**ՀԻՄՆԱՎՈՐՈՒՄ**

**«Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու մասին Օրենքի նախագծի**

«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 անպտղությամբ 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 գերակա խնդիրներից մեկը:

1. Գործող օրենքը վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաներով մատուցվող ծառայությունների մոջ միավորում է ներարգանդային սերմնավորումը (այսուհետ, ՆԱՍ) և արտամարմնային բեղմնավորումը, արդյունքում' փաստացի անհնար է ունենալ ռեպրոդուկտոլոգի 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։ Մինչդեռ ամբողջ աշխարհում ՆԱՍ-ն չի վերաբերում ՎՕՏ-ին: Վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների մոնիտորինգի կոմիտեի և ԱՀԿ-ի կողմից 2009 թվականին վերանայված եզրույթների բառարանի համաձայն, ներարգանդային սերմնավորումը ամուսնու կամ դոնորի սերմով չի մտնում Վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաներով մատուցվող ծառայությունների մեջ:

Նախագծով առաջարկվում է հանել այդ արհեստականորեն ներդրած դրույթը, 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 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 սեռաբջիջներ, 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 սեռաբջիջներ 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 (դեզօքսիռիբոնուկլեինաթթու) 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 գրանցված` բեղմնունակ սեռաբջիջներ չունեցող ամուսնական զույգին` միջգերատեսչական բազմամասնագիտական հանձնաժողովի թույլտվությամբ:

Միևնույն ժամանակ, օրենսդրական նախադրյալներ են ստեղծվում այն դեպքերի համար, երբ, օրինակ, մահացած անձի ծնողները ցանկանում են օգտվել վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաներից` փոխնակ մոր ծառայության միջոցով, նախապես բժշկական կազմակերպությանը տրամադրած և պահպանված` իրենց զավակի սեռաբջիջների միջոցով:

3. Բազմաթիվ զարգացած երկրներում /ԱՄՆ, Իտալիա, Ռուսաստան 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 սահմանել պահպանման ժամկետ, որից հետո զույգի, տղամարդու, կնոջ կողմից սաղմի հետագա ճակատագիրը հստակեցնելու դիմում չներկայացնելու դեպքում բուժհաստատությունը հնարավորություն կստանա տնօրինել սաղմերը ըստ իր հայեցողության` անհատույց տրամադրել այլ անպտուղ զույգի կամ ամուսնության մեջ չգտնվող կնոջ, որը կարող է կրել հղիություն:

4. 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 տեխնոլգիաներից օգտվող անձի (զույգի) 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:

5. Գործող օրենքով վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաներից օգտվող կանանց համար տարիքային սահմանափակում նախատեսված չէ, ինչը սկզբունքորեն նշանակում է կամայական 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 ախատեսվում է ձվաբջջի դոնորի կիրառմամբ կանանց տարիքը սահմանափակել մինչև 53 տարեկանը, ինչը թույլ կտա եվրոպական երկրներից ժամանած պացիենտների որոշակի հատվածին դիմել Հայաստանում արտամարմնային բեղմնավորման ծառայություններից օգտվելու համար, ինչը էապես կխթանի Հայաստանում ռեպրոտուրիզմի զարգացումը, մինևնույն ժամանակ տարիքային սահմանափակումը թույլ կտա խուսափել ավելի բարձր տարիքի կանանց մոտ հղիության հետ կապված հավանական ռիսկերից:

6. 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: