարակային, տեղաճարակային, պրոֆեսիոնալ և այլ հիվանդությունների կանխարգելման և բուժման ու դրանց դեմ պայքարի,

դ) այնպիսի պայմանների ստեղծման, որոնք ապահովելին բժշկական օգնությունը և բժշկական խնամքը հիվանդության դեպքում»:

2015 թ. սեպտեմբերի 25-27-ը Նյու Յորքում տեղի ունեցավ Կայուն զարգացման գագաթաժողովը՝ «Կայուն զարգացման գագաթաժողով՝ Ձևափոխելով մեր աշխարհը հանուն մարդկանց և մոլորակի» նշանաբանով: ՄԱԿ-ի 193 անդամ-պետությունների, այդ թվում՝ Հայաստանի, կողմից ընդունված Գագաթաժողովի վերջնական փաստաթղթով՝ ԿԶՆ-2030 «Ձևափոխելով մեր աշխարհը՝ Կայուն զարգացման 2030 օրակարգը», սահմանվեցին 17 ռազմավարական նպատակներ⁵⁹: **Այդ 17 նպատակներից 11-ը ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն առնչվում են առողջապահությանը:** Այսպես,

1. 1-ին նպատակով՝ **Ոչ աղքատությանը**, նախատեսված է ամենուրեք վերացնել աղքատությունն իր բոլոր ձևերով ու դրսևորումներով,
2. 2-րդ նպատակով՝ **Ոչ սովին**, նախատեսված է վերացնել սովը, հասնել պարենային ապահովության ու բարելավված սնուցման, խթանել գյուղատնտեսության կայուն զարգացումը,

⁵⁹ <https://www.un.am/hy/p/sustainabledevelopmentgoals>, <http://www.un.am/hy/news/260>, <https://sustainabledevelopment.un.org/>, <http://www.un.am/hy/news/260#sthash.seWiJNk4.dpuf>

3. 3-րդ նպատակով՝ **Առողջություն և բարեկեցություն**, նախատեսված է ապահովել առողջ կյանք և խթանել բարեկեցություն բոլորի համար՝ անկախ տարիքից,
4. 4-րդ նպատակով՝ **Որակյալ կրթություն**, նախատեսված է ապահովել ներառական ու որակյալ կրթություն բոլորի համար և խթանել ողջ կյանքի ընթացքում ուսման հնարավորություններ,
5. 5-րդ նպատակով՝ **Գենդերային հավասարություն**, նախատեսված է «հասնել գենդերային հավասարության և գորացնել բոլոր կանանց ու աղջիկներին»,
6. 6-րդ նպատակով՝ **Մաքուր ջուր և սանիտարական պայմաններ**, նախատեսված է ապահովել բոլորի համար ջրի ու սանիտարական պայմանների հասանելիություն,
7. 7-րդ նպատակով՝ **Մատչելի և մաքուր էներգիա**, նախատեսված է ապահովել բոլորի համար մատչելի, հուսալի, կայուն և ժամանակակից էներգիայի հասանելիություն,
8. 8-րդ նպատակով՝ **Արժանապատիվ աշխատանք և տնտեսական աճ**, նախատեսված է խթանել համապարփակ ու կայուն տնտեսական աճ, զբաղվածություն ու արժանապատիվ աշխատանք բոլորի համար,
9. 13-րդ նպատակով՝ **Գործողություն ի նպաստ կլիմայի**, նախատեսված է ձեռնարկել անհապաղ գործողություններ՝ պայքարելու կլիմայի փոփոխության և դրա ազդեցությունների դեմ,
10. 14-րդ նպատակով՝ **Կյանքը ջրի տակ**, նախատեսված է ապահովել օվկիանոսների, ծովերի ու ջրային պաշարների պահպանությունը և կայուն օգտագործումը,
11. 15-րդ նպատակով՝ **Կյանքը ցամաքում**, նախատեսված է ապահովել անտառների կայուն կառավարումը, պայքարել անապատացման դեմ, դադարեցնել և շրջադարձել հողերի վատթարացումը, կասեցնել կենսաբազմազանության կորուստը:

Հետևելով վերոհիշյալ փաստաթղթերում ամրագրված հիմնական սկզբունքներին և նպատակներին՝ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունն իր կարևորագույն փաստաթղթերում («Առողջությունը բոլորի համար 21-րդ դարում»⁶⁰, «Ժողովուրդների առողջության խարտիայով» ընդունված Բանգլադեշում⁶¹ և Տալլինում⁶² և այլն) ամրագրել է. «Առողջության պահպանումը մարդու կարևորագույն և հիմնական իրավունքներից մեկն է», որի իրացման սկզբունքներ են սահմանված.

- ✓ բուժօգնության ստացման համընդհանրությունը, հավասարությունը, արդարությունը, մատչելիությունը,
- ✓ բժշկական օգնության որակի ապահովումը,
- ✓ բնակչության առողջության պահպանման գործում կառավարության և անհատների նոր դերի սահմանումը, այդ գործընթացում պատասխանատվության տարանջատումը:

Մարդու սոցիալական ապահովության ու առողջ ապրելու իրավունքի բազմաթիվ հանձնառություններ են ամրագրված նաև 2017 թ. նոյեմբերի 24-ին Բրյուսելում Արևելյան գործընկերության գազաթաժողովի շրջանակում Եվրամիության և Հայաստանի

⁶⁰ «Health for all in the 21st Century», WHO, May, 1998, www.who.int

⁶¹ “People’s Charter for Health”. Adopted by the (International) People’s Health Assembly, Savar, Bangladesh, 3-8 December, 2000. <http://healthydocuments.org/rights/healthydocuments-doc6.pdf>

⁶² The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth. WHO, Tallin, Estonia 27 June 2008, <http://www.euro.who.int/document/e91438.pdf>

Հանրապետության միջև ստորագրված Համապարփակ և ընդլայնված գործընկերության համաձայնագրում⁶³ (այսուհետ՝ ՀԸԳՀ): Դրա 15-րդ գլխի 84-90-րդ հոդվածներում նախանշված են երկուստեք այն հանձնառություններն ու պարտավորությունները, որոնք ուղղված են **սոցիալական քաղաքականությանը, զբաղվածությանն ու հավասար հնարավորություններին:**

Իսկ 16-րդ գլուխը (հոդվածներ 91-92) նվիրված է **առողջապահության ոլորտում համագործակցությանը:** Դրանցով նախատեսված է, որ ՀԸԳՀ կողմերը, առողջապահությանն առնչվող համընդհանուր արժեքներին և սկզբունքներին համապատասխան և որպես կայուն զարգացման ու տնտեսական աճի նախապայման, պետք է.

- զարգացնեն իրենց համագործակցությունը հանրային առողջապահության ոլորտում՝ դրա մակարդակը բարձրացնելու նպատակով,
- ընդլայնեն համագործակցությունը վարակիչ և ոչ վարակիչ հիվանդությունների կանխարգելման ու դրանց նկատմամբ հսկողության ուղղությամբ,
- ընդլայնեն համագործակցությունը միջազգային կազմակերպությունների, այդ թվում՝ հատկապես Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (այսուհետ՝ ԱՀԿ) հետ,
- ակտիվորեն խթանեն միջազգային համաձայնագրերի իրականացումը, այդ թվում՝ հատկապես ԱՀԿ 2003 թ.՝ Ծխախոտի դեմ պայքարի շրջանակային կոնվենցիան և Միջազգային առողջապահական կանոնակարգերը:

ՀԸԳՀ նախատեսված են նաև առողջ ապրելու իրավունքի իրացմանն ուղղված բազմաթիվ այլ միջոցառումներ, որոնք ուղղված են կրթության, սպորտի, ֆիզիկական կուլտուրայի, կանաչ տնտեսության, առաջատար գյուղացիական տնտեսության զարգացմանը, առողջ սննդի արտադրության ու սպառման պայմանների ստեղծմանը, առողջ ապրելակերպի քարոզչությանը, անվտանգ ֆիզիկական միջավայրի ստեղծմանն ու ամրապնդմանը, բնապահպանությանը, կլիմայի պաշտպանությանը և այլ հարցերին:

Ի հավելումն վերոհիշյալի՝ ՄԱԿ-ի Կանոնադրության⁶⁴ հիման վրա Հայաստանի Հանրապետությունը ստանձնել է նաև այլ միջազգային պարտավորություններ առողջ ապրելու իրավունքի իրացման ուղղությամբ: Հայաստանի Հանրապետությունը մասնակից է մարդու իրավունքների վերաբերյալ հետևյալ հիմնական միջազգային պայմանագրերին⁶⁵՝

- ✓ «Քաղաքական և քաղաքացիական իրավունքների մասին» միջազգային Դաշնագիր (ներառյալ Կամրնտիր արձանագրությունը),
- ✓ «Խոշտանգումների և այլ դաժան, անարդար կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի դեմ» կոնվենցիա (ներառյալ Կամրնտիր արձանագրությունը),
- ✓ «Կանանց նկատմամբ խտրականության բոլոր ձևերի վերացման մասին» կոնվենցիա,
- ✓ «Երեխայի իրավունքների մասին» կոնվենցիա,
- ✓ «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» կոնվենցիա և այլն:

⁶³ <https://drive.google.com/file/d/0B11kTXIfhaB3eVozbVM5RDNwZXc/view>

⁶⁴ http://www.un.am/up/file/1.%20UN%20Charter_arm.pdf

⁶⁵ <https://www.un.am/hy/p/united-nations-in-armenia>, www.arlis.am.

Հայաստանի Հանրապետությունը Մարդու իրավունքների և հիմնարար ազատությունների պաշտպանության եվրոպական կոնվենցիայի մասնակից պետություն է, որի ուժով նաև պարտավորված է կատարելու Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանի որոշումները:

3.2. ՀՀ օրենսդրական համակարգը, նորմատիվ ակտեր

Հիմնվելով վերոհիշյալ միջազգային փաստաթղթերի վրա՝ Հայաստանի Հանրապետությունը նույնպես ընդունել է համապատասխան իրավական ակտերի համակարգ, որի հիմնարար փաստաթղթերն են Հայաստանի Հանրապետության Սահմանադրությունը (այսուհետ՝ Սահմանադրություն)⁶⁶ և Հայաստանի Հանրապետության նախագահի 2018 թ. հոկտեմբերի 29-ի ՆԿ-159-Ն կարգադրությամբ հաստատված «Մարդու իրավունքների պաշտպանության ազգային ռազմավարությունը» (այսուհետ՝ ՄԻ ռազմավարություն)⁶⁷:

Սահմանադրության 85-րդ հոդվածում ամրագրվել է.

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

Բացի դրանից՝ ՀՀ քաղաքացու առողջ ապրելու իրավունքի երաշխավորումը Սահմանադրության մեջ ներկայացված է 15 այլ հոդվածներում, այդ թվում որպես նրանց *անմիջական սահմանադրական անքակտելի իրավունքներ ու ազատություններ* և ապա՝ *որպես տնտեսական, սոցիալական և մշակութային ոլորտներում օրենսդրական երաշխիքներ և պետության քաղաքականության հիմնական նպատակներ*:

ՄԻ ռազմավարությամբ տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների ասպարեզում երաշխավորվում են հետևյալ իրավունքները՝

- 1) առողջության պահպանման,
- 2) կրթության,
- 3) աշխատանքի ազատ ընտրության,
- 4) սեփականության,
- 5) բավարար կենսամակարդակի,
- 6) սոցիալական ապահովության:

Որպես թիրախային խմբեր՝ ՄԻ ռազմավարության մեջ առաջնահերթ կերպով դիտարկվում են հետևյալ խոցելի խմբերը՝

- 1) երեխաները,
- 2) կանայք,
- 3) տարեցները,
- 4) հաշմանդամները,
- 5) գոհված ազատամարտիկների ընտանիքները,
- 6) ազգային փոքրամասնությունները,

⁶⁶ ՀՀ Սահմանադրություն (2015 դեկտեմբերի 6-ի փոփոխություններով)
http://www.parliament.am/law_docs5/Sahmanadrutyun_06.12.2015.pdf

⁶⁷ www.arlis.am, ՀՀՊՏ 2012.11.07/54(928) Հոդ.1157:

- 7) ՀՀ-ում ապաստան հայցող, ապաստան ստացած, ինչպես նաև փախստականի կարգավիճակ ունեցող անձինք,
8) բռնադատվածները:

ՄԻ ռազմավարությամբ սահմանվել է հետևյալ նպատակների իրականացումը.

- 1) մարդու իրավունքների և հիմնարար ազատությունների պաշտպանությանն ու զարգացմանն ուղղված պետական հետևողական և համակարգված քաղաքականության հիմնադրությունների սահմանումն ու դրանց կիրառման միջոցով մարդու իրավունքների պաշտպանվածության բարձրացումը,
- 2) Հայաստանի Հանրապետության իրավասության ներքո գտնվող յուրաքանչյուր անձի հիմնարար քաղաքացիական և քաղաքական, տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների իրացման պայմանների բարելավումը Հայաստանի Հանրապետության ստանձնած միջազգային և երկկողմ պարտավորություններին համապատասխան,
- 3) Հայաստանի Հանրապետության իրավասության ներքո գտնվող յուրաքանչյուր անձի իրավունքների և ազատությունների պաշտպանության գործուն և արդյունավետ մեխանիզմների ապահովումը,
- 4) գործող օրենսդրության կատարելագործումը և պատշաճ կիրառման ապահովումը միջազգային չափանիշներին համապատասխան,
- 5) մարդու իրավունքների և դրանց պաշտպանության եղանակների մասին հանրային իրազեկության բարձրացումը պետական և տեղական ինքնակառավարման մարմինների, պաշտոնատար անձանց, ինչպես նաև լայն հասարակության և քաղաքացիների կողմից սեփական իրավունքների պաշտպանության խրախուսումը,
- 6) պետական իշխանության մարմինների նկատմամբ հասարակության վստահության ամրապնդումն ու սոցիալական համախմբվածության մեծացումը,
- 7) մարդու իրավունքների պաշտպանի ինստիտուտի, ինչպես նաև իրավապաշտպան կազմակերպությունների կարողությունների ուժեղացումը, մարդու իրավունքների պաշտպանության ազգային այլ ինստիտուտների հիմնումն ու ամրապնդումը,
- 8) սոցիալապես խոցելի խմբերի հիմնախնդիրների ու կարիքների հստակեցումը և նրանց իրավունքների ապահովմանն ուղղված արդյունավետ միջոցառումների ձեռնարկումը,
- 9) քաղաքացիական հասարակության ինստիտուտների ակտիվ ներգրավումը ռազմավարության նպատակներին ուղղված գործողությունների իրականացմանը,
- 10) հասարակական կազմակերպությունների գործունեության, ինչպես նաև պետական և տեղական ինքնակառավարման մարմինների հետ նրանց համագործակցության արդյունավետության բարձրացումը,
- 11) Հայաստանի Հանրապետությունում պետականության ամրապնդումը, օրինականության և ժողովրդավարության գերակայության ապահովումն ու հասարակության իրազեկության մակարդակի բարձրացումը, ինչպես նաև Հայաստանի Հանրապետության ստանձնած միջազգային պարտավորությունների իրականացումը:

ՄԻ ռազմավարության հիմնական սկզբունքներ են սահմանված.

«1) **Պետության մասնակցությունը:** Ռազմավարությունը և դրա հիման վրա ընդունվելիք գործողությունների ծրագիրը մեծապես իրականացվելու են պետական իշխանության մարմինների կողմից:

2) Միջազգային պարտավորությունների լիարժեք կատարումը: Որպես մարդու իրավունքների պաշտպանության հիմնարար ուղենիշ և չափանիշ են ընտրվում միջազգային իրավական այն պարտավորությունները, որոնք Հայաստանի Հանրապետությունը ստանձնել է օրենսդրությամբ սահմանված կարգով: Ելակետային է համարվում ստանձնած բոլոր պարտավորությունների լիարժեք կատարումը:

3) Մարդու իրավունքների փոխադարձ կապը և կախվածությունը: Քաղաքական և քաղաքացիական, սոցիալական, տնտեսական և մշակութային իրավունքները պետք է հավասարապես երաշխավորվեն: Ռազմավարության առանցքն է մարդու բոլոր իրավունքների պաշտպանության ուղղությամբ հավասարակշռված պետական քաղաքականության իրականացումը:

4) Մարդու իրավունքների առաջնահերթության սահմանումը: Ռազմավարության անկյունաքարն է մարդու իրավունքների պաշտպանությունը որպես Հայաստանի Հանրապետության պետական քաղաքականության առաջատար բաղադրատարր սահմանելը:

5) Հանրության մասնակցությունը: Մարդու իրավունքների պաշտպանության արդյունավետության բարձրացման նպատակով պետական իշխանության պատասխանատու մարմինների կողմից ռազմավարության և գործողությունների ծրագրի իրականացման, մոնիտորինգի և գնահատման ընթացքում **կներգրավվի քաղաքացիական հասարակությունը համապատասխան կազմակերպությունների միջոցով:**

6) Մոնիտորինգն ու գնահատումը: **Կներդրվի ռազմավարության և գործողությունների ծրագրի իրականացման մոնիտորինգի և գնահատման գործուն համակարգ:**

7) Մարդու իրավունքների վերաբերյալ կրթությունը: Ռազմավարության և գործողությունների ծրագրի առանցքն են մարդու իրավունքների վերաբերյալ համապատասխան թիրախային խմբերին իրազեկելն ու կրթելը՝ դրանց պաշտպանությունն առավել լիարժեքորեն երաշխավորելու նպատակով»:

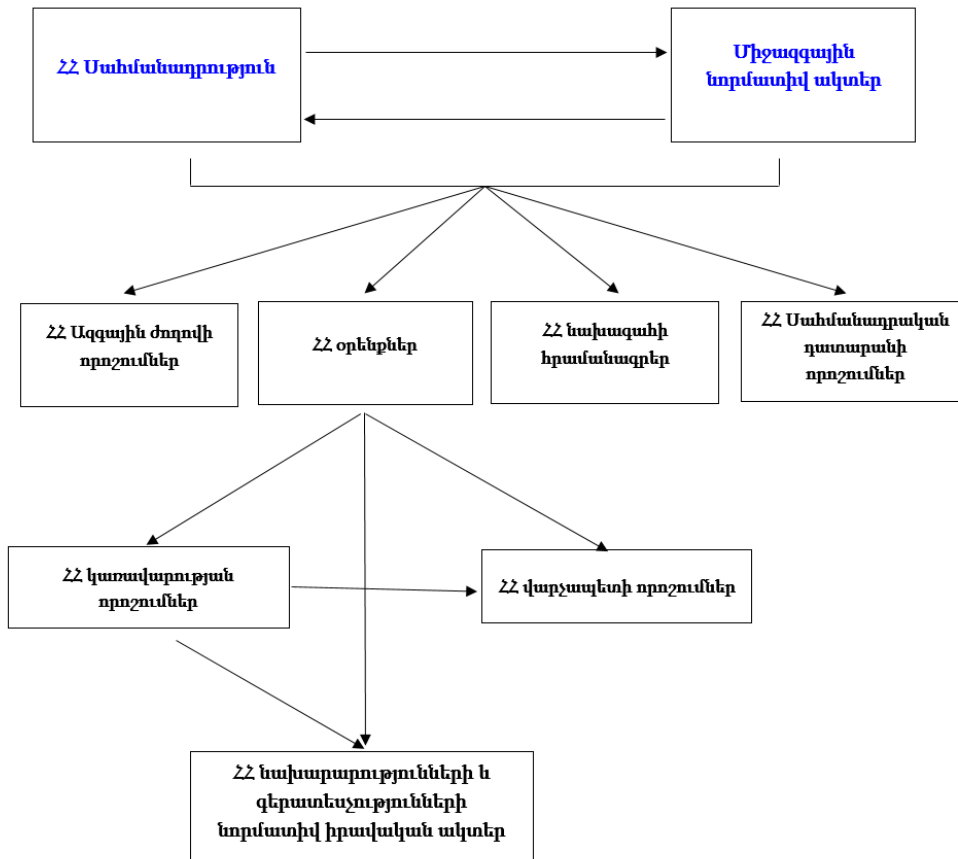
Միջազգային պայմանագրերով և ՀՀ Սահմանադրությամբ սահմանված առողջ ապրելու իրավունքը պետությունն իրականացնում է ներքոհիշյալ իրավական նորմատիվ ակտերով, որոնք կազմում են **ՀՀ առողջ ապրելու իրավունքի օրենսդրական համակարգը.**

1. ՀՀ Սահմանադրություն,
2. ՀՀ միջազգային նորմատիվ ակտեր,
3. ՀՀ օրենքներ,
4. ՀՀ նախագահի հրամանագրեր,
5. ՀՀ Ազգային ժողովի որոշումներ,
6. ՀՀ կառավարության որոշումներ,
7. ՀՀ վարչապետի որոշումներ,
8. ՀՀ սահմանադրական դատարանի որոշումներ,
9. ՀՀ պետական կառավարման այլ մարմինների իրավական նորմատիվ ակտեր:

ՀՀ առողջ ապրելու իրավունքի օրենսդրական համակարգի փոխկապվածությունը բնութագրվում է հետևյալ գծապատկերով.

Գծապատկեր N 1

**ՀՀ-ում առողջ ապրելու իրավունքը կարգավորող
Օրենսդրական համակարգի կառուցվածքը**



Ինչպես հետևում է վերոհիշյալից, յուրաքանչյուր քաղաքացու առողջ ապրելու սահմանադրական իրավունքի ապահովման գործում միջազգային պայմանագրերով ու ՀՀ Սահմանադրությամբ առաքելություններ ու բազմաթիվ պարտավորություններ ունեն պետական կառավարման հանրապետական, տարածքային, տեղական ինքնակառավարման մարմինները, հանրային ու մասնավոր կազմակերպությունները, քաղաքացիական հասարակության կազմակերպությունները:

Սույն ձեռնարկում չանդրադառնալով բոլոր մարմինների առաքելությունների ներկայացմանը՝ կմասնավորեցնենք հատկապես երկու առանցքային ոլորտային կառավարման մարմինների պարտավորություններն ու իրավասությունները:

Դրանցից առաջինը **առողջապահության ոլորտն է**: Ոլորտի կառավարման գործում լիազորված պետական կառավարման մարմինը ՀՀ առողջապահության նախարարությունն է: Ոլորտում գործունեություն են ծավալում առողջապահության, աշխատանքի և սոցիալական հարցերի, պաշտպանության նախարարությունները, ազգային անվտանգության ծառայությունը, ոստիկանությունը, մարզպետարանները, համայնքները, մասնավոր կազմակերպությունները:

Առողջապահության ոլորտում վերոհիշյալ առաքելությունների իրականացման նպատակով ՀՀ-ում ներկայում գործում են մասնագիտական բնույթի հետևյալ օրենքները, որոնցով սահմանվում են առողջապահության ոլորտի պետական կառավարման լիազոր մարմնի առաքելություններն ու իրավասությունները⁶⁸.

1. Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին, ընդունված 04.03.1996, ՀՕ – 42,
2. Հայաստանի Հանրապետության բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման մասին, ընդունված 12.12.1992, ՀՕ – 43,
3. Մարդու իմունային անբավարարության վիրուսից առաջացած հիվանդության կանխարգելման մասին, ընդունված 03.02.1997, ՀՕ – 103,
4. Դեղերի մասին, ընդունված 17.05.2016, ՀՕ – 86-Ն,
5. Մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու մասին, ընդունված 16.04.2002, ՀՕ-324,
6. Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին, ընդունված 11.12.2002, ՀՕ-474-Ն,
7. Թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութերի մասին, ընդունված 26.12.2002, ՀՕ-518-Ն,
8. Հոգեբուժական օգնության մասին, ընդունված 25.05.2004, ՀՕ-80-Ն,
9. Ծխախոտի իրացման, սպառման և օգտագործման սահմանափակումների մասին, ընդունված 24.12.2004, ՀՕ-72-Ն,
10. Երեխաներին կրծքով կերակրման խրախուսման և մանկական սննդի շրջանառության մասին, ընդունված 20.11.2014, ՀՕ-177-Ն,
11. Մարդու արյան և դրա բաղադրամասերի դոնորության և փոխներարկումային բժշկական օգնության մասին, ընդունված 15.11.2011, ՀՕ – 275-Ն,
և այլն:

ՀՀ Սահմանադրությամբ յուրաքանչյուր քաղաքացու երաշխավորված առողջության պահպանման իրավունքը նշանակում է, որ չի կարող մերժվել բժշկական օգնության կարիք ունեցող քաղաքացիներին առողջապահական ծառայությունների մատուցումը: Այսինքն՝ յուրաքանչյուր առողջապահական կազմակերպություն, անկախ սեփականության ձևից, կազմակերպաիրավական տեսակից, չի կարող մերժել իր կողմից մատուցվող ծառայությունների տրամադրումը որևէ քաղաքացու: Բացի դրանից՝ ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանվում են նաև այլ իրավունքներ: Մասնավորապես, «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի 2-րդ գլխում սահմանված է.

- «յուրաքանչյուր ոք, անկախ ազգությունից, ռասայից, սեռից, լեզվից, դավանանքից, տարիքից, առողջական վիճակից, քաղաքական կամ այլ հայացքներից, սոցիալական ծագումից, գույքային կամ այլ դրությունից, Հայաստանի Հանրապետությունում ունի բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք,
- յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու անվճար՝ պետության կողմից երաշխավորված առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում,
- յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի այդ ծրագրերի շրջանակներից դուրս բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու բժշկական ապահովագրական հատուցումների,

⁶⁸ www.arlis.am, <http://moh.am/#1/900002>

անձնական վճարումների, Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ նախատեսված այլ աղբյուրների հաշվին,

- այլ պետություններում Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիների բժշկական օգնությունը և սպասարկումը իրականացվում են տվյալ պետության օրենսդրության, ինչպես նաև Հայաստանի Հանրապետության միջազգային պայմանագրերի համաձայն,
- բժշկական օգնության դիմելիս, ինչպես նաև բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալիս յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի՝
 - ✓ ընտրելու բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողին.
 - ✓ ստանալու բժշկական օգնություն և սպասարկում հիգիենայի պահանջներին համապատասխանող պայմաններում.
 - ✓ պահանջելու բժշկի օգնությանը դիմելու փաստի, իր առողջական վիճակի, հետազոտման, ախտորոշման և բուժման ընթացքում պարզված տեղեկությունների գաղտնիության ապահովում, բացի Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերից.
 - ✓ իրագրել լինելու իր հիվանդության մասին և համաձայնություն տալու բժշկական միջամտության համար.
 - ✓ հրաժարվելու բժշկական միջամտությունից, բացի սույն օրենքով նախատեսված դեպքերից.
 - ✓ արժանանալու հարգալից վերաբերմունքի բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների կողմից,
- յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման և իրականացման ընթացքում իր առողջությանը հասցված վնասի դիմաց ստանալու փոխհատուցում Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով»:

Նույն օրենքի 1-ին հոդվածով սահմանված է, որ առողջապահական պետական նպատակային ամենամյա ծրագրերն ուղղված են բնակչության առողջության պահպանմանը, և դրանց ֆինանսավորումն արտահայտված է Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեում: Առողջապահության պետական նպատակային ամենամյա ծրագիրը պետական բյուջեի նախագծի կազմում Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը ներկայացնում է Ազգային ժողով: Պետությունը բյուջետային նպատակային ֆինանսավորման միջոցով ապահովում է առողջապահության բնագավառի պահպանումը և զարգացումը, որի ծավալները որոշվում են առողջապահության պետական նպատակային ծրագրերին համապատասխան:

Առողջապահության ոլորտում պետական կառավարման լիազոր մարմնի առաքելությունն ու իրավասությունները սահմանված և/կամ բխում են նաև ընդհանուր բնույթի շուրջ 50 օրենքներում.

Վերոհիշյալ օրենքներով ՀՀ առողջապահության նախարարությանը (այսուհետ՝ ՀՀ ԱՆ) վերապահված առաքելությունն իրականացնելու համար վերջինիս իրավական մանդատը սահմանված է հիմնականում «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կանոնադրությունը հաստատելու մասին» ՀՀ վարչապետի 11 հունիսի 2018 թ. N 728-Լ որոշմամբ:

Ներկայում ՀՀ առողջապահական օրենսդրությունը ամբողջացնում են նաև միջազգային շուրջ 30 պայմանագրերը, ՀՀ նախագահի 7 հրամանագրերը, ՀՀ սահմանադրական դատարանի 4 որոշումները, ՀՀ Ազգային ժողովի 9 որոշումները, ՀՀ կառավարության ավելի քան 130 որոշումները, ՀՀ վարչապետի 7 որոշումները, ՀՀ առողջապահության նախարարի և ՀՀ պետական կառավարման մարմինների ավելի քան 50 հրամաններն ու որոշումները⁶⁹:

Վերոնշյալ իրավական նորմատիվ ակտերի շարքում պետք է առանձնացնենք հատկապես հետևյալ ակտերը, որոնք հիմնականում կիրառելի են լինելու քաղաքացիական հասարակության ներկայացուցիչների համար ՀՀ քաղաքացիների առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության ժամանակ.

1. «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ կառավարության N 318-Ն որոշումը, ընդունված 04.03.2004 թ.,
2. «Բնակչության սոցիալական կամ հատուկ խմբերի և այն հիվանդությունների ցանկերը, որոնց դեպքում դեղերը շահառուներին հատկացվում են դրանց արժեքի լրիվ կամ մասնակի փոխհատուցմամբ, ինչպես նաև այդ բնակչության սոցիալական կամ հատուկ խմբերի ցանկում ընդգրկված շահառուներին Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության և առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժշկական կազմակերպությունների միջոցով դեղերի հատկացման և փոխհատուցման կարգը սահմանելու և Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2006 թ. նոյեմբերի 23-ի N 1717-Ն որոշումն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» ՀՀ կառավարության N 642-Ն որոշումը, ընդունված 30.05.2019 թ.,
3. «Սոցիալական փաթեթի հատկացման կարգը և փաթեթի մեջ մտնող ծառայությունների բովանդակությունը հաստատելու, Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2011 թ. դեկտեմբերի 29-ի N1917-Ն և N 1923-Ն, ինչպես նաև 2012 թ. ապրիլի 19-ի N 1594-Ն որոշումներն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» ՀՀ կառավարության N 1691-Ն որոշումը, ընդունված 27.12.2012 թ.,
4. «Սոցիալական փաթեթի առողջության ապահովագրության ծառայության բազային փաթեթի մեջ մտնող հիմնական բժշկական ծառայությունների և դեղերի կողմնորոշիչ գները կարգավորող միջգերատեսչական հանձնաժողով ստեղծելու, հանձնաժողովի կազմը, գործունեության կարգը և բազային փաթեթի շրջանակներում բժշկական ծառայությունների մատուցման մասին պայմանագրերի օրինակելի ձևը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության N 1692-Ն որոշումը, ընդունված 27.12.2012 թ.,
5. «Սոցիալական փաթեթի շահառուների, ինչպես նաև պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով առողջության առաջնային պահպանման և նեղ մասնագիտական ծառայություններ իրականացնող

⁶⁹ Ընդհանրապես առողջապահության ոլորտին վերաբերող բոլոր նորմատիվ իրավական ակտերը կարելի է գտնել ՀՀ ԱՆ պաշտոնական կայքում հետևյալ հասցեով՝ <http://moh.am/#1/900002>, և ՀՀ ԱՆ ՊԱԳ պաշտոնական կայքում հետևյալ հասցեով՝ <http://moh.am/#1/92>, ինչպես նաև Հայաստանի իրավական տեղեկատվական համակարգում՝ <https://www.arlis.am/>

- կազմակերպությունների աշխատողների՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման ու ֆինանսավորման կարգը, նրանց՝ պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ բժշկական օգնության ու սպասարկման ծառայությունների փաթեթը, փաթեթի հասանելիության նպատակով էլեկտրոնային շտեմարանների ձևավորման ու վարման կարգը, ինչպես նաև Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության և սպահովագրության ծառայություններ մատուցող ընկերությունների միջև կնքվող պայմանագրի օրինակելի ձևը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության N 375-Ն որոշումը, ընդունված 27.03.2014 թ.,
6. «Առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժշկի ընտրության, նրա մոտ բնակչության գրանցման մասին» ՀՀ կառավարության N420-Ն որոշումը, ընդունված 30.03.2006 թ.,
 7. «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 13.09.2013 թ. N 47-Ն հրամանը,
 8. «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 06.11.2018 թ. N 2848-Ա հրամանը,
 9. «Բնակչությանը պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների տրամադրման չափորոշիչը, հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների ցանկը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի 20.09.2013 թ. N 53-Ն հրամանը,
 10. «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով ստոմատոլոգիական ծառայությունների մատուցման ուղեցույցը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի 03.05.2018 թ. N 1145-Ա հրամանը,
 11. պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման օրենքով սահմանված մյուս տեսակների վերաբերյալ ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամաններով հաստատված այլ չափորոշիչներ, որոնք կարելի է գտնել ՀՀ ԱՆ պաշտոնական կայքի <http://moh.am/#1/79> էջում:

ՀՀ քաղաքացու առողջ ապրելու իրավունքի սոցիալական բաղադրիչի իրականացման գործում կարևորագույն առաքելություն ունեցող երկրորդ **ուղորտը սոցիալական ուղորտն է**, որի կառավարման լիազորություն ունեցող պետական կառավարման մարմինը ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարությունն է (այսուհետ՝ ՀՀ ԱՍՀՆ): Դրա գործառույթները մարդու առողջ ապրելու իրավունքի ապահովման բնագավառում հիմնականում արտահայտվում են հաշմանդամություն ունեցող անձանց սոցիալական ապահովության ու առողջապահական ծառայություններ մատուցելու միջոցով: Ուղրտում գործունեություն են ծավալում պետական կառավարման մի քանի մարմիններ՝ ՀՀ ԱՍՀՆ, առողջապահության, պաշտպանության նախարարությունները, ազգային անվտանգության ծառայությունը, ոստիկանությունը, մարզպետարանները, համայնքները, մասնավոր կազմակերպությունները, քաղաքացիական հասարակության կազմակերպությունները: Սոցիալական ուղրտում վերոհիշյալ առաքելությունների իրականացման նպատակով ՀՀ-ում ներկայում գործում են մասնագիտական բնույթի մի շարք իրավական ակտեր⁷⁰, դրանցից կառանձնացնենք հետևյալ նորմատիվ ակտերը, որոնցով սահմանվում են աշխատանքի և սոցիալական ապահովության ուղրտի պետական կառավարման լիազոր մարմնի առաքելություններն ու իրավասությունները, և որոնք գործնականում կիրառելի կլինեն քաղաքացիական հասարակության կազմակերպությունների գործունեության ժամանակ.

1. «Սոցիալական աջակցության մասին» ՀՀ օրենքը, ընդունված 17.12.2014 թ.,
2. «Պետական նպաստների մասին» ՀՀ օրենքը, ընդունված 12.12.2013 թ.,
3. «Հայաստանի Հանրապետությունում հաշմանդամների սոցիալական պաշտպանության մասին» ՀՀ օրենքը, ընդունված 14.04.1993 թ.,
4. «Բռնադատվածների մասին» ՀՀ օրենքը, ընդունված 25.05.1994 թ.,
5. «Հայրենական մեծ պատերազմի վետերանների մասին» ՀՀ օրենքը, ընդունված 02.12.1998 թ.,
6. «Կրթության առանձնահատուկ պայմանների կարիք ունեցող անձանց կրթության մասին» ՀՀ օրենքը, ընդունված 25.05.2005 թ.,
7. «ՀՀ քաղաքացիական օրենսգիրքը», ընդունված 05.05.1998 թ.,
8. «ՀՀ աշխատանքային օրենսգիրքը», ընդունված 09.11.2004 թ.,
9. «Բժշկասոցիալական փորձաքննության չափորոշիչները հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության 2003 թ. հունիսի 13-ի N 780-Ն որոշումը,
10. «Բժշկասոցիալական փորձաքննության իրականացման կարգը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության 2006 թ. մարտի 2-ի N 276-Ն որոշումը
11. և այլն:

Վերոհիշյալ օրենքներով ՀՀ ԱՍՀՆ վերապահված առաքելությունն իրականացնելու համար վերջինիս իրավական մանդատը սահմանված է «Հայաստանի Հանրապետության աշխատանքի և սոցիալական ապահովության նախարարության կանոնադրությունը հաստատելու մասին» ՀՀ վարչապետի 11 հունիսի 2018 թ. N 700-Լ որոշմամբ:

Գ. ՀՀ առողջապահական ծառայությունների մատուցման համակարգը

1. Առողջապահական համակարգը Հայաստանում

⁷⁰ <https://www.arlis.am/>

Ինչպես նշեցինք վերևում, առողջ ապրելու իրավունքի իրացման մանդատ ու առաքելություններ ունեն ՀՀ մի քանի նախարարություններ, պետական կառավարման տարածքային մարմիններ, ՏԻՄ-եր: Դրանց ենթակայության տակ գործող կազմակերպություններն էլ մատուցում են առողջապահական ծառայությունները: Այդ ու մասնավոր առողջապահական կազմակերպությունները, ինչպես նաև բժշկական ապահովագրություն իրականացնող ընկերություններն էլ միասին կազմում են հանրապետության առողջապահական ողջ համակարգը:

Հանրային բարեկեցությունը բազմաչափ հասկացողություն է, որում ներառված են բազմաթիվ գործոններ: Բարեկեցությունը բնութագրող առողջապահական, սոցիալական և տնտեսական գործոնները զգալիորեն փոխկապակցված են: Կարելի է պնդել, որ սոցիալապես և տնտեսապես զարգացած հասարակությունը պայմաններ է ստեղծում ազգի առողջական բավարար մակարդակի համար: **Միննույն ժամանակ առողջապահական համակարգի զարգացման աստիճանը բնութագրում է նաև տվյալ հասարակության մարդկային զարգացման աստիճանը:**

Ընդհանուր առմամբ անհատը կարիք ունի առողջության պահպանման: Այդ կարիքը առաջացնում է առողջապահական, բժշկական ծառայությունների նկատմամբ որոշակի պահանջմունքներ, ինչը սովորաբար անվանվում է **առողջապահական կարիք**: Պարզ է, որ առողջապահական կարիքը գրեթե անսահմանափակ է բոլոր երկրներում և հասարակություններում: Մեզանից յուրաքանչյուրը՝ որպես մարդ արարած, ունի այդ կարիքը դեռ սաղմնային վիճակում և մահանալուց հետո, ինչի մասին շատ հաճախ ինքը տեղյակ էլ չի լինում և չի գիտակցում: Եվ առաջադեմ առողջապահական համակարգեր ունեցող երկրները հոգում են այդ կարիքը իրենց քաղաքացիների համար՝ **ելնելով իրենց առողջապահական համակարգերի մասնագիտական, տեխնիկական, տեխնոլոգիական մակարդակից և ամենակարևորը ֆինանսավորման չափից:**

Յուրաքանչյուր հասարակություն ի վիճակի է կատարելու որոշակի սահմանափակ ծախսեր առողջապահական կարիքը բավարարելու համար: Ինչպես մնացած ծառայությունների, այնպես էլ առողջապահական ծառայությունների դեպքում ամեն անհատ ինքն է վճարում իր կողմից սպառվող ծառայությունների դիմաց: Միննույն ժամանակ, հաշվի առնելով առողջապահական ծառայությունների **սոցիալական բավականին մեծ նշանակությունը**, հնարավոր է, որ հանրությունը համաձայնի բաշխել առողջապահական ծախսերի որոշ մասը, այսինքն՝ ցուցաբերի **սոցիալական համերաշխություն**: Տարբեր երկրներում, անկախ զարգացվածության աստիճանից, առողջապահական ոլորտում սոցիալական համերաշխության աստիճանը տարբեր է: Օրինակ՝ Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացին անհատապես (ուղղակի վճարների, համավճարների, սովերային վճարումների ձևով) կատարում է առողջապահական ծախսերի ավելի քան 84 %-ը (2017 թ.՝ 84,3 %) ⁷¹: Ընդ որում, այդ ցուցանիշը 2016 թ-ի համեմատ 2017 թ. աճել է 3.7 տոկոսային կետով, իսկ նախընթաց 10 տարիների համեմատ ավելացել է շուրջ 8 տոկոսային կետով: Չնայած պետության կողմից առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման անվանական չափերի ավելացմանը, մասնավոր բժշկական ապահովագրության զարգացմանը, արտաքին

⁷¹ Առողջապահության ազգային հաշիվներ: Հայաստան, 2017/ Ն. Դավթյան, Ա. Բազարյան (բ.գ.թ, դոցենտ), Ա. Աղազարյան (տ.գ.թ, դոցենտ), Լ. Հովհաննիսյան: ՀՀ ԱՆ Ս. Ավիալրելյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ, 2018, էջեր 30-36, <http://nih.am/assets/pdf/atvk/db2191e2a1db3cbb395d9a308594d8f7.pdf>

աշխարհի ֆինանսավորմանը՝ պետության մասնակցությունը առողջապահական ընդհանուր ծախսերի մեջ (580,4 միլիարդ դրամ) կրճատվել է 3.3 տոկոսային կետով, արտաքին աշխարհի մասնաբաժինը՝ 0.5 տոկոսային կետով, ապահովագրական վճարները՝ 38.1 %-ով կազմելով համապատասխանաբար 14.1 %, 0.8 % և 1.2 %:

Ամբողջ հանրության կողմից առողջապահական ծառայությունների պատվերի համակարգը կոչվում է **հանրային առողջապահական համակարգ**: Այժմ ավելի մանրամասն անդրադառնանք հանրային առողջապահական համակարգին:

2. Հանրային առողջապահական համակարգը Հայաստանում

Հանրային առողջապահական համակարգը պետական կառավարման մարմինների առաքելությունների շրջանակներում նրանց կողմից հիմնված և մասնավոր առողջապահական կազմակերպությունների կողմից ՀՀ քաղաքացիներին մատուցվող առողջապահական ծառայություններն են, որոնք ֆինանսավորվում են պետական բյուջեից: Առողջապահական ծառայությունների մատուցման ձևերը տարանջատված են ըստ տարբեր սկզբունքների: Մասնավորապես.

1. Ըստ բժշկական ծառայությունների պարզության (մեթոդների մատչելիության):

Այս տեսանկյունից օրենքով առողջապահական ծառայությունները բաժանված են երկու խմբի.

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

Առաջին տիպի բժշկական ծառայությունները երաշխավորվում են հանրային համակարգի կողմից, վճարումը այդ ծառայությունների դիմաց կատարվում է պետական բյուջեի, այսինքն՝ հասարակության բոլոր անդամների կողմից վճարվող հարկերի և այլ վճարների հաշվին: Լիազորությունը՝ որոշելու, թե կոնկրետ որ առողջապահական ծառայություններն են համարվում «առաջնային բժշկական օգնություն», վերապահված է ՀՀ կառավարությանը:

2. Ըստ հիվանդությունների՝ հասարակության համար վտանգավորության աստիճանի

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ որոշ հիվանդություններ շրջապատի համար վտանգ են ներկայացնում, այդ հիվանդությունների բուժման հետ կապված ծախսերը նույնպես հանրությունը կատարում է իր հաշվին: Մասնավորապես դա վերաբերում է վարակիչ, համաճարակային հիվանդություններին, սանիտարահիգիենիկ խնդիրներին և այլն:

3. Ըստ բժշկական օգնության ցուցաբերման անհետաձգելիության

Որոշ դեպքերում անհապաղ բժշկական օգնությունը վճարող է առողջության պահպանման տեսանկյունից, այդ պայմաններում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողները պարտավոր են յուրաքանչյուր մարդու ցուցաբերել անհետաձգելի առաջին բժշկական օգնություն՝ անկախ այդ օգնության դիմաց վարձատրությունը երաշխավորող հիմքերի և այլ հանգամանքների առկայությունից: Սակայն պարզ է, որ այդ պայմաններում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողները կատարում են որոշակի ծախսեր, որոնք պետք է փոխհատուցվեն:

Հայաստանի Հանրապետությունում նման ծախսերը փոխհատուցվում են հանրային միջոցների հաշվին:

4. **Ըստ հիվանդության ի հայտ գալու պայմանների** (արտակարգ իրավիճակներ, զինճառայողների և զորակոչիկների բժշկական օգնություն, ձերբակալված, կալանավորված և ազատագրկման վայրերում պատիժ կրող անձանց բժշկական օգնություն)
5. **Ըստ սեփական միջոցներով առողջապահական ծառայություններ ստանալու ունակության:**

Սոցիալական հասարակության ընդհանուր գաղափարը առաջացնում է հանրության առջև **պարտավորություն՝ ստեղծելու առողջապահական ծառայություններից օգտվելու հնարավորություն հասարակության բոլոր անդամների համար:**

Մենք քննարկեցինք, որ հասարակության անդամը, բացառությամբ վերը նշված դեպքերի և հանգամանքների, ինքն է վճարում իր առողջության պահպանման համար, այլ ոչ թե ամբողջ հասարակությունը: Մակայն հատկապես սոցիալական լարվածության ոչ ցածր մակարդակի առկայության դեպքում ինչպե՞ս պետք է վարվել այն քաղաքացիների հիվանդացության ժամանակ, որոնք, սոցիալական խնդիրներից ելնելով, չեն կարողանում իրենք վճարել իրենց առողջության պահպանման ծախսերը: Սոցիալական համերաշխության ընդհանուր գաղափարը հուշում է, որ ամբողջ հանրությունը ինքը պետք է վերցնի իր վրա նման դեպքում առողջապահական ծախսերի բեռը: Հենց այդ նպատակով էլ պետությունն իրականացնում է համապատասխան քաղաքականություն, ինչը հիմնականում համախմբված է ՀՀ կառավարության 2004 թ. մարտի 4-ի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության ու սպասարկման մասին» N 318-Ն որոշման⁷² մեջ:

Դրանում նշվում է. «Հայաստանի Հանրապետությունում առողջապահության ոլորտի կազմակերպություններում պետության կողմից երաշխավորված ամենամյա առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերի շրջանակներում անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն իրականացվում են ամենամյա առողջապահական պետական նպատակային ծրագրերին համապատասխան՝ Հայաստանի Հանրապետության պետական բյուջեի միջոցների հաշվին: Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը կարող են կազմակերպվել՝

- 1) բժշկական կազմակերպությունների հետ պայմանագրերի կնքման միջոցով,
- 2) ապահովագրության պայմանագրերի ձեռքբերման միջոցով...»:

Այդ նպատակով ՀՀ կառավարությունն իր որոշումներով սահմանել է սոցիալական այն խմբերի ցանկը, որոնց բուժօգնության համար Հայաստանում վճարում կատարում է հանրությունը⁷³ (ցանկերը կցվում են հավելվածներ NN 1-2-ում), և սոցիալական այն խմբերի ու հիվանդությունների ցանկերը⁷⁴, որոնց դեղերը տրվում են անվճար կամ զեղչերով (ցանկերը կցվում են հավելված NN 3-4-ում):

Կառավարությունը, հիմք ընդունելով հանրային առողջության պահպանման ուղղությամբ վերը նշված իր պարտավորությունները, պետական նպատակային ծրագրերի

⁷² ՀՀ կառավարության 04.03.2004 թ. N 318-Ն որոշում, <https://www.arlis.am/>, <http://moh.am/#1/900002>

⁷³ ՀՀ կառավարության 04.03.2004 թ. N 318-Ն որոշում, <https://www.arlis.am/>, <http://moh.am/#1/900002>

⁷⁴ ՀՀ կառավարության 30.05.2019 թ. N 642-Ն որոշում, <https://www.arlis.am/>, <http://moh.am/#1/900002>

շրջանակներում իրականացնում է որոշակի առողջապահական ծառայություններ, մասնավորապես.

- առաջնային բուժօգնության,
- հիվանդանոցային բուժօգնության,
- հիգիենիկ հակահամաճարակային ծառայությունների հետ կապված,
- մոր և մանկան առողջության պահպանման,
- առողջապահական այլ ծառայություններ:

Վերը նշված ծրագրերն իրականացվում են 3 օղակների միջոցով՝ **առաջնային բուժօգնության** (այս օղակը գրականության մեջ շատ հաճախ նշվում է որպես արտահիվանդանոցային), **երկրորդային բուժօգնության և երրորդային բուժօգնության** (այս օղակները գրականության մեջ շատ հաճախ նշվում են որպես հիվանդանոցային):

Բնակչության առաջնային բուժօգնության օղակի միջոցով բուժօգնությունը տրամադրվում է հետևյալ կազմակերպությունների կողմից և ծանրաբեռնվածությամբ.

1. քաղաքային պոլիկլինիկաներում և բուժմիավորման պոլիկլինիկական ստորաբաժանումներում, որոնցում 1 բժիշկը սպասարկում է 18 և ավելի տարեկան 1000-2500 բնակիչների,
2. քաղաքային մանկական պոլիկլինիկաներում և պոլիկլինիկաների մանկական բաժանմունքներում, որոնցում 1 մանկաբույժը սպասարկում է մինչև 18 տարեկան 500-1200 երեխայի,
3. գյուղական առողջության կենտրոններում և գյուղական բժշկական ամբուլատորիաներում, որոնցում 1 բժիշկը սպասարկում է 18 և ավելի տարեկան 1000-2700 բնակիչների,
4. գյուղական առողջության կենտրոններում և գյուղական բժշկական ամբուլատորիաներում, որոնցում 1 մանկաբույժը սպասարկում է մինչև 18 տարեկան 500-1400 երեխայի,
5. 6 ընտանեկան բժշկի գրասենյակներում, որտեղ 1 ընտանեկան բժշկի կողմից սպասարկվող բնակիչների նվազագույն թիվը՝ 1000, որից՝ երեխաներ՝ 300, մեծահասակներ՝ 700, իսկ առավելագույն թիվը՝ 2300, որից՝ երեխաներ՝ 800, մեծահասակներ՝ 1500:

Բացի վերոհիշյալից՝ առաջնային բուժօգնությունը գյուղական վայրերում իրականացվում է բուժակ-մանկաբարձական գյուղական բուժկետերի կողմից՝ յուրաքանչյուր գյուղում մեկը: Մատուցվում են հետևյալ բժշկական ծառայությունները. մեծահասակների և երեխաների բժշկական օգնություն, անտենատալ օգնություն, կրծքով կերակրվող երեխաների ստուգայցեր, առաջին բժշկական օգնություն, անհետաձգելի շուրջօրյա օգնություն, պատրոնած այցեր, վակցինապրոֆիլակտիկա:

Մարզային ամբուլատոր-պոլիկլինիկաների կողմից իրականացվում է նաև ամբուլատոր օգնություն մարզերի քաղաքային բնակիչներին, պերինատալ, անտենատալ օգնություն, ծննդօգնություն, մանկաբուժական օգնություն, փոքր վիրաբուժական միջամտություններ, շուրջօրյա անհետաձգելի օգնություն, տնային կանչեր, սանիտարական նորմերի լուսաբանում, լաբորատոր, ախտորոշիչ հետազոտություններ:

Առաջնային բուժօգնության օղակում մոտ 15 տարի է, ինչ ներդրված է ընտանեկան բժշկության համակարգը, որը շատերին դեռ անձանոթ է:

Որո՞նք են հիմնական տարբերությունները առաջնային բժշկական օգնության գործող համակարգի և ընտանեկան բժիշկների համակարգի միջև:

Ընտանեկան բժշկությունը առողջապահության առաջնային պահպանմանն ուղղված բժշկական ծառայությունների համակարգ է, որում **ընտանեկան բժիշկը**, ի տարբերություն **տեղամասային թերապևտի, իրավասու է կատարելու նաև նեղ մասնագիտական ամբուլատոր բուժօգնություն, գործիքային հետազոտություն:** Մասնավորապես, ի տարբերություն տեղամասային թերապևտի, ընտանեկան բժիշկները՝

- ✓ կարող են իրականացնել ախտորոշման ավելի լայն շրջանակ, որի հիման վրա առանց միջանկյալ ախտորոշման ուղեգրում է մասնագիտացված բժշկական հաստատություն հետագա բուժման համար: Վերոհիշյալ մեխանիզմը թույլ է տալիս նվազեցնել անտեղի միջանկյալ խորհրդատվությունների և գործիքային լաբորատոր հետազոտությունների թիվը: Արդյունքում նվազում են ինչպես առողջապահական ծախսերը, այնպես էլ կրճատվում է հիվանդության ախտորոշման և բուժման միջև ընկած ժամանակահատվածը,
- ✓ հետազոտում են և՛ երեխաներին, և՛ մեծահասակներին,
- ✓ աշխատելով ընտանիքների հետ՝ քաջատեղյակ են ընտանիքի ժառանգականությանը, որը զգալիորեն նպաստում է ճիշտ և արագ ախտորոշմանը,
- ✓ անհրաժեշտության դեպքում իրականացնում են փոքրածավալ, ոչ բարդ վիրաբուժական միջամտություններ,
- ✓ իրականացնում են գինեկոլոգիական զննում և ծննդօգնության ցուցաբերում (արտակարգ իրավիճակներում),
- ✓ ավելի օպերատիվ բժշկական օգնություն են ցուցաբերում գյուղերում:

Ստեղծվել և ներկայում գործում են ընտանեկան բժշկության ամբիոններ Երևանի պետական բժշկական համալսարանում, Բժիշկների վերապատրաստման ազգային ինստիտուտում և Բժշկական քոլեջում: Ստեղծված ընտանեկան բժշկի գրասենյակները տեխնիկապես վերազինվել են, ապահովվել են շտապօգնության մեքենաներով, լաբորատոր ժամանակակից սարքավորումներով:

«Ընտանեկան բժիշկների» համակարգը ներդնելիս ենթադրվում էր, որ դա կնպաստի առողջապահության բնագավառում ավելի արդյունավետ ու նպատակային ֆինանսական քաղաքականությանը: Սակայն համակարգը դեռևս կայացած չէ ամբողջությամբ. ներկայում երկրում գործում են ընդամենը 6 ընտանեկան անկախ բժշկական պրակտիկաներ (գրասենյակներ):

Երկրորդային բուժօգնությունն իրականացվում է մարզային հիվանդանոցների և մի շարք մեծ պոլիկլինիկաների կողմից՝ առաջարկելով մասնագիտացված ամբուլատոր օգնություն:

Երրորդային բուժօգնությունն իրականացվում է հիմնականում հանրապետական նշանակության հիվանդանոցներում և նեղ մասնագիտացված ինստիտուտներում, որոնք տեղակայված են Երևանում:

Բացի վերոհիշյալից՝ ՀՀ բնակչությանը պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով **երկրորդային և երրորդային բժշկական օգնություն են մատուցում** հանրապետության մասնավոր առողջապահական կազմակերպությունները՝ ՀՀ ԱՆ-ի հետ կնքած պայմանագրերին համապատասխան:

Ինչպես նշեցինք վերևում, ՀՀ կառավարությունը պետական բյուջեի միջոցների շրջանակներում պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունների իրականացումը պատվիրակում է նաև մասնավոր կազմակերպություններին և ապահովագրական ընկերություններին՝ նրանց հետ կնքած պայմանագրերի հիման վրա:

3. Ապահովագրական բժշկությունը

Բժշկական **ապահովագրությունը բնակչության սոցիալական պաշտպանության ձև է**, որն ուղղված է առողջության պահպանման կամ առողջության կորստի հետ կապված ֆինանսական ծախսերը կրելու ռիսկի նվազեցմանը: **Իսկ ի՞նչ է ապահովագրական ռիսկը**, այն պատահարի տեղի ունենալու, հիվանդանալու հավանականությունն է, որի հետ կապված իրականացվում է ապահովագրությունը:

Ցանկացած ոլորտում, երբ խոսքը ապահովագրության մասին է, այն միշտ հիմնված է ռիսկի հասկացողության վրա, այսինքն՝ կա ապահովագրություն, եթե կա ինչ-որ ռիսկ՝ կապված որոշակի ոլորտի հետ: Բժշկական ապահովագրության դեպքում նույնպես առկա է նույն տրամաբանությունը, այսինքն՝ հասարակության տարբեր անդամներ միշտ էլ ենթակա են առողջության կորստի հետ կապված որոշակի ռիսկի և այդ ռիսկից ելնելով՝ կարող են համաձայնել կատարել ապահովագրություն: Ապահովագրությունը իմաստ ունի, եթե կա անկանխատեսելի հանգամանք, որի պայմաններում որոշակի խմբից որևէ մեկը կարող է վնաս կրել, սակայն ի սկզբանե հայտնի չէ, թե հատկապես ով: Քանի որ խմբի յուրաքանչյուր անդամ չգիտի՝ այդ վնաս կրողը ինքն է, թե ոչ, այդ պայմաններում խումբը համաձայնում է վճարներ կատարել, որոնց միջոցով պետք է փոխհատուցվեն ապագա վնասները:

Ձևական առումով ապահովագրումը վնասի փոխհատուցման և նյութական ապահովության եղանակ է: Ապահովագրությանը մասնակցում են երկու կողմեր. ապահովագրողը, որը ստեղծում է հատուկ ապահովագրական ֆոնդ և այն կառավարում, ու ապահովադիրը, որը մուծում է կատարում ապահովագրական ֆոնդին ապահովագրական պայմանագրի պայմաններին համապատասխան: Ապահովագրական պայմանագիրը ապահովագրողի և ապահովադիրի միջև առաջացող հարաբերությունները կարգավորող և նրանց միջև կնքվող համաձայնությունն է, ըստ որի՝ սահմանված ժամկետում ապահովադիրի կողմից վճարվող ապահովագրավճարների դիմաց ապահովագրողը պարտավորվում է ապահովագրական պատահարի առաջացման ժամանակ (ռիսկ) կատարել ապահովագրական հատկացումներ: Ըստ ապահովագրման պարտադիրության սկզբունքի՝ տարբերում են **պարտադիր կամ կամավոր ապահովագրություն**: Պարտադիր ապահովագրությունը չպետք է հասկանալ որպես ինչ-որ մեկի կամքով մեծամասնությանը պարտադրվող երևույթ: Ընդհակառակը, պարտադիր ապահովագրության դեպքում հասարակության մեծամասնությունը կարծում է, որ կան որոշակի ռիսկեր, որոնց ենթակա է հասարակության մեծամասնությունը, և այդ ռիսկերից բխող հետևանքները կարող են զգալի սոցիալական հետևանքներ առաջացնել կոնկրետ անհատի համար:

Ձևական առումով պարտադիր ապահովագրությունը ապահովագրվողի կամքից անկախ ապահովագրողի հետ օրենքի ուժով ծագող հարաբերություն է: Կամավոր ապահովագրությունը ապահովադիրի կամավոր ցանկությամբ ապահովագրողի հետ ապահովագրական պայմանագրի կնքումն է:

Բժշկական պարտադիր ապահովագրության նախընթաց գործընթաց կարելի է համարել ՀՀ-ում 2014 թ. գործող «Սոցիալական փաթեթի» համակարգը⁷⁵, որի շրջանակում ավելի քան 100 հազար շահառուներ երկրի պետական ու մասնավոր առողջապահական

⁷⁵ Տե՛ս ՀՀ կառավարության 27.12.2012 թ, N 1691-Ն, N 1692-Ն, 27.03.2014 թ. N 375-Ն որոշումները, <https://www.arlis.am/>, <http://moh.am/#1/900002>, ինչպես նաև սույն ձեռնարկի 18-րդ էջի տեղեկատվությունը,

կազմակերպությունների կողմից՝ ապահովագրական ընկերությունների միջնորդությամբ, ստանում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար և/կամ արտոնյալ բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ:

Համակարգն ունի որոշակի թերություններ և կարիք ունի կատարելագործման: Ավելին՝ համակարգն ունի հետագա զարգացման կարիք, ինչը մեր կարծիքով պետք է վերաճի պարտադիր բժշկական ապահովագրության համակարգի՝ պետության կողմից կառավարվող միակ ապահովագրական մարմնի կողմից:

Դ. Առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության հիմնախնդիրները Հայաստանում

Թվում է, թե հանրապետության բնակչության համար իրավական տեսակետից ոչ մի խոչընդոտ չկա՝ իրացնելու իր անքակտելի ու հիմնական իրավունքներից մեկի՝ **առողջ ապրելու իրավունքի, պահպանումը**: Ավելին՝ կարծես թե այդ նպատակին էին ուղղված վերջին 20-25 տարիների ընթացքում առողջապահության և սոցիալական ոլորտներում իրականացված և այժմ էլ շարունակվող բարեփոխումները: Մակայն, ցավոք, այդ իրավունքի իրացումը հանրապետությունում դեռևս հանդիպում է մի շարք լուրջ խոչընդոտների, որոնք առողջության պահպանումն ու բժշկական օգնությունը՝ հասարակության մեծամասնության, սոցիալական պաշտպանությունը՝ հատկապես հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, դարձնում են անմատչելի:

Այդ իրավունքի իրացմանը խոչընդոտող հիմնական պատճառներն են.

1. բնակչության մեծ մասի, հատկապես նրա միջին և տարեց հասակի անձանց՝ առողջության պահպանման և սոցիալական ապահովության անցյալ համակարգի մասին դեռևս պահպանվող հիշողությունը,

2. անվտանգ ֆինանսական միջավայրի պայմաններում առողջ ապրելակերպի արմատավորմանն ուղղված նպատակամետ ու համալիր պետական քաղաքականության իրականացման փաստացի բացակայությունը,

3. բնակչության մեծ մասի անվճարունակության պայմաններում առողջության պահպանմանն ու սոցիալական ապահովությանը հատկացվող բյուջետային միջոցների անբավարարությունը,

4. բնակչության ճնշող մեծամասնության համար առողջապահական և սոցիալական ծառայությունների ֆինանսական ու ֆինանսական անմատչելիությունը և այդ կազմակերպություններին դիմելու հոգեբանական արգելքը,

5. առողջապահության ու սոցիալական ոլորտում երկար տարիներ տեղ գտած կոռուպցիայի բարձր մակարդակը⁷⁶,

⁷⁶ Այդ մասին վկայում են ՀՀ վերահսկիչ պալատի ընթացիկ ու տարեկան հաշվետվությունները, որոնք կարելի է տեսնել սույն հասցեներում. <http://www.coc.am/ShowReportArm.aspx?ReportID=343>, <http://www.coc.am/ShowReportArm.aspx?ReportID=342>, <http://www.coc.am/ShowReportArm.aspx?ReportID=260>, <http://www.coc.am/ShowReportArm.aspx?ReportID=235>, <http://www.coc.am/ShowReportArm.aspx?ReportID=236>,

ինչպես նաև՝ «Թրանսփարենսի ինթերնեյշնլ հակակոռուպցիոն կենտրոնի» ուսումնասիրություններն ու զեկուցագրերը, <https://transparency.am/>

6. բնակչության առողջապահական և սոցիալական իրավունքների խախտման համատարած բնույթը⁷⁷,

7. բնակչության իրավագիտակցության ցածր մակարդակը,

8. բնակչության անիրազեկվածությունն իրենց իրավունքների պաշտպանության միջոցների մասին,

9. այդ իրավունքների իրացմանը հակազդելուն ուղղված օրենսդրական, գործադիր ու դատական իշխանությունների համագործակցված կոռուպցիոն համակարգի աղետաբեր գործունեությունը,

10. առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության պետական ինստիտուտների անբավարար ու անարդյունավետ աշխատանքը:

Առողջ ապրելու իրավունքի իրացման գործում շատ կարևոր է մարդու **կենցաղավարությունը**: Մեր քաղաքացիներից շատերի հոգեկերտվածքում արմատացած չէ ամենաթանկ կապիտալի առողջության, պահպանմանն ուղղված կանխարգելիչ սովորույթը: Մեզանից շատերը դրա հետ վարվում են անփույթ, անհետևողական, «շռայլորեն» և չեն մտածում դրա հետևանքների մասին: Արդյունքում մենք բժշկին շատ հաճախ դիմում ենք, ժողովրդական լեզվով ասած, այն ժամանակ, երբ «դանակը ոսկորին է հասնում»: Մինչդեռ դրա փոխարեն մենք կարող էինք կանխել հիվանդությունները կամ, այլ խոսքով ասած, իրականացնել հիվանդությունների կանխարգելման միջոցառումներ.

- վարել առողջ ապրելակերպ,
- զբաղվել ֆիզկուլտուրայով և սպորտով,
- օգտվել դեռևս 2006 թ. հունվարի 1-ից պետության կողմից երաշխավորված անվճար առաջնային օգնության ծառայություններից՝ առաջնային բժշկական օգնության օղակի բոլոր կազմակերպություններում
- և այլն:

Երկրում դեռևս լուրջ քայլեր չեն կատարվում **անվտանգ ֆիզիկական միջավայր ստեղծելու** ուղղությամբ, հատկապես բնապահպանության, կլիմայի պահպանման, սննդի անվտանգության ապահովման, սպառողների իրավունքների պաշտպանության ուղղությամբ: Ձեռնարկված միջոցառումներն այդ ուղղությամբ հատվածական են, կետային և ոչ համալիր:

Ի լրումն վերոհիշյալի՝ երկրում առայժմ փաստորեն չկա մշակված նաև առողջ ապրելակերպի արմատավորմանն ուղղված նպատակամետ ու համալիր պետական քաղաքականություն: Առողջ ապրելու իրավունքի իրացման գործում խիստ կարևորվում է պետության կողմից **հանրային առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման մակարդակը**: Ինչպես նշեցինք վերևում, առողջապահության համակարգի ֆինանսավորման սխեմաների նկարագրված կառուցվածքն ակնհայտ արտացոլումն է այն իրողության, որ առողջապահության ֆինանսավորման **84 %-ից ավելին**⁷⁸ փաստացի կազմում են տնային տնտեսությունների ուղղակի վճարումները: Պետության մասնակցությունը առողջապահության ֆինանսավորման ծախսերի մեջ մնում է շատ ցածր մակարդակի վրա:

⁷⁷ Տե՛ս Արևելյան գործընկերության ԶՀՖ Հայաստանի ազգային պլատֆորմի (EaP CSF Armenian National Platform) 2017 թ. հունիսի 22-ի հայտարարությունը, <https://eaparmenianews.wordpress.com/2017/06/23/issue-273/>

⁷⁸ Առողջապահության ազգային հաշիվներ: Հայաստան, 2017/ Ն. Դավթյան, Ա. Բազարյան (բ.գ.թ. դոցենտ), Ա. Աղազարյան (տ.գ.թ. դոցենտ), Լ. Հովհաննիսյան: ՀՀ ԱՆ Ս. Ավիալրելյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ, 2018, էջեր 30-36, <http://nih.am/assets/pdf/atvk/db2191e2a1db3cbb395d9a308594d8f7.pdf>

Պետական ծախսերի անբավարարության պայմաններում լայնորեն տարածված են նաև գրպանից դուրս վճարումները (սովետային անուղղակի վճարումները), կոռուպցիան, որոնք շատ հաճախ խոչընդոտում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու ծառայությունների մատուցման ողջ ծավալի իրականացման, դրանց ֆիզիկական ու ֆինանսական անմատչելիության ապահովման սահմանադրական պարտավորություններն ու առաքելությունները: Հենց այդպիսի հանգամանքների արդյունքում էլ, բնակչության աղքատության ու գործազրկության դեռևս բարձր մակարդակների պարագայում, ՀՀ քաղաքացիների մեջ պահպանվում է առողջապահական կազմակերպություններին դիմելու հոգեբանական արգելքը:

Ինչպես ցույց է տալիս մեր փորձը, ՀՀ քաղաքացիները, **այդ թվում՝ հասկապես հաշմանդամություն ունեցող անձինք**, չեն կարողանում օգտվել ՀՀ օրենսդրությամբ իրենց ընձեռված անվճար բժշկական օգնության, դեղեր ձեռք բերելու իրավունքից: Դրա արդյունքում ցածր է ՀՀ բնակչության հիվանդությունների կանխարգելման մակարդակը: Նրանք այցելում են բժշկի միայն այն դեպքերում, երբ իրավիճակն արդեն խիստ սրացած է, և ստիպված դիմում են արդեն ավելի թանկ հիվանդանոցային անմատչելի ծառայությանը: Այսպիսի իրավիճակում բարձրանում է հիվանդացածության մակարդակը, ինչն էլ իր հերթին նպաստում է վաղաժամ մահացության մակարդակի աճին, կյանքի միջին տևողության կրճատմանը: Նշված հիմնախնդիրները լուծելու նպատակով անվճար բժշկական օգնության իրավունք ունեցող ՀՀ քաղաքացիների կողմից կատարվող վճարումները նրանց մատնում են աղքատության, ավելին՝ չքավորության: Արդյունքում խիստ ցածր մակարդակի է իջնում նրանց կյանքի որակը:

Մյուս հիմնախնդիրը արդեն հիվանդ ու սոցիալապես անկարող ՀՀ քաղաքացիների՝ ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված իրենց սոցիալական իրավունքներից օգտվելու

անկարողությունն է⁷⁹՝ ստանալու իրենց բժշկասոցիալական վիճակին համապատասխան հաշմանդամության խումբը, ինչը իր հերթին կնպաստեր ստանալու օրենքով սահմանված կերպով համապատասխան անվճար բժշկական օգնություն և դեղեր:

2017-2018 թթ. ընթացքում խիստ մեծացել էին հաշմանդամության խմբեր տալու գործում կոռուպցիոն ռիսկերը: Ավելին՝ պետական բյուջեի սուղ միջոցների պատճառաբանությամբ զանգվածաբար ապօրինի կերպով 1-ին խմբի հաշմանդամների խումբը իջեցվում էր 2-րդ խումբ, 2-րդ խմբինը՝ 3-րդ խումբ, կամ էլ բոլորովին զրկվում էին խմբից, իսկ 3-րդ խմբի հաշմանդամություն ունեցող անձինք իսպառ զրկվում էին այդ իրավունքից: Այսպես, 2016 թ. տարեվերջի դրությամբ 205166 հաշմանդամություն ունեցող անձ է հաշվառված եղել, իսկ 2017 թ. տարեվերջի դրությամբ՝ 193432, այսինքն՝ հաշվառված հաշմանդամություն ունեցող

⁷⁹ «Հաշմանդամությունը Հայաստանում. Արդիական խնդիրներ և հնարավոր լուծումներ», https://www.un.am/up/library/Disability_in_Armenia_Arm.pdf,

«Հաշմանդամությունը Հայաստանում. Իրավունքների ուղեցույց», https://www.un.am/up/library/Disability_Rights_Guidelines_Arm.pdf

Այդ հիմնախնդիրները ցայտունորեն արտահայտված են «Տնտեսական իրավունքի կենտրոն» ՀԿ շահառուների մի շարք հայցադիմումներում, որոնց վերաբերյալ կամ կայացվել են արդար որոշումներ (տե՛ս թիվ ՎԴ/10399/05/17 վարչական գործով կայացված որոշումը) կամ էլ ընթանում է դատաքննություն (տե՛ս թիվ ՎԴ/8412/05/18, ՎԴ/7628/05/18 վարչական գործերի դատաքննության նյութերը) կամ էլ մերժվել են (տե՛ս թիվ ՎԴ3/0218/05/17 և ՎԴ3/0228/05/17 վարչական գործերի դատաքննությունների նյութերը), (www.datalex.am)

անձանց թիվը 1 տարվա ընթացքում կտրուկ կրճատվել էր 11734-ով⁸⁰: Ընդ որում, հաշմանդամության դադարեցման պատճառների թվում մահով պայմանավորված դեպքերի թիվը կազմել էր 3481 կամ 29,7 %: Եվ դա այն դեպքում, երբ նախընթաց ժամանակաշրջանում մշտապես դիտարկվել է հաշմանդամություն ունեցող անձանց թվի աստիճանական մեծացում, իսկ դրանց թվի կրճատումը հիմնականում պայմանավորված է եղել մահերով (միջինում 80-85 %-ի սահմաններում): Փաստորեն 2017 թ. հաշմանդամության դադարեցման հիմնական պատճառ է դիտարկվել աշխատունակ ճանաչելու հանգամանքը (5482 դեպք կամ 46,7 %): Այս պայմաններում անհասկանալի ու անբացատրելի է մնում հաշմանդամության դադարեցման 2771 դեպքերի կամ ընդհանուր դեպքերի 23,4 %-ի պատճառաբանությունը: Այդ գործընթացը իր շարունակությունն է ունեցել նաև 2018 թ. ընթացքում: Այսպես, 2018 թ. ընթացքում հաշմանդամություն ունեցող անձանց թիվը կրճատվել էր ևս 4972-ով: Ընդ որում, 1308 դեպքերում (ընդհանուր դեպքերի 26,3 %) հաշմանդամությունից զրկումը պատճառաբանված է եղել աշխատունակ ճանաչվելու հիմքով, իսկ 2653 դեպքերում (ընդհանուր դեպքերի 53,4 %) մահով: Այս պարագայում էլ անբացատրելի ու չհիմնավորված է մնում 1011 դեպքերի կամ ավելի քան 20 %-ի զրկումը հաշմանդամության խմբից: Այստեղից էլ կարելի է ու պետք է եզրակացնել, որ հաշմանդամության խմբերից զրկումը իրականացվել է ապօրինի կերպով՝ ՀՀ ԱՍՀՆ ՀՀ բժշկասոցիալական փորձաքննության գործակալության ղեկավարության ինքնաիրավչության հիման վրա: Դրա մասին են վկայում այդ կազմակերպության մի քանի աշխատակիցների նկատմամբ հարուցված քրեական գործերը և բժշկասոցիալական փորձաքննության գործակալության մի քանի հանձնաժողովների գործունեության կասեցումը: Արդյունքում **հաշմանդամության խմբերից զրկված անձանցից շատերը զրկվել են հաշմանդամության թոշակ ստանալու, իսկ դրա արդյունքում նաև ընտանեկան նպաստ ստանալու իրավունքներից:**

Թեև այդ գործընթացը կասեցվել է 2018 թ. թավշյա, ոչ բռնի, ժողովրդական հեղափոխության արդյունքում, սակայն ոլորտում առայժմ առկա են վերոհիշյալ բացասական երևույթները, համակարգի աշխատողների մեծ մասը չի վերափոխվել, օրենսդրական կարգավորումներում

⁸⁰ ՀՀ ՎԿ, Ժամանակագրական շարքեր, Հաշվառված հաշմանդամների թվաքանակը, մարդ, 2019, <https://www.armstat.am/am/?nid=12&id=19154>

ՀՀ սոցիալական վիճակը 2018 թ. հրատարակվել է 23 օգոստոսի, 2019 թ., Հաշվառված հաշմանդամներ և բժշկասոցիալական փորձաքննական հանձնաժողովների գործունեություն, Հավելված 11, Հաշվառված հաշմանդամների թվաքանակն ըստ տարիքային խմբերի, 2014-2018 թթ. տարեվերջ, էջ 450, https://www.armstat.am/file/article/soc_vich_2018_11.pdf

Հայաստանի Հանրապետության սոցիալ-տնտեսական վիճակը 2019 թ. հունվար-հունիսին, հրատարակվել է 2019 թ. օգոստոսի 5-ին, <https://www.armstat.am/am/?nid=82&id=2178>, 5.ՍՈՑԻԱԼ-ԺՈՂՈՎՐԴԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՏՎԱԾ 5.4. Հաշվառված հաշմանդամների թվաքանակը 2019 թ. հուլիսի 1-ի դրությամբ, էջ 162, https://www.armstat.am/file/article/sv_06_19a_540.pdf

Պարենային ապահովություն և աղքատություն, 2019 թ. հունվար-հունիս, հրատարակվել է՝ 20 օգոստոսի, 2019 է., <https://www.armstat.am/am/?nid=82&id=2181>

Սոցիալ-տնտեսական վիճակ, էջ 15, Աղյուսակ 1.7, Կենսաթոշակառուների, սոցիալական թոշակառուների, հաշմանդամների թվաքանակ և կենսաթոշակի ու նպաստի միջին չափ https://www.armstat.am/file/article/f_sec_2_2019_1.pdf

կան բազմաթիվ բացթողումներ, դատական համակարգը գործում է կաշկանդված: Այդ հիմնախնդիրների մասին մտահոգված է նաև ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարությունը: Վերլուծելով ոլորտում առկա հսկայական կոռուպցիոն դեպքերը անբավարար իրավակարգավորումների արդյունքում ՀՀ քաղաքացու և հատկապես հաշմանդամություն ունեցող անձի առողջ ապրելու և սոցիալական պաշտպանվածության սահմանադրական իրավունքների ոտնահարման հազարավոր դեպքերը, կոռուպցիոն ռիսկերի բազմազանությունը, ՀՀ ԱՍՀՆ-ն ձեռնամուխ է եղել այդ ոլորտի օրենսդրական բարեփոխումներին: Այսպես, ՀՀ արդարադատության նախարարության պաշտոնական կայքում www.e-draft.am, շրջանառվել են.

1. «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի նախագիծը, <https://www.e-draft.am/projects/1849>,
2. ՀՀ կառավարության 2003 թ. հունիսի 13-ի «Բժշկասոցիալական փորձաքննության չափորոշիչները հաստատելու մասին» N 780-Ն որոշումը ուժը կորցրած ճանաչելու և նորովի խմբագրելու մասին օրինագիծը, <https://www.e-draft.am/projects/1600/digest>,
3. ՀՀ կառավարության 2006 թ. մարտի 02-ի «Բժշկասոցիալական փորձաքննության իրականացման կարգը հաստատելու մասին» N 276-Ն որոշումը ուժը կորցրած ճանաչելու օրինագիծը
4. և այլն:

Հայաստանի Հանրապետությունում շարունակաբար խորացել է աղքատությունը, մեծացել են արտագաղթի տեմպերը, վատթարացել է մարդկանց կյանքի որակը: Այսպես, ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի (այսուհետ՝ ՀՀ ՎԿ) պաշտոնական տվյալներով 2018 հունվարի 1-ի դրությամբ ՀՀ աղքատության մակարդակը գնահատվել է 25,7 %-ի չափով⁸¹, 2018 թ. գործազրկությունը՝ 20,4 %-ի չափով⁸², յուրաքանչյուր տարի երկրից արտագաղթում է շուրջ 30 հազար ՀՀ քաղաքացի⁸³: Դրանք վկայում են այն մասին, որ երկրում դեռևս լուրջ մարտահրավերներ կան ՀՀ քաղաքացիների համընդհանուր բոլոր իրավունքների ու ազատությունների, այդ թվում՝ հատկապես տնտեսական, առողջապահական և սոցիալական իրավունքների իրացման ուղղությամբ: Թեև այդ միտումները մեղմացել են 2018 թ. հայտնի իրադարձությունների արդյունքում, այդուհանդերձ դրանք շարունակում են մնալ: Դրանց չիրացման լուրջ պատճառներն են ՀՀ քաղաքացիների իրավագիտակցության ցածր մակարդակը, նրանց անիրազեկվածությունն իրենց իրավունքների պաշտպանության

⁸¹ ՀՀ ՎԿ պաշտոնական կայք, Ժամանակագրական շարքեր, Աղքատության մակարդակը (ըստ 2009թ. մեթոդաբանության) / 2019, <https://www.armstat.am/am/?nid=12&id=15005>

⁸² ՀՀ ՎԿ պաշտոնական կայք, Պարենային ապահովություն և աղքատություն, 2019 թ. հունվար-հունիս, հրատարակվել է՝ 20 օգոստոսի, 2019, <https://www.armstat.am/am/?nid=82&id=2181>

Սոցիալ-տնտեսական վիճակ, էջ 14, Աղյուսակ 1.5, Գործազրկության մակարդակը ըստ մարզերի և Երևան քաղաքի, https://www.armstat.am/file/article/f_sec_2_2019_1.pdf

⁸³ Այս տվյալները բերվել են ՉԼՄ-ների տեղեկատվությունից: Ըստ ՎՊԿ պաշտոնական տվյալների՝ 2013-2017 թթ. բնակչության միգրացիայի մնացորդը 1000 բնակչի հաշվով կազմել է -7,2-ից մինչև -8,6, ՀՀ ՎԿ պաշտոնական կայք, Հայաստանի վիճակագրական տարեգիրք, 2018, էջ 23, <https://www.armstat.am/file/doc/99511628.pdf>

ՀՀ բնակչության միգրացիայի մասին այլ պաշտոնական թարմ տվյալներ չհայտնաբերվեցին: ՀՀ բնակչության միգրացիայի մասին վերջին մասնագիտական հետազոտության մասին տվյալները հրատարակվել են սուկ 2008 թ.:

միջոցների մասին, այդ իրավունքների իրացմանը հակազդելուն ուղղված օրենսդրական, գործադիր իշխանությունների դեռևս անբավարար ունակությունները և, ինչը շատ կարևոր է, դատական իշխանության դեռևս շարունակվող կոռուպցիոն համակարգի աղետաբեր գործունեությունը: Այդ պարագայում ՀՀ քաղաքացիները և հատկապես հաշմանդամություն ունեցող անձինք մնում են ձեռնունայն ու անպաշտպան, ինչն էլ ավելի է վատթարացնում նրանց տնտեսական, առողջապահական ու սոցիալական պայմանները:

Առողջ ապրելու իրավունքի իրացման կարևորագույն խոչընդոտներից է եղել արմատավորված կոռուպցիան: Կոռուպցիան լայնորեն տարածված է եղել առողջապահության և սոցիալական ապահովության համակարգերում: Դրա մասին են վկայում նախկին ՀՀ վերահսկիչ պալատի (ներկայում՝ ՀՀ հաշվեքննիչ պալատի) տարեկան զեկույցներն ու եզրակացությունները, հայտնաբերված հանցագործություններն ու ադմինիստրացիայի բազմաթիվ դատավարությունները: **Չնայած վերջին 1-2 տարիներին կոռուպցիայի դեմ ձեռնարկված իրական պայքարին՝ այդուհանդերձ, կոռուպցիոն երեւոյթները կան և էապես խոչընդոտում են քաղաքացիներին օգտվելու իրենց օրենքով սահմանված իրավունքներից:** Դա հատկապես դրսևորվում է ՀՀ քաղաքացիների կողմից պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության ու ծառայությունների ստացման, հիվանդությունների պատճառով հաշմանդամության իրավունք ունեցող անձանց համապատասխան խումբ ստանալու և հետագայում նրանց սոցիալական խնամքի ու առողջապահական ծառայությունների մատուցման հարցերում:

Թվում է, թե պետությունը անհրաժեշտ միջոցներ է ձեռնարկել իրավունքի ոտնահարման այդ դեպքերը կանխելու ուղղությամբ՝ ստեղծելով համապատասխան տեսչական ծառայություն՝ «ՀՀ կառավարության ենթակա առողջապահական և աշխատանքի տեսչական մարմին»: Այդ կազմակերպությունը ստեղծվել է ՀՀ ԱՆ և ՀՀ ԱՍՀՆ համապատասխան տեսչական մարմինների բազմաթիվ վերակազմավորումների և միաձուլման միջոցով, ինչը հետևանք էր դրանց անարդյունավետ ու կոռուպցիոն գործունեության: Սակայն նորաստեղծ մարմնի աշխատանքի մակարդակը բոլորովին էլ չի համապատասխանում օրենքով դրան վերապահված պահանջներին և, ինչը շատ կարևոր է, ՀՀ քաղաքացու շահերին ու իրավունքներին⁸⁴:

Առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության գործում կարևոր առաքելություն ունի նաև ՀՀ մարդու իրավունքների պաշտպանը: Սակայն նրա գործունեությունը հիմնականում բևեռված չէ այդ իրավունքի պաշտպանությանը՝ ռեսուրսների անբավարարության պատճառաբանությամբ: Ահա այդ նպատակով էր, որ ՀՀ կառավարությունը դեռևս 2017 թ. ձեռնամուխ եղավ «Մարդու իրավունքների պաշտպանության ազգային ռազմավարությունից բխող 2017-2019 թթ. գործողությունների ծրագրի» շրջանակում մշակել «Բժշկական հաշտարարի համակարգի գործունեության մասին» ՀՀ օրենքի հայեցակարգը⁸⁵: Սակայն այդ կետը մեկ տարի հետո օրակարգից հանվեց՝ հիմնականում ՀՀ մարդու իրավունքի պաշտպանի բացասական դիրքորոշման պատճառով:

ՄԻ ռազմավարությամբ առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության գործում կարևոր առաքելություններ ունեն նաև իրավապաշտպան, հասարակական կազմակերպությունները: Սակայն նրանց ջանքերը բավարար ու արդյունավետ չեն մի կողմից օրենսդրական

⁸⁴ Հայաստանի Հանրապետության զեկույցը, Եվրոպական սոցիալական խարտիա (վերանայված), Հոդվածներ 7, 8, 17, 19, 27, Հաշվետու ժամանակահատված 2014-2017 թթ., Հավելված ՀՀ կառավարության 2019 թ. փետրվարի 15-ի N 104-Լ որոշման, www.gov.am, www.arlis.am

⁸⁵ ՀՀ կառավարության 2017 թ. մայիսի 4-ի N 483-Ն որոշում, www.gov.am, www.arlis.am

կարգավորումների անկատարության, պետական կառավարման մարմինների ու տեղական կառավարման մարմինների կողմից անբավարար վարչական գործունեության ու վարույթի, դատական իշխանությունների կոռումպացվածության և բյուրոկրատիզմի պատճառներով, մյուս կողմից՝ քաղաքացիական հասարակության կազմակերպությունների ռեսուրսային (մարդկային, տեխնիկական, ֆինանսական) անբավարար միջոցների և պետության կողմից դրանց անբավարար աջակցության պատճառներով:

Ելնելով վերոհիշյալից՝ կարելի է եզրակացնել, որ պետք է մշակել և իրագործել մարդու իրավունքների պաշտպանության նոր ռազմավարություն⁸⁶, ինչի կարևորագույն

բաղադրիչներից մեկը պետք է լինի մարդու առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության հիմնախնդիրը, որի բաղկացուցիչները կլինեն հատկապես սոցիալական և առողջապահական իրավունքների պաշտպանությանն ուղղված միջոցառումները:

Այդ գաղափարախոսության ներքո ազգային անվտանգության ապահովման տեսակետից խնդիր պետք է դրվի կատարելագործելու **մարդու առողջ ապրելու իրավունքի՝** որպես մարդու հիմնարար իրավունքներից մեկի, իրացմանն ուղղված գործուն, ներառական օրենսդրությունը, ինչը համահունչ կլինի միջազգային, այդ թվում եվրոպական, օրենսդրությանը և կնպաստի **մարդու իրավունքների համընդհանուր հչակագրով** սահմանված դրույթների իրականացմանը:

Մասնավորապես, բարեփոխումների ընթացքում Օրենսդրությամբ հստակ պետք է կանոնակարգվեն կոռուպցիոն ռիսկերի հակադարձման մեխանիզմները համակարգի բոլոր օղակներում և փոխազդեցության տիրույթներում, ապահովվեն պետության կողմից իրագործվող ծրագրերի մատչելիությունն ու հասանելիությունը դրանցից օգտվելու իրավունք ունեցող անձանց:

Առողջ մարդը, նրա ստեղծագործ և արտադրողական աշխատանքը իր (հետևաբար իր ընտանիքի) և հասարակության (հետևաբար պետության) հարստության ամենակարևոր աղբյուրն է: Մարդկային այդ կապիտալի մեջ ներդրումները կարող են բազմապատիկ փոխհատուցվել, եթե առողջ ապրելու իրավունքի իրականացման ուղղությամբ իրականացվի արդյունավետ նպատակային քաղաքականություն:

Ընդ որում, ազատական շուկայական տնտեսահարաբերությունների պայմաններում առողջապահության ոլորտում որևէ քաղաքականություն իրականացնելիս խիստ անհրաժեշտ է գիտակցել, որ.

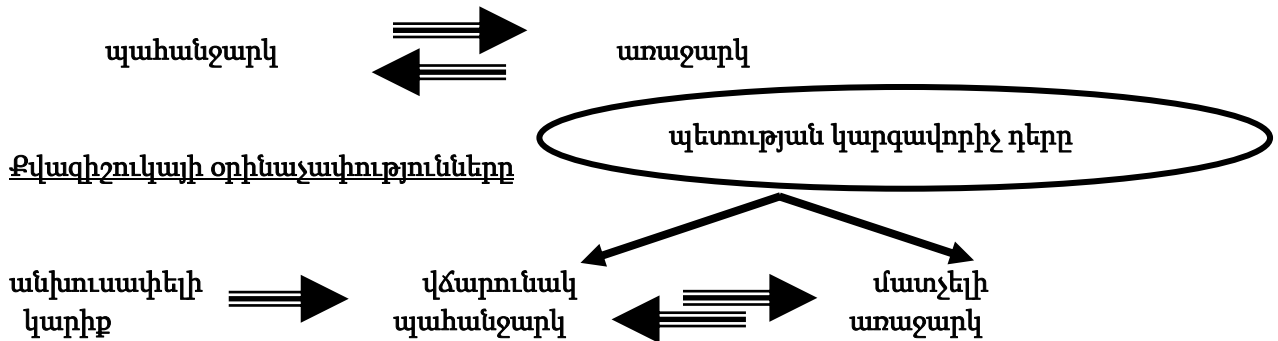
- առողջապահությունը յուրաքանչյուր պետության ազգային անվտանգության ապահովման կարևորագույն բաղադրիչներից է,
- առողջապահությունը սոցիալական (հանրային) ապրանք (ծառայություն) է,
- առողջապահությունը թանկ ապրանք (ծառայություն) է:

Դե և պատճառը, որ գրեթե բոլոր զարգացած երկրներում առողջապահության բնագավառում տնտեսահարաբերությունները կարգավորվում են «քվադիշուկայի» (կեղծ շուկայի) օրենքներով, որոնք ենթադրում են բնակչությանը մատչելի առողջապահական ծառայություններով ապահովելու սահմանադրական իրավունքի և բուժօգնություն իրականացնողների ազատ ձեռներեցության իրավունքի գույզորդում պետության

⁸⁶ ՀՀ արդարադատության նախարարության պաշտոնական կայքի <https://www.e-draft.am/projects/1871> էջում շրջանառվել է «Մարդու իրավունքների պաշտպանության ազգային նոր ռազմավարության և դրանից բխող 2020-2022 թթ. գործողությունների ծրագրի տեսլականը» և ընթանում է դրա հանրային քննարկումը

կարգավորիչ դերի դաշտում, ինչը էապես տարբերվում է սովորական ազատ շուկայական հարաբերությունների օբյեկտիվ օրենքներից⁸⁷: Ավելին՝ հենց այդ պետության կարգավորիչ, դաշտում ստեղծվում են առողջապահական ծառայությունների մատուցման առավել մատչելի, հնարավոր կոռուպցիայից պաշտպանված համակարգեր, քանզի առողջապահության ոլորտում կոռուպցիան հղի է ազգային անվտանգության խաթարման վտանգներով:

Ազատական շուկայի օրինաչափությունները



Առողջապահությունը մշտապես համարվել, համարվում է և կհամարվի «թանկարժեք ապրանք», ինչը անմատչելի է դարձնում այն ոչ միայն հասարակության աղքատ, սոցիալապես անապահով, այլև բնակչության հիմնական մասի համար: Ինչպես ցույց է տալիս զարգացած առողջապահական համակարգ ունեցող երկրների փորձը, բուժօգնություն իրականացնողները մշտապես զգացել են պետության հովանավորությունը առողջության պահպանման գործում բնակչության հարաճուն պահանջարկը ամբողջությամբ, պատշաճ որակով և մակարդակով ապահովելու ուղղությամբ: Դա դրսևորվում է տարբեր ձևերով. գործում են առողջապահության ֆինանսավորման կայուն աղբյուրներ (հիմնականում՝ պետական բյուջե կամ պարտադիր բժշկական ապահովագրություն), առողջապահական կազմակերպությունները հիմնականում գործում են ոչ առևտրային կազմակերպությունների կարգավիճակով, դրանց տրվում են տարբեր հարկային արտոնություններ և այլն: Առողջ ապրելու բնակչության իրավունքը իրականացնելու նպատակով անհրաժեշտ է հանրապետությունում իրականացվող քաղաքականությունը համալրել հետևյալ քաղաքականություններով ու ռազմավարություններով.

1) Բժշկական օգնության և ծառայությունների ֆիզիկական մատչելիության մակարդակի բարձրացում.

Այս քաղաքականության իրականացման ուղղությամբ անհրաժեշտ կլինի իրագործել հետևյալ ռազմավարությունները.

- առողջապահությանը հատկացվող ռեսուրսների ընդհուպ մինչև 60 %-ի ուղղում մարզերում առողջության առաջնային պահպանման զարգացման, ընտանեկան

⁸⁷ Մ. Արիստակեսյան «Մարդկային աղքատությունն ու աղքատամետ քաղաքականությունը Հայաստանում», ՄԱԶԾ, Հայաստան, Երևան, 2005, էջեր 23-41:
https://www.un.am/up/library/Human%20Poverty%20and%20Pro-poor%20Policies%20in%20Armenia_arm.pdf,
<http://www.gov.am>

բժիշկների գրասենյակների կառուցման, վերանորոգման, պահպանման, դրանք և պոլիկլինիկաները համապատասխան ժամանակակից տեխնոլոգիաներով ապահովելու նպատակներին,

- բոլոր համայնքներում կամ դրանցից 5 կմ-ից ոչ ավելի շառավղով ոչ հեռու վայրերում դեղատներ կամ դեղեր բաշխող կազմակերպությունների ստեղծում և պահպանում,
- բոլոր առողջապահական կազմակերպությունների՝ դրանց մակարդակին համապատասխան կադրերով ապահովում: Այդ նպատակով առողջապահական կազմակերպությունների, հատկապես Երևան քաղաքի օպտիմալացման արդյունքում առաջացած բժշկական կադրերի ավելցուկը վերապրոֆիլավորելու, վերապատրաստելու և սոցիալական համապատասխան երաշխիքներով ապահովելու պայմանով նրանց գործուղում համապատասխան մասնագետի կարիք ունեցող համայնքներ,
- առողջության առաջնային պահպանման օղակում տեխնիկական և տեխնոլոգիական ապահովության մակարդակի բարձրացում:

2) **Բժշկական օգնության և ծառայությունների ֆինանսական մատչելիության մակարդակի բարձրացում.**

Այս քաղաքականության իրականացման ուղղությամբ անհրաժեշտ կլինի իրագործել հետևյալ ռազմավարությունները.

- պետական բյուջեում առողջապահական հատուկ բյուջեի կազմավորում ի հաշիվ մարդկանց առողջությանը վնասող ապրանքների ակցիզային և ավելացված արժեքի հարկերից, բնապահպանական վճարներից, կանաչ տարածքների հատման համար տույժերից և տուգանքներից հաստատագրված չափերով մասհանումների,
- առողջապահության բնագավառում պետական բյուջեի միջոցների ծախսման նպատակային ծրագրավորման կատարելագործում,
- տեղական ինքնակառավարման մարմիններին առողջապահության ուղղությամբ պարտադիր լիազորություն վերապահելու օրենսդրական ամրագրում և դրա իրականացման ֆինանսական աղբյուրների ապահովում,
- ընտանեկան բժիշկների (ԸԲ) նորակառույց և գործող գրասենյակների ընթացիկ ծախսերի ֆինանսավորման ապահովում,
- պետական բյուջեի միջոցների հաշվին իրականացվող բժշկական օգնության ու ծառայությունների իրատեսական գների սահմանում,
- առողջության առաջնային պահպանման օղակում հիվանդությունների կանխարգելման, բուժման որակի բարձրացման, լաբորատոր և գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների մակարդակի բարձրացման խթանման նպատակով ֆինանսավորման մեխանիզմների կատարելագործում,
- առողջության առաջնային պահպանման օղակի բժշկական անձնակազմի և ընտանեկան բժիշկների վարձատրության մեխանիզմի կատարելագործում և ներդրում,
- առողջապահության ոլորտում գրպանից ուղղակի վճարումների (ստվերային շրջանառության) էական կրճատում և վերացում,
- պարտադիր բժշկական ապահովագրության ներդրում:

3) **Առողջապահության համակարգի կառավարման մակարդակի արդյունավետության բարձրացում**

Այս քաղաքականության իրականացման ուղղությամբ անհրաժեշտ կլինի իրագործել հետևյալ ռազմավարությունները.

- պետական բյուջեի միջոցներով ֆինանսավորվող պետական առողջապահական նպատակային ծրագրերի իրականացման արդյունավետ վերահսկման մեխանիզմների ներդրում,
- վճարովի ծառայությունների կանոնակարգում և վերահսկում,
- բուժօգնության որակի չափորոշիչների, բուժման օպտիմալ սխեմաների, բժշկատնտեսագիտական ստանդարտների մշակում, ներդրում և դրանց կիրառման վերահսկում,
- բժշկական և կառավարչական կադրերի պատրաստման ուղղությամբ պետության կարգավորիչ դերի ուժեղացում,
- առողջապահական համակարգը բնութագրող օբյեկտիվ վիճակագրական տեղեկատվական հոսքերի կազմավորում և այդ տվյալների մշտական վերլուծության ապահովում:

4) **Բնակչության դեղորայքային ապահովվածությանն ու մատչելիությանն ուղղված նպատակային ծրագրի մշակում և իրականացում**

Այս քաղաքականության իրականացման ուղղությամբ անհրաժեշտ կլինի իրագործել հետևյալ ռազմավարությունները.

- պետական բյուջեից առողջապահության համակարգին հատկացված փաստացի միջոցներից առնվազն 10 %-ի չափով դեղերի նպատակային ֆինանսավորման նախատեսում,
- առողջապահական կազմակերպություններում «Հիմնական դեղերի ցանկում» ընդգրկված դեղերի առկայության ապահովում,
- բնակչության աղքատ և սոցիալապես անապահով խավերին անվճար և/կամ որոշակի զեղչերով դեղերի ապահովման և դրանց արժեքի փոխհատուցման մեխանիզմների կատարելագործում, ներդրում և գործուն վերահսկողության իրականացում,
- դեղերի իրացման շրջանառության վրա ավելացված արժեքի հարկի արտոնության սահմանում,
- դեղերի գների վրա առևտրական վերադիրների չափի սահմանում,
- դեղերի գների պետական գրանցում,
- դեղերի գների կարգավորման մեխանիզմների ուղղությամբ միջազգային փորձի ուսումնասիրություն և ներդրում,
- բժշկական նշանակության առարկաների, տեխնիկայի և տեխնոլոգիաների պետական գրանցման իրականացում:

5) **Անվտանգ ֆիզիկական միջավայրի պայմաններում առողջ ապրելակերպի արմատավորում**

Այս քաղաքականության իրականացման ուղղությամբ անհրաժեշտ կլինի իրագործել հետևյալ ռազմավարությունները.

- պայքար բնական միջավայրի աղտոտվածության և խաթարման (այդ թվում կանաչ տարածքների հատման) դեմ,
- խմելու ջրի, կոյուղու և այլ կոմունալ ծառայությունների մատչելիության ապահովման ուղղությամբ միջոցառումների իրականացում,
- սպառողների առողջության համար կենցաղային նշանակություն ունեցող ապրանքների արտադրության և ներմուծման անվտանգության ապահովման մեխանիզմների ներդրում,
- դպրոցներում և այլ կրթական հաստատություններում բժշկահիգիենիկ գիտելիքների տարածման, ֆիզիկական կրթության դերի բարձրացման ուղղությամբ նպատակային ծրագրերի մշակում և իրականացում,
- առողջ ապրելակերպի քարոզչության և արմատավորման նպատակային ազգային ծրագրի մշակում և ներդրում,
- ինքնաբուժության ազգային նպատակային ծրագրի մշակում և ներդրում,
- ավանդական բժշկության ազգային ծրագրի մշակում և ներդրում:

6) Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների պաշտպանության մակարդակի բարձրացում առողջության պահպանման մասով.

- «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի նախագծում⁸⁸ որպես պետական քաղաքականության նպատակ ամրագրել հաշմանդամություն ունեցող անձանց՝ մյուսների հետ հավասար հիմունքներով առողջ ապրելու պայմանների և հնարավորությունների ապահովումը,
- նախագծում հստակորեն ամրագրել պետության կողմից հաշմանդամություն ունեցող անձանց առողջապահական խնդիրների լուծման միջոցառումների և ֆինանսավորման միջոցների մասին համապատասխան դրույթներ,
- արմատապես վերանայել ՀՀ կառավարության 2003 թ. հունիսի 13-ի «Բժշկատնօրոգիական փորձաքննության չափորոշիչները հաստատելու մասին» N 780-Ն որոշումը և դրա դրույթները համապատասխանեցնել միջազգային չափորոշիչներին,
- արմատապես վերանայել ՀՀ կառավարության 2006 թ. մարտի 2-ի «Բժշկատնօրոգիական փորձաքննության իրականացման կարգը հաստատելու մասին» N 276-Ն որոշումը և դրա դրույթները սահմանել այնպես, որ հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքները լինեն պաշտպանելի միջազգային չափորոշիչներին համապատասխան:

Ե. ՔՀԿ-ների դերը և նշանակությունը առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության և ցատագրության գործընթացներում

- 1) **Առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության գործում քաղաքացիական հասարակության կազմակերպությունների իրավասությունները կարգավորող ՀՀ օրենսդրությունը**

⁸⁸ Ներկայում ՀՀ արդարադատության նախարարության պաշտոնական կայքի <https://www.e-draft.am/projects/1849> էջում տեղադրված է «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքի նախագիծը, և ընթանում է դրա հանրային քննարկումը:

Վերևում նշեցինք ՀՀ քաղաքացիների առողջ ապրելու սահմանադրական իրավունքի իրացման գործում ՀՀ պետական և տեղական ինքնակառավարման մարմինների ՀՀ Սահմանադրությամբ ու օրենսդրությամբ սահմանված գործառույթների շրջանակը և դրանց իրականացման ընթացքի ու ներկա իրավիճակի համառոտ վերլուծությունը:

Սակայն իրականում այդ գործում խիստ կարևոր է նաև քաղաքացիական հասարակության կազմակերպությունների (այսուհետ՝ ՔՀԿ) դերը: Կարծեք թե ՀՀ օրենսդրությամբ բավարար հիմքեր են ստեղծվել այդ ուղղությամբ ՔՀԿ-ների գործունեության համար: Ընդունված են և գործում են հետևյալ իրավական ակտերը⁸⁹.

1. ՀՀ քաղաքացիական օրենսգիրքը,
2. Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ ՀՀ օրենսգիրքը,
3. Վարչական դատավարության մասին օրենսգիրքը,
4. ՀՀ քաղաքացիական դատավարության օրենսգիրքը,
5. «Հասարակական կազմակերպությունների մասին» ՀՀ օրենքը,
6. «Վարչարարության հիմունքների և վարչական վարույթի մասին» ՀՀ օրենքը,
7. «Հաշտարարության մասին» ՀՀ օրենքը,

որոնք իրավական հիմքեր են ապահովում ՔՀԿ-ներին ՀՀ քաղաքացիների իրավունքների պաշտպանության գործում: Սակայն այդ կարգավորումները թերի են և կարիք ունեն բարելավման, որոնց մասին կխոսենք քիչ հետո:

Այդ բարեփոխումների մասին նշելուց առաջ հարկ է ուշադրություն դարձնել այն հանգամանքի վրա, որ ՀՀ քաղաքացիների առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության արդյունավետության մակարդակի բարձրացման գործում շատ կարևոր են հատկապես.

- ՀՀ քաղաքացիների իրավագիտակցության մակարդակի բարձրացումը,
- ՀՀ քաղաքացիների կողմից իրենց իրավունքների պաշտպանության ուղղությամբ հմտությունների ձեռքբերումը,
- ՀՀ քաղաքացիների կողմից իրենց սահմանադրական իրավունքների պաշտպանության ուղղությամբ կամքի ու հետևողականության դրսևորումը,
- ՀՀ քաղաքացիների իրավունքների պաշտպանության ուղղությամբ ՔՀԿ-ների և նրանց անդամների կողմից իրենց իրավունքների իմացությունն ու կիրառումը,
- ՔՀԿ-ների ու նրանց անդամների կողմից ՀՀ քաղաքացիների իրավունքների պաշտպանության ուղղությամբ հմտությունների ձեռքբերումը, գործունեության ընդլայնումը,
- ՔՀԿ-ների կարողությունների հզորացումը,
- ՔՀԿ-ներին պետության կողմից ֆինանսական աջակցությունը,
- ՔՀԿ-ների կողմից պետության միջոցով իրականացվող ծրագրի վերահսկողությունն ու մշտադիտարկումը (մոնիթորինգը),
- ՀՀ քաղաքացիների, կառավարման մարմինների ու ՔՀԿ-ների միջև կառուցողական երկխոսության կազմակերպումը, ամրագրումը և զարգացումը:

Վերոհիշյալ հիմնախնդիրների լուծմանն է ուղղված ներկայում շրջանառվող «Մարդու իրավունքների պաշտպանության ազգային նոր ռազմավարության և դրանից բխող 2020-2022 թթ. գործողությունների ծրագրի» նախագիծը⁹⁰ (այսուհետ՝ Նախագիծ), որում ՄԻ

⁸⁹ www.arlis.am

⁹⁰ <https://www.e-draft.am/projects/1871>

ռազմավարության փոփոխության և նոր ծրագրի մշակման անհրաժեշտությունը պայմանավորված է 2015 թ. տեղի ունեցած սահմանադրական փոփոխություններով և երկրում 2018 թ. տեղի ունեցած թավշյա, ոչ բռնի ժողովրդական հեղափոխությամբ ու այդ կապակցությամբ գործադիր ու օրենսդիր իշխանությունների փոփոխությամբ:

Դրանում նշվում է, որ 2015 թ. տեղի ունեցած սահմանադրական փոփոխությունների արդյունքում էականորեն վերանայվեցին մարդու իրավունքների վերաբերյալ սահմանադրական կարգավորումները: Առաջին հերթին, Սահմանադրության մեջ տարանջատվեցին մարդու և քաղաքացու հիմնական իրավունքների և ազատությունների վերաբերյալ դրույթները տնտեսական, սոցիալական, մշակութային ոլորտներում օրենսդրական երաշխիքների և պետության քաղաքականության հիմնական նպատակների կարգավորումներից (համապատասխանաբար Սահմանադրության 2-րդ և 3-րդ գլուխներ):

Միաժամանակ Սահմանադրության մեջ հստակ ամրագրում ստացան այնպիսի հիմնական իրավունքներ, ինչպիսիք են մարմնական պատիժների արգելքը (հոդված 26), կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարությունը (հոդված 30), անձնական տվյալների պաշտպանությունը (հոդված 34), երեխայի իրավունքները (հոդված 37), պատշաճ վարչարարության իրավունքը (հոդված 50) և այլ իրավունքներ: Միաժամանակ վերանայվեցին նաև արդեն իսկ ամրագրված մի շարք իրավունքների վերաբերյալ կարգավորումները:

Կարևոր նշանակություն ունեն նաև մարդու ազատ գործելու իրավունքի ամրագրումը (հոդված 39) և հիմնական իրավունքների սահմանափակումը կանոնակարգող մի շարք սկզբունքների ուղղակի սահմանումը, մասնավորապես համաչափության սկզբունքը (հոդված 78), որոշակիության սկզբունքը (հոդված 79), հիմնական իրավունքների և ազատությունների վերաբերյալ դրույթների էության անխախտելիությունը (հոդված 80):

Սահմանադրական մեկ այլ կարևորագույն սկզբունք ամրագրվեց Սահմանադրության 81-րդ հոդվածի 2-րդ մասով, համաձայն որի՝ հիմնական իրավունքների և ազատությունների սահմանափակումները չեն կարող գերազանցել Հայաստանի Հանրապետության միջազգային պայմանագրերով սահմանված սահմանափակումները:

Նախագծում հատուկ նշանակություն է տրվում հատկապես մարդու իրավունքների պաշտպանության ոլորտում ՀՀ-ի ստանձնած միջազգային պարտավորությունների կատարման հրամայականին, ինչի առումով մեծ կարևորություն են ստանում ՀՀ միջազգային պայմանագրերի հիման վրա գործող մոնիթորինգային մարմինների (ՄԱԿ-ի մարդու իրավունքների խորհուրդ, Եվրոպայի խորհուրդ, Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարան, Խոշտանգումների և անարդարության կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի կանխարգելման եվրոպական հանձնաժողով (CPT) և այլն) հանձնարարականների արդյունավետ կատարումը և զեկույցներում բարձրացված խնդիրների հասցեագրումը: Այս համատեքստում մեծ նշանակություն և կարևորություն ունեն գործընկեր միջազգային կազմակերպությունների (այդ թվում՝ ՄԱԿ, ԵՄ, ԵԽ, ԵԱՀԿ և այլն) զեկույցներում բարձրացված խնդիրների լուծմանն ուղղված գործողությունների հստակ պլանավորումը և իրականացումը:

2) Առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության գործում քաղաքացիական հասարակության կազմակերպությունների իրավասությունները կարգավորող ՀՀ օրենսդրության կատարելագործման վերաբերյալ առաջարկություններ

ՄԻ ռազմավարության նախագծում նախանշված նպատակների իրականացման, մարդու առողջ ապրելու իրավունքի իրավակիրառ պրակտիկայում վերը նշված բացթողումները վերացնելու և ՔՀԿ-ների դերն ու նշանակությունը բարձրացնելու նպատակով խիստ անհրաժեշտ է, որ ՄԻ նոր ռազմավարության 2020-2022 թթ. գործողությունների ծրագրում նախանշվեն և իրականացվեն հետևյալ գործողությունները.

1. «Վարչական դատավարության մասին», «Հասարակական կազմակերպությունների մասին» և «Վարչարարության հիմունքների և վարչական վարույթի մասին» ՀՀ օրենքներում կատարել այնպիսի փոփոխություններ ու լրացումներ, որոնցով կամրագրվեն ՔՀԿ-ների անկաշկանդ իրավունքները ՀՀ քաղաքացիների իրավունքների պաշտպանության առաքելության իրականացման ժամանակ.

➤ Հասարակական կազմակերպության անդամների ու շահառուների իրավունքների պաշտպանության հարցերով նախորդ ժամանակաշրջանի գործունեության մասին տեղեկատվության պահանջի բացառումը, ինչը խտրականություն է և հակասում է ՀՀ Սահմանադրության 29-րդ հոդվածին:

➤ Հասարակական կազմակերպության անդամների ու շահառուների իրավունքների պաշտպանության նոտարի կողմից հաստատված լիազորագրով հանդես գալու պահանջի վերացում: Այս պարագայում բավարար կարող է համարվել կազմակերպության ղեկավարի կողմից դրա ներկայացուցչին տրված լիազորագիրը, ինչն ամբողջությամբ համապատասխանում է ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի իրավակարգավորումներին:

➤ Սահմանել վարչական վարույթի ժամանակ հասարակական կազմակերպությունների ու ՀՀ քաղաքացիների կողմից ոչ պատշաճ և իրավաչափ վարչական գործողությունների ու վարույթի ժամանակ կատարված ծախսերի փոխհատուցման մեխանիզմներ:

2. «Հայաստանի Հանրապետության վարչական դատավարության օրենսգրքում» կատարել համապատասխան լրացում՝ ուղղված անձանց հանրային իրավունքների արդյունավետ պաշտպանության այնպիսի երաշխիքների նախատեսմանը, որոնցով ոչ իրավաչափ կամ դատարանի որոշմամբ անվավեր ճանաչված նորմատիվ իրավական ակտերի արդյունքում ֆիզիկական և իրավաբանական անձանց հասցված վնասի փոխհատուցման հայցերի քննարկումը ընդդաստյա է վարչական դատարանին,

3. փոփոխություններ և լրացումներ մտցնել նաև «Վարչարարության հիմունքների և վարչական վարույթի մասին» ՀՀ օրենքում, որոնցով կսահմանվեն, որ ենթաօրենսդրական նորմատիվ իրավական ակտերի իրավաչափության վիճարկման վերաբերյալ վարչական վարույթների իրականացման ժամանակ կատարված վարչական ծախսերի մեջ պետք է ներառել նաև վարչական բողոք բերող անձանց ծախսերը, և պետք է սահմանել դրանց փոխհատուցման իրական մեխանիզմներ,

4. «Հայաստանի Հանրապետության վարչական դատավարության օրենսգրքում» կատարել այնպիսի փոփոխություններ ու լրացումներ, որոնցով կերաշխավորվեն նորմատիվ իրավական ակտերի իրավաչափության վիճարկման վերաբերյալ դիմումների քննարկման ժամանակ ոչ իրավաչափ և/կամ անվավեր ճանաչված վարչական ակտերի հետևանքով ֆիզիկական ու իրավաբանական անձանց հասցված նյութական և ոչ նյութական վնասների փոխհատուցման մասին հայցվորների պահանջների քննարկումը և բավարարումը: Եվ վերջապես, այդ հայցերը բավարարելու դեպքում պետք է կայացնել համապատասխան վճիռներ ապօրինի վարչարարության և ոչ իրավաչափ ու անվավեր իրավական ակտերի արդյունքում ֆիզիկական ու իրավաբանական անձանց հասցված նյութական և ոչ նյութական վնասների փոխհատուցման վերաբերյալ,
5. վերանայել «Հանրային խորհրդի մասին» ՀՀ օրենքը՝ ժամանակի ոգուն համահունչ,
6. մշակել ՔՀԿ — Պետություն համագործակցության և կառուցողական երկխոսության նոր ռազմավարություն՝ ԵՄ-Հայաստան ՀՀԳՀ նպատակների և հանձնառությունների շրջանակներում,
7. մշակել ՔՀԿ — Պետություն համագործակցության պետական նպատակային ծրագիր, ինչն իր արտահայտությունը կգտնի պետական բյուջեում, և կնախատեսվեն ՔՀԿ-ներին հատկացումներ պետության ռազմավարական ծրագրերի իրականացման ու դրանց վերահսկողության ու մշտադիտարկման (մոնիտորինգի) ծրագրերի իրականացման նպատակով,
8. նախատեսել պետության կողմից իր իրավասությունների մի մասի պատվիրակումը ՔՀԿ-ներին՝ մրցութային հիմունքով,
9. ՔՀԿ-ներին ներգրավել պետբյուջեով նախատեսված ծրագրերի արդյունքային, ոչ ֆինանսական ընտրված ցուցանիշների մոնիտորինգին և վերահսկողությանը,
10. ՀՀ կառավարության 2018 թ. մայիսի 22-ի «Պետական կառավարման համակարգի մարմնի կանոնադրության օրինակելի ձևը սահմանելու մասին» N 624-Լ որոշման մեջ նախարարին կից հասարակական խորհրդի օրինակելի աշխատակարգի հիմնովին ու արմատական փոփոխություն՝ այդ խորհուրդների դերի բարձրացման ու ոլորտում իրականացվող քաղաքականության վրա ազդեցության բարձրացման ուղղությամբ,
11. ՔՀԿ-ների կողմից ներկայացվող դիմումների ու վարչական բողոքների՝ պետական կառավարման ու տեղական ինքնակառավարման մարմինների կողմից պատշաճ ու պարտադիր վարչական վարույթ իրականացնելու կարգի սահմանում՝ «Վարչարարության հիմունքների ու վարչական վարույթի մասին» ՀՀ օրենքում, ՏԻՄ օրենսդրությունում և ՀՀ կառավարության 2018 թ. մայիսի 22-ի «Պետական կառավարման համակարգի մարմնի կանոնադրության օրինակելի ձևը սահմանելու մասին» N 624-Լ որոշման մեջ,

12. ՀՀ արդարադատության նախարարության պաշտոնական կայքում՝ www.e-draft, առցանց գործիքի կառավարման բարելավում քննարկման ժամկետների, հետադարձ կապի և այլնի առումով,

13. ոլորտային շահագրգիռ կողմերի կոնտակտային տվյալների բազայի ստեղծում և կանոնավոր օգտագործում պրոակտիվ հանրային քննարկումներ անցկացնելու և ՔՀԿ-ների հետ գործընկերային կապեր ստեղծելու և պահպանելու նպատակով,

14. նախատեսել իրավակարգավորումներ՝ ուղղված դոնորների վարկային և դրամաշնորհային միջոցներով իրականացվելիք ծրագրերի պորտֆելի ձևավորմանը, դրանց մոնիտորինգին ու վերահսկողությանը ՔՀԿ-ների մասնակցության ապահովման ուղղությամբ,

15. ՔՀԿ-ների կառավարման մասնագիտության ինստիտուցիոնալիզացիայի իրականացում՝ բակալավրիատի կամ մագիստրոսական կրթական ծրագրերի ներդրման միջոցով ՀՀ բուհերից մեկում,

16. ՔՀԿ-ների իմիջի և ֆինանսական կայունության բարելավման միջոց՝ 1 %-ի հարկի ներդրում ՀՀ-ում⁹¹ և այլն:

3) ՔՀԿ-ների կողմից առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության գործում միջազգային փորձը, դրանից բխող մեր հիմնախնդիրները և լուծումները

ՔՀԿ-ների՝ առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության գործում միջազգային հանրությունը կիրառում է մի շարք գործիքներ, այդ թվում հատկապես առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանի/առողջապահության հաշտարարի ինստիտուտը:

Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանը, անդրադառնալով մարդու առողջության պահպանման իրավունքին, նշել է, որ չնայած առողջության պահպանման իրավունքը եվրոպական կոնվենցիայով ուղղակիորեն նախատեսված իրավունք չէ, այդուհանդերձ, պետություններն այդ կոնվենցիայով իրենց վերապահված պոզիտիվ պարտականություններին զուգահեռ կրում են պոզիտիվ պարտականություն՝ նախատեսելու այնպիսի կարգավորումներ, որոնք կպարտավորեցնեն հանրային և մասնավոր ոլորտի բժշկական հաստատություններին՝ ձեռնարկելու համարժեք միջոցներ պացիենտների իրավունքների պաշտպանության համար⁹²:

⁹¹ Եվրասիական համագործակցության հիմնադրամ, <https://epfarmeria.am/hy/document/Civil-Society-Strategizing-Event-Final-Report>

⁹² *Trocellier v. France* (dec.), no. [75725/01](#), ECHR 2006-XIV; *Benderskiy v. Ukraine*, no. [22750/02](#), §§ 61-62, 15 November 2007; *Codarcea v. Romania*, no. [31675/04](#), §§ 102-03, 2 June 2009; *Yardımcı v. Turkey*, no. [25266/05](#), §§ 55-57, 5 January 2010; *Spyra and Kranczkowski v. Poland*, no. [19764/07](#), §§ 82 and 86-87, 25 September 2012; *Csoma v. Romania*, no. [8759/05](#), §§ 41 and 43, 15 January 2013; and *S.B. v. Romania*, no. [24453/04](#), §§ 65-66, 23 September 2014).

Վերոհիշյալի համատեքստում յուրաքանչյուր սոցիալական պետություն պետք է ձեռնարկի միջոցներ առողջության իրավունքը պահպանելու և պաշտպանելու ուղղությամբ: Ներկայումս առողջապահության ոլորտում ամենաքննարկվող և արդիական խնդիրը թե՛ ԱՊՀ և թե՛ եվրոպական տարբեր երկրներում պացիենտների իրավունքների ապահովումն ու պաշտպանությունն են⁹³: Այդ խնդրի իրականացման համար պետությունները փորձում են ներդնել պացիենտների իրավունքների պաշտպանության գործուն մեխանիզմներ՝ ի դեմս բժշկական համակարգի հաշտարարի/բժշկական օմբուդսմենի, հանձնաժողովների, կոմիտեների և այլ մարմինների:

Պացիենտների իրավունքների պաշտպանության համակարգը ձևավորվել է 20-րդ դարի երկրորդ կեսից: Դրանից առաջ բժշկական ծառայողների և պացիենտների հարաբերությունները կարգավորվում էին բժշկական էթիկայի նորմերով⁹⁴: 1948 թ. ընդունված Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագիրը, 1950 թ. ընդունված «Մարդու իրավունքների և հիմնարար ազատությունների պաշտպանության մասին» եվրոպական կոնվենցիան հիմքեր ստեղծեցին այնպիսի արժեքների միջազգային իրավական ճանաչման և պաշտպանության համար, ինչպիսիք են **մարդու արժանապատվությունը, նրա կյանքն ու առողջությունը**:

Բժշկության զարգացման և դրա վերաբերյալ առավել տեղեկացված լինելու պայմաններում պացիենտների իրավունքների վերաբերյալ միջազգային իրավական ակտերի ընդունումը աստիճանաբար անհրաժեշտություն ձեռք բերեց⁹⁵: Այդ գործընթացը մեկնարկեց 1970-ականներից: Այսպես, 1979 թ. ընդունվում է «Հիվանդանոցի պացիենտների իրավունքների մասին» խարտիան⁹⁶: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից ևս ընդունվում են մի շարք ակտեր, որոնք վերաբերում են նաև պացիենտների իրավունքներին:

Առաջին երկիրը, որն օրենք է ընդունել պացիենտների կարգավիճակի և նրանց իրավունքների մասին, Ֆինլանդիան է: Հատկանշական է նաև այն հանգամանքը, որ 1992 թ. ընդունված այդ օրենքով⁹⁷ առաջին անգամ նախատեսվեց բժշկական օմբուդսմենի ինստիտուտը: **Բոլոր բժշկական հաստատությունները պարտավոր էին նշանակել բժշկական օմբուդսմեններ**: Ավելի ուշ նման օրենքներ ընդունվեցին նաև Նիդերլանդներում (1994 թ.), Իսրայելում (1996 թ.), Լիտվայում (1996 թ.), Իսլանդիայում (1997 թ.), Դանիայում (1998 թ.), Նորվեգիայում (1999 թ.), Վրաստանում (2000 թ.), Ֆրանսիայում (2002 թ.), Մոլդովայում (2005 թ.) և այլն:

Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների կոմիտեի 11.08.2000 թ. «Առողջության ամենաբարձր ստանդարտներին հասանելիության իրավունքի մասին» թիվ 14 մեկնաբանությամբ ամրագրվեցին պացիենտների իրավունքները և դրանց համապատասխան պետության գործողությունները: Նույն մեկնաբանության 59-րդ կետի համաձայն՝ ցանկացած անձ, ում առողջության իրավունքը խախտվել է, պետք է

⁹³ Տե՛ս **Ю.Козаченко**, *Международный опыт обеспечения прав пациентов*. 2014, էջ 78:

⁹⁴ Տե՛ս **О.А. Цыганова, Т.Г. Светличная, В.В. Трофимов**, *Анализ международного законодательства, регламентирующего защиту прав пациентов*. 2013, էջ 20:

⁹⁵ Տե՛ս **Ю.Козаченко**, *Международный опыт обеспечения прав пациентов*. 2014:

⁹⁶ Տե՛ս Charter of the Hospital patient (Luxembourg, 9 May 1979):

⁹⁷ Տե՛ս Act on Status and rights of patients. Helsinki. 1992:

հնարավորություն ունենա այն պաշտպանելու դատական կամ այլ միջոցներով թե՛ ազգային, թե՛ միջազգային մակարդակներում: Ազգային օմբուդսմենը, մարդու իրավունքների հանձնաժողովները, պացիենտների իրավունքների պաշտպանության միավորումները կամ նմանատիպ այլ միավորումները պետք է պացիենտների իրավունքների խախտման վերաբերյալ բողոքները քննարկման առարկա դարձնեն⁹⁸:

Պացիենտների իրավունքներն առաջին անգամ ամբողջ ծավալով ամրագրվեցին «Պացիենտների իրավունքների մասին եվրոպական խարտիայում»⁹⁹: Խարտիան ամրագրեց 14 իրավունք, ընդ որում, 13-րդ հոդվածի համաձայն, ցանկացած անձ վնասներ կրելու դեպքում բողոք ներկայացնելու և բողոքի վերաբերյալ պատասխան ստանալու իրավունք ունի: Նույն խարտիայի 4-րդ մասը, ամրագրելով խարտիայի իրացման ուղենիշները՝ որպես պացիենտների իրավունքների պաշտպանության արտադատական մեխանիզմներ, նախատեսում է նրանց իրավունքների պաշտպանությունը օմբուդսմենների, էթիկական կոմիտեեների կամ վեճերի այլընտրանքային լուծման հանձնաժողովների միջոցով: Թեև «Պացիենտների իրավունքների մասին եվրոպական խարտիան» ունի խորհրդատվական բնույթ, դրանով ամրագրված իրավունքները լայն ճանաչում ստացան և ամրագրվեցին շատ երկրների օրենսդրությամբ: Այս փաստաթղթի իրացումը առողջապահության համակարգի գնահատման կողմնորոշիչ է համարվում եվրոպական երկրներում:

Հաշվի առնելով Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների կոմիտեի 11.08.2000 թ. «Առողջության ամենաբարձր ստանդարտներին հասանելիության իրավունքի մասին» թիվ 14 մեկնաբանությունը՝ Պացիենտների իրավունքների մասին եվրոպական խարտիայի 13-րդ հոդվածով ամրագրված՝ պացիենտի բողոք ներկայացնելու իրավունքը և նույն խարտիայի 4-րդ մասով ամրագրված խարտիայի իրացման ուղենիշներն ապահովելու անհրաժեշտությունը՝ եվրոպական շատ երկրներ որպես պացիենտների իրավունքների և օրինական շահերի պաշտպանության առավել գործուն մեխանիզմ **դիտարկեցին բժշկական օմբուդսմենին (հաշտարարին)**¹⁰⁰: Մի շարք երկրներում, ինչպես Ֆինլանդիան, Մեծ Բրիտանիան, ԱՄՆ-ն, Կանադան, Նորվեգիան, Ավստրալիան, այս ինստիտուտը կայացել է:

Վերոգրյալով պայմանավորված՝ խիստ հրատապ է, որ մեր երկրում նույնպես նախատեսվեն լուծումներ՝ ուղղված առողջապահության հաշտարարի կամ պաշտպանի (օմբուդսմենի) ինստիտուտի ներդրման և գործունեության ուղղությամբ, որի գլխավոր նպատակը կլինի ապահովել *ՀՀ յուրաքանչյուր քաղաքացու առողջ ապրելու միջազգային ու սահմանադրական իրավունքի իրացումը և դրա պաշտպանությունը*:

Այդ նպատակով հնարավոր ենք համարում ՀՀ քաղաքացու առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանի (առողջապահական օմբուդսմենի) ինստիտուտի ստեղծումը, որի համար պետք է մշակվի և ներդրվի «Առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության մասին» ՀՀ օրենքը:

⁹⁸ Տե՛ս CESR general comment N 14, Right to the highest attainable standard of health, <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>

⁹⁹ Տե՛ս European Charter on Patient's Rights. 2002. Rome

¹⁰⁰ The right to health, Office of UN High Commissioner for Human Rights, World health organization. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

Օրենքով պետք է սահմանվեն ՀՀ քաղաքացու առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանի (Առողջապահական օմբուդսմենի) ինստիտուտի.

1. Նպատակները.

- 1.1. ՀՀ քաղաքացու առողջապահական իրավունքի իրացման ոլորտում պացիենտների իրավունքների և օրինական շահերի պաշտպանությունը.
- 1.2. ՀՀ քաղաքացու առողջապահական իրավունքի իրացման ոլորտում պացիենտների պահանջների արագ, արդյունավետ և անվճար քննությունը,
- 1.3. ՀՀ քաղաքացու առողջապահական իրավունքի իրացման միջավայրի բարելավումն ու կոռուպցիայի կանխարգելումը,
- 1.4. ՀՀ քաղաքացու առողջապահական իրավունքի ապահովման ողջ համակարգի նկատմամբ հանրության վստահության բարձրացումը:

2. Առարկան.

- 2.1. Առողջապահական օմբուդսմենի կողմից ՀՀ պետական կառավարման մարմինների, տեղական ինքնակառավարման մարմինների, առողջապահական, սոցիալական ու այլ կազմակերպությունների դեմ պացիենտների ներկայացրած մասնավոր իրավահարաբերություններից բխող պահանջների քննության կարգը,
- 2.2. Առողջապահական օմբուդսմենի կարգավիճակը,
- 2.3. Առողջապահական օմբուդսմենի գրասենյակի ստեղծման և գործունեության կարգն ու պայմանները,
- 2.4. Պացիենտների իրավունքների պաշտպանության հետ կապված այլ իրավահարաբերություններ:

3. Առողջապահական օմբուդսմենի/Հաշտարարի խորհրդի ձևավորումը և գործառույթները. և այլ իրավակարգավորումներ:

Օրենքով պետք է նախատեսվի, որ.

- առողջապահական օմբուդսմենի խորհուրդը ղեկավարում է ՀՀ վարչապետը,
- խորհրդի կազմում սահմանված կարգով պետք է ներգրավվեն ՔՀԿ-ների ներկայացուցիչներ, որոնք կկազմեն խորհրդի պարզ մեծամասնությունը,
- առողջապահական օմբուդսմենի գործունեության սկզբունքները պետք է լինեն իրավահավասարությունը, անկողմնակալությունը, հրապարակայնությունը, թափանցիկությունը և Հայաստանի Հանրապետության Սահմանադրությամբ ամրագրված այլ սկզբունքներ:
- Առողջապահական օմբուդսմենը պետք է լինի անկախ պաշտոնատար անձ, որն իրականացնում է պետական կառավարման և տեղական ինքնակառավարման մարմինների ու պաշտոնատար անձանց, պացիենտների առողջ ապրելու իրավունքի ապահովման գործում գործունեություն իրականացնող կազմակերպությունների կողմից պացիենտների խախտված իրավունքների և օրինական շահերի պաշտպանությունը, նպաստում է խախտված իրավունքների վերականգնմանը, ոլորտի օրենսդրության կատարելագործմանը:

Նշված օրենքի և դրան համապատասխան մյուս իրավական նորմատիվ ակտերի ընդունմամբ ակնկալվում է ստեղծել առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանության ինստիտուտի գոյության իրավական հիմքեր և նախադրյալներ ապահովել վեճերի լուծման այլընտրանքային այս միջոցի կիրառումը խթանելու, ինչպես նաև դատարանների ծանրաբեռնվածությունը նվազեցնելու համար:

Առողջ ապրելու իրավունքի պաշտպանությանն ուղղված վերոհիշյալ միջոցառումների իրականացման ակնկալվող արդյունքները կարող են լինել.

1. իրենց առողջապահական ու սոցիալական իրավունքների մասին քաջատեղյակ շահառուներ,
2. քաղաքացիների իրավագիտակցության մակարդակի բարձրացում,
3. ՀՀ քաղաքացիների ոտնահարված իրավունքների պաշտպանության միջոցով արդարության վերականգնում,
4. իրենց իրավունքները ինքնուրույն պաշտպանելու հմտություն ձեռք բերած շահառուներ,
5. Քաղաքացիներ — ՔՀԿ-ներ երկխոսության ամրապնդում, երկխոսության նոր ձևաչափի հաստատում և դրա զարգացում,
6. ՔՀԿ-ներ — ՀՀ կառավարություն երկխոսության նոր ձևաչափի հաստատում և դրա զարգացում,
7. ՔՀԿ-ներ — ՏԻՄ-եր երկխոսության նոր ձևաչափի հաստատում և դրա զարգացում,
8. ՔՀԿ-ների և դրանց անդամների կարողությունների զարգացում,
9. քաղաքացիների իրավունքների պաշտպանությանը ՔՀԿ անդամների ակտիվ ներգրավում,
10. քաղաքացիների իրավունքների իրացման նկատմամբ քաղաքացիական հասարակության վերահսկողության ուժեղացում:

Հավելված N 1

Հավելված N 1
ՀՀ կառավարության 2004 թ.
մարտի 4-ի N 318-Ն որոշման

Ց Ա Ն Կ

ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՈՒՄ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔ ՈՒՆԵՑՈՂ՝ ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱՊԵՍ ԱՆԱՊԱՀՈՎ ՈՒ ԱՌԱՆՁԻՆ (ՀԱՏՈՒԿ) ԽՄԲԵՐԻ

(բացառությամբ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2004 թ. մարտի 4-ի N 318-Ն որոշման 2-րդ կետի 7-րդ ենթակետով սահմանված կարգով հաստատված բժշկական օգնության և սպասարկման, ստոմատոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման ու «Ախտորոշման ճշտման նպատակով լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտություններ նեղ մասնագիտացված կենտրոններում» ծրագրի շրջանակում իրականացվող ծառայությունների տեսակների)

1. Ընտանեկան նպաստի համակարգում ընդգրկված 30.01 և ավելի բարձր անապահովության միավոր ունեցող նպաստառուներ.
2. 1-ին խմբի հաշմանդամություն ունեցող անձինք.
3. 2-րդ խմբի հաշմանդամություն ունեցող անձինք.
4. 3-րդ խմբի հաշմանդամություն ունեցող անձինք.
5. Մինչև 18 տարեկան երեխաներ.
6. Հայրենական մեծ պատերազմի մասնակիցներ և նրանց հավասարեցված անձինք.
7. Վերարտադրության տարիքի կանայք՝ հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանում.
8. Առանց ծնողական խնամքի մնացած երեխաների թվին պատկանող անձինք՝ 18-23 տարեկան.
9. Բժշկասոցիալական փորձաքննության ոլորտում իրավասու պետական մարմնի ուղեգրով լրացուցիչ բժշկական հետազոտության ենթարկվողներ.
10. Ձորակոչային տարիքի անձինք (հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և հիվանդանոցային փորձաքննություն).
11. Զինծառայողներ և նրանց հավասարեցված անձինք, նրանց ընտանիքների անդամներ, Հայաստանի Հանրապետության պաշտպանության ժամանակ, ինչպես նաև ծառայողական պարտականությունները կատարելիս զոհված (մահացած) զինծառայողների ընտանիքների անդամներ, երկարամյա ծառայության կամ հաշմանդամության զինվորական կենսաթոշակ ստացող նախկին զինծառայողներ.
12. Փրկարարական ծառայողներ և նրանց ընտանիքների անդամներ, կենսաթոշակի անցնելու կապակցությամբ ազատված փրկարարական ծառայողներ, հաշմանդամ դարձած փրկարարական ծառայողներ, ծառայության ընթացքում զոհված (մահացած) փրկարարական ծառայողների ընտանիքների անդամներ.
13. Ձերբակալվածներ, կալանավորված անձինք և ազատազրկման դատապարտվածներ.

14. Ծերանոցներում և անօթևանների ժամանակավոր կացարաններում խնամվող անձինք.

15. Բռնադատվածներ.

16. Չեռնոբիլի ատոմակայանի վթարի վերացման աշխատանքների մասնակիցներ.

17. Մարդկանց շահագործման (թրաֆիքինգի) ենթարկված անձինք.

18. Ապաստան հայցողներ ու նրանց ընտանիքների անդամներ.

19. Զինձառայության ընթացքում ստացած խեղման, վնասվածքի, հիվանդության պատճառով զորացրված անձինք, ովքեր բժշկաստցիալական փորձաքննության արդյունքում հաշմանդամ չեն ճանաչվել (հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում՝ բժշկաստցիալական փորձաքննության ոլորտում իրավասու պետական մարմնի կողմից կազմված վերականգնողական անհատական ծրագրի շրջանակներում):

(հավելվածը խմբ. 06.11.14 N 1220-Ն, լրաց. 17.03.16 N 263-Ն, փոփ., խմբ. 29.03.18 N 355-Ն, խմբ. 27.06.19 N 782-Ն)

Հավելված N 2

Հավելված N 10

ՀՀ կառավարության 2004 թ.

մարտի 4-ի N 318-Ն որոշման

Ց Ա Ն Կ

ՍՏՈՄԱՏՈՒՈՒԳԻԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՈՒ «ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՃՇՏՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ-ԳՈՐԾԻՔԱՅԻՆ ԱԽՏՈՐՈՇԻՉ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՆԵՂ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱՑՎԱԾ ԿԵՆՏՐՈՆՆԵՐՈՒՄ» ԾՐԱԳՐԻ ՇՐՋԱՆԱԿՈՒՄ ՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՎԱԾ ԱՆՎՃԱՐ ԵՎ ԱՐՏՈՆՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՈՒՄ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔ ՈՒՆԵՑՈՂ ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱՊԵՍ ԱՆԱՊԱՀՈՎ ՈՒ ԱՌԱՆՁԻՆ (ՀԱՏՈՒԿ) ԽՄԲԵՐԻ

1. Ընտանեկան նպաստի համակարգում ընդգրկված 30.01 և ավելի բարձր անապահովության միավոր ունեցող նպաստառուներ.

2. 1-ին խմբի հաշմանդամություն ունեցող անձինք.

3. 2-րդ խմբի հաշմանդամություն ունեցող անձինք.

4. 3-րդ խմբի հաշմանդամություն ունեցող անձինք.

5. Հայրենական մեծ պատերազմի մասնակիցներ և նրանց հավասարեցված անձինք.

6. Վերարտադրության տարիքի կանայք՝ հղիության, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանում.

7. Մինչև 7 տարեկան երեխաներ.

8. Հաշմանդամություն ունեցող երեխաներ՝ մինչև 18 տարեկան.

9. Առանց ծնողական խնամքի մնացած երեխաներ՝ մինչև 18 տարեկան, և առանց ծնողական խնամքի մնացած երեխաների թվին պատկանող անձինք՝ 18-23 տարեկան.

10. 12 տարեկան երեխաներ՝ ստոմատոլոգիական առաջնային կանխարգելման ծառայությունների մասով, 65 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի անձինք՝ ստոմատոլոգիական բժշկական օգնության ծառայությունների մասով.

11. Հաշմանդամություն ունեցող անձանցից բաղկացած ընտանիքների երեխաներ՝ մինչև 18 տարեկան.

12. Բազմազավակ (մինչև 18 տարեկան 4 և ավելի անչափահաս երեխաներ ունեցող) ընտանիքների երեխաներ.

13. Մինչև 18 տարեկան՝ դիսպանսեր հսկողության տակ գտնվող երեխաներ.

14. Միածնող երեխաներ՝ մինչև 18 տարեկան.

15. Բժշկատոցիալական փորձաքննության ոլորտում իրավասու պետական մարմնի ուղեգրով լրացուցիչ բժշկական հետազոտության ենթարկվողներ.

16. 14-15 տարեկան արական սեռի, նախագորակոչային և գորակոչային տարիքի անձինք.

17. Զինծառայողներ և նրանց հավասարեցված անձինք, նրանց ընտանիքների անդամներ, Հայաստանի Հանրապետության պաշտպանության ժամանակ, ինչպես նաև ծառայողական պարտականությունները կատարելիս զոհված (մահացած) զինծառայողների ընտանիքների անդամներ, երկարամյա ծառայության կամ հաշմանդամության զինվորական կենսաթոշակ ստացող նախկին զինծառայողներ.

18. Փրկարարական ծառայողներ և նրանց ընտանիքների անդամներ, կենսաթոշակի անցնելու կապակցությամբ ազատված փրկարարական ծառայողներ, հաշմանդամ դարձած փրկարարական ծառայողներ, ծառայության ընթացքում զոհված (մահացած) փրկարարական ծառայողների ընտանիքների անդամներ.

19. Ձերբակալվածներ, կալանավորված անձինք և ազատազրկման դատապարտվածներ.

20. Մանկատներում, ծերանոցներում և անօթևանների ժամանակավոր կացարաններում խնամվող անձինք.

21. Բռնադատվածներ.

22. Չեռնոբիլի ատոմակայանի վթարի վերացման աշխատանքների մասնակիցներ.

23. Մարդկանց շահագործման (թրաֆիքինգի) ենթարկված անձինք.

24. Ապաստան հայցողներ ու նրանց ընտանիքների անդամներ:

(հավելվածը լրաց. 27.06.19 N 782-Ն)

Հավելված N 3

Հավելված N 1

ՀՀ կառավարության 2019 թ.

մայիսի 30-ի N 642-Ն որոշման

Ց Ա Ն Կ

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԿԱՍ ՀԱՏՈՒԿ ԽՄԲԵՐԻ, ՈՐՈՒՄ ԸՆԴԳՐԿՎԱԾ
ՇԱՀԱՌՈՒՆԵՐԻՆ ԴԵՂԵՐԸ ՀԱՏԿԱՑՎՈՒՄ ԵՆ ԴԻՆՆՑ ԱՐԺԵՔԻ ԼՐԻՎ ԿԱՍ ՄԱՍՆԱԿԻ
ՓՈՒՀԱՏՈՒՑՄԱՍԲ

1. Բնակչության սոցիալական կամ հատուկ խմբեր, որոնց պատկանող շահառուներին հիվանդության դեպքում դեղերը հատկացվում են լրիվ փոխհատուցմամբ՝

- 1) 1-ին և 2-րդ խմբերի հաշմանդամություն ունեցող անձինք.
- 2) հաշմանդամություն ունեցող երեխաներ (մինչև 18 տարեկան).
- 3) Հայրենական պատերազմի մասնակիցներ և նրանց հավասարեցված անձինք.
- 4) առանց ծնողական խնամքի մնացած երեխաներ, ինչպես նաև միակողմանի ծնողազուրկ երեխաներ (մինչև 18 տարեկան).
- 5) Բազմազավակ (մինչև 18 տարեկան չորս և ավելի անչափահաս երեխաներ ունեցող) ընտանիքների երեխաներ.
- 6) Հայաստանի Հանրապետության պաշտպանության ժամանակ, ինչպես նաև ծառայողական պարտականությունները կատարելիս զոհված (մահացած) զինծառայողների ընտանիքների անդամներ.
- 7) հաշմանդամություն ունեցող անձանցից բաղկացած ընտանիքների երեխաներ (մինչև 18 տարեկան).

8) մինչև 7 տարեկան երեխաներ.

9) ընտանիքի սոցիալական գնահատման համակարգում հաշվառված 30.01 և ավելի բարձր անապահովության միավոր ունեցող նպաստառուներ:

2. Բնակչության սոցիալական կամ հատուկ խմբեր, որոնց պատկանող շահառուներին հիվանդության դեպքում դեղերը հատկացվում են մասնակի փոխհատուցմամբ՝ 50 % զեղչով՝

- 1) 3-րդ խմբի հաշմանդամություն ունեցող անձինք.
- 2) Չեռնոբիլի վթարի վերացման աշխատանքների մասնակիցներ.
- 3) բռնադատվածներ.
- 4) միայնակ չաշխատող կենսաթոշակառուներ.
- 5) միայն չաշխատող կենսաթոշակառուներից բաղկացած (այդ թվում՝ իրենց խնամքի տակ անչափահաս երեխա ունեցող) ընտանիքներ.
- 6) միայնակ մայրերի երեխաներ (մինչև 18 տարեկան):

3. Չաշխատող կենսաթոշակառուներին դեղերը տրվում են մասնակի փոխհատուցմամբ՝ 30 % զեղչով:

Հավելված N 4

Հավելված N 2

ՀՀ կառավարության 2019 թ.

մայիսի 30-ի N 642-Ն որոշման

Ց Ա Ն Կ

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ, ՈՐՈՆՑ ԴԵՊԶՈՒՄ ԴԵՂԵՐԸ ՇԱՀԱՌՈՒՆԵՐԻՆ ՀԱՏԿԱՑՎՈՒՄ ԵՆ ԴՐԱՆՑ ԱՐԺԵՔԻ ԼՐԻՎ ՓՈԽՀԱՏՈՒՑՄԱՍԲ

1. Տուբերկուլոզ (հակատուբերկուլոզային դեղեր)
2. Հոգեկան հիվանդություններ (հոգեմետ դեղեր)

3. Չարորակ նորագոյացություններ (հակաուռուցքային դեղեր, հեմոֆիլիայի դեղեր, ցավազրկող դեղեր, թմրադեղեր)
4. Շաքարային և ոչ շաքարային դիաբետ (հակադիաբետիկ դեղեր)
5. Էպիլեպսիա (հակացնցումային դեղեր)
6. Սրտամկանի ինֆարկտ (դուրսգրման օրվանից առաջին 2 ամիսը՝ արյան կորոնար շրջանառությունը բարելավող դեղեր)
7. Պարբերական հիվանդություն (կոլիսիցին և կամ այլ դեղեր)
8. Սրտի փականների արատներ (հակակոագուլյանտներ՝ պրոթեզավորումից հետո)
9. Մալարիա (հակամալարիային դեղեր)
10. Քրոնիկ երիկամային անբավարարություն (երիկամային փոխպատվաստման և (կամ) ծրագրային հեմոդիալիզի դեպքերում (ցիկլոսպորին, էրիթրոպոետին, մոֆետիլի միկոֆենոլատ և (կամ) դրանց համարժեք այլ դեղեր)
11. Ֆենիլկետոնուրիա (ֆենիլալանին չպարունակող մանկական կեր)
12. Անհաս նորածինների շնչառական խանգարման համախտանիշ (բերակտանտ ակտիվ նյութ պարունակող դեղեր)
13. Մարդու իմունային անբավարարության (ՄԻԱՎ) վարակ (դեղեր, թեստեր)
14. Հիպոֆիզային գաճաճության ախտանիշ (հորմոնային դեղեր)
15. Վիրուսային հեպատիտ Ց հիվանդություն (հակավիրուսային դեղեր):