

Глушков Валерій Олександрович –
завідувач спеціальної кафедри Національ-
ної академії Служби безпеки України, док-
тор юридичних наук, професор, Заслуже-
ний юрист України,

Кузьмін Сергій Аркадійович –
старший науковий співробітник Міжвідом-
чого науково-дослідного центру з проблем
боротьби з організованою злочинністю при
Раді національної безпеки і оборони Украї-
ни, кандидат юридичних наук

До питання кримінально-правового визначення меж виправданого ризику в сфері професійної діяльності медичних працівників

У статті розглянуто дискусійні питання щодо кримінально-правового інституту виправданого ризику та практичні аспекти його застосування у сфері професійної діяльності медичних працівників, запропоновано комплексні критерії правомірності виправданого ризику в зазначеній професійній сфері.

Ключові слова: обставини, що виключають злочинність діяння, професійний ризик, виправданий ризик, професійна діяльність медичних працівників, лікувальна діяльність, сфера охорони здоров'я.

Реалізація індивідом проголошеного відповідно до ст. 49 Конституції України (далі КУ) права на охорону здоров'я нерозривно пов'язана із необхідністю дотримання прав особи [1].

Згідно зі статтею 3 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я”, охорона здоров'я – це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя [2]. Законодавець у статті 6 цього ж Закону України визначає зміст конституційного поняття “право на охорону здо-

ров'я". Зокрема, з поміж іншого, відповідно до вказаної законодавчої норми, це поняття включає: медичний догляд, який є необхідним для підтримання здоров'я людини; санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де особа проживає; безпечні й здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку; кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я; достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі й можливі фактори ризику та їх ступінь; оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я; можливість проведення незалежної медичної експертизи у разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лікування та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я можуть бути ущемлені загально визнані права людини і громадянина тощо.

Сутність професійної медичної діяльності полягає у наданні допомоги хворому та профілактиці захворювань. При цьому, в медичній діяльності, з одного боку, необхідно своєчасно надати, виходячи із реальних можливостей лікувального закладу, наявний арсенал лікувально-діагностичних засобів за для врятування життя або відновлення здоров'я хворого, а, з іншого, – не порушити особисті права та інтереси громадян при реалізації ними права на охорону здоров'я. При цьому, особливістю медичної діяльності є те, що зазначені діяння мають бути вчинені за умови відсутності як зменшення, так і перевищення професійних повноважень медичних працівників при здійсненні своєї професійної діяльності.

Проголосивши у ч. 1 ст. 3 КУ людину, її життя та здоров'я найвищими соціальними цінностями, а також, відповідно до ч. 1 ст. 49 Основного Закону [1], невід'ємне право кожного на охорону здоров'я та медичну допомогу, держава, таким чином закріпила за собою виключне право нормативно-правового регулювання усієї сфери охорони здоров'я, безумовне підпорядкування відповідним державним інституціям усіх суб'єктів (установ, організацій тощо), діяльність яких пов'язана із охороною здоров'я, наданням медичної допомоги та послуг медичного характеру.

Загальна правомірність медичної діяльності не може викликати сумнівів. Проте, навіть у спеціальній літературі відсутня загальновизнана концепція про те, які конкретні обставини у сфері охорони здоров'я можуть виключати суспільну небезпечність і протиправність діяння. В цьому контексті варто звернути увагу, що проблема обставин, які виключають злочинність діяння у сфері професійної діяльності медичних працівників, ще з радянських часів, вже традиційно, залишається недостатньо розробленою. У цьому ж контексті неможливо оми-

нути і такий, безумовно важливий, кримінально-правовий інститут, як інститут виправданого ризику.

Отже, зазначена проблематика визначення меж допустимості професійного ризику в сфері охорони здоров'я на сьогодні є достатньо важливою, актуальною та малодослідженою. Наукові праці, що стосувались проблем кримінальної відповідальності за злочини в сфері професійної діяльності медичних працівників, таких провідних вітчизняних науковців, як Ф. Ю. Бердичевський, О. М. Бажанов, О. М. Джужа, І. О. Концевич, О. М. Костенко, В. В. Сташис та інших, лише опосередковано торкаються питань застосування кримінально-правового інституту виправданого ризику у зазначеній сфері.

Метою представленої праці є кримінально-правове визначення загальних меж виправданого ризику, як структурного елементу обставин, що виключають злочинність діяння, суто для сфери професійної діяльності медичних працівників. Такий спеціальний вид виправданого ризику пропонується іменувати як “виправданий медичний ризик”.

Введення законодавцем до кримінального закону окремої норми, що спеціально регламентує інститут виправданого ризику, було зумовлено об'єктивною необхідністю надати правовий статус обставини, яка виключає злочинність діяння, правомірним діянням, здійснюваним для досягнення значної суспільно корисної мети, проте пов'язаним із ризиком заподіяння шкоди при їх вчиненні. Тут варто звернути увагу на те, що зазначений достатньо молодий кримінально-правовий інститут є нічим іншим як спеціалізованим відгалуженням інституту крайньої необхідності. В умовах виправданого ризику допускається можливість заподіяння певної правомірної шкоди правоохоронюваним благам та інтересам індивіда, коли особа спрямувала свої дії на досягнення значної суспільно корисної мети [3, с. 49].

Безпосередньо зміст слова “ризик” тлумачиться, як усвідомлена можливість небезпеки. Сміливий, ініціативний вчинок, дія із сподіванням щастя, успіху, позитивного результату. При цьому, йти на ризик означає – ризикувати, наражаючись на можливу небезпеку і сподіваючись успіху. На свій (власний) ризик – на свою відповідальність [4, с. 1220]. На думку науковців сфери безпекознавства, ризик являє собою прогнозовану векторну величину збитку, що може виникати внаслідок ухвалення рішень в умовах невизначеності та реалізації загрози [5, с. 28; 6, с. 15]. Традиційно у науці кримінального права професійний ризик розуміють як прагнення досягти суспільно-корисної мети або попередити шкідливий результат професійної діяльності шляхом постановлення у небезпеку охороняємих законом інтересів [7, с. 524].

Отже, загалом *ризик професійної медичної діяльності* варто розглядати як усвідомлену медичним працівником можливість (ймовір-

ність) завдання певної шкоди, пов'язаної із здійсненням за власним волевиявленням певного вчинку (втручання або відмовленням від втручання в організм хворого) із сподіванням на позитивний результат цієї діяльності. При цьому, як цілком справедливо зазначає О. М. Костенко, шкода, що завдається особі, є соціальним феноменом, а не лише фізичним чи біологічним, вона (шкода) завдається самій соціальній природі людини [8, с. 21].

Фактично, ризик у ряді випадків розглядається як умова певної поведінки суб'єкта, спрямована на протидію імовірності, випадковості й небезпечності в екстремальній ситуації вибору рішень, що призведуть у майбутньому до отримання певного очікуваного результату або результату, який суб'єкт не очікував, але який був можливим і відхилився від поставленої мети в умовах оточуючої небезпеки [9, с. 7]. Ризикованими можуть вважатися діяння, за результатом яких шкода не обов'язково повинна бути заподіяна, а лише є певна ймовірність її заподіяння, хоча особа, яка вчиняє це діяння, розраховує на те, що цього не настане. Отже, йдеться про сукупність існуючих загроз і небезпек. При цьому під “загрозою” варто розуміти імовірність настання негативних наслідків (подій), тобто пасивний стан ризику, а під “небезпекою” – активний стан ризику, тобто перетворення імовірності на певні обставини, за яких ризик виступає фізичною величиною [10, с. 54].

Важливість цього, як вже наголошувалось вище, малодослідженого кримінально-правового інституту для сфери професійної діяльності медичних працівників важко переоцінити, адже сама лікувальна діяльність, за своїм змістом, поєднана з постійним ризиком, а, отже, й реалізація конкретних лікувальних заходів, маніпуляцій, обрання певного способу, виду чи методики втручання в організм людини ставить медичного працівника, перш за все лікаря, а за певних умов і фельдшера, що виконує свої професійні обов'язки за відсутності лікаря, в умови постійного професійного ризику, такий підвид ризику є і професійним медичним ризиком. На практиці медичний ризик має місце майже постійно. Фактично, будь-яка медична діяльність неодмінно ставить медичного працівника в умови певного ризику, у зв'язку із наявністю потенційної загрози заподіяння шкоди життю та здоров'ю пацієнта, власному життю та здоров'ю медичного працівника, життю та здоров'ю сторонніх осіб. Проте, як традиційно зазначається у спеціальній літературі, здійснення суспільно-корисних професійних функцій виключає кримінальну відповідальність за заподіяну при цьому шкоду лише у тих випадках, коли ці професійні функції реалізовувались відповідно до правил цієї професійної діяльності, тобто правомірно [7, с. 463].

Загалом, наявність чітко встановленого на державному рівні порядку надання медичної допомоги, затверджених і рекомендованих, ві-

дповідним чином клінічно перевірених загальних схем лікування, обстеження, діагностики хворих і профілактики захворювань зводить до мінімуму ризик при здійсненні медичної діяльності, забезпечує від можливих лікарських помилок. Крім того, що дуже важливо, за умови безумовного дотримання переліку, обсягу та порядку нормативно рекомендованих дій, лікар, навіть за умови настання негативного результату лікування, не може нести за це ніякої відповідальності.

Таким чином, за умови діючої на сьогодні в Україні системи нормативного регулювання сфери охорони здоров'я, ні за яких умов не припустимо вимагати від медичного працівника (лікаря, фельдшера, акушера, медичної сестри) будь-якого "відходу" від встановлених схем здійснення професійної діяльності.

Проте, на практиці можуть виникнути підстави, що зумовлюють доцільність недотримання або прямого порушення нормативно-визначених рекомендацій медичним працівником, який має об'єктивну можливість для їх виконання. Метою такого діяння є отримання можливості досягнення певного більш позитивного ефекту для хворого. Зрозуміло, що професійно компетентний лікар, який йде на це за власним вільним волевиявленням (із власної ініціативи чи ініціативи пацієнта), одночасно ставить себе в умови ризику, що при несприятливому результаті лікування, у свою чергу, може мати для нього негативні юридичні наслідки, пов'язані із відповідальністю за заподіяну життю чи здоров'ю хворого шкоду.

На практиці, випадки, що зумовлюють виправданість ризикованих дій лікаря в ході своєї професійної діяльності можуть бути пов'язані:

- із прагненням зменшити негативні (побічні) наслідки лікування чи діагностики для хворого (наприклад, під час проведення оперативного втручання з метою видалення бокової кісти шиї, стоматолог-хірург, у молодій жінки-пацієнтки робить не класичний вертикальний розріз, а горизонтальний, щоб післяопераційний рубець не було б помітно у складці шкіри, ризикуючи при цьому пошкодженням зовнішньої сонної артерії тощо);

- із випадками, коли нормативно-встановлені методики (схеми) лікування наявних захворювань чи уражень є несумісними одна з одною (наприклад, виникнення необхідності в оперативному втручанні через перитоніт у людини, яка нещодавно перенесла транс моральний інфаркт міокарда тощо);

- із прагненням врятування життя людини або окремого органу за умови коли такі дії безпосередньо не рекомендовані через ймовірність у випадку настання несприятливого результату прискорення смерті хворого або неможливості локалізації хворобливого процесу (наприклад, лікар приймає рішення робити операцію онкологічному хворому, в умовах коли є велика ймовірність того, що метастазування пухли-

ни вже відбулось, але точно встановити це без хірургічного втручання неможливо, або лікар за наявності показів до ампутації органу, зокрема при відкритому подвійному чи потрійному дрібно-оскольчатому переломі обох гомілок, приймає рішення спробувати відновити орган, одночасно усвідомлюючи можливість розвитку при цьому незворотного хворобливого процесу – сепсису або анаеробної інфекції).

Саме такі обставини автори і пропонують відносити до категорії таких, що за певних умов можуть зумовлювати виправданий медичний ризик, як спеціальний вид виправданого ризику.

Однак, недосвідченість взагалі не може розглядатись як обставина, що виключає злочинність діяння медичного працівника, а, отже, за негативні наслідки лікування, причиною яких була недосвідченість такої особи, може наставати кримінальна відповідальність [11, с. 80–81].

Таким чином, виправданий медичний ризик, як, спеціальний вид виправданого ризику, завжди пов'язаний із свідомим порушенням компетентним медичним працівником (лікарем, фельдшером, акушером чи медичною сестрою) за власним вільним волевиявленням встановлених вимог щодо здійснення лікування, при усвідомленні ним ймовірність завдання шкоди, пов'язаної із таким втручання або відмовленням від втручання в організм хворого, а також обґрунтованим сподіванням на більший, у порівнянні із очікуваним при реалізації рекомендованої схеми лікування, позитивний результат цієї діяльності для хворого.

Ні за яких умов не підпадають під ознаки виправданого медичного ризику випадки, коли вчинення ризикованих для життя або здоров'я пацієнта дій медичним працівником, за певних умов прямо передбачено нормативно-правовими актами. Наприклад, відповідно до ст. 42 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” [2] медичне втручання, пов'язане з ризиком для здоров'я пацієнта, допускається як виняток в умовах гострої потреби, коли можлива шкода від застосування методів діагностики, профілактики або лікування є меншою, ніж та, що очікується в разі відмови від втручання, а усунення небезпеки для здоров'я пацієнта іншими методами неможливе; аналогічно норма ст. 10 Закону України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” [12] встановлює, що коли існує реальна загроза життю людини та єдиним засобом врятування хворого є термінове переливання крові, а належним чином перевіреної донорської крові немає, за згодою хворого або його законного представника допускається переливання крові, перевіреної на ВІЛ-інфекцію з використанням швидких тестів.

Тут також варто зауважити, що недотримання або пряме порушення медичним працівником встановлених нормативних приписів щодо організації та проведення лікування, особливо у випадках пере-

бування хворого у критичному стані, зумовлене об'єктивною неможливістю їх практичної реалізації (зокрема, через відсутність належних умов, медикаментів, обладнання, інструментарію, часу для додаткового обстеження, неприпустимістю транспортування до медичного закладу тощо), у контексті обставин, що виключають злочинність діяння, повинно розглядатись окремо і у двох аспектах (крайньої необхідності та виправданого ризику) одночасно. При цьому, первинним (базовим), є наявність у медичного працівника стану крайньої необхідності щодо порушення (недотримання) встановлених нормативних приписів, через об'єктивну неможливість їх реалізувати, а вторинним (похідним) є виникнення, за таких умов, правого стану, виправданого ризику задля досягнення значної суспільно-корисної мети – врятування життя або здоров'я пацієнта. Адже, медичний працівник повинен надавати медичну допомогу хворому посильними засобами, а активні заходи щодо боротьби за життя пацієнта повинні здійснюватись до моменту, коли лікар, фельдшер, акушер або медична сестра за об'єктивними показниками впевняється, що настання смерті неминуче або смерть вже настала [11, с. 21–22]. За таких умов, право на ризик, у контексті професійної діяльності медичних працівників, трансформується в обов'язок, що вже саме по собі обмежує вільний вибір варіанта подальшої поведінки медичного працівника, особливо щодо його права на відмову від вчинення ризикованого діяння.

Таким чином, не вбачається підстав для віднесення діянь зазначеної категорії до тих, що можуть підпадати під досліджувані в даній праці спеціальні ознаки виправданого медичного ризику. Підкреслюємо, що тут правомірність має розглядатись виключно на загальних засадах інститутів крайньої необхідності, що і зумовлює право (точніше обов'язок) на ризик, і безпосередньо загальних (а не спеціальних) умов правомірності виправданого ризику.

Аналогічно, на нашу думку, має бути вирішене питання правомірності, пересадки (трансплантації) органів та тканин людини. Вона повинна визначатись інститутом крайньої необхідності із урахуванням загальних положень інституту виправданого ризику. До речі, ще свого часу один із класиків науки радянського кримінального права М. Д. Шаргородський зауважував, що некараність діянь, учинених у стані крайньої необхідності, повинна бути обмежена завданням лише окремих видів шкоди [13, с. 95]. При пересадці (трансплантації) органів людини об'єктивно виникає реальна загроза спричинення смерті або тяжких тілесних ушкоджень як донору, так і реципієнту [14, с. 171], однак підстави, методика та послідовність дій лікаря нормативно достатньо чітко визначені, зокрема, і на законодавчому рівні, отже, при їх дотриманні взагалі не може поставати питання про особисту відповідальність лікаря за заподіяну та-

ким потенційно ризикованим медичним втручанням шкоду, не тільки реципієнту, а й донору.

Також, вважається за доцільне вказати, що автори, досліджуючи проблему виправданості ризику в професійній діяльності медичних працівників, умисно залишають поза увагою проблемні питання визначення виправданості ризику під час проведення медичних наукових досліджень (дослідів), оскільки вони лише умовно належать до сфери лікувальної діяльності, а їх специфічність і спеціальне нормативно-правове регламентування потребує окремих підходів та окремого дослідження.

Окремо варто зауважити, що ні за яких умов під ознаки виправданого медичного ризику не підпадає діяльність, що не зумовлена об'єктивною необхідністю збереження життя чи здоров'я, діагностикою, попередженням та профілактикою хвороб. Мається на увазі здійснення різного роду хірургічних втручань задля виконання пірсінгів, татувань та іншого впливу на організм чи окремі органи людини, не зумовленого об'єктивною потребою фізіологічного відновлення природного зовнішнього вигляду чи анатомічних функцій органів або тканин. На жаль, у зв'язку із моральною деградацією суспільства, така далека від засад медицини комерційна діяльність, що фактично має характер заподіяння тілесних ушкоджень, набуває все більшого поширення та все більш спотворених й небезпечних форм, особливо серед молоді.

На думку авторів, у ряді випадків, незалежно від наявності або відсутності усвідомленої згоди особи, а також від відсутності непередбачуваних ускладнень і негативних результатів розвитку хворобливого процесу, викликаного медично необґрунтованим втручанням в організм людини, наслідком такої, як правило, комерційної діяльності має бути відповідальність за умисне заподіяння тілесних ушкоджень, передбачене нормами статей 121, 122, 125 КК України, адже, згода потерпілого на заподіяння шкоди виключає відповідальність лише тоді, коли тим самим виключається протиправність діяння [7, с. 463]. Таким чином, звертаємо увагу, що згода потерпілого на заподіяння йому умисного тілесного ушкодження не тільки не виключає злочинність цього діяння, а за певних умов може утворювати кваліфікований склад злочину.

Загалом, суспільно-корисна медична професійна діяльність є необхідною передумовою виникнення певної категорії суспільних відносин з приводу надання медичної допомоги. При цьому варто зазначити, що тут необхідною юридичною вимогою правомірності у переважній більшості випадків виступає отримання усвідомленої згоди пацієнта або його близьких родичів на здійснення такого медичного втручання (без надання такої згоди відносини правомірно можуть виникнути лише за умови наявності стану крайової необхідності [14, с. 74]).

Особливе значення усвідомленої згоди пацієнта на можливе заподіяння йому шкоди при проведенні медичного втручання, пов'язаного із ризиком, ґрунтується на безумовному праві індивіда на заподіяння самому собі будь-якої шкоди.

До речі, історія медицини знає чимало прикладів самопожертви лікарів, які шляхом проведення над собою небезпечних дослідів намагалися краще дослідити небезпечні хвороби та винайти способи їх лікування. Зокрема, видатний англійський хірург Джон Гунтер (1728–1793), автор ряду класичних праць з ембріології та анатомії людини, експериментуючи над собою, прищепив собі гонорею та сифіліс і помер від ускладнення, викликаного аневризмою аорти, що настало внаслідок розвитку цих захворювань, залишивши при цьому ряд наукових праць, які згодом надали можливість зробити висновок про неприпустимість масового щеплення сифілісу та гонореї госпітальним хворим [15, с. 118–119].

Отже, факт наявності усвідомленої згоди пацієнта чи його близьких родичів є першим елементом (підставою) для визнання можливості застосування щодо конкретного ризикованого діяння лікаря (ризикованого медичного втручання) положень інституту виправданого ризику. При цьому факт відсутності такої усвідомленої згоди як у формі ігнорування лікарем вільного волевиявлення пацієнта (чи його близьких родичів), так і у формі ігнорування обов'язку отримання такої згоди, сам по собі остаточно виводить ризик із категорії виправданого. Виключення тут може бути зумовлене лише раптовим виникненням незворотних, непереборних, ніяк незалежних від волі медичного працівника чинників, наприклад, при підтвердженні іншого діагнозу під час вже розпочатого хірургічного втручання.

Тут автори вважають за необхідне звернути увагу на існування не вирішеної проблеми: наявність низки протиріч положень медичної деонтології, що, зокрема, обмежують можливості лікаря у повідомленні пацієнту про наявність у нього тяжкого хронічного невиліковного захворювання (наприклад, онкологічного) і чинних юридичних норм, що зумовлюють порядок отримання усвідомленої згоди пацієнта. На нашу думку, ця проблема має бути остаточно вирішена на законодавчому рівні.

Згідно з чинним кримінальним законодавством (ч. 1 ст. 42 КК України) не є злочином діяння (дія або бездіяльність), яке заподіяло шкоду правоохоронюваним інтересам, якщо це діяння було вчинене в умовах виправданого ризику для досягнення значної суспільно корисної мети.

Ризик може бути визнано виправданим, тобто, таким, що не породжує кримінальної відповідальності, якщо він відповідає одночасно трьом умовам, указаним у ч. 2 ст. 42 КК України: існуюча мета, на до-

сягнення якої саме і спрямоване діяння, не може бути досягнута іншим шляхом; особа, що діє в умовах ризику, вживає певних заходів для відвернення можливої шкоди; особа, яка діє в умовах ризику, обгрунтовано розраховує, що вжиті нею заходи відвернуть можливі шкідливі наслідки її діяння.

Таким чином, за відсутності хоча б однієї із зазначених умов і завдання шкоди діянням, особа має нести відповідальність за заподіяння шкоди з необережності.

На думку авторів, до найбільш важливих об'єктів, що піддаються ризику у сфері професійної діяльності медичних працівників, належать: життя пацієнта, його здоров'я (фізичне та психічне), його інтереси, безпека, соціальна захищеність і психічне здоров'я членів його родини, здоров'я та особисті інтереси самого медичного працівника, авторитет, престиж і репутація закладу та всієї системи охорони здоров'я держави.

Частина третя статті 42 КК України встановлює перелік обставин, за яких ризик не може бути визнано виправданим ні за яких умов. Зокрема, ризик не визнається виправданим, якщо він завідомо створював загрозу для життя інших людей або загрозу екологічної катастрофи чи інших надзвичайних подій.

Підсумовуючи викладене, медичний ризик може бути визнано виправданим за сукупності таких умов:

- лікувальні заходи, що вживаються, повинні бути об'єктивно необхідними для збереження чи продовження тривалості життя хворого, збереження, відновлення чи попередження прогнозованого погіршення його здоров'я або зменшення значних негативних наслідків лікування чи діагностики для здоров'я хворого;

- поставлена медична задача, для вирішення якої здійснюються ризиковані лікувальні заходи, об'єктивно не може бути досягнута іншим шляхом;

- лікувальні заходи, що вживаються, мають бути правомірними, тобто здійснюваними на підставі отриманої вільної усвідомлюваної згоди пацієнта (його близьких родичів);

- позитивні наслідки, на досягнення яких обгрунтовано розраховує лікар (медичний працівник), мають перевищувати можливі негативні наслідки;

- медичний працівник вживає певних заходів та обгрунтовано розраховує, що ці вжиті ним заходи відвернуть можливі шкідливі наслідки його ризикованого діяння;

- особистий професійний рівень (спеціальність (спеціалізація), досвід практичної, наукової діяльності, обізнаність у новітніх досягненнях медичної науки даного та суміжних напрямів тощо) дозволяє медичному працівнику компетентно усвідомлювати складність вирі-

шуваної медичної задачі, можливі альтернативні шляхи її вирішення, прогнозувати можливі ускладнення та шляхи їх локалізації, інші негативні наслідки втручання.

Список використаних джерел

1. Конституція України: прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1993. – № 4. – Ст. 19.
3. Андрусів Г. В. Кримінальне право України. Загальна частина : посіб. [для підготовки до іспитів] / Андрусів Г. В., Бантишев О. Ф., Романюк Б. В. – К. : Вид. Паливода А. В., 2002. – 124 с.
4. Великий тлумачний словник сучасної української мови / [уклад і голов. ред. В. Т. Бусел]. – К.; Ірпінь : ВТФ “Перун”, 2009. – 1736 с.
5. Горбулін В. П. Засади національної безпеки України : підручник / В. П. Горбулін, А. Б. Качинський. – К. : Інтертехнологія, 2009. – 272 с.
6. Качинський А. Б. Математичне моделювання безпеки складних систем / А. Б. Качинський // Моделі колективної безпеки: інформаційний вимір : збірник матеріалів / упоряд. Д. В. Ланде. – К. : НДЦП НАПрН України, 2011. – С. 14–16.
7. Курс советского уголовного права (Общая часть) / [Под ред. проф. Н. А. Беляева, проф. М. Д. Шаргородского]. – Л. : Изд. Ленинград. ун-та, 1968. – Т. 1. – 646 с.
8. Костенко О. М. Концепція “винної причетності” у складах злочинів проти особи / О. М. Костенко // Кримінально-правова охорона життя та здоров'я особи : матер. наук.-практ. конф. [Харків] 22–23 квіт. 2001 р. / Редкол. : Сташис В. В. (голов. ред.) та ін. – К. – Х. : “Юрінком Інтер”, 2004. – С. 20–24.
9. Беззубов Д. О. Юридичний ризик при застосуванні примусу в службово-бойовій діяльності органів внутрішніх справ України : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук : спец. 21.07.05 “Службово-бойова діяльність сил охорони правопорядку (юридичні науки)” / Д. О. Беззубов ; наук. керівник І. С. Братков. – К., 2010. – 20 с.
10. Беззубов Д. О. Юридичний ризик при застосуванні примусу в службово-бойовій діяльності органів внутрішніх справ України : дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук : спец. 21.07.05 “Службово-бойова діяльність сил охорони правопорядку (юридичні науки)” / Д. О. Беззубов ; наук. керівник І. С. Братков. – К., 2010. – 215 с.
11. Відповідальність за передбачені Розділом II Особливої частини Кримінального кодексу України злочини у сфері професійної діяльності медичних працівників та спеціальні види тілесних ушкоджень : [монографія] / О. Ф. Бантишев, В. О. Глушков, О. В. Копан, С. А. Кузьмін [та ін.] ; [за ред. В. О. Глушкова]. – К. : МНДЦ при РНБО України, 2011. – 137 с.
12. Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ населення : Закон Украї-

ни від 12 груд. 1991 р. № 1972-ХІІ. // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1992. – № 11. – Ст. 152.

13. Шаргородський М. Д. Научный прогресс и уголовное право / М. Д. Шаргородський // Сов. гос-во и право. – 1969. – № 12. – С. 87–95.

14. Глушков В. А. Ответственность за преступления в область здравоохранения : [монография] // В. А. Глушков. – К. : “Вища школа”, 1987. – 199 с.

15. Верхатський С. А. Історія медицини : навч. посіб. / С. А. Верхатський, П. Ю. Заблудовський. – [4-е вид., випр. і доп.]. – К. : Вища школа, 1991. – 431 с.

В статье рассмотрены дискуссионные вопросы относительно криминально-правового института оправданного риска и практические аспекты его приложения в сфере профессиональной деятельности медицинских работников, предложены комплексные критерии правомерности оправданного риска в отмеченной профессиональной сфере.

The article deals with the debatable questions concerning the criminal-legal institute of the justified risk and practical aspects of its application in the field of professional activity of medical workers, the complex criteria of legitimacy of the justified risk in the noted professional sphere are offered.

Стаття надійшла до редакції журналу 5 квітня 2012 року.