

ՀԻՄՆԱԿՈՐՈՒՄ

«ՄԱՐԴՈՒ ՎԵՐԱՐՏԱՐՈՂՈՂԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՎԵՐԱՐՏԱՐՈՂՈՂԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ» ՀՀ ՕՐԵՆՔՈՒՄ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ԼՐԱՑՈՒՄՆԵՐ ԿԱՏԱՐԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ» ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ՕՐԵՆՔԻ ՆԱԽԱԳԾԻ ԸՆԴՈՒՆՄԱՆ

1. Անհրաժեշտությունը.

Համաձայն ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի (այսուհետ՝ ՎԿ) տվյալների՝ վերջին 3 տասնամյակների ընթացքում արձանագրվել է արձանագրվել է ծնելիության և ժողովրդագրական ցուցանիշների վատթարացում: Մասնավորապես, պտղաբերության ցածր (1.6) մակարդակը չի ապահովում անգամ պարզ վերարտադրություն, որի համար անհրաժեշտ է 2,1 գործակից: Արդյունքում, ծնելիության գործակիցը շարունակաբար նվազել է (1990 թ.՝ 22.5%, 2000 թ.՝ 10.6%, 2010 թ.՝ 14.7%, 2019 թ.՝ 12.2%)՝ կրճատվելով 1.8 անգամ:

Որպես հետևանք, կենդանածինների թիվը 1990 թ. համեմատ կրճատվել է 2.2 անգամ (2020 թ.՝ 36448 կենդանի ծնունդ՝ 1990 թ. 79882-ի դիմաց), իսկ բնական աճի ցուցանիշը՝ 4,9 անգամ (2019 թ. այն կազմել է՝ 3.4%՝ 1990թ. 16.3%-ի դիմաց): 2020թ.՝ կապված Արցախյան երկրորդ պատերազմի և կորոնավիրուսային համավարակի հետ, բնական աճի ցուցանիշը նվազել է մինչև կրիտիկական ցուցանիշ, կազմելով ընդամենը 0,4:

Եթե դրան ավելացնենք երկրում արձանագրված անպտղության գրեթե ձգնաժամային մակարդակը (14,9), ապա հասկանալի է դառնում անհապաղ միջոցառումների իրականացման անհրաժեշտությունը:

«Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին Օրենքի նախագծի ընդունման անհրաժեշտությունը պայմանավորված է նրանով, որ գործող օրենքով նախատեսված են մի շարք սահմանափակումներ, որոնք խոչընդոտ են առաջացնում անպտղությանը տառապող բազմաթիվ մարդկանց համար, ինչը անուղղակի ձևով ազդում է բնակչության ծնելիության աճի վրա, մինչդեռ օրեցօր զարգացող վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների ավելի մեծածավալ կիրառումը կարող է իրեն որոշակի դերն ունենալ ժողովրդագրական իրավիճակի բարելավման հարցում: Օրենքի դրույթների ազատականացումը առավել ակտուալ է այն տրամաբանությամբ, որ ծնելիության բարձրացումը հանդիսանում է մեր երկրի ռազմավարական խնդիրը:

2. Ընթացիկ իրավիճակը.

1. Գործող օրենքը վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաներով մատուցվող ծառայությունների մեջ միավորում է ներարգանդային սերմնավորումը (այսուհետ, ՆԱՍ) և արտամարմնային բեղմնավորումը, որից ելնելով երկու ծառայության համար նախատեսված են նույն մասնագիտական և սարքավորումային պահանջներ: Արդյունքում՝ փաստացի անհնար է ունենալ կաբինետներ, որտեղ կատարվում է միայն ՆԱՍ, անհրաժեշտ է նաև ունենալ արտամարմնային բեղմնավորման լաբորատորիա և այլն, ինչը Հայաստանի շրջաններում եւ պոլիկլինիկաներում դժվարություններ է ստեղծում 2-րդ մակարդակի կաբինետների զարգացման գործընթացում, որոնք կիրականացնեն միայն ՆԱՍ:

Նախագծով առաջարկվում է ավելացնել կետ, որը թույլ է տալիս տարանջանտել այս 2 ծառայությունների իրականացումը բժշկական օգնության և սպասարկման տարբեր տեսակների շրջանակներում, ինչը թույլ կտա զարգացնել մարզերում և քաղաքային պոլիկլինիկաներում վերարտադրողական բժշկությունը, հետևաբար միայն ՆԱՍ-ի կարիք ունեցող զույգերը, որոնց բուժումը միջինում տևում է 1-ից 2.5 տարի, հնարավորություն կունենան Երևան այցելելու փոխարեն բուժումը իրականացնել տեղում ստեղծված կաբինետների/ծառայությունների միջոցով:

2. Գործող օրենքի 11-րդ հոդվածի 3-րդ մասով չի թույլատրվում պլանավորել երեխայի սեռը վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառման դեպքում, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ առկա է սեռի հետ կապված հիվանդության ժառանգման հավանականություն, ինչը ոչ մի առարկություն չի առաջացնում անպտղությամբ տառապող զույգերի մոտ:

Սակայն իրավիճակը այլ է պտղաբեր այն զույգերի մոտ, ովքեր ունեն նույն սեռի 3 և ավելի երեխա և ցանկանում են ունենալ ևս մեկ երեխա, բայց հակառակ սեռի: Սեռերի համամասնության վիճակագրությունը վկայում է, որ նման դեպքերում, եթե հղիությունը տեղի է ունեցել, ընտանիքները դիմում են սեռով պայմանավորված հղիության արհեստական ընդհատման: Այդպես, առաջին և երկրորդ երեխայի ծննդի դեպքում 2019թ. տղա/աղջիկ հարաբերակցությունը կազմել է համապատասխանաբար 1,04 և 1,07, մինչդեռ երրորդ և չորրորդ երեխայի պարագայում՝ համապատասխանաբար 1,27 և 1,26: Մի շարք երկրներում (ԱՄՆ, ԱՄԷ) գործում է "Ընտանիքի հավասարակշռում" (Family balancing) օրենքը, որը թույլ է տալիս նույն սեռի 2-ից (կամ 3-ից) ավելի երեխաների առկայության դեպքում դիմել վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներին՝ խուսափելով հղիության արհեստական ընդհատումներից (աբորտներից):

Առաջարկվող փոփոխությամբ ընտանիքում նույն սեռի 3 երեխա ունենալու դեպքում թույլատրվում է վերարտադրողական օժանդակ տեղնոլոգիաների կիրառման միջոցով

չորրորդ երեխային պլանավորելիս որոշել ապագա երեխայի սեռը, խուսափելով սեռով պայմանավորված հղիության ընդհատումից:

Այսինքն, ժողովրդագրական կայունության հաստատման և պահպանման համար հարկավոր է ոչ միայն ապահովել պարզ, այլև ընդլայնված վերարտադրությունը, ստեղծելով հնարավորություններ ավելացնել առնվազն 4 և ավելի երեխա ունեցող ընտանիքների թիվը, նույնիսկ եթե այս դեպքում ընտանիքը ցանկություն է հայտնում պլանավորել 4 կամ հաջորդ երեխայի սեռը:

2. Առաջարկվող նախագծում կարգավորվում է դոնորի և (կամ) փոխնակ մոր ռեգիստրի ստեղծման հարցը, ինչը թույլ կտա ավելի վերահսկելի դարձնել դոնորի և (կամ) փոխնակ մոր նկատմամբ ներկայացվող պահանջների պահպանումը:

3. Գործող օրենքի ՀՀ օրենքի 12-րդ հոդվածը 2-րդ մասը սահմանում է «...վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվելու դեպքում Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով գրանցված (վավեր ճանաչված) ամուսնության մեջ գտնվող ամուսինները կամ նրանցից առնվազն մեկը, իսկ Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով գրանցված (վավեր ճանաչված) ամուսնության մեջ չգտնվող տղամարդը կամ կինը պետք է լինեն ապագա երեխայի կենսաբանական ծնողը:»

Նույն օրենքի 2-րդ հոդվածի 11-րդ կետը սահմանում է. «...կենսաբանական ծնող՝ տղամարդ կամ կին, որի սեռաբջջից է ձևավորվել սաղմը, և որի գենոտիպի կրողը նրա ապագա երեխան է....» :

Վերը շարադրված հոդվածների մեկնաբանությունից հետևում է, որ ապագա երեխան պետք է կրի ծնողներից առնվազն մեկի գենը, հակառակ դեպքում անպտղության բուժման նպատակով բուժհաստատություններ դիմած քաղաքացիները, որոնք չունեն բեղմնունակ սեռաբջջիջներ, զրկված են վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվելու հնարավորությունից: Այսինքն, սույն օրենքի վերը նշված նորմը զրկում է անպտուղ անձանց կամ ամուսնացած զույգերի որոշակի զանգվածի երեխա ունենալու հնարավորությունից : Շատ հաճախ անպտուղ ամուսնական զույգը կամ ամուսնության մեջ չգտնվող կինը բեղմնունակ սեռաբջջիջներ չի ունենում, սակայն կնոջ արգանդը առողջ լինելու դեպքում նա ի վիճակի կրել հղիություն՝ դոնորական սաղմերի ներպատվաստմամբ: Տվյալ դեպքում գործող Օրենքում առկա՝ կենսաբանական ծնողին առնչվող կարգավորումները զրկում են նրանց մայրության բերկրանքը զգալու երջանկությունից:

Միաժամանակ, օրենքի՝ փոխնակ մայրության հարցերը կարգավորող 15-րդ հոդվածի 14-րդ կետը սահմանում է, որ «Փոխնակ մորից ծնված երեխան սույն օրենքով սահմանված կարգով

պայմանագիր կնքած վերարտադրողականության օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվող անձին է հանձնվում, եթե ԴՆԹ-ի (դեօքսիռիբոնուկլեինաթթու) որոշման արդյունքում հաստատվում է, որ՝

1) ամուսիններից առնվազն մեկը կամ ամուսնության մեջ չգտնվող անձը հանդիսանում է երեխայի կենսաբանական ծնողը, և

2) փոխնակ մայրը չի հանդիսանում երեխայի կենսաբանական ծնողը:»

Այսինքն, այս դեպքում ևս այն զույգը, որը չունի բեղմնունակ սեռաբջիջ, չի կարող օգտվել վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բուժօգնությունից՝ փոխնակ մոր միջոցով, եթե չի կրում փոխնակ մոր արգանդում ներպատվաստված սաղմի ԴՆԹ-ն:

Առաջարկվող փոփոխությամբ այն սահմանափակումը վերացվում է բեղմնունակ սեռաբջիջներ չունեցող այն զույգի կամ ամուսնության մեջ չգտնվող կնոջ նկատմամբ, երբ կինը՝ կարող է կրել հղիություն դոնորական սաղմով:

Սակայն փոխնակ մոր միջոցով վերարտադրողական ծառայությունից օգտվելու կարիքի դեպքում այդ իրավունքը վերապահվում է միայն ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով ամուսնությունը գրանցած՝ բեղմնունակ սեռաբջիջներ չունեցող ամուսնական զույգին և ամուսնության մեջ չգտնվող կնոջը՝ միջգերատեսչական բազմամասնագիտական հանձնաժողովի թույլտվությամբ:

4. Բազմաթիվ զարգացած երկրներում /ԱՄՆ, Ուկրաինա, Ռուսաստան, Բելգիա, Միացյալ Թագավորություն, Վրաստան այլն/ ընդունված է *“embryo donation”* ծրագիրը: Սաղմերի (էմբրիոնների) նվիրատվությունն ու ընդունումը ապացուցված հաջողված գործընթաց է, որը թույլ է տալիս վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտված և արդեն երեխա ունեցող ընտանիքներին իրենց սաղմերը, որոնք սառեցված և տարիներով պահպանվում են անպտղության բուժման կենտրոններում, նվիրաբերել մեկ այլ անպտուղ ընտանիքի: Այդ ծրագիրը բեղմնունակ սեռաբջիջներ չունեցող անպտուղ զույգերի համար բաղձալի երեխա ունենալու լավագույն լուծումն է:

Արհեստական բեղմնավորման լայնորեն տարածումը առաջ է բերում մի շարք այլ խնդիրներ: Մասնավորապես, բեղմնավորման համար ստացված սաղմերի քանակը հաճախ շատ ավելին է լինում, քան ողջամտորեն անհրաժեշտ է հղիության համար: Այս պարագայում չօգտագործված սաղմերը սառեցվում են: Բայց գրեթե ոչ մի երկրի ներքին օրենսդրություն չի սահմանում այն ժամանակահատվածը, որի ընթացքում պետք է պահպանվեն սառեցված սաղմերը: Այս տեսանկյունից էլ ծագում են այլ հարցեր, մասնավորապես՝ էմբրիոնների հետագա ճակատագրի հարցը: Այս իրավիճակում էմբրիոնների հետագա ճակատագիրը, հանդիսանում է վերջիններիս թափոնացումը, որը իրագործվում է ծնողների և կենտրոնի փոխադարձ գրավոր

համաձայնեցմամբ: Սակայն ներկայումս մի շարք երկրներում գործում են ավելի նպատակահարմար օրենքներ և մոտեցումներ: Համաձայն այդ օրենքների զույգը հավելյալ սաղմերը թափոնացումից բացի, կարող են նվիրաբերվել այլ անպտուղ զույգերի՝ դրանով հնարավորություն տալով ևս մեկ երեխայի ծնվելու, և՛ երջանկացնել ևս մեկ անպտուղ զույգի, ինչպես նաև ապահովել ծնելիության աճը:

Նախագծով առաջարկվում է, թափոնացումից բացի, սաղմերը օգտագործել ավելի բարենպաստ նպատակներով, ինչպես նաև կանոնակարգել սաղմի կենսաբանական ծնողների/ծնողի կողմից սաղմի հետագա տնօրինելու համաձայնության գործընթացը, համաձայն որի բուժհաստատությունը հնարավորություն կստանա տնօրինել սաղմերը ըստ կենսաբանական ծնողների/ծնողի ցանկության՝ անհատույց տրամադրել այլ անպտուղ զույգի կամ ամուսնության մեջ չգտնվող կնոջը, ոչնչացնել կամ պահպանել՝ գրավոր համաձայնությամբ նախատեսված ժամկետով:

5. Օրենքի 14-րդ հոդվածը նվիրված է Դոնորությանը :

Ըստ այդ հոդվածի 1-ին մասի՝

«1). Դոնոր լինելու իրավունք ունեն 18-35 տարեկան այն տղամարդիկ և կանայք, ովքեր ենթարկվել են բժշկագենետիկական հետազոտության և չունեն դոնոր լինելու բժշկական հակացուցումներ:

Հաշվի առնելով, որ առողջ բեղմնունակ սեռաբջիջներ ունենալու տարիքային շեմը տղամարդկանց մոտ ավելի բարձր է, քան կանանց մոտ, առաջարկվող փոփոխությամբ այն բարձրացվել է մինչև 40 տարեկան:

Ըստ գործող Օրենքի 14-րդ հոդվածի 2-րդ մասի,

2). Ժամանակավոր դոնոր լինելու իրավունք ունեն նաև վերարտադրողական տարիքի (18 տարեկանից սկսած) այն տղամարդիկ և կանայք, ովքեր ցանկանում են իրենց սեռաբջիջը կամ սաղմը տրամադրել հարազատներին, ենթարկվել են բժշկագենետիկական հետազոտության և չունեն դոնոր լինելու բժշկական հակացուցումներ:

Այս դեպքում (կետ 2) վերին շեմի տարիքային սահմանափակում չկա.

Սակայն շատ են լինում դեպքեր, երբ ամուսնական զույգի կամ անձի հետ ազգակցական կապ չունեցող՝ իրեն ծանոթ կամ մտերիմ (հայտնի) անձը պատրաստակամ է սեռաբջջի դոնոր հանդիսանալ, սակայն հարազատ չլինելու և 35 տարեկանից մեծ լինելու հանգամանքից ելնելով այդ հնարավորությունը չունի: Այս առումով գործող օրենքի նման սահմանափակումը տեղին չէ, քանի որ եթե հարազատների համար տարիքի սահմանափակում չկա, ապա նույնը պետք է լինի նաև մյուս հայտնի դոնորների համար:

Առաջարկվող փոփոխությամբ վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվող անձի (գույզի) հետ ազգակցական կապ չունեցող, սակայն նրան հայտնի անձնավորությունը ևս կարող է դիտարկվել որպես ժամանակավոր դոնոր՝ առանց տարիքային սահմանափակման, ինչպես նախատեսված է հայտնի դոնոր հանդիսացող հարազատի դեպքում:

6. Գործող օրենքով վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվող կանանց համար տարիքային սահմանափակում նախատեսված չէ, ինչը սկզբունքորեն նշանակում է կանայական մոտեցում Հանրապետության տարբեր կենտրոններում:

Մի շարք երկրներում առկա է վերին տարիքային սահմանափակում այն կանանց համար, որոնք օգտագործում են դոնորական ձվաբջիջներ: Եվրոպական երկրներում նման կանանց տարիքը, ընդհանուր առմամբ, օրենքով սահմանափակվում է՝ 49-50 տարեկան: ԱՄՆ-ում, ըստ Վերարտադրողական բժշկության ամերիկյան ասոցիացիայի, կանանց տարիքը հղիության և ծննդաբերության հակացուցումների բացակայության դեպքում կարող է ավելացվել մինչև 54 տարեկան:

Առաջարկվող փոփոխությամբ նախատեսվում է ձվաբջիջի դոնորի կիրառմամբ կանանց տարիքը սահմանափակել մինչև 53 տարեկանը, ինչը թույլ կտա խուսափել ավելի բարձր տարիքի կանանց մոտ հղիության հետ կապված հավանական ռիսկերից, նկատի ունենալով, որ տարիքի հետ զուգահեռ բարձրանում է կնոջ առողջության և կյանքի համար վտանգ ներկայացնող թե մանկաբարձական, թե ուղեկցող ախտաբանությունների առաջացման հավանականությունը, որոնք կարող են հանգեցնել հղիության անբարենպաստ, ընդհուպ մինչև մահացու, ելքի:

Այսպես, համաձայն ԱՄՆ հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոնի վերարտադրողական առողջության բաժնի կողմից վերջերս հրապարակված հետազոտության, 40 տարեկանից մեծ կանանց մոտ մայրական մահացության ցուցանիշը երեք անգամ գերազանցում է մինչև 40 տարեկան կանանց մահացության ցուցանիշը¹: Մեծահասակ կանանց մոտ նաև մի քանի անգամ ավելի բարձր է պերինատալ մահացության, մասնավորապես, մեռելածնության, ցուցանիշը²:

3. Կարգավորման նպատակը.

¹ Petersen E.E et al. Racial/Ethnic Disparities in Pregnancy-Related Deaths — United States, 2007–2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2019; 68: 762–765. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6835a3>

² Irene Mutz-Dehbalai et al. Perinatal Mortality and Advanced Maternal Age. 2014; Gynecol Obstet Invest 77:50–57 DOI: 10.1159/000357168

«Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի նախագծի նպատակն է՝ կարգավորել վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության և սպասարկման հետ կապված հարաբերությունները, ընդլայնել անպտուղ զույգերի կամ անձանց՝ վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվելու հնարավորությունները և բավարարել երեխա ունենալու նրանց պահանջմունքները, կանխարգելել անպտուղ միայնակ անձանց սոցիալական մեկուսացումը և բարելավել ժողովրդագրական իրավիճակը:

4. Նախագծերի մշակման գործընթացում ներգրավված ինստիտուտները և անձինք.

ՀՀ առողջապահության նախարարության մոր և մանկան առողջության պահպանման, իրավաբանական վարչություններ, «Վերարտադրողական բժշկության հայկական ասոցիացիա»:

5. Ակնկալվող արդյունքը.

«Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքի ընդունման արդյունքում ակնկալվում է՝ անպտուղությամբ տառապող ընտանիքների, անձանց՝ վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ բժշկական օգնության և սպասարկման հնարավորությունների ընդլայնում, արհեստական սերմնավորման ծառայությունների զարգացման հնարավորությունների մեծացում, այդ թվում մարզային մակարդակում, դոնորների և փոխնակ մայրերի ռեգիստրի ստեղծում և նրանց նկատմամբ սահմանված պահանջների պահպանման վերահսկելիության բարձրացում, երկրի ժողովրդագրական իրավիճակի բարելավում: