

УДК: 616-01:34-037

ВИДИ ЮРИДИЧНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ І ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ВІДШКОДУВАННЯ ШКОДИ

Професор А. В. Іпатов, І. С. Гула, Л. В. Кузьміна, Ю. І. Коробкін

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

Резюме: в статті розглянуті різні аспекти та види юридичної відповідальності в практиці медичних працівників. Показані рівні та ступінь відповідальності в основних категоріях правонарушень, наслідки та форми возмещення причиненого вреда. Дані конкретні приклади неумисленого причинення вреда здоров'ю громадян в результаті своєї професійної діяльності медиків та практика законодавчих рішень.

Ключевые слова: медицина, юридическая ответственность, возмещение вреда.

Summary: in the article various aspects and kinds of legal responsibility in practice of medical workers are considered. The levels and degree of responsibility in the main categories of offenses, the consequences and forms of compensation for the harm caused are shown. Specific examples are given of not deliberately causing harm to the health of citizens as a result of their professional activity of physicians and the practice of legislative decisions.

Key words: medicine, legal responsibility, compensation for harm.

Кожна людина в своєму житті потребує надання допомоги з боку представників однієї з найблагородніших і необхідних професій – медичних працівників. За клятвою Гіппократа основна презумпція полягає в тому, що будь-який пацієнт повинен отримати кваліфіковану медичну допомогу для порятунку життя і здоров'я.

В разі порушення чинного законодавства України в галузі охорони здоров'я медичні працівники несуть відповідальність за скоєні дефекти під час надання медичних послуг, або якщо дії чи бездіяльність певних посадових осіб потягли за собою негативні наслідки для здоров'я чи життя пацієнта.

Це передбачено статтею 80 Основ законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 № 2802-ХІІ – настає юридична відповідальність медичних працівників, що скоїли правопорушення під час виконання ними своїх професійних обов'язків. Винні особи несуть цивільну, адміністративну чи кримінальну відповідальність залежно від вчиненого ними правопорушення.

Причому, відповідальність бере юридичний статус лише в разі настання негативних наслідків для здоров'я чи життя пацієнта. Якщо негативні наслідки не настали, відповідальність за недолік під час надання медичної допомоги залишається у площині етики та деонтології.

Передусім важливо визначити саме поняття юридичної відповідальності та обставини її настання.

Аспекти юридичної відповідальності:

- застосування в установленому законом порядку до правопорушника заходів державного примусу особистого, майнового або організаційного характеру за вчинене правопорушення;

- обов'язок особи, яка вчинила правопорушення, бути схильним до заходів державного примусу.

Отже, залежно від підходу можна по-різному визначати, коли виникають правовідносини юридичної відповідальності: з початку впливу на особу заходів державного примусу або з моменту скоєння правопорушення.

Виділяють ретроспективну і перспективну юридичну відповідальність. Ретроспективна – результат діяння, вчиненого в минулому, перспективна – усвідомлення особою соціальної важливості своєї діяльності та її можливих несприятливих наслідків (як у ставленні суспільства, так і по відношенню до себе). При всій очевидній відірваності перспективної відповідальності від практики, вона є методологічною основою для виділення, зокрема, конституційно правових заходів юридичної відповідальності.

Законодавство передбачає, що винна особа має відшкодувати в цьому разі усі майнові та немайнові витрати. В ситуації, коли медичний працівник виконував свої обов'язки належно та не передбачав, чи не міг передбачити можливість виникнення (запобігти виникненню) негативних наслідків, він звільняється від відповідальності. У випадках, коли дії чи бездіяльність посадової особи в галузі медицини не спричинили порушення законодавства, прав пацієнта та не призвели до негативних наслідків для здоров'я чи життя, відповідальність не настає.

Цивільно-правова відповідальність

Одним з видів відповідальності медичних працівників є цивільно-правова відповідальність. Настає вона у випадку скоєння посадовою особою правопорушень щодо майнових та немайнових благ пацієнта. В першу чергу, це життя та здоров'я

особи. Основні аспекти настання цивільно-правової відповідальності прописані в Цивільному кодексі України від 16.01.2003 № 435-IV. Цей вид відповідальності поділяється на два види:

1. Договірна відповідальність (регулюється гл. 63 ЦКУ та Законом України «Про захист прав споживачів» від 12.05.1991 № 1024-XII). Настає у випадку порушення медичним працівником умов договору про надання медичних послуг. Законодавство вимагає у цьому випадку, за наявності вини виконавця, відшкодування збитків (моральних та матеріальних) у повному обсязі.

2. Делікатна відповідальність настає у випадку неправомірного заподіяння ним шкоди під час виконання своїх професійних обов'язків.

Для притягнення до відповідальності медичного працівника необхідні декілька умов:

- доведеного факту протиправного характеру дій чи бездіяльності;
- наявності негативного впливу на здоров'я пацієнта;
- встановлення причинно-наслідкового зв'язку між цими фактами;
- доведення факту вини медика.

Отже, юридична відповідальність медичного працівника настає в разі доведення факту наявності причинно-наслідкового зв'язку між вчиненням ним певних дій (бездіяльності) та настанням шкоди для здоров'я пацієнта. Встановлює чи спросто-

вує наявність такого зв'язку судово-медична експертиза.

Саме її висновок остаточно вирішує:

- чи настала шкода для здоров'я пацієнта від дій (бездіяльності) медичного працівника;
- чи спричинена шкода діями самого пацієнта (недотримання рекомендацій);
- чи обумовлена шкода індивідуальними особливостями організму пацієнта.

В останніх двох випадках особа, яка заподіяла шкоду, не буде зобов'язана її компенсувати. Як приклад, можна навести ситуацію, коли лікар добросовісно та повною мірою провів обстеження пацієнта, однак виставив невірний діагноз через нетиповий перебіг хвороби. Інша ситуація – під час проведення оперативного втручання хірург пошкодив артерію через розташування її в нетиповому місці.

Принцип презумпції вини

Цивільне законодавство передбачає принцип вини особи, яка заподіяла шкоду надаючи медичну допомогу. Відсутність вини особи стає підставою для звільнення від відповідальності. Саме через цей принцип відсутність вини має довести та особа, яка скоїла правопорушення. Однак цивільне законодавство передбачає винятки з цього правила. В таблиці 1 представлені основні відшкодування, що передбачені відповідними статтями Цивільного кодексу України.

Таблиця 1

Обставини, які передбачають відшкодування завданої пацієнту шкоди

Стаття ЦКУ

Шкода заподіяна за крайньої потреби

Ст. 1171

Шкода заподіяна діяльністю, яка пов'язана зі зберіганням та використанням механізмів, обладнання, хімічних, радіоактивних, вибухонебезпечних та вогненебезпечних речовин.

Ст. 1167, 1187

Шкода заподіяна через певні недоліки в товарі чи роботах (наприклад, вказаної недостовірної інформації в інструкції з застосування виробу чи препарату).

Ст. 1209

Як видно з наведених статей ЦКУ, деякі види медичної діяльності можуть нести певну загрозу для пацієнта (рентгєнівське дослідження, використання лазерних установок). У наведених випадках відшкодування не буде залежати від доведеної вини медичного працівника та від того, чи перебувала особа, якій заподіяна шкода, у договірних відносинах.

Відповідальність медичних працівників за професійні правопорушення настає у випадках, коли наявні усі елементи правопорушення, а саме:

- ✓ протиправна поведінка;
- ✓ спричинення шкоди для здоров'я;

✓ доведений прямий зв'язок між першим та другим елементами правопорушення.

Переважна більшість судових позовів проти медичних працівників має на меті отримання відшкодування за заподіяну моральну та матеріальну шкоду. Порядок стягнення такої шкоди прописаний у главі 82 ЦКУ.

Відповідно до цивільного права, в разі доведення вини медичного працівника пацієнт претендує на відшкодування усіх видів завданої шкоди:

Майнової – усіх видів майнових витрат;

Немайнової (моральної) – компенсацію порушником законодавства фізичних та духовних

страждань, що стали наслідком його правопорушення, у грошовій формі.

При розрахунку грошової суми до уваги береться рівень фізичного болю та страждань, яких зазнав пацієнт через каліцтво та інші негативні наслідки для його здоров'я (ст. 23 ЦКУ).

Майнова шкода, в свою чергу, складається з:

– реальних збитків – витрат майнового характеру, затрачених на відновлення порушеного права;

– втраченої вигоди – прибутків, які могла отримати особа в разі, якби її права не були порушеними.

Розмір відшкодування, в разі доведеного факту відповідальності медичних працівників, у кожному конкретному випадку встановлює суд. Для нарахування суми матеріальних витрат пацієнт має надати до суду відповідні документи (наприклад, аптечні чеки).

Розрахунок суми компенсації немайнової шкоди

Формули, за якою б проводився розрахунок моральної шкоди, законодавство не надає. З огляду на це сума відшкодування моральної шкоди нараховується згідно з договором (якщо такий укладався між пацієнтом та медичним закладом) чи за рішенням суду. Визначаючи розмір моральної шкоди, суди керуються принципами:

1. Повинен бути доведений факт посягання на немайнові права особи чи порушення цих прав;
2. В діях (бездіяльності) медичного працівника повинен бути встановлений факт вини;
3. Сторона пацієнта повинна довести факт моральних та фізичних страждань;
4. Компенсація моральної шкоди не залежить від компенсації матеріальної шкоди. Законодавець не передбачив верхньої та нижньої межі розміру моральної шкоди.

Стаття 23 ЦКУ частково надає орієнтири, якими має керуватись суд у питанні встановлення розміру грошової компенсації матеріальної шкоди, як одного з видів відповідальності медичних працівників за вчинені правопорушення:

- на розмір суми грошової компенсації впливає характер вчиненого правопорушення;
- ступінь вираженості фізичних та моральних страждань;
- характер зниження здібностей чи позбавлення можливості до реалізації;
- ступінь вираженості вини особи, яка спричинила моральну шкоду;
- до уваги приймаються також інші обставини, які мали суттєвий вплив на ситуацію, вимоги доцільності та справедливості.

В разі необхідності, суддя має право признавати судово-медичну та судово-психіатричну експертизу. Судово-психіатрична експертиза має на меті встановити ступінь вираженості та характер страждань, психологічний стан пацієнта. Судово-медична експертиза вирішує питання:

- причина несприятливого результату чи смерті особи;

- підтвердження чи спростування факту наявності помилок у роботі лікаря;
- причини помилкових дій лікаря;
- наявність можливості у лікаря спрогнозувати та попередити негативні наслідки своїх вчинків;
- ймовірні причини настання негативних наслідків у разі правильного лікування;
- наявність чи відсутність порушень в організації охорони здоров'я в медичному закладі, де стався випадок.

Результати цих досліджень суд враховує при встановленні розміру компенсації матеріальної шкоди.

Юридична відповідальність медичних працівників за шкоду, яка була заподіяна пацієнту, покладається на суб'єктів цивільно-правової відповідальності (гл. 82 ЦКУ). Ними стають:

- ✓ юридичні особи – медичні заклади;
- ✓ фізичні особи, які займаються медичною практикою.

Стаття 1172 ЦКУ передбачає, що юридичні чи фізичні особи відшкодовують пацієнту шкоду, яку заподіяв його здоров'ю медичний працівник під час виконання ним своїх професійних обов'язків. Сам лікар, вина якого встановлена, притягається до карної відповідальності. Надалі заклад охорони здоров'я може звертатись до винної особи з регресним позовом та вимагати від неї компенсувати повну суму заподіяної шкоди.

Відмінності кримінальної відповідальності від юридичної

Згідно зі статтею 80 Основ особи, винні в порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством.

При цьому слід зазначити, що згідно з частиною третьою статті 34 Основ лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого у разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму.

Кримінальна відповідальність

Кримінальна відповідальність – найсуворіший вид юридичної відповідальності медичних працівників за правопорушення, вчинені ними при здійсненні професійної діяльності.

Відповідно до частини першої статті 2 Кримінального кодексу України (далі – КК) підставою кримінальної відповідальності є вчинення особою суспільно небезпечного діяння, яке містить склад злочину, передбаченого цим Кодексом.

Медичні працівники відповідальні за вчинення злочинів на загальних підставах, причому в КК є низка складів злочинів, що відносяться саме до професійної діяльності лікарів.

Злочини, вчинені медичними працівниками у зв'язку із здійсненням ними професійної діяльності, умовно можна розділити на такі:

- злочини проти життя і здоров'я людини (пацієнта);
- злочини проти прав людини (пацієнта);
- злочини в сфері господарської діяльності з медичної практики;

- злочини в сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів;

- інші злочини, вчинені медичними працівниками у зв'язку з їх професійною діяльністю.

Переважає більшість «медичних» злочинів сконцентровані в розділі II КК «Злочини проти життя і здоров'я людини». До них належать:

- ✓ неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 131 ККУ);

- ✓ розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 132 ККУ);

- ✓ незаконне проведення абортів (ст. 134 ККУ) – в разі, якщо медичний працівник не має спеціальної медичної освіти;

- ✓ незаконна лікувальна діяльність (ст. 138 ККУ) – заняття лікувальною діяльністю без спеціального дозволу, здійснюване особою, яка не має належної медичної освіти;

- ✓ ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 ККУ);

- ✓ неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140 ККУ);

- ✓ порушення прав пацієнта (ст. 141 ККУ);

- ✓ незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142 ККУ);

- ✓ порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини (ст. 143 ККУ);

- ✓ насильницьке донорство (ст. 144 ККУ);

- ✓ незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145 ККУ).

Слід зазначити, що випадки залучення медичних працівників до кримінальної відповідальності, а тим більше винесення по них обвинувального вироку в Україні є порівняно рідкісними. Однак, керівникам закладів охорони здоров'я потрібно знати про те, які дії або бездіяльність підпадають під кримінально-правову заборону і на попередження якої поведінки підлеглих слід спрямовувати свої зусилля.

Заподіяння смерті з необережності ставиться лікарю або іншому медпрацівникові, коли під час виконання ним професійних обов'язків він проявляє грубу неуважність, злочинну недбалість або легковажність, у результаті яких заподіюється смерть пацієнта. Стосовно лікаря на практиці вона застосовується в разі смерті пацієнта, коли встановлений прямий причинний зв'язок між її настанням і дією, а в ряді випадків бездіяльністю лікаря, що є результатом невігластва, грубої професійної і трудової недисциплінованості, неуважності, самовпевненості або недбалості. Такі злочини зростають іще й у зв'язку з ускладненим процесом лікування, за наявності низки захворювань у одного хворого, впровадження нових інструментальних методів діагностики і лікування, які потребують нових знань, вміння і досвіду.

При аналізі подібних справ важливо розмежувати заподіяння шкоди внаслідок несумлінності або недбалості від таких причин, як складність діагностики, відсутність можливостей адекватного лікування та ін. Головне завдання слідства і суду при підозрі на необережне вбивство, яке вирішується на основі результатів судово-медичної експертизи, полягає у встановленні прямого зв'язку безпосередньої причини смерті з дією або бездіяльністю медичного працівника. Вони можуть бути різноманітні – це пізня госпіталізація, недостатня підготовка і недбале виконання медичних діагностичних або лікувальних маніпуляцій, недотримання чинних інструкцій, недбале застосування лікарських засобів, недоліки організації медичної допомоги та ін.

Суб'єктом злочину за статтею «Заподіяння смерті з необережності» може бути і середній медперсонал. Нерідко недостатнє обстеження поєднується з іншим недоліком – відмовою в госпіталізації або передчасною випискою. Про це свідчить такий приклад.

Приклад 1.

Через вулицю перебігала семирічна дівчинка і була збита автомашиною. Співробітник ДАІ доставив її в лікарню, де лікар оглянув дівчинку, після чого, змастивши зеленкою садна, не знайшов за потрібне госпіталізувати і відпустив додому. Через дві години вона була госпіталізована вже у важкому стані, а через 30 хв. померла. При дослідженні її трупа встановлено, що смерть настала від гострої крововтрати, джерелом якої стали пошкоджені судини нирки, були виявлені забої діафрагми, великі гематоми тазових м'язів, переломи відростків поперекових хребців, непомічені і необроблені садна і синці.

Тут очевидно недбале ставлення до неї, яке полягає в недостатній діагностиці, внаслідок чого мала місце пізня госпіталізація і несвоєчасна медична допомога за життєвими показаннями. Виправдання, що пов'язані з труднощами діагностувати подібні пошкодження, не можуть бути прийнятні, тому що ніякого обстеження не було, а тому було відмовлено в госпіталізації і не проводилося відповідне лікування, в даному випадку – оперативне.

Заподіяння смерті з необережності може мати місце при недбалому поводженні і з лікарськими препаратами. Особливо останнім часом, коли з'явилася величезна кількість нових ліків, в ряді випадків нестерпних окремими людьми. Тому поряд з численною, часом безвідповідальною рекламою, виходять накази та інструкції МОЗ, спрямовані на попередження подібних випадків.

Нерідко порушення виникають не у зв'язку з помилкою в дозі або призначення сполучень декількох несумісних препаратів, а просто через неуважність і навіть недбалості медперсоналу, що не додає значення правилам зберігання та знищення препаратів після закінчення терміну їх зберігання. Ось деякі приклади.

Приклад 2.

Хлопчик 9 років на звалищі знайшов красиві коробки з таблетками. Таблетки виявилися солодкуватими, і він з'їв кілька десятків штук. Через кілька днів з'явилися болі в суглобах і животі, загальна слабкість, кровотеча з ясен, а пізніше – випадання волосся голови. Було встановлено попередній діагноз: фотодерматоз.

Через два тижні у зв'язку з погіршенням стану хлопчик поступив у лікарню. Лікарями відзначено множинні петехіальні крововиливи в шкіру, некротичний стоматит. Анамнез, клінічні дані і результати аналізів крові (лімфопенія, гігантське зростання незрілих форм крові) дали змогу встановити діагноз: гостре отруєння мієлосаном.

Через місяць від початку захворювання хлопчик помер. При дослідженні трупа, гістологічного дослідження кісткового мозку виявлено його поразку, що підтверджувало діагноз клініцистів. Слідством встановлено, що аптека в зв'язку із закінченням терміну придатності ліків його списала, коробки з препаратом були викинуті на звалище, до якого був широкий доступ. Працівники аптеки відбулися дисциплінарними стягненнями, кримінальну справу не було порушено, хоча злочин, передбачений кримінальним кодексом, був очевидним і легко доказовим. Інший приклад свідчить, наскільки небезпечно недбале застосування лікарських речовин.

Приклад 3.

Жінці в шкірному відділенні лікарні при проведенні уколів у промежину з приводу сверблячки замість новокаїну помилково ввели 30 мл розчину ціаністої ртуті. Сталося це тому, що обидва флакони були поруч. Після тривалого лікування хвора померла від отруєння ртуттю.

Недбалості під час використання ліків показані і в наступному прикладі.

Приклад 4.

Гр-н А. на роботі потрапив лівою рукою в частину обертового механізму. У лікарню доставлений через 10 хвилин після травми. Діагностовано: розтрощення рана м'яких тканин кисті та передпліччя, перелом шиловидного відростка. Стан оцінений як задовільний, хоча в діагнозі відзначено: травматичний шок 1 ст. Призначено інфузійна терапія, в тому числі гепарин, в дозі, що в 20 разів перевищує терапевтичну.

Проведена первинна хірургічна обробка рани. Через 3 години у зв'язку з різким набряком кінцівки, напруженою шкірою руки проведено розтин і дренирування гематом передпліччя і кисті. Протягом ночі і наступного ранку, зі слів родичів, які чергували біля ліжка хворого, різко наростає набряк кінцівки. За записами в історії хвороби, з'явилися розлади гемодинаміки, частіше пульсу, зниження артеріального тиску. Через 17 годин після першої операції проведена друга – фасціотомія з глибокими лампасними розрізами, при цьому виявлені великі міжм'язові і підфасціальні гематоми.

Після операції спостерігалось некорегуюче усіма засобами падіння артеріального тиску, роз-

виток ДВЗ-синдрому (дисеміноване внутрішньосудинне згортання), кровотеча з ран і шлункова кровотеча. Смерть хворого настала через добу від моменту надходження в лікарню і через 4 години після другої операції.

Експерт, який проводив дослідження трупа, зробив висновок, що смерть хворого А. настала від геморагічного шоку, що розвинувся після другої операції. Експертна комісія, яка за постановою прокуратури вирішувала питання правильності лікування, підтвердила думку експерта про причину смерті. Разом з тим було зазначено, що причиною порушення гемодинаміки в даному випадку стало запровадження надмірно великої кількості гепарину, який більш ніж у 20 разів перевищував терапевтичну дозу. Між введенням даного лікарського препарату і настанням смерті є прямий причинний зв'язок.

Слід зазначити, що сама по собі травма, яка заподіяна гр-ну А., кваліфікується як шкода здоров'ю середньої тяжкості. Шкода здоров'ю, завдана введенням надмірної кількості лікарського препарату (по суті – отруєнням), оцінюється як тяжка шкода здоров'ю за ознакою небезпеки для життя. В даному випадку ця небезпека для життя реалізована.

У цьому спостереженні необережний характер провини лікаря полягав у введенні хворому з безпечною для життя травмою показаного лікарського засобу, що знижує згортання крові, – гепарину, але в дозі, яка в 20 разів перевищує терапевтичну, призвело до ускладнення у вигляді розвитку ДВЗ-синдрому з подальшими крововтратою і геморагічним шоком.

Важливо наголосити, що всупереч поширеній і обґрунтованій думці, що необережні дії характерні для хірургічних спеціальностей, в цьому випадку, незважаючи на участь хірурга, воно викликано терапевтичним втручанням. Ось наступний приклад.

Приклад 5.

Гр-н С. поступив до лікарні через 1 годину після травми на вулиці. Діагностовано два колоторізані поранення: живота з пошкодженням шлунку і підшлункової залози, друге – м'яких тканин стегна. Операція проведена відразу. Пошкодження органів черевної порожнини вшиті, встановлені дренажі.

В післяопераційному періоді з метою проведення інфузійної терапії виконана катетеризація правої підключичної вени по Сельдінгеру. При цьому відразу ж з'явилися ознаки дихальної недостатності. Виконана пункція і катетеризація лівої підключичної вени. Явища дихальної недостатності помітно посилюються.

Рентгенологічним дослідженням встановлено двосторонній пневмоторакс. Реальна допомога не надана у зв'язку зі швидкою смертю хворого при явищах дихальної недостатності.

При судово-медичному дослідженні трупа виявлено двосторонній напружений пневмоторакс, ателектаз обох легенів, наскрізні пошкодження обох підключичних вен, куполів плеври і верхівок

обох легень голкою. Висновок експертної комісії: смерть хворого С. настала від гострої дихальної недостатності внаслідок ін'єкційних пошкоджень верхівок обох легень, що призвело до швидкого розвитку пневмотораксу. Між медичними маніпуляціями: двосторонньою катетеризацією підключичних вен, заподіяними при цьому ушкодженнями плеври і верхівок легких, розвитком пневмотораксу та настанням смерті хворого є прямий причинний зв'язок.

Пошкодження обох легень при медичній маніпуляції в даному випадку пояснюються недотриманням умов підключичної катетеризації. Вона проведена не на жорсткій плоскій поверхні, а на ліжку з м'яким матрацом, який провалювався всередині. Крім того, не враховано зміну топографічного співвідношення органів у зв'язку з давньою операцією – резекцією частини легкого в зв'язку з туберкульозом.

Оцінюючи тяжкість шкоди здоров'я, заподіяних гр. С. тілесних ушкоджень, експерти вказали: колото-різане поранення живота з пошкодженням шлунку і підшлункової залози – тяжке тілесне ушкодження за ознакою небезпеки для життя. Дане пошкодження не має прямого причинного зв'язку з настанням смерті. Рана м'яких тканин стегна пошкодження легка, що спричинило за собою короточасний розлад здоров'я (менше 3 тижнів).

Відповідно до кримінального кодексу України, за наявності виявлених недоліків у проведенні технічної маніпуляції ін'єкційні пошкодження верхівок обох легень було б кваліфіковано як тяжка шкода здоров'ю за ознакою небезпеки для життя.

Медичний працівник, який виконує професійні функції в стані крайньої необхідності, повинен зберегти можливість довільного вибору своєї поведінки. Специфіка крайньої необхідності в медичній діяльності полягає в тому, що вона має в своїй основі юридичний конфлікт між інтересами пацієнта і третьої особи.

Оскільки основною метою медичної діяльності є збереження життя і здоров'я людини, то заподіяння в стані крайньої необхідності шкоди будь-яким інтересам третіх осіб, крім їх життя і здоров'я, завжди має вважатися правомірним.

Не може бути виправдане крайньою необхідністю заподіяння медичним працівником шкоди життю одній особі з метою порятунку життя іншої особи.

При наданні медичної допомоги обґрунтованим треба визнавати ризик, що ставить собі за мету порятунок або мінімізацію шкоди життя і здоров'я пацієнта як соціально корисні цілі.

Обов'язковою умовою виправданого ризику є вимога «мінімізації наслідків» – тобто медичний працівник, який допускає ризик у професійній діяльності, повинен прийняти достатні заходи безпеки в ситуації ризику, – заходи для запобіган-

ня шкоди життю і здоров'ю пацієнта, які в конкретній ситуації ризику залежали від нього. При дотриманні інших умов, зазначених в ст. 42 КК України, специфікою виправданого ризику в медичній діяльності необхідно визнати отримання попередньої згоди на ризиковані дії з боку пацієнта.

Якщо пацієнт в силу об'єктивних причин не може висловити свою згоду на проведення ризику, то воно повинно бути отримано від його дружини, родичів або законних представників.

Відмова від надання медичної допомоги (за винятком здійснення медичної допомоги, що підпадає під критерії обґрунтованого ризику) недієздатному або обмежено дієздатній особі, заявлений законним представником, опікуном чи піклувальником такої особи, а також відмова від надання медичної допомоги дієздатній особі, здатному самостійно його заявити, досконалим чоловіком або близьким родичем, не повинна мати для медичного працівника обов'язкової сили і розцінюватися як підстава ненадання медичної допомоги.

Отже, детальна регламентація кримінальної відповідальності за лікарські злочини свідчить про їх прямий вплив на законодавчу практику, а також про особливу турботу законодавців про захист життя і здоров'я всіх пацієнтів і особливо неповнолітніх.

Література

1. Конституція України – Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1996. – № 30, ст. 141.
2. Закон України від 19.11.1992 р. №2802-ХІІ. – «Основи законодавства України про охорону здоров'я». – ВВР. – 1993. – № 4, ст. 19.
3. Закон України від 15.12.93 № 3682-ХІІ – «Про захист прав споживачів». – ВВР. – 1991. – № 30, ст. 379.
4. Цивільний кодекс України від 03.10.2003 р. – ВВР. – 2003. – №№ 40–44, ст. 356.
5. Кримінальний кодекс України, редакція від 03.09.2017 р. – ВВР. – 2001. – № 25, ст. 131.
6. Цивільний процесуальний кодекс України, редакція від 03.08.2017 р. – ВВР. – 2004. – № 40–41, 42, ст. 492.
7. Битеев В., Мазин П., Пономарев Г. Крайняя необходимость и обоснованный риск в медицинских отношениях // Уголовное право. – 2001. – № 32.
8. Золотых В. В., Жуков С. П. Обоснованный риск в медицинской деятельности // Медицинское право. – 2004. – № 4.
9. Флоря В. Н. Уголовная ответственность за врачебные преступления (медицина и право): Монография. Кишинев, 2004.
10. Актуальные проблемы уголовной ответственности медицинских работников: Монография /А. Г. Кибальник, Я. В. Старостина. – науч. изд. – М.: Илекса, 2006.
11. Интернет-ресурс: <http://www.minjust.gov.ua/>

