

**ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ ՄԵԹԱԴՈՆԱՅԻՆ
ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ
ԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ**

Վաղինակ Տեր-Հովհաննիսյան

Երևան - 2022 թ.

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Հասկացություններ	2
1. ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ	3
2. ՄՓԲ ԻՐԱՎԱԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԸ	3
3. ՄՓԲ ԾՐԱԳՐՈՒՄ ԸՆԴԳՐԿՎԱԾ ԱՆՁԱՆՑ ՕՐԵՆՄԴՐԱԿԱՆ ԵՎ ՊՐԱԿՏԻԿ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ	5
3.1. Հաշվառման և բժշկական դիտարկման կարգավորումների խնդիրները	5
3.2. Վարորդական իրավունքից զրկելը	6
3.3. Անվճար տեղերի սահմանափակ լինելը	8
3.4. Բժշկական գաղտնիքի չպահպանումը	9
3.5. Պրակտիկ այլ խոչընդոտներ	10
4. ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՓՈՐՁԸ ՃԳՆԱԺԱՄԱՅԻՆ ԻՐԱՎԻՃԱԿՈՒՄ ՄՓԲ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ	12
5. ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	18
6. ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԱՂԲՅՈՒՆՆԵՐ	19

Հասկացություններ

ԱՆ – Առողջապահության նախարարություն

ԱՀԿ – Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն

ԱՄՆ – Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներ

ԱՊՀ – Անկախ Պետությունների Համագործակցություն

ԵՄ – Եվրոպական Միություն

ԹՆՕ – Թմրամիջոցների ներարկային օգտագործող

ՀՀ – Հայաստանի Հանրապետություն

ՁԻԱՀ – Ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշ

Կենտրոն – ՀՀ ԱՆ «Կախվածությունների բուժման ազգային կենտրոն» ՓԲԸ

ՄԱԿ – Միավորված Ազգերի Կազմակերպություն

ՄԻԱՎ – Մարդու իմունային անբավարարության վիրուս

ՄԻՊ – Մարդու իրավունքների պաշտպան

ՄՓԲ – Մեթադոնային փոխարինող բուժում

ՕԿԲԾ – Օփիոիդային կախվածության բուժման ծրագիր

ՓԲԸ – Փակ բաժնետիրական ընկերություն

1. ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Վերլուծության նպատակն է՝ ուսումնասիրել Հայաստանում ՄՓԲ հետ կապված բժշկական ու իրավական կարգավորումները և պարզել այդ կարգավորումներով պայմանավորված ՀՀ օրենսդրական բացերն ու պրակտիկ խոչընդոտները ՄՓԲ ծրագրերում ընգրկված անձանց համար: Ուսումնասիրության ընթացքում առավելապես ուշադրություն է դարձվելու ՄՓԲ ծրագրերում ընդգրկված անձանց համար առկա իրավակարգավորումների պատճառով առաջացած խնդիրների բացահայտումը և ճգնաժամային իրավիճակում ՄՓԲ տրամադրման կանոնակարգերի առկայության պարզումը: Վերլուծությունն ամփոփվում է ուսումնասիրության արդյունքում վերհանված օրենսդրական բացերի և խնդիրների հիման վրա արված առաջարկություններով:

Ուսումնասիրությունը համեմատական-իրավական վերլուծություն է, որի շրջանակներում դիտարկվել, վերանայվել և վերլուծվել են ոլորտը կարգավորող ՀՀ ներպետական իրավական ակտերը, միջազգային և ազգային զեկոյցներն ու ձեռնարկները: Ուսումնասիրության հիմքում ընկած են ՀՀ առողջապահության նախարարության, ՀՀ ԱՆ «Կախվածությունների բուժման ազգային կենտրոն» ՓԲԸ-ի (Կենտրոն) կողմից տրամադրված տեղեկատվությունը և փորձագետների, թմրամիջոց գործածող անձանց, «Իրական Աշխարհ, Իրական Մարդիկ» հասարակական կազմակերպության (ԻԱԻՄ ՀԿ) աշխատակիցների հետ հարցազրույցները, ինչպես նաև նախկինում կատարված ուսումնասիրությունների արդյունքները:

2. ՄՓԲ ԻՐԱՎԱԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԸ

Թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութերի շրջանառության նկատմամբ վերահսկողության իրականացման կարևոր միջազգային իրավական փաստաթղթերը ՄԱԿ-ի թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութերի կոնվենցիաներն են: Հայաստանը 1993 թվականից ի վեր միացել է մի շարք կոնվենցիաներին¹:

Ոլորտը կարգավորող ՀՀ ներպետական հիմնական իրավական ակտերն են՝ «Թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի մասին» ՀՀ օրենքը² (այսուհետ՝ Օրենք), ՀՀ քրեական օրենսգիրքը³, Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ ՀՀ օրենսգիրքը⁴, ՀՀ կառավարության 2007 թվականի դեկտեմբերի 20-ի՝ «Թմրամոլների⁵ նկատմամբ բժշկական դիտարկման և նրանց հաշվառման կարգը սահմանելու մասին» թիվ 1599-Ն որոշումը⁶ (այսուհետ՝ Որոշում), ՀՀ առողջապահության նախարարի 2005 թվականի հունիսի 2-ի՝ «ՀՀ տարածքում նարկոլոգիական հիվանդությունների բուժման ստանդարտները» հաստատելու մասին» թիվ 532-Ա հրամանը, ՀՀ առողջապահության նախարարի 2019 թվականի դեկտեմբերի

¹ «Թմրամիջոցների մասին միասնական» կոնվենցիա, 1961 թ.

<https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=76214>

«Հոգեմետ նյութերի մասին» կոնվենցիա, 1971 թ. <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=80561>

«Թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութերի ապօրինի շրջանառության դեմ պայքարի մասին» կոնվենցիա, 1988 թ. <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=80574>

² <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=154760>

³ <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=155365>

⁴ <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=155155>

⁵ Նշում. ՀՀ օրենսդրությամբ կիրառվող «թմրամոլ» և «թմրամոլություն» եզրույթներն ներկայումս արդեն արդիական չեն, քանի որ ԱՀԿ կողմից ընդունված և ՀՀ-ում պաշտոնապես կիրառվող Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման (ՀՄԴ-10) համաձայն՝ «թմրամոլություն» ախտորոշում կամ «թմրամոլություն» եզրի օտարալեզու թարգմանություն (օրինակ՝ «նարկոմանիա») գոյություն չունի: Այժմ ընդունելի է «թմրամիջոցների կախվածություն» և «թմրամիջոցների կախվածություն ունեցող անձ» եզրույթները:

⁶ <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=41779>

25-ի՝ «Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության բուժման» կլինիկական ուղեցույցը» թիվ 3902-Ա հրամանը, և այլն:

ՀՀ Կառավարության 2007 թվականի մարտի 1-ի թիվ 398-Ն որոշման համաձայն հաստատված «2007-2011 թվականներին ՀՀ-ում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ին հակադրման ազգային ծրագրով»⁷, ի թիվս այլ նպատակների, նախատեսված էր նաև զարգացնել ներարկային եղանակով թմրամիջոցներ օգտագործող անձանց շրջանում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման և վնասի նվազեցման ծրագրերը, աջակցել ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման ծրագրեր իրականացնող կազմակերպությունների ցանցի ձևավորմանը և ՀՀ-ում ներդնել թմրամիջոցներից կախվածություն ունեցող անձանց փոխարինող բուժման ծրագրեր:

ՀՀ կառավարության 2020 թվականի սեպտեմբերի 29-ի՝ «ՀՀ-ում թմրամոլության և թմրամիջոցների ապօրինի շրջանառության դեմ պայքարի 2021 թվականի միջոցառումների ծրագիրը և ժամանակացույցը հաստատելու մասին» թիվ 1607-Լ որոշմամբ⁸ կրկին կարևորվել են այդ խնդիրները՝ թմրամոլության առաջնային կանխարգելումը, թմրամոլության նվազեցումը՝ դրա կանխման և արդյունավետ բուժման իրականացման միջոցով, թմրամիջոցներից կախում ունեցող անձանց բուժման արդյունավետ կազմակերպումը, նարկոլոգիական ծառայության արդիականացումը և սոցիալական վերականգման համակարգի ներդրումը, թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի ապօրինի օգտագործման վտանգի վերաբերյալ բնակչության իրազեկվածության բարձրացումը, և այլն:

ՀՀ Կառավարության 2013 թվականի մարտի 7-ի թիվ 232-Ն որոշման համաձայն հաստատված «2013-2016 թվականներին ՀՀ-ում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ին հակադրման ազգային ծրագիրը»⁹, որով ի թիվս այլ նպատակների, նախատեսված է նաև զարգացնել և կատարելագործել ներարկային եղանակով թմրամիջոցներ գործածող անձանց շրջանում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման և վնասի նվազեցման ծրագրերը:

ՀՀ Կառավարության 2006 թվականի հուլիսի 27-ի թիվ 1046-Ն որոշմամբ D-մեթադոնը, L-մեթադոնը, Մեթադոնը և Մեթադոն ինտերմեդիատը ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ նյութերի և դրանց պրեկուրսորների ցանկի (կազմի) №1 ցուցակից (*թմրամիջոցներ և հոգեմետ նյութեր, որոնց շրջանառությունը ՀՀ տարածքում արգելվում է*) տեղափոխվեց №2 ցուցակ (թմրամիջոցներ և հոգեմետ նյութեր, որոնց շրջանառությունը ՀՀ-ում սահմանափակ է (*«թմրամիջոցներ, որոնք կիրառվում են բժշկական օգնություն ցուցաբերելու ընթացքում»*)), ինչը թույլ տվեց մեթադոնը կիրառել բժշկական օգնություն ցուցաբերելու նպատակով:

Այսպիսով, թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութերի շրջանառության վերաբերյալ ներպետական իրավական կարգավորումներն առավելապես առկա են և պետությունը վավերացրել է դրանց նկատմամբ վերահսկողության իրականացման կարևոր միջազգային իրավական փաստաթղթերը:

⁷ <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=34361>

⁸ <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=146409>

⁹ <https://www.arlis.am/documentView.aspx?docID=82195>

3. ՄՓԲ ԾՐԱԳՐՈՒՄ ԸՆԴԳՐԿՎԱԾ ԱՆՁԱՆՑ ՕՐԵՆՍԴՐԱԿԱՆ ԵՎ ՊՐԱԿՏԻԿ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ

3.1. Հաշվառման և բժշկական դիտարկման կարգավորումների խնդիրները

Թմրամիջոցներ գործածող անձանց «դասակարգումը» կատարվում է ըստ հիվանդությունների վերաբերյալ միջազգային դասակարգիչների և մոտեցումների: Հաշվի առնելով թմրամիջոցներ գործածող անձանց (այդ թվում՝ առանց կախվածության համախտանիշի առկայության) և թմրամիջոցներից կախվածությամբ անձանց նկատմամբ իրականացվող բժշկական դիտարկման՝ ՀՀ-ում գործող կարգի իրավական և մասնագիտական (առողջապահական՝ նարկոլոգիական) հիմնավորվածության, միջազգային ստանդարտների և այլ երկրների մոտեցումների հետ համեմատության, ինչպես նաև ՀՀ-ում իրականացվող հաշվառման և բժշկական դիտարկման արդյունավետության գնահատման վերաբերյալ կատարված ուսումնասիրությունների, պետք է նշել, որ առկա են որոշակի հակասություններ, միջազգային լավագույն փորձի ներդրման և կիրառության անհրաժեշտություն և հնարավորություն ՀՀ-ում:

Թմրամիջոցներ գործածող անձանց հաշվառումը և բժշկական դիտարկումը կանոնակարգող օրենսդրական և ենթօրենսդրական ակտերում բացակայում է կարճատև դիտարկման և/կամ պրոֆիլակտիկ հաշվառման մասին որոշակի կարգավորումներ և առկա են մի շարք օրենսդրական հակասություններ:

Օրենքի հոդված 48-ի համաձայն՝ *«1. Անձը, որն առանց բժշկական նշանակման, հազվադեպ կամ կարճատև ժամկետում կանոնավոր գործածում է թմրամիջոցներ և հոգեմետ նյութեր, և որը, ըստ բժշկական քննման, ամբուլատոր կամ ստացիոնար հետազոտման, զերծ է կայուն, ֆիզիոլոգիական կամ հոգեբանական կախվածություն ձեռք բերելու անմիջական վտանգից, ենթակա է բժշկական կարճատև դիտարկման: 2. Անձը, որն ընդունել է կամավոր, պարտադիր կամ հարկադիր բուժման կուրս, լրիվ կամ մասնակի ապաքինվել է, ենթակա է բժշկական երկարատև դիտարկման:»*

Որոշմամբ որևիցե կերպ *չի սահմանվում*, թե ո՞ր դեպքում է քաղաքացին ենթակա «կարճատև» դիտարկման և ո՞ր դեպքում՝ «երկարատև»: *Պարզաբանված չէ նաև՝ առհասարակ 5 տարի տևող բժշկական դիտարկումը «երկարատև՝ բժշկական դիտարկում» է, թե՛ «կարճատև»:* Ավելին, «Թմրամոլների նկատմամբ բժշկական դիտարկման և նրանց հաշվառման կարգը սահմանելու մասին» որոշման համաձայն, բոլոր այն քաղաքացիներն, ովքեր ենթարկվել են տոքսիկոլոգիական լաբորատոր հետազոտության և նրանց օրգանիզմի բիոմիջավայրում հայտնաբերվել է «թմրամիջոց» հանդիսացող նյութի նյութափոխանակության արգասիք, ենթակա են 5 տարով հաշվառման և դիտարկման:

Թեև «Թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի մասին» ՀՀ օրենքի համաձայն՝ հազվադեպ կամ կարճատև ժամկետում կանոնավոր թմրամիջոցներ գործածող անձինք ենթակա են բժշկական կարճատև դիտարկման, սակայն «Թմրամոլների նկատմամբ բժշկական դիտարկման և նրանց հաշվառման կարգը սահմանելու մասին» ՀՀ Կառավարության որոշման համաձայն *որևէ տարբերակում չկա «հազվադեպ կամ կարճատև ժամկետում կանոնավոր» թմրամիջոց գործածողների և «կամավոր, պարտադիր կամ հարկադիր բուժման կուրս ընդունած, լրիվ կամ մասնակի ապաքինված» թմրամիջոց գործածողների նկատմամբ իրականացվող բժշկական դիտարկման տևողության և հաշվառման վերջնելու, հաշվառումից հանելու մեխանիզմների միջև:* Ինչից կարող ենք եզրակացնել, որ օրենքի և դիտարկման ու հաշվառման կարգը սահմանող որոշման միջև առկա է անհամապատասխանություն: Ուստի, կարող ենք արձանագրել, որ թմրամիջոցներ գործածող անձանց նկատմամբ Հայաստանում

իրականացվող քաղաքականությունը կարգավորող այս երկու իրավական ակտերի միջև առկա են լուրջ հակասություններ: Ինքնին, որոշումը պարունակում է մի շարք իրավական կոլիզիաներ, ինչը հակասում է իրավական որոշակիության սկզբունքին: Բացի այդ, որոշման մեջ առկա են բացթողումներ, անհստակություններ, որոնք խոչընդոտում են գործնականում որոշման կիրառելիության հնարավորությանը: Ինչը նշանակում է, որ այն հանգեցնելու է «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքով սահմանված ինչպես պացիենտների, այնպես էլ՝ բուժաշխատողների իրավունքների խախտմանը: Ուստի, անհրաժեշտություն է առաջանում հիմնովին փոփոխության ենթարկել այն: Հստակեցման համար նշենք, որ նախատեսվում է պրոֆիլակտիկ հաշվառման 6-ամսյա ժամկետ, ինչը թույլ կտա կարճ ժամանակահատվածում հայտնաբերել կախվածություն ունենալու կամ չունենալու դեպքը, որն էլ հիմք կհանդիսանա բուժաշխատողի կողմից համապատասխան որոշում կայացնելու համար:

Մյուս խնդրահարույց կարգավորումը Որոշման մեկ այլ դրույթն է: Այդ կարգով սահմանվում է, որ «ռեմիսիան թմրամոլի կողմից մինչև 5 տարի թմրամիջոցներ կամ հոգեմետ նյութեր չօգտագործելն է, որի վերաբերյալ առկա է բժշկական հետազոտությունների և բժշկական դիտարկման հիման վրա բժշկի կողմից տրված եզրակացությունը»: Վերոնշյալ հաշվառման ժամկետը փորձագետների և թմրամիջոցներ գործածող անձանց համոզմամբ անհիմն երկար է, սահմանափակում է իրենց իրավունքների իրացումը և լրացուցիչ խոչընդոտներ է առաջացնում լիարժեք ինտեգրվել հասարակական տարբեր հարաբերություններում: Ավելին, հաշվառման ենթակա անձանց շրջանակը բավականին լայն է, ինչն էլ իր հերթին հանգեցնում է անձանց սահմանադրական իրավունքների խախտմանը:

3.2. Վարորդական իրավունքից զրկելը

Ճանապարհային երթևեկության մասին օրենքում, վարորդական վկայական ստանալու մասին ենթաօրենսդրական ակտում առկա խնդրահարույց կարգավորումների պատճառով հաշվառված թմրամիջոցներ գործածող, այդ թվում՝ ՄՓԲ ծրագրերում ընդգրկված անձինք զրկվում են վարորդական իրավունքից և, փաստորեն, բացառվում է նրանց՝ տրանսպորտային միջոցների վարելու հնարավորությունը:

Այսպես, «Ճանապարհային երթևեկության անվտանգության ապահովման մասին» ՀՀ օրենքի 29-րդ հոդվածով սահմանվում են վարելու իրավունքը դադարելու և վարորդական վկայականի ուժը կորցնելու հիմքերը: Նշված հիմքերում, ի թիվս այլնի, նաև սահմանվում է՝ «*առկա է նրա՝ հոգեկան, և (կամ) հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի օգտագործմամբ պայմանավորված թմրամիջոցներ հիվանդության վերաբերյալ և (կամ) առողջական վիճակը օրենսդրությամբ սահմանված պայմաններին չհամապատասխանելու մասին իրավասու մարմնի եզրակացություն*»¹⁰:

ՀՀ կառավարության 26 մարտի 2020 թվականի N 385-Ն «Վարորդական վկայական ստանալու համար քննություններ ընդունելու և վարորդական վկայական տալու կարգը, վարորդական վկայական ստանալու համար պարտադիր ներկայացման ենթակա փաստաթղթերի ցանկը, ազգային ու միջազգային վարորդական վկայականների ձևերն ու նկարագրերը սահմանելու և ՀՀ կառավարության 2008 թվականի սեպտեմբերի 18-ի N 1158-Ն որոշումն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» որոշման Հավելված թիվ 1-ի Վարորդական վկայական ստանալու քննություններ ընդունելու և վարորդական վկայական տալու կարգի 7-րդ կետով սահմանվում է «*Քննական մարմինները թույլ չեն տալիս անձին մասնակցել որակավորման քննություններին,*

¹⁰ <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=154875>

եթե անձը հաշվառված է **թմրաքանական** կամ **հոգեբուժական բժշկական հաստատություններում հաշվառված անձանց ցանկում կամ տրանսպորտային միջոցներ վարելու իրավունքից զրկված անձանց ցանկում (այդ թվում՝ Էլեկտրոնային):»¹¹**

Թմրամիջոց գործածող անձանց հաշվառումը, բժշկական դիտարկման կարգն ու պայմանները, հաշվառումից դուրս գալը իրականացվում է Ռոշյան համաձայն: Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ Օրենքով սահմանված կարգով անցկացված բժշկական հետազոտության արդյունքում **«թմրամոլություն» ախտորոշում ստացած բոլոր անձինք ձեռք են բերում «թմրամիջոցների և (կամ) հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի օգտագործմամբ պայմանավորված հիվանդության վերաբերյալ եզրակացություն», հետևաբար վերջիններս առանց բացառության օրենսդրական կարգավորումների արդյունքում զրկվում են վարելու իրավունքից:** Հոգեներգործուն նյութերի գործածման հետ կապված հիվանդությունների և ախտաքանական վիճակների խմբում նկարագրված են վիճակներ, որոնց առկայության դեպքում տվյալ անձանց նկատմամբ «երկարատև բժշկական դիտարկման» սահմանումը և դրա հետևանքով որոշ իրավունքների սահմանափակումը, օրինակ՝ տրանսպորտային միջոցների վարման հնարավորության բացառումը, **չի կարող հիմնավորված և համաչափ համարվել:** ՄՓԲ ծրագրում ընդգրկվելուց հետո Կախվածությունների բուժման ազգային կենտրոնում հաշվառվելուց անմիջապես հետո պացիենտի տվյալները փոխանցվում են ՀՀ ճանապարհային ոստիկանություն: Բացի այդ, պրակտիկայում շատ են դեպքերը, երբ ոստիկանները հետապնդում են թմրամիջոց գործածող անձին, նույնիսկ եթե նա վաճառող չի: Առավել հաճախ թմրամիջոց վաճառողին չեն հետապնդում և առավելապես տուժում է օգտագործողը:¹²

«Հիմնական պատճառներից մեկը, որ չեն հաշվառվում ՄՓԲ-ի ծրագրում, վարորդական իրավունքից զրկվելու խնդիրն է, որ շատերը զուտ դրա համար չեն գնում: Եղել է դեպք, երբ մեկը գնացել է նարկո իրա բուժումը ստանալու, ճանապարհային ոստիկանները ռեիդ են արել Էդ տարածքում, կանգնացրել են, տարել անալիզի, հետո մեքենան տեղափոխել տուգանային հրապարակ, տուգանել, բացի այդ, վարորդական իրավունքը խլել են, իսկ այդ մարդը վարորդությամբ էր զումար վաստակում:» [Մեջբերում թմրամիջոց գործածող անձանց հետ հարցազրույցից]

Օրենսդրական կարգավորումն ինքնին հանգեցնում է մի իրավիճակի, երբ թմրամիջոց գործածող անձն ըստ էության հայտնվում է երկընտրանքի առջև. ընտրել բուժմանը կցվելու տարբերակ և զրկվել վարելու իրավունքից, հետևաբար նաև ձեռք բերել ֆինանսական խնդիրներ (ինչպես նշվել է արդեն ԹՆՕ անձանց զգալի մասի համար ֆինանսական միջոցների հիմքը վարորդական աշխատանքի կատարումն է) կամ խուսափել բուժումից՝ շարունակելով պահպանել աշխատանքն ու միաժամանակ հասցնելով առողջությանը զգալի վնասներ:

Հարկ է նկատել, որ հարցի կապակցությամբ այլ երկրների փորձի ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ վարելու իրավունքից զրկելն ուղղակիորեն պայմանավորված չէ թմրամիջոցների օգտագործմամբ: Պետք է հստակ ընդգծել, որ վարելու իրավունքից զրկելը թմրամիջոցների օգտագործման հիմքով նպատակ ունի կանխարգելել անձի՝ ոչ սթափ վիճակում լինելու հանգամանքով պայմանավորված առաջացող ռիսկերն ու վտանգները: Մեթադոնային բուժման անցնելիս՝ բժշկի կողմից նշանակված ճիշտ չափաբաժնով/դոզավորմամբ մեթադոնի ընդունումը չի հանգեցնում անձի ոչ սթափ վիճակում հայտնվելուն, այլ հակառակը՝ նպաստում

¹¹ <https://www.arlis.am/documentView.aspx?docid=151605>

¹² <https://www.realwpr.org/assets/img/library/qiaajh015scama2.pdf>

Է անձի բուժման իրականացմանն ու պահպանումն է անձի գիտակցությունն ու սթափությունը: Հետևաբար, ՄՓԲ մեջ գտնվող անձին վարելու իրավունքից զրկելը՝ վերջինիս վարքագծում հնարավոր ռիսկերն ու վտանգները կանխարգելելու նպատակով, դառնում է չհիմնավորված:

Օրինակ, Ուկրաինայի օրենսդրական կարգավորումները¹³ սահմանում են, որ վարելու իրավունքի սահմանափակումներ կիրառվում են անձի նկատմամբ՝ նրա կողմից ուշադրության նվազեցման և ռեակցիայի արագության նվազեցումն առաջացնող թմրադեղերի օգտագործման պարագայում: Ավելին, հարցի վերաբերյալ ՄԱԿ-ի Թմրամիջոցների և հանցավորության դեմ պայքարի գրասենյակն իր հերթին ամրագրում է, որ ՄՓԲ բուժման մեջ գտնվող անձի վարելու իրավունքի հարցը պայմանավորված է վերջինիս առողջական վիճակով, ինչի գնահատումն իրականացնում է բժիշկը¹⁴:

Թմրամիջոց գործածող անձանց ոչ թե հարկավոր է քրեական պատասխանատվության և պատժի ենթարկել, այլ անհրաժեշտ է կցել բուժմանը՝ ավելացնելով բուժման համար նախատեսված անվճար տեղերի քանակը: Ինչ վերաբերում է բուժման մեջ գտնվող անձանց իրավունքների սահմանափակումներին, ապա խիստ կարևոր է անձանց ուղղակիորեն չզրկել վարորդական իրավունքից:

3.3. Անվճար տեղերի սահմանափակ լինելը

Մեթադոնային փոխարինող բուժումը պետության կողմից անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում ներառված չէ, և անհրաժեշտ է ներառել ՀՀ կառավարության 04.03.2004թ.-ի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» թիվ 318-Ն որոշման թիվ 1 Հավելվածի ցանկում ընդգրկված անձանց համապատասխան:

Թմրամիջոց գործածող անձանց պնդմամբ ՄՓԲ-ի ծրագրում ընդգրկվելու խոչընդոտներից մեկն էլ հենց հանդիսանում է անվճար տեղերի սահմանափակ լինելը: Ըստ նրանց՝ թմրանյութեր գործածող բազմաթիվ անձիք ցանկություն ունեն ընդգրկվելու ՄՓԲ ծրագրում, սակայն հերթագրվելուց հետո հստակ ժամանակ չի սահմանվում, թե երբ հնարավոր կլինի ընդգրկվել ծրագրում պետպատվերի շրջանակներում, ինչն էլ հանգեցնում է դիմելիության պակասի:

«Խնդիրներից մեկը այն է, որ վստահություն չկա համակարգի նկատմամբ, չես ուզում հերթագրվել և անորոշ սպասել, ավելի լավ է ձեռքի վրայից գնենք, այդքան սպասում ես հետո էլ մերժում ես ստանում: Ռեալ ժամանակ չկա, որ մարդը հերթագրվի և իմանա այսինչ ժամկետներում կարող է ստանալ իր բուժումը, կամ կստանա կամ չի ստանա, հավաստի ակնկալիքներ չկան:» [Մեջբերում թմրամիջոց գործածող անձանց հետ հարցազրույցից]

ՄՓԲ-ում անվճար հիմունքներով ընդգրկվող անձանց քանակի սահմանափակ լինելը, ինչպես նաև աշխարհագրական անհասանելիությունը որոշ մարզերում բնակվող անձանց համար հնարավորություն չի ընձեռնում բոլոր կարիք ու ցանկություն ունեցող անձանց ընդգրկվել ծրագրի մեջ: Ավելին, թմրամիջոց գործածող անձանց համար առողջապահական ծառայություններից օգտվելու Էական խոչընդոտ է նաև ֆինանսական դժվարությունները: Վերջիններս հիմնականում ունենում են ֆինանսական դժվարություններ և հատկապես

¹³ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1413-15#Text>

¹⁴ *Наиболее часто задаваемые вопросы о метадоне и/или бупренорфине, UNODC:*

https://www.unodc.org/documents/balticstates/Library/PharmacologicalTreatment/Methadone_FAQ_RU.pdf

դժվարամատչելի հետազոտությունների, միջամտությունների և բուժման համար բավարար ֆինանսական ռեսուրսներ չեն ունենում:

Այս առումով պետք է նշել, որ Կենտրոնի հայտմամբ հատուկ և սոցիալական խմբերում ներգրավված այն անձինք, որոնք ՄՓԲ ծրագրերում են ընդգրկված, 2023 թվականից կատանան պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում: Բացի այդ նախատեսվում է, որ պետք է ընդգրկել առողջության համապարփակ ապահովագրության մեջ:

3.4. Բժշկական գաղտնիքի չպահպանումը

Համաձայն ՀՀ քրեակատարողական օրենսգրքի 66-րդ հոդվածի 3-րդ մասի՝ «Ուղղիչ հիմնարկի վարչակազմը երաշխավորում է դատապարտյալի անձնական տվյալների պաշտպանվածությունը հասարակական հետաքրքրասիրությունից:»¹⁵ Իսկ ըստ ՀՀ կառավարության 2006 թվականի մայիսի 26-ի թիվ 825-Ն որոշման 1-ին հավելվածի 7-րդ կետի՝ բժշկական գաղտնիքը պետք է երաշխավորված և պահպանված լինի բժշկական անձնակազմի կողմից: Սակայն պրակտիկայում մեթադոնային բուժում ստացողների բժշկական գաղտնիքը պատշաճ կամ ընդհանրապես չի պահպանվում: Եվ ՄՓԲ ծրագրում ընդգրկված անձանց հաջորդ խոչընդոտները կապված են դրա հետ:

ՄԻՊ մշտադիտարկումների ընթացքում «Հրազդան», «Վանաձոր» և «Նուբարաշեն» Քրեակատարողական հիմնարկներում արձանագրվել են դեպքեր, երբ մեթադոնային բուժում ստացող ազատությունից զրկված անձինք նշանակված դեղամիջոցներն ընդունել են Քրեակատարողական ծառայության սպայական կազմի ներկայացուցիչների ներկայությամբ, և գրեթե բոլոր հսկիչներին և այլ՝ ոչ բժշկական անձնակազմի ներկայացուցիչներին հայտնի են եղել մեթադոնային բուժում ստացողների անունները, երբեմն նույնիսկ վերջիններիս ընդունած դեղաչափերն ու դրանց փոփոխությունները: Ավելին, ՄՓԲ ծրագրում ընդգրկված լինելու մասին տեղեկատվության հասանելի է նաև ոչ բժշկական անձնակազմին¹⁶:

Յուրաքանչյուր ոք ունի անձնական տվյալների, ներառյալ՝ իր առողջական վիճակի կամ նախատեսվող ախտորոշիչ կամ թերապևտիկ միջոցառումների վերաբերյալ տեղեկատվության գաղտնիության պահպանման իրավունք՝ ախտորոշիչ բուժզննումներ անցնելու, մասնագետների այցելությունների, ինչպես նաև ընդհանուր թերապևտիկ և վիրահատական գործողությունների ընթացքում: Բժշկական գաղտնիքի պահպանման մասին դրույթներ է պարունակում «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի 5-րդ հոդվածի «գ» ենթակետը, որի համաձայն՝ *բժշկական օգնության դիմելիս, ինչպես նաև բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալիս յուրաքանչյուր ոք իրավունք ունի պահանջել բժշկի օգնությանը դիմելու փաստի, իր առողջական վիճակի, հետազոտման, ախտորոշման և բուժման ընթացքում պարզված տեղեկությունների գաղտնիության ապահովում՝ բացի ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերից*¹⁷:

Ըստ թմրամիջոց գործածող անձանց՝ ՄՓԲ ծրագրում ընդգրկված չլինելու հանգամանքը դրա մասին տեղեկատվության գաղտնիության պահպանման նկատմամբ անվստահությունն է: Անձանց պնդմամբ շատերը խուսափում են դիմել ՄՓԲ ծրագրին, քանի որ կարող է իրենց վերաբերյալ տեղեկատվությունը հասանելի դառնալ գործատուին, ընտանիքի անդամին կամ

¹⁵ <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=136431>

¹⁶ http://www.parliament.am/draft_docs7/548-1_MIP_tarekan_zekuyc.pdf

¹⁷ <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=153795>

սոցիալական միջավայրում այլ մարդկանց: Ուստի, անհրաժեշտ է ՄՓԲ ծրագրի շահառուների բուժումն ապահովել պատշաճ պայմաններում՝ պահպանելով նրանց բժշկական գաղտնիքը:

«Ես աշխատում եմ, Էրեխեքիս եմ պահում, վարկ եմ տալի, աշխատանքի տեղը, որ իմանան դեղ եմ անում, կամ տենց բաների մեջ կամ, գործից կհանեն, հիմա ես իմ հարցերը սուս-փուս լուծում եմ, գրանցվեմ մեթադոնի սաղ կիմանան:» [Մեջբերում թմրամիջոց գործածող անձանց հետ հարցազրույցից]

«Կինս պետական աշխատող ա, որ ես հաշվառվեմ կնոջս գործից կհանեն, առանց էտ էլ, իմ դատվածության պատճառով կնոջս պաշտոնը չբարձրացրին:» [Մեջբերում թմրամիջոց գործածող անձանց հետ հարցազրույցից]

«Գրանցվեմ պռավես կվերցնեն, բա ընտանիքս ո՞նց պահեմ, կամ տնեցիք չեն հարցնի՝ ու՛ր ա պռավետ, ավելի լավ ա ես իմ գլխի ճարը տենամ:» [Մեջբերում թմրամիջոց գործածող անձանց հետ հարցազրույցից]

Թմրամիջոց գործածող անձանց համար թերևս ամենակարևոր բժշկական օգնությունը գերդոզավորման ժամանակ տրամադրվող օգնությունն է: **Գերդոզավորման դեպքերում վերջիններս հիմնականում նախընտրում են չդիմել շտապ օգնության ծառայություն, քանի որ բժշկական օգնություն ցուցաբերելուց անմիջապես հետո բժշկական հաստատությունը տվյալները տրամադրում է ոստիկանությանը¹⁸:**

«Դե որ զանգում ենք Շտապ օգնություն, գալիս են, չեն հրաժարվում բժշկական ծառայություն տրամադրել, տվյալ պահին մարդու կյանքը փրկում են, բայց նաև իրենց պարտականությունների մեջ է մտնում ոստիկանություն հաղորդում տալը, և դեռ չանցած 10 րոպե՝ ոստիկանությունն է այցելում, ու արդեն իսկ գնում է շղթայական հարցերի տարափը: Բացի այդ, կարող են նաև հեռախոսով վերցնել, բոլոր կոնտակտներին զանգել կանչել՝ առանց հաշվի առնելու կապ ունի միջադեպի հետ, թե՛ չէ: Հետապնդումներից, խտրականությունից խուսափելու համար, և քանի որ մեր երկրում դատապարտելի է արարքը, մարդը խուսափում է օգտվել բժշկական ծառայություններից:» [Մեջբերում թմրամիջոց գործածող անձանց հետ հարցազրույցից]

3.5. Պրակտիկ այլ խոչընդոտներ

Բժշկական գաղտնիքի չպահպանումից բացի մյուս կարևոր խնդիրներից է այն, որ թմրամիջոց գործածող անձիք հիմնականում խուսափում են դիմել առողջապահական հաստատություններ, որովհետև խուսափում են խտրական կամ այլ բացասական վերաբերմունքից:

«Բուժման նպատակով 3 անգամ պատկել եմ հիվանդանոց: Երեք անգամն էլ վատ են վերաբերվել. խտրական, մերժողական, մեզ մարդու տեղ չեն դնում, որոշակի վերապահումներով են վերաբերվում, կանչի դեպքում էլ ուշ են արձագանքում: Ասումա՝ քեզ հասանելիք դեղորայքը տրամադրել եմ, էլ ի՞նչ ես ուզում:» [Մեջբերում թմրամիջոց գործածող անձանց հետ հարցազրույցից]

Թմրամիջոց գործածող անձիք հիմնականում չեն հաշվառվում իրենց տեղամասային պոլիկլինիկաներում կամ հաշվառված են, սակայն չեն ճանաչում իրենց բժիշկներին: Խուսափում են այցելել պոլիկլինիկաներ, քանի որ տեղամասային բժիշկները հիմնականում ծանոթ են լինում, վախենում են, որ թմրամիջոցների գործածման փաստը կբացահայտվի իրենց

¹⁸ <https://www.realwpr.org/assets/img/library/qiaajh015scama2.pdf>

համայնքներում, որի պատճառով կարող են խտրականության ենթարկվել իրենք կամ իրենց ընտանիքի անդամները, կարող են խնդիրներ ունենալ իրավապահների հետ:

«Չեմ գնում պոլիկլինիկա, քանի որ ընտանիքս, գործատուս չգիտեն, որ օգտագործող եմ, քացի այդ վախենում եմ դիմելուց, քանի որ տեղյակ լինելուն պես հաղորդում են ոստիկանություն, հենց իմացան չես կարող աշխատել ոչ մի տեղ, դառնում ես անպիտան մեկը, վատահոլություն չկա պոլիկլինիկայի հանդեպ, ծայրահեղ դեպքում, որ դանակը հասնում է ոսկորին, նոր կարող է դիմեմ այլ բժշկական հաստատություն: [Մեջքերում թմրամիջոց գործածող անձանց հետ հարցազրույցից]

Տեղամասային պոլիկլինիկաներ և այլ բժշկական հաստատություններ չդիմելու պատճառներից են նաև բուժաշխատողների կողմից թմրամիջոց գործածող անձանց նկատմամբ խտրական և վատ վերաբերմունքի դրսևորման դեպքերը, անձնական տվյալների բացահայտման, գաղտնիության չպահպանման դեպքերը կամ ծառայությունների ուղղակի կամ անուղղակի մերժումը: Ըստ մասնակիցների մեծամասնության արտահայտած կարծիքի՝ բժշկական հանրույթը կախվածությունը հիվանդություն չի դիտարկում և չունի բավարար զգայունություն թմրամիջոցներից կախվածություն ունեցող անձանց հիմնախնդիրների նկատմամբ:

«Գրիգոր Լուսավորիչ հիվանդանոցում անալիզների արդյունքում պարզվել է, որ Հեպատիտ Ց ունեմ: Մերժեցին, չվիրահատեցին, պատճառաբանելով, որ եթե հրատապ ծանր դեպք ունենան, ումով են զբաղվելու՝ հիվանդո՞ւմ, թե՞ գործիքները ախտահանելով: Իսկ տեղամասային պոլիկլինիկայում, որ իմացել են Հեպատիտ Ց-ի մասին՝ անգամ ճնշումն չեն չափել:» [Մեջքերում թմրամիջոց գործածող անձանց հետ հարցազրույցից]

ՄՓԲ՝ համակցված սոցիալ-հոգեբանական վերականգնողական աշխատանքների հետ, կարևորվում է ինչպես ափիոնատիպ նյութերից կախվածություն ունեցող անձանց առողջական, հոգեբանական և սոցիալական վիճակի բարելավման, այնպես էլ՝ վնասի նվազեցման հարցում զգալիորեն դրական արդյունք ապահովելու տեսանկյունից:¹⁹ Ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ ՄՓԲ միաժամանակ նվազեցնում է պացիենտների կողմից թմրամիջոցների գործածումը, ՄԻԱՎ-ով վարակվելու ռիսկային վարքագիծն ու դրա հավանականությունը²⁰: Կարևոր է նաև, որ թե՛ դետոքսիակցիոն բուժման ավարտից հետո, թե՛ ՄՓԲ ծրագրից դուրս եկող այցելուների հետ իրականացնել մոնիթորինգային աշխատանք, և անհրաժեշտության դեպքում, իրականացնել միջամտություն, սակայն առկա ռեսուրսների պայմաններում հնարավոր չէ նման աշխատանք կազմակերպել: Լավագույն արդյունքի հասնելու համար պետք է բժշկական և սոցիալ-հոգեբանական աջակցությունը ինտեգրված և փոխաջակցող լինեն, սակայն առկա սահմանափակ ռեսուրսների պայմաններում շատ դժվար է ունենալ լավ արդյունքներ: Կենտրոնի տրամադրած տեղեկատվության համաձայն, Կենտրոնում տրամադրվում է սոցիալական աշխատողի և հոգեբանի խորհրդատվություն, սակայն ռեսուրսների սահմանափակ լինելու պատճառով տրամադրվող ծառայությունները հիմնականում խորհրդատվական բնույթի են: Արդյունքում, անձի լիարժեք վերականգնում և վերաինտեգրում տեղի չի ունենում, ինչն առավել խոցելի է դարձնում թմրամիջոցներ օգտագործող անձանց տարբեր ճգնաժամների, այդ թվում՝ համավարակի ընթացքում:

¹⁹ «Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention», WHO/UNODC/UNAIDS position paper

²⁰ «Factors Associated with Methadone Maintenance Treatment Retention Among Street-Recruited Injection Drug Users», Robert E. Booth., Karen F. Corsi, Susan K. MikulichGilbertson, 2003

«Այս պահին կենտրոնում իրականացվում է բժշկական շտկումը, վերականգնումը, այն ծառայությունները, որոնք այսօր առկա են կենտրոնում բավարար չեն թմրամիջոց գործածող անձին ամբողջական աջակցության համար: Բժշկական շտկմանը, վերականգնմանը զուգահեռ պետք է կենտրոնին կից լինի վերականգնողական կենտրոն՝ իր բոլոր բաղադրիչներով, որը հնարավորություն կտա իրականացնել նաև սոցիալ-հոգեբանական շտկում, վերականգնում ինչպես թմրամիջոց գործածող անձի, այնպես էլ ընտանիքի անդամների համար բուժումն ավարտելուց հետո առնվազն մերկ-երկու տարի, ինչպես այն իրականացվում է աշխարհի բազմաթիվ երկրներում:» [Մեջբերում թմրամիջոց գործածող անձանց հետ հարցազրույցից]

Այսպիսով, թմրամիջոց գործածող անձիք հաճախ են ունենում իրավական խնդիրներ, որոնք երբեմն պայմանավորված են լինում իրավական կարգավորումներով, ինչը երբեմն կարող է խոչընդոտ հանդիսանալ ծառայությունների հասանելիության համար: Իրավական խնդիրներ կարող են առաջանալ ինչպես գերդրժարման դեպքերում բժշկական ծառայություններին դիմելիս, այնպես էլ ՄՓԲ ծրագրում ընդգրկվելիս՝ վարորդական իրավունքից զրկելով:

4. ՄԻՋԱԶԳԱՅԻՆ ՓՈՐՁԸ ՃԳՆԱԺԱՄԱՅԻՆ ԻՐԱՎԻՃԱԿՈՒՄ ՄՓԲ ՏՐԱՄԱՊՐՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

ՄՓԲ հետ կապված իրավական և բժշկական կարգավորումների ուսումնասիրությունից պարզ է դառնում, որ դրանցում առկա չեն կարգավորումներ ճգնաժամային իրավիճակներում ՄՓԲ տրամադրման վերաբերյալ: Իսկ ճգնաժամային իրավիճակներ կարող են ենթադրել տարերային աղետները, պատերազմական կամ այլ տեսակ ռազմական գործողությունները, արտակարգ դրությունները, տեղաշարժի և տնտեսական սահմանափակումները, համավարակները, և այլն: Դա հատկապես տեսանելի էր ու դրա կարիքը նկատելի դարձավ հենց COVID-19 համավարակի հետևանքով առաջացած արտակարգ դրության պայմաններում:

Ինչպես վկայում են ուսումնասիրությունները, տեղաշարժի սահմանափակումների բացասական ազդեցությունից զերծ չմնացին նաև թմրամիջոցներ օգտագործող անձինք: Քանի որ ՄՓԲ տրամադրումն իրականացվում է միայն ՀՀ երեք քաղաքներում՝ Երևանում, Գյումրիում և Վանաձորում, ՀՀ այլ մարզերում և համայնքներում բնակվող և բուժման կարիք ունեցող պացիենտներ որոշ դեպքերում կան ուղղակի չկարողացան, կան մեծ դժվարությամբ կարողացան ներկայանալ համապատասխան հաստատություն, ինչը դանդաղեցրել է նրանց բուժման գործընթացը, վտանգել է նրանց բուժման շարունակականությունը:²¹

Ինչպես հայտնում են ԻԱԻՄ ՀԿ-ից՝ համավարակով պայմանավորված սահմանափակումների արդյունքում ՄՓԲ ծրագրում ընդգրկված անձանց մեծամասնությունը հայտնվեցին ֆինանսական ծանր իրավիճակում, իսկ որոշ անձանց մոտ ունեցած սոցիալական խնդիրներն էլ ավելի սրվեցին: Կախվածություն ունեցող անձանց մեծամասնությունը չունի կայուն աշխատանք և եկամուտներ, նրանք հիմնականում օրավարձով աշխատող և ցածր վարձատրվող աշխատուժ են, հետևաբար, այդ օրերին նրանց համար լուրջ խնդիր էր հանդիսանում վճարել իրենց ՄՓԲ ծառայության համար: Արդյունքում, շատերը հայտնվեցին ռիսկային իրավիճակում: Մի կողմից վերոնշյալ ֆինանսական դժվարություններն էին խոչընդոտում ՄՓԲ ծրագրում ընդգրկված անձանց բուժման բնականոն ընթացքին, մյուս կողմից՝ տեղաշարժման սահմանափակումները: Կենտրոնի ՄՓԲ ծրագրում ընդգրկված անձանց

²¹ «ԶՈՎԻԴ-19-ի ազդեցությունը կանանց իրավունքների վրա Հայաստանում» հետազոտություն, Ընդդեմ կանանց նկատմամբ բռնության կոալիցիա, Երևան – 2021 թ. <https://bit.ly/3BjXsUB>

թվում եղել են նաև մարզերում բնակվող շահառուներ, որոնց համար տեղաշարժման սահմանափակումներով պայմանավորված երբեմն անհնարին է եղել հասնել Երևան:

«Ես շինարարություն եմ անում, մեզ վճարում են 15 օրը մեկ, Քոլիդի ժամանակ ինձ ասեցին գործի չգաս, կանխավճար ուզեցի՝ չտվեցին, մի քանի օր հետո մեթադոնի վճարի օրն էր, ես չգիտեի որտեղից գումար գտնեմ, վարձով եմ ապրում, դեսից-դենից վարձն էի տալիս, որ գոնե դուրսը չմնամ:» [Մեջբերում թմրամիջոց գործածող անձանց հետ հարցազրույցից]

«Չէին թողում աշխատենք, ասում էին վարակ ա, ես գրանցվել եմ մեթադոնի, որ կյանք վերադառնամ, չմեռնեմ, աշխատեմ ապրեմ, Էտ ժամանակ էլ ասում էին սահմանափակում ա, Պարետը չի թողում աշխատենք, բա ես ոնց իմ վճարը տաի, թող գոնե անվճար տային, ես չէի ուզում գողություն անեմ, ես մեթադոն եմ խմում, որ իմ անցած վատ կյանքը չկրկնեմ, ես դաժե պատրաստ էի ինձ ՄԻԱՎ-ով վարակեմ, որ անվճար տան, որ մենակ թե մեթադոնից չկտրեն, գնացել են նախարարության շենքի մոտ ցույց եմ արել, ընդեղ էլ եմ ասել:» [Մեջբերում թմրամիջոց գործածող անձանց հետ հարցազրույցից]

Վերոնշյալ իրավիճակով պայմանավորված՝ կարելի է եզրակացնել, որ պետական կառույցները համապատասխան և պատշաճ արձագանք չեն տվել՝ կանխարգելելու կամ հնարավորինս մեղմացնելու համավարակի հետևանքով առաջացած խնդիրները թմրամիջոցներից կախվածություն ունեցող անձանց բուժման կայունությունն ու շարունակականությունը ապահովելու համար: Այդ խնդիրներն առավելապես կապված են եղել տեղաշարժման սահմանափակումներով և ֆինանսական դժվարություններով: Հետևաբար, այդպիսի ճգնաժամային իրավիճակներից խուսափելու համար առաջանում է որոշակի կանոնակարգերի կարիք, ինչը ՄՓԲ գործընթացը կարգավորող իրավական դաշտում բացակայում էր մեր ուղեցույցներում, բժշկական կամ իրավական կարգերում:

Իսկ աշխարհի տարբեր երկրներում տարբեր ձևով են արձագանքել համավարակով պայմանավորված ճգնաժամային իրավիճակին, և արդյունքում, մի շարք քայլեր են ձեռնարկվել այն հաղթահարելու համար: Ինչպես փաստում են տարբեր երկրների առողջապահական համակարգերում իրականացվող միջոցառումները, համավարակի ընթացքում պացիենտներին թույլատրվել է ավելի մեծ չափաբաժնով դեղեր ստանալ, քան նախկինում էր: Հարձագանք COVID-19 համավարակի՝ մեթադոնային բուժման քաղաքականությունը փոփոխող երկրներից ԱՄՆ-ում գործարկվեց կառավարվող ((*դիտարկվող դեղորայքային դոզավորում*)) կամ բաց թողնվող (*տանն ընդունվող դեղորայքային բուժում*) administered (observed medication dosing) or dispensed (take-home medication dosing) բուժման ձևերը: 2020 թվականի մարտից սկսած՝ **ԱՄՆ-ում** թույլատրվեց մեծացնել տանը ընդունվող դեղերի չափաբաժինները և հեռաբժշկության իրականացումը հաստատված պացիենտների համար: **Կանադայի** մասնագիտական կազմակերպությունները նույնպես խորհուրդ տվեցին ավելացնել տանն ընդունվող դեղերի չափաբաժինները:²²

Այսպես, հաշվի առնելով COVID-19 համավարակի հետ կապված աճող խնդիրները և թմրամիջոցներից կախվածություն ունեցող անձանց շրջանում առաջացող կարիքները՝ Թմրամիջոցների չարաշահման և հոգեկան առողջության ծառայությունների վարչությունը (Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA), որը ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների դեպարտամենտի մասնաճյուղն է, 2020 թվականի մարտին հրապարակեց Օփիոիդային կախվածության բուժման նոր ուղեցույց, որով

²² Methadone Access for Opioid Use Disorder During the COVID-19 Pandemic Within the United States and Canada: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2782211>

թույլատրվեց «կայուն վիճակում» գտնվող թմրամիջոցներից կախվածություն ունեցող պացիենտներին տրամադրել 28 օրյա դեղաչափով դեղեր՝ տանն ընդունելու համար: Միաժամանակ, թույլատրվեց տրամադրել 14-օրյա դեղաչափով դեղեր «ավելի նվազ կայուն» վիճակում գտնվող պացիենտներին²³: **Մյանմարում** ՄՓԲ ծրագրում ընդգրկված պացիենտներին նույնպես թույլատրվել է տրամադրել 14-օրյա դեղաչափով դեղեր՝ տանն ընդունելու համար, որպեսզի կանխարգելեն համավարակի տարածումը: Արտակարգ դրության ժամանակ գրեթե բոլոր մեթադոնային բուժման կենտրոնները շարունակել են հաճախորդներին տրամադրել տնային չափաբաժիններ, ինչը նպաստել է բուժման երկարատև պահպանմանը:²⁴

Փորձը կիրառվել է ԱՄՆ-ում, և թեև որոշ փորձագետներ մտավախություն են ունեցել, որ ավելի մեծ չափաբաժնով դեղերի տրամադրման դեպքում կարող է գերդոզավորման ռիսկը մեծանալ, սակայն Վաշինգտոնի պետական համալսարանում կատարած ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ COVID-19 համավարակի ժամանակ պացիենտների համար դեղերը տուն տանելու սահմանափակումների թուլացումը չի հանգեցրել գերդոզավորման: Ավելին, ինչպես նշել են փորձագետները, նման պրակտիկան նշանակել է, որ պացիենտների համար անհրաժեշտ է ներդնել հեռաբժշկություն, ինչը որոշ պացիենտների համար հնարավորություն է տվել բարելավելու կյանքի որակը, ավել շատ ժամանակ ունենալ, կարողանալ կառավարել իրենց գրաֆիկը կամ մնալ տանը երեխաների հետ՝ առողջապահական հաստատություն գնալու փոխարեն:²⁵

Համավարակով պայմանավորված ՄՓԲ ծրագրի վերոնշյալ փոփոխությունից հետո ԱՄՆ-ում կատարված ևս մեկ ուսումնասիրության արդյունքում արձանագրվել է, որ 28-օրյա տանն ընդունվող դեղորայքային բուժում կամ չափաբաժիններ ստացող պացիենտների տոկոսն աճել է 0,1%-ից մինչև 16,8%-ի, 14-օրյա տնային չափաբաժիններ ստացողներին աճել են 14,2%-ից մինչև 26,8%-ի, իսկ մեկնագամյա կամ տնային չափաբաժիններ չստացողների տոկոսը նվազել է 37,5%-ից մինչև 9,6%-ի: Թմրամիջոցների ամսական կամ ավելի հաճախակի թեստ անցնելը նվազել է 15%-ից մինչև 4,6%-ի, իսկ ՄՓԲ ծրագրում ընդգրկված պացիենտների 75,2%-ն անհատական խորհրդատվությունից անցել են հեռաբժշկության: Արդյունքում, եզրակացրել են, որ անհրաժեշտ է մեղմացնել ՄՓԲ ծրագրի պահանջները COVID-19 համավարակի ժամանակ: Քանի որ մեթադոնային բուժման ծրագրի սահմանափակումների մեղմացումները չեն մեծացրել մահացու գերդոզավորման հետևանքների, առաջարկվել է շարունակել և մշտական դարձնել այն միջոցառումները, որոնք նվազեցնում են անհատական չափաբաժինների և այցելությունների պահանջները, որոնք ներդրվել էին COVID-19 համավարակի ժամանակ:²⁶

Ամերիկյան Urban Survivors Union-ն իր *Մեթադոնային մանիֆեստում* արձանագրել է, որ տանը ընդունվող դեղորայքային բուժումը բարելավում է բուժման արդյունքները: Մասնավորապես, տանն ընդունվող դեղերի հասանելիության բարձրացումը օգնում է պացիենտներին պահպանել զբաղվածությունն՝ առանց անհանգստանալու երկար հերթերի համար ժամանակի

²³ Opioid Treatment Program (OTP) Guidance, SAMHSA: <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/otp-guidance-20200316.pdf>

²⁴ UNODC HIV/AIDS Section organizes CND side event on take-home opioid substitution therapy in the context of COVID-19: successes and opportunities: <https://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/stories/take-home-opioid-substitution-therapy-in-the-context-of-covid-19.html>

²⁵ When COVID-19 pandemic hit, opioid treatment changed – but not to patients’ detriment: <https://www.spokesman.com/stories/2021/nov/08/when-covid-19-pandemic-hit-opioid-treatment-change/>

²⁶ Changes in methadone program practices and fatal methadone overdose rates in Connecticut during COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34098303/>

կառավարումից, դեղեր նշանակող բժիշկների հետ չնախատեսված հանդիպումներից, և այլն: Ավելին, վերջինս գտնում է, որ դեղերի սրվակների վերադարձի պահանջները տանը չափաբաժիններ ստացող պացիենտների համար «պատժիչ են և ավելորդ»: Նշվում է, որ չկան ապացույցներ, որ այդ պահանջները բարելավում են պացիենտի առողջությունը, սակայն, հակառակը, դրանք լրացուցիչ խոչընդոտներ են ստեղծում բուժման համար: Պետք է նաև նշել, որ Էսկան տարածքային հեռավորությունները, որոնք շատ պացիենտներ պետք է անցնեն բուժում ստանալու համար, հսկայական խոչընդոտ են հանդիսանում: Այն սահմանափակում է բուժման հասանելիությունը այն պացիենտների համար, որոնք չունեն մեքենաներ կամ ապրում են խոշոր բնակավայրերում:²⁷

SAMHSA-ի կողմից հաստատվել է մեկ այլ ուղեցույց, որը նպատակ է ունեցել աջակցելու COVID-19 համավարակի պայմաններում օփիոիդային կախվածության բուժմանը: Այն մի շարք առաջարկներ է ներկայացրել՝ նպաստելու արտակարգ իրավիճակների ժամանակ բուժման կառավարման պլանների հնարավորինս պատշաճ իրականացմանը: Մասնավորապես, առաջարկվում է՝

- *Օփիոիդային կախվածության բուժման ծրագրի (ՕԿԲԾ) շրջանակում առկա հնարավոր ռեսուրսների սահմաններում դեղերը մատակարարել պացիենտներին.*
- *Ապահովել աշխատակազմի և պացիենտների կոնտակտային տվյալների առկայությունը.*
- *Թույլ տալ տանն ընդունող դեղորայքային բուժումն այն պացիենտներին, որոնք «վաստակել են» դա.*
- *Մշակել ընթացակարգեր ՕԿԲԾ անձնակազմի համար՝ շնչառական հիվանդության ախտանիշներով (ջերմություն, հազ) ՕԿԲԾ ներկայացող պացիենտներին ընդհանուր դիսպանսերից և/կամ նախասրահից այլ տեղ տանելու մասին, որպեսզի, ըստ անհրաժեշտության, պացիենտների դոզավորումն իրականացվի փակ սենյակներում.*
- *Մշակել տանը չափաբաժինների տրամադրման ուղեցույցներ, եթե պացիենտն ունի շնչառական հիվանդություններ, ինչպիսիք են՝ ջերմությունը և հազը.*
- *Մշակել հաղորդակցության ռազմավարություն և ուղեցույց՝ COVID-19-ով ախտորոշված կամ կոնտակտավոր, և/կամ շնչառական հիվանդություններ ունեցող պացիենտներին ծանուցելու համար, ինչպես նաև նրա համար, որպեսզի պացիենտը հնարավորության դեպքում նախապես զանգահարի ՕԿԲԾ անձնակազմին՝ հայտնելու իր վիճակի մասին.*
- *Մշակել հնարավոր այլընտրանքային անձնակազմի/դոզավորման ժամանակացույցի պլան, եթե աշխատակիցների հիվանդության պատճառով անձնակազմի պակաս առաջանա: Մշակել չափորոշիչների պլան անձնակազմի համար, որոնք կարող են հիվանդանալու դեպքում տանը մնալ և/կամ ապաքինվելու դեպքում վերադառնալ աշխատանքի: Հնարավորության դեպքում սահմանափակել անձնակազմի հասանելիությունը պացիենտներին, օրինակ, նույն հաստատությունում որոշ աշխատակիցներ կարող են պացիենտի հետ հանդիպել ապակե պատուհանի կամ հեռահաղորդակցության սարքերի միջոցով, և այլն:²⁸*

Համավարակով պայմանավորված արտակարգ դրության և սահմանափակումների պայմաններում թմրամիջոցներից կախվածություն ունեցող անձանց բուժման գործընթացի բարելավման համար ամերիկյան փորձագետներն առաջարկել են նաև պետական ամերիկյան

²⁷ Urban Survivors Union, Methadone Manifesto: <https://ohrn.org/wp-content/uploads/2021/05/THE-METHADONE-MANIFESTO.pdf>

²⁸ COVID-19 and Opioid Treatment Programs, Ohio Mental Health and Addiction Services: <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/sample-otp-covid-19-faqs.pdf>

առողջապահական ծառայություններին և օրենսդիրներին մի շարք միջոցառումներ իրականացնել, մասնավորապես՝

- Պահանջելով պետական և մասնավոր ապահովագրողներին թմրամիջոցներից կախվածություն ունեցող անձանց բուժում տրամադրողներին փոխհատուցել հեռաբժշկության միջոցով մատուցվող բոլոր ծառայությունների համար.
- Սահմանել թմրամիջոցներից կախվածություն ունեցող անձանց համար հեռաբժշկության ծառայությունների պետական և մասնավոր փոխհատուցման դրույքաչափեր, որոնք համարժեք են անհատական բուժմանը.
- Ընդլայնել այն վայրերը, որտեղ պացիենտները կարող են ստանալ օփիոիդային կախվածության բուժման ծառայություններ հեռաբժշկության միջոցով, ներառյալ իրենց տներում.
- Թույլատրել «Ամերիկյան կառավարության առողջապահական ծրագիր կարիքավորների համար» (Medicaid) ծրագրում ընդգրկված պացիենտներին ստանալ օփիոիդային կախվածության բուժման ծառայություններ հեռախոսով.
- Ուղղիչ հաստատություններին հնարավորություն տալով կիրառել հեռաբժշկությունը օփիոիդային կախվածության բուժման ծառայություններ իրականացնելու համար:²⁹

Տարատեսակ արտակարգ իրավիճակները կարող են ազդել օփիոիդային կախվածության բուժման շարունակականության վրա: ՄՓՔ ծրագրերը և դրանցում ընդգրկված պացիենտները շատ խոցելի են աղետների նկատմամբ: Այդ պատճառով անհրաժեշտ է մշակել գործիքակազմեր, զարգացնել համագործակցությունը տարբեր գործընկերների հետ, որպեսզի պահպանվի բուժման հասանելիությունը և դեղերի կանոնավոր ընդունումը: Այդ պարագայում առաջարկվում է որոշում կայացնողներին կանոնակարգեր մշակելիս ուշադրություն դարձնել հետևյալ հարցերին՝

- ՄՓՔ ծրագրեր իրականացնող կազմակերպությունների հաղորդակցությանը և կարողություններին (հաստատությունները կարող են բախվել էլեկտրաէներգիայի անջատումների, կապի խափանումների, տեղահանված պացիենտների հոսքի),
- Մասնագիտացված հաստատությունների կողմից սահմանափակ դեղատոմսերի նշանակմանը (սովորաբար պացիենտները կարող են սահմանափակ չափաբաժնով դեղեր ստանալ տանն ընդունելու համար, սակայն ոչ տեղամասային դեղատոմսերից: Ցանկացած աղետ, օրինակ՝ փոթորիկ, ջրհեղեղ կամ երկրաշարժ, որը կխանգարի պացիենտներին կանոնավոր կերպով հաճախել մասնագիտացված հաստատություն, մեծացնում է զրկանքի համախտանիշի առաջացումը և հնարավոր ռեցիդիվների ռիսկը),
- Արտակարգ ապաստարանների քաղաքականությանը ՕԿԲԾ պացիենտների համար³⁰:

Համավարակի և արտակարգ դրության համատեքստում առողջապահական ծառայությունների արագ հարմարեցումն առաջնահերթ նշանակություն է ունեցել **Իսպանիայի** համար: Կառավարությունը անհրաժեշտ քայլեր է ձեռնարկել մեթադոնային բուժման ծառայությունների հասանելիությունը և շարունակականությունը պահպանելու համար: Կատալոնիայի Առողջապահության նախարարությունը մի շարք առաջարկություններ

²⁹ State Policy Changes Could Increase Access to Opioid Treatment via Telehealth: <https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/issue-briefs/2021/12/state-policy-changes-could-increase-access-to-opioid-treatment-via-telehealth>

³⁰ Partnerships, tools, and tabletop exercise tackle preparedness, continuity of opioid treatment programs during a disaster: <https://www.cidrap.umn.edu/practice/partnerships-tools-and-tabletop-exercise-tackle-preparedness-continuity-opioid-treatment>

Է ներկայացրել թմրամիջոցներից կախվածության բուժման կենտրոններին՝ աջակցելով այն միջոցառումներին, որոնք կապված են տանն ընդունվող դեղորայքային բուժման հետ՝ ապահովելու դեղամիջոցի անխափան հասանելիությունը, և միաժամանակ, նվազագույնի հասցնելով COVID-19-ի ռիսկերը³¹: Այդ առաջարկությունները ներառել են նաև, անհրաժեշտության դեպքում, նախքստնի դեղաչափերի տրամադրումը՝ գերդոզավորումից խուսափելու համար, ինչը և բացակայում է մեր երկրում:

Ինչպես նկատելի է արևմտյան երկրներում, մասնավորապես՝ ԱՄՆ-ում մեթադոնային բուժման քաղաքականությունը ճգնաժամային իրավիճակներում, հատկապես՝ համավարակով պայմանավորված դրության ժամանակ, ուղղված է եղել մեղմացնելու դեղերի տրամադրման սահմանափակումներն ու ավելորդ պահանջները: Ընդունվող կարգավորումները պացիենտակենտրոն մոտեցում են ունեցել, միաժամանակ, նպատակ ունենալով հնարավորինս նպաստել նրանց կյանքի որակի բարելավմանը, ժամանակի կառավարմանը, ֆինանսական բեռի նվազեցմանը, տարածքային հեռավորության հետ կապված խոչընդոտների և այլ անհարմարությունների քչացմանը, և այլն: Արդյունքում, կարգավորումները թույլ են տվել ապահովել բուժման հասանելիությունն ու շարունակականությունը, դեղերի երկարատև և կանոնավոր ընդունումը:

Այսպիսով, ըստ օտարերկրյա փորձի ուսումնասիրության՝ համավարակի, արտակարգ դրության, աղետների կամ տեղաշարժման սահմանափակումներով պայմանավորված ճգնաժամային իրավիճակներում առաջարկվող կարգավորումներից առաջնային տարբերակը տանն ընդունվող դեղորայքային բուժումն է: Ընդ որում՝ մեղմացվել են դեղերի տրամադրման սահմանափակումները և դեղերի սրվակների վերադարձի պահանջները: Բուժման նպատակով տանը փոխանցվող դեղերի տրամադրման ժամկետը տարբեր է եղել՝ պայմանավորված պացիենտի վիճակով: Մեթադոնային բուժման ծառայությունների իրականացման համար ներդրվել է հեռաբժշկությունը, ինչպես նաև առաջարկվել է ընդլայնել օֆիոիդային կախվածության բուժման ծառայությունների տրամադրման վայրերը: Դեղերի փոխանցման, հեռաբժշկության ծառայությունների համար առաջարկվել է ֆինանսական ռեսուսներ տրամադրել պետական և մասնավոր կառույցներից: Բացի այդ, կարևորվել է կազմակերպությունների հաղորդակցության և կարողությունների զարգացումը, ինչպես նաև՝ անձնակազմի և պացիենտների հաղորդակցության ընթացակարգերի, բուժման կառավարման պլանների վերաբերյալ ուղեցույցների մշակումը:

Հարկ է նկատել, որ հանրապետությունում թերի կարգավորումները կամ դրանց բացակայությունը կամ համապատասխան մասնագիտացված կառույցների ոչ պատշաճ արձագանքը լուրջ խնդիրներ է առաջացրել թմրամիջոցներից կախվածություն ունեցող անձանց համար: Ինչպես նշվեց վերոգրյալում, տեղաշարժի սահմանափակումների ու հստակ սահմանված գործելակարգերի բացակայության հետևանքով շատ ՄՓԲ ծրագրում ընդգրկված անձինք դուրս են մնացել բուժումից: Ինչը նշանակում է, որ վնաս է պատճառվել նրանց առողջությանը, և հետևաբար, խախտվել են վերջիններիս առողջապահական և այլ հիմնարար իրավունքները: Ուստի, շատ կարևոր է նմանատիպ իրավիճակներում համապատասխան ընթացակարգերի մշակումն ու ժամանակին գործարկումը, որը թույլ կտա ապահովել պացիենտների պատշաճ բուժօգնությունն ու սպասարկումը:

³¹ Increased flexibility in methadone take-home scheduling during the COVID-19 pandemic: Should this practice be incorporated into routine clinical care? <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7532346/>

5. ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Բացառելու համար ՀՀ առողջապահության նախարարի 2005 թվականի հունիսի 2-ի «ՀՀ տարածքում նարկոլոգիական հիվանդությունների բուժման ստանդարտները» հաստատելու մասին» թիվ 532-Ա հրամանով հաստատված իրավական ակտերի անհամապատասխանությունները ԱՀԿ սկզբունքների հետ՝ պատրաստել և կիրառել բուժման արդյունավետությունն ապահովող նոր ստանդարտներ՝ առաջնորդվելով միջազգային առաջադեմ փորձով:
2. Ընդլայնել թմրաբանական ծառայությունների, այդ թվում՝ ՄՓԲ աշխարհագրությունը՝ դարձնելով հասանելի ՀՀ բոլոր բնակավայրերում:
3. Ավելացնել պետության կողմից երաշխավորված ՄՓԲ անվճար տեղերի քանակը, միաժամանակ, նաև նվազեցնել պետության կողմից տրամադրվող ՄՓԲ վճարովի ծառայությունների արժեքը, կամ լավագույն դեպքում՝ ընդգրկել պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության շրջանակում:
4. Կատարել օրենսդրական փոփոխություններ ՄՓԲ մեջ գտնվող անձանց վարելու իրավունքի զրկման կարգավորումներում՝ բացառելով ուղղակի զրկումն ու հարցի կարգավորման հիմքում ներդնել անձի առողջական վիճակի վերաբերյալ բժշկի եզրակացությունը:
5. Օրենսդրական կարգավորումներով նվազեցնել ռեմիսիայի ժամկետը՝ այն համապատասխանեցնելով միջազգային առկա կարգավորումներին:
6. ՀՀ-ում ներդնել թմրամիջոցներ գործածող անձանց վերականգնողական բուժման ծառայություններ՝ առաջնորդվելով միջազգային հեղինակավոր կազմակերպությունների կողմից առաջարկվող սկզբունքներով, կիրառելով այլ պետությունների կողմից իրականացվող արդյունավետ փորձը:
7. Միջոցառումներ ձեռնարկել կրթելու համար հոգեբաններ, սոցիալական աշխատողներ թմրամիջոցներից կախվածությամբ ունեցող անձանց երկարատև սոցիալ-հոգեբանական աջակցության ծառայություններ իրականացնելու համար:
8. Քայլեր ձեռնարկել ապահովելու քրեակատարողական հիմնարկներում և բժշկական օգնություն ու սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում ՄՓԲ անձանց բժշկական գաղտնիքի պահպանումն ու արդյունավետ պաշտպանության մեխանիզմների ստեղծումը:
9. Մշակել համապատասխան կարգեր ճգնաժամային իրավիճակներում ՄՓԲ տրամադրման վերաբերյալ: Կիրառել միջազգային լավագույն փորձը՝ կանոնակարգելու և ապահովելու ՄՓԲ ծրագրերում ընդգրկված անձանց բուժման հասանելիությունն ու շարունակականությունը:
10. Միջազգային չափորոշիչների հիման վրա մշակել և ՄՓԲ ծրագրերում ներդնել տանն ընդունվող դեղորայքային բուժումը (take-home medication):
11. Կիրառել հեռաբժշկության ծառայությունները ՄՓԲ ծրագրերում:
12. Ճգնաժամային իրավիճակներում պացիենտների և աշխատակազմի հաղորդակցության և բուժման կառավարման պլանավորման վերաբերյալ մշակել ընթացակարգեր և ուղեցույցներ:
13. Ապահովել սահմանափակումների դեպքում ՄՓԲ ծրագրում ընդգրկված անվճարունակ անձանց տեղաշարժը:

6. ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԱՂԲՅՈՒՆՆԵՐ

1. «Թմրամիջոցներ գործածող անձանց նկատմամբ իրականացվող քաղաքականության առանձնահատկությունները Հայաստանում: Հիմնական թերությունների վերհանումը և բարեփոխումների անհրաժեշտությունը» զեկույց, Ս. Նազիսյան. Վանաձոր – 2016 թ., Հելսինկյան Քաղաքացիական Ասամբլեայի Վանաձորի Գրասենյակ: <http://archive.hcav.am/wp-content/uploads/2016/02/%D4%B6%D5%A5%D5%AF%D5%B8%D6%82%D5%B5%D6%81-%D4%B9%D5%84%D5%90%D4%B1%D5%84%D4%BB%D5%8B%D5%88%D5%91%D5%86%D4%B5%D5%90-17.02.2016.pdf>
2. «Ափիոնատիպ նյութերից կախվածության բուժման» կլինիկական ուղեցույցը հաստատելու մասին» ՀՀ առողջապահության նախարարի «25» դեկտեմբեր 2019 թ. թիվ 3902 – Ա հրաման: <https://www.moh.am/uploads/methadone.pdf>
3. «Հայաստանի Հանրապետության թմրամիջոցների վերաբերյալ ազգային զեկույց», ՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ, Երևան – 2021 թ.: <https://nih.am/assets/pdf/atvk/69d9f2e85e75cd9d78d902d86ff28250.pdf>
4. «Հայաստանի Հանրապետությունում թմրամիջոց գործածող անձանց շրջանում սոցիալ-հոգեբանական, իրավական և առողջապահական կարիքների ուսումնասիրություն» հետազոտություն, ԲՀՀ, Երևան – 2020 թ.: <https://www.realwrp.org/assets/img/library/qiaajh015scama2.pdf>

Վաղինակ Տեր-Հովհաննիսյան, 22.03.2022 թ.: