



ԱՆՆԱ ՎԱՐԴԱՊԵՏՅԱՆ

**ՀՀ դատական ղեկավարամենտի ղեկավարի առաջին տեղակալ,
ՀՀ դատարանների նախագահների խորհրդի քարտուղար,
իրավագիտության քեկնաժու,
ԵՊՀ իրավագիտության ֆակուլտետի քրեական իրավունքի ամբիոնի
ասիստենտ**

**ՄԱՐԴՈՒՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐ ԵՎ /ԿԱՄ/ ՀՅՈՒՍՎԱԾՔՆԵՐ
ՓՈԽՊԱՏՎԱՍՏԵԼՈՒ ՈԼՈՐՏՈՒՄ ԿԱՏԱՐՎՈՂ
ԱՐԱՐՔՆԵՐԻ ՈՐԱԿՄԱՆ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԱՐԱՐՔԻ
ՀԱՆՑԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ԲԱՅԱՌՈՂ ՀԱՆԳԱՄԱՆՔՆԵՐԻ
ԵՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՍԽԱԼԻ ՀԱՄԱՏԵՔՍՈՒՄ**



Մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու՝ որպես բժշկական գործունեության ինքնուրույն տեսակի քրեաիրավական կարգավորումն իրականացվում է ոչ միայն արգելքների սահմանման, այլ նաև արարքի հանցավորությունը բացառող հանգամանքների նախատեսման միջոցով: Վերջիններիս շարքում կարևոր նշանակություն ունեն **ծայրահեղ անհրաժեշտությունը և հիմնավորված ռիսկը:**

Բժշկական գործունեության ոլորտում ծայրահեղ անհրաժեշտության վիճակները կարելի է դասակարգել երեք խմբի՝

- 1) իրավիճակներ, որոնք առաջացել են երկու պարտականությունների «բախման» արդյունքում, օրինակ՝ բժշկին միաժամանակ կանչել են երկու հիվանդի մոտ.
- 2) իրավիճակներ, որոնք կապված են մարդու օրգանիզմում տեղի ունեցող ֆիզիոլոգիական կամ պաթոլոգիական պրոցեսների հետ.
- 3) իրավիճակներ, որոնք առաջացել են քնական (տարերային) աղետների հետևանքով:

Հարկ է նշել, որ բժշկական գործունեության ոլորտում ծայրահեղ անհրաժեշտության իրավաչափության պայմանները համընկնում են ծայրահեղ անհրաժեշտության իրավաչափության վերոնշյալ պայմաններին:

Քրեական իրավունքի տեսության մեջ կարծիք է արտահայտվել այն մասին, որ ծայրահեղ անհրաժեշտության վիճակ առկա է յուրաքանչյուր դեպքում, երբ անձն օգնություն ստանալու նպատակով դիմում է բժշկական հաստատություն¹: Մեր կարծիքով, սակայն, այս մոտեցումը ճիշտ համարվել չի կարող, քանի որ յուրաքանչյուր «անհրաժեշտություն» չի կարող գնահատվել որպես «ծայրահեղ»: Ծայրահեղ անհրաժեշտության դեպքում իրավիճակը տարբերվում է իր անսովորությամբ, կոնֆլիկտայնությամբ, տարբեր



շահերի բախմամբ, այն հնարավոր է լուծել միայն օրենքով պաշտպանվող շահերին վնաս պատճառելու միջոցով, մինչդեռ հասարակ «անհրաժեշտության» վիճակում բոլոր նշված հանգամանքները բացակայում են: Համանման կերպով, անձը բժշկական հաստատություն է դիմում ոչ միայն իր առողջությանը կամ կյանքին սպառնացող վտանգի դեպքում, այլ նաև պլաստիկ վիրահատության, երիտասարդացման, սեռը փոխելու կամ նման այլ նպատակներով, որոնց դեպքում ծայրահեղ անհրաժեշտության վիճակը բացակայում է: Հարկ է նշել, որ անգամ այն դեպքում, երբ անձը բժշկական հաստատություն է դիմում որոշակի հիվանդության կապակցությամբ, պարտադիր չէ, որ առկա լինի ծայրահեղ անհրաժեշտության վիճակ: Մեր կարծիքով, ծայրահեղ անհրաժեշտության սահմանների տարածական մեկնաբանությունը կարող է հանգեցնել նրան, որ հնարավոր կդառնա ոչ էքստրենալ (ոչ ծայրահեղ) իրավիճակում վնաս պատճառել օրենքով պաշտպանվող այնպիսի բարիքների, ինչպիսիք են մարդու կյանքը և առողջությունը: Չենք կարծում, որ օրենսդիրը, ՀՀ քրեական օրենսգրքում ծայրահեղ անհրաժեշտության ինստիտուտը նախատեսելիս, նպատակ է ունեցել նման հնարավորություն նախատեսել:

Ծայրահեղ անհրաժեշտության մասին խոսելիս, կարծում ենք, անհրաժեշտ է անդրադառնալ նաև մի հարցի, որը քրեաիրավական դոկտրինայում բազմաթիվ վեճերի տեղիք է տվել, խոսքը վերաբերում է այլ անձանց կյանքը փրկելու նպատակով ծայրահեղ անհրաժեշտության վիճակում մարդուն մահ պատճառելուն: Այս հարցը մեզ համար հետաքրքրական է հատկապես մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու համատեքստում: Այսպես, ըստ Ն.Ս.Տազանցևի, մարդն իր կյանքը փրկելու նպատակով կարող է կյանքից գրկել մեկ այլ անձի: Գլխուկանի կարծիքով, անհրաժեշտության վկայակոչումը կարող է իրավական նշանակություն ունենալ ինչպես հավասարների իրավունքների, այնպես էլ «բարձրի ու

ցածրի» բախման ժամանակ: Այսինքն, ծայրահեղ անհրաժեշտության ակտ է դիտվում ոչ միայն կանխված վնասի համեմատ ավելի նվազ, այլև հավասար չափի վնասի պատճառումը²: Խորհրդային ժամանակաշրջանի քրեական իրավունքում գերակշռում էր այն տեսակետը, որի համաձայն՝ մեկ այլ անձի կյանքի հաշվին սեփական կյանքի փրկությունը պետք է դիտել ոչ թե ծայրահեղ անհրաժեշտության ակտ, այլ բարոյականության նորմերի կոպտագույն խախտում և հավասարաչափ վնասի պատճառում, որը չի բացառում քրեական պատասխանատվությունը: Ծայրահեղ անհրաժեշտության ակտ խորհրդային ժամանակաշրջանի քրեական իրավունքում դիտվում էր կանխված վնասի համեմատ նվազ վնասի պատճառումը: Ինչ վերաբերում է մի քանի անձի կյանքը փրկելու նպատակով մեկ անձին մահ պատճառելու հարցին, ապա այս ժամանակաշրջանում ևս այն շարունակում է վիճահարույց մնալ: Պրոֆեսոր Մ.Գ.Շարգորդսկին իր՝ «Քրեական իրավունքը և գիտական առաջընթացը» աշխատության մեջ, խոսելով ծայրահեղ անհրաժեշտության վիճակում վնաս պատճառելու իրավաչափության պայմանների մասին, որոնք կիրառելի են մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու նկատմամբ, գրում էր, որ դոմորին մասերի «բաժանելով» կարելի է փրկել ոչ թե մեկ, այլ մի քանի անձի կյանք, ինչը ծայրահեղ անհրաժեշտության հարցի՝ գոյություն ունեցող լուծման տեսանկյունից իրավաչափ պետք է դիտել, քանի որ մեկ անձի կյանքի գնով մի քանի անձի կյանք է փրկվում: Վերլուծելով մեջբերված մոտեցումը՝ Մ.Գ.Շարգորդսկին գտել է, որ այն անընդունելի է, գիտնականի գնահատմամբ՝ մարդու կյանքը չի կարող գոհաբերվել մի քանի մարդու կյանքի փրկության նպատակով³: Հակառակ Մ.Գ.Շարգորդսկու՝ Յու.Մ.Տկաչևսկին գտնում էր, որ մարդուն կյանքից գրկելը կարող է ծայրահեղ անհրաժեշտության ակտ համարվել բացառիկ դեպքերում: Հեղինակը բացառիկ է համարում այն դեպքը, երբ բացառապես մեկ մար-



ԼՂՀ դատական իշխանություն

դուն կյանքից զրկելու ճանապարհով հնարավոր է կանխել մի քանի մարդու մահ⁴: Համանման կերպով, ՀՀ գործող քրեական օրենսգրքի 44-րդ հոդվածի տրամաբանությունից հետևում է, որ մի քանի անձանց կյանքը փրկելու նպատակով մեկ անձին մահ պատճառելու, այդ թվում՝ ռեցիպիենտների կյանքը փրկելու նպատակով դոնորին մահ պատճառելու արգելք օրենսգրքը չի նախատեսում: Հետևաբար, եթե մի քանի անձի կյանքը փրկելու նպատակով մեկ անձի օրգանները և (կամ) հյուսվածքներն առանց նրա համաձայնության վերցվեն, ապա արարքը չի կարող հանցագործություն դիտվել և օրգանները և (կամ) հյուսվածքները վերցրած անձը թրաֆիքինգի համար քրեական պատասխանատվություն նախատեսող՝ ՀՀ քրեական օրենսգրքի 132-րդ կամ 1322-րդ հոդվածով պատասխանատվության չի ենթարկվի: Ռ-Ղ քրեական օրենսգրքում ծայրահեղ անհրաժեշտության ինստիտուտի համանման կարգավորումը հիմք ընդունելով՝ Ա.Ն.Կրասիկովը գրել է, որ ծայրահեղ անհրաժեշտության իրավաչափության բոլոր պայմանների պահպանման դեպքում մարդուն իր իրավունքներից և ազատություններից հրաժարվելուն հարկադրելուն ուղղված բռնի գործողությունները չեն կարող առաջացնել օրգանները և (կամ) հյուսվածքները տալուն հարկադրելու հանցակազմ⁵:

Մեր կարծիքով, սակայն, նման մոտեցումն անթույլատրելի է, մենք կիսում ենք Մ.Գ.Շարգորոդսկու, ինչպես նաև այն տեսաբանների կարծիքը, ովքեր գտնում են, որ փոխպատվաստաբանության ոլորտում ծայրահեղ անհրաժեշտության ինստիտուտը պետք է գործի որոշակի վերապահումներով: Այսպես, Յա.Դրգոնեցն ու Պ.Հոլլենդերը գտնում են, որ ոչ ոքի թույլ չի տրվում արյուն, հյուսվածք կամ օրգան վերցնել, անգամ եթե նման միջամտությունը մեկ այլ անձի կյանքը կամ առողջությունը փրկելու միակ միջոցն է եղել⁶: Իսկ Ս.Ս.Տիխոնովան առաջարկում է անգամ Ռ-Ղ 1996 թվականի քրեական օրենսգրքի 39-րդ հոդվածը լրացնել հետևյալ

բովանդակությամբ՝ «Ծայրահեղ անհրաժեշտության վիճակում մարդու կյանքին և առողջությանը վնաս պատճառելը, որը կատարվել է տուժողի օրգանները կամ հյուսվածքները վերցնելու նպատակով, չի բացառում արարքի հանցավորությունը»⁷: Համամիտ լինելով հեղինակի առաջարկի կոնցեպցիայի հետ՝ այնուամենայնիվ կարծում ենք, այն թերի է, քանի որ դրանում խոսվում է օրգանները կամ հյուսվածքները վերցնելու նպատակով տուժողի կյանքին և առողջությանը վնաս պատճառելու մասին, այսինքն՝ ոչ թե ինքնին օրգանը կամ հյուսվածքը վերցնելու մասին, ինչը հանդիսանում է վնաս պատճառել, այլ օրգանը կամ հյուսվածքը վերջիններս վերցնելու նպատակով վնաս պատճառելու մասին: Մեր կարծիքով, ավելի ճիշտ կլիներ նշել նաև այնպիսի վնաս պատճառելու մասին, որը դրսևորվել է մարդու օրգանը կամ հյուսվածքը վերցնելով:

Վերոգրյալի հիման վրա՝ կարծում ենք, ՀՀ քրեական օրենսգրքի 44-րդ հոդվածը կարելի է լրացնել հետևյալ բովանդակությամբ.

«3. Ծայրահեղ անհրաժեշտություն չի կարող դիտվել տուժողի օրգանները կամ հյուսվածքները վերցնելով կամ օրգանները և (կամ) հյուսվածքները վերցնելու նպատակով մարդու կյանքին և առողջությանը վնաս պատճառելը»:

Վերոգրյալի հետ մեկտեղ հարկ է ընդգծել, որ ծայրահեղ անհրաժեշտության հատկանիշները կիրառելի են սահմանված կարգով վերցված օրգանները և (կամ) հյուսվածքները ռեցիպիենտին փոխպատվաստելու որոշ դեպքերում: Բանն այն է, որ «Մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու մասին» ՀՀ օրենքի 6-րդ հոդվածն ամրագրում է, որ փոխպատվաստումն իրականացվում է ռեցիպիենտի գրավոր համաձայնությամբ, իսկ եթե ռեցիպիենտի 18 տարին չի լրացել, կամ նա օրենքով սահմանված կարգով ճանաչվել է հաշմանդամ, ապա փոխպատվաստումն իրականացվում է նրա ծնողների կամ օրինական ներկայացուցչի գրավոր համաձայնությամբ:



Հնարավոր են, սակայն, իրավիճակներ, որոնց դեպքում ռեցիպիենտի կամ նրա օրինական ներկայացուցչի համաձայնության ստացումն անհնար է կամ որոշակի ժամանակ է պահանջում, իսկ փոխպատվաստման վիրահատությունը պետք է իրականացվի անհապաղ՝ հաշվի առնելով ռեցիպիենտի կյանքին կամ առողջությանը սպառնացող վտանգը: Նման իրավիճակներում փոխպատվաստման վիրահատություն իրականացնող բժշկի վարքագիծը պետք է որակել որպես ծայրահեղ անհրաժեշտության վիճակում կատարված, քանի որ նա, խախտելով համաձայնությունն ստանալու՝ օրենքով սահմանված կարգը, կանխում է ավելի մեծ վնասի առաջացումը, այն է՝ փրկում է ռեցիպիենտի կյանքը: Թերևս նշված հանգամանքը հաշվի առնելով՝ «Մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու մասին» ՀՀ օրենքի 6-րդ հոդվածն ամրագրել է, որ առանց ռեցիպիենտի, նրա ծնողների կամ նրա շահերի օրինական ներկայացուցչի համաձայնության ռեցիպիենտին փոխպատվաստումը կարող է կատարվել միայն բացառիկ դեպքերում, երբ փոխպատվաստման հետաձգումն սպառնում է ռեցիպիենտի կյանքին, իսկ սույն օրենքով սահմանված կարգով համաձայնության ստացումն անհնար է:

Ինչ վերաբերում է այն դեպքերին, երբ ծայրահեղ անհրաժեշտության վիճակում ռեցիպիենտին օրգան և (կամ) հյուսվածք փոխպատվաստելը վտանգավոր հետևանքներ է առաջացրել, ապա կարծում ենք, այդ դեպքերը ենթակա են որակման կամ որպես անզուրկությանը կատարված արարքներ, կամ որպես պատահար՝ ելնելով արարքի կատարման կոնկրետ հանգամանքներից:

Ամփոփելով ծայրահեղ անհրաժեշտության ինստիտուտի հետ կապված հարցերի քննարկումը՝ հարկ ենք համարում անդրադառնալ Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի կողմից 1994 թվականին ընդունված՝ «Աղետների ժամանակ բժշկական էթիկայի վերաբերյալ» հայտարարությանը⁸, որի համաձայն՝ աղետները բնութագրվում են բժշ-

կության հնարավորությունների, ռեսուրսների և տուժողների, ինչպես նաև այն անձանց պահանջումների միջև առկա սուր և չկանխատեսված անհամապատասխանությամբ, ում առողջությունը տվյալ ժամանակահատվածում վտանգի տակ է գտնվում:

Ըստ նշված փաստաթղթի, աղետ են, օրինակ, երկրաշարժը, գնացքի վթարը, ատոմային կամ քիմիական բնույթի վթարները: Այս իրավիճակները բնութագրվում են որոշակի առանձնահատկություններով, դրանք են՝ հանկարծակի առաջանալը, դրանց արագ արձագանքելու անհրաժեշտությունը, նորմալ պայմաններին համապատասխանեցված բժշկական ռեսուրսների ոչ ադեկվատ լինելը, մեծ թվով տուժողների առկայությունը, ինչը նշանակում է, որ հասանելի ռեսուրսները պետք է առավել արդյունավետ կիրառվեն, որպեսզի որքան հնարավոր է շատ մարդու կյանք փրկվի և այլն:

Պարզ է, որ նման պայմաններում բժշկական գործունեությունը որոշակի առանձնահատկություններ ունի, որոնք, ի թիվս այլոց, վերաբերում են նաև ծայրահեղ անհրաժեշտության ինստիտուտին: Այսպես, Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիան կոչ է անում բժիշկներին ադետալի իրավիճակներում իրականացնել տուժողների տեսակավորում: Օրինակ՝ տուժողներ, ում վիճակը չի կարող թեթևացվել հասանելի թերապևտիկ ռեսուրսներով, տուժողներ, ովքեր ծայրահեղ ծանր վնասվածքներ են ստացել, օրինակ՝ այն չափի և աստիճանի ճառագայթում կամ այրվածքներ, որ նրանց կյանքը չի կարող փրկվել տվյալ ժամանակի և վայրի հանգամանքներում, տուժողներ, ում անհրաժեշտ են բարդ վիրահատություններ, որոնք պահանջում են հատկապես նուրբ գործողություններ և շատ ժամանակ, ուստի բժշկին դնում են իրենց և այլ տուժողների միջև ընտրություն կատարելու անհրաժեշտության առաջ: Նման իրավիճակներում բժշկին առաջարկվում է ռացիոնալ մոտեցում ցուցաբերել և չընդունել նշված կատեգորիայի տուժողներին, քանի որ այդ դեպքում նա կարող է ավելի շատ կյանք



ԼՂՀ դատական իշխանություն

փրկել և չի վատնի առկա միջոցներն ու իր ուժերը:

Նկարագրված դեպքում, փաստորեն, բժիշկը գործում է ծայրահեղ անհրաժեշտության վիճակում, և նրա արարքում որևէ հանցակազմ չի կարող առկա լինել: Կարծում ենք, նույն տրամաբանությամբ պետք է վերապահում դրսևորվի մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու հետ կապված արգելքների կապակցությամբ՝ պահպանելով, իհարկե, ծայրահեղ անհրաժեշտության իրավաչափության պայմանները:

Ինչպես նշվեց, մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու հետ կապված՝ արարքի հանցավորությունը բացառող հանգամանքների շարքում կարևոր նշանակություն ունի նաև հիմնավորված ռիսկի ինստիտուտը: Դա, թերևս, պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ բժշկական գործունեությունն ընդհանրապես և մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելը՝ մասնավորապես, կապված է ռիսկի որոշակի աստիճանի հետ: Ինչպես իրավամբ նշում է հունգարացի գիտնական Ի.Վիները, պրոֆեսիոնալ բժշկական գործունեության մեջ կարելի է կիրառել արտադրական ռիսկի կանոնները, քանի որ բժշկի միջամտության և ոչ մի տեսակ գերծ չէ վտանգավոր հետևանքների առաջացման սպառնալիքից, ուստի, նման միջամտությունը կարող է իրականացվել միայն ռիսկի գնով⁹:

«Ռիսկ» բառը ծագում է լատիներեն «rideo» բայից, որը նշանակում է «ուշադրություն չդարձնել, կարևորություն չտալ, արհամարհել»: Համանման կերպով, Է.Դ.Ադայանի «Արդի հայերենի բացատրական բառարանում» ռիսկը բնորոշվում է որպես հնարավոր վտանգն արհամարհելու խիզախություն՝ հանդգնություն¹⁰: Հոգեբանության մեջ առանձնացվում է ռիսկի երեք հիմնական, փոխկապակցված հասկացություն, այն է՝

1) արարքի արդյունքում ակնկալվող անբարենպաստ հետևանքների չափ, որը որոշվում է անհաշողության և դրա անբարեն-

պաստ հետևանքների չափի համակցությամբ.

2) արարք, որն այս կամ այն վիճակում սուբյեկտին կորստով (պարտությամբ, վնասվածքով, վնասով) է սպառնում.

3) վարքագծի երկու հնարավոր տարբերակների միջև ընտրության վիճակ, որոնցից մեկը նվազ գրավիչ, սակայն առավել ապահով է, իսկ մյուսը առավել գրավիչ, սակայն նվազ ապահով է¹¹:

Վերոգրյալի հետ մեկտեղ հարկ է ընդգծել, որ ռիսկի վերաբերյալ գիտությունը գիտության համեմատաբար երիտասարդ ճյուղ է: Ռիսկի հայեցակարգը ներառում է երկու տարր՝ ռիսկի գնահատում և ռիսկի կառավարում: Ռիսկի գնահատումը տվյալ իրավիճակում ռիսկի ծագման և մասշտաբների վերլուծությունն է, իսկ ռիսկի կառավարումը՝ ռիսկային իրավիճակի վերլուծությունը, լուծման մշակումը և ուղղված է ռիսկի նվազեցմանը կամ այն նվազագույնին հասցնելուն¹²:

Քրեական իրավունքի տեսանկյունից հետաքրքրություն է ներկայացնում հիմնավորված ռիսկը՝ որպես արարքի հանցավորությունը բացառող հանգամանք: Այն ամրագրված է ՀՀ քրեական օրենսգրքի 46-րդ հոդվածում, նշված հոդվածի իմաստով՝ «1. Հանցագործություն չի համարվում քրեական օրենքով պաշտպանվող շահերին վնաս պատճառելը հանրորեն օգտակար նպատակի հասնելու համար գործադրված հիմնավորված ռիսկի ժամանակ:

2. Ռիսկը համարվում է հիմնավորված, եթե հիշյալ նպատակին չէր կարելի հասնել ռիսկի հետ չկապված գործողություններով (անգործությամբ), և ռիսկի դիմած անձն անհրաժեշտ միջոցներ է ձեռնարկել քրեական օրենքով պաշտպանվող շահերին վնաս պատճառելը կանխելու համար:

3. Ռիսկը հիմնավորված չի համարվում, եթե դա ակնհայտորեն զուգորդված է եղել երրորդ անձանց գոհվելու վտանգով, էկոլոգիական կամ հասարակական աղետի սպառնալիքով»:

Մեջբերված դրույթի վերլուծությունից



երևում է, որ ՀՀ գործող քրեական օրենսգիրքը տարբերում է ռիսկի երկու տեսակ՝ հիմնավորված և չհիմնավորված: Հիմնավորված ռիսկը, ամրագրված լինելով ՀՀ քրեական օրենսգրքի 1-ին և 2-րդ մասերում, բնութագրվում է իրավաչափության որոշակի պայմաններով: Դրանք են՝

1) ռիսկը պետք է ուղղված լինի հանրորեն օգտակար նպատակի հասնելուն:

2) հանրորեն օգտակար նպատակին չէր կարելի հասնել ռիսկի հետ չկապված գործողություններով:

3) ռիսկի դիմած անձը պետք է անհրաժեշտ միջոցներ ձեռնարկի օրենքով պաշտպանվող շահերին սպառնացող վտանգը կանխելու համար¹³:

Կոնկրետ իրավիճակում ռիսկի վերոնշյալ իրավաչափության պայմանների առկայության կամ բացակայության պարզումն իրենից որոշակի դժվարություն է ներկայացնում, քանի որ ենթադրում է յուրաքանչյուր դեպքում «հանրորեն օգտակար նպատակ» հասկացության, ինչպես նաև դրան հասնելու օպտիմալ եղանակների հստակ պարզաբանում: Իրավաբանական գրականության մեջ նշվում է, որ ռիսկի իրավաչափության պայմանների գնահատման ժամանակ անհրաժեշտ է կիրառել համաչափության սկզբունքը: Վերջինիս իմաստով՝ ռիսկն իրավաչափ է այն դեպքում, երբ ռիսկի հետ կապված գործողությունների կատարման ցանկալի արդյունքն առավել կարևոր է, քան ռիսկի հետ կապված գործողությունների հետևանքով առաջացող վնասը, բացի այդ, ռիսկն իրավաչափ է նաև այն դեպքում, երբ ցանկալի արդյունքի առաջացման հավանականությունն ավելի մեծ է, քան ռիսկի հետ կապված գործողությունների հետևանքով առաջացող վնասի հավանականությունը¹⁴:

ՀՀ քրեական օրենսգրքում տարբերակվող՝ հիմնավորված և չհիմնավորված ռիսկից բացի, քրեական իրավունքի գիտության մեջ առանձնացնում են ռիսկի այլ տեսակներ ևս (արտադրական, տնտեսական, գիտատեխնիկական, կազմակերպակառավարչական,

բժշկական, իրավապահ և այլն)¹⁵: Տեսության մեջ առաջարկվում է նաև արտադրական ռիսկի շրջանակներում առանձնացնել տեխնիկական, նորարարական և վնաս պատճառելուց բխող ռիսկի տեսակներ: Ա.Բ.Ռարոզը, մասնավորապես, առաջարկում է ռիսկը դասակարգել հետևյալ տեսակների՝

1) ռիսկ այնպիսի իրավիճակում, որն ի սկզբանե կապված չէ վնաս պատճառելու վտանգի հետ:

2) ռիսկ այնպիսի իրավիճակում, որտեղ օրենքով պաշտպանվող շահերին սպառնացող իրական վտանգ է առկա¹⁶:

Ռիսկի վերոնշյալ տեսակներից բացի, քրեաիրավական գրականության մեջ առանձնացվում է նաև բժշկական ռիսկը:

Մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու ժամանակ դրսևորվող ռիսկը մասնագիտական¹⁷, իսկ ավելի կոնկրետ՝ բժշկական ռիսկի տարատեսակ է:

Վերջինս՝ բժշկական ռիսկը, նման է նորարարական ռիսկին, սակայն, քանի որ այն անմիջականորեն կապված է մարդկանց կյանքին ու առողջությանը վնաս պատճառելու հնարավորության և բժիշկների մասնագիտական գործունեության ու բժշկության ոլորտում իրականացվող գիտահետազոտական աշխատանքների հետ, ուստի իրավաբանական գրականության մեջ բժշկական ռիսկի հարցերը դիտարկվում են որպես ուսումնասիրության ինքնուրույն առարկա¹⁸: Այսպես, Վ.Ա.Գլուշկովի գնահատմամբ, բժշկական ռիսկը հիվանդի կյանքը փրկելու, առողջությունը պահպանելու նպատակով այնպիսի բուժական-ախտորոշիչ միջոցառումների իրավաչափ կիրառում է, որոնք նորմալ պայմաններում չեն կիրառվում՝ հաշվի առնելով դրանց վտանգավորությունը, իսկ ավանդական, ստուգված միջոցներով դրական արդյունքի հասնել հնարավոր չէ: Իրավաչափ բժշկական ռիսկի դեպքում բժիշկը հաշվի չի առնում հիվանդի համար հնարավոր վտանգավոր հետևանքները, սակայն դա կլինիկական իրավիճակից միակ ելքն է¹⁹: Վ.Բ.Սամոբոկովի կարծիքով, բժշկական ռիսկը վիրա-



հատական միջամտության, թերապևտիկ բուժման, բժշկական փորձի ընթացքում առողջության պահպանմանն ու վերականգնմանը, ինչպես նաև մարդու կյանքը փրկելուն ուղղված վտանգի՝ իրավաչափ կերպով ստեղծումն է, եթե ավանդական մեթոդներով դրական արդյունքի հասնելն անհնար է²⁰:

Վ.Ա.Գլուշկովի կողմից առաջարկվող մոտեցման մեջ, կարծում ենք, անհատություն կա այն առումով, որ բժշկական գործունեություն իրականացնող անձը ոչ թե հաշվի չի առնում հիվանդի համար հնարավոր վտանգավոր հետևանքները, այլ ընդհակառակը՝ հաշվի է առնում դրանք և ձգտում է կանխել այդ հետևանքների առաջացումը ռիսկային արարքների միջոցով: Այս առումով, կարծում ենք, առավել ճիշտ է երկրորդ՝ Վ.Բ.Սամորոկովի մոտեցումը:

Վերոգրյալի հիման վրա, կարծում ենք, կարելի է առանձնացնել բժշկական ռիսկի իրավաչափության հետևյալ պայմանները.

1) ռիսկային արարքները կատարվում են հիվանդի կյանքը փրկելու կամ նրա առողջությունն ամրապնդելու նպատակով.

2) ռիսկային արարքները պետք է համապատասխանեն բժշկության գիտության և պրակտիկայի՝ տվյալ ժամանակահատվածում առկա նվաճումներին.

3) հիվանդի կյանքի փրկությունը կամ առողջության ամրապնդումը չէր կարող իրականացվել այլ՝ ռիսկի հետ չկապված արարքներով.

4) ռիսկի պայմաններում բժշկական գործունեություն իրականացնող անձը ձեռնարկում է բոլոր հնարավոր միջոցները հիվանդի առողջությանը վնաս պատճառելը կամ կյանքին սպառնացող վտանգը կանխելու համար.

5) անձը (վերջինիս անչափահաս կամ անգործունակ լինելու դեպքում՝ օրենքով նախատեսված նրա ներկայացուցիչը) պետք է ազատ կամահայտնությամբ, հստակ կերպով գրավոր համաձայնություն տա իր նկատմամբ բժշկական գործունեության որևէ տեսակ իրականացնելու կապակցությամբ:

Ինչպես նշվեց, մարդուն օրգաններ և

(կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու ժամանակ դրսևորվող ռիսկը բժշկական ռիսկի տարատեսակ է, ուստի բժշկական ռիսկի իրավաչափության պայմանները կիրառելի են մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու ժամանակ դրսևորվող ռիսկի նկատմամբ: Օրինակ՝ վերոնշյալ իրավաչափության պայմաններից վերջինը՝ անձի համաձայնությունը կիրառվում է ինչպես *ex vivo*, այնպես էլ *ex mortio* փոխպատվաստման ժամանակ: Առաջին դեպքում համաձայնությունը տրվում է կենդանի դոնորի կողմից, երկրորդ դեպքում՝ ոչ կենսունակ (դիակալիս) դոնորի հարազատների կողմից:

Ընդհանուր կանոնի համաձայն՝ ռիսկը հիմնավորված է, եթե փոխպատվաստման վիրահատություն իրականացնող բժիշկը հնարավոր և բավարար միջոցներ է ձեռնարկել դոնորի և ռեցիպիենտի կյանքին և առողջությանը սպառնացող հնարավոր վտանգը կանխելու համար:

ՀՀ քրեական օրենսգրքի 8-րդ գլխում ամրագրված են նաև արարքի հանցավորությունը բացառող մի շարք այլ հանգամանքներ, դրանք են՝ անհրաժեշտ պաշտպանությունը, հանցանք կատարած անձին բռնելիս վնաս պատճառելը, ֆիզիկական կամ հոգեկան հարկադրանքը, հրաման կամ կարգադրություն կատարելը: Նման դեպքերում փոխպատվաստման վիրահատություն իրականացնող անձը ենթակա չէ քրեական պատասխանատվության, եթե պահպանված են արարքի հանցավորությունը բացառող վերոնշյալ հանգամանքների իրավաչափության պայմանները:

ՀՀ քրեական օրենսգրքի 8-րդ գլխում թվարկված հանգամանքներից բացի, մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու ոլորտում կիրառվում է նաև **դոնորի համաձայնությունը, որն իր բովանդակությամբ շատ նման է տուժողի համաձայնությանը՝** արարքի հանցավորությունը բացառող մի ինստիտուտի, որը նախատեսված չէ ՀՀ գործող քրեական օրենքում, ինչպես նաև մասնագիտական գործառույթների իրա-



կանացունը, սեփական իրավունքի իրացումը և օրենքի պատվիրանի կատարումը, որոնք ևս նախատեսված չեն ՀՀ գործող քրեական օրենսգրքում:

Տուժողի համաձայնության հետ կապված է «Մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու մասին» ՀՀ օրենքի 10-րդ հոդվածի (բ) կետը, որի համաձայն՝ «Ռեցիպիենտին փոխպատվաստելու նպատակով կենդանի դոնորից օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ վերցնելը թույլատրվում է, եթե դոնորն իրենից օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ վերցնելու համար կամոյվին և գիտակցաբար տվել է գրավոր համաձայնություն»:

Այսինքն, «Մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու մասին» ՀՀ օրենքը սահմանում է փոխպատվաստման վիրահատություն իրականացնելու պայմաններից մեկը՝ դոնորի համաձայնությունը, որը միաժամանակ նաև փոխպատվաստման վիրահատություն իրականացնող բժշկի արարքում հանցակազմի բացակայության մասին է վկայում: Համաձայնությունից բացի, «Մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու մասին» ՀՀ օրենքի 10-րդ հոդվածն ամրագրում է փոխպատվաստման վիրահատություն իրականացնելու այլ պայմաններ ևս: Նշված հոդվածի (ա) և (գ) կետերի համաձայն՝ «Ռեցիպիենտին փոխպատվաստելու նպատակով կենդանի դոնորից օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ վերցնելը թույլատրվում է, եթե՝

ա) վիրահատությանը նախորդող 15-օրյա ժամկետում դոնորը գրավոր նախազգուշացվում է սպասվելիք վիրահատական միջամտությամբ փոխպատվաստման նպատակով օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ վերցնելու հետ կապված հնարավոր բարդությունների մասին.

գ) դոնորը անցել է բազմակողմանի բժշկական հետազոտություն, և առկա է կենդանի դոնորից օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ վերցնելու եզրակացությունը նրանից օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ վերցնելու հնարավորության մասին»:

Մասնագիտական գրականության մեջ ընդգծվում է, որ բժշկական միջամտության ենթարկվելու վերաբերյալ հիվանդի համաձայնությունը բժշկական իրավունքի հիմնարար սկզբունքներից մեկն է²¹, և վերջինիս առկայության համար անհրաժեշտ է, որ հիվանդն ունակ լինի հասկանալու և հասկանալիր նկատմամբ իրականացվող բժշկական միջամտության (այդ թվում՝ օրգանների և (կամ) հյուսվածքների փոխպատվաստման) բնույթն ու նպատակները: Ուստի, բժիշկը պարտավոր է բացահայտել իրականացվող բժշկական միջամտության վերաբերյալ ամբողջ տեղեկատվությունը, որը կարող է էական նշանակություն ունենալ հիվանդի կողմից համաձայնություն տալու կամ չտալու հարցի լուծման համար:

«Մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու մասին» ՀՀ օրենքի, մասնավորապես դրա 12-րդ հոդվածի ուսումնասիրությունից երևում է, որ օրգան և (կամ) հյուսվածք փոխպատվաստելու համար համաձայնություն տված դոնորն իրավունք ունի բուժհաստատությունից պահանջել լիարժեք տեղեկատվություն սպասվելիք վիրահատական միջամտությամբ օրգան և (կամ) հյուսվածք վերցնելու հետևանքով ծագող հնարավոր բարդությունների մասին:

Մեջբերված հոդվածի տառացի մեկնաբանությունից երևում է, որ այն շեղվում է բժշկական միջամտության ենթարկվելու վերաբերյալ հիվանդի համաձայնության սկզբունքից, քանի որ սպասվելիք վիրահատական միջամտությամբ օրգան և (կամ) հյուսվածք վերցնելու հետևանքով ծագող հնարավոր բարդությունների մասին բուժհաստատությունից լիարժեք տեղեկատվություն պահանջելու իրավունք ունի ոչ թե այն անձը, ով ցանկություն ունի մարդու օրգանների և (կամ) հյուսվածքների դոնոր հանդիսանալ, այլ այն անձը, ով արդեն իսկ օրգան և (կամ) հյուսվածք փոխպատվաստելու համար համաձայնություն է տվել: Այսինքն, ստացվում է, որ ՀՀ գործող օրենսդրության իմաստով օրգանների և (կամ) հյուսվածքների փոխպատվաստում



ԼՂՀ դատական իշխանություն

իրականացնող համապատասխան լիցենզավորված բժշկական հաստատությունը ֆիզուցիար պարտականություն չի կրում բացահայտելու իրականացվող բժշկական միջամտության վերաբերյալ ամբողջ տեղեկատվությունը, և փոխպատվաստման համար օրգանների և (կամ) հյուսվածքների դոնորը փոխպատվաստման վերաբերյալ համաձայնություն տալիս է՝ առանց այդ բժշկական միջամտության մասին տեղեկատվություն ունենալու: Օրենսդրի նման մոտեցումը, կարծում ենք, ընդունելի համարվել չի կարող, ուստի առաջարկում ենք «Մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու մասին» ՀՀ օրենքի 12-րդ հոդվածում առկա՝ «Օրգան և (կամ) հյուսվածք փոխպատվաստելու համար համաձայնություն տված դոնոր» ձևակերպումը փոխարինել «Մարդու օրգանների և (կամ) հյուսվածքների կենդանի դոնոր հանդիսանալու ցանկություն հայտնած անձ» ձևակերպմամբ:

Շարադրված վերլուծությունից կարելի է հետևություն անել, որ դոնորի, իսկ քրեական իրավունքի իմաստով՝ տուժողի համաձայնությունը, մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու ոլորտում հանդիսանում է արարքի հանցավորությունը բացառող հանգամանք:

Իրավաբանական գրականության մեջ նշվում է, որ տուժողի համաձայնությունն այն հանգամանքն է, որը տուժողի ազատ տնօրինության տակ գտնվող իրավունքների և շահերի դեմ ոտնձգելու պարագայում վերացնում է արարքի հանրային վտանգավորությունը, իսկ արարքի հակաիրավականությունը տուժողի համաձայնությունը կարող է վերացնել հետևյալ պայմանների առկայության դեպքում՝

1) համաձայնությունը պետք է վերաբերի միայն այն իրավունքների և շահերի դեմ ոտնձգությանը, որոնք գտնվում են այդ իրավունքների խախտման համաձայնություն տված անձի ազատ տնօրինման ներքո.

2) համաձայնությունը պետք է տրվի անձի կողմից իր անձնական կամ գույքային իրա-

վունքների և շահերի ազատ տնօրինման սահմաններում.

3) համաձայնությունը չպետք է հանրորեն վտանգավոր կամ վնասակար նպատակներ հետապնդի.

4) համաձայնությունը պետք է իրական լինի, այսինքն՝ պետք է տրված լինի մեղսունակ և գործունակ անձի կողմից, կամավոր և ոչ թե հարկադրաբար, պետք է տրված լինի մինչ տուժողի՝ որոշակի շահերը խախտող գործողությունների կատարումը կամ դրանց ընթացքում, սակայն ոչ մի դեպքում՝ դրանցից հետո²²:

Տուժողի համաձայնության հարցի շրջանակներում Ա.Ա.Պիոնտկովսկին անդրադառնում է նաև դիախերձում կատարելու համար հարազատների համաձայնության հարցին և նշում, որ դիախերձում կատարելու համար հարազատների համաձայնությունն անհրաժեշտ է, եթե.

1) մահը վրա է հասել բնական ճանապարհով, բժշկական հաստատությունից դուրս.

2) մահը վրա է հասել բժշկական հաստատությունում կամ բռնության հետևանք է հանդիսացել.

3) փոխպատվաստման նպատակով օրգանը և (կամ) հյուսվածքը վերցնելը զուգորդվել է դիակի այլանդակմամբ²³:

Ա.Ն.Կրասիկովը տուժողի համաձայնությունը բնորոշում է որպես իրեն պատկանող բարիքը խախտելուն կամ այն վտանգի (ռիսկի) տակ դնելու վերաբերյալ անձի ազատ կամահայտնություն, որը մի կողմից հանդիսանում է անձնական շահ ստանալու միջոց, մյուս կողմից՝ այդ համաձայնության շրջանակներում երրորդ անձի վարքագիծ²⁴: Համաձայնվելով Ա.Ա.Պիոնտկովսկու կողմից առաջարկված՝ տուժողի համաձայնության իրավաչափության վերոնշյալ պայմանների հետ՝ Ա.Ն.Կրասիկովն առաջարկում է դրանք համալրել ևս երկու պայմանով, այն է՝

5) համաձայնությունը պետք է կամավոր լինի.

6) համաձայնությունը պետք է տրվի մինչ գործողության կատարումը²⁵:



Մեր կարծիքով, Ա.Ն.Կրասիկովի կողմից առաջարկված՝ տուժողի համաձայնության հասկացության մեջ «ռիսկ» եզրույթի կիրառումը հազիվ թե կարելի է հիմնավորված համարել, քանի որ գոյություն ունի արարքի հանցավորությունը բացառող ինքնուրույն հանգամանք՝ հիմնավորված ռիսկ, և տուժողի համաձայնությունը ռիսկի հասկացության հետ կապելու դեպքում կարող է շփոթություն առաջանալ այս երկու հանգամանքների մեկնաբանման և կիրառման կապակցությամբ: Ուստի, կարծում ենք, տուժողի համաձայնությունը կարելի է բնորոշել որպես իր իրավունքները և օրինական շահերը խախտելու կամ դրանք վտանգի տակ դնելու վերաբերյալ անձի ազատ կամահայտնություն, որն ուղղված է վերջինիս կողմից որոշակի անձնական շահ ստանալուն և ենթադրում է այլ անձանց՝ համաձայնության շրջանակներում գործելու պարտականության առկայություն: Առաջարկվող բնորոշման մեջ կիրառվող «այլ անձինք» եզրույթի տակ պետք է հասկանալ բոլոր այն անձանց, ովքեր ուղղակի կամ անուղղակի կերպով կապված են տուժողի համաձայնությունից բխող արարքի կատարման հետ:

Վերոգրյալի հիման վրա գտնում ենք, որ մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու շրջանակներում տուժողի (ինչպես դոնորի, այնպես էլ ռեցիպիենտի) համաձայնությունը չի կարող իրավաչափ համարվել, եթե չեն պահպանվել տուժողի համաձայնության իրավաչափության վերոնշյալ վեց պայմանները և փոխպատվաստման վիրահատություն իրականացնող անձի կողմից իր մասնագիտական պարտականությունները չկատարելու կամ ոչ պատշաճ կատարելու հետևանքով ակնհայտ վտանգի տակ է դրվել դոնորի կամ ռեցիպիենտի կյանքը կամ նրանց առողջությանը պատճառվել է այնպիսի վնաս, որը չի տեղավորվում օրենքով սահմանված կարգով փոխպատվաստման վիրահատություն իրականացնող անձի կողմից պատճառված թույլատրելի վնասի սահմաններում:

Ինչ վերաբերում է ՀՀ քրեական օրենսգրքով չնախատեսված՝ արարքի հանցավորությունը բացառող մյուս հանգամանքներին, այն է՝ **մասնագիտական գործառույթների իրականացումը, սեփական իրավունքի իրացումը և օրենքի պատվիրանի կատարումը**, ապա հարկ ենք համարում ընդգծել, որ մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու հետ կապված սեփական իրավունքի իրացումը և օրենքի պատվիրանների կատարումը բացառում են արարքի հանցավորությունը, եթե իրավունքն իրացվել է ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով և շրջանակներում և օրինական նպատակներ է հետապնդել: Ինչ վերաբերում է մասնագիտական պարտականությունների կատարմանը, ապա այս կապակցությամբ հարկ ենք համարում ընդգծել, որ մասնագիտական պարտականությունների կատարումը բացառում է արարքի հանցավորությունը, եթե անձն օժտված է մնան պարտականություններով, այդ պարտականությունների կատարումը հանրորեն օգտակար նպատակ է հետապնդում և այդ պարտականությունները կատարվում են օրենսդրության պահանջների պահպանմամբ²⁶:

Մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելուն վերաբերելի՝ արարքի հանցավորությունը բացառող հանգամանքների հարցը քննարկելիս, կարծում ենք, անհրաժեշտ է վերլուծել մի հանգամանք ևս՝ **բժշկական սխալը**: Սույն հետազոտության շրջանակներում բժշկական սխալին անդրադարձը պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելիս թույլ տրված բժշկական սխալի արդյունքում դոնորի կամ ռեցիպիենտի համար անբարենպաստ հետևանքների առաջացման դեպքում անհրաժեշտ է լուծել փոխպատվաստում իրականացրած անձի քրեական պատասխանատվության հարցը: Մինչդեռ առանց բժշկական սխալի պատճառները տարանջատելու և դրանց առաջացման հիմքերը հստակեցնելու, կարծում ենք, անհնար է խոսել բժշկական



սխալի համար քրեական պատասխանատվության առկայության կամ բացակայության մասին:

Ինչպես նշում է Ի.Ա.Կոնցեկչը, «բժշկական սխալ» եզրույթն առաջին անգամ շրջանառության մեջ է դրել Ն.Ի.Պիրոգովը: Հետագայում, վերլուծելով «բժշկական սխալ» եզրույթը՝ Ի.Վ.Դավիդովսկին առաջարկեց բժշկական սխալ համարել բժշկի միայն բարեխիղճ մոլորությունը, որն առաջացել է բժշկագիտության և դրա մեթոդների անկատարության կամ հիվանդության ատիպիկ ընթացքի կամ բժշկի ոչ բավարար չափով պատրաստվածության հետևանքով, եթե բացակայում են անփութության, անպատասխանատու վերաբերմունքի, անուշադրության կամ բժշկական անգրագիտության տարրերը²⁷: Խոսելով բժշկական սխալի մասին՝ ակադեմիկ Յա.Ի.Չագովը նշում էր, որ բժշկությունն այնպիսի գիտություն և մասնագիտություն է, որում, ի տարբերություն այլոց, չի կարելի կորորեն հետևել ցուցումներին, իսկ մշակել մեկ հիվանդության բուժման հարյուրավոր կամ հազարավոր հստակ ցուցումներ կամ սխեմաներ, ակադեմիկոսի կարծիքով, ամենար է²⁸:

Հետաքրքիր է, որ «բժշկական սխալ» եզրույթի վերաբերյալ մեջբերված և ընդհանրապես բժշկագիտության մեջ արտահայտված տեսակետները խիստ տարբերվում են բժշկական սխալի վերաբերյալ քրեական իրավունքի տեսության մեջ առկա մոտեցումներից: Վերջիններիս հիմնական տարբերությունը, կարելի է ասել անգամ հակասությունն այն է, որ բժշկական սխալի՝ ոչ պատժելի լինելու վերաբերյալ բժիշկների կողմից մշակված հայեցակարգերը չեն համընկնում բժշկական սխալի վերաբերյալ քրեական իրավունքի գիտության կողմից մշակված հայեցակարգերին: Վերջիններիս համաձայն՝ բժշկական սխալը չի կարող քրեորեն պատժելի չլինել: Այսպես, Վ.Ա.Գլուշկովը նշում է, որ բժշկական սխալի տակ պետք է հասկանալ հիվանդության ախտորոշման և (կամ) հիվանդի բուժման կապակցությամբ բժշկի այն գործողությունները, որոնք, պայմանավորված բժշ-

կագիտության զարգացման տվյալ փուլով, առանձնահատուկ հանգամանքներով կամ բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման հատուկ հանգամանքներով կամ անբարենպաստ պայմաններով և (կամ) բժշկական գիտելիքների ու փորձի անբավարարությամբ, սխալ են և կատարվել են վնաս պատճառելու հնարավորությունը գիտակցելու բացակայության կամ վնասակար հետևանքները վրա չհասնելու վերաբերյալ համոզվածության պայմաններում²⁹: Մասնագիտական գրականության մեջ առկա այլ մոտեցման համաձայն՝ բժշկական սխալը ոչ պատժելի, բարեխիղճ մոլորություն է, որը բժշկի կողմից իր պարտականությունների կատարման նկատմամբ անփույթ, անպատասխանատու կամ թեթևամիտ վերաբերմունքի դրսևորման բացակայության պայմաններում հանգեցրել է հիվանդի առողջական վիճակի վատթարացման կամ նրա մահվան: Սեկ այլ մոտեցման համաձայն՝ բժշկական սխալը բժշկական օգնություն իրականացնելիս կամ հիվանդներին խնամելիս դրսևորված ոչ ճիշտ, անփույթ, անբարեխիղճ, անգրագետ արարքներ են³⁰: Ա.Սավիցկայայի տեսակետի համաձայն՝ բժշկական սխալը բժշկական գործունեություն իրականացնող անձի հակաիրավական մեղավոր արարքն է, որը հանգեցրել է հիվանդի առողջությանը վնաս պատճառելուն: Այս մոտեցման կողմնակիցների գնահատմամբ՝ բժշկական սխալը ոչ թե բժշկի արարքի հանցավորությունը բացառող, այլ նրա պատասխանատվությունը մեղմացնող հանգամանք է, ի վերջո, այն կարող է դրսևորվել նաև որպես առանց մեղքի վնաս պատճառել³¹: Ռ.Ա.Տլեպցերիչևի կարծիքով բժշկական սխալն այնպիսի գործողություն կամ անգործություն է, որը նպաստել է կամ կարող էր նպաստել հիվանդի մոտ առկա հիվանդության զարգացման ռիսկի մեծացմանը, նոր պաթոլոգիկ գործընթացների առաջացմանը, ոչ օպտիմալ է դարձրել բժշկության ռեսուրսների կիրառումը և հանգեցրել է նրան, որ հիվանդը բավարարված չի եղել առողջապահության համակարգի հետ ունեցած փոխհարա-



բերությունից³²:

Մեջբերված տեսակետներից յուրաքանչ-յուրը, կարծում ենք, գոյության իրավունք ունի, քանի որ դրանք տարբեր ելակետերից բնորոշում են բժշկական սխալը³³: Մեր կարծիքով, սակայն, բժշկական սխալն անհրաժեշտ է քննարկել դրա պատճառների տեսանկյունից, որը ենթադրում է մեղքի անզգույշ ձևի, ինչպես նաև ոչ բավարար գիտելիքների ու փորձի առկայություն: Այս մտտեցումը, կարծում ենք, կիրառելի է նաև մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելիս թույլ տրված բժշկական սխալների գնահատման ժամանակ:

Ասվածը քննարկենք կոնկրետ օրինակով, այսպես, դիակալային (ոչ կենսունակ) դոնորի ուղեղային մահը սխալ ախտորոշելու պատճառով դադարեցվել են վերակենդանացման միջոցառումները և դրա արդյունքում անձը մահացել է: Այլ կերպ ասած՝ անձի մահն իրականում տեղի է ունեցել ուղեղային մահվան ախտորոշումից հետո և ոչ թե դրանից առաջ, հարց է ծագում, թե ինչպե՞ս պետք է որակել անձի ուղեղային մահն ախտորոշած և «դիակալային դոնորից» օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ վերցրած բժշկի գործողությունները:

«Մարդուն օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ փոխպատվաստելու մասին» ՀՀ օրենքի 8-րդ հոդվածի համաձայն՝ ուղեղային մահվան փաստը հաստատում է բժշկական հանձնաժողովը, որի կազմը և գործունեության կարգը սահմանում է լիազոր մարմինը: Նշված հոդվածի իմաստով՝ բժշկական հանձնաժողովի կազմում չեն կարող ընդգրկվել փոխպատվաստում իրականացնող բժիշկները և փոխպատվաստման աշխատանքների հետ կապված այլ անձինք:

Մեջբերված օրենսդրական կարգավորումից բխում է, որ այն դեպքում, երբ բժշկական հանձնաժողովի կողմից ուղեղային մահվան փաստը սխալ է ախտորոշվել անզգույշությամբ կամ ոչ բավարար գիտելիքների և (կամ) փորձի առկայության պատճառով, ապա հանձնաժողովի անդամների արարքը

ենթակա է որակման որպես անզգույշությամբ մահ պատճառել: Մինչդեռ այն դեպքում, երբ ուղեղային մահվան փաստը սխալ է ախտորոշվել հանձնաժողովի մեղքի բացակայության պայմաններում, վերջիններիս արարքում հանցակազմը բացակայում է: Փոխպատվաստման վիրահատություն իրականացրած բժշկի պատասխանատվության հարցի կապակցությամբ ևս, կարծում ենք, առկա է երկակի մոտեցում: Մասնավորապես, եթե փոխպատվաստման վիրահատություն իրականացրած բժշկի համար ակնհայտ է եղել, որ «դիակալային դոնորը» դեռ ողջ է, չի մահացել, սակայն նա, հիմք ընդունելով բժշկական հանձնաժողովի եզրակացությունը, իրականացրել է փոխպատվաստման վիրահատություն, որի արդյունքում մարդը մահացել է կամ նրա առողջությանը վնաս է պատճառվել, ապա բժիշկը ենթակա է պատասխանատվության սպանության կամ առողջությանը դիտավորությամբ վնաս պատճառելու համար: Նման մոտեցումը պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ փոխպատվաստման վիրահատություն իրականացրած բժիշկը՝ ի տարբերություն հանձնաժողովի անդամների, ովքեր գործել են անզգույշ մեղքի ձևով, դիտավորյալ գործողություններ է կատարել, այն է՝ օրգաններ և (կամ) հյուսվածքներ է վերցրել իր համար ակնհայտորեն կենդանի մարդուց, ինչի արդյունքում այդ մարդը մահացել է կամ նրա առողջությանը վնաս է պատճառվել: Մինչդեռ այն դեպքում, երբ փոխպատվաստման վիրահատություն իրականացրած բժշկի համար ակնհայտ չի եղել «դիակալային դոնորի» ողջ լինելը, նա ենթակա չէ քրեական պատասխանատվության, քանի որ նրա արարքում բացակայում է մեղքը:

1. *Sh'u Tikhonova C. Прижизненное и посмертное донорство в Российской Федерации: Вопросы уголовно-правового регулирования.- СПб.: Издательство "Юридический центр Пресс", 2002, էջ 108:*

2. *Sh'u Tagantsev H. Русское уголовное право.*



Ринбс І, Тула: Автограф, 2001, էջեր 442, 444, 445:

3. Տի՛ւ Շարгородский М. Избранные работы по уголовному праву.- СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2003, էջ 397:

4. Տի՛ւ Курс уголовного права. Общая часть. Т.1: Учение о преступлении. Учебник для вузов. Под ред. Н.Ф. Кузнецовой и И.М. Тяжковой. - М.: ИКД «Зерцало-М», 2002, էջեր 484-485:

5. Տի՛ւ Красиков А. Уголовно-правовая охрана прав и свобод человека в России, - Саратов, 1996, էջ 92:

6. Տի՛ւ Дргонец Я., Холлендер П. Современная медицина и право. - М., 1990, էջեր 110-111:

7. Տի՛ւ Тихонова С.. Прижизненное и посмертное донорство в Поссийской Федерации: Вопросы уголовно-правового регулирования.- СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2002, էջ 114:

8. Տի՛ւ «Statement on Medical Ethics in the Event of Disasters», adopted by the 46th World Medical Association, General Assembly, Stockholm, Sweden, September 1994:

9. Տի՛ւ Глушков В. Ответственность за преступления в области здравоохранения. Киев. 1987, էջ 73:

10. Տի՛ւ Աղիյան Է. Դ. Արդի հայերենի բացարձակ բացարձակ, Հայեր 2-րդ, «Հայաստան» Հրատարակչություն, Երևան 1976, էջ 1263:

11. Տի՛ւ Психология: Словарь. М.: Политиздат, 1990, էջեր 344-345:

12. Տի՛ւ Иойрыш А. Концепция риска: его оценка и управление // В сб.: Обеспечение безопасности населения и территорий (организационно-правовые вопросы). М.: ИГП РАН, 1994, էջեր 19-26:

13. Այս մասին առավել մանրամասն տե՛ս Հայաստանի Հանրապետության քրեական իրավունք: Ընդհանուր մաս (հինգերորդ հրատարակություն՝ փոփոխություններով և լրացումներով) /Ս.Առաքելյան, Ա.Գաբրույան, Հ.Խաչիկյան և որիշ. - Եր.: ԵՊՀ հրատ., 2011, էջեր 356-359:

14. Տի՛ւ Современные тенденции развития социалистического уголовного права. - М.: Наука, 1983, էջ 69:

15. Այս մասին առավել մանրամասն տե՛ս Հայաստանի Հանրապետության քրեական իրավունք: Ընդհանուր մաս (հինգերորդ հրատարակություն՝ փոփոխություններով և լրացումներով) /Ս.Առաքելյան, Ա.Գաբրույան, Հ.Խաչիկյան և որիշ. - Եր.: ԵՊՀ հրատ., 2011, էջեր 362-369:

որիշ. - Եր.: ԵՊՀ հրատ., 2011, էջեր 355-356: Ռիսկի այլ տեսակների մասին տե՛ս Սитковская О.Д. Психологические основания уголовной ответственности. Баку, 1992, էջեր 74-102:

16. Տի՛ւ Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации/Отв. Ред. А.И.Рарог. М.: Проспект, 2004, էջ 68:

17. Մանրագրական քրեիկ մասին տե՛ս Баталов А. Понятие профессионального мышления (методологические и идеологические аспекты). Томск: ТГУ, 1985, Слуцкий И. Обстоятельства, исключающие уголовную ответственность. Л.: ЛГУ, 1956, էջեր 17-18, Гринберг М. Проблема производственного риска в уголовном праве. М.: Госюриздат, 1963, էջ 46:

18. Տի՛ւ Малейн Н. Право на медицинский эксперимент // Сов. государство и право. 1975. N11, էջեր 35-41, Ковалев М., Вермель И. Критерии ответственности медицинских работников за ненадлежащее лечение//Соц. законность. 1987. N4, էջեր 57-58:

19. Տի՛ւ Глушков В. Ответственность за преступления в области здравоохранения. Киев, 1987, էջ 80:

20. Տի՛ւ Самороков В. Риск в уголовном праве // Гос. и право, 1993. N5, էջեր 103-112:

21. Տի՛ւ Brendan Greene. Understanding Medical Law // Cavendish Publishing Limited, London, Sydney, Portland, Oregon 2005, էջ 15:

22. Տի՛ւ Пионтовский А. Курс советского уголовного права. Часть общая. Т.П. Преступление. - М.: Наука, 1970, էջեր 393-395:

23. Տի՛ւ Айтбаева К. Правовые аспекты трансплантации органов и тканей человека // Вестник МЮ. — 1995, էջ 55:

24. Տի՛ւ Красиков А. Сущность и значение потерпевшего в современном уголовном праве. - Саратов: СГУ, 1976, էջ 57:

25. Տի՛ւ Красиков А. Сущность и значение потерпевшего в современном уголовном праве. - Саратов: СГУ, 1976, էջ 60:

26. Տի՛ւ Հայաստանի Հանրապետության քրեական իրավունք: Ընդհանուր մաս (հինգերորդ հրատարակություն՝ փոփոխություններով և լրացումներով) /Ս.Առաքելյան, Ա.Գաբրույան, Հ.Խաչիկյան և որիշ. - Եր.: ԵՊՀ հրատ., 2011, էջեր 362-369:



27. Sh'u Концевич И. Русский адвокат, 1996, N 1. Рубрика «Процесс», էջեր 34-44:

28. Sh'u Малеина М. Человек и медицина в современном праве. М.: Бек, 1995, էջ 165:

29. Sh'u Глушков В. Проблемы уголовной ответственности за общественно-опасные деяния в сфере медицинского обслуживания // Диссертация на соискание ученой степени доктора юрид. наук. - Киев: Киевская школа МВД СССР, 1990, էջ 28:

30. Sh'u Огарков И. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. Л.: Медицина, 1966, էջ 43, Лейбович Я. Врачебные ошибки и незаконное врачевание // Судебная ответственность врачей. Л. М. 1926, էջ 84:

31. Sh'u Савицкая А. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. Львов, 1982, էջեր 186-194:

32. Sh'u Тлепцерищев Р. Правовое обеспечение охраны здоровья населения. М.: Контур, 1998, էջ 160:

33. Հայաստանի Հանրապետությունում գործում է «Բժշկական սխալների և բժիշկների գործողությունների վերաբերյալ սրացված բողոքները քննարկող մշտական գործող հանձնաժողով»: Վերջինս արեղծվել է ՀՀ կառավարության 2002 թվականի օգոստոսի 15-ի թիվ 1300-Ն որոշմամբ հաստատված ՀՀ առողջապահության նախարարության կանոնադրության 12-րդ կետի «դ» ենթակետի հիման վրա ՀՀ առողջապահության նախարարի կողմից 2007 թվականի հուլիսի 27-ին արչակած թիվ 1229-Ս հրամանով: Նշված հրամանով հաստատվել է «Բժշկական սխալների և բժիշկների գործողությունների վերաբերյալ սրացված բողոքները քննարկող մշտական գործող հանձնաժողովի» կազմը: Բացի այդ, սահմանվել է, որ ՀՀ առողջապահության նախարարության աշխատակազմի բժշկական օգնության կազմակերպման վարչության պետը պարտավոր է՝

ա) քննարկել ՀՀ փարածքում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների և անհատ ձեռնարկատերերի կողմից հիվանդների բուժման կազմակերպման գործընթացում տեղ գրած թերությունների վերաբերյալ ՀՀ առողջապահության նախարարությունում սրացված նյութերն ու սահմանված կարգով Բժշկական սխալների և բժիշկների գործողությունների վերաբերյալ սրացված բողոքները քննարկող մշտական գործող հանձնաժողովի քննարկմանը ներկայաց-

նել ուսումնասիրության արդյունքները.

բ) ՀՀ առողջապահության նախարարի 2000 թվականի հուլիսի 31-ի թիվ 410 հրամանով արեղծված՝ ՀՀ առողջապահության նախարարությանն առընթեր մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի խորհրդի կողմից ուսումնասիրված յուրաքանչյուր դեպքի վերլուծության արդյունքները յուրաքանչյուր քննարկումից հետո 7-օրյա ժամկետում ներկայացնել հանձնաժողովի քննարկմանը:

ՀՀ առողջապահության նախարարի թիվ 1229-Ս հրամանի համաձայն՝ Բժշկական սխալների և բժիշկների գործողությունների վերաբերյալ սրացված բողոքները քննարկող մշտական գործող հանձնաժողովը պարտավոր է՝

1) յուրաքանչյուր ամիս, մինչև 25-ը, քննարկել բժշկական սխալների, մայրական և պերինատալ մահվան դեպքերի, ինչպես նաև բժիշկների գործունեության ընթացքում տեղ գրած թերությունների և բացթողումների վերաբերյալ բաղաբացիների բողոքները, փալ համապատասխան եզրակացություն, որում պարտադիր կարգով պետք է նշել .

ա) բժշկական հաստատության անվանումը, որտեղ աշխատող բժշկի գործողությունների դեմ սրացվել է բողոքը, կամ ուր տեղի է ունեցել մայրական և (կամ) պերինատալ մահը, բժշկի անունը, ազգանունը, պաշտոնը և գործունեության բնույթը.

բ) բողոքի համառոտ բովանդակությունը.

գ) բողոքում բարձրացված հարց(եր)ի ուսումնասիրության նպատակով հանձնաժողովի կողմից իրականացված միջոցառումների նկարագիրը.

դ) բողոքում բարձրացված հարց(եր)ի (այդ թվում նաև բժշկի գործողությունների ճշտության և օրինականության) վերաբերյալ հանձնաժողովի եզրահանգումները.

ե) առաջարկություն նախարարության կողմից բողոքի հիման վրա ձեռնարկվելիք միջոցառումների մասին:

2) անհրաժեշտության դեպքում Բժշկական սխալների և բժիշկների գործողությունների վերաբերյալ սրացված բողոքները քննարկող մշտական գործող հանձնաժողովի աշխատանքներում ներգրավել առողջապահության ոլորտի համապատասխան առաջատար մասնագետներին: