

А. Х. Завальнюк, Г. Ф. Кривда, І. О. Юхимець

**ЕТИЧНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ
ЛІКАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ
В УКРАЇНІ**

Одеса
“Астропринт”
2008

ББК 51.1(4Ук)к
З-132
УДК 343.347:172.12:614.25(477)

Рецензенти:

О. М. Голяченко — доктор медичних наук, професор кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Тернопільського медичного університету ім. І. Я. Горбачевського;

Л. О. Повідайло — зав. курсу судової медицини Львівського медичного університету ім. Данила Галицького, член-кор. Української академії медичних та біологічних наук за спеціальністю “Судова медицина”.

Рекомендовано до друку Вченою радою Одеського державного медичного університету.

Протокол № 3 від 20 березня 2008 року.

Завальнюк А. Х., Кривда Г. Ф., Юхимець І. О.

З-132 Етично-правові аспекти лікарської діяльності в Україні:
Монографія. — Одеса: Астропринт, 2008. — 192 с.
ISBN 978–966–318–911–6.

У монографії висвітлені найважливіші етично-деонтологічні та медико-правові аспекти лікарської діяльності. Підкреслені особливості лікарської професії, її правова регламентація. Узагальнені обов'язки та права лікаря за сучасним законодавством України, заборонені законом види медичної діяльності. Розкриті сутність лікарської таємниці та відповідальність за її незаконне розголошення. Викладені нормативно-правові засади хірургічного втручання. Наведений ряд положень лікарської етики та медичної деонтології.

Основна частина монографії присвячена аналізу несприятливих наслідків лікарювання та відповідальності за них: лікарських помилок, нещасних випадків у медичній практиці. Особлива увага приділена тлумаченню сучасного кримінального законодавства України щодо карної відповідальності медичних та фармацевтичних працівників за професійні правопорушення в галузі охорони здоров'я. В окремі глави проаналізовані основні службові злочини медичних працівників. Звернена увага на найважливіші недоліки ведення і оформлення медичної документації, розкрито її науково-практичне та юридичне значення. Монографія ілюстрована чисельними прикладами з медичної практики.

Призначена для лікарів усіх спеціальностей, студентів старших курсів, викладачів навчальних закладів III — IV рівнів акредитації та для судово-медичних експертів.

ББК 51.1(4Ук)к
УДК 343.347:172.12:614.25(477)

ISBN 978–966–318–911–6

© А. Х. Завальнюк, Г. Ф. Кривда,
І. О. Юхимець, 2008

Ми нічого так погано не знаємо,
як те, що кожний повинен знати, — закон.

О. Бальзак

Передмова

Медицина, як сукупність наукових знань і практичної діяльності, спрямованих на попередження, розпізнавання та лікування хвороб і на подовження життя людини, є однією із надзвичайно необхідних і відповідальних галузей людської діяльності. Життя і здоров'я людини знаходяться під охороною закону. Стаття 49 Конституції України закріпила право людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Згідно із цим задекларованим положенням держава гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у галузі охорони здоров'я (ст. 7 “Основ законодавства України про охорону здоров'я” — 1992 р.). Конституційне право громадян на охорону здоров'я забезпечується комплексом спеціальних заходів, перш за все матеріальних, які мають вирішальне значення для реального використання громадянами своїх прав.

З матеріальними гарантіями нерозривно зв'язані і юридичні, особливо кримінально-правова захищеність громадян. Досягнення сучасної науки і техніки, диференціація і спеціалізація медичної допомоги, необхідність максимального задоволення права громадян на охорону здоров'я, зростання медичної грамотності населення обумовлюють підвищені вимоги до виконання медичними працівниками професійного обов'язку, до їх моральних якостей, удосконалення професійних знань.

Проте медична діяльність лікарів, як показує практика, не може бути непогрішною, безпомилковою, що найчастіше виявляється у випадках несприятливих наслідків захворювань. Останні нерідко зв'язані із недоглядом медичних працівників, обумовленим хвилюванням, розгубленістю, іноді — з недостатньою кваліфікацією чи досвідом, низькими моральними якостями лікаря, тобто з професійними правопорушеннями медичних працівників. Такі правопорушення завдають великої шкоди не тільки хворій людині чи іншим зацікавленим особам, але й усій системі охорони здоров'я, створюють атмосферу недовіри до лікарів, звужують реальні можливості надання ефективного медичного допомоги.

Правові та морально-етичні проблеми не можуть розглядатися ізольовано одна від одної. Правові аспекти медицини мають глибоку моральну основу. В свою чергу подальшому вдосконаленню мораль-

но-гуманістичних принципів медицини будуть сприяти розробка та розвиток її правових аспектів.

На сьогодні уже ніхто не сумнівається, що медичний працівник так само, як і фахівець будь-якої іншої галузі, несе карну відповідальність на загальних підставах, тобто за винне заподіяння суспільно небезпечних наслідків у сфері своїх професійних занять. Юридичним проявом суспільної небезпечності діяння є його протиправність, спричинення діянням наслідків, заборонених карним законодавством. Позбавлення людини життя, заподіяння шкоди її здоров'ю — наслідки, карно-правова заборона яких поширюється на всі сфери людської діяльності.

В юридичній та судово-медичній літературі є ряд праць монографічного характеру, які висвітлюють правові аспекти лікарської діяльності, права, обов'язки та відповідальність медичних працівників, у тому числі кримінальну, за злочини в галузі охорони здоров'я (І. Ф. Огарков, 1966; Ф. Ю. Бердичівський, 1970; І. О. Концевич, 1974, 1983; О. П. Громов, 1976; В. О. Глушков, 1987; Ю. Д. Сергєєв, 1988 та ін.). Вони вже не відповідають сучасному стану медичного права. За роки незалежності України прийняті нові закони щодо охорони здоров'я, а також новий Кримінальний кодекс, який набрав чинності 1 вересня 2001 року. В ньому значно розширене коло медичних діянь, за які передбачена карна відповідальність винних. Оскільки організаційно-етичні та правові аспекти лікарської діяльності в Україні в світлі нових законодавчих актів не знайшли свого відображення, ми зробили спробу частково ліквідувати цю прогалину.

Медичній громадськості корисно буде ознайомитися із узагальненими сучасними даними щодо регламентації лікарської і фармацевтичної діяльності, обов'язків, прав і видів відповідальності медичних працівників за недоробки в їх професійній роботі, а також щодо кримінальної відповідальності за злочини у сфері охорони здоров'я та ін. Праця не претендує на цілковиту повноту висвітлення відповідного матеріалу, оскільки охопити неосяжне неможливо.

Монографія з етично-правових аспектів лікарської діяльності українською мовою написана вперше. Вона призначена для лікарів, судово-медичних експертів, працівників правоохоронних органів та суду, може бути корисною для викладачів, наукових працівників та студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації.

Науково обґрунтовані критичні зауваження, спрямовані на покращення змісту, структури та обсягу праці, будуть сприйняті з вдячністю.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКАРСЬКОЇ ПРОФЕСІЇ
ТА МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Медицина посідає особливе місце в науковій та практичній діяльності людства. Кожна людина зацікавлена в збереженні і зміцненні свого здоров'я, а у випадку хвороби, травми чи отруєння — в ефективному лікуванні. Охорона здоров'я громадян, створення безпечних умов праці, ліквідація професійних хвороб і виробничого травматизму задекларовані нашою державою як одна з головних її турбот.

За свою багатовікову історію медицина пройшла складний шлях накопичення і удосконалення досвіду та знань у справі розпізнання, лікування і попередження хвороб, у розумінні їх причин і механізмів розвитку, у розробці заходів із збереження і зміцнення здоров'я як окремої людини, так і колективів. І хоча медицина досягла значних успіхів і сучасні засоби діагностики, профілактики і лікування дають змогу рятувати життя і виліковувати від багатьох раніше невиліковних хвороб, можливості сучасної медицини ще далекі від виконання її кінцевих цілей. Люди ще не доживають до природної смерті, продовжують страждати від тяжких недуг та їх наслідків, передчасної старості тощо.

Поняття медицина, лікар, медичний працівник завжди сприймалися у суспільстві шанобливо і асоціюються з добротою, милосердям, порядністю, співчуттям, готовністю допомогти стражденому. Медичні працівники зобов'язані з гідністю виконувати свої функції, дотримуватись клятви Гіппократа незалежно від їх політичного світогляду, національності чи віросповідання. Велика роль і відповідальність лікаря, якому державою довірена охорона життя і здоров'я людей. Здоров'я людей — єдина мета професійних і особистих устремлінь лікаря. Виконання важкого, але благородного і почесного лікарського обов'язку вимагає глибоких спеціальних знань, величезної напруженої праці, самовідданості і патріотизму, готовності в будь-який час, нехтуючи своїми особистими чи сімейними інтересами, надати медичну допомогу тому, хто її потребує. Робота лікаря пов'язана з тяжкою працею, безсонними ночами, ви-

нятковим терпінням і самовладанням, іноді важкими душевними переживаннями.

Трудові подвиги у боротьбі за життя та здоров'я людей лікарі здійснювали завжди, роблять це вони і в наші дні. Унікальна подія сталася в ніч на 13 січня 2000 року в м. Калуші Івано-Франківської області. Завідувачу урологічного відділення — 43-річному районному хірургу-урологу територіального медичного об'єднання В. М. Питлику пізно ввечері зателефонували із лікарні: “Поступив 42-річний чоловік в дуже важкому стані, потрібна термінова операція, висилаємо машину”. Лікар швидко одягнувся, вийшов на вулицю назустріч “швидкій”, яка наближалась із яскраво включеними фарами, і несподівано упав у невидимий у темноті люк каналізаційного колодязя. Від удару і болю лікар на якусь мить втратив свідомість. Але отямившись, швидко вибрався і дошкандибав до машини. У лікарні колеги, не гаючись, обстежили потерпілого, зробили знеболювання, на зламану в двох місцях ногу наклали гіпсову лонгету, допомогли дійти до кабінету, щоб перепочив. Незабаром медсестра на візку привезла хірурга в операційну. Протягом півтори години Василь Михайлович робив хворому складну операцію то стоячи, то сидячи на стільці-вертушці. Після успішно проведеної операції лікарю допомогли дістатися до його кабінету, де він втратив свідомість. Згодом у нього діагностували ще й перелом двох ребер та струс головного мозку. Внаслідок отриманої травми В. М. Питлику довелося довго лікуватись, він фактично став інвалідом. Але зроблене ним — це мужній подвиг, гідний справжнього лікаря. У 2004 році В. М. Питлик став лауреатом акції “Гордість України”, яку започаткували телекомпанія “Новий канал” і редакція газети “Факты и комментарии”

Надзвичайно потрібна людям праця лікарів оточена повагою і пошаною. Сотні медичних працівників нагороджені орденами і медалями країни, багатьом лікарям присвоєне почесне звання “Народний лікар України”.

У більшості випадків медичні працівники цілком відповідають своєму призначенню, сумлінно виконують покладені на них обов'язки, володіють тими душевними і моральними якостями, які повинні бути у кожного, хто вибирав для себе і трудової діяльності медицину. Про це свідчать численні теплі відгуки вдячних пацієнтів про медичних працівників, що часто з'являються у засобах масової інформації, особливо у місцевій пресі. Для прикладу наведемо кілька з них, опублікованих одночасно.



Усім низький поклін

Багато страждань випало на мою долю, я інвалід війни 2-ї групи. А недавно знову тяжко захворіла. В першій міській лікарні Тернополя мене прооперували професор В. Шидловський, доцент І. Дейкало, кандидат медичних наук В. Доброродний, завідуючий хірургічним відділенням Р. Левчук і хірург Л. Васильєва. А ще багато зробили для мого порятунку медики з реанімаційного відділення. Скільки людей боролось за моє життя! Медики навідувались до мене по кілька разів на день. Не передати словами їх доброту, увагу.

Також щиро, від душі дякую лікарям 2-ої міської поліклініки С. Тарасенку та А. Станківському, які тепер роблять мені перев'язки вдома.

За надану мені матеріальну допомогу висловлюю слова вдячності працівникам благодійного фонду «Хесед-Бешт», обласній єврейській общині та всім добрим людям, серед них — Д. Пухальській, Д. Подемській, Н. Рокуш, Г. Ваврик, Н. Коваленко, Є. Долгополовій, С. Петровій, І. Проць, Ж. Данилюк, Г. Черняхівській.

Низький уклін вам, люди добрі!

Ірина **ГЕРМАН**,
інвалід війни другої групи.

* * *
Хвороба привела мене на вулицю Чехова в Тернополі у консультативно-лікувальний центр медичної академії імені І. Горбачевського. Це справжній храм здоров'я! Я навіть уявити собі не могла, що в Тернополі є такий прекрасний лікувальний заклад. Дякую всім, а особливо лікарям Леоніду Володимировичу Гуті, Тетяні Євгенівні Шубалі.

Я досі під враженням. Його не передати словами. Це — медицина майбутнього!

Я. СИНІЦЯ.

м. Тернопіль.

* * *
Хочу щиро, від душі подякувати завідувачу терапевтичним відділенням Заліщицького госпіталю інвалідів-учасників війни та репресованих Миколі Степановичу Романку, усім працівникам цього відділення аж до наймолодшої Надії Зарецької. Добре слово, гарна обслуга, досвідчені медики — усе це не забуду, за все це дякую, дорогі мої рятівники!

Василь **ТИМЧАСЮК**.

с. Дорогичівка Заліщицького району.

“Дякую, лікарю!”, “Слова від серця”, “Низький уклін рятівникам”, “Від щирого серця”, “Нехай добро повернеться сторицею”, — десятки листів з такими теплими, хвилюючими словами можна зустріти в газетах по всій Україні. Наші лікарі самовіддано працюють на своєму благородному посту, зберігають людям найдорожче — життя і здоров'я. У цих листах — зворушливі людські почуття вдячності медикам та визнання їх неocenенної праці. “Публікувати їх необхідно, — вважав відомий дитячий хірург С. Я. Долецький, — оскільки вони вселяють впевненість у тих, хто працює в сфері “індустрії здоров'я”, і в тих, хто є її об'єктами. Проте, добре відомо, що тільки тверезо оцінюючи явища протилежні, в їх єдності і суперечності, можна правильно уявити собі якщо не всі, то багато фактів, процесів і подій. На жаль, ми на багато що соромливо закриваємо очі”.

З давніх часів до людей, які займалися медициною, пред'являли специфічні вимоги. У індійських народів ще у V — IV століттях до на-

шої ери лікар зображався доброзичливим, співчутливим до хворого, спокійним, терплячим. На вигляд він мав бути скромним, охайним.

Особливу популярність отримали моральні заповіді реформатора античної медицини Гіппократа (460 — 370 рр. до н. е.). Надаючи великого значення зовнішньому вигляду медика, він писав: “Лікарю надає авторитету, якщо він хорошого кольору і добре вгодований... Далі йому пристойно тримати себе чисто, мати добротний одяг... бо все це звичайно приємно для хворих... Нехай він також по своєму праву буде людиною прекрасною, доброю і як такою — значною та людинолюбною...”.

Медична професія складна і неспокійна, вона вимагає не тільки знань, але й душевного покликання, горіння, самовіддачі. А. П. Чехов з приводу цього підкреслював: “Професія лікаря — подвиг, вона вимагає самовіддачі, чистоти душі і чистих помислів. Треба бути ясним думкою, чистим морально і охайним фізично. Не кожний до цього здатний”.

Порівнюючи медичну діяльність з іншими професіями та оцінюючи її щодо потреб душі, Гіппократ говорив: “Усе, що необхідно для мудрості, все це є в медицині, а саме: презирство до грошей, совість, скромність, простота в одязі, роздуми, рішучість, охайність, багатство думок, знання всього, що необхідно для життя... Лікар, який любить мудрість, подібний до Бога”.

Коли керівника театру ляльок, народного артиста СРСР, лауреата державної премії С. В. Образцова запитали, як він ставиться до медицини, він сказав: “Якщо говорити, як я ставлюся до медицини, то вважаю, що це найпрекрасніша професія, яка тільки може бути на світі. Мені здається, що прекраснішої за професію лікаря немає. По-перше, вона безумовно потрібна. Про медицину ніхто навіть не може подумати, потрібна вона чи не потрібна. Безумовно, необхідна, найпотрібніша професія. Але вона не тільки тому прекрасна, що потрібна. Вона прекрасна тому, що найщасливіша. Людина може бути щасливою, якщо вона відчуває свою необхідність... У лікаря постійна необхідність. Він приходив на роботу і йде додому, навіть не думаючи, особливо якщо це хірург, що врятував одного, другого, третього. Недарма хворі так люблять своїх лікарів... Отже, з моєї точки зору це, по-перше, велика професія, по-друге, найщасливіша професія. Мені лікарі заперечують — та що Ви, це надто важко. Це я все знаю. Вона, може, одна з найважчих професій, але й найщасливіша і найпотрібніша професія. Особливо це стосується сільських лікарів. Сільський лікар і вчитель — це боги на селі”.

Високі моральні вимоги до лікарів визначаються сутністю лікарської професії, її принциповими особливостями, які різко відрізняють медичну професію від інших.

Головна особливість лікарської професії, що обумовлює її специфіку, полягає в тому, що об'єктом діяльності лікаря є людина, її життя і здоров'я. Це вимагає від лікаря величезної відповідальності, оскільки життя та здоров'я — найдорожче, що є у людини. Обереігаючи здоров'я та життя людей, лікар не повинен шкодувати своїх сил, часу, свого здоров'я. Не випадково однією з емблем медицини, запропонованої голландським лікарем Ніколасом Ван Тюльпом (1599 — 1674), була свічка, яка горить, і напис: “Aliis inserviendo ipse consumor”, що означає: “Даючи світло іншим, згоряю сам”. І навіть зараз, у XXI столітті, тяжко уявити більш виразний символ самовідданої праці справжнього лікаря.

Друга особливість лікарської професії обумовлюється надзвичайною складністю і різноманітністю людського життя та варіабельністю перебігу хворобливих процесів у людини, індивідуалізацією їхніх проявів, а також надзвичайно бурхливо наростаючим потоком наукової медичної інформації, появою усе нових і нових діагностичних прийомів, у тому числі технічних, лікарських засобів тощо. Головним при цьому є науковий клінічний підхід до вивчення хворого і його хвороби, постійне самовдосконалення, розвиток клінічного мислення лікаря.

Третью особливістю професії лікаря слід вважати повсякденне здійснення ним значних за своїм суспільним значенням дій, які відповідають інтересам громадськості і які вимагають від людини особистої мужності, стійкості, готовності до самопожертви, — одне слово, її героїзм. Щоденна, здавалося б, звичайна і буденна діяльність лікаря — це постійна боротьба, яка зберігає тисячі і тисячі людських життів. Цей постійний героїзм властивий представникам різних медичних спеціальностей, але перш за все, хірургічних.

Можна назвати багато інших особливостей медичної діяльності. Але є серед них така, яку обминути ніяк не можна. Мається на увазі те, що ні в якій іншій професії помилки, недоробки чи упущення не мають таких тяжких для людини наслідків, як в медицині, оскільки за помилку або недбалість лікаря розплачується хвора людина. Ось як оцінював лікарську діяльність відомий лікар-письменник В. В. Смідович (за псевдонімом — Вересаєв) у своїх “Записках лікаря” (1901): “... Бездомна людина може замерзнути біля під'їзду ніким не зайнятої квартири, може померти з голоду під вікном булочної — і закон

байдужно відправить труп у поліцейську приймальню та обмежиться констатуванням причини смерті загиблого, власники будинку і булочної можуть бути спокійні: вони не зобов'язані бути людинолюбними і поважати страждання людство. Але якщо лікар, зморений денною працею і попередньою безсонною ніччю, відмовиться поїхати до хворого, з'являється закон і запроторює “нелюдського” лікаря у в'язницю”. Подібна ситуація переконливо свідчить про специфічне становище лікаря в суспільстві.

Доречно зазначити, що при порівнянні тих давніх проблем в медицині, оприлюднених у “Записках лікаря”, з нашими сьогоднішніми, неважко зрозуміти, що у взаємовідносинах тріади лікар-пацієнт-суспільство по суті мало що змінилось. А ось в умовах діяльності лікаря різниця справді є, у крайньому разі була до недавнього часу. Події останніх років припускають можливість повернення до приватної практики, земства, вже реальність — платна медична допомога. Ось чому “Записки лікаря” В. В. Вересаєва знову набувають своєї актуальності, особливо у тій частині, де мова йде про життя в “умовах ринку”.

Інший відомий письменник і лікар глибоких знань, яскравого таланту і безстрашної сумлінності М. П. Булгаков, звертаючись до прийдешніх поколінь, благав: “Учіться медицині, любіть її, тому що у лікарюванні не повинно бути місця для халтури, бездарностей, просто посередностей. Все-таки це ж саме святе покликання на Землі”. На жаль, у медицину потрапляють і бездарності, і посередності, і ті, що не люблять медицину і не хочуть її опановувати, оскільки вона ніколи не була їх покликанням, потребою їх душі. А тому у таких горе-спеціалістів частіше, ніж у інших фахівців, бувають різнопланового характеру недоліки, особливо морально-етичного змісту, за які звичайному медичному працівнику повинно бути дуже соромно.

На сьогодні, — писав академік М. М. Амосов (1991), — етика медиків низька... Немає доброти, милосердя, а найголовніше — немає відповідальності і навіть формальної дисципліни. Прокурорські погрози зменшились, але совість їх не замінила. В результаті авторитет професії медика і всієї медицини впав до останньої межі. Звідси розгул знахарства, шарлатанства, містики. Боротьба з ними не ведеться. Самі медики, внаслідок своєї малограмотності, також заражені цими дурницями. Наша країна хвора катастрофічним падінням моралі та розчаруванням: колишні ідеали розвалились, нові — ще не створені...”.

Підтвердженням цьому можуть бути непоодинокі відгуки колишніх пацієнтів лікувальних закладів, опубліковані у пресі. Для ілюстра-

ції наведемо кілька з них. Ось, наприклад, лист — крик душі перукаря з Одеси Є. Кітенко:

“Більшість людей боїться СНІДу та раку, а мені страшно просто захворіти — навіть на звичайну нежить, тому що більш за все на світі я боюся нашої медицини...”

Розкажу про себе. Недавно, перебуваючи у столиці, я потрапила в лікарню з приступом гострого апендициту. Страшно згадувати, як несли мене в приймальне відділення лікарні: час від часу я непритомніла від страшного болю — так санітари підкидали мене на ношах. В рентгенкабінеті лаборантка Г., що чергувала в той день замість лікаря-рентгенолога, зажадала, щоб я встала для просвічування. Чи не було це маренням? Яке там встати — жити не хотілось від болю. А оскільки я ще періодично втрачала свідомість, то їй все швидко набридло, вона виключила апарат і пішла. Так я і залишилась би лежати в темряві, але тут, на моє щастя, зглянулися санітари: “Давай, тітко, допоможемо тобі встати, а то дійсно помреш”. В цілому, минула не одна година, поки мене прооперували. А операція була термінова... Однеслово, я все-таки вижила. Але в повній безпеці я відчула себе лише тоді, коли вийшла з лікарні...

Може моя розповідь — “звичайна історія” порівняно з тим, як в Елісті і Волгограді дітей заразили СНІДом, чи в Узбекистані, де шури гризли в пологовому будинку немовля. Але ж то й то і страшно, що скільки не пишемо, не говоримо, не обіцяємо з високих трибун змінити становище, я особисто змін не бачу”.

Своїми враженнями про те, як робили аборт в одному міському пологовому будинку, ділиться гр-ка Л.:

“Спочатку про себе: мені 36 років, одружена, мати двох дітей. Скажу одразу, безкоштовного вже немає нічого... І в лікарню треба йти, як до магазину, з повним гаманцем грошей.

... Коли я увійшла в “операційну”, то не одразу зрозуміла, де перебуваю. Там було так брудно, якісь коробки в одному кутку, на них — брудні ганчірки. Крісло, на яке мені треба було лягати, — забризкане кров’ю, а я як порядна — в білих шкарпетках...

У лікаря запитую: “Пелюшку брати з собою?” Відповідь: “Так, покладіть її під голову”. Що я і зробила. Потім лікар бере шматок паперу (добре, що хоч не газетного) і кладе його під інше місце. Після такого... мені вже ні наркоз, ні новокаїн не потрібні, я перебувала в напівшикоковому стані”.

А ось тернопільські халепи. Розповідає кореспондент обласної газети “Вільне життя” Любов Рибак:

“Готуючись лягти в стаціонар протитуберкульозного диспансеру, я запаслася всім, чим могла. Звісно — криза. Звинувачувати в цьому медичний персонал було б несправедливо. Однак трапляється у них таке, без чого можна обійтися.

Послали мене в кабінет функціональної діагностики зробити кардіограму. Несміливо зупиняюсь на порозі, запитую, чи можна увійти. Із сусідньої кімнати виходить високий немолодий лікар з цигаркою в зубах і, випустивши цівку диму, сердито кидає образливі фрази, розпочинає дорікати мені, чому так рано з'явилась. Даремно стараюсь пояснити, що на дверях немає графіка роботи кабінету..

Не встигла озватися від стресу, як нова напасть. Випадково поранила пальця. Довелося підніматися поверхом вище у хірургічний відділ. Завідуючий відділом Г. розпорядився зробити перев'язку і одразу на високих тонах заявив: коли я без халата, то мене обслуговувати не будуть. А медсестра пояснювала, що халата немає. Стараюсь з'ясувати, де взяти того халата, та й навіщо він, якщо я прийшла із сусіднього відділу в спортивному костюмі. Однак зрізний голос лікаря продовжує гриміти... Не витримую і втрачаю свідомість. Коли приходжу до тями, бачу як медсестри стараються посадити мене, а Г. зверху вичитус: “Що за сцени, істерика?..”

І ось таке співчуття і така тактовність лікаря. Від перев'язки я відмовилась... Лягла у ліжко з гострим головним болем. Піднявся тиск, тряслися руки. Ковтала заспокійливі таблетки...”

Іноді навіть самі медичні працівники обурюються з приводу поведінки чи методів роботи деяких їхніх колег. Пише ветеран праці Валентина Ішук:

“Сорок років пропрацювала я медсестрою ЛОР-відділення К-ої районної лікарні. Хворію на гіпертонію. 23 січня 2002 р. увечері я відчула сильний біль за грудниною. Сусідка змряла тиск — 220 на 120. Швидка медична допомога привезла мене в приймальне відділення райлікарні. Уважно обстежила мене ургентний терапевт С. і надала допомогу. Медсестра побачила, як мені тяжко, і запропонувала лягти на місце хворої, яка на ніч пішла додому. Думаю, негарно якось займати чуже місце. Домовились, що ніч я пробуду в ЛОР-відділенні, а вранці перейду в терапію.

І ось я вже в терапії. Нічна медсестра сказала, що доповіла про мене при передачі чергування. Сиджу біля стола, чекаю. Минає півгодини, година. Бачу, вже лежить моя історія, заповнена ще вчора лікарем С.

Прийшла денна медсестра. Заходить, виходить, я сиджу. Нарешті з'явився завідуючий терапевтичним відділенням Б. Навіть не привітався, зиркнув знічів'я на мою історію хвороби і пішов. Знову

зайшов. Я сиджу як небажаний гість. Уявляєте, за півтори години ніхто слова не сказав: чого ви тут, що вам потрібно?

Усе, терпець увірвався. Піднялась. Питаю в медсестри:

— Що ж мені робити? Сиджу, сиджу... А вона байдуже:

— То лягайте.

Куди лягати, думаю, на підлогу? Чую, тиск ще більше підстрибує. Зібралася я й пішла додому. По дорозі зайшла в приватну поліклініку, де мені призначили лікування.

І все б, може, й забулось. Але... Чисто випадково дізнаюся, що в моїй історії хвороби записано, ніби я з 23 по 29 січня 2002 року пролікувалася в терапевтичному відділенні і виписали мене при доброму самопочутті. Виходить, і лікували мене, і їсти давали, і доглядали за мною?! Та ж ніхто і не поцікавився мною, та ж ніхто мене і на поріг палати не пустив. Ніхто доброго слова не сказав.

Ось така історія хвороби, а точніше — історія байдужості і обману...”

“Не хочу лікуватися у пільговика!” — відкрито і голосно заявляє Л. Петренко з м. Миколаєва і обгрунтовує свою думку: “Пільговики, з труднощами вступаючи до вищого медичного навчального закладу, як правило, погано вчаться і ледве закінчують його, оскільки людям із слабкою початковою підготовкою тяжко вчитися у будь-якому вузі...”

Я б не хотів лікуватися у лікаря — колишнього “пільговика”. Цікаво, а той, хто придумав пільги, хотів би сам лікуватися у такого “пільговика”? Єдиним критерієм при вступі до вузу повинні бути знання. Нам потрібні сильні, грамотні лікарі, а не трієчники”, — закінчує автор листа.

Те ж саме можна сказати і про більшість тих, хто навчається у медичних закладах на контрактній основі.

“... Вражає байдужість, повна відсутність людяності і співчуття окремих наших лікарів, які ніби відповідають помстою хворим за образливо низьку оплату¹ їх специфічної праці”, — пише Б. Кушнірик з Тернополя.

Звідки беруться черствість, бездушність, немилосердя і байдужість до людських страждань у деяких медичних працівників? Частково це можна пояснити (але ні в якому разі не виправдати!) “витратами виробництва”: не треба забувати, що ці люди, внаслідок своєї професії, постійно стикаються з хворобами, смертю... І з часом у них виробляється “імунітет” до співчуття, переживання тощо.

¹ За рівнем заробітної плати медицина в Україні у 2003 р. посідала 20-е місце серед 22 галузей народного господарства.

Лікар, як фахівець, формується на трьох етапах: професійний відбір, навчання, лікарська діяльність. Професійний відбір у нас не налагоджений. У медицину повинні йти ті особи, які перевірили своє покликання бути лікарем, працюючи не менше одного року нянькою, санітаркою, санінструктором, молодшою медсестрою тощо. Це і буде справжній профвідбір у медицині. У навчанні теж є свої прорахунки. Вивчається людина як організм і майже не вивчається як особистість, психічний стан якої впливає на перебіг хвороби. Отже, лікувати потрібно одночасно і тіло, і особистість. У того, хто ігнорує цю істину, неминучі конфлікти з хворими. А там, де конфлікт, — там скарги... Третій етап, де формується лікар, — практичне поле діяльності. Тут той самий недолік: недостатня увага до особистості. Вищий навчальний заклад готує лікарів, життя — фахівців.

А в узагальненому вигляді причина байдужості і черствості, неетичного поведіння окремих медичних працівників полягає в тому, що вони посіли не свою професійну нішу в суспільстві. Емоційно виснажуючись, ці люди, за термінологією українських дослідників Ірини Григи, Оксани Брижоватої, Лілії Думи та Ольги Лисенко, “вигорять”. Ось тому-то деякі лікарі швидко втрачають чутливість до скарг хворих людей.

На нашу думку, одна з причин негативізму в медицині — незнання чи погане знання більшістю медичних працівників чинного медичного та юридичного законодавства, що регулюють правовідносини в сфері охорони здоров'я. Кожний лікар, бакалавр, провізор, фельдшер, акушерка, медсестра повинні в достатній мірі орієнтуватись в сучасному законодавстві щодо охорони здоров'я в Україні, у правових питаннях лікувальної діяльності, знати свої обов'язки і права, а також пам'ятати про відповідальність за порушення норм професійної діяльності.

ПРАВОВА РЕГЛАМЕНТАЦІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ

Регламентация (від франц. *reglement* — упорядкування, розпорядження, припис) являє собою спосіб організації правового регулювання суспільних відносин шляхом надання їх учасникам суб'єктивних юридичних прав і обов'язків. Особливість правової регламентації полягає в тому, що вона виходить від держави, охороняється нею і охоплює лише певну сферу суспільних відносин (у даному випадку — медичну діяльність та охорону здоров'я).

У сферу охорони здоров'я входить комплекс суспільних відносин — медичних, фінансових, управлінських, організаційних, які регулюються різними галузями законодавства, зокрема — конституційним, адміністративним, трудовим, цивільним, господарським, кримінальним. Проте ядром охорони здоров'я є медичні відносини, які виникають між пацієнтом і медичним працівником найчастіше з приводу надання медичної допомоги.

Ці відносини регулюються певними законодавчими актами, є достатньо складними, у зв'язку з чим навіть виникла окрема галузь юридичної науки — *медичне право*. Воно являє собою систему правових норм, котрі регулюють якісно своєрідні суспільні відносини, змістом яких є здійснюваний медичними працівниками за допомогою медичних засобів вплив на фізичне та психічне здоров'я людини. Таке визначення медичного права розроблене в Одеській національній юридичній академії, де читається навчальний курс “Медичне право України”.

Основними складовими частинами медичного права є: правовий статус пацієнта; етико-правовий статус медичного працівника, зокрема — лікаря; медична допомога; трансплантація органів та інших анатомічних матеріалів людині; донорство крові та її компонентів; профілактика та лікування інфекційних хвороб; спеціальні заходи профілактики і лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД; спеціальні заходи профілактики та лікування наркоманії; медичне забезпечення репродуктивної функції людини; корекція (зміна) статі; психіатрична допомога; забезпечення населення лі-

карськими препаратами та засобами медичного призначення; біомедичні досліді з участю людини; медична експертиза, особливо судово-медична.

Медичні відносини регулюються, перш за все, головним законом держави — Конституцією України, яка у ст. 49 закріпила право кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. “Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм, — зазначено у Законі. — Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності..., забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя”. Оце і все, що сказано в Конституції України про охорону здоров'я та медицину. Тому законодавство України про охорону здоров'я та різні сфери медичної діяльності складається з окремих законів, постанов Кабінету Міністрів України, нормативних наказів Міністерства охорони здоров'я, відомчих інструкцій, які не суперечать Конституції.

Різні суб'єкти влади (Президент, комітет Верховної Ради з питань охорони здоров'я, міністерства фінансів і економіки) тлумачили термін “безоплатно” кожний по-своєму і, виходячи із свого розуміння, ухвалювали відповідні програми. У зв'язку з цим 53 народні депутати зробили запит до Конституційного суду України з приводу безоплатної медичної допомоги. У травні 2002 року найвищий суд роз'яснив, що “у статті 49 Конституції України у словосполученні “медична допомога надається безоплатно” останнє слово означає, що особа, яка отримує таку допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, не зобов'язана компенсувати її вартість у вигляді будь-яких платежів або в іншій формі незалежно від часу надання медичної допомоги”. Рішення Конституційного суду України є остаточними і не підлягають ніякому оскарженню чи перегляду.

Значення вищенаведеного рішення не в тому, що з цього часу медицина стане по-справжньому безоплатною, а в тому, що повинна змінитись стратегія вирішення державою цього питання. Вердикт Конституційного суду — це тільки шлагбаум на шляху абсолютно правильного прочитання конституції.

Встановлюючи права та обов'язки громадян, право регламентує

їхню поведінку в найбільш суттєвих для суспільства життєвих ситуаціях. Недостатнє знання може призвести до небажаних наслідків як для суспільства, так і для самої особи. Належне знання кожним лікарем своїх обов'язків і прав, відмінностей лікарської помилки чи нещасного випадку в медичній практиці від професійного правопорушення, знання норм моральної та юридичної відповідальності за нього значно допоможуть запобіганню помилки і правопорушенням медичних працівників, хоча вони і трапляються в практиці не так часто.

Першим офіційним законодавчим документом, що встановлював загальний порядок у справі регулювання професійної діяльності медичних працівників в Україні, була постанова Ради Народних Комісарів УСРР від 17 квітня 1924 року “Про правила, що регулюють професійну роботу медперсоналу”. В ній вперше були визначені основні обов'язки та права медичних працівників, порядок оперативного втручання, у тому числі при невідкладних станах і у неповнолітніх чи душевно хворих, було зазначено, які медичні документи має право видавати лікар тощо.

Чітка законодавча регламентація проведення хірургічних операцій, викладена у названій постанові, поклала край дискусіям лікарів і юристів щодо можливості виконання хірургічних операцій за життєвими показаннями у випадках неможливості отримати згоду хворого чи його батьків на операцію.

Постанова Раднаркому УСРР від 17 квітня 1924 року зіграла важливу роль у розвитку радянської охорони здоров'я. Вона дала змогу, з одного боку, упорядкувати діяльність медичних працівників, яка ґрунтувалась на нових суспільних принципах, з другого — дала основу для обговорення та наукової розробки даного питання як лікарями, так і юристами.

Ця постанова до 1971 року була в Україні основним законодавчим актом, який визначав, хто має право на отримання звання лікаря, які обов'язки та права надавались лікарям і яку відповідальність вони несли за допущені недоліки в професійній діяльності.

Треба зазначити, що рішенням за № 256 від 17 липня 1986 р. Рада Міністрів УРСР відмінила постанову РНК УСРР від 17 квітня 1924 року “Про правила, що регламентують професійну роботу медперсоналу”, за винятком пунктів 8, 15, 18 і 19 та ряду положень, які діють і нині (див. Зібрання постанов уряду УРСР. — Київ, 1986. — № 7. — Ст. 37. — С. 19 — 22). Залишився чинним, тобто не скасованим у зв'язку із введенням в дію Основ (див. нижче), ряд положень

щодо документів, які може видавати лікар, оперативного втручання у разі очевидної потреби та застосування гіпнозу.

У 1971 році Верховна Рада України ухвалила “Закон Української РСР про охорону здоров’я”, який був уведений в дію 1 жовтня відповідною постановою. Цей закон охоплював усі сторони охорони здоров’я в Україні, але мав ряд недоліків, був недостатньо систематизований, не містив чітких вказівок щодо обов’язків та прав лікарів тощо. Деякі питання охорони здоров’я в ньому не були вирішені, а окремі з них виявилися недостатньо узгодженими між собою, що ускладнювало їх застосування на практиці. З набуттям Україною незалежності та зміною соціально-економічного устрою цей закон втратив чинність.

19 листопада 1992 року Верховна Рада України затвердила новий закон “Основи законодавства України про охорону здоров’я” (далі — Основи) та постанову про введення їх у дію. Цей документ значно відрізняється за своїм змістом і суттю від вищенаведених. Основи визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров’я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їхнє здоров’я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості.

У ст. 1 цього Закону підкреслено, що законодавство України про охорону здоров’я базується на Конституції України і складається з цих Основ та інших прийнятих відповідно до них актів законодавства, що регулюють суспільні відносини у галузі охорони здоров’я.

Помітною особливістю нового законодавства про охорону здоров’я є юридичне закріплення досягнутих в Україні успіхів в охороні здоров’я населення та подальшого зміцнення законності в цій галузі суспільних відносин. Особливості лікарської діяльності, заснованої на взаємній довірі хворої людини та лікаря, якому ця людина довіряє своє здоров’я, а часто і життя, породили особливі обов’язки і права медичних працівників як у морально-етичному, так і юридичному відношенні.

Основи законодавства України про охорону здоров’я від 1992 року звели воедино та упорядкували існуючі раніше численні і розрізнені правові акти, зокрема, щодо професійних обов’язків, прав, пільг і відповідальності медичних та фармацевтичних працівників. Вирішено ряд принципових питань з урахуванням сучасного стану охорони

здоров'я в Україні, викладено основні його принципи. Підкреслено, що охорона здоров'я — це загальний обов'язок суспільства та держави, а не тільки медичних, фармацевтичних працівників чи медичних лікувально-профілактичних закладів.

Незважаючи на сучасний зміст Закону та його новизну, Основи не позбавлені недоліків, а тому протягом 1993 — 2000 років окремі їхні положення змінювались і доповнювались певними законами України чи Декретом Кабінету Міністрів України. У подальшому тексті ці зміни чи доповнення враховані.

Серед інших законодавчих актів, що регламентують професійну діяльність в галузі медицини та охорони здоров'я, слід назвати укази Президента України від 7 грудня 2000 року “Концепція розвитку охорони здоров'я населення України”, від 8 серпня 2000 року “Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України”, закони України: від 12 грудня 1991 року “Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення”, від 24 лютого 1994 року “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”, від 15 лютого 1995 року “Про заходи проти дії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними”, від 23 червня 1995 року “Про донорство крові та її компонентів”, від 4 квітня 1996 року “Про лікарські засоби”, від 16 липня 1999 року “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини”, від 22 лютого 2000 року “Про психіатричну допомогу”, від 6 квітня 2000 року “Про захист населення від інфекційних хвороб” та інші, а також підзаконні нормативно-правові акти (накази Міністерства охорони здоров'я, затверджені ними положення, інструкції; умови, типові положення; постанови Кабінету Міністрів та затверджені ними правила, переліки тощо).

Проаналізувати всі їх хоча б коротко в даній праці немає змоги і в цьому немає потреби, оскільки вони стосуються, як видно з вищенаведених назв, спеціальних, іноді вузько професійних, питань медичної діяльності, в тому числі медичних оглядів працівників певних категорій, профілактичних щеплень, наркологічних оглядів, біомедичних дослідів з участю людини, корекції (зміни) статі, забезпечення населення ліками та засобами медичного призначення, атестації медичних працівників і т. д. Суттєві положення деяких з вищеназваних нормативно-правових актів наведені у главі 7 при висвітленні відповідальності медичних та фармацевтичних працівників за конкретні професійні правопорушення, без чого важко зрозуміти їхню сутність.

ОБОВ'ЯЗКИ ТА ПРАВА ЛІКАРІВ ЗА СУЧАСНИМ ЗАКОНОДАВСТВОМ

Важливою умовою плідної праці будь-якого фахівця є його чітке уявлення про коло своїх обов'язків і надані йому права. Головні обов'язки і права медичних та фармацевтичних працівників викладені у ст. ст. 77 і 78 Основ. Проте деякі з них зазначені в інших статтях цього правового документа, а також впливають з інших актів України, зокрема із Закону “Про судову експертизу”, з окремих статей Карно-процесуального Кодексу України тощо. Якщо узагальнити і звести до купи найважливіші питання законодавства України щодо обов'язків і прав лікарів, що містяться у різних статтях Основ та у різних документах, то їх можна викласти так.

Обов'язки лікаря:

- сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, подавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу;
- безоплатно подавати першу невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку, гострого захворювання чи перебування хворого у критичному для життя стані та в інших екстремальних ситуаціях;
- своєчасно і кваліфіковано обстежити і лікувати пацієнта;
- пояснити пацієнтові стан його здоров'я, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання;
- застосовувати у медичній практиці методи профілактики, діагностики і лікування та лікарські засоби, дозволені МОЗ України;
- дотримувати вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю¹;
- постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності;
- подавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я;
- поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, в тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя;

¹ Про її зміст та відповідальність за незаконне розголошення див. главу 4.

- виконувати обов'язки спеціаліста чи експерта за пропозицією органів дізнання, попереднього слідства, прокуратури чи суду у випадках, передбачених Карно-процесуальним Кодексом України, особливо при зовнішньому огляді трупа на місці його виявлення (цей обов'язок випливає з вимог ст. ст. 75, 77, 128¹ та 192 КПК України);
- здійснювати інші обов'язки, передбачені законодавством України.

Права та пільги лікаря:

- займатися медичною діяльністю відповідно до спеціальності та кваліфікації, працювати на керівних адміністративно-лікарських посадах;
- виконувати всі оперативні втручання та проводити гіпноз, застосовувати наркоз і часткову анестезію, вакцини та сироватки, а також нові, науково обґрунтовані, але ще не допущені до загального застосування методи діагностики, профілактики, лікування та лікарські засоби. Застосовувати гіпноз для лікувальної і наукової мети дозволяється тільки лікарям і тільки у відповідних лікувальних закладах, а приватним лікарям — з дозволу МОЗ України, інакше гіпноз може бути використаний, у принципі, і в некорисних цілях. Це можна проілюструвати таким прикладом.

Якось французькі психологи здійснили цікавий експеримент. У стан глибокого гіпнозу ввели жінку, вклали їй у руку ніж і наказали: “Йди в сусідню кімнату. Там на кушетці лежить чоловік, загорнутий у простирадло. Підійди, удар його ножем і повертайся, не витягуючи ножа”. Загіпнотизована не знала, що в простирадлі було опудало. Але після незначної заминки ударила ножем у “тіло”. Прокинувшись, жінка нічого не пам'ятала, але щось почало її мучити. Звернувшись до гіпнотизера, який знову ввів її у стан сну і показав, що на кушетці було опудало, а не людина. Стан тягучої напруги минув;

- відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення;
- взяти від пацієнта письмове підтвердження про його відмову від лікування, а при неможливості його одержання — засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків;
- видавати такі документи: довідку про хворобу, про лікування або стан здоров'я особи, яку він лікував; довідку про народження дитини; довідку (лікарське свідоцтво) про смерть. Щодо видачі листка тимча-

сової непрацездатності, то у ст. 41 Основ це право чітко не окреслене і викладене так: “На період хвороби з тимчасовою втратою працездатності громадянам надається звільнення від роботи з виплатою у встановленому законодавством України порядку допомоги по соціальному страхуванню”.

Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, встановлений наказом МОЗ України № 455 від 13 листопада 2001 року, яким затверджена відповідна інструкція. В ній зазначено, що тимчасова непрацездатність працівників засвідчується листком непрацездатності. Його *мають право* видавати: лікуючі лікарі державних і комунальних закладів охорони здоров’я, стаціонарів протезно-ортопедичних установ системи Міністерства праці та соціальної політики України, туберкульозних санаторіїв, фельдшери у місцевостях, де відсутній лікар, а також на плаваючих суднах (список цих фельдшерів повинен затверджуватись щороку органами охорони здоров’я). *Не мають права* видачі листків непрацездатності: лікарі станцій (відділень) швидкої медичної допомоги, станцій переливання крові, закладів судово-медичної експертизи, бальнеогрязелікувальних, косметологічних та фізіотерапевтичних лікарень і курортних поліклінік, будинків відпочинку, туристичних баз, зубопротезних поліклінік (відділень) санітарно-профілактичних закладів, приватних закладів охорони здоров’я, приватні лікарі, лікарі лікувально-профілактичних закладів усіх форм власності при косметологічних втручаннях без медичних показань;

- використати будь-який наявний транспортний засіб для проїзду до місця перебування хворого з метою надання йому невідкладної допомоги або транспортування його в найближчий лікувально-профілактичний заклад;

- мати належні умови професійної діяльності;

- підвищувати кваліфікацію, проходити перепідготовку не рідше одного разу на п’ять років у відповідних закладах та установах;

- вільно вибирати апробовані форми, методи і засоби діяльності, впроваджувати в установленому порядку сучасні досягнення медичної та фармацевтичної науки і практики;

- безоплатно користуватись соціальною, екологічною та спеціальною медичною інформацією, необхідною для виконання професійних обов’язків;

- обов’язково страхуватися за рахунок власника закладу охорони здоров’я у разі заподіяння шкоди його життю і здоров’ю у зв’язку із

виконанням професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством;

- отримувати соціальну допомогу з боку держави у разі захворювання, каліцтва або в інших випадках втрати працездатності, що настала у зв'язку із виконанням професійних обов'язків;

- отримувати у державних закладах охорони здоров'я середню ставку і посадовий оклад на рівні, не нижчому від середньої заробітної плати працівників промисловості. Дія цього пункту прав лікаря була зупинена Декретом Кабінету Міністрів України у кінці грудня 1992 року. Незважаючи на те, що чинність зазначеного положення відновлена згідно із Законом України від 23 вересня 1994 року, заробітна плата лікарів залишається низькою, на попередньому рівні. Вимоги закону не виконуються через несприятливі економічні умови в країні;

- мати скорочений робочий день і додаткову оплачувану відпустку у випадках, встановлених законодавством;

- безоплатно користуватися квартирою з опаленням і освітленням тим, хто проживає в сільській місцевості, мати пільги щодо сплати земельного податку, кредитування, обзаведення господарством і будівництва власного житла, придбання автотранспорту;

- одержувати першочергово лікувально-профілактичну допомогу і забезпечуватись лікарськими та протезними засобами;

- створювати наукові медичні товариства, професійні спілки та інші громадські організації;

- користуватись пільговими умовами пенсійного забезпечення і пільговим отриманням житла та забезпечення телефоном;

- захищати в судовому порядку професійну честь та гідність.

Законодавством України можуть бути передбачені й інші права та пільги для медичних і фармацевтичних працівників. На них також можуть поширюватись пільги, що встановлюються для своїх працівників підприємствами, установами і організаціями, яким вони надають медико-санітарну допомогу.

Із вищенаведеного переліку численних прав і пільг медичних працівників, передбачених українським законодавством, видно, що частина з них, на жаль, лише задекларована, оскільки фактично не діє, не виконується чи ігнорується. В країні не вироблені ефективні форми і міри відповідальності за невиконання державних законів. Не отримуючи певних прав, лікар не може іноді належним чином виконувати покладені на нього обов'язки, що в конкретному випадку

може стати суб'єктивною причиною його неправильних чи неправомірних професійних діянь.

Ситуація, що склалася в Україні в галузі охорони здоров'я, змусила III Пленум ЦК профспілки працівників охорони здоров'я прийняти рішення про проведення Всеукраїнської акції протесту. У своєму “Зверненні до медичної громадськості України” пленум ЦК профспілки зазначив, зокрема, що відсутність реальних механізмів забезпечення правової та соціально-економічної захищеності працівників охорони здоров'я не лише знизила рівень суспільного визнання професії медика, а й принизила його гідність, знецінила його працю, більше того — поставила під загрозу здоров'я і життя громадян України. А введення з 1 липня 2002 року мінімальної заробітної плати у розмірі 165 гривень без збереження міжпосадових співвідношень в оплаті праці зрівняло заробітні плати фахівців-медиків і працівників галузі, які не мають вищої освіти. Таким чином, практично знецінилася праця медичної сестри (її посадовий оклад становить 165 гривень) та лікаря (посадовий оклад лікаря-початківця — 190 гривень). Неодноразові спроби галузевої профспілки розв'язати ці проблеми з урядом України не дали бажаних наслідків. У зв'язку з цим і було прийнято рішення провести Всеукраїнську акцію протесту профспілки працівників охорони здоров'я, яка відбулася 12 липня 2002 року у вигляді пікетування Кабінету Міністрів та Верховної Ради України, на місцях — пікетування органів державної влади; у закладах та установах охорони здоров'я проведені мітинги, скрізь — за участю представників трудових колективів закладів та установ охорони здоров'я усіх регіонів України.

Реагуючи на зазначену акцію протесту, президент України у липні 2002 року підписав доручення, яким зобов'язав прем'єр-міністра та органи виконавчої влади вжити заходів, спрямованих на підвищення з 1 січня 2003 року заробітної плати працівникам держзакладів і підприємств охорони здоров'я. Доручено було також вирішити питання про відновлення міжпосадових співвідношень в оплаті праці медичних працівників.

В останні роки ситуація із заробітною платою медичних працівників покращується. позитивні зрушення в цьому питанні все таки є. Не такі, як хотілося б, але навіть ці кроки вселяють надію. (Для порівняння: за даними архівних статистичних звітів Київської і Чернігівської губерній у кінці XIX ст. середній оклад земського лікаря становив 75-78 рублів при ціні буханця хліба 1 коп., а 1 кг м'яса — 25 коп.

Слід особливо підкреслити, що в Основах вперше за всю історію розвитку охорони здоров'я в Україні законодавчо закріплено те, що лікарю чи іншому медичному працівникові *заборонено* робити, а саме:

- будь-яке медичне втручання, яке може викликати розлад генетичного апарату людини (ст. 29). Це зроблено в інтересах збереження генофонду народу України, запобігання демографічній кризі, забезпечення здоров'я майбутніх поколінь і профілактики спадкових захворювань;

- проводити без спеціального дозволу МОЗ України розраховані на масову аудиторію лікувальні сеанси та інші аналогічні заходи з використанням гіпнозу та інших методів психічного або біоенергетичного впливу (ст. 32);

- проводити науково-дослідний експеримент на хворих, ув'язнених або військовополонених, а також терапевтичний експеримент на людях, захворювання яких не має безпосереднього зв'язку з метою досліджу (ст. 45);

- здійснювати еутаназію, тобто навмисно прискорювати смерть або умертвляти невиліковно хворого з метою припинення його страждань (ст. 52). Тут доречно зазначити, що першою в світі країною, де офіційно дозволено з 2001 року еутаназія, стали Нідерланди (неофіційна назва — Голландія), де вона нелегально практикувалась з 1973 року. Закон Нідерландів дозволяє еутаназію при умові “нестерпних страждань при невиліковній хворобі”, тільки при наявності добровільного письмового прохання пацієнта. Рішення приймається виключно після повторного медичного обстеження комісією в складі лікаря, юриста і спеціаліста з етики. Для хворих у віці до 16 років, крім того, необхідна ще й згода батьків. Другою після Нідерландів країною світу, де узаконено “вбивство з жалості”, стала з 2002 року Бельгія. Вимоги бельгійського закону про еутаназію, як і в Нідерландах, досить жорсткі. У Бельгії еутаназія не буде застосовуватись до неповнолітніх хворих, і після письмового прохання та його виконанням повинен минути не менше, як один місяць часу. Сотні тисяч жителів названих країн протестують проти прийнятих законів, оскільки вони відкривають як для медичних працівників, так і для пацієнтів широкі можливості для зловживання;

- рекламувати у будь-яких формах тютюнові вироби, алкогольні напої та інші товари, шкідливі для здоров'я людини. Така була початкова редакція другої частини ст. 32 Основ, прийнятих

у 1992 році. Однак, Закон України від 14 лютого 1997 року змінив цей текст на такий: “В Україні проводиться державна політика обмеження куріння та вживання алкогольних напоїв. Реклама тютюнових виробів, алкогольних напоїв та інших товарів, шкідливих для здоров’я людини, здійснюється відповідно до Закону України “Про рекламу”.

Отже, сучасне законодавство про охорону здоров’я в Україні чітко визначає основні обов’язки та права медичних працівників, забороняє певні види діяльності. Їх знання створює необхідну передумову для формування глибокої поваги до закону, а правова обізнаність лікарів сприяє утвердженню у практиці повсякденного життя їхніх високих моральних якостей та запобіганню негативним наслідкам лікарської діяльності.

ЛІКАРСЬКА ТАЄМНИЦЯ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ЇЇ НЕЗАКОННЕ РОЗГОЛОШЕННЯ

Соціальне і медичне ставлення до професійної таємниці розвивалось історично. Питання про медичну таємницю без сумніву виникло разом з появою медицини. Дотримання лікарської таємниці передбачалось у глибокій давнині, зокрема у знаменитій клятві Гіппократа сказано: “Що би при лікуванні — а також і без лікування — я не побачив або не почув стосовно життя людського з того, чого не слід будь-коли розголошувати, я замовчу про те, вважаючи подібні речі таємницею”.

Жодне деонтологічне поняття не зазнало стільки впливів і змін, як лікарська таємниця. Якщо у давнину і навіть в ближчі до нас часи дотримання лікарської таємниці було абсолютним відносно всього, що ставало відомим лікарю (у зв'язку з чим медицину називали мистецтвом мовчання), то в наші дні моральні і правові відхилення від дотримання правил лікарської таємниці примножились.

Лікарська таємниця — це обов'язок лікаря та інших медичних чи фармацевтичних працівників не розголошувати і не сприяти розголошенню відомостей про хворобу, інтимне і сімейне життя пацієнта, отриманих ними під час професійної діяльності (обстеження хворого, його лікування, догляду тощо). Збереження лікарської, і взагалі медичної, таємниці передбачено ст. ст. 40 і 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я від 1992 року та клятвою лікаря.

Втаємничені відомості можуть бути двоякого роду:

- відомості про хворого, отримані медичним працівником від хворого під час його обстеження або в процесі лікування, які не підлягають розголошенню в суспільстві;
- відомості про хворого, які лікар не повинен повідомляти хворому, наприклад, про несприятливий наслідок захворювання (так звана “благородна неправда”). Лікар не має права не інформувати хворого та його близьких про інфекційні, венеричні хвороби, про ряд психічних захворювань, враховуючи їх можливу небезпеку для оточуючих.

Будь-яка хвороба, особливо зв'язана із порушенням якихось функцій організму або працездатності, завдає хворому не тільки фізичного болю чи неприємних відчуттів, але й виводить його з певної рівнова-

ги. Хворі по-різному ставляться до свого захворювання і викликаного хворобою стану: одні намагаються приховати від інших свою хворобу і стан здоров'я, інші поринають у хворобу, а дехто, навпаки, намагається використати будь-який привід, щоб з ким-небудь поговорити про свої недуги. Але це право “розпоряджатися” за власним розсудом оцінкою свого здоров'я і давати про це інформацію іншим особам належить тільки самому хворому. Недотримання лікарської таємниці медичними працівниками чи іншими особами наносить хворому психічну травму і може призвести до тяжких наслідків, в тому числі до самогубства. Тому медичні і фармацевтичні працівники зобов'язані пам'ятати і суворо дотримуватись прийнятої на себе і визначеної законом відповідальності за збереження лікарської таємниці.

Перш за все, не підлягають розголошенню у суспільстві відомості про те, що у певної особи при її медичному обстеженні, профілактичному огляді чи випадково виявлена якась хвороба. Більшість громадян не бажає, щоб про їх захворювання знали сусіди, друзі, знайомі, товариші по роботі, іноді — навіть родичі чи рідні. Особливо це стосується венеричних, онкологічних, гінекологічних, урологічних, психічних, деяких інфекційних хвороб, туберкульозу, вад, вагітності, штучного абортів тощо. І з цим необхідно рахуватись.

Лікарю не становить великих труднощів, — і він іноді вважає це своїм законним правом, — розповісти хворому все те, що він тільки припускає (і нерідко помилково!) про здоров'я свого пацієнта, зовсім не задумуючись про його загострене сприйняття слів лікаря.

Наприклад, талановитий актор Є. Євстигнєєв за домовленістю потрапив у Лондонську клініку відомого кардіолога Террі Льюїса для обстеження і лікування. 4 березня 1992 року призначили коронарографію. Лікар прийшов до Євстигнєєва в палату з аркушем паперу: “Ось ваше серце, в ньому чотири судини. Три з них забиті повністю, а четверта — на 90 %. Ваше серце працює тільки тому, що в одній судині є 10 % отвору”. Євстигнєєв увесь похолов. На екрані монітору, до якого він був підключений, замість звичайної кардіограми з'явилась пряма лінія. Настала клінічна смерть... Він помер зразу після того, як йому намалювали його серце і сказали: ось так ви можете вмерти. Він уявив собі смерть і увійшов у неї, як у чергову роль. Врятувати його не вдалося.

Вважаємо, що в даному випадку лікар не врахував обсягу інформації, яку можна було повідомити хворому, виходячи з правил дотримання лікарської таємниці, а також особистість хворого.

П. Ю. Бейлін (1982) наводить такі рядки одного з листів: “Матір мою відвідав консультант-невропатолог, — пише син хворої К., — його цікавили нервові ускладнення хвороби. І коли мати запитала, що її чекає в майбутньому, він відповів: “Чого ви мене питаєте? Запитайте в онколога”. Мати все зрозуміла. Ми старанно приховували від неї діагноз, у цьому нам допомагали лікарі і медичні сестри. А ось невропатолог своїм необережним, непродуманим словом звів нанівець усі наші зусилля. Проводжаючи його до дверей, я попросив більше не відвідувати матір...”

Тяжкохвора мати К. мала за давнину пухлину — навіщо завдавати їй ще й морального удару? Який у цьому сенс? Щоб отруїти решту днів? Чи гуманно це? Правильно діяли і син, і лікарі, і сестри, які оберегали жінку від психічної травми. А необдуманий вчинок невропатолога гідний лише осуду.

Частина хворих сама домагається правди, настійно, хоча й з острахом в очах. Висувають при цьому різні причини: хочуть ощадливо скористатись залишком часу, завершити найважливіші справи, забезпечити дітей. А коли домагаються свого, впадають у депресію, і не вистачає вже сил завершити справи.

Правда — поняття не однозначне, дуже суб’єктивне. правда у кожного своя. лікарська правда відрізняється від правди в загальноприйнятому розумінні. говорячи з хворим, лікар не повинен поводитися, як свідок у суді, — “говорити правду, тільки правду і нічого, крім правди”. І не повинен поводитись, як суддя: оголошувати вирок. правда не існує заради правди. Є і таке її визначення: правда — це невікрита брехня. Вона має служити життю, не породжувати відчай. вона має бути ліками, а не отрутою.

Не можна вважати замовчування діагнозу обманом. Це не обман і не хитрощі. Адже не призначаються ліки, які завдають шкоду. А чому ж можна користатися шкідливими засобами в галузі психології? Те, що корисно хворому, те і є правдою.

Наприклад, відомий такий історичний факт. До знаменитого німецького хірурга Теодора Більрота звернувся за допомогою його вчитель — видатний російський хірург М. І. Пирогов. Хоча Більрот переконався в тому, що у М. І. Пирогова розвинулась злоякісна пухлина верхньої щелепи, він рішуче висловився проти цього діагнозу і не рекомендував оперативного лікування, враховуючи ослаблений організм і похилий вік свого пацієнта. Такий висновок Т. Більрота значно підняв настрій М. І. Пирогову. Він повернувся у Вишеньку до по-

сильної праці, улюблених занять, хоча ракова пухлина продовжувала підточувати сили геніального хірурга і стала причиною його смерті.

У збереженні лікарської таємниці однаково зацікавлені обидві сторони: і лікар, і хворий, оскільки сенс гарантування необхідності збереження лікарської таємниці має на увазі створення умов для збереження ефективної діагностики, а отже, і правильного лікування хворого, для його щиросердечності і довіри до лікаря. Лікар зацікавлений в отриманні від хворого найбільшого обсягу відомостей, що стосуються його захворювання, життя, звичок тощо. Хворий охоче повідомить лікарю всі відомості, які його цікавлять, якщо буде переконаний в тому, що вони не будуть розголошені.

Оскільки одним із обов'язків лікаря, що впливає зі ст. 39 Основ, є його обов'язок “пояснити пацієнтові стан його здоров'я, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі наявність ризику для життя і здоров'я”, а також у зв'язку з тим, що цією ж статтею закону тепер пацієнту надано право “знайомитися з історією своєї хвороби та іншими документами, що можуть слугувати для подальшого лікування”, то між зазначеними положеннями законодавства і необхідністю збереження лікарської таємниці неначе виникає певне протиріччя чи неузгодженість. Насправді його не повинно бути. Тому в третій частині ст. 39 Основ передбачено, що “в особливих випадках, коли повна інформація може завдати шкоди здоров'ю пацієнта, лікар може її обмежити. В цьому разі він інформує членів сім'ї або законного представника пацієнта, враховуючи особисті інтереси хворого. Таким же чином лікар діє, коли пацієнт перебуває в неприйнятному стані”.

І все ж треба визнати, що у важливому деонтологічному питанні збереження лікарської таємниці ще існують деякі неясності. Що саме слід вважати порушенням лікарської таємниці, тобто якому колу осіб допустимо, а якому недопустимо передавати медичну інформацію? У якій мірі лікар може і зобов'язаний інформувати рідних, близьких, товаришів по роботі хворого про тяжкість його стану і прогноз хвороби? Про які діагнози можна, а про які не слід повідомляти близьким хворого тощо?

Ці питання далеко не позбавлені сенсу, оскільки від їх правильного вирішення іноді залежить доля, а часом і життя хворої людини. У медицині є багато прикладів того, як зайва інформація, передана лікарем родичам чи співпрацівникам хворого на венеричну хворобу,

призводила до сімейних драм чи службових конфліктів. тому в кожному випадку перед лікарем стає проблема про межі таємниці, міру інформації, спосіб її передачі тощо. На жаль, йому доводиться поклатися лише на свої інтуїцію та досвід.

Друга частина ст. 40 Основ наголошує, що “при використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути збережена анонімність пацієнта”.

Лікар, інший медичний чи фармацевтичний працівник повинні зберігати професійну таємницю лише в тих випадках, коли від цього не зазнають шкоди держава чи суспільство. Лікар зобов'язаний повідомляти органам охорони здоров'я чи органам слідства про виявлені ним гострозаразні хвороби (в тому числі венеричні), про отруєння, вбивства, самогубства, нанесення тяжких тілесних ушкоджень, кримінальний аборт тощо. Повідомлення цих даних зацікавленим державним закладам здійснюється в інтересах суспільства, в інтересах охорони здоров'я населення, дотримання законності та боротьби зі злочинністю. Керівники закладів охорони здоров'я *зобов'язані* за допомогою слідчих органів, прокуратури чи суду давати необхідні відомості, оригінали чи копії медичних документів, повідомляти *про хворобу* (а не будь-які інші відомості про хворого, наприклад, про його особисте чи сімейне життя тощо). Таке “розголошення” лікарської таємниці є законним.

Як окремий вид правопорушення, розголошення лікарської таємниці в Карному кодексі країни до останнього часу було відсутнім, тобто не складало злочину і не каралось у кримінальному порядку. Винні у розголошенні лікарської таємниці підлягали дисциплінарній відповідальності чи громадському осуду.

Надаючи великого значення важливості збереження лікарської таємниці та враховуючи тяжкі наслідки, які іноді настають після її розголошення, новий Карний кодекс України, що набрав чинності 1 вересня 2001 року, передбачає *кримінальну* відповідальність за незаконне розголошення лікарської таємниці. У статті 145 цього кодексу, яка називається “Незаконне розголошення лікарської таємниці”, зазначено: “Умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки, — карається штрафом до 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами до 240 годин, або позбавленням права обі-

їмати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до 3 років, або виправними роботами на строк до двох років”.

Злочином вважається лише умисне і незаконне розголошення лікарської таємниці, незалежно від способу, у який вона набула розповсюдження. Його суб'єктом може бути не тільки лікар чи інший медичний або фармацевтичний працівник, але й будь-яка посадова особа, якій стали відомі певні дані про хворого у зв'язку з її професійною чи службовою діяльністю і яка ці відомості поширила або сприяла такому поширенню. Відповідальність за цією статтею КК України настає тільки при умові, що таке діяння спричинило тяжкі наслідки, до яких належать смерть, самогубство потерпілої особи, психічне захворювання, що були спричинені діями лікаря та ін. Смерть або вилікування хвороби не може служити законною причиною розголошення лікарської таємниці.

Протиправне розголошення лікарської таємниці може бути здійснене як навмисно, так і через необережність. *Намір* винного може бути прямим і непрямим (скісним), а необережність у вигляді самовпевненості чи недбалості (докладно про це див. у гл. 7). Наприклад, медичний працівник розповів сусіду відомості про інтимне життя хворого (їх загального знайомого), бажаючи похвалитися своєю обізнаністю. Це — прямий намір. Два медичних працівники голосно обговорюють в громадському транспорті результати спільного обстеження хворого з подробицями, які являють собою лікарську таємницю, внаслідок чого вона стає відомою іншим пасажиром. Це — непрямий намір. Лікар попросив пацієнта, який щойно був у нього на прийомі, віднести з кабінету в реєстратуру амбулаторні карти своїх хворих, сподіваючись, що через нерозбірливість написаного і наявність у коридорі інших пацієнтів, він не буде їх читати. Проте пацієнт, переглянувши прізвища на амбулаторних картах, знайшов знайоме йому і прочитав зміст записів і діагнози. Це — необережність лікаря у вигляді самовпевненості. Лікар чи палатна медсестра через легковажність залишили в коридорі лікарні історії хвороби і з ними знайомляться хворі, сторонні особи. Це — необережність медпрацівників у вигляді їх недбалості.

Обов'язок збереження лікарської таємниці цілком стосується і студентів медичних навчальних закладів, які навчаються в клініках, лікарнях і в процесі занять знайомляться з відомостями, які складають лікарську таємницю.

Цю главу доречно буде ілюструвати і таким прикладом.

У жовтні 2002 року 26-річна Наталя Д. у м. Галичі, що на Івано-Франківщині, народила дочку. Невдовзі їй повідомили, що вона заражена ВІЛ-інфекцією. Місцеві жителі дізналися про її біду раніше за неї і почали поширювати “новину”. А через місяць з’ясувалось, що Наталя і всі члени її сім’ї здорові. Сталося це так.

З другою вагітністю Д. стала на облік у жіночій консультації ЦРЛ своєчасно, періодично здавала кров на аналізи. Результатами не цікавилась, оскільки почувала себе добре. За два тижні до пологів лягла у лікарню, тому що вважала, що переносить вагітність, внаслідок чого попросила зробити кесарів розтин. Операція пройшла успішно і на восьмий день її з дитиною виписали із стаціонару. Через кілька днів вона зайшла у лікарню отримати довідку про народження дитини. Зав. гінекологічним відділом сказала Наталі, що в неї “не дуже добрий аналіз крові” і звеліла звернутись в обласну санстанцію з метою повторного аналізу крові.

В обласній СЕС, де проводять аналізи крові на СНІД, її зустріла зав. лабораторією К., яка зразу мовила: “А, ти ВІЛ-інфікована, я знаю”, і назвала прізвище Наталі, хоча всі аналізи крові на СНІД із лікарень приходять в облСЕС за номерами. Наталя надто здивувалась цьому, проте К. продовжила: “А ти що, не знала? Цікаво! Ти думаєш, чому тобі робили кесарів розтин? — Тому, що ти інфікована!”

В облСЕС веліли приїхати й чоловіку Наталі, у якого аналіз на ВІЛ-інфекцію виявився негативним. Проте медики не сумнівались у хворобі Наталі Д. Їй пояснили, що необхідно припинити годування дитини груддю, поставити її на облік й оформляти інвалідність, написати заяву в міліцію, що вона знає про свою хворобу і зобов’язується ні з ким не мати статевих зносин без попередження партнера про її ВІЛ-інфекцію.

Наталя та її чоловік опинилися у надзвичайному стані: Наталя зіджувала молоко і зливала його в каналізацію, немовля заливалося від крику, на вулицю вийти було неможливо, сусіди не віталися, при її появі в магазині покупці тут же виходили. Про цю сім’ю “смакували” на всіх перехрестях. У дитячому садочку, який відвідував їх син, батьки почали вимагати, щоб забрали з групи “снідоносця”. Молодечка відмовилась продавати їм молоко для дитини. Чутки про те, що Наталя Д. хворіє на СНІД, поширилися по всьому районі. Не витримавши напруги, чоловік Наталі намагався повіситися у власному хлівчику для дров. Його врятувала мати, котра випадково заглянула у цей хлівчик.

Згодом зав. лабораторією облСЕС пояснила, що послала аналізи Наталі Д. у Київ і звітти надійшла ВІЛ-негативна відповідь. Потім подружжя Д. пройшло відповідні тести у м. Львові, які підтвердили, що у них ВІЛ-інфекції немає.

Хто ж розголює лікарську таємницю? Лікуючий Наталю Д. лікар Б. сказав, що у серпні 2002 року сталося “невелике” непорозуміння: медсестра з маніпуляційного кабінету переплутала пробірки з двома пробами крові. Кров узяли повторно і на наступний день стало відомо, що Наталя Д. здорова. 5 листопада 2002 року його викликали в райсанепідстанцію, де головний лікар сповістив присутнім (було 7 осіб), що в ЦРЛ народила ВІЛ-інфікована жінка і назвав її прізвище. Начмед ЦРЛ вважає, що лікарню звинувачують у розголошенні лікарської таємниці безпідставно. А її головний лікар висловив навіть припущення, що основним джерелом пліток стала... сама Наталя Д. (?!).

Подружжя Д. подало в районний суд позов на суму 900 тис. гривень для відшкодування матеріальних і моральних збитків у зв'язку із розголошенням лікарської таємниці. Їх адвокат заявив, що має чіткі докази того, хто конкретно причетний до розголошення лікарської таємниці. Кримінальна справа за ознаками ст. 145 КК України в даному випадку не була порушена тільки тому, що це розголошення не викликало у Наталі Д. тяжких наслідків.

Наведений приклад повинен стати добрим уроком медичним працівникам не тільки Галицького району чи Івано-Франківської області, але й усій Україні.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Стародавня іранська мудрість гласить, що у лікаря є три основні засоби: слово, рослина і ніж. Тільки у тому випадку, коли безсилі перші два засоби, лікарі вправі скористатись третім. А видатний швейцарський лікар Парацельс у свій час писав, що "хірургом бути неможливо, якщо не бути лікарем, хірург з лікаря народжується."

Згідно з отриманою вищою медичною освітою лікар має право виконувати хірургічні операції, активно втручатися в організм хворого для його лікування чи врятування життя. Але кожний лікар повинен добре запам'ятати собі, що він не зобов'язаний робити навіть найменшу чи найпростішу операцію, якщо до її виконання не підготовлений. Для чого тоді існує таке право лікаря? Воно надається йому для того, щоб залежно від умов, коли йдеться про необхідність рятувати життя хворій людині, лікар, не вагаючись і не побоюючись юридичних наслідків, міг застосувати всі свої знання та практичні навички аж до оперативного втручання (наприклад, виконати трахеостомію, перев'язати кровоточиву судину, зробити вишкрібання порожнини матки з метою зупинити кровотечу тощо). Іноді — для того, щоб зацікавлені особи не могли зробити докір лікарю і картати його за те, що він не все зробив, щоб запобігти смерті.

Ю. Д. Сергеев (1988) посилається на результати спеціально проведеного соціологічного дослідження, які з переконливістю свідчать про те, що багато представників хірургічних спеціальностей недостатньо знають і не завжди правильно трактують ряд правових норм, що регулюють їх професійну діяльність. У зв'язку з цим проведемо короткий аналіз сучасного законодавства України з правової регламентації питань хірургічного втручання, спрямованого на збереження здоров'я і життя громадян.

У ст. 42 "Основ законодавства України про охорону здоров'я" (1992) наголошено, що "медичне втручання (застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини) допускається лише в тому разі, коли воно не може завдати шкоди здоров'ю пацієнта". Медичні працівники, клініцисти

покликані не просто вивчати і знати природні та патологічні процеси, що відбуваються в організмі людини, але й активно впливати на них, в тому числі за допомогою хірургічних методів. При цьому кожний лікар повинен обов'язково керуватися одним з найважливіших положень медичної деонтології “Non nocere!” (Не нашкодь!). Цей принцип медицини, як бачимо, зафіксований у нашому законодавстві. Щодо хірургічного втручання, то загальна формула для вибору показань і методу оперативного лікування повинна бути такою: небезпечність операції не повинна перевищувати небезпечності самого захворювання.

У тій же статті Основ зазначено, що “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”. Тобто, “з двох бід вибирають меншу”.

Ризик — це дія на удачу, сподіваючись на щасливий, сприятливий наслідок. Медицина належить до тієї сфери діяльності, де ризик у певній мірі присутній при будь-якому виді надання медичної допомоги.

Карний кодекс України поділяє ризик на виправданий і на невинуватий. Ризик визнається виправданим, якщо мети, що була поставлена, не можна було досягти в даних обставинах дією (бездіяльністю), не поєднаною з ризиком, і особа, яка допустила ризик, обґрунтовано розраховувала, що вжиті нею заходи є достатніми для відвернення шкоди правоохоронюваним інтересам. Ризик не визнається виправданим, якщо він завідомо створював загрозу для життя людей.

Лікарський ризик визначають як правомірне застосування для врятування життя, збереження здоров'я хворого лікувальних і діагностичних методів, які не використовуються у звичайних умовах внаслідок їх небезпечності, якщо позитивний результат недосяжний традиційними, перевіреними засобами (В. О. Глушков, 1987). При правомірному лікарському ризику нехтування медичним працівником можливими шкідливими наслідками для хворого є єдиним виходом у конкретній клінічній ситуації, що склалась.

Ризиковані методи діагностики, профілактики або лікування визначаються допустимими, якщо вони (ст. 42 Основ):

- відповідають сучасним науково обґрунтованим вимогам;

- спрямовані на відвернення реальної загрози життю та здоров'ю пацієнта;
- застосовуються за згодою інформованого про їхні можливі шкідливі наслідки пацієнта;
- лікар вживає всіх належних у таких випадках заходів для відвернення шкоди життю та здоров'ю пацієнта.

Питання про правомірність чи виправданість лікарського ризику виникає, як правило, при несприятливому наслідку лікувально-діагностичних заходів. Правомірний лікарський ризик не підлягає кримінальному переслідуванню внаслідок його суспільної користі. Кримінальна відповідальність не настає, якщо враховані всі критерії правомірності лікарського ризику і у діях особи немає вини у формі наміру чи необережності.

Обов'язковою нормативно-правовою основою хірургічного втручання є *добровільна згода* на виконання операції об'єктивно інформованого дієздатного пацієнта, що передбачено ст. 43 Основ. Щодо пацієнта, який не досяг віку 15 років, а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників (батьків, опікунів тощо). Інакше можуть виникнути неприємності. Наприклад:

Сільський мешканець С., 62 років, у своєму господарстві 13 січня 2002 року, виконуючи роботу на циркулярній пилці, отримав відкритий перелом нігтьової фаланги четвертого пальця правої кисті. За медичною допомогою звернувся у травматологічний пункт м. Тернополя, звідки був направлений на лікування у міську лікарню швидкої допомоги. Лікар-травматолог Б. зробив первинну обробку рани, з'єднав фрагменти переламаної фаланги спицею і госпіталізував С. Через кілька днів його виписали на амбулаторне лікування. Рана і перелом згодом нагноїлися, довго не загоювались. Лікар Б., до якого в черговий раз звернувся хворий, 14 лютого 2002 року у вечірній час у приміщенні приймального відділення лікарні зробив С. операцію — ампутацію середньої фаланги четвертого пальця правої кисті, не узгодивши її виконання з хворим. Це оперативне втручання ще й ніде не було зафіксоване у медичних документах. У своїй скарзі в правоохоронні органи С., крім інших претензій, запитував: “Чому відрізали палець без моєї згоди на те? Хто буде відповідати?”

Випадок розглядався на засіданні контрольно-експертної комісії Тернопільського міськздороввідділу. В одному з пунктів її рішення зазначено: “Тактику лікування визнати вірною, медичну допомогу хворому надано в повному об'ємі”. З цього приводу було проведено судово-медичне дослідження. На одне із запитань прокуратури судово-

медична експертна комісія відповіла, що в даному випадку лікарем Б. порушена ст. 43 “Основ законодавства України про охорону здоров’я” (1992 року), згідно із якою для застосування методів діагностики, профілактики та лікування необхідно отримати згоду дорослого дієздатного пацієнта.

Якщо відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов’язаний йому це пояснити. Роз’яснення про необхідність хірургічного втручання, методи лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання в післяопераційному періоді, в тому числі про наявність ризику для життя і здоров’я, повинні здійснюватись в доступній і зрозумілій для пацієнта формі з дотриманням у необхідних випадках лікарської таємниці.

Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання — засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків. Ними не обов’язково повинні бути медичні працівники відділення лікарні, поліклініки. Бажано, щоб серед них були пацієнти чи сторонні повнолітні особи. Якщо відмову дає законний представник пацієнта, і вона може мати для пацієнта тяжкі наслідки, лікар повинен повідомити про це органи опіки і піклування. Таке повідомлення повинно бути письмовим, копія якого додається до медичної карти стаціонарного хворого чи до індивідуальної картки амбулаторного хворого даного пацієнта.

У законодавстві України про охорону здоров’я, зокрема у тій же ст. 43 Основ, відображений порядок хірургічного чи іншого активного втручання у випадках очевидної необхідності чи гострої потреби. Там зазначено, що “у невідкладних випадках, коли реальна загроза життю хворого є наявною, згода хворого або його законних представників на медичне втручання не потрібна”. Отже, у випадках таких станів хворого чи потерпілого, коли “промедление смерти подобно” (зволікання неначе смерть), закон дозволяє лікарю виконувати операції і без згоди пацієнта чи його законних представників.

Інших положень щодо законодавчо-правового регулювання хірургічних втручань в Основах чи в інших відомчих директивних документах немає. До речі, в Основах ніде не згадується про хірургічні чи оперативні втручання. В законі йдеться про медичні втручання, під якими розуміють застосування діагностичних, профілактичних або лікувальних методів, пов’язаних із впливом на організм людини. До них належать всі методи хірургічного лікування.

Незважаючи на сучасні структуру та зміст закону про охорону здоров'я в Україні, в Основах все ж не знайшов відображення ряд важливих положень, що має суттєве значення для нормальної медичної, особливо хірургічної, діяльності. Зокрема, у статтях 3 і 43 Основ відсутня дефініція такого поняття, як невідкладний стан (гостра потреба чи очевидна необхідність), а тому можуть виникати спірні ситуації: різні лікарі та юристи можуть тлумачити їх по-своєму, що не на користь справі. Неповно і не зовсім чітко регламентовані дії лікаря за необхідності здійснення оперативного втручання при невідкладних станах. Наприклад, така ситуація: хворий дав згоду на ампутацію гомілки, але під час операції виявилось, що треба ампутувати ногу значно вище. Як правильно повинен діяти лікар, коли хворий знаходиться під загальним наркозом? — Розбудити чи почекати, коли він “вийде” з наркозу і запитати? Але в якому стані він буде знаходитися, чи буде пам'ятати, що сказав і т. д.? У законі немає ніяких вказівок і щодо порядку оформлення згоди хворого на виконання операції. Ці питання залишились відкритими. Вважаємо, що вони повинні бути відрегульовані відповідним наказом Міністерства охорони здоров'я України.

Поки що можна керуватись чи скористатись такими порадами.

У постанові Раднаркому України “Про правила, що регулюють професійну роботу медперсоналу” (1924) зазначалось, що у разі неможливості отримати згоду хворого чи негайно отримати згоду батьків або опікунів на виконання операції лікар повинен проконсультуватися з іншим лікарем і при його згоді провести необхідне втручання. За відсутності іншого спеціаліста лікар виконує необхідне втручання сам під свою відповідальність. Про кожний такий випадок лікар повинен повідомити у відділ охорони здоров'я держадміністрації протягом 24 годин від моменту виконання втручання. Оскільки дана постанова цілком не відмінена, лікарі можуть взяти до відома і використати у разі необхідності наведені рекомендації.

Згода на виконання операції може бути отримана письмово чи усно. Проте негативні морально-етичні чи психо-емоційні фактори письмової згоди (розписки) можуть від'ємно вплинути на перебіг перед- і післяопераційного періодів, на авторитет лікаря, його стосунки з пацієнтом. Більшість відомих хірургів, які активно оперують і висловлюють свої думки в галузі медичної етики і деонтології, вважає, що розписку про згоду на виконання операції брати у хворого не треба, оскільки вона фактично означає, що від пацієнта отримана згода не тільки на операцію, але й на можливі несприятливі наслідки.

Розписка гнітюче діє на хворого. Він починає думати, що хірург не впевнений у сприятливому результаті операції (або навіть перекоаний в цьому) і “страшує” себе. Основний доказ на користь отримання згоди на операцію у формі розписки — це передбачувана можливість смерті хворого на операційному столі або в післяопераційний період. І як тільки розписка є, то хірург неначе не винен у смерті хворого. Насправді ніяка розписка не виключає можливості вини лікаря у смерті хворого, якщо, наприклад, операція не була показана або проведена технічно неправильно.

Отримання згоди хворого на операцію є здійсненням його конституційного права на недоторканність особи. І якщо хворий дає таку згоду, то це означає, що він сам свідомо вирішив, що операція необхідна для збереження його здоров'я чи життя. Тому найбільш доцільно дані про усну згоду пацієнта заносити в його історію хвороби чи індивідуальну карту амбулаторного хворого.

У законодавстві України про охорону здоров'я міститься положення про правомірність проведення медико-біологічних експериментів на людях, в тому числі за допомогою хірургічних втручань. У ст. 45 Основ зазначено, що застосування медико-біологічних експериментів на людях допускається із суспільнокорисною метою за умови:

- їх наукової обґрунтованості;
- переваги можливого успіху над ризиком спричинення тяжких наслідків для здоров'я або життя;
- гласності застосування експерименту;
- повної інформованості і добровільної згоди особи, яка підлягає експерименту, щодо вимог його застосування;
- збереження в необхідних випадках лікарської таємниці.

У цій статті закону далі вказано, що порядок проведення медико-біологічних експериментів регулюється законодавчими актами України. На сьогодні відомо, що 1 листопада 2000 року Міністерство охорони здоров'я з цього приводу видало наказ за № 281, яким затверджена “Інструкція про проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань”. Директивних нормативно-правових актів щодо хірургічних медико-біологічних експериментів на людях ще немає. Про заборону експериментів на людях у певних випадках уже згадувалось у главі 3.

Отже, у новому законодавстві України про охорону здоров'я значно розширені, уточнені юридичні права лікаря, що здійснює активні медичні втручання для збереження здоров'я чи врятування життя

хворого. Разом з тим, в ньому не регламентований ряд ситуацій, які можуть виникнути при наданні хірургічної допомоги хворому, оформленні згоди хворого на виконання операції тощо. Необхідно визначити хвороби чи стани, при яких хірургічне втручання можливо і навіть необхідно виконувати без згоди пацієнта. Умови, при яких це втручання може бути здійснене, повинні бути розроблені МОЗ України.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЛІКАРСЬКОЇ ЕТИКИ І МЕДИЧНОЇ ДЕОНТОЛОГІЇ

Професія лікаря — це особлива галузь діяльності. Головне при наданні медичної допомоги — своєчасне встановлення діагнозу, призначення необхідного лікування. Але, крім того, величезну роль в успішному лікуванні відіграють взаємостосунки лікаря і хворого — такт, любов до людини, нерідко і самовідданість.

Серед багатьох складних і тонких особливостей лікарської професії дуже важливим розумний і дружелюбний контакт з хворим. Адже особливості перебігу схожих хворобливих процесів, які по-різному проявляються у різних людей, обумовлені тим внутрішнім станом хворого, який позначається на зовнішніх проявах хвороби. Так само одні і ті ж засоби, які застосовуються різним хворим, а також ті, що рекомендуються одному і тому ж хворому різними лікарями, мають різну лікарську дію. Успіх лікування визначається здатністю лікаря знайти ключ до серця свого пацієнта. У бесіді лікаря з хворим величезне значення має все, аж до тембру голосу, інтонації, погляду тощо.

Сьогодні, на початку XXI століття, пройшовши найвеличніші потрясіння і розчарування, людство знову, як ніколи, потребує не просто професійної медицини, а медицини — провісника гуманізму. Згадаймо: першими, хто вдарив у дзвони совісності, були чудові лікарі-письменники Антон Павлович Чехов, Михайло Панасович Булгаков, Вікентій Вікентійович Вересаєв. Хроніка їх поглядів на звання і призначення лікаря ще достатньо не вивчена, не складалась і не співставлялась.

Ще раз зазначимо, що згідно зі ст. 49 Конституції України “кожен має право на охорону здоров’я, медичну допомогу та медичне страхування... Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров’я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена...”. Отже, у нашій державі взаємостосунки лікаря і хворого ґрунтуються перш за все на тому, що хвора людина має право на безоплатну кваліфіковану медичну допомогу, а лікар, як особа медичного закладу, зобов’язаний

ій цю допомогу надати. Тому їхні стосунки ґрунтуються, в першу чергу, не на матеріальній зацікавленості, а на морально-етичних нормах.

Безоплатна медицина має неперевершені переваги перед платною. Коли людина лікується і весь час думає про те, скільки коштуватиме їй це лікування, приймати чи не приймати ліки, оперуватись чи відмовитись від операції, то шлях до одужання набагато ускладнюється або ж уривається зовсім.

Особливості лікарської діяльності, що ґрунтуються на взаємній довірі хворого і лікаря, якому той доручає своє здоров'я, а часто і життя, на природній потребі лікаря полегшити страждання хворого, породили особливі норми поведінки лікаря: лікарську етику і медичну деонтологію.

Лікарська етика (від грец. *ethos* — звичай, натура, характер) — галузь науки про мораль та моральні вимоги і норми, що регулюють поведінку медичних працівників у системі охорони здоров'я. Це сукупність вироблених багатовіковою медичною практикою правил поведінки лікаря та ставлення його до хворого і виконання професійного обов'язку.

Багато які позитивні риси лікарської етики виникли ще на зорі розвитку медицини. “Вартий багатьох бійців один цілитель умілий. Виріже він і стрілу, і рану присипить ліками” (Гомер. “Ілліада”).

Славетний лікар і учений-гуманіст Парацельс (Пилип Ауреол Теофраст Бомбаст фон Гогенгейм) (1493-1541) надавав лікарській етиці великого значення. Він бачив високе призначення лікаря у самовідданому служінню хворому. “Лікар повинен бути праведною людиною, — писав він, —... повинен удень і вночі думати про свого хворого і щоденно спостерігати його; усі свої думи і помисли він повинен направляти на добре осмислене лікування хворого”. “Читання ніколи ще не створило жодного лікаря, — стверджував Парацельс, — лікарів створює тільки практика...”. “Лікарем людину роблять не батьки, не факультети, не привілеї, не академії, а лікарювання”.

Заслугує уваги діяльність Товариства київських лікарів, створеного у 1840 році. На засіданнях цього Товариства обговорювались наукові доповіді, ним видавались збірники наукових праць, багато уваги приділялось лікарській етиці. У 1889 році Товариство видало “Врачебные этические правила”. В них окремі розділи були присвячені “вимогам лікарям від публіки”, “обов'язкам лікарів стосовно хворих”, “винагороді за працю” тощо. Зазначалось, зокрема, що “врач должен отказаться от вознаграждения за помощь товарищу врачу и его семейству, что

уже давно освящено обычаем” (“Комсомольская правда в Украине” від 01.02.2007 р.).

Чому існує лікарська етика? Перша причина полягає в наступному. Здоров'я людини — безумовна цінність. Хвороба — не рядове явище в її житті, оскільки це — страждання, у хворобі приховується можливість інвалідності, а то й смерті. Ставлення до життя і смерті — це “загальне підґрунтя” моралі і медицини. Професійна лікарська мораль існує тому, що медична практика підкорена меті рятування, охороні людського життя. Це своєрідна сфера людського буття. Моральний зміст ставлення людини до життя і смерті, страждання і хвороби, осмислення поняття здоров'я як блага чи добра відносяться до одвічних питань лікарської етики.

Лікарська етика вчить пам'ятати, що охорона безпорадного людського життя була завжди добром. Вона враховує не тільки свободу волі хворого, але й інші фактори буття.

Друга причина існування лікарської етики полягає ось у чому. Творчий характер лікарської діяльності піднімається не тільки до діалектичних тонкощів клінічного мислення, але й до необхідності постійно здійснювати моральний вибір. Збираючи анамнез, лікуючи хворого, продумуючи показання до операції, навіть обговорюючи свої “виробничі справи” — скрізь і завжди лікар не повинен нашкодити хворому. Древні говорили, що справжній лікар повинен бути доброю людиною. Ось чому обійтися без лікарської етики не можна.

Лікарська етика існує ще й тому, що сама професія вимагає від лікаря морального самовдосконалення, самостійних етичних роздумів, етичної культури.

Лікарська етика ґрунтується на загальних етичних нормах, тобто на правилах поведінки окремої особи в суспільстві, на взаємостосунках людей між собою і в колективі, на високих моральних якостях кожної людини. Вона охоплює таке коло питань:

- загальну моральність лікаря, додержання і виконання ним вироблених у суспільстві правил і норм поведінки, його мораль;
- почуття професійного обов'язку та честі, совісті та гідності;
- взаємостосунки лікаря і хворого, лікаря з ріднею хворого, медичними працівниками, колегами, колективом і суспільством;
- поведінку лікаря у побуті, його культуру, людяність, фізичну та моральну охайність тощо.

Білий халат і шапочка неначе символізують, що діяльність медичних працівників не повинна бути заплямована.

Професія накладає відбиток на особистість лікаря чи іншого медичного працівника. Це виражається найбільш узагальнено в усвідомленні і почутті їх професійної гідності. Гідність (чи достоїнство) — конкретне виявлення моральної сили особистості. Складовими особистої гідності людини є її самостійність, незалежність, свобода моральних рішень тощо. Робота медичних працівників з хворими вимагає особливого такту, ось чому існує своєрідний етикет поведінки лікарів, медичних сестер.

Основні положення лікарської етики знайшли своє відображення у “Клятві лікаря”, затвердженій Указом Президента України від 15 червня 1992 року за № 349, яку випускники вищих медичних закладів III і IV рівнів акредитації дають після одержання диплома лікаря. Зміст її такий.

“Набувши професії лікаря та усвідомивши важливість обов’язків, що покладаються на мене, в присутності моїх учителів і колег урочисто клянусь:

- усі знання, сили та вміння віддавати справі охорони і поліпшення здоров’я людини, лікуванню і запобіганню захворюванням, подавати медичну допомогу всім, хто її потребує;
- незмінно керуватись у своїх діях і помислах принципами загальнолюдської моралі, бути безкорисливим і чуйним до хворих, визнавати свої помилки, гідно продовжувати благородні традиції світової медицини;
- зберігати лікарську таємницю, не використовувати її на шкоду людині;
- дотримувати правил професійної етики, не приховувати правди, якщо це не зашкодить хворому;
- постійно поглиблювати і вдосконалювати свої знання та вміння, у разі необхідності звертатись за допомогою до колег і самому ніколи їм у цьому не відмовляти, бути справедливим до колег;
- власним прикладом сприяти вихованню фізично і морально здорового покоління, утверджувати високі ідеали милосердя, любові, злагоди і взаємоповаги між людьми.

Вірність цій Клятві присягаю пронести через усе своє життя”.

Зауважимо, що слова офіційної присяги в нашій країні проголошують представники лише двох професій: військовослужбовці — захисники Батьківщини, і лікарі — захисники життя і здоров’я наших громадян.

Зміст “Клятви лікаря”, її проголошення в урочистій обстановці,

підписання лікарем-випускником, зберігання в особистій його справі мають велике виховне і нормативно-правове значення, націлені на підвищення усвідомлення лікарем його ролі в суспільстві і великої відповідальності перед людьми за свою діяльність.

Медична мораль не була і не може бути абсолютною чи ідеальною. Однією з її особливостей є те, що вона передбачає і окремі відхилення від деяких загальних етичних норм в ім'я інтересів хворого. Наприклад, моральна норма правдивості не виключає в медицині цілющої неправди на благо хворої людини, а вимога щирості і чесності не дозволяє розголошувати лікарську таємницю тощо (гл. 4).

Кожному лікарю варто не випускати з виду і не забувати, що при дотриманні правил медичної етики навіть при несприятливих наслідках лікування, родичі померлого хворого нерідко стають захисниками лікаря, коли бачать, що лікар зробив усе, що зміг, для врятування життя і що сам він тяжко переживає негативний наслідок лікування. Навпаки, при недотриманні правил лікарської етики конфлікти між хворим чи його родичами і лікарем часто виникають і при правильному лікуванні.

Складовою частиною чи окремим розділом лікарської етики є *медична деонтологія* (від грец. deon — належне + logos — наука, вчення), тобто наука про належне. Вперше цей термін застосував у 1834 році англійський юрист Бентам для позначення теорії моральності в цілому. Щодо тлумачення цього терміна, то серед учених єдиної думки немає. Одні автори перекладають слово “деонтологія” як “вчення про обов’язок”, інші — як “учення про належне” в медицині, тобто повинність. Ми надаємо перевагу другому тлумаченню і вважаємо, що предмет медичної деонтології як професійної етики є не тільки належним, але й існуючим.

Медична деонтологія по суті є професійна етика медичних працівників, спрямована на максимальне підвищення ефективності лікування хворої людини (Д. М. Бошняков, 1983). Деонтологія покликана виховувати високий професіоналізм медичних працівників, розвивати, поглиблювати їх моральну самосвідомість.

О. П. Громов (1976) вважає, що під лікарською (медичною) деонтологією необхідно розуміти принципи поведінки медичних працівників, спрямовані на максимальне підвищення користі лікування і ліквідацію шкідливих наслідків неповноцінної медичної роботи. А енциклопедичний словник (1979) дає таке визначення деонтології: “вчення про юридичні, професійні і моральні обов’яз-

ки і правила поведінки медичного працівника по відношенню до хворого”.

Як розділ медичної етики, медична деонтологія вивчає особливості конкретизації, переломлення норм і принципів медичної моралі відповідно до специфічних особливостей певної спеціальності. Ось чому виділяють деонтологічні особливості роботи фахівців хірургічного, онкологічного, гематологічного, акушерсько-гінекологічного профілю, аналогічні особливості в роботі венеролога, психіатра, сексопатолога, педіатра і т. д.

У літературі немає єдиної думки про співвідношення понять “лікарська (медична) етика” і “медична деонтологія”. З одного боку, медична деонтологія тісно пов’язана з медичною етикою, а з другого — з питаннями медичного права.

Як і лікарська етика, медична деонтологія охоплює ряд важливих питань:

- для людини, що перший раз захворіла, має суттєве значення психологічна обстановка і поведіння лікаря, іншого медичного персоналу під час прийому в лікарському кабінеті поліклініки чи амбулаторії, при прийомі хворого в стаціонар, перебуванні його на лікуванні;
- стосунки і поведіння лікаря з хворим і його ріднею чи близькими в процесі спілкування (уважне ставлення, тактовність, методичність обстеження пацієнта, неквапливість лікаря при цьому, індивідуальний підхід до хворого, неприпустимість висловлювання пацієнту необгрунтованої підозри, довіра хворого до лікаря при призначенні ліків і лікуванні тощо);
- загальноприйняті стосунки лікарів між собою і з підлеглим медичним персоналом (повага до колеги, готовність надати при необхідності йому допомогу, доброзичливість у стосунках, чесність у визнанні своїх помилок, недопустимість перекладання своєї провини на інших, розмови про стан конкретних осіб між лікарями чи іншими медичними працівниками у присутності хворого тощо);
- особливості роботи лікарів різних спеціальностей (деонтологічні аспекти роботи хірургів, гінекологів, дерматологів та інших), про що вже згадувалось. Ми не ставили собі за мету докладно розкривати їх. Це завдання фахівців певних галузей медицини.

Водночас слід підкреслити, що успіх лікування значною мірою залежить і від прагнення самого хворого встановити добрі взаємостосунки з лікарем, допомагаючи йому виконувати свій обов’язок. Головна умова вилучення — наявність повної відповідності між лікарем і па-

цієнтом. Це не просто мистецтво стосунків, а та божествена природність, яка притягує співрозмовників одне до одного, змушуючи відчувати взаємну причетність, взаємне почуття полегшення. Так виникає “резонанс”. А може і не виникнути...

Надаючи великого значення порозумінню між лікарем і пацієнтом у процесі лікування, сирійський лікар Абуль Фарадж, який жив у XIII столітті, звертаючись до хворого, говорив: “Нас троє — ти, хвороба і я. Якщо ти будеш з хворобою, вас буде двоє, я залишусь один — ви мене здолаєте. Якщо ти будеш зі мною, нас буде двоє, хвороба залишиться одна — ми її здолаємо”. Дуже корисно було б дотримуватись смислу цього вислову всім лікарям і завжди.

Певну медико-деонтологічну проблему складає ланцюжок “лікар — прилад — хворий”. Для практичних лікарів головним методом вивчення норми і патології, хвороби і видужання, як і раніше, повинно бути клінічне обстеження та спостереження людини, що захворіла. Ніякі апарати чи прилади не в змозі замінити розумного, спостережливого, здібного і досвідченого лікаря-клініциста. Будь-який технічно вдосконалений пристрій може бути тільки підпорядкованим йому помічником. Інакше, як влучно зазначив польський письменник Станіслав Єжи Лец, “техніка дійде до такого вдосконалення, що людина зможе обійтись без себе”. Звичайно, необхідно розширювати межі можливого, але ніколи не переступати меж розумного.

У сучасному світі створюють складні кібернетичні пристрої, які з часом полегшують діагностичні роздуми лікаря. Міжнародні аптечні ринки наводняються численними лікарськими засобами, про ефективність яких ще навіть тяжко судити. Але навряд чи треба нехтувати досвідом, накопиченим сторіччями. На урочистій церемонії відкриття нового шпиталю в Страсбурзі визначний німецький професор медицини Б. Наунін у 20-х роках минулого століття заявив: “...Не думайте, що в медицині все старе погане, як у військовій справі, де з винаходами нової зброї стара стає непотрібним мотлохом; ні, для нас старе дороге тому, що воно випробуване і перевірене...”. Такі мудрі думки старого лікаря.

Поряд з цим немає сумніву в тому, що душевний контакт лікаря з хворою людиною ніколи не вийде з повсякденного лікарського ужитку, незалежно від того, як будуть розвиватись медична техніка, медична хімія і чисельні допоміжні методи дослідження.

Впровадження високоефективних електронних машин та іншої техніки в практичну медицину ставить лікаря перед необхідністю за-

стосовувати все більш опосередковані методи дослідження пацієнта. Така “технізація” лікарської діяльності відкриває великі можливості порівняно з простими візуальними, пальпаторними та іншими методами дослідження, дає змогу вивчати глибинні структурно-функціональні зв'язки, відношення і закономірності патологічних процесів, що відбуваються в організмі людини.

Технічна озброєність лікаря дає йому змогу глибше вдивлятися в сутність патологічних процесів у хворого. Проте ці прогресивні зміни суперечливі, і ця суперечливість закладена в негативних моментах, що містяться в технізації, які певним чином змінюють взаємостосунки лікаря і хворого. Лікар змушений приділяти багато часу осмисленню великої кількості інформації, яка надходить до нього від технічних приладів, а для спілкування з хворим його не вистачає.

Дійсно, медицина перетворилася на потужну науково-технічну галузь. Проте психологія хворого не встигла змінитися таким різким чином, і він, оточений складною апаратурою та активними лікарськими засобами, як і раніше, шукає людину, яка б уважно вислухала його, поспівчувала, обнадіяла. Про це дуже добре сказав один із найулюбленіших письменників світу Антуан де Сент-Екзюпері: “Я вірю ... настане день, коли хвора невідомо на що людина віддасться в руки фізиків. Не питаючи її ні про що, ці фізики візьмуть у неї кров, виведуть якісь постійні і перемножать їх одну на іншу. Потім, звірившись з таблицею логарифмів, вони вилікують її однією єдиною пілюлею. І все ж поки що, якщо я захворію, то звернуся до будь-якого старого земського лікаря. Він подивиться на мене кутом ока, пошупає мені живіт, прикладе до лопаток стару носову хусточку і крізь неї вислухає мене. Він кашляє, розпалить свою трубку, потре підборіддя і усміхнеться мені, щоб краще угамувати мій біль... Певна річ, я захоплююсь Наукою, але я згинаю коліна і перед Мудрістю.”

Проте не варто намагатися повернутися назад до Гіппократа. Треба забути легенду про Геркулеса, великого мандрівника, який потрапив у якесь невідоме місце, і не знайшовши подальших шляхів, поставив свої стовпи і пішов назад тією ж дорогою. У своїх гуманних стараннях лікар покликаний просуватись уперед, ніколи не забувати про те, що перед ним хвора людина.

Звичайно, було б безглуздо сьогодні заперечувати доцільність і користь медичної техніки чи спеціалізації, як і неправильно забувати про цілісність терапії і особистості хворої людини.

Вузька спеціалізація лікарів, особливо у великих містах і крупних

медичних закладах, клініках доцільна і цілком виправдана. В умовах сільської лікарської дільниці чи амбулаторії, при роботі на “швидкій допомозі”, в інших ситуаціях вона іноді недоречна. С. Я. Долецький (1985) повідав історію, що трапилась у Москві.

До дружини одного із визначних діячів мистецтва, у якої раптово з'явився гострий біль у животі, запросили кількох провідних професорів. Спеціаліст з хвороб печінки запідозрив захворювання печінки. Знавець підшлункової залози висловив припущення про хворобу саме цього органа. Визнаний хірург в галузі кишкової непрохідності знайшов ряд ознак завороту кишок. Усі вони зійшлися на тому, що жінку необхідно терміново покласти у лікарню, де буде проведено ряд аналізів і досліджень. Для транспортування хворої викликали машину “швидкої допомоги”. Коли приїхала досвідчений фельдшер, вона уважно оглянула хвору, поговорила з нею і порекомендувала випити 3 — 4 склянки теплою чаю, а після цього зійти вниз по сходах багатопверхового будинку. Так і зробили. У хворої із сечівника відійшов невеликий камінь. І на цьому історія була завершена.

Вузька спеціалізація і техніфікація медицини при недотриманні правил лікарської деонтології можуть викликати відому незадоволеність хворого, який за технічними засобами і численними консультантами іноді не бачить свого лікуючого лікаря і не може поділитися з ним своїми переживаннями. Особливо це стосується тих випадків, коли лікар, обстежуючи хвору людину, уважно спостерігає за стрілкою приладу, але забуває подивитися в очі хворого чи просто в обличчя. Потреба хворого в чуйному і уважному ставленні лікаря, у його добромu слові, яке поселяє надію, з часом не зменшилась, навіть підвищилась у наш “технічний вік”. Будь-яка діагностична машина буде добре сприйматися хворим, якщо вона стоїть, образно висловлюючись, поряд з лікарем, а не між лікарем і хворим.

Отже, невід'ємною і обов'язковою складовою частиною медицини, її специфічною особливістю є проблеми лікарської етики та медичної деонтології. Чим краще кожний медичний працівник буде обізнаний зі своїми обов'язками у цій галузі знань і виконувати їх, тим краще будуть відчувати себе хворі, тим ефективніше буде їх лікування. Медичні працівники повинні невтомно підвищувати свою кваліфікацію, збагачувати досвід, удосконалювати майстерність, повніше використовувати етично-деонтологічний потенціал медицини в інтересах зміцнення здоров'я людей.

НЕСПРИЯТЛИВІ НАСЛІДКИ ЛІКАРЮВАННЯ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НИХ

Специфіка надання лікарські допомоги, індивідуальний перебіг хвороби вимагають від лікаря виняткової спостережливості, індивідуального підходу до вибору засобів і методів лікування, правильної оцінки ефективності обраних засобів, тобто по суті, проведення елементів наукового дослідження при лікуванні кожного хворого. В медицині не може бути стандартного підходу до хворого, стандартного вибору методу діагностики і засобів лікування при одних і тих захворюваннях, оскільки лікар лікує не тільки хворобу, але й хворого.

Зазначене ні в якій мірі не свідчить про непогрішність лікаря у всіх випадках лікування, особливо при несприятливих його наслідках (стійкій втраті працездатності, інвалідності, смерті пацієнта).

Найгучніший резонанс у суспільстві викликають несприятливі наслідки при активних, хірургічних методах лікування хвороб. А тому з метою запобігання цих наслідків самі хірурги у свій час пропонували запровадити таке поняття, як “гарантована хірургія“, тобто гарантування збереження життя оперованому хворому під час хірургічного втручання та в післяопераційному періоді. Умови для гарантованої хірургії повинні включати: точність передопераційного діагнозу, високу якість передопераційної підготовки, безпечність самого хірургічного втручання, ефективність післяопераційного спостереження, догляду хворого і лікування післяопераційних ускладнень.

Дотримання перерахованих умов дало б змогу хірургам майже цілком виключити летальні наслідки під час оперативного втручання чи після нього, як це має місце у розвинутих країнах. Проте слабке забезпечення медицини сучасними технічними засобами та лікарськими препаратами стали головною перешкодою до запровадження в практику охорони здоров'я цього дуже необхідного хірургічного принципу.

Взаємозв'язок морально-етичного і правового регулювання діяльності медичних працівників підтверджується повсякденною практикою органів охорони здоров'я. Більшість лікарів любить свою професію, чесно і сумлінно виконує свої обов'язки. Але і у них трапляються

певні недоліки в роботі, невдачі, недоробки, промахи, упущення, які нерідко закінчуються несприятливо.

Не всі лікарі ідеальні, безгрішні люди, ангели. І серед них є люди з важкими характерами, посередні фахівці. Однак лікар і поганий вчинок, лікар і черствість, лікар і брутальність — поняття несумісні. Хворі хочуть вірити лікареві, бо довіряють йому найбільше багатство, яке має людина, — здоров'я. І якщо поганий вчинок чи брутальність комусь вибачається, то лікареві — ні. Тоді між хворим чи його родичами і лікарем виникає конфлікт.

Порушенню медичними працівниками морально-правових норм передують забуття ними деонтологічних вимог у системі “лікар — хворий”, “лікар — суспільство”. Якраз недотримання правил деонтології часто буває приводом для згаданих конфліктів. Практика показує, що при недотриманні правил медичної деонтології ці конфлікти можуть виникати і у випадках правильного лікування, становлячись предметом розгляду чисельних комісій, а іноді навіть слідчих органів і суду. Існуюча раніше думка про те, що лікарі не підлягають юридичній відповідальності за будь-які недоліки у своїй роботі, канула у вічність і спростована чинним кримінальним законодавством.

Усі дії медичних працівників, пов'язані з несприятливими наслідками лікарювання, більшість судових медиків і юристів, що вивчала цю проблему, поділяє на три групи: лікарські помилки, нещасні випадки у медичній практиці та карані у кримінальному порядку недоліки (тобто професійні правопорушення або злочини).

7.1. ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ

Лікарські помилки (лат. error medicus) — помилки лікаря при виконанні своїх професійних обов'язків, які стали наслідком добросовісної омані і які не містять складу злочину чи ознак проступків. Таке визначення дає Велика медична енциклопедія (1976). Відомий патологоанатом І. В. Давидовський (1941) вважав, що лікарська помилка — це добросовісна омана лікаря, побудована або на недосконалому сучасному стану медичної науки і її методів дослідження, або на особливому перебігу захворювання у певного хворого, або на недостатності знань чи досвіду у лікаря. На думку Ю. Т. Коморовського (1976), лікарська помилка — це неправильні, всупереч науковим, моральним і юридичним нормам професійні дії чи бездіяльність лі-

каря, які ненавмисно могли заподіяти чи заподіяли шкоду хворому чи суспільству. Отже, головним змістом поняття “лікарська помилка” є добросовісна омана лікаря у своїх думках і хоча неправильних, але ненавмисних діях. Це означає, що в конкретному випадку лікар переконаний у своїй правоті. При цьому він робить так, як вимагається, робить сумлінно. І все-таки помиляється.

Вітчизняна медицина не веде статистики, як часто лікарі помиляються, і це обертається бідою для хворих. У деяких країнах така статистика ведеться. Наприклад, в Австралії внаслідок помилок лікарів і медсестер щорічно помирає до 14 тисяч пацієнтів. Ще 25 — 30 тисяч — через неправильне лікування стають інвалідами. У доповіді незалежного інституту медицини Національної академії наук США зазначено, що близько 98 тисяч американців щорічно помирають через помилки лікарів, фармацевтів та інших медичних працівників. Це значно більше, ніж від раку, СНІДу чи в результаті дорожньо-транспортних пригод. За два останні роки у провідних японських клініках і лікарнях зареєстровано понад 15 тисяч медичних помилок. Деякі з них призвели до смерті пацієнтів. За той же період більше 186 тисяч помилок медичних працівників вдалось своєчасно виправити. Питома вага лікарських помилок в Росії сягає понад 30 %. Наприклад, із 1,5 млн. захворювань на пневмонію діагностується не більше 500 тис. Причин тому кілька, у тому числі й відсутність в країні системи контролю якості надання лікарської допомоги.

Будь-який лікар не застрахований від професійних помилок так само, як і представник іншої спеціальності. Проте, внаслідок особливостей його професії, вони набувають суспільного значення. Лікар має справу зі здоров'ям та життям людей і тому несе моральну відповідальність перед окремими людьми і перед суспільством у цілому. І зовсім природно, що як громадськість, так і окремі особи дуже гостро реагують на несприятливі наслідки захворювань, особливо пов'язані з активним втручанням лікаря в процес лікування хворого.

Помилки трапляються як у висококваліфікованих і досвідчених, так і у початкуючих, без достатнього практичного досвіду, лікарів внаслідок ряду причин. Ці причини бувають *об'єктивними* та *суб'єктивними*, нерідко в конкретному випадку вони можуть поєднуватись.

Об'єктивні причини лікарських помилок не залежать від рівня підготовки і кваліфікації лікаря. Вони існують поза свідомістю особи і незалежно від неї. До них відносять:

- недостатній розвиток самої медицини як науки, її недоскона-

лість. Медицина змушена використовувати недосконалі діагностично-лікувальні методи і засоби. Існує багато невиліковних хвороб (серцево-судинних, онкологічних, інфекційних, вроджених тощо), трапляються отруєння різноманітними речовинами, масивні травми, де медицина безсила. Відомі методи лікування певних хвороб не завжди ефективні. Міняються погляди на лікування тих чи інших хвороб. Комплекс лікувальних заходів, який вважався найбільш раціональним ще зовсім недавно, з позицій найновіших досягнень науки може бути кваліфікований як помилковий. Все це належить до об'єктивних причин лікарських помилок;

- об'єктивні труднощі діагностики: незвичайний перебіг захворювання чи патологічного процесу, наявність у одного хворого кількох хвороб зі схожими симптомами, тяжкий непритомний стан хворого і відсутність часу для обстеження, відсутність необхідних діагностичних приладів, явні індивідуальні особливості людського організму, які навіть при ретельному дослідженні не можуть бути виявлені, тощо. Наприклад:

1. У хворого в анамнезі виразкова хвороба шлунка. Раптово з'явилися класичні симптоми прориву виразки ("кинджалний" біль, подразнення очеревини тощо). Зроблена невідкладна операція — лапаротомія в ургентному порядку, але виразки шлунка і її прориву не виявили. Під час оперативного втручання сталася зупинка серця, відновити його діяльність не вдалося. Настала смерть. При розтині трупа виявлений інфаркт міокарда, що розвинувся на ґрунті загального атеросклерозу і коронаросклерозу. Саме так у віці 63 роки помер у 1975 році видатний актор, народний артист СРСР Юхим Захарович Копелян.

Отже, мала місце лікарська помилка в результаті атипичного перебігу інфаркту міокарда, переоцінки анамнезу і об'єктивних даних, недостатнє обстеження серцево-судинної системи за браком часу та упущень лікарів.

2. Гр-на В., 33 років, знайшли вдома на підлозі без свідомості із запахом алкоголю з рота. Лікар швидкої допомоги діагностував алкогольну кому, ввів серцеві препарати і залишив хворого вдома. На другий день — майже та сама картина, хворий в ліжку, не розмовляє, артеріальний тиск 170/90 мм рт. ст. Лише на 3-ю добу лікар швидкої допомоги запідозрив черепно-мозкову травму і госпіталізував В. Була зроблена операція — трепанація черепа, під час якої травми не знайшли. Через 8 год після операції В. помер. На розтині: гіпертонічна хвороба, крововилив у ліву півкулю головного мозку. Ознак черепно-мозкової травми не виявлено.

Помилка зумовлена схожістю симптомів закритої черепно-мозкової травми і симптомів крововиливу в головний мозок, а також фоном алкогольної інтоксикації, несумлінними діями лікарів.

3. Гр-н К., 58 років, звернувся в поліклініку з приводу загальної недуги, за грудничного болю, сухого кашлю, підвищеної температури тіла (37,4°C). Після обстеження лікар встановив діагноз: “Гострий катар верхніх дихальних шляхів”, призначив ліжковий режим, відповідне лікування і оформив листок непрацездатності. Через 4 дні К. раптово помер. При розтині встановлена правобічна крупозна пневмонія.

Експертна комісія визнала первинний діагноз правильним, лікування — також. Далі хворий за медичною допомогою не звертався. Крупозна пневмонія розвинулась на фоні загального атеросклерозу, кардіокоронаросклерозу, що і призвело до смерті. Діагностична помилка зумовлена однаковими симптомами катару верхніх дихальних шляхів та початку запального процесу в легенях, відсутністю динамічного спостереження за хворим, наявністю хвороб серця та судин, а в цілому — недосконалістю медичної науки та особливостю хворого.

4. У хлопчика Р., 10 років, з’явився біль у животі, нудота, блювання, водянисті випорожнення. На другий день відмічений слиз у калі, температура тіла 38,0°C. Хворобу хлопчик і його батьки зв’язували з харчуванням у їдальні. Через 2 доби Р. був госпіталізований. Скарги на біль в животі, лейкоцитоз 16. 500, ШОЕ — 15 мм/год. Встановлений діагноз: “Гострий гастроентерит”. Призначено консервативне лікування. На 3-й день оглянутий хірургом, який виключив у хлопчика гострі хірургічні захворювання, але на наступний день перевів його в хірургічне відділення. Стан хворого погіршився, виявлені явища перитоніту. Зроблена операція — лапаротомія, при якій в черевній порожнині знайшли гній, джерелом якого став гангренозний апендикс. Врятувати хлопчика не вдалось. Він помер від гострого перитоніту, загальної інтоксикації організму.

За висновком експертної комісії причиною пізньої діагностики апендициту стала його атипова форма перебігу, викликана незвичним розташуванням відростка — в порожнині малого таза, переоцінюваною анамнестичних даних, недостатнім хірургічним обстеженням хворого.

Суб’єктивні причини — це такі причини, які властиві і залежать лише від суб’єкта (людини, фахівця), або похідні від його діяльності. До суб’єктивних причин лікарських помилок, залежних від особистості лікаря і ступеня його професійної підготовки, а також від інших його властивостей, відносять:

- недостатню (слабку) фахову теоретичну і практичну підготовку лікаря;

- недостатній практичний досвід. Його не слід ототожнювати з неумінням чи невіглаством лікаря;
- неповне клінічне обстеження хворого (недостатній збір анамнезу, іншої інформації, необхідної для діагностики, в тому числі диференційної);
- невикористання допоміжних методів діагностики і профілактики (лабораторних, технічних);
- недооцінку чи переоцінку анамнестичних даних, результатів клінічного спостереження, лабораторних та інструментальних методів дослідження;
- переоцінку лікарем своїх знань і можливостей;
- моральні та фізичні недоліки лікаря (алкоголь, наркотики, хвороба, втома, послаблений зір тощо).

У конкретному випадку можуть бути виявлені й інші причини лікарської помилки. Часто до хибних діянь призводить низка окремих причин. Наведемо ряд прикладів.

1. Кілька років тому у м. Запоріжжі на операційному столі помер 19-річний юнак від значної крововтрати, яка сталася тому, що хірург міської лікарні В. під час ургентної операції на черевній порожнині перерізав йому крупну здухвинну судину і не зумів після цього зупинити кровотечу. Судово-медична експертна комісія зробила висновок, що це сталося або внаслідок повної відсутності у хірурга знань з анатомії людини, або через тимчасовий психічний розлад, обумовлений... нетверезим станом хірургічної бригади. Проти хірурга була порушена кримінальна справа, він звинувачувався в убивстві через необережність. У суді хірург цілком визнав свою вину, але не був кримінально покараний, оскільки потрапив під дію закону України про амністію. Згідно з рішенням суду він повинен був відшкодувати матеріальні і моральні збитки батькові загиблого юнака, в сім'ї якого виховувалось ще семеро дітей.

2. Гр-н Т., 31 року, був доставлений у Сквирську районну лікарню, що на Київщині, у тяжкому стані з болями в животі, нудотою. З плином часу його стан погіршувався. Проте лікуючий лікар під час обстеження не помічав явних ознак загального перитоніту і призначив лікування, адекватне серцево-судинним захворюванням. Муки Т. продовжувались, і через три доби він помер. Щоправда, за кілька годин до його смерті консиліум лікарів встановив правильний діагноз — загальний перитоніт на ґрунті прориву виразки шлунка, але врятувати хворого не змогли. Проти лікуючого лікаря порушена кримінальна справа.

Помилка обумовлена переважно суб'єктивними причинами: недостатнім практичним досвідом лікаря, недооцінкою анамнестичних

даних і результатів клінічного обстеження, організаційними прорахунками, іншими причинами.

3. На початку липня 1999 року в Ужгородську міську лікарню звернувся непрацюючий 31-річний Р., який скаржився на постійний біль в ділянці серця. Хворого госпіталізували, лікували консервативно, але стан його поступово погіршувався і через 9 днів він несподівано помер. Під час судово-медичного розтину експерти виявили в черевній порожнині трупа дробинку від мисливського патрона і діагностували проникаюче поранення живота, загальний перитоніт, сепсис, що і стало причиною смерті Р.

У даному випадку лікарська помилка зумовлена суб'єктивними причинами: недостатнім, поверхневим обстеженням пацієнта (не звернена увага на ледве помітну рану чи "садно"), невикористанням технічних засобів діагностики (рентгенографії), недооцінкою клінічних проявів перитоніту та сепсису тощо.

[Щодо обставин цієї травми, то через кілька днів працівники міліції з'ясували, що вогнепальне поранення ужгородець отримав під час крадіжки картоплі на одній із дач поблизу міста. Застукавши злодія на гарячому, господар, який охороняв своє майно, вистрілив по ньому дробом із зареєстрованої рушниці. Тільки через п'ять днів поранений звернувся за допомогою до лікарів, проте про своє поранення не сказав їм ані слова. І це коштувало йому життя.]

4. Неприємна подія сталася восени 1999 року в одній сільській середній школі Кам'янець-Дніпровського району Запорізької області. У 102 учнів 2 — 9 класів на шкірі різних ділянок тіла з'явилися численні гнійнички, пухирці і горбики. Терміново створена комісія із спеціалістів у галузі епідеміології, педіатрії і фтизіатрії після огляду дітей зробила висновок, що у них розвиваються гнійні абсцеси. Частина школярів була госпіталізована в обласний туберкульозний диспансер. Усі діти видужали. Подальше службове розслідування показало, що причиною масового захворювання дітей стала медична помилка при проведенні в школі вакцинації. Під час планової постановки реакції Манту помилково замість туберкуліну дітям була введена вакцина БЦЖ. Медсестра школи, яка не мала права виконувати щеплення самостійно, та фельдшер місцевої лікарні, що допомагав медсестрі за її проханням, порушили також правила техніки постановки реакції: вакцину вводили внутрішньом'язово, а не підшкірно. Своєю помилку медпрацівники пояснювали тим, що вони "не подивились на назву препарату на упаковці". Цим інцидентом займалась також прокуратура. Наслідки її роботи нам невідомі.

Різноманітність лікарських помилок і ситуацій, в яких вони трапляються, спонукали вчених, що вивчали їх, розподіляти помилки

залежно від їх загальних чи специфічних ознак. Існують різні класифікації лікарських помилок. Є серед них і такі, які побудовані за нозологічним принципом, наприклад, помилки при “гострому животі”, харчових отруєннях, інфаркті міокарда тощо.

Хірурги М. І. Краковський і Ю. Я. Грицман (1967) пропонують класифікацію хірургічних помилок, яка дає змогу розмежувати їх по етапах хірургічної роботи: 1) діагностичні, 2) лікувально-тактичні, 3) лікувально-технічні, 4) організаційні, 5) помилки у веденні медичної документації, 6) помилки поведінки медичного персоналу в лікувальних закладах. Судовий медик І. Ф. Огарков (1966) ділить усі лікарські помилки на дві групи: 1) помилки в діагностиці захворювань; 2) помилки у призначенні та здійсненні лікувальних заходів. Юрист І. Ф. Крилов (1972) пропонує ділити лікарські помилки на 3 групи: 1) діагностичні помилки, до яких відносить нерозпізнання або помилкове розпізнання хвороби; 2) тактичні помилки, до яких зараховує неправильне визначення показань до операції, помилковий вибір часу проведення операції, її обсяг тощо; 3) технічні помилки, що включають неправильне використання медичної техніки, застосування невідповідних медикаментів і діагностичних засобів тощо.

Оригінально класифікують лікарські помилки румунські професори судової медицини Г. Скрипкару і Т. Чорня (1983). Вони виділяють такі помилки: комісивні (коли щось роблять) і омісивні (коли не роблять того, що треба); безсумнівні (очевидні) і сумнівні; доброякісні і злроякісні; фактичні (які відносяться до природи медичного факту, до характеру роботи і можуть сприяти розвитку медицини) і нормативні (які відносяться до неправильної професійної поведінки лікаря і, як правило, завдають шкоди хворому і медицині).

Джерела професійних помилок можуть бути розглянуті як фактичні (повна або часткова незбіжність з дійсністю фактів, встановлених пізніше) і логічні (порушення правил медичної логіки). Дуже часто фактична помилка тягне за собою логічну і навпаки. Фактична помилка діагнозу полягає в неправильному встановленні характеру хвороби, логічна — в неадекватному оформленні діагнозу.

У медицині більшість помилок зустрічається у сфері діагностики, оскільки медицина — не тільки наука, але й мистецтво. Цим пояснюється, наприклад, той факт, що одну і ту саму хірургічну операцію різні хірурги виконують по-різному. Це надає хірургічному втручанню елемент персональності, мистецтва, підвищує відповідальність лікаря.

До недавнього часу лікарська помилка вважалась переважно категорією не юридичною, оскільки в діях лікаря, які призвели до помилки, не містяться ознаки злочину чи проступку, тобто суспільно небезпечних діянь у формі дії чи бездіяльності, які спричинили суттєву (для злочину) чи несуттєву (для проступку) шкоду правам та інтересам особи, що охороняється законом, зокрема — здоров'ю і життю. Тому раніше лікар за помилку не притягався до кримінальної відповідальності.

З введенням у дію з 1 вересня 2001 року нового КК України ставище дещо змінилось. Якщо правоохоронними органами буде встановлено, що тяжкі наслідки для хворого спричинені помилкою, яка сталася внаслідок недбалого чи несумлінного виконання своїх обов'язків медичним працівником, то такий працівник може бути притягнутий до кримінальної відповідальності за ст. 140 КК (див. нижче). Отже, медичне поняття лікарської помилки у певних випадках офіційно набуло правового значення.

Якщо причини лікарської помилки пов'язані з професійними чи особистими якостями лікаря, то перш, ніж визнати його неправильні думки чи дії помилкою, необхідно виключити з них елементи недбалості, халатності чи медичного неуцтва (невігластва). Не можна називати лікарською помилкою дефекти медичної діяльності, викликані недобросовісними діями лікаря чи невикористанням ним своїх можливостей і можливостей лікувального закладу. Введення хворому однієї лікарської речовини замість іншої внаслідок того, що медичний працівник не перевіряв надпис на флаконі чи ампулі, — писав М. І. Авдєєв (1959), — не може розцінюватись як помилка, оскільки така дія є злочинною недбалістю.

Недбалість або *недбалість* в кримінальному праві — це одна з *форм необережності*, а саме — це таке ставлення винного до скоєного, коли він не передбачив можливості настання шкідливих наслідків, проте повинен був і міг їх передбачити. Обов'язок передбачити суспільно небезпечні наслідки своїх діянь (дії чи бездіяльності) може впливати з вимог закону, службових чи професійних обов'язків (як, наприклад, у лікарів), зі спеціальних правових приписів і т. ін. Якщо людина не передбачила, не повинна була і не могла передбачити тяжких наслідків своїх діянь, то вона не може бути притягнута до кримінальної відповідальності, що буває, наприклад, в окремих випадках (казусах).

Іншою формою необережності у праві є *самовпевненість*. Вона характеризується таким ставленням винного до скоєного, коли він пе-

редбачає можливість настання тяжких наслідків своєї дії чи бездіяльності, але легковажно розраховує на запобігання їм. Самовпевненості властива необгрунтована впевненість в благополучному завершенні.

Необережність — одна з форм вини, яка проявляється ставленні суб'єкта до наслідків свого діяння — *недбальстві* чи *самовпевненості*. Необережність в медицині характеризується відсутністю передбачливості, уважності, зневажливим відношенням до свого професійного обов'язку. Необережна поведінка лікаря — це допущений внаслідок самовпевненості чи недбалості відступ від належної обережності, який приніс шкоду здоров'ю хворого або викликав його смерть. Необережні дії визнаються злочинами тільки в тих випадках, коли настали тяжкі наслідки (наприклад, смерть хворого). Ще однією формою вини є *намір* (умисел).

У кримінальному праві розрізняють *намір прямий і непрямий*. При прямому намірі особа: а) усвідомлює суспільно небезпечний характер своєї дії чи бездіяльності; б) передбачає його суспільно небезпечні наслідки; в) бажає їх настання. Для цього виду наміру необхідна наявність усіх трьох наведених умов. При непрямому намірі особа також усвідомлює суспільно небезпечний характер своєї дії чи бездіяльності, передбачає його суспільно небезпечні наслідки, але не бажає їх настання, а лише свідомо допускає таку можливість.

Неуцтво (або *невігластво*) — відсутність належних знань, в медицині — виявлення необхідних знань, якими повинен володіти лікар при виконанні своїх професійних функцій. І. Ф. Огарков (1966) неуком вважав такого лікаря, “який у певному конкретному випадку показав відсутність елементарних знань, які зобов'язані мати всі лікарі”. На думку П. С. Дагеля (1980), неможливість передбачення негативних наслідків своїх дій з причини неуцтва відрізняє злочинне неуцтво від недбальства, а відсутність передбачення наслідків своїх дій відрізняє злочинне неуцтво від самовпевненості. Тут, мабуть, доречно нагадати слова засновника німецької літератури нового часу Іоганна Гете: “Немає нічого страшнішого, ніж діяльне неуцтво”.

Мати кожному лікарю глибокі професійні знання і постійно удосконалювати практичні навички ще недостатньо для належної лікарської діяльності. Треба добре оволодівати принципами лікарської етики і медичної деонтології, щоб не допускати промахів у своїй роботі. Старогрецький філософ Аристотель стверджував, що найкориснішим професійним актом для запобігання помилок є обережність. Важливим засобом боротьби з лікарськими помилками повинно бути

їх неприховування, обговорення в колективі, з'ясування їх причин. Приховування помилок примножує їх, визнання — попереджає.

Цьому вчить нас приклад великого М. І. Пирогова. “Треба навчитися визнавати, а не приховувати власні помилки, така відвертість не принижує гідності особи лікаря, а звеличує його, — писав він. — З самого початку моєї лікарської діяльності я узяв за правило: не приховувати ні своїх помилок, ні своїх невдач, я довів це, оприлюднивши всі мої помилки і невдачі, і чистий перед судом моєї совісті, я сміливо закликаю показати мені, коли і де я втаїв хоч одну свою помилку, хоч одну свою невдачу”. Таким має бути і наше ставлення до помилок.

Враховуючи глобальний характер проблеми медичних помилок, виконавчий комітет Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у січні 2002 року прийняв спеціальну резолюцію “Якість охорони здоров'я і безпеки хворих” та затвердив Стратегію з підвищення безпеки хворих, в якій намітив основні заходи з підвищення якості медичної допомоги населенню. На підставі зазначених документів в Україні повинна бути розроблена державна програма, спрямована на суттєве зниження рівня смертності населення з причин лікарських помилок. Така програма вже давно існує у США, але незважаючи на це, там протягом 2003-2005 рр. кількість лікарських помилок зросла на 3% і становила по всій країні 1,15 млн. Внаслідок неправильних діагнозів, невірної призначення лікування та інших недоліків медичного характеру за вказаний період у США померло 247,6 тис. осіб (“Зеркало недели” від 18.05.2007 р.).

Ятрогенні хвороби (ятрогенії). Одним із наслідків деонтологічних помилок є ятрогенні хвороби (від грец. *iатros* — лікар і *генес* — породжений), що виникають переважно від необережного слова чи неправильної поведінки лікаря або його помічників. Вони створюють у хворого уявлення про наявність у нього будь-якої хвороби або про особливу тяжкість його захворювання. Ятрогенні хвороби за своєю суттю являють собою психогенії, тобто групу хвороб, що виникають як реакція на травмуючу життєву ситуацію і проявляються у вигляді неврозу або реактивного стану. Ятрогенії — це лише один із видів навіюваних хвороб.

Неправильна поведінка медичного працівника може несприятливо вплинути на психіку хворого, внаслідок чого у нього розвивається ряд нових хворобливих відчуттів і проявів, які можуть навіть переходити в самостійну форму захворювання. Треба погодитись з думкою

тих вчених, які вважають, що навіть правильні дії медичних працівників іноді можуть дати поштовх до розвитку психогенної реакції чи стану, які потребують їх своєчасної діагностики, адекватного лікування і профілактики.

Переважає більшість ятрогенних хвороб залежить не стільки від недосвідченості чи незнань лікаря, скільки від його неухважності, нетактності і навіть відсутності достатньої загальної культури. Багато медичних працівників недооцінюють можливість виникнення ятрогенних захворювань і недостатньо уважно відносяться до їх профілактики. Інші лікарі та юристи ставляться до ятрогенії дуже суворо, розглядаючи її як тяжку психічну травму, рівноцінну грубій медичній помилці, халатності і необережності, що межує зі злочином.

На думку О. П. Громова (1976), ятрогенія є серйозним дефектом у роботі лікувального закладу, який свідчить про недостатньо високий професійний рівень медичних працівників, про слабку виховну роботу в колективі. Кращим засобом профілактики ятрогенних захворювань є висока культура медичного обслуговування хворих і додержання медичним персоналом усіх правил медичної етики і деонтології.

Під час огляду не тільки лікар досліджує хворого, але й хворий у певній мірі вивчає людські і професійні якості лікаря. І повідомити людині, що звикла вважати себе здоровою, про те, що вона хвора, так, щоб уникнути ятрогенного ефекту — непросте завдання. Добре відоме висловлювання знаменитого невролога, психіатра і психолога В. М. Бехтерева: “Якщо хворому після бесіди з лікарем не стає легше, то це не лікар”.

Найчастіше ятрогенії розвиваються в одну з двох їхніх форм: значно погіршується перебіг органічної хвороби, що є в пацієнта, або виникають психогенні функціональні невротичні реакції. Найбільшу схильність до ятрогенії мають помисливі, недовірливі особи, які проявляють підвищений інтерес до стану свого здоров'я, або особи, що мають підвищену вразливість або гарячність.

Джерела ятрогенних хвороб найрізноманітніші. У процесі лікарювання велике значення має обстановка в лікарняній палаті, де поряд можуть перебувати хворі з важкою і лише початковою формою однієї і тієї ж хвороби, взаємовплив хворих, “просвітницька” діяльність окремих хворих. Майже на кожного хворого неофіційна, довірлива інформація, розповіді “очевидця” справляють дуже сильне враження. Хоча б підсвідомо хворий розуміє, що лікар завжди прикрашає дійсність, але до яких меж поширюється це прикрашання, хворому

невідомо. Якщо раптом хтось починає відкривати всі таємниці, посилаючись на особистий досвід, то це може викликати в душі хворого серйозний переворот.

Іноді джерелом ятрогенії стає обхід в палаті. Під час огляду хворий напружено стежить за кожним словом і жестом лікаря. У цих умовах будь-яке необережне слово лікаря, погляд, похитування головою, похмурювання можуть мимоволі спричинити хворому травму. Делікатної тактики вимагають особи, що страждають від кардіофобії, тобто від страху перед хворобою серця.

Треба особливо вміло користуватись словом, зверненим до хворого, психіка якого часто травмована хворобою, а реакція на навколишню дійсність може бути, у деякій мірі, неадекватною і навіть спотвореною. Хворий надто реагує на все, що стосується його хвороби, але й у здорової людини можна викликати переживання, не адекватні необережно кинутому слову. Наприклад, при дослідженні рентгенолог уголос промовляє: “серце у поперечному положенні”, “шлунок має форму гачка”, не надаючи цим словам ніякого особливого значення. Однак обстежуваний, навіть якщо він цілком здоровий, починає приділяти багато уваги своїм внутрішнім органам, “відчуває” свої “поперечне” серце або “гачок” на місці шлунка. Лікарю або не треба вимовляти при хворому медичних висловів чи термінів, які можуть викликати хибне уявлення, або необхідно роз’яснити, що поперечне положення серця і форма шлунка нічим йому загрозувати не можуть.

Велике значення мають також відомості, які виходять від середнього і молодшого медичного персоналу. Все більшого поширення набуває термін “сороригенні захворювання” (тобто породжені медичною сестрою: лат. *sorog* — сестра). Медична сестра, особливо у стаціонарі, частіше стикаючись з хворим, може через легковажність, наївність повідомити йому зовсім непотрібні і до того ж перекручені факти.

Ятрогенію можуть викликати незрозумілі слова лікаря, якими він із багатозначним виглядом іноді обмінюється зі своїм колегою у присутності хворого, навмисно називаючи хворобу або її симптоми латинською мовою. Тому при хворому не треба обговорювати діагноз захворювання, лікування і особливо прогноз.

Іноді приводом до ятрогенної реакції може стати знайомство хворого з медичною документацією (історією хвороби, амбулаторною картою, результатами аналізів, описанням рентгенівських знімків

тощо), суперечні рекомендації кількох лікарів, невдалі науково-просвітницькі брошури або газетні публікації, в яких автори захоплюються дуже докладним викладенням симптомів певної хвороби і можливих тяжких наслідків і т. д.

Не можна погодитись з тим, що до ятрогенних хвороб намагаються відносити будь-яку патологію, що виникає у зв'язку із медичними діями, або діагностичні та лікувальні помилки і їх ускладнення, які розвиваються внаслідок різноманітних причин і які в більшості випадків не залежать від лікаря. Як з медичної, так і юридичної точки зору це необгрунтовано. Ятрогенії виникають внаслідок психотравмуючої поведінки медичних працівників, від недоречного слова, двозначного жесту, міміки. Хворому здається: всьому кінець. Звідси його переживання. А в результаті — загострення старої хвороби або початок нової.

Ще раз наголосимо, що ятрогенії, як один з видів навіюваних хвороб, тому і виділяють окремо серед лікарських помилок, що вони являють собою тільки певну реакцію хворого на етико-деонтологічні прорахунки медичного персоналу. Ця реакція проявляється лише у вигляді психічної хвороби і тільки у формі неврозу або реактивного стану, що належать до психогеній. Їх треба лікувати у лікаря-психіатра.

Запозичимо яскравий приклад ятрогенії з практики засновника нейропсихології академіка О. Р. Лурія (1977), що наводить О. А. Грандо (1982):

Хворий Г., літератор, якого я давно знав, людина великої культури, прийшов до мене зі скаргами на диспептичні явища, які з'явилися недавно. Коли я, оглянувши хворого, заявив, що справа йде про випадковий, скороминучий розлад травлення, він з гіркотою промовив: "Так, це було б так, але в мене bulbus duodeni нечітко відшнуровується" — і показав мені рентгенівський висновок. "Адже вона може зовсім відшнуруватися!" — заперечив він, коли я, прочитавши висновок, не виявив там нічого підозрілого стосовно органічного захворювання... Знадобилася ціла лекція з анатомії і фізіології шлунка, щоб розвіяти його сумніви. Минуло, однак, ще чимало часу, поки пацієнт позбувся своєї ятрогенії і своїх сумнівів.

7.2. НЕЩАСНІ ВИПАДКИ У МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Випадок — подія чи обставина, яка настає без впливу волі людини і не може бути передбачена в даних умовах. При цьому вона могла як відбутися, так і не відбутися. Певне діяння випадкового характеру може мати зовнішні ознаки проступку, але позбавлене вини у формі наміру чи необережності.

Нещасні випадки в медичній практиці — це несприятливі наслідки діагностичних чи лікувальних процедур, операцій чи інших втручань, які пов'язані з випадковими, несподіваними обставинами. Нещасні випадки — це такі невдалі результати медичних дій, при яких на підставі сучасних даних медичної науки об'єктивно неможливо було передбачити їх негативних наслідків і, отже, не можна було їх попередити. Це означає, що в діях лікаря у подібних випадках відсутні ознаки протиправності. Лікар діяв у певній відповідності до правил і методів медичної науки. Якщо встановлюють, що стався нещасний випадок, то це виключає кримінальну відповідальність особи.

До типових нещасних випадків у медичній практиці належать:

- смерть хворого від непереносимості лікарських засобів, вакцин і сироваток при першому їх застосуванні (лікарська алергія, анафілактичний шок). Останнім часом у зв'язку з різким збільшенням кількості нових лікарських засобів, особливо імпортованих, необхідно бути особливо обережним при їх застосуванні через можливі алергічні реакції;
- смерть на операційному столі при показаному і правильно виконаному наркозі, хоча доза наркотичної речовини була оптимальною, а протипоказань до нього не було;
- рефлекторна зупинка серця під час операції. Відбувається вона у випадках надмірного подразнення блукаючого нерва при втручаннях на грудній чи черевній порожнинах. Може трапитись і в інших випадках. Більшість несподіваних смертельних наслідків під час операції є результатом гострої серцево-судинної недостатності на ґрунті колапсу;
- смерть від жирової емболії під час операції остеометалосинтезу або при видаленні стержня;
- смерть при переливанні сумісної за групою крові чи при переливанні кровозамінників тощо;
- розрив післяопераційного рубця через кілька днів після виписки хворого із стаціонару та інші.

Наприклад:

1. У 2001 році в м. Сумах 8-річна Марина Х. разом із своєю бабусею (фельдшером за професією) пішла на прийом до стоматолога. Він подивився хворий зуб і сказав, що необхідно зробити знеболюючий укол. Бабуця пішла в аптеку і купила дві ампули лідокаїну. Як тільки стоматолог почав вводити знеболююче, у дитини стали синіти мочки вух і губи. Лікар, замість того, щоб зупинитись на крик бабці, швидко ввів те, що залишилось у шприці. Марина скрикнула, витягнулась в струну, по її тілі пройшли судоми. Незважаючи на всі зусилля медперсоналу та реанімаційної бригади, викликаной в стоматполіклініку, врятувати життя Марини не вдалося. Смерть її настала від анафілактичного шоку, що розвинувся внаслідок індивідуальної непереносимості лідокаїну.

2. Гр-н Ф., 30 років, був прийнятий у хірургічний стаціонар з діагнозом “гострий апендицит” на другу добу після захворювання. Через 12 годин після клінічного спостереження і необхідних лабораторних досліджень при задовільному стані хворому зробили операцію — лапаротомію з видаленням апендикса. Операція здійснювалась під загальним внутрішньовенним наркозом (фентаніл — тіопентал — дитилін). Операція тривала 40 хв. Після наркозу хворий прокинувся, сказав декілька слів, але дуже швидко втратив свідомість, пульс зник. Реанімаційні заходи виявились безуспішними. Хворий помер.

Як з'ясувалось, Ф. рік тому отримав тяжку черепно-мозкову травму (забій головного мозку, субдуральну гематому, переніс трепанацію черепа). Після цієї травми у нього розвинулась емоційна лабільність. Судово-медична експертна комісія зробила висновок, що посттравматичні зміни головного мозку обумовили підвищену чутливість Ф. до речовин, застосованих для наркозу, і спровокували депресію дихання з наступною його зупинкою.

3. Гр-ну О., 56 років, в рентгенкабінеті поліклініки внутрішньовенно ввели 20 мл 70-процентного розчину діодону з метою обстеження сечових шляхів. Під час введення діодону побічної реакції не було. Через кілька секунд після закінчення процедури у хворого виникли судомні дихальні рухи, з'явилась піна з рота. негайно підшкірно були введені димедрол, кардіамін, внутрішньовенно — розчин хлориду кальцію. Давали кисень, робили штучне дихання “рот в рот” і непрямий масаж серця, але врятувати хворого не вдалось. Через 1-2 хв. констатована смерть.

Судово-медична експертна комісія зробила висновок, що смерть гр-на О., настала від анафілактичного шоку внаслідок непереносимості йоду, який містився в препараті. Комісія відмітила також, що несприятливий кінець лікарі поліклініки передбачити не могли, про-

типоказань до введення діодону не було, а введена доза була нормальною.

4. Рідкісний приклад нещасного випадку у медичній практиці наводить І. Ф. Огарков (1966): Хворий похилого віку повинен був оперуватися з приводу грижі Шморля в шийному відділі хребта. Напередодні операції він дуже хвилювався, багато куриє, не спав усю ніч. На операційному столі у той момент, коли хірург підійшов до хворого, щоб обробити шкіру і провести анестезію, хворий зненацька різко зблід, а через деякий момент був уже мертвий.

Нещасні випадки в медичній практиці відрізняються від лікарських помилок тим, що їх не можна було передбачити навіть при найсумліннішій роботі лікарів чи середнього медичного персоналу. При оцінці конкретного випадку треба повністю виключити недбалість, медичне неучтво, лікарську помилку тощо. Нещасний випадок — це поняття об'єктивне, лікарська помилка — суб'єктивне.

Отже, під нещасним випадком в медичній практиці треба розуміти помилкові дії медичного працівника, які викликали тяжкі наслідки для потерпілого і які здійснені при проведенні обґрунтованого медичною наукою і практикою лікувально-діагностичного заходу, при усвідомленні небезпечності методу, який застосовується і при умові, що в конкретному випадку було зроблено все необхідне (з точки зору положень медичної науки) для запобігання цих наслідків. Таке розгорнуте визначення нещасного випадку в медичній практиці пропонує В. О. Глушков (1987). Якщо при цьому лікар не зробить все можливе для ліквідації шкідливих наслідків нещасного випадку, грубо порушить правила лікування хворого, то такі дії носять усвідомлений характер, і лікар може бути притягнутий до кримінальної відповідальності за необережний злочин.

7.3. ПРОФЕСІЙНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ АБО ЗЛОЧИНИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Правопорушенням в широкому розумінні слова називається антигромадське діяння, яке спричиняє шкоду суспільству і яке карається за законом. Правопорушенням у вузькому сенсі слова називається винне протиправне діяння, здійснене осудною особою, яка досягла встановленого законом віку. Правопорушення поділяють на проступки (адміністративні, дисциплінарні, цивільні) та злочини. Найбільш

небезпечним видом правопорушення є злочин. За правопорушення законом передбачена відповідно адміністративна, дисциплінарна, цивільна і кримінальна відповідальність.

Професійні правопорушення (зокрема — злочини) медичних працівників — це їхні навмисні, протиправні діяння (дії чи бездіяльність), сутність яких і покарання за які передбачені у відповідних статтях чинного Кримінального кодексу України. На відміну від лікарських помилок в основі караних професійних правопорушень медичних (як і фармацевтичних) працівників лежить недобросовісність (несумлінність), їхня непередбачена легковажна поведінка.

Виконання професійних обов'язків та користування широкою гамою прав не може не передбачати і відповідальності лікарів за недобросовісність, упущення, помилки чи професійні правопорушення. У ст. 80 “Основ законодавства України про охорону здоров'я” (1992) зазначено, що “особи, винні у порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством”.

Нагадаємо коротко, в чому сенс окремих видів юридичної відповідальності, що впливають з різних видів правопорушень.

Адміністративна відповідальність передбачена за адміністративне правопорушення, тобто за порушення громадського порядку, паспортного режиму, правил дорожнього руху, санітарних, протипожежних правил, кордонного режиму, митних правил. Види адміністративної відповідальності: попередження, штраф, конфіскація, вилучення (до 15 діб), адміністративний арешт.

Дисциплінарна відповідальність настає за порушення трудової дисципліни (систематичні запізнення, прогули, несвоєчасне чи неналежає виконання певного завдання тощо). До порушників трудової дисципліни можуть застосовуватись такі дисциплінарні стягнення: зауваження, догана, сувора догана, переведення на нижчеоплачувану роботу на строк до трьох місяців, звільнення з роботи. У сучасному трудовому законодавстві України передбачено лише два види дисциплінарного покарання: догана і звільнення з роботи.

Цивільна відповідальність полягає в застосуванні до правопорушника (боржника) в інтересах іншої особи (кредитора) чи держави установлених законом чи договором мір впливу — відшкодування збитків, виплата неустойки (штрафу, пені), компенсація шкоди. Це означає, що при небажаних наслідках лікування, наприклад, при настанні стійкої втрати працездатності з вини лікаря, йому може бути пред'яв-

лений позов про відшкодування збитків, заподіяних недостатньо кваліфікованим лікуванням. Цивільна відповідальність носить компенсаційний характер, оскільки її мета — відновлення порушених майнових прав кредитора, і тому розмір відповідальності, зазвичай, повинен відповідати розміру заподіяних збитків.

Відповідальність — це конкретна міра обов'язку (повинності). Найвищою її мірою є моральна відповідальність лікаря за наслідки своїх неправильних дій. В основі такої відповідальності лежить совість, надзвичайно велика вимогливість до самого себе, високі моральні якості людини. Історія медицини може розповісти про приголомшуючі події, коли тягар моральної відповідальності ставав нестерпним. Ось приклади.

1. У 30-ті роки минулого сторіччя покінчила життя самогубством доктор Василькова — асистент хірургічної клініки Саратовського університету. Це сталося на наступний день після того, як померла прооперована нею доктор Алмазова (її подруга).

2. Аналогічно закінчилося життя учня М. І. Пирогова професора С. П. Коломніна (1842-1886), який належав до Київської школи хірургів. Він вперше перелив кров пораненому на театрі воєнних дій в період сербсько-турецької війни. С. П. Коломнін був не тільки прекрасним педагогом, хірургом-новатором, але й чудовим лікарем-гуманістом. На зорі епохи знеболювання, коли операції викликали у хворих тяжкі страждання внаслідок відсутності необхідного наркозу, він шукав найбільш ефективні засоби, які знімають біль. Одного разу (вже працюючи в Петербурзі) він прочитав у зарубіжному медичному журналі повідомлення про те, що розчин кокаїну, введений в певній дозі, викликає знеболення. С. П. Коломнін вирішив застосувати цей метод. Одній з хворих, що готувалась до операції, за вказівкою Коломніна ввели розчин кокаїну за вказаною в журналі дозою. Сам професор в цей час у передопераційній готувався до операції. Коли він увійшов у операційну, хвора вже була мертвою. Виявилось, що доза була вказана неправильно. Це і викликало смерть пацієнтки. С. П. Коломнін не міг простити собі цього, хоча безпосередньо не був винен. Три доби його мучила совість і на 4-у добу, не витримавши напруги, він застрелився. Йому було всього 44 роки. Не можна вивертати цей вчинок, але можна зрозуміти, з якою мірою моральної відповідальності він ставився до себе.

Зазначимо, що такі ситуації трапляються не тільки у сфері медичної діяльності і не тільки з лікарями, коли гніт совісті перевершує життя і доводить до самогубства. Ось приклади.

1. *Одного літнього дня 2000 року у м. Києві в машині “швидкої допомоги” кричала від болю однорічна дівчинка — вона перекинула на себе каструлю з киплячим компотом. Водій “швидкої” Н., з 30-річним стажем роботи, увімкнувши сирену і блимавку, хотів якнайшвидше довести дитину в опіковий центр. На черговому перехресті вулиць водій не зупинився на жовте світло світлофора і врізався у бік автомобіля “Рено”, що виїхав із правої сторони. Пацієнтку в лікарню відвезла інша бригада швидкої допомоги, а водій чекав розгляд пригоди за участю автоінспекторів. У ДАІ визнали, що в ній винні обидва водії. Це дуже прикро вразило Н. Через тиждень після ДТП він повісився.*

2. *25 лютого 2002 року близько 19. 30 на околиці районного центру Сміла Черкаської області начальник міжрайонного реєстраційно-екзаменаційного відділення ДАІ м. Сміла 34-річний майор міліції Олег Руденко, керуючи власним автомобілем ВАЗ-2108, збив велосипедиста і його пасажирку. Чоловік помер на місці події, а жінка, на щастя, залишилась живою. Усвідомивши, що він натворив, Руденко з місця пригоди втік і поїхав не додому, а в с. Костянтинівку, де він народився і виріс. Він акуратно поставив автомашину біля батьківського будинку, дістав мисливську рушницю, що була у багажнику, зарядив її, зайшов у дім, підійшов до стіни, де висіло дзеркало і, дивлячись на своє відображення, уперся прикладом у стіну, а дульний кінець ствола приставив до серця. Після цього навалився грудьми на ствол і натиснув на спусковий гачок. Зразу після пострілу Руденко не загинув. Він зайшов у сусідню кімнату, комусь подзвонив по телефону, повернувся назад у кімнату, де здійснив постріл, ліг на диван і помер. Нічого незвичайного у його поведінці ніхто не помічав. Будь-яких відхилень, пов'язаних із здоров'ям, у нього не було. Незадовго перед цим Руденко проходив спеціальне обстеження. Лікарі, у тому числі психіатр, будь-яких хвороб у нього не виявили.*

Карна чи кримінальна відповідальність — це покарання за злочини, передбачені Карним кодексом. Підставою кримінальної відповідальності у праві, як відомо, є: а) протиправність діяння і б) вина особи, яка здійснила це діяння.

Згідно зі ст. 11 чинного Карного кодексу України “злочином є передбачене цим Кодексом суспільно небезпечне винне діяння (дія або бездіяльність), вчинене суб'єктом злочину. Не є злочином дія або бездіяльність, яка хоча формально і містить ознаки будь-якого діяння, передбаченого цим Кодексом, але через малозначність не становить суспільної небезпеки, тобто не заподіяла і не могла заподіяти істотної шкоди фізичній чи юридичній особі, суспільству або державі”. Озна-

ками злочину є: суспільна небезпека діяння, кримінальна протиправність, винуватість і караність.

Злочином у галузі охорони здоров'я вважають навмисне чи необережне суспільно небезпечне діяння у сфері медичного обслуговування населення, котре здійснене медичним працівником внаслідок порушення професійних обов'язків, яке нанесло чи могло нанести суттєву шкоду інтересам держави, суспільним відносинам у галузі охорони здоров'я, здоров'ю окремих громадян (В. О. Глушков, 1987).

Суспільна *небезпечність* діяння полягає в тому, що воно за своїм характером і наслідками наносить або може нанести суттєву шкоду інтересам суспільства в цілому і в той же час інтересам кожного громадянина, і тому небезпечне для держави.

Кримінальна *протиправність* (протизаконність) означає, що конкретне суспільно небезпечне діяння визнається злочиним лише у тому випадку, коли воно передбачене в такій якості діючим законом — в даному випадку КК України. З огляду на це положення виключається можливість застосування кримінального закону за аналогією за суспільно небезпечне діяння, прямо не вказане в законі. Ознака кримінальної протиправності відрізняє злочин від інших правопорушень (адміністративних, дисциплінарних).

Винуватість, як ознака злочину, означає, що суспільно небезпечне діяння лише тоді вважається злочинним, коли воно здійснюється під контролем свідомості та волі людини.

Вина (або провина) у кримінальному праві — це психічне ставлення особи до здійснюваного нею діяння, вчинку, яке виражається у формі наміру чи необережності, про що вже згадувалось.

Наявність вини є необхідною передумовою притягнення до кримінальної відповідальності. Вина відноситься до суб'єктивної сторони злочину. Особа, яка скоїла злочин навмисно, несе більш суворе покарання порівняно з особою, яка здійснила аналогічне діяння через необережність.

Караність діяння — це можливість застосування за вироком суду до винного певного, вказаного у законі виду і розміру кримінального покарання. Згідно зі ст. 51 КК в Україні існують такі види кримінальних покарань: штраф; позбавлення військового, спеціального звання, рангу, чину або кваліфікаційного класу; позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю; громадські роботи; виправні роботи; службові обмеження (для військовослужбовців); конфіскація майна; арешт; обмеження волі; утримання в дисцип-

лінарному батальйоні (військовослужбовців); позбавлення волі на певний строк; довічне позбавлення волі (як вища міра покарання). Основними з них є громадські та виправні роботи, службові обмеження для військовослужбовців, арешт, обмеження волі, утримання в дисциплінарному батальйоні військовослужбовців, позбавлення волі на певний строк, довічне позбавлення волі. Додатковими покараннями є позбавлення військового, спеціального звання, рангу, чину або кваліфікаційного класу та конфіскація майна. Штраф та позбавлення права обіймати певні посади можуть застосовуватись як основні, так і додаткові покарання. За один злочин може бути призначено лише одне основне покарання (ст. 52 КК України).

Громадські роботи — це виконання засудженим у вільний від роботи чи навчання час безоплатних суспільно корисних робіт, вид яких визначають органи місцевого самоврядування. Тривалість їх від 60 до 240 годин. Вони не можуть тривати більше 4-х годин на день. *Виправні роботи* відбуваються за місцем роботи і можуть призначатися судом терміном від 6 місяців до 2-х років. Із суми заробітку в дохід держави відраховується від 10 до 20 % заробленого. *Обмеження волі* — це утримання особи в кримінально-виконавчих установах відкритого типу без ізоляції від суспільства в умовах здійснення за нею нагляду з обов'язковим залученням до праці. Суд може призначити обмеження волі засудженому терміном від одного до 5 років.

Покарання — це особлива форма державного примусу, що застосовується від імені держави за вироком суду до особи, визнаної винною у вчиненні злочину, і полягає в передбаченому законом обмеженні прав і свобод засудженого. “Особа вважається не винною у вчиненні злочину і не може бути піддана кримінальному покаранню, доки її вину не буде доведено в законному порядку і встановлено обвинувальним вироком суду” (ст. 2 КК України). Покарання має на меті не тільки кару, а й виправлення засуджених, а також запобігання вчиненню нових злочинів як засудженими, так і іншими особами.

Однак не треба думати, що за кожний злочин і кожному винному обов'язково призначають кримінальне покарання. Чинне законодавство (напр., ст. ст. 49, 74, 75, 79, 83, 84, 86 КК України) в певних випадках передбачає можливість звільнення особи від кримінальної відповідальності та покарання.

Медична етика слідом за категорією “обов'язок, повинність” розглядає категорію “відповідальність”. Загальновизнаним вважається, що відповідальність медичних працівників у їх справі величезна. Це,

напевно, чи не найбільш розповсюджене суспільно-громадське уявлення про медичну діяльність. Поняття професійної відповідальності медичних працівників, як видно із вищенаведеного, має і юридичний зміст. Моральна відповідальність, звичайно, “перекриває” юридичну, юридична ж по-своєму “височіє” над моральною. У статтях юридичних законів відображені ті відносини лікарів і хворих, лікарів і суспільства, які мають особливо глибокий соціальний зміст. А тому поряд з етико-деонтологічним самовихованням лікар зобов’язаний займатися і юридичним самовихованням.

Недбайливо-злочинне ставлення медичного персоналу до своїх професійних обов’язків іноді призводить до тяжких наслідків (переходу хвороби у хронічну форму, стійкої втрати працездатності, інвалідності, каліцтва) і навіть — до смерті. При таких несприятливих наслідках лікарської діяльності нерідко за скаргами хворих чи їх рідні виникають так звані “лікарські справи”. Медицина — це співчуття, допомога, порятунок... Чи можна скаржитися на співчуття? Скарги на лікаря — сенсація. Лікар створений і повинен працювати для подяк. Однак скарги є. І потрібно в них тверезо розібратися. Бувають несправедливі скарги, бувають обґрунтовані, справедливі.

“Лікарські справи” — це кримінальні справи, порушені слідчими органами (найчастіше — прокуратурою) проти лікарів за професійні чи службові правопорушення. Ці справи порушуються за скаргами і частіше проти лікарів тих спеціальностей, які застосовують активні, переважно — хірургічні методи діагностики чи лікування (хірургів, травматологів, нейрохірургів, акушерів-гінекологів, онкологів тощо).

За даними Головного бюро судово-медичної експертизи МОЗ України дослідження (чи експертизи) з “лікарських справ” становлять близько 18 % від загальної кількості комісійних експертиз в країні. Серед них перше місце посідають справи із звинувачення хірургів (39,4 %), друге — акушерів-гінекологів (28,5 %), третє — педіатрів (10,7 %). Проти терапевтів кримінальні справи порушувались у 8,3 % випадків, проти лікарів інших спеціальностей — в 11,7 %, а у 1,4 % випадків — проти середніх медичних працівників (Є. І. Кузьміна, 1981). Новітніх даних з цього приводу, на жаль, немає.

За даними В. О. Плаксіна, Б. Л. Гуртового і В. Б. Обоймакова (1994), у Російській Федерації у 1988 — 1990 рр. “лікарські справи”, які були порушені проти акушерів-гінекологів, складала 22,4 % від загальної їх кількості. З кожної кримінальної справи звинувачувалось

не менше двох медичних працівників. Результати вивчення судово-медичних експертиз з цих справ виявили неповноту і суперечності у висновках первинної експертизи — у 36 %, справи порушувались за вимогою родичів померлої — у 33 %, мали місце суперечності між службовим розслідуванням і первинною судово-медичною експертизою — у 20 %, не виявлено достатньо обґрунтованих приводів — у 11 % випадків.

1 вересня 2001 року набрав чинності новий Кримінальний кодекс нашої держави, прийнятий сьомою сесією Верховної Ради України 5 квітня 2001 року. Відмітною особливістю цього законодавчого акта є його прогресивність, оскільки він перестав виконувати чисто каральну функцію. Її місце посідає стимуляція дотримання законів. У ньому зафіксовано майже вдвічі більше (понад 300) складів злочину, ніж було у минулому КК (близько 150). Тепер передбачено дванадцять видів покарань, які можуть бути застосовані судом до визнаних винними у скоєнні злочинів чи до засуджених за них: від штрафу до позбавлення волі на певний строк (але не більше, як на 15 років), а також вищу міру покарання — довічне ув'язнення, оскільки смертна кара в Україні відмінена. Довічне ув'язнення не розповсюджується на неповнолітніх (у віці до 18 років) та на осіб, старших за 65 років. Новим кодексом суттєво пом'якшені покарання за незначні злочини, скоєні малолітніми, зубожілими пенсіонерами чи інвалідами. Є й інші відмінності нового Карного кодексу.

Якщо у Кримінальному кодексі України 1960 року була передбачена кримінальна відповідальність медичних працівників лише за чотири види професійних злочинів: за незаконне проведення абортів, за неподання допомоги хворому особою медичного персоналу, за зараження вірусом імунодефіциту людини медичними, фармацевтичними працівниками і за розголошення відомостей про проведення медичного огляду на зараження вірусом імунодефіциту людини та його результатів (останні два склади злочину і відповідальність за них введені в КК у 1991 році), то у новому КК України міститься близько 20 видів професійних правопорушень медичних і фармацевтичних працівників, за які може бути застосоване кримінальне покарання.

Проаналізуємо коротко ці склади злочинів у послідовності їх розташування в кодексі.

Зараження особи вірусом імунодефіциту людини. За ст. 131 КК “Неналежне виконання професійних обов’язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної

інфекційної хвороби” — “1. Неналежне виконання медичним, фармацевтичним або іншим працівником своїх професійних обов’язків внаслідок недбалого чи несумлінного ставлення до них, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, — карається обмеженням волі на строк до трьох років або позбавленням волі на той самий строк з позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на строк до трьох років. 2. Те саме діяння, якщо воно спричинило зараження двох чи більше осіб, — карається позбавленням волі на строк від 3 до 8 років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років”.

Синдром набутого імунодефіциту (СНІД) — особливо небезпечна інфекційна хвороба, яка викликається вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) і через відсутність у даний час специфічних методів профілактики та ефективних методів лікування призводить до смерті. Масове розповсюдження цієї хвороби в усьому світі та в Україні створює загрозу особистій, громадській та державній безпеці, спричиняє важкі соціально-економічні та демографічні наслідки, що зумовлює необхідність вжиття спеціальних заходів щодо захисту прав і законних інтересів громадян та суспільства.

З цією метою в Україні прийнято ряд нормативно-правових актів, спрямованих на регулювання діяльності щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, умов і порядку медичного огляду громадян України та інших осіб для виявлення заражених хворих тощо. Зокрема, 12 грудня 1991 року Верховна Рада прийняла, а 3 березня 1998 року доповнила і розширила Закон України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення”. На підставі цього закону Кабінет Міністрів України 18 грудня 1998 року видав постанову № 2026 “Питання запобігання та захисту населення від ВІЛ-інфекції та СНІД”, якою затвердив також “Правила медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, обліку ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД та медичного нагляду за ними”.

ВІЛ-інфекція, крім статевого шляху передачі вірусу, передається іншій людині і через кров, оскільки її збудник циркулює в крові хворих і вірусносіїв. При використанні для внутрішньовенного чи внутрішньом’язового введення ліків недостатньо простерилізованого медичного шприца і голки, чи таких голки під час переливання крові, або при повторному застосуванні одноразового шприца і голки (як

це часто буває у наркоманів) може відбутися зараження людини ВІЛ-інфекцією за рахунок вірусу, що потрапив на медичні інструменти під час аналогічних маніпуляцій у хворого на СНІД, ВІЛ-інфекцію чи вірусоносія. Якщо таке зараження станеться з вини медичного чи фармацевтичного працівника через неналежне, тобто недбале чи несумлінне виконання ними своїх професійних обов'язків, то вони несуть за це кримінальну відповідальність.

Неналежним виконанням професійних обов'язків вважається бездіяльність особи, коли вона не виконує певних дій, які входять в коло її професійних обов'язків, або виконує їх не в повному обсязі чи без додержання певних правил (наприклад, переливання крові людини, інфікованої ВІЛ-інфекцією, без проведення необхідних для цього тестів на наявність такої інфекції та ін.).

Отже, суб'єктом цього злочину є перш за все медичні та фармацевтичні працівники, але й можуть бути інші особи. Кримінальна відповідальність настає у випадках, коли зараження сталося внаслідок неналежного виконання ними своїх обов'язків. Покарання посилюється, якщо за таких умов було заражено ВІЛ-інфекцією двох чи більше осіб.

Більш детально треба сказати про захворювання на ВІЛ-інфекцію при переливанні крові. Із вищезазначених нормативно-правових актів України щодо боротьби зі СНІДом випливає, що переливання крові (її компонентів), а також використання інших біологічних рідин, клітин, органів, тканин у медичних цілях дозволяється лише після *обов'язкового* лабораторного дослідження крові донорів на ВІЛ-інфекцію.

У невідкладних випадках, коли існує реальна загроза життю людини та єдиним засобом врятування хворого є термінове переливання крові, а перевіреної донорської крові немає, за згодою хворого (або його законного представника) допускається переливання неперевіреної на ВІЛ-інфекцію крові. Якщо усвідомлену згоду хворого отримати неможливо, рішення про переливання неперевіреної крові приймається консилиумом лікарів, а при неможливості його скликання — лікарем, який подає допомогу. Факт переливання неперевіреної крові та згода хворого на проведення такої процедури обов'язково письмово посвідчуються в його медичній документації, а зразок цієї крові терміново повинен бути надісланий для відповідного лабораторного дослідження.

Особи, зараження яких ВІЛ-інфекцією сталося внаслідок вико-

нання медичних маніпуляцій, мають право на відшкодування в судовому порядку завданої їм здоров'ю шкоди за рахунок винної особи. Це положення не поширюється на випадки зараження хворих при переливанні неперевіреної на ВІЛ-інфекцію крові за дотримання умов гемотрансфузії у вищезазначених невідкладних випадках.

Про те, що медичні працівники можуть сприяти зараженню ВІЛ-інфекцією, свідчать такі приклади.

1. Восени 2001 року трьом пацієнтам Одеського обласного онкологічного диспансеру під час хірургічних операцій перелили ВІЛ-інфіковану кров “постійного перевіреного” донора: 60-річний чоловік помер невдовзі після операції з приводу раку шлунка 4-ої стадії, і у нього не встигла розвинутихся занесена інфекція; ще одному 61-річному чоловікові та 47-річній жінці з важкими недугами встановили ще один діагноз — ВІЛ-інфекція.

2. У жовтні 1997 року житель с. Ганнівки Новоархангельського району Кіровоградської області 43-річний тракторист Ч. під час бортування вручну колеса від трактора отримав тяжку травму обличчя, руки і ноги. Його доставили у Новоархангельську ЦРЛ. Для надання допомоги із обласного центру викликали щелепно-лицьового хірурга. Під час оперативного втручання у потерпілого почалась кровотеча, став різко знижуватись артеріальний тиск. Рану тампонували, однак зупинити кровотечу не вдавалось. У лікарні виявилось лише два флакони донорської крові потрібної групи, але вона не була перевірена на ВІЛ-інфекцію. Хірург-травматолог прийняв рішення використати непроатестовану кров (її зразки направили в обласну станцію переливання крові).

Один із зразків донорської крові, присланих на ВІЛ-тестування, дав позитивний результат. Про це терміново повідомили у лікарню, проте кров була вже перелита травмованому Ч. Про це стало відомо в обласному управлінні охорони здоров'я, згодом — у Міністерстві охорони здоров'я. Останнім, хто дізнався про перелиту ВІЛ-інфіковану кров, був сам Ч., бо з легкої руки персоналу лікарні, який отримав спеціальний інструктаж “з правил поводження з ВІЛ-інфікованим хворим”, про подію знав уже весь район. Лише з пацієнтом лікарні не знайшли у собі мужності поговорити... Справу намагались повернути так, ніби Ч. потрапив у лікарню вже ВІЛ-інфікованим, що його заразила дружина. Але тест показав, що вона здорова, а донор — інфікований.

Дружина Ч. подала в суд позов до Новоархангельської ЦРЛ про відшкодування матеріальної і моральної шкоди. Для того, щоб інфекція не перейшла у хворобу, Ч. потрібне профілактичне лікування, добре харчування, а в сім'ї восьмеро дітей...

Правоохоронні органи відмовили Ч. у порушенні кримінальної спра-

ви “за відсутності складу злочину”. Лікарі зуміли довести, що неперевірену на ВІЛ-інфекцію кров застосували для врятування життя пацієнту.

Судовий розгляд цивільного позову затягнувся більше, як на рік. У серпні 1999 року Новоархангельський районний суд прийняв рішення: стягнути з ЦРЛ на користь позивача 760 гривень (витрати на поїздки по справі), суму, еквівалентну 520 долларам США, щорічно (для необхідних обстежень), суму, еквівалентну 1000 долларам США, щомісячно (на лікування). Крім того, 400 тис. гривень необхідно було виплатити потерпілому зразу (компенсація моральної шкоди). Виходило, що простіше закрити лікарню, ніж виплатити такі кошти.

Розгляд касаційної скарги медиків Новоархангельської ЦРЛ в апеляційному суді тривав близько року. Внаслідок розмір відшкодування моральних збитків потерпілому зменшили до 150 тис. гривень. Ч. став інвалідом II групи, веде здоровий спосіб життя, на погіршення здоров'я не скаржиться.

Крім відповідальності за зараження особи СНІДом, ст. 131 КК України передбачає карну відповідальність і за зараження людини іншою невиліковною інфекційною хворобою внаслідок неналежного виконання медичним чи фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків. До інших невиліковних інфекційних хвороб, що є небезпечними для життя, відносяться особливо небезпечні інфекційні хвороби, які є невиліковними у зв'язку з відсутністю ефективних методів їх лікування. Це визначається судово-медичною експертизою, яка може зачислити до них ті чи інші інфекційні хвороби, що є небезпечними для життя людини і на той час невиліковними (наприклад, лихоманка Ебола, пропасниця Марбург, коров'ячий сказ, нетипова або “китайська” пневмонія та ін.).

Розголошення даних про медичний огляд на виявлення ВІЛ-інфекції. Згідно із вищезазначеними Законом України та постановою Кабінету Міністрів України щодо боротьби зі СНІДом та діючими “Правилами медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції...” наша держава гарантує доступність, якість, ефективність медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, з наданням попередньої та наступної консультативної допомоги, а також забезпечення безпеки такого медичного огляду для обстежуваної особи та персоналу, який його проводить; обов'язкове тестування з метою виявлення ВІЛ-інфекції крові та її компонентів, отриманих від донорів крові та донорів інших біологічних рідин, клітин, тканин і органів людини, що використовуються в медичній практиці та наукових дослідженнях і т. д.

Медичний огляд на ВІЛ-інфекцію проводиться шляхом забору крові або інших біологічних рідин, що направляються до спеціальної лабораторії діагностики СНІДу. Він проводиться добровільно і здійснюється безоплатно. За бажанням особи, яка звернулася до закладу, такий огляд може бути проведено анонімно.

Право проведення медичного огляду та видачі офіційних висновків про його результати надається лише державним і комунальним закладам охорони здоров'я, що мають відповідно обладнані спеціальні лабораторії, акредитовані у порядку, встановленому постановою Кабінету Міністрів України за № 2026 від 18 грудня 1998 року.

Відомості про результати медичного огляду, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особи, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними (тобто, довірчими, секретними), а тому становлять лікарську таємницю. Передача таких відомостей дозволяється тільки особі, якої вони стосуються, а у випадках, передбачених законами України, також законним представникам цієї особи, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання та суду.

Оскільки ВІЛ-інфекція в даний час невиліковна, передається переважно статевим шляхом найчастіше при неупорядкованих статевих зносинах і при відсутності постійного партнера тощо, то зацікавлені особи не бажають, як правило, щоб про їх обстеження та його результати знали друзі, знайомі, товариші по роботі, батьки, родичі тощо. Розголошення даних медичного огляду і його результатів щодо ВІЛ-інфекції переслідується законом.

У ст. 132 КК України “Розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби” зазначено: “Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та його результати, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, — карається штрафом від 50 до 100 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до 240 годин, або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, з позбав-

ленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого”.

Із диспозиції цієї статті випливає, що суб’єктом злочину може бути будь-яка службова особа лікувального закладу (головний лікар, його заступники, завідувач відділом, лабораторією тощо), допоміжні або медичні працівники, яким стали відомі дані про обстеження особи на виявлення ВІЛ-інфекції чи захворювання на СНІД і які стали джерелом розповсюдження цих даних серед своїх колег, працівників закладу, знайомих, сусідів тощо. Розголошення відомостей стороннім особам може відбутися під час розмов, на лекціях (у навчальному процесі), у наукових статтях або внаслідок ознайомлення з ними сторонніх осіб через недбале зберігання чи втрату документів з такими відомостями. Розголошення відомостей про факт проведення медичного огляду та його результати може бути вчинено як умисно, так і з необережності. Покарання за цей злочин залежить від міри вини розповсюджувача забороненої інформації і незалежно від наслідків розголошення.

Незаконне проведення аборту — саме так називається ст. 134 КК України, яка передбачає кримінальне покарання за його виконання. У ній сказано: “1. Проведення абортів особою, яка не має спеціальної медичної освіти, — карається штрафом від 50 до 100 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк від 100 до 240 годин, або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до двох років. 2. Незаконне проведення абортів, якщо воно спричинило тривалий розлад здоров’я, безплідність або смерть потерпілої, — карається обмеженням волі на строк до 5 років або позбавленням волі на той самий строк, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого”.

Законним визнається таке проведення абортів, яке виконується за бажанням жінки лікарем лише в акредитованому лікувальному закладі при вагітності строком не більше 12 тижнів і відсутності медичних протипоказань. Порядок і підстави проведення операції штучного переривання вагітності строком до 12 тижнів регламентуються “Інструкцією про порядок проведення операції штучного переривання вагітності” та “Інструкцією про порядок проведення операції штучного переривання вагітності методом вакуум-аспірації”, затвердженими наказом Міністерства охорони здоров’я України № 111 від 28 червня 1994 року.

Незаконне проведення абортів — це штучне переривання вагітності незалежно від її терміну поза лікувальним закладом при відсутності стану крайньої необхідності. При цьому медична спеціальність лікаря не має значення. Такий аборт називається кримінальним.

Отже, незаконним визнається аборт, зроблений:

- особою, яка не має спеціальної медичної освіти;
- проведений не у спеціальних акредитованих закладах охорони здоров'я;
- у разі наявності медичних протипоказань для проведення абортів незалежно від строку вагітності;
- без відповідного документального оформлення;
- недозволеними чи забороненими способами;
- при вагітності від 12 до 28 тижнів, якщо відсутні соціальні та медичні показання, за наявності яких дозволяється штучне переривання вагітності у такі строки;
- при вагітності понад 28 тижнів, якщо її переривання не зумовлене станом крайньої необхідності.

Крайня необхідність (або гостра потреба) в кримінальному праві — це такий стан, при якому особа усуває небезпеку, що безпосередньо загрожує іншій особі чи охоронюваним законом правам цієї людини, а також суспільним інтересам чи інтересам держави, якщо цю небезпеку в даній обстановці не можна було усунути іншими засобами і якщо при цьому не було допущено перевищення меж крайньої необхідності (тобто, якщо заподіяна шкода є менш значною, ніж відвернена шкода). Будь-яка шкода від абортів менша, наприклад, ніж відвернена смерть. Перевищення меж крайньої необхідності є умисне заподіяння шкоди правоохоронюваним інтересам, якщо така шкода є більш значною, ніж відвернена шкода (ст. 39 КК України).

Крайня необхідність припускає, що небезпека, яка загрожує, є наявною, тобто такою, що вже виникла і ще не закінчилась, а також реальною, тобто фактично існуючою, а не уявною чи такою, що здається або ввижається.

Усунення небезпеки у стані крайньої необхідності здійснюється суспільно небезпечними діями, які заподіюють певну шкоду, а тому зовнішньо на вигляд мають ознаки злочину. Коли буде встановлено, що певні дії вчинені у стані крайньої необхідності чи гострої потреби, то вони не тягнуть за собою кримінальної відповідальності.

Спричинення тривалого розладу здоров'я — це розлад здоров'я,

пов'язаний з тривалим порушенням функції будь-яких органів потерпілої, а так само з втратою працездатності (тимчасової — терміном понад 21 день або постійної — від 10 %). Безплідність розуміється як втрата жінкою репродуктивної здатності. Під втратою репродуктивної функції треба розуміти втрату здатності до статевого акту, зачаття та дітонародження (розродження).

Зазначені наслідки, що передбачені ч. 2 ст. 134 КК, можуть виникнути і при проведенні лікарем абортів на законних підставах. У такому разі діяння лікаря повинні кваліфікуватись за ст. 119 (вбивство через необережність) або ст. 128 (необережне тяжке чи середньої тяжкості тілесне ушкодження) за умови необережного заподіяння таких наслідків.

Для ілюстрації наводимо один приклад кримінального абортів з тяжкими наслідками.

Жителька м. Вінниці Н., 22 років, будучи вагітною на 20-му тижні, у зв'язку із складними стосунками з батьком майбутньої дитини, вирішила зробити аборт. Подруга звела її зі знайомою лікарем-гінекологом Л., яка погодилась перервати їй вагітність за 150 доларів США у перерахунок на гривні. Після сплати авансу 630 гривень Л. повезла Н. на квартиру до 60-літньої акушерки Д., яка зразу ж запропонувала Н. лягти на стіл-тумбу, і після огляду зробила укол для стимуляції пологової діяльності. Л. спицею проколола плідний міхур, після чого у Н. відійшли навколоплідні води. Близько 2-х годин Н. ходила по кімнаті, щоб плід “опустився” — так рекомендували обидва медики. Згодом лікар витягувала його за допомогою спеціальних інструментів, а акушерка допомагала їй, утримуючи гінекологічні дзеркала. Усе це робилося без наркозу чи місцевого знеболення. При цьому вони вголос коментували кожну свою дію.

Два дні після абортів Н. знаходилася під наглядом акушерки у неї вдома, але самопочуття пацієнтки погіршувалось. Акушерка змушена була покликати лікаря Л. Порадившись між собою, Л. і Д. призначили хворій гентаміцин, окситоцин, кокарбоксілазу, аскорбінову кислоту, глюкозу, а також новопасит. Спорядивши Н. рецептом на зазначені ліки, акушерка передала пацієнтку у тяжкому стані її подрузі, яка приїхала за нею. Коли Н. у подруги стало ще гірше, та зателефонувала її батькам. Мати Н. терміново зв'язалась з лікарем Л., яка порекомендувала продовжувати призначене лікування і нікуди не звертатись за медичною допомогою. Мати Н. все ж викликала “швидку”.

В обласній лікарні ім. М. І. Пирогова у Н. виявили гнійне запалення усіх шарів матки та її придатків, що стало наслідком позалікарняного абортів, а також органічно-функціональні зміни в діяльності печінки та нирок того самого походження. Стан Н. був настільки

важким, що для врятування її життя потрібна була термінова операція з видаленням матки та її придатків.

Крім порушеної проти лікаря Л. і акушерки Д. кримінальної справи у зв'язку з тим, що Н. після абортів стала безплідною, оперована подала цивільний позов на них у Староміський районний суд м. Вінниці. Лікар відразу ж зникла з міста і станом на квітень 2002 року перебувала у розшуку. Акушерка під час попереднього слідства стверджувала, що не робила абортів Н., що у неї стався самовільний викидень, і вона лише допомогла їй позбавитися від мертвого плода. Проте не могла пояснити, чому цю ризиковану операцію виконувала вдома. В судовому засіданні Д. змінила свої свідчення, сповістивши, що Н. привела до неї додому лікар Л., з якою вона раніше працювала в одній лікарні. Н. нібито була побита і пограбована невідомими на вулиці, не могла у такому вигляді з'явитися додому, і Л. просила Д. надати дівчині тимчасовий притулок. Тільки коли Н. з акушеркою залишились одні, дівчина ненароком повідомила, що вагітна і почала умовляти Д. допомогти їй позбавитися від дитини, боючись, що мати довідається про її вагітність. Акушерка намагалась переконати суд, що робила аборт Н. одна, а Л. лише консультувала її...

Попереднє слідство встановило, що раніше акушерка Д. вже притягувалась до відповідальності за проведення "підпільних" абортів вдома.

Відповідно до частини 2 ст. 134 КК України та частини 1 ст. 121 КК (умисне тяжке тілесне ушкодження, що супроводжувалось втратою органа або його функцій) суд засудив акушерку Д. до трьох з половиною років позбавлення волі. Вінницький апеляційний суд залишив вирок без змін.

Неналежна охорона життя та здоров'я дітей. Ст. 137 КК України "Неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей" не стосується виключно медичних працівників, але й не обходить їх стороною. В ній сказано: "1. Невиконання або неналежне виконання професійних чи службових обов'язків щодо охорони життя та здоров'я неповнолітніх внаслідок недбалого або несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило істотну шкоду здоров'ю потерпілого, — карається штрафом до 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до 240 годин, або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років. 2. Ті самі дії, якщо вони спричинили смерть неповнолітнього або інші тяжкі наслідки, — караються обмеженням волі на строк до чотирьох років або позбавленням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого".

За змістом наведеної статті цей злочин стосується, в першу чергу, службових осіб (див. главу 8), а також тих осіб, які здійснюють трудову діяльність, що вимагає відповідних спеціальних знань, практичних навиків у різних сферах суспільного життя, а саме: працівників навчально-виховних, професійно-технічних, соціальних, позашкільних, оздоровчо-профілактичних закладів, служб медико-санаторного, протиепідеміологічного забезпечення, служб з надання психологічної та інших видів допомоги, працівників охоронних, спортивних, туристичних організацій, органів внутрішніх справ тощо.

Науково-практичний коментар до КК України (2001) роз'яснює, що невиконання обов'язків — це службова або професійна бездіяльність особи в умовах, коли вона повинна була і могла здійснити дії, які входять в коло її обов'язків і зафіксовані в трудових угодах чи контрактах, посадових інструкціях, кваліфікаційних вимогах до посади і професії, в інших подібних документах. А неналежним виконанням службових і професійних обов'язків треба вважати дії, виконані особою не так, як вимагають інтереси служби чи престиж професії.

Відповідальність за ст. 137 КК України настає лише у тому випадку, коли зазначені в ній діяння призвели до наслідків у вигляді істотної шкоди здоров'ю неповнолітнього. Під *істотною шкодою* слід розуміти в даному випадку порушення функції будь-якого органа потерпілого (зору, слуху, мови тощо). Це можуть бути і випадки повної, але тимчасової втрати органом його функцій, а також інший тривалий розлад здоров'я, пов'язаний зі стійкою втратою загальної працездатності менше, ніж на одну третину (тобто менше 33, 3 %). Тривалим визнається також такий розлад здоров'я, для відновлення якого необхідно більше трьох тижнів (або більше 21 дня).

Винна особа звільняється від карної відповідальності у випадку, коли шкідливі наслідки настали з незалежних від неї причин, які вона не могла усунути.

Дія цієї статті розповсюджується, як правило, на осіб, уповноважених в силу службових обов'язків або своїх професійних якостей забезпечувати охорону життя і здоров'я дітей (наприклад, директорів, вихователів, педагогічних працівників та обслуговуючий персонал шкіл, інтернатів, дитячих будинків тощо, керівників закладів позашкільної освіти та груп чи секцій за інтересами, інструкторів з плавання, туризму та ін.). Наприклад.

У 2003 році вихователька школи-інтернату в м. Маріуполі (Донецька область) була засуджена на 2 роки обмеження волі умовно за

те, що семеро її учнів у 2001 році отруїлись дурманом. Це був перший в Україні вирок, винесений за ознаками ст. 137 (частина 2) чинного КК. Крім того, суд постановив стягнути з педагога в дохід держави суму понад тисячу гривень за лікування потерпілих в стаціонарі. Фактична вина виховательки — недогляд за дітьми.

Діти (сироти та позбавлені опіки) зібрані на клумбі за 3 км від інтернату насіння дурману за власною ініціативою з метою викликати у себе галюцинації. Вони були відсутні в інтернаті більше півгодини, і в такому випадку вихователька зобов'язана була повідомити про це адміністрацію закладу. Однак вона ніяких заходів не вжила і після закінчення робочого часу пішла додому. Пізно увечері у підлітків 12-13 років з'явилися клінічні прояви отруєння, про що повідомила медпрацівнику інтернату нічна няня. Отруєні були доставлені в лікарню у середньому та тяжкому стані, поводили себе неадекватно, дехто втрачав свідомість. За даними судово-медичної експертизи у тих, хто перебував у реанімаційному відділенні, спостерігались явища, які загрожували життю. На щастя, усі вижили.

Державний обвинувач з вирокком суду був цілком згідний, однак у випадку його оскарження прокуратура збиралась подати свої заперечення. Кінцеві результати цієї справи нам не відомі.

Незаконна лікувальна діяльність. За ст. 138 КК України “заняття лікувальною діяльністю без спеціального дозволу, здійснюване особою, яка не має належної медичної освіти, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого, — карається виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, або позбавленням волі на строк до трьох років”.

Протиправність вищезазначених дій полягає у постійному або тимчасовому занятті лікувальною діяльністю як професією. Вона може полягати у наданні медичної допомоги, огляді пацієнтів, встановленні діагнозу хвороби, призначенні лікування, консультації, складанні рекомендацій стосовно лікування, наданні порад із застосування лікарських засобів (психоактивних речовин), призначенні лікування за допомогою дієти, фізичних вправ, оперативному втручанні, використанні різноманітних засобів, процедур і методів впливу на тіло чи його окремі органи пацієнта (хворого) тощо. Не є лікувальною діяльністю пропагування методів і ліків для лікування певних хвороб, а також фармацевтична діяльність.

Згідно із ст. 74 Основ законодавства України про охорону здоров'я (1992) медичною діяльністю мають право займатися лише особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним ква-

ліфікаційним вимогам, — лікарі, бакалаври, фельдшери, акушерки, медичні сестри, які закінчили відповідні медичні навчальні заклади. Тобто, особа, яка займається лікувально-медичною діяльністю (лікаруванням як професією), повинна мати диплом про вищу або середню медичну освіту, виданий державним чи недержавним вищим чи середнім навчальним закладом різного рівня акредитації, свідоцтво (посвідчення) про підвищення кваліфікації за останні 5 років, видане відповідним вищим навчальним закладом, свідоцтво про присвоєння певної кваліфікаційної категорії, сертифікат про присвоєння звання лікаря-спеціаліста.

Як виняток, за спеціальним дозволом МОЗ України або уповноваженого ним органу охорони здоров'я особам без спеціальної медичної освіти дозволяється діяльність у галузі народної і нетрадиційної медицини за умови дотримання таких вимог:

- володіння професійними знаннями та уміннями в галузі народної і нетрадиційної медицини у повному обсязі, що підтверджується свідоцтвом (дипломом, атестатом чи іншим документом), виданим МОЗ України або Українською асоціацією народної і нетрадиційної медицини;

- отримання дозволу (ліцензії) на проведення народної і нетрадиційної медицини у встановленому порядку. Процедура отримання ліцензії досить складна: кілька співбесід, екзамен з основ медичних знань, допуск на проходження експертизи, рецензія лікарів на результати лікування, висновок за результатами експертизи, який дає атестаційно-експертна комісія;

- здійснення діяльності під контролем лікаря. Це означає, що при наявності ліцензії народний цілитель без медичної освіти має право практикувати тільки в парі з лікарем.

Відповідальність, передбачена ст. 138 КК України, настає тільки тоді, коли є причинно-наслідковий зв'язок між незаконною лікувальною діяльністю і тяжкими для пацієнта (хворого) наслідками, що виникли внаслідок такої діяльності. Під тяжкими наслідками необхідно розуміти заподіяння хворому вказаними діями тяжких чи середньої тяжкості тілесних ушкоджень за їх юридичними (ст. 121 і 122 КК України) критеріями та судово-медичною оцінкою або його смерть. У випадках, коли наслідки для потерпілого не були тяжкими, дії особи, яка займалась незаконним лікаруванням, підпадають під адміністративну відповідальність, передбачену ст. 164 Кодексу про адміністративні правопорушення України.

Крім осіб, зазначених у диспозиції ст. 138 КК України, до суб'єктів цього злочину правознавці відносять і медичних працівників, які займаються лікувальною діяльністю не відповідно до своєї медичної спеціальності або без належного дозволу. Заняття медичним працівником не встановленою згідно з його категорією лікувальною діяльністю, що спричинило тяжкі наслідки для хворого, також може бути кваліфіковано за вказаною статтею.

Для ілюстрації наведемо такий приклад.

У 2000 році в м. Харкові відбувся судовий процес над відомим народним цілителем П., 62 років, який, не маючи належної медичної освіти, брався за лікування невиліковних хвороб, у тому числі раку та СНІДу. Ім'я його навіть внесли у довідник “Народні цілителі СНГ”, а керівники московської Міжнародної асоціації “Відродження планети” обіцяли присвоїти йому звання професора і академіка. Діагнози своїм клієнтам П. визначав за допомогою грудки янтарю, підвішеної на нитці, а лікував усіх однаково — відварами трав за рецептами своєї бабці, мазями з трав чи зеленою глиною, яку треба було прикладати до хворого місця. Твердої ціни за лікування не було, але вона обчислювалась сотнями і навіть тисячами доларів США. Наприклад, у пацієнта Г. знахар виявив пухлину головного мозку II ступеня і ниркову недостатність. За лікування було заплачено 1300 доларів. Внаслідок лікування цілителем у Г. почали відмовляти нирки. Він був госпіталізований і помер у лікарні. На гачок знахаря попалася і 45-річна Ірина К., — науковий працівник одного з науково-дослідних інститутів, якій П. встановив діагноз раку молочної залози. За лікування він запросив 1300 доларів, зійшлися на 300 доларах. Знахар видав Ірині К. глину, банку з якоюсь маззю, вовняну зелену ганчірку, яку треба було накладати на настільну лампу і нею прогрівати груди, а також рецепт бульйону з овочів і зелені. Пухлина не зникала. В решті решт К. була прооперована в онкодиспансері, де виявили не рак, а кисту молочної залози. Коли проти П. була порушена кримінальна справа, він намагався втекти в Росію, але був затриманий. Харківський обласний суд засудив П. за незаконну лікувальну діяльність, шахрайство і порушення правил валютних операцій до 5 років позбавлення волі умовно, з відстрочкою вироку на три роки і штрафу 2000 гривень. Верховний Суд України залишив касаційну скаргу П. без задоволення, а вирок — без зміни.

Ненадання допомоги хворому медичним працівником. Цей професійний злочин передбачений ст. 139 КК України: “1. Ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником, який зобов'язаний, згідно з установленними правилами, надати таку допо-

могу, якщо йому завідомо відомо, що це може мати тяжкі наслідки для хворого, — карається штрафом до 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або виправними роботами на строк до двох років. 2. Те саме діяння, якщо воно спричинило смерть хворого або інші тяжкі наслідки, — карається обмеженням волі на строк до чотирьох років або позбавленням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого”.

Українське законодавство щодо охорони здоров'я, зокрема ст. 78 Основ (1992), зобов'язує медичних і фармацевтичних працівників надавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу, безоплатно надавати першу невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях. Відповідно до ст. 37 названого закону невідкладна медична допомога при нещасних випадках, гострих захворюваннях чи інших екстремальних ситуаціях забезпечується службою швидкої медичної допомоги або найближчими лікувально-профілактичними закладами незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності. Ненадання медичної допомоги хворому фахівцем являє собою професійний злочин і тягне за собою карну відповідальність.

Суспільна небезпечність цього злочину визначається тим, що його здійснення є грубим порушенням медичним чи фармацевтичним працівником свого професійного обов'язку, внаслідок якого можуть настати тяжкі наслідки для хворого (смерть, інвалідність, стійка втрата працездатності, тривалий розлад здоров'я тощо).

В основі цього злочину лежить бездіяльність — ненадання медичної допомоги: неявка до хворого за викликом чи на запрошення; відмова прийняти його в лікувально-профілактичний заклад, куди він звернувся сам чи був доставлений супроводжуваним; відсутність належної допомоги пацієнту, який перебуває в стаціонарі; ненадання її в повному обсязі, необхідному в даних конкретних умовах; ненадання допомоги, яку медичний працівник міг подати захворілому чи травмованому за власною ініціативою, якщо йому стало відомо про таку необхідність з інших джерел (наприклад, з оголошення по радіо) тощо.

Ненадання допомоги хворому кваліфікується як злочин при умові, що допомога не була надана без поважної причини, а її ненадання свідомо для фахівця могло спричинити тяжкі наслідки для хворого.

Відповідальність виключається, якщо у спеціалістів не було змоги надати допомогу хворому.

Поважними причинами ненадання допомоги хворому визнаються: нездоланна сила у вигляді стихійного лиха (ураган, землетрус, повінь, крупна регіональна аварія тощо), хвороба самого медпрацівника, його зайнятість лікуванням іншого, не менш тяжкого хворого (реанімація, оперативне втручання тощо), відсутність необхідних ліків або медичного обладнання, приладів, відсутність транспортних засобів для виїзду у віддалене місце надання невідкладної допомоги, інший стан крайньої неможливості або інші об'єктивні причини, що не дали змоги надати допомогу хворому. Питання про поважність причин, на які посилається медичний працівник, вирішується у кожному конкретному випадку індивідуально, на основі вивчення обставин справи.

Не можуть вважатися поважними такі причини, як виклик у нічний чи неробочий час, перебування працівника у відпустці, посилення на відсутність спеціальних знань у тій чи іншій галузі медицини та деякі інші.

Наведемо кілька прикладів. Перший з них запозичений у Ю. Д. Сергеєва (1988).

1. Лікар швидкої допомоги С. (стаж роботи 11 років) прибув за викликом на будівельний майданчик до хворого П., 60 років, якому раптово стало погано, він втратив свідомість. Попередній діагноз — крововилив у мозок (АТ — 240/120 мм рт. ст., втрата свідомості). Машина доставила П. в найближчий лікувальний заклад — міську лікарню № 5 в неврологічне відділення. Лікар-невропатолог В. (стаж роботи 12 років) поверхнево оглянула хворого в салоні автомобіля і, не надавши ніякої допомоги, запропонувала С. переправити П. в міську лікарню № 1, розташовану в протилежному кінці міста. Своє рішення В. мотивувала тим, що її робочий час закінчується, а лікарня № 1 ургентна з неврології. Усвідомлюючи, що таке транспортування протипоказане хворому, лікар С. не напоїг на госпіталізації П. і повіз його у лікарню № 1. В приймальному відділенні чергового лікаря не виявилось (він був зайнятий у стаціонарі), а чергова медсестра Є. чомусь вирішивши, що ургентність з неврологічного відділення знята, перевищила свої повноваження і відправила машину швидкої допомоги у лікарню за місцем проживання хворого, тобто знову у міській лікарню № 5. Лікар С. і з цим погодився і знову прибув у п'яту міську лікарню. Невропатолога В. уже у відділенні не було, а черговий лікар-офтальмолог К., пославшись на відсутність спеціалістів і особистого досвіду, порадив С. везти хворого назад в першу міську лікарню. Знову хвору людину повезли через усе місто. В міській лікарні № 1 черговий лікар Г.,

замість того, щоб негайно розпочати лікування, почала з'ясовувати по телефону, чи через неврологічне відділення і куди госпіталізувати хворого. Поки вирішувались організаційні питання, хворий П. помер від крововиливу з проривом у шлуночки мозку. З часу виклику швидкої допомоги до фатального кінця минуло більше 5 годин. Суд визнав указаних медичних працівників (трьох лікарів і медсестру) винними в ненаданні допомоги хворому і засудив їх до різних строків. На адресу міськздоровідділу була винесена приватна ухвала.

2. Літнього червневого вечора 1989 року біля Батіївої гори у м. Києві був знайдений умираючий невідомий чоловік. Ним виявився гр-н В. Рогущенко — вантажник вагоноремонтного заводу. В той день він вийшов у двір свого будинку по вул. Урицького, де йому стало погано. Викликали машину швидкої допомоги. Керівник бригади лікар В. Сажнєва після огляду В. Рогущенка дала вказівку віднести його в машину. Як тільки автомобіль від'їхав від місця пригоди, лікар В. Сажнєва сказала членам бригади фельдшеру В. Мурованому (23 років) та практиканту А. Семеновському (18 років) відвезти В. Рогущенка, який був без свідомості, в безлюдне місце і залишити його там. Бригада вивантажила хворого на землю неподалік від дороги і поїхала. Після цього бригада відрепортувала, що хворого на місці... не виявилось. Однак, вивантаження хворого з машини “швидкої допомоги” бачив доктор технічних наук В. Георгієвський, який і повідомив про це в міліцію. Через деякий час уже інша бригада швидкої допомоги підбрала помираючого і доставила його в реанімаційне відділення. Спроби врятувати життя виявились безуспішними. З часом з'ясувалося, що лікар Сажнєва їхала з бригадою на виклик в кінці робочої зміни і збиралась відправитись після здачі чергування за місто (до дітей в піонерський табір). А операція для врятування В. Рогущенка не влаштовувала її тим, що довелось би їхати з ним у лікарню і потратити трохи часу.

За цим фактом була порушена кримінальна справа. Але поки йшло слідство, цей проступок розглянутий на колегії управління охорони здоров'я Київського міськвиконкому. Там було прийняте таке рішення: “Вважати вчинок В. Сажнєвої несумісним з професією лікаря і, незалежно від рішення правоохоронних органів, направити матеріали в Центральну атестаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я для позбавлення її диплома лікаря... Звернути особливу увагу на моральне обличчя медичного працівника та добросовісне виконання лікарського обов'язку”.

Повчальними є інші деталі цієї “лікарської справи”, з'ясовані під час попереднього та судового розслідування.

Свідок В. Георгієвський, учений, побачивши картину вивантаження з балкона своєї квартири на 9-му поверсі, не полінувався зійти вниз

і підійти до місця події. У високій траві він побачив чоловіка років 45, який тяжко дихав і був без свідомості. Тоді він побіг до найближчого таксофона, і не знайшовши спільної мови з диспетчером “03”, зателефонував у міліцію. Міліція прибула негайно і зразу по рації викликала машину швидкої допомоги. Діагноз на місці події — кома нез’ясованої етіології. Боротьба за життя В. Рогуценка тривала 14 годин, але дорогий час був утрачений. Причина смерті — гостре отруєння етиленгліколем. Виникло питання — як могла лікар з 13-річним стажем роботи, яка дала клятву на вірність професійному обов’язку, так злочинно зрадити йому, залишивши без допомоги безпомічну людину, прирікаючи її на смерть? Чому промовчали фельдшер і практикант?

У своєму поясненні лікар В. Сажнева намагалась довести, що це її лікарська помилка, але ніяк не злочин, оскільки була переконана, що чоловік був п’яним, від нього “так несло...” Хотіли навіть у медпитверезник відвезти. Але пошкодували... (?). До речі, експертиза констатувала наявність у шлунку етиленгліколю, а ця речовина не має запаху алкоголю. Слідством встановлено, що В. Рогуценка п’яницею не був, але в той день антифриз вживав. Під час судового засідання прокурор запитав у В. Сажневої: “Чи правомірно було залишити Рогуценка на землі — людина ж могла захлинутися блювотною масою, могло статися западання язика?” “А ми його притулили до дерева”, — відповіла В. Сажнева. Свідок Георгієвський застав Рогуценка лежачим на землі.

Суд визнав правильність юридичної кваліфікації злочину за ст. 113 КК України (неподання допомоги хворому особою медичного персоналу за старим КК), скоєного бригадою швидкої медичної допомоги на чолі з лікарем В. Сажневою, і виніс обвинувальний вирок. Враховуючи, що лікар В. Сажнева раніше не була судимою, мала двох неповнолітніх дітей, вона засуджена на 2 роки позбавлення волі у виправно-трудовій колонії загального режиму з позбавленням права займатися лікарською діяльністю. Фельдшер В. Мурований засуджений на 2 роки позбавлення волі умовно (враховуючи молодість). Практикант А. Семеновський виправданій.

3. У травні 2001 року в одному з сіл Якимівського району Запорізької області дві сестри похилого віку отруїлися чадним газом. Одна жінка померла, а до другої, що була без свідомості, викликали швидку допомогу з центральної районної лікарні. Після огляду фельдшер Андрій Різниченко відмовився везти хвору в лікарню (близько 10 км), послаючись на те, що вона помере у машині. Не встигла машина швидкої допомоги прибути у райцентр, як із села про дану ситуацію повідомили прокурору району. Він вжив невідкладних заходів, і фельдшера зустрівач головний лікар, котрий змусив А. Різниченка повернути-

ся в село. Жінку госпіталізували у реанімаційне відділення, а проти фельдшера була порушена кримінальна справа. На початку 2002 року ця справа розглянута у суді. За ненадання медичної допомоги хворій фельдшер А. Різниченко визнаний винним і засуджений до одного року виправних робіт за місцем праці з утриманням 20 % заробітку. На думку районного прокурора, покарання, призначене судом А. Різниченку, недостатнє.

Неналежне виконання професійних обов'язків медичним працівником. У практичній медицині частіше, ніж ненадання допомоги хворому медичним працівником, трапляються випадки неналежного, недбайливого надання допомоги в процесі лікування хворих чи догляду за ними. Проте притягати до кримінальної відповідальності халтурників, недобросовісних лікарів чи інших медичних працівників за неналежне виконання ними своїх обов'язків до цього часу не можна було, оскільки у старому Карному кодексі України відповідного складу злочину та відповідальності за нього не було. У новому Кримінальному кодексі цей недолік усунутий.

За ст. 140 чинного КК України “Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником” — “1. Невиконання чи неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого, — карається позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до п'яти років або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до двох років, або позбавленням волі на той самий строк. 2. Те саме діяння, якщо воно спричинило тяжкі наслідки неповнолітньому, — карається обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років”.

У главі 3 даної праці докладно перераховані основні професійні обов'язки лікаря, які стосуються також і інших медичних працівників. Перелік цих обов'язків не є вичерпним. Медичні та фармацевтичні працівники несуть також й інші обов'язки, передбачені чинними, у тому числі відомчими, нормативно-правовими актами.

Медична професія вимагає від посадових осіб виконувати свою фахову роботу належним чином, самовіддано, з дотриманням вироблених у суспільстві та медичній галузі етично-деонтологічних норм. На це достатньо наголошено в главі 6 даної праці. При невиконанні

чи неналежному виконанні професійних обов'язків медичні чи фармацевтичні працівники у певних випадках можуть притягатися до карної відповідальності.

Невиконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків — це бездіяльність посадової особи в умовах, коли вона повинна була і могла здійснити дії, що входять в коло її посадових обов'язків. Воно полягає в утриманні від здійснення передбачених цими обов'язками діянь, спрямованих на надання медичної допомоги, що спричинило тяжкі наслідки для хворого.

Неналежним виконанням професійних обов'язків необхідно вважати дії посадової особи в межах своїх обов'язків, але які виконані не так, як цього вимагали інтереси служби, вироблені в медицині писані і неписані правила, положення чи етико-деонтологічні принципи, тобто з порушенням встановлених правил правового чи/і деонтологічного характеру, що спричинило тяжкі наслідки для хворого.

Неналежне чи недбале виконання своїх обов'язків медичним працівником проявляється у вигляді:

- квапливого, неуважного збору анамнезу або навіть його ігнорування;
- поверхневого, недбалого обстеження хворого, недостатньої підготовки його до операції;
- недбайливого виконання оперативного втручання;
- залишення сторонніх предметів (тампона, серветки, інструмента) в порожнині тіла під час операції;
- незабезпечення спостереження та догляду за тяжкохворим дорослим чи хворою дитиною;
- невмілого використання різних технічних засобів;
- застосування іншого лікарського препарату замість необхідного;
- недобросовісного ведення історії хвороби чи іншої медичної документації тощо.

Усі види професійно-неправомірних діянь медичних працівників Ф. Ю. Бердичівський (1970) поділяє на такі групи та підгрупи.

Перша група — невиконання або неналежне виконання діагностичних заходів:

1. Неповне обстеження:
 - а) неповний збір анамнезу;
 - б) неповний огляд або його відсутність;
 - в) неповне саме обстеження (пальпація, перкусія, аускультация хворого);

г) неповне спеціальне дослідження або його відсутність (лабораторні, інструментальні та хірургічні методи);

д) незапрошення фахівця-консультанта.

2. Неправильна оцінка лікарем ознак хвороби.

Друга група порушень — невиконання або неналежне виконання лікувальних заходів:

1. Проведення протипоказаних (неприпустимих для даного хворого) і непоказаних (тих, що не викликають необхідності) лікувальних заходів, порушення техніки хірургічної операції (випадки неправильного виготовлення ліків, уведення в організм хворого замість одних ліків інших, неправильне проведення наркозу).

2. Непроведення або несвоєчасне (запізніле) проведення показаних лікувальних (у тому числі хірургічних) заходів; несвоєчасна госпіталізація хворого.

3. Залишення при хірургічних операціях в організмі хворого сторонніх предметів.

Під *тяжкими* наслідками для хворого треба розуміти настання його смерті, тяжкі або середньої тяжкості тілесні ушкодження, інвалідність, стійку втрату працездатності, тривалий розлад здоров'я тощо. Якщо тяжкі наслідки від невиконання чи неналежного виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків настануть у неповнолітнього, то відповідальність винної особи за цей злочин посилюється.

Для ілюстрації наводимо кілька прикладів неналежного надання медичної допомоги і лікування з тяжкими наслідками для хворих.

1. Гр-ка Л., 48 років, була доставлена в хірургічний відділ Л-ої районної лікарні Тернопільської області 4 лютого 2000 року вдень і зразу оглянута ургентним хірургом. У медичній карті він зазначив її скарги на різкий біль в епігастральній ділянці, правому підребер'ї, нудоту, блювання. З її слів лікар записав, що вона захворіла 4 лютого зранку, намагалась лікуватись самостійно, але полегшення не настало, травми живота у неї не було. При об'єктивному обстеженні лікар встановив: "Стан хворої тяжкий. Шкіра покрита липким потом, холодна, ціаноз губ, кінцівок. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Діяльність серця ритмічна, тони приглушені. Пульс 100 ударів за 1 хв, ритмічний. АТ — 80/60 мм рт. ст. Живіт збільшений в розмірах за рахунок підшкірно-жирової клітковини. При пальпації визначається різка болючість в епігастральній ділянці, в правому підребер'ї. Симптоми подразнення очеревини сумнівні. Перистальтика кишечника в'яла. Печінка і селезінка перкуторно не збільшені. Сечопускання

відсутнє. *Діагноз: Гострий панкреатит. Панкреонекроз*". Призначені голодування, холод на живіт, внутрішньовенні крапельні вливання фізрозчину (1000 мл), глюкозо-новокаїнові суміші (200 мл), амінокапронова кислота (100 мл), 4-процентний розчин соди (100 мл), гемодез 400 мл, а також лікарські засоби: папаверин, димедрол, баралгін, атропін, омнопон, гексидин в терапевтичних дозах.

У той же день Л. обстежена терапевтом, який зазначив, що вона хворіє більше 10 років на гіпертонічну хворобу, підвищеного живлення. Пульс 102 удари за 1 хв, ритмічний. АТ 70/50 мм рт. ст. Живіт здутий, різко болочий при пальпації в правому підребер'ї, симптоми подразнення очеревини позитивні. Встановлений діагноз — гіпертонічна хвороба II ст., аліментарне ожиріння III ст.

У кінці дня 4 лютого хвору оглянув завідувач хірургічного відділу лікарні, який після запису скарг на виражений біль по всьому животі, більше у верхній половині, в'ялість, блювання та анамнезу хвороби (захворіла 4. 02 зранку, коли з'явився різкий біль у верхній половині живота, що згодом охопив весь живіт, було неодноразове блювання, яке не принесло полегшення) зазначив: "Живіт здутий, слабо бере участь в акті дихання, при пальпації різко болочий на всьому протязі, більше у верхній половині, не напружений. Перкуторно тимпаніт над передньою черевною стінкою. Печінка не збільшена, перистальтика кишечника відсутня. Симптоми подразнення очеревини сумнівні. АТ 45/0 мм рт. ст. Пульс на периферійних судинах не визначається. Сеча відсутня. Діагноз: Гостра артеріальна непрохідність судин кишечника? Гострий панкреатит, панкреонекроз. Перитоніт". Призначене консервативне лікування, переважно дезінтоксикаційна терапія, кровозамінники.

О 21 год 4. 02 відбувся консилиум у складі 5 лікарів: начмеда, районного хірурга, уролога і реаніматолога. У їх запису відмічені ті самі скарги та анамнез хвороби, що зазначені вище. В об'єктивному статусі, зокрема, вказано: пульс на периферійних артеріях і АТ не визначаються. Діяльність серця ритмічна, тони глухі, тахікардія до 130 за 1 хв. Частота дихальних рухів 28 за 1 хв. Живіт збільшений, симетричний, децю піддутий, пальпаторно — виражена болочість в усіх відділах, найбільше в мезогастрії. Перистальтика не вислуховується. Шкіра в навколупунковій ділянці синюшого кольору з мармуровим відтінком. Симптоми подразнення очеревини сумнівні. При дослідженні *per rectum* патології не виявлено. Консилиум зробив висновок, що у хворой гострий панкреатит (геморагічна форма), панкреонекроз, шок III-IV ст., аліментарне ожиріння III ст. і рекомендував продовжити дезінтоксикаційну терапію, додати лікування антибіотиками та спазмолітиками. Хвора переведена в реанімаційний відділ.

О 23. 30 хвору Л. оглянув черговий лікар цього відділу. У неї визначався ниткоподібний пульс і АТ 50/20 мм рт. ст. 5. 02. 2000 р. о пів на першу годину вона втратила свідомість, пульс і АТ не визначались. Але записано, що діяльність серця ритмічна, тони глухі, частота серцевих скорочень 70 за 1 хв. В 0. 45 на кардіомоніторі ізолінія. Проведені реанімаційні заходи позитивного ефекту не дали, о 1-ій годині ночі констатована смерть.

Під час розтину трупа, який проводився у присутності лікуючого лікаря, патологоанатом виявив, зокрема, таке: "... в лівому підребер'ї покрита зеленою засохла шкіра, при знятті якої знайдено лінійний прокол довжиною 1,5 см, при зондуванні якого зонд проникає в черевну порожнину... В черевній порожнині 1,2 л рідкої крові. В лівій половині видно отвір від пошкодження лінійної форми довжиною 1,5 см. Очевидно з нальотом фібрину, гіперемована, в порожнині малого таза знаходиться незначна кількість калових мас. На великому сальнику з крововиливами по периферії рановий отвір довжиною 1,5 см... Шлунок спалий, по задній стінці на 2,5 см від пілоричної частини рановий отвір, який відкривається в сальникову сумку, де знаходиться 0,5 л шлункового вмісту... На кишечнику накладання фібрину. У поперечно-ободовій кишці в проекції рани передньої черевної стінки пошкодження товстої кишки передньої і задньої стінок лінійної форми довжиною 1,5 см.... В лівій частці печінки знизу знайдено лінійне пошкодження довжиною 3 см і глибиною 0,5 см...".

Із трупа Л. був вирізаний фрагмент передньої черевної стінки з раною і досліджений в судово-медичній лабораторії за допомогою мікроскопа МБС-2. При цьому виявлено, що в шкірі щілиноподібна рана довжиною 1,3 см, шириною 0,2 см; краї її рівні, дещо завернені в просвіт, один кінець рани гострий, другий — М-подібний, що свідчило про нанесення її колючим предметом з одним лезом (і обушком), як у ножа. Шкіра навколо рани із накладенням барвника зеленого кольору...

Патологоанатомічний діагноз сформульовано так: 1. Проникаюче поранення черевної порожнини з пошкодженням товстої кишки, шлунка і лівої частки печінки. 2. Внутрішня кровотеча, розлитий каловий перитоніт. Засальне малокрів'я внутрішніх органів. 3. Гіпертонічна хвороба. Аліментарне ожиріння.

У процесі розслідування даного випадку було з'ясовано, що 3 лютого 2000 року близько 15 год Л. разом зі своїм знайомим розпивала алкогольні напої у будинку гр-на Г. Під час сварки, що виникла між Л. і Г., останній ударив Л. кухонним ножем в живіт...

Випадок неналежного надання медичної допомоги гр-ці Л. обговорювався на засіданні контрольно-експертної комісії обласного управління охорони здоров'я. Комісія зробила, зокрема, такі висновки:

“У хворої мало місце проникне ножове поранення черевної порожнини з пошкодженням товстої кишки, шлунка, печінки. Обстеження проведено в недостатньо повному об’ємі. При правильній діагностиці можна було ліквідувати пошкодження внутрішніх органів і запобігти розвитку перитоніту. Пізні звернення за медичною допомогою, тяжкий стан хворої призвели до утруднень в проведенні обстеження і повноти лікування. Смерть її настала від поліорганної недостатності на ґрунті розлитого калового перитоніту та крововтрати. Районного хірурга та лікуючого лікаря необхідно направити на підвищення кваліфікації на ФПО за свій рахунок, притягнути до дисциплінарної відповідальності начмеда за недоліки в організації надання медичної допомоги гр-ці Л.”.

Цей випадок можна розцінювати як лікарську помилку, оскільки лікарі зіткнулися з деякими об’єктивними причинами діагностики: тяжкий стан хворої, схожість ряду симптомів гострих захворювань органів черевної порожнини з їх травматичним ушкодженням тощо. Проте, перш за все звертають на себе увагу явні недоліки обстеження хворої та надання їй медичної допомоги. При методично правильному і ретельному дослідженні хворої будь-який лікар повинен був звернути увагу на підсохле ушкодження шкіри на животі, оброблене діамантовою зеленню (з’ясувалось, що це зробила фельдшер приймального відділу лікарні під час вступу Л. в стаціонар, тобто рана була позначена). Складається враження, що ніхто з хірургів, у тому числі 5 членів консилиуму, не пальпував як слід живіт хворої, а консилиум відбувався не біля її ліжка. Не зроблені спроби застосувати інструментальні методи діагностики (рентгенологічний, ультразвуковий), виконати лапароцентез, некваліфіковано оцінені результати обстеження хворої та лабораторні аналізи крові та сечі тощо. Тобто, на перший план виступає злочинно-неналежне виконання лікарями своїх професійних обов’язків, за що вони і повинні нести відповідне покарання.

2. Хлопчик С., 9 років, 24 травня 1999 року близько 20 год. у себе в господарстві потрапив лівою рукою у працюючу електросічкарню, яку він сам включив, внаслідок чого йому відрізало кисть. Оскільки батьків удома не було, його старша сестра покликала на допомогу сусідку Ю., яка поверталась з поля після роботи. Вона зняла з голови свою хустку і тісно перев’язала С. його травмовану руку вище ліктя, а сусід М. власною машиною зразу ж, зустрівши по дорозі батьків С., що повертались з роботи, доставив дитину у П-ку номерну лікарню (близько 10 км).

У медичній карті зазначено, що хлопчик був доставлений у лікарню о 20. 10, через 5 хв. оглянутий черговим лікарем, який відмітив наявність джгута з хустки на нижній третині лівого плеча. Загальний стан дитини оцінений як середньої тяжкості, він був блідим, при

свідомості, орієнтований. Пульс 78 ударів за 1 хв, ритмічний, задовільних властивостей, АТ — 110/70 мм рт. ст. Встановлений діагноз “Травматична ампутація лівої кисті. Множинні роздавлені рани лівого передпліччя”. Введено омнопон, викликано ургентного хірурга, який о 20. 20 оглянув дитину і записав ті самі дані, що відмітив черговий лікар. Хірург встановив діагноз “Травматична ампутація лівої кисті на рівні променезап’ястного суглобу, рвано-роздавлені рани верхньої третини лівого передпліччя” і зробив футлярну новокаїнову блокаду лівого передпліччя, а також промив рани 3 % розчином перекису водню. При спробі сформувати куксу лівого передпліччя відмітив дефект м’яких тканин. Викликано завідувача хірургічного відділення.

О 20. 40 відбувся консилиум лікарів у складі заступника головного лікаря (начмед), завідувача хірургічного відділу і ургентного хірурга. Об’єктивні дані огляду хворого консилиум записав ті самі, що зазначили черговий лікар і ургентний хірург. Консилиум після консультації по телефону з районним хірургом вирішив направити дитину в травматологічне відділення К-ої центральної районної лікарні, враховуючи “важкість травми, стабільні гемодинамічні показники (АТ 110/70, пульс 78 уд. за хв., задовільних властивостей), загальний стан хворого середньої тяжкості та його вік”. У медичній карті зазначено також, що “враховуючи, що джгут на плечі знаходиться більше півтори години, його знято. Кровотечі з кукси немає. Накладена асептична пов’язка”. У супроводі лікаря-анестезіолога дитина приватною легковою машиною була відправлена в ЦРЛ (близько 25 км). По дорозі у лікарню мати С. звернула увагу лікаря, що дуже промокла кров’ю пов’язка на руці сина, на що лікар відповів: “Так має бути, то виходить новокаїн”, і ніякої допомоги не надав.

У К-ку ЦРЛ дитина доставлена о 21.30 у тяжкому стані, без джгута. Під час огляду хлопчик перебував уже в супорозному стані, був різко заторможений, сонливий, дуже блідий, виражений ціаноз, дихання — 24 за 1 хв. Тони серця ослаблені, пульс 108 за 1 хв, ниткоподібний, АТ 70/50 мм рт. ст., які свідчили про травматичний гіповолевмічний шок, що і було відображено в діагнозі. Дитина була зразу взята в операційну, накладений джгут на ліве плече. О 21.35 проведена премедикація, о 21.40 — пульс 100 уд. за 1 хв, АТ 65/40 мм рт. ст. Розпочата внутрішньовенна інфузія фізіорозчину, призначені загальний аналіз крові та визначення її групи і резус-належності. О 22.00 внутрішньовенно введено 2 мл 5-процентного розчину кетаміну, інші лікарські засоби. О 22. 05 зупинена кровотеча, сформована кукса. Операція тривала 25 хв. За цей час перелито 1 л. фіз. розчину. О 22.10 припинилась серцева діяльність. Реанімаційні заходи — закритий масаж серця, інтубація трахеї, штучна вентиляція легень, введення преднізолону, атропіну, адреналіну тощо були неефективні, і о 22.30 кон-

станована смерть. В аналізах крові гематокрит становив 0,25 л/л, гемоглобін 70 г/л, еритроцити 2,1 т/л. Заключний діагноз — “Травматична ампутація лівої кисті. Множинні рани лівого передпліччя. Травматичний шок. Гіповолемічний шок тяжкого ступеня”. За результатами судово-медичного розтину трупа С. причина його смерті була підтверджена.

Якість надання медичної допомоги С. обговорена на засіданні контролю-експертної комісії обласного управління охорони здоров'я. Комісія дійшла висновку, що при наданні медичної допомоги дитині були допущені грубі помилки: хірурги номерної райлікарні недооцінили стан хворого, що зумовило недостатній об'єм протишокових заходів, некваліфіковано провели ПХО рани, що призвело до рецидиву кровотечі і тяжкого геморагічного шоку; лікар-анестезіолог некваліфіковано спостерігав за станом хворого при його транспортуванні в ЦРЛ, не наклав джгута при рецидиві кровотечі; лікарі — хірург і анестезіолог ЦРЛ вибрали не оптимальну лікувальну тактику тощо.

У своєму поясненні, а згодом скарзі на ім'я прокурора району батько С. вказав, зокрема, що з моменту доставки сина в номерну лікарню до прибуття у ЦРЛ він від сина не відходив, бачив усе, що робилося і не робилось. У номерній лікарні “... йому розмотали руку, почали вводити уколи в руку і промивати рану. Почала йти кров, але дитині нічого не робилось, щоб її зупинити, не мірявся тиск, нічого не капалося... Дитина зійшла кров'ю, тому що при транспортуванні в ЦРЛ був відсутній джгут на руці дитини... На мою думку, смерть мого сина є результатом халатності лікарів, тому прошу... притягнути до відповідальності винних осіб у смерті мого сина”.

У даному випадку недбале, несумлінне і некваліфіковане надання медичної допомоги, в цілому — неналежне виконання професійних обов'язків лікарями призвело до тяжких наслідків — смерті дитини. У експертному висновку судово-медична комісія за участю фахівців-хірургів вказала, зокрема, що медична допомога С. надана некваліфіковано, не в повному обсязі, що в умовах хірургічного стаціонару лікарі зобов'язані були остаточно зупинити кровотечу з кукуси і негайно поповнити втрачену дитиною кров, більш активно боротися з явищами геморагічного шоку, що смерть хлопчика обумовлена не стільки тяжкістю чи характером отриманої ним травми, скільки грубими недоліками в організації і наданні лікарської допомоги в умовах хірургічних стаціонарів, перш за все — номерної районної лікарні.

Від себе додамо, що сільська жінка, що не має відношення до медицини, зорієнтувалась у ситуації, діяла швидко, чітко і правильно, а районні хірурги “розгубились” у зовсім нескладному випадку, що коштувало людського життя.

3. У 21-річної Юлії Г. лікарі поліклініки селища Буча, що недале-

ко від Кисва, запідозрили цукровий діабет. Для уточнення діагнозу її направили в один з медичних закладів, де після консультації у ендокринолога призначили спеціальну процедуру — так зване цукрове навантаження: пацієнту дають випити розчин глюкози і за реакцією організму визначають, чи хворіє він на цукровий діабет. Юлі Г. запропонували придбати глюкозу в лабораторії лікарні, оскільки в аптеці її не було. У призначений день 21 вересня 2000 року о 8.45 жінка приїхала на процедуру. Відмірявши три ложки білого порошку, лаборантка Р. з досвідом роботи в медицині більше 30 років розчинила його у склянці води і дала Юлі випити. Пацієнтці незабаром стало дуже погано. Реакція виявилась іншою і тяжчою, ніж повинна бути у випадку цукрового діабету. У жінки почалося блювання, з'явився біль в животі. У такому стані вона пробула 2 години. Протягом цього часу їй намагались допомогти медпрацівники сусідніх кабінетів — робили уколи анальгіну, вимірювали тиск тощо. Нарешті тяжкий стан пацієнтки змусив лаборантку Р. уважно роздивитись пакет з порошком. Піднявши його, вона побачила наклейку з написом “Трилон-Б”. Це був консервант, який використовують в ролі антикоагулянта при заборі крові... У реанімаційне відділення лікарні Юлю Г. доставили об 11.15, об 11.35 у неї зупинилось серце і дихання, о 12.20 лікарі констатували її смерть після безуспішних реанімаційних заходів. Проти лаборантки Р. була порушена кримінальна справа за вбивство з необережності.

4. Гр-ка Н., 63 років, жителька м. Кам'янка, що на Черкащині, влітку 1996 року була прооперована у гінекологічному відділенні Черкаського онкодиспансеру. Після операції нестерпно боліла спина, відмовлявся працювати кишечник, сечовипускання здійснювалося за допомогою катетера. Коли лікар зняв шви, то сказав, що операція пройшла успішно і виписав хвору додому. Вона не раз телефонувала йому в Черкаси з приводу сильного болю в ділянці сечового міхура. Лікар порадив звернутися до уролога, який приписав їй ліки і рекомендував пити відвари з трав. Але біль не проходив, хвора не могла ходити, сидіти, нагинатися.

Лікарі районної поліклініки заспокоювали Н. тим, що це звичайний післяопераційний біль, який незабаром пройде. Але хворій ставало все гірше, вона постійно лікувалась амбулаторно і стаціонарно в Кам'янській районній лікарні, де їй встановлювали різні діагнози, в тому числі сечо-кам'яна хвороба, ниркова коліка тощо. Коли вона у лікарні благала зробити рентгенологічне дослідження, їй відповідали, що вона досить добре обстежена в облонкодиспансері досвідченими лікарями і опромінюватись зайвий раз не варто. Так тривало до серпня 1997 року, коли Н. від болю почала втрачати свідомість і з'явилися озноби з температурою тіла до 39° С. Тільки через один

рік і чотири місяці після операції хворій за її власною наполегливою вимогою в Кам'янській ЦРЛ зробили рентгенографію черевної порожнини. Здивувались усі, коли на рентгенівському знімку виявився металевий предмет розмірами 27x8 см — операційна лопатка, а лікар-рентгенолог розвів руками: “Вік у лікарні пропрацював, а такого не бачив”.

Повторна операція Н. з видаленням стороннього тіла з черевної порожнини була зроблена в Миргороді Полтавської області: одним кінцем хірургічний інструмент впирався у печінку, другим — затиснув сечовий міхур. 500 днів і ночей пенсіонерка змушена була терпіти неукельний біль. Комісія Черкаського облздороввідділу визнала, що медична лопаточка залишилась у животі жінки під час операції в обласнокодиспансері.

Після всіх перенесених мук і страждань Н. заявила: “Я зла на лікаря не тримаю і поганого йому не бажаю...”. Справді, терпінню і доброті людській немає меж.

Ще один аналогічний приклад.

5. У кінці 1998 року в одній із лікарень м. Ясиновата Донецької області гр-ці К., 48 років, була зроблена операція на черевній порожнині. Виписавшись із лікарні, жінка постійно відчувала сильний біль, часто зверталась до лікарів, які спочатку пояснювали його повільним видужанням. Через 1 рік і 8 міс після операції, не маючи вже сили терпіти біль, К., порадившись з чоловіком, вирішила погодитись на повторну операцію. Її зробив у травні 2000 року лікар-гінеколог із м. Макіївки. Він і виявив причину “повільного видужання” пацієнтки, тобто тривалого розладу її здоров'я — медичну лопаточку — металевий хірургічний інструмент довжиною майже 20 см, залишений у черевній порожнині під час першої операції.

Розлючений чоловік пацієнтки із видаленням медичним інструментом увірвався в кабінет ясиноватського хірурга. Під час “з'ясування” стосунків лікар вслякко намагався заперечити свою причетність до залишення в черевній порожнині К. хірургічної лопаточки, а чоловік зажадав від нього компенсації моральної і фізичної шкоди — тисячу доларів США. Після тривалих торгів, враховуючи низьку зарплату лікарів, зійшлись на 500 доларах. Проте, після цього хірург звернувся із заявою про шантаж в управління Міністерства внутрішніх справ України в Донецькій області...

Чим завершилась справа нам, на жаль, невідомо. Однак, ряд жителів Донеччини, почувши про неухажного хірурга, виписавшись із лікарні після операції, направляється в Донецький аеропорт. З дозволу міліції вони проходять “огляд” на електромагнітному торі, який подає сигнал про наявність металевих предметів в організмі людини.

Дослідження, проведення фахівцями Вищої школи медицини в Бостоні (США), показало, що в усій Америці щорічно хірурги забувають у черевній порожнині оперованих нами пацієнтів близько півтори тисячі медичних інструментів і підсобних матеріалів. Головним чином це тампони, на другому місці — металеві затискачі та електроди. Автори дослідження рекомендують після кожної порожнинної операції робити пацієнту рентген (“Слово”, № 35 від 19.09.2003 р.).

6. Медсестра-анестезист вищої категорії відділення реанімації одного з Київських пологових будинків С., 36 років, з 19-річним стажем роботи за фахом, мати двох дітей, була прооперована за місцем проживання 12 жовтня 2001 року хірургом Вишгородської ЦРЛ, що на Київщині, з приводу калькульозного холециститу. Операція пройшла успішно. Але через 1,5 міс. зі шва почала виділятися сукровиця, потім гній. Хірург, який оперував С., не намагався визначити, чому її стан протягом 3-х місяців після операції погіршувався, шов не загоювався і гноївся. Хірург “вирішив”, що медсестра скаржиться, бо розраховує отримати інвалідність(?).

Протягом 6 міс. С. чистили рану, так і не з’ясувавши, що є причиною нагноєння. Їй постійно робили перев’язки, проте зрештою виникла загроза зараження крові. У Київському діагностичному центрі, куди згодом звернулась С., за допомогою УЗД в жировій клітковині живота виявили стороннє тіло 60x32 мм. Повторна операція хворій була зроблена у Димерській лікарні, під час якої з м’яких тканин видалена медична серветка, що була залишена під час першої операції.

У кінці березня 2002 року С. була госпіталізована у Київську обласну лікарню у зв’язку з флегмонами черевної стінки та правої молочної залози, що розвинулись внаслідок тривалого нагноєння в ділянці стороннього тіла та загальної інтоксикації організму. Тільки через 8 місяців після злополучної першої операції С. змогла повернутись на роботу.

Згодом вона подала позов у суд на Вишгородську лікарню і особисто на хірурга В. У кінці червня 2002 року суд виніс рішення на користь потерпілої: нанесену їй матеріальну шкоду оцінено у три тисячі гривень, а моральну — в 15 тисяч. Хірург В. за свою лікарську недбалість фактично не покараний. У судовому засіданні він намагався звалити вину за залишену серветку на хірургів Димерської лікарні, а також заявив, що “ніякої моральної шкоди я їй не наносив”. У зв’язку з цим С. вирішила, що доведе справу до кінця: “Буду наполягати на тому, щоб хірург особисто відповідав за скоєне, — каже вона. — Лікар може помилитись. Але якби він визнав помилку і своєчасно її виправив, не було б у мене таких тяжких наслідків, не було б так підірвано здоров’я”.

Може три останні приклади здаються читачеві звичайними, давно відомими, однаковими і достатньо було навести один з них, та ще й значно скоротивши текст. Ми спеціально навели їх у такому вигляді і для того, щоб звернути увагу лікарів не тільки на неналежне виконання професійних обов'язків тими лікарями, які надавали хірургічну допомогу, але й на неналежне, злочинно байдуже ставлення до хворих десятків лікарів, до яких звертались “носії” сторонніх медичних предметів протягом тривалого часу, що обчислювався місяцями і роками, і ніхто з них не виявив глибокої відповідальності і стурбованості за наслідки своєї діяльності, не взявся належним чином, ретельно і уважно, із застосуванням сучасних методів дослідження, обстежити хворих і своєчасно виявити причини їх нездужання. Щоразу хворим самим доводилось шукати шляхи порятунку. Так не повинно бути. Саме тому у новому КК України з'явилася ст. 140, яка передбачає кримінальне покарання винних за неналежне виконання професійних медичних обов'язків, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого. Допустивши помилку чи невдало зробивши операцію, в цілому — неналежно виконавши свої обов'язки, лікар негайно зобов'язаний зробити все можливе і неможливе, щоб виправити виявлені недоліки, “реабілітувати” себе перед хворими і громадськістю, а не перекладати власні прорахунки з надією на виправлення їх іншими. Високі морально-етичні якості, які мусять бути у кожного лікаря, повинні надавати йому мужності чесно визнавати допущені недоробки і відповідати належним чином за свої проступки.

Порушення прав пацієнта. 4 квітня 1996 року Верховна Рада прийняла Закон України “Про лікарські засоби”, який пізніше неодноразово змінювався і доповнювався, і який регулює правовідносини, пов'язані із створенням, реєстрацією, виробництвом, контролем якості та реалізацією лікарських засобів. Він визначає обов'язки та права підприємств, установ, організацій і громадян, а також повноваження у цій сфері органів державної виконавчої влади і посадових осіб.

За цим законом *лікарські засоби* — це речовини або їх суміші природного, синтетичного чи біотехнологічного походження, які застосовуються для запобігання вагітності, профілактики, діагностики та лікування захворювань людей або зміни стану і функцій організму. До лікарських засобів належать:

- діючі речовини (субстанції) — біологічно активні речовини, які можуть змінювати стан і функції організму або мають профілактичну,

діагностичну чи лікувальну дію та використовуються для виробництва готових лікарських засобів;

- готові лікарські засоби (лікарські препарати, ліки, медикаменти) — дозовані лікарські засоби в тому вигляді та стані, в якому їх застосовують;
- гомеопатичні засоби;
- засоби, які використовуються для виявлення збудників хвороб, а також боротьби із збудниками хвороб або паразитами;
- лікарські косметичні засоби та лікарські домішки до харчових продуктів тощо.

Стаття 7 закону “Про лікарські засоби” встановлює порядок клінічних випробувань лікарських засобів, а стаття 8 передбачає захист прав пацієнта (добровольця). Клінічні випробування лікарських засобів проводяться за наявності письмової згоди пацієнта (добровольця) на участь у проведенні клінічних випробувань або письмової згоди його законного представника на проведення клінічних випробувань за участю неповнолітнього чи недієздатного пацієнта. При цьому пацієнт-доброволець або його законний представник повинен отримати інформацію щодо суті та можливих наслідків випробувань, властивостей лікарського засобу, його очікуваної ефективності, ступеня ризику.

У письмовій інформованій згоді обов’язково має бути вказано, що згода дана добровільно, на підставі одержаної повної інформації про клінічні випробування, яка зрозуміла особі, що залучена як досліджуваній до клінічного випробування.

Замовник клінічних випробувань лікарського засобу зобов’язаний перед початком клінічних випробувань укласти договір про страхування життя та здоров’я пацієнта (добровольця) в порядку, передбаченому чинним законодавством.

На виконання та розвиток зазначених положень наказом МОЗ України № 281 від 1 листопада 2000 року затверджена “Інструкція про проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань” та “Типове положення про комісію з питань етики”. Інструкція ставить основні вимоги до проведення клінічних випробувань лікарського засобу, які можуть проводити на пацієнтах-добровольцях, і поширюється на всі види клінічних випробувань цих засобів.

Пацієнт (від лат. *patiens* — той, хто страждає, терплячий) — особа, яка звернулася за медичною допомогою або перебуває під ме-

дичним наглядом чи піддається лікуванню. Це загальне визначення пацієнта в широкому розумінні слова. Інструкція про проведення клінічних випробувань лікарських засобів наводить дещо інше визначення терміна “пацієнт” стосовно даної ситуації. За Інструкцією “пацієнт (доброволець) — особа, яка безпосередньо контактує із закладами охорони здоров’я та пропонує себе за добровільною згодою в ролі досліджуваного в клінічних випробуваннях лікарського засобу”.

У додатку до “Типового положення про комісію з питань етики” зазначено, що у разі порушень прав під час проведення клінічного випробування досліджуваний (тобто пацієнт-доброволець) може звертатись до комісії з питань етики та подати оскарження до МОЗ України або безпосередньо до суду.

У зв’язку з вищенаведеним і з’явилась у Карному кодексі України стаття за № 141 “Порушення прав пацієнта”, мета якої захистити права не будь-якого пацієнта медичного закладу, а пацієнта-добровольця, що брав участь у клінічному випробуванні лікарських засобів. Тому і зміст названої статті такий: “Проведення клінічних випробувань лікарських засобів без письмової згоди пацієнта або його законного представника, або стосовно неповнолітнього чи недієздатного, якщо ці дії спричинили смерть або інші тяжкі наслідки, — карається обмеженням волі на строк від трьох до п’яти років або позбавленням волі на той самий строк”.

Склад цього злочину та відповідальність за нього є новим для кримінального законодавства України. Злочин полягає в порушенні встановлених правил проведення клінічних випробувань лікарських засобів на пацієнтах-добровольцях. Карна відповідальність медичних чи фармацевтичних працівників за цей злочин може настати лише у випадках, коли відсутня письмова згода пацієнта чи його законного представника на проведення випробувань лікарських засобів, або такі випробування проводились на неповнолітніх чи недієздатних, коли настала смерть досліджуваного або спричинені інші тяжкі наслідки, і між ними та проведеними випробуваннями лікарських засобів встановлений прямий причинний зв’язок. Без сукупності зазначених елементів карна відповідальність не настає.

Оскільки у диспозиції ст. 141 КК України йдеться про лікарські засоби та їх клінічне випробування, то в більшості випадків суб’єктами цього злочину можуть стати медичні чи фармацевтичні працівники. Якщо відносно наслідків вина буде умисною, то дії винного кваліфі-

куються відповідно як умисне вбивство (ст. 115), умисне тяжке або умисне середньої тяжкості тілесне ушкодження (ст. 121 або 122).

Незаконне проведення дослідів над людиною. Жодна людина без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим дослідом — гарантує ст. 28 Основного Закону України — Конституція. Це право та свободи громадян зафіксовані в Конституції України тому, що в багатьох галузях науки і практики, особливо у медицині, не можна обійтися без проведення дослідів, зокрема — на людях, інакше не буде розвиватись наука і вдосконалюватись практика. Ось чому експерименти над людьми фактично дозволені, проте їх проведення регулюється певними законами та підзаконними актами.

У ст. 45 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” (1992) зазначено, що “застосування медико-біологічних експериментів на людях допускається із суспільнокорисною метою за умови їх наукової обґрунтованості, переваги можливого успіху над ризиком спричинення тяжких наслідків для здоров’я або життя, гласності застосування експерименту, повної інформованості і добровільної згоди особи, яка підлягає експерименту, щодо вимог його застосування, а також за умови збереження в необхідних випадках лікарської таємниці”.

Згідно з викладеними вище положеннями медичні, наукові та інші досліді ні в якому разі не повинні мати характер катувань чи бути пов’язані з жорстоким, нелюдським або таким, що принижує гідність особи, поводженням. Про цілковиту заборону проведення науково-дослідного експерименту на певній категорії людей сказано у кінці 3-ої глави.

При дотриманні вищезазначених вимог дослід на людині є законним. У інших випадках проведення таких дослідів вони вважаються незаконними. І тоді настає кримінальна відповідальність за ст. 142 КК України “Незаконне проведення дослідів над людиною”: 1. Незаконне проведення медико-біологічних, психологічних або інших дослідів над людиною, якщо це створило небезпеку для її життя чи здоров’я, — карається штрафом до 200 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до чотирьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років. 2. Дії, передбачені частиною першою цієї статті, вчинені щодо неповнолітнього, двох або більше осіб, шляхом примушування або обману, а так само якщо вони спричинили тривалий

розлад здоров'я потерпілого, — караються обмеженням волі на строк до 5 років або позбавленням волі на той самий строк, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

Під *медичним дослідом* слід розуміти дослід або експеримент, який ставиться над людиною з метою поповнення медичних знань. Будь-яке медичне дослідження повинне проводитись на підставі і в межах плану науково-дослідних робіт. При цьому інтереси та благополуччя людини, що стала об'єктом дослідження, повинні завжди домінувати над всіма іншими інтересами, а ризик повинен бути мінімальним.

Усі медичні досліді мають проводитися на підставі вільно і односторонньо виявленої згоди особи, над якою проводяться досліді. Ця особа повинна бути поінформована про мету дослідження, методику його проведення та про можливі наслідки експерименту. Добровільну згоду особи, яка погодилась на проведення досліді над собою, бажано оформляти письмово.

Вагітні жінки та жінки в період лактації не можуть використовуватись в ролі об'єктів проведення дослідів, за винятком випадків, коли метою дослідження є принесення користі іншим жінкам та дітям, і коли дане дослідження може принести позитивні результати лише при проведенні його на вагітних чи на жінках в період лактації.

Проведення дослідів можливе і без згоди особи, над якою вони ставляться. Воно може виконуватись лише у випадках крайньої необхідності за наявності у сукупності таких умов:

- спланованість досліджень у критичній ситуації, що склалася;
- відсутність протиріччя між планом проведення досліджень і правилами медичної етики;
- досягнення прямої користі для здоров'я пацієнта, як основної мети досліді.

Під *обманом*, про який йдеться у диспозиції другої частини ст. 142 КК України, слід розуміти надання неправдивої інформації досліджуваному, тобто такої інформації, яка не відповідає істині, або замовчування важливої для прийняття рішення інформації.

Медичні досліді над людиною ставлять, як правило, наукові медичні працівники та практичні лікарі, фармацевти, інші працівники медичної галузі, а тому саме вони можуть стати суб'єктами цього злочину, а отже, притягуватися до карної відповідальності за його здійснення.

Якщо незаконне проведення дослідів над людиною призвело до

смерті потерпілого, то дії винної особи повинні кваліфікуватись за ст. 119 КК (вбивство через необережність). Якщо таке діяння призвело до тілесних ушкоджень різної тяжкості, то дії винної особи, залежно від ступеня нанесених ушкоджень, кваліфікуються за ст. 121 (умисне тяжке тілесне ушкодження), ст. 122 (умисне середньої тяжкості тілесне ушкодження) або ст. 125 (умисне легке тілесне ушкодження).

Порушення порядку трансплантації органів або тканин людини.

Трансплантація — спеціальний хірургічний метод лікування, що полягає у пересадці реципієнту (тобто особі, що приймає) органа або іншого анатомічного матеріалу (кісткового мозку, шкіри, судини, сухожилля, хряща, кістки, цілого суглоба тощо), взятих у людини (донора) чи у тварини. Як метод лікування трансплантація набула поширення у другій половині минулого сторіччя. Вона поділяється на аутотрансплантацію (пересадку власних тканин з одного місця в інше, наприклад, шкіри при лікуванні опіків), гомотрансплантацію (пересадку від донора того ж біологічного виду) і гетеротрансплантацію (пересадку від донора іншого виду).

Законодавство України строго регламентує цей незвичайний метод лікування, оскільки він пов'язаний не тільки із загальнобіологічними та медичними, але й юридичними проблемами. Пересадка тканин і органів регулюється Законом України “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині” від 16 липня 1999 року, який визначає умови і порядок застосування трансплантації як спеціального методу лікування, забезпечує додержання в Україні прав людини та захист людської гідності при застосуванні трансплантації та здійсненні іншої, пов'язаної з нею діяльності. Дія цього закону не поширюється на: донорство крові та її компонентів; трансплантацію статевих залоз, репродуктивних клітин та живих ембріонів; аутотрансплантацію; імплантацію (пересадку біоімплантів і штучно виготовлених замінників органів); взяття анатомічних матеріалів для діагностичних досліджень. Всю діяльність, пов'язану з трансплантацією, координує Міністерство охорони здоров'я України.

У законі зазначено, що трансплантація застосовується виключно за наявності медичних показань та згоди об'єктивно інформованого дієздатного реципієнта лише у випадках, коли усунення небезпеки для життя або відновлення здоров'я реципієнта іншими методами лікування неможливе. Наявність у реципієнта медичних показань для застосування трансплантації встановлює консиліум лікарів відповідного закладу охорони здоров'я чи наукової установи.

У випадках, коли реципієнт не досяг 15-річного віку чи визнаний судом недієздатним, трансплантація застосовується за згодою об'єктивно інформованих його батьків або інших законних представників. Щодо осіб віком від 15 до 18 років чи визнаних судом обмежено дієздатними трансплантація застосовується за згодою як реципієнтів, так і їх батьків чи законних представників.

У невідкладних випадках, коли є реальна загроза життю реципієнта, його згода або згода його законних представників для застосування трансплантації не потрібна. Якщо відсутність згоди може призвести до тяжких для реципієнта наслідків, лікуючий лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього реципієнт відмовляється від застосування трансплантації, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання — засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків. Щодо відмови законного представника, то лікар повинен повідомити про це органи опіки і піклування.

Перевезення анатомічних матеріалів людини здійснюється уповноваженими на те працівниками відповідних державних та комунальних закладів охорони здоров'я і державних наукових установ за наявності умов, що забезпечують збереження цих матеріалів, та оригіналів необхідних документів.

Діяльність, пов'язану з трансплантацією, мають право здійснювати акредитовані в установленому законодавством України порядку державні та комунальні заклади охорони здоров'я і державні наукові установи за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України. Зазначені заклади та установи повинні мати матеріально-технічну базу, обладнання та кваліфікованих працівників, які необхідні для застосування трансплантації та здійснення іншої, пов'язаної з нею діяльності. Організаційно-методичне керівництво, взаємодію закладів та установ, що здійснюють трансплантацію, їх інформаційне забезпечення і контроль здійснює координаційний центр трансплантації МОЗ України.

Закон України “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини” установлює порядок взяття гомотрансплантатів у живих і померлих осіб, міждержавний обмін гомотрансплантатами, передбачає певний захист живих донорів та містить інші положення. Зазначено, що живим донором може бути лише повнолітня дієздатна особа. У живого донора може бути взятий як гомотрансплантат лише один із парних органів або частина органа,

або частина іншого анатомічного матеріалу. Взяття гомотрансплантата у живого донора дозволяється на підставі висновку консиліуму лікарів відповідного закладу охорони здоров'я чи наукової установи після його всебічного медичного обстеження і за умови, що завдана здоров'ю донора шкода буде меншою, ніж небезпека для життя, що загрожує реципієнту. Таке взяття гомотрансплантата у живого донора допускається у випадках, коли реципієнт і донор перебувають у шлюбі або є близькими родичами (батько, мати, син, дочка, дід, баба, онук, онука, брат, сестра, дядько, тітка, племінник, племінниця). Не допускається взяття гомотрансплантатів у живих осіб, які: утримуються у місцях відбування покарань; страждають на тяжкі психічні розлади; мають захворювання, що можуть передатися реципієнту або зашкодити його здоров'ю; надали раніше орган або його частину для трансплантації.

У живого донора може бути взято гомотрансплантат лише за наявності його письмової заяви про це, підписаної свідомо і без примушування після надання йому лікуючим лікарем об'єктивної інформації про можливі ускладнення для його здоров'я, а також про його права у зв'язку з виконанням донорської функції. Підпис донора на заяві засвідчується у встановленому законодавством порядку, а заява додається до його медичної документації.

Померлою людина вважається з того моменту, коли встановлена смерть її мозку. Згідно з “Інструкцією щодо констатації смерті людини на підставі смерті мозку”, затвердженою наказом МОЗ України за № 226 від 25 вересня 2000 року, смерть мозку — це повне та незворотне припинення всіх його функцій, які реєструються при працюючому серці та примусовій вентиляції легенів. Смерть мозку прирівнюється до смерті людини. Головним для констатації смерті мозку є поєднання факту припинення функцій всього головного мозку з доказом його незворотності.

Смерть мозку може настати внаслідок його первинного або вторинного ушкодження. Смерть мозку в результаті первинного ушкодження розвивається внаслідок різкого підвищення внутрішньочерепного тиску й обумовленого ним припинення мозкового кровообігу (тяжка черепно-мозкова травма, спонтанні та інші внутрішньочерепні крововиливи, інфаркт мозку, його пухлини, закрыта гостра гідроцефалія тощо), а також унаслідок відкритої черепно-мозкової травми, внутрішньочерепних оперативних втручань та ін. Вторинне ушкодження мозку з'являється внаслідок гіпоксій різного генезу, в тому числі

при зупинці серця та припиненні або різкому погіршенні системного кровообігу внаслідок тривалого шоку та інше.

Діагноз смерті мозку може бути встановлений на підставі тільки клінічних критеріїв або на підставі клінічних критеріїв, доповнених підтверджувальними тестами. Діагноз смерті мозку на підставі тільки клінічних критеріїв може бути встановлений лише в умовах, коли виключені такі впливи: інтоксикації, у тому числі медикаментозні; первинна гіпотермія; гіповолевмічний шок; метаболічні ендокринні коми, а також застосування засобів для наркозу та міорелаксантів. Необхідною умовою встановлення діагнозу смерті мозку на підставі клінічних критеріїв є доказ відсутності впливу лікарських препаратів, що пригнічують ЦНС та нервово-м'язову провідність, інтоксикацій, метаболічних порушень та інфекційних уражень мозку. На час клінічного обстеження пацієнта температура його тіла повинна бути стабільно вища за 32° С, систолічний артеріальний тиск не нижче 90 мм рт. ст. (при нижчому АТ він повинен бути підвищений внутрішньовенним введенням вазопресорних препаратів). У разі неможливості виключити вищенаведені впливи діагноз смерті мозку може бути встановлений тільки на підставі комплексного застосування клінічних критеріїв і підтверджувальних тестів. До них належать:

- повна та стійка відсутність свідомості (кома);
- атонія всіх м'язів;
- відсутність реакції на значні больові подразнення в зоні тригемінальних точок та будь-яких інших рефлексів, що замикаються вище шийного відділу спинного мозку;
- відсутність реакції зіниць на яскраве світло, при цьому повинно бути відомо, що ніяких препаратів, які розширюють зіниці, не застосовувалось. Очні яблука нерухомі;
- відсутність корнеальних рефлексів;
- відсутність окулоцефалічних рефлексів, які перевіряються так.

Лікар займає положення біля ліжка так, щоб голова хворого підтримувалась долонями лікаря, а великі пальці піднімали повіки. Голову обстежуваного повертають на 90° в один бік і утримують у цьому положенні 3-4 с, потім у протилежний бік на той самий час. Якщо при повертанні голови очі не рухаються і стійко зберігають середнє положення, то це свідчить про відсутність окулоцефалічних рефлексів. Ці рефлекси не досліджують при наявності або при підозрі на травматичне ушкодження шийного відділу хребта;

- відсутність окуловестибулярних рефлексів, які досліджують за

допомогою двосторонньої калоричної проби при відсутності перфорації барабанних перетинок. Голову пацієнта підіймають на 30° вище від горизонтального рівня. У зовнішній слуховий прохід вводять катетер малих розмірів і здійснюють помірне зрошування зовнішнього слухового проходу холодною водою ($t=20^{\circ}\text{C}$, 100 мл) протягом 10 с. При збереженні функції стовбура головного мозку через 20-25 с з'являється ністагм або відхилення ока в бік повільного компонента ністагму. Відсутність ністагму або відхилення очних яблук при калоричній пробі, що виконана з обох боків, свідчить про відсутність окуловестибулярних рефлексів;

- відсутність фарингіальних та трахеальних рефлексів, які визначаються шляхом руху ендотрахеальної трубки в трахеї та верхніх дихальних шляхах, а також при просуванні катетера в бронхах для аспірації секрету;

- відсутність самостійного дихання. Реєстрація відсутності дихання не дозволяється простим відключенням від апарата штучної вентиляції легенів (ШВЛ). Воно повинно проводитись за допомогою роз'єднувального тесту (тест апноетичної оксигенації), який складається з трьох елементів:

- а) для моніторингу газового складу крові парціального тиску кисню та вуглекислого газу (PaO_2 та PaCO_2) повинна бути канюльована одна з артерій кінцівки;

- б) перед роз'єднанням респіратору необхідно протягом 10-15 хв проводити ШВЛ у режимі, що забезпечує усунення гіпоксемії та гіперкапнії — $\text{FiO}_2=1.0$ (тобто 100 % кисень). Підібрана V_{tet} (хвилинна вентиляція), оптимальний РЕЕР (позитивний тиск у кінці виходу);

- в) після цього апарат ШВЛ відключають і в ендотрахеальну та трахеостомічну трубку подають вологий 100-процентний кисень із швидкістю 8-10 л на хвилину. Накопичення при цьому ендогенної вуглекислоти контролюють шляхом забору проб артеріальної крові: до початку тесту в умовах ШВЛ; через 10-15 хв після початку ШВЛ 100-процентним киснем, одразу після відключення від ШВЛ; далі через кожні 10 хв, поки PaCO_2 не досягне 60 мм рт. ст. Якщо при цих та/або інших значеннях PaCO_2 спонтанні дихальні рухи не відновлюються, то роз'єднувальний тест засвідчує відсутність функцій дихального центру стовбура головного мозку. При появі мінімальних дихальних рухів ШВЛ відразу поновлюють.

При необоротному припиненні серцевої діяльності констатація смерті мозку не потребує проведення досліджень чи маніпуляцій для

виявлення окуловестибулярних, фарингіальних і трахеальних рефлексів, роз'єднувального тесту та підтверджувальних тестів у зв'язку із відсутністю кровообігу. Сутність підтверджувальних тестів до комплексу клінічних критеріїв при встановленні діагнозу смерті мозку полягає в наступному:

- визначають відсутність мозкового кровообігу. Для цього проводять транскраніальну доплер-сонографію тричі з проміжком не менше як 30 хв. Середній АТ під час процедури повинен бути не нижче як 80 мм рт. ст. Якщо при цьому не виявляють діастолічного мозкового кровотоку або спостерігають низький з поодинокими піками систолічний мозковий кровотік, то це свідчить про смерть мозку;

- визначають відсутність засвоєння кисню мозковою тканиною. Для цього проводять визначення парціального тиску кисню в артеріальній крові та крові з яремної вени тричі з проміжком у 30 хв. Відсутність артеріовенозної різниці за парціальним тиском кисню свідчить про смерть мозку.

При первинному ураженні мозку для встановлення клінічної картини його смерті тривалість спостереження повинна бути не менше ніж 12 год. з моменту першого встановлення ознак, описаних вище. При вторинному ураженні головного мозку тривалість спостереження така ж сама. Протягом цього строку кожні 2 год. проводять реєстрацію наслідків неврологічних обстежень, які виявляють випадання функцій мозку, що зазначені вище (відсутність свідомості, реакцій, рефлексів, атонія м'язів тощо). При цьому треба мати на увазі, що спинальні рефлекси та автоматизм можуть спостерігатися в умовах ШВЛ, що триває. При відсутності функцій великих півкуль та стовбура головного мозку і припиненні мозкового кровообігу за даними транскраніальної доплер-сонографії або припиненні засвоєння кисню мозковою тканиною за даними визначення артеріовенозної різниці парціального тиску кисню смерть мозку констатують без подальшого спостереження.

При встановленні діагнозу смерті мозку внаслідок незворотного припинення серцевої діяльності його відмирання констатують після закінчення реанімаційних заходів без подальшого спостереження.

Діагноз смерті мозку встановлює консилиум лікарів, у склад якого входить анестезіолог з досвідом роботи у відділенні інтенсивної терапії не менше ніж 5 років, а також інші фахівці з таким же досвідом роботи за фахом. Склад консилиуму затверджує завідувач відділення інтенсивної терапії, де перебуває хворий, а за відсутності завідувача

ча — черговий лікар закладу. До складу консилиуму не можуть входити фахівці, що беруть участь у вилученні та трансплантації органів.

Основними документами, які складає консилиум, є “Протокол встановлення смерті мозку”, який підписується всіма лікарями, що брали участь у консилиумі, та “Акт констатації смерті людини на підставі смерті мозку” за формою № 012/0, яка затверджена наказом МОЗ України за № 184 від 26 липня 1999 року. Після встановлення смерті мозку та оформлення протоколу реанімаційні заходи, в тому числі ШВЛ, можуть бути припинені. Відповідальність за діагноз смерті людини на підставі смерті мозку покладається на лікарів, що встановлюють смерть мозку, того лікувального закладу, де помер хворий.

Умови та порядок взяття анатомічних матеріалів у померлих осіб для трансплантації в даний час в Україні такі. Кожна повнолітня дієздатна особа може заявити про згоду або про незгоду стати донором анатомічних матеріалів у разі своєї смерті. За відсутності такої заяви анатомічні матеріали у померлої повнолітньої дієздатної особи можуть бути взяті за згодою подружжя або родичів, які проживали з нею до смерті. У померлих неповнолітніх, обмежено дієздатних або недієздатних осіб анатомічні матеріали можуть бути взяті за згодою їх законних представників.

При необхідності проведення судово-медичної експертизи анатомічні матеріали у померлого донора беруться з дозволу і в присутності судово-медичного експерта. Взяття анатомічних матеріалів не повинне зашкодити веденню слідства, а судово-медичний експерт протягом 24 год. зобов’язаний повідомити про це районного (міського) прокурора. Вилучення тканин чи органів у померлого донора не повинне призвести до спотворення його тіла.

Взяття анатомічних матеріалів у померлого оформляється актом. Цей документ повинен бути підписаний лікарями, які брали участь у взятті трансплантатів, а у випадку проведення судово-медичної експертизи — і судово-медичним експертом, і доданий до медичних документів померлої особи.

Вилучення тканин чи органів із трупа для їх трансплантації не допускається, якщо померла особа за життя зробила заяву про незгоду бути донором, коли на це не отримано згоди подружжя або родичів, які проживали з померлою особою до смерті, а також при відсутності дозволу судово-медичного експерта у разі необхідності проведення судово-медичної експертизи.

Згідно із “Інструкцією щодо вилучення органів людини в донора-трупа”, затвердженої наказом МОЗ України № 226 від 25 вересня 2000 року, вилучення донорських органів для трансплантації здійснюється тільки в державних і комунальних закладах охорони здоров’я і державних наукових установах за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України. Донором для вилучення органного трансплантата з метою його пересадки може бути тільки особа, смерть якої встановлена відповідно до “Інструкції щодо констатації смерті людини на підставі смерті мозку”.

Заготівлю органів та їх консервацію здійснює виїзна бригада служби заготівлі донорських органів центрів трансплантації при умові отримання згоди вищезазначених осіб, згідно із відповідним Законом України. Такі бригади формуються у медичних закладах, що мають право здійснювати вилучення органів у живих донорів і донорів-трупів. До складу виїзної бригади входять один-три лікарі-хірурги (залежно від виду та обсягу донорського матеріалу), лікар-анестезіолог, дві операційні сестри. Бригада фахівців для вилучення і заготівлі органів зобов’язана суворо дотримуватись законодавства України з трансплантації органів і тканин, доставляти або забезпечувати доставку донорського органа у закріпленій регіональний центр тощо.

Тканинне типування донорів проводиться в лабораторіях клінічної імунології або генетичного аналізу лікувально-профілактичних закладів, науково-дослідних і медичних інститутів (університетів, академій), центрів, у тому числі тих, які мають трансплантаційні відділення.

Вилучення донорських органів і тканин оформлюється спеціальним “Актом про вилучення органів і тканин у донора-трупа для трансплантації” та записом в історії хвороби померлого і в разі потреби в акті судово-медичної експертизи трупів.

В Україні діє єдина державна інформаційна система трансплантації, до якої вносяться відомості про реципієнтів, а також про осіб, які заявили про свою згоду або незгоду стати донорами у разі смерті. Ці відомості є конфіденційними, становлять лікарську таємницю і можуть бути розголошені лише у випадках, передбачених законодавством.

Коли взятий у померлого донора орган через відсутність біологічно сумісного реципієнта не може бути використаний для трансплантації у відповідному лікувальному закладі чи державній науковій установі, вони негайно повинні поінформувати про цей орган

координаційний центр трансплантації, який оперативно здійснює пошук реципієнта в межах України. Якщо придатного реципієнта в межах України не виявлено, координаційний центр трансплантації надає інформацію про цей орган відповідним установам і організаціям інших країн, з якими Україна уклала міжнародні угоди з питань трансплантації. Укладення угод, що передбачають купівлю-продаж органів або інших анатомічних матеріалів людини, за винятком кісткового мозку, забороняється.

Такі в цілому правила, умови та порядок трансплантації органів чи тканин людині, що діють в Україні на сьогодні. Юридичні та фізичні особи, винні в порушенні законодавства про трансплантацію, несуть відповідальність згідно із законами України.

Зокрема, у випадках певних порушень цього законодавства передбачена кримінальна відповідальність за ст. 143 КК України “Порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини: 1. Порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини — карається штрафом до 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого. 2. Вилучення у людини шляхом примушування або обману її органів або тканин з метою їх трансплантації — карається обмеженням волі на строк до трьох років або позбавленням волі на той самий строк з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років. 3. Дії, передбачені ч. 2 цієї статті, вчинені щодо особи, яка перебувала в безпорадному стані або в матеріальній чи іншій залежності від винного, — карається обмеженням волі на строк до 5 років або позбавленням волі на той самий строк, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого. 4. Незаконна торгівля органами або тканинами людини — карається обмеженням волі на строк до 5 років або позбавленням волі на той самий строк. 5. Дії, передбачені ч. ч. 2, 3 чи 4 цієї статті, вчинені за попередньою змовою групою осіб, або участь у транснаціональних організаціях, які займаються такою діяльністю, — караються позбавленням волі на строк від 5 до 7 років з позбавленням права обіймати певні посади і займатися певною діяльністю на строк до трьох років”.

Ряд спеціальних медичних термінів, що живається у наведеній

статті Кримінального кодексу, роз'ясненій за ходом викладення основних положень чинного законодавства України про трансплантацію. Іншим треба дати деяке тлумачення. Наприклад, під *примушуванням* необхідно розуміти не тільки фізичний, але й психічний вплив на людину з метою змусити її віддати свій орган чи якісь тканини для трансплантації. *Вилученням* у донора органа слід вважати хірургічне втручання з метою видалення здорового органа для його пересадки реципієнту. *Безпорадний стан* — нездатність зробити що-небудь для свого порятунку чи захисту; стан, який значно полегшує скоєння злочину. Безпорадність потерпілого означає, що він без сторонньої допомоги, тобто самостійно, позбавлений можливості вжити заходів для самозбереження чи протидії злочинцю. Причинами безпорадного стану визнаються малолітній вік, старість, фізичні вади, розлади психіки, хворобливий чи непритомний стан (наприклад, зомління, нещасний випадок), алкогольне чи наркотичне сп'яніння середнього або тяжкого ступеня.

Частини 4 і 5 ст. 143 КК України передбачають відповідальність за торгівлю органами або тканинами людини та за вчинення цього злочину групою осіб або за участю у транснаціональних організаціях. Під *торгівлею* треба розуміти будь-який товарно-грошовий обмін у формі купівлі-продажу: за гроші, за майно, за інші цінності. *Група осіб* — це стійке об'єднання двох і більше осіб, які спеціально зорганізувалися для певної злочинної діяльності незалежно від наявності попередньої змови між собою. *Транснаціональна організація* — це об'єднання людей, діяльність яких стосується двох або більше держав. Об'єднання може бути як легальним, що займається в тому числі і незаконною діяльністю в сфері трансплантації, так і нелегальним.

Оскільки трансплантацією органів і тканин займаються, як правило, медичні працівники, зокрема — лікарі, то вони і є головним суб'єктом злочину, передбаченого ст. 143 КК України.

Якщо порушення встановленого порядку трансплантації органів або тканин призвели до тяжких наслідків, то дії винних осіб кваліфікуються сукупно за відповідною частиною ст. 143 та відповідною статтею чинного Кримінального кодексу, яка передбачає покарання за спричинення тяжких (ст. 121) або середньої тяжкості (ст. 122) тілесних ушкоджень. Якщо ці порушення чи неправильне проведення трансплантації призвели до смерті реципієнта або донора, то винні особи несуть відповідальність за відповідними частинами ст. 143 і ст. 119 (вбивство через необережність).

Насильницьке донорство. *Донор* (від лат. dono — дарую) — людина, яка добровільно здає кров для використання її у лікувальних цілях (переливання хворому, що є особливим видом трансплантації) або для приготування лікувальних препаратів. Донором називають і людину, що віддає свій орган (наприклад, нирку) чи тканини (наприклад, шматок шкіри) для їх пересадки іншому. Звідси і впливає поняття про донорство крові, тобто добровільний акт волевиявлення людини, що полягає у даванні крові або її компонентів для подальшого безпосереднього використання їх для лікування, виготовлення відповідних лікарських препаратів або використання у наукових дослідженнях.

Оскільки розвиток донорства крові та її компонентів є важливою соціальною необхідною справою держави, то діяльність у цій сфері регламентується Законом України “Про донорство крові та її компонентів” від 23 червня 1995 року з відповідними змінами та доповненнями. Цей закон регулює відносини, пов’язані з розвитком донорства крові та її компонентів, забезпечення комплексу соціальних, економічних, правових і медичних заходів щодо організації донорства в Україні та задоволення потреб охорони здоров’я в донорській крові, її компонентах і препаратах.

Згідно з цим законом донором може бути будь-який дієздатний громадянин України віком від 18 років, який пройшов відповідне медичне обстеження і в якого немає протипоказань, визначених МОЗ України. Взяття крові та/або її компонентів у донора дозволяється лише за умови, що здоров’ю донора не буде заподіяно шкоди. Давання крові за бажанням донора може бути як платним, так і безоплатним.

Держава гарантує захист прав донора та охорону його здоров’я, а також надає йому пільги. Особи, винні у порушенні встановлених прав донорів, порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації та застосування донорської крові, її компонентів та препаратів тощо несуть дисциплінарну, адміністративну, цивільно-правову чи кримінальну відповідальність.

Кримінальна відповідальність за порушення в сфері донорства передбачена ст. 144 КК України “Насильницьке донорство”. У цій статті зазначено: “1. Насильницьке або шляхом обману вилучення крові у людини з метою використання її як донора — карається позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до двох років, з штрафом до 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян чи без такого.

2. Дії, передбачені ч. 1 цієї статті, вчинені щодо неповнолітнього або особи, яка перебувала в безпорадному стані чи в матеріальній залежності від винного, — караються обмеженням волі на строк до 5 років або позбавленням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого. 3. Дії, передбачені ч. ч. 1 і 2 цієї статті, вчинені за попередньою змовою групою осіб або з метою продажу, — караються позбавленням волі на строк до 5 років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років”.

Донорство — це добровільний акт, заснований на розумінні особою важливості виконуваної ним функції. Лише за умови добровільної, свідомої та інформованої згоди донорство може вважатися таким, що не порушує відповідних правил, встановлених діючим законодавством. Під насильницьким донорством треба розуміти застосування примушення або обману для взяття крові у людини з метою використання її як донора. Неінформованість донора про можливі несприятливі наслідки для його здоров'я та життя в результаті виконання ним донорських функцій в юридичному сенсі виступає як вилучення крові шляхом обману. Про розуміння понять примушення, безпорадний стан, продаж (торгівля), група осіб тощо вже повідомлялось у попередньому тексті.

Донорство крові є складовою частиною медичної діяльності, ним займаються практичні медичні працівники та науковці. У зв'язку з цим, вони головним чином і становлять суб'єкт злочину за ст. 144 КК України, а їх неправомірні діяння відносяться до професійних правопорушень медичних працівників.

Насильницьке донорство може призвести до тяжких наслідків і навіть до смерті потерпілого. Ці наслідки оцінюють за критеріями в диспозиціях тих статей КК, які передбачають відповідальність за спричинення тяжких (ст. 121) чи середнього ступеня тяжкості (ст. 122) тілесних ушкоджень. У такому разі винна особа несе відповідальність за відповідною частиною ст. 144 та за ст. 121 чи 122. Якщо насильницьке донорство призвело до смерті потерпілого, то винний притягується до карної відповідальності за ст. 144 і за ст. 119 (вбивство через необережність).

Розділ II чинного КК України “Злочини проти життя та здоров'я особи” закінчується ст. 145 “Незаконне розголошення лікарської таємниці”, зміст та сутність якої міститься у главі 4 даної праці.

Незаконне поміщення в психіатричний заклад — так сформований склад злочину, карна відповідальність за який передбачена ст. 151 КК України з аналогічною назвою. Остання завершує розділ III особливої частини Кримінального кодексу “Злочини проти волі, честі та гідності особи”. Ця стаття включена у теперішній КК України тому, що 22 лютого 2000 року Верховна Рада прийняла Закон України “Про психіатричну допомогу”, в якому зазначено, що особи, винні у порушенні законодавства про психіатричну допомогу, несуть відповідальність згідно із законами України.

Закон “Про психіатричну допомогу” визначає правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою, виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, встановлює обов’язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, регламентує права та обов’язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги.

Згідно із положенням Закону, забороняється визначати стан психічного здоров’я особи та встановлювати діагноз психічних розладів без психіатричного її огляду, крім випадків проведення судово-психіатричної експертизи посмертно. Психіатрична допомога надається психіатричними закладами всіх форм власності, а також лікарями-психіатрами за наявності ліцензії, отриманої відповідно до законодавства.

Психіатричний огляд проводиться лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо неповнолітнього віком до 15 років — на прохання або за згодою його батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, — на прохання або за згодою її опікуна. Передбачені також випадки психіатричного огляду і без усвідомленої згоди особи чи її законних представників. Це може бути здійснено лише тоді, коли одержані відомості дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність у особи тяжкого психічного розладу.

Госпіталізація особи до психіатричного закладу повинна відбуватися добровільно — на прохання цієї особи або за її усвідомленою згодою. Неповнолітній віком до 15 років госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою його батьків чи іншого законного представника. Недієздатна особа госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою її опікуна.

Особи, яким надається психіатрична допомога, мають права і свободи громадян, передбачені Конституцією України та іншими законами. Державний контроль за діяльністю психіатричних закладів усіх форм власності та фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійснює у межах своїх повноважень МОЗ України. Нагляд за додержанням і застосуванням законів при наданні психіатричної допомоги здійснюється Генеральним прокурором України та підпорядкованими йому прокурорами відповідно до закону.

Не всяке порушення законодавства про психіатричну допомогу тягне за собою карну відповідальність, а лише таке, що зазначене у ст. 151 КК України: “1. Поміщення в психіатричний заклад завідомо психічно здорової особи — карається арештом на строк від 3 до 6 місяців або обмеженням волі на строк до двох років, або позбавленням волі на той самий строк, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років. 2. Те саме діяння, що спричинило тяжкі наслідки, — карається позбавленням волі на строк від двох до п’яти років з позбавленням права обіймати посади, чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років”. Тобто, відповідальність винної особи (чи осіб) настає лише за незаконне поміщення в психіатричний заклад завідомо здорової особи та за спричинення такими діями тяжких наслідків. При цьому немає значення, до якого психіатричного закладу (відкритого чи закритого типу, державного чи недержавного, в лікарню чи диспансер) поміщено потерпілого. Як посягання на волю потерпілого вважається лише поміщення його в стаціонарне відділення психіатричного закладу. Потерпілим може бути особа будь-якої статі незалежно від віку, яка є психічно здоровою, про що достовірно відомо винному.

Кваліфікаційною ознакою незаконного поміщення в психіатричний заклад є заподіяння цим злочином тяжких наслідків, які можуть проявитися або в настанні смерті потерпілої особи, або в спричиненні їй тяжкого тілесного ушкодження за критеріями ст. 121 КК України (умисне тяжке тілесне ушкодження).

За цей злочин можуть притягуватись до карної відповідальності насамперед, особи, які є опікунами або піклувальниками потерпілого, а також медичні працівники, зокрема — лікарі-психіатри, члени лікарської експертно-психіатричної комісії тощо. Якщо цей злочин вчинила службова особа, то вона може нести відповідальність ще й за ст. 364 (зловживання владою або службовим становищем) або ст. 365 КК України (перевищення влади або службових повноважень).

Такі коротко законодавчі акти щодо психіатричної допомоги населенню та кримінальна відповідальність за незаконне поміщення психічно здорової особи у психіатричний заклад.

Цю частину глави можна проілюструвати таким прикладом, зазначивши, що намагання використати психіатрію у своїх особистих цілях були, є і будуть. Але для того й існують лікарі-психіатри, щоб, керуючись об'єктивними даними, приймати рішення тільки після ретельного обстеження пацієнта.

Кілька років тому дружина Федора С. 44-річна львів'янка Н., лікар-нарколог (ця спеціальність споріднена з психіатрією), не будучи задоволена поведінкою чоловіка, який занадто ревнував її і влаштовував сімейні скандали, зателефонувала у “швидку допомогу” і повідомила, що її чоловік протягом 15 років страждає на психічну хворобу, стоїть на обліку в психоневрологічному диспансері, відмовляється від лікування і погрожує їй та дітям розправою. Приїхала санітарна машина і забрала “хворого”. Згодом Федір С. розповів, що вранці, коли він збирався на роботу, в квартиру зайшли двоє чоловіків у білих халатах з гумовими кийками, викрутили йому руки і обшукали. При цьому сказали, що їх викликала його дружина, і вони відвезуть його у Львівську обласну психоневрологічну лікарню.

Н. як лікар-нарколог, добре знала, як перебігають основні форми психічних розладів, що вимагають госпіталізації. Вона зі знанням справи повідомила прибулим працівникам швидкої психіатричної допомоги неправдиву картину і його життя, і симптомів хвороби, які однозначно свідчили про наявність у чоловіка розладів психічної діяльності у вигляді параноїдального синдрому, що найчастіше спостерігається при шизофренії.

У приймальному відділенні лікарні в той день чергувала лікар-психіатр вищої категорії з 25-річним стажем. На підставі розповіді жінки і довідки лікарів “швидкої допомоги” (?) вона встановила Федору С. діагноз шизофренія (параноїдальна форма) і госпіталізувала його. “Хворому” вдалось подзвонити своєму другу — інженеру Д., який влаштував у лікарні переполох, доводячи, що Федір С. психічно здоровий. Федора С. обстежила медична комісія. Діагноз шизофренії не підтвердився, і його відпустили додому.

Взявши у Львівському психоневрологічному диспансері довідку про те, що він ніколи не перебував там на обліку, Федір С. звернувся зі скаргою на дії лікарів у прокуратуру м. Львова. Але там після перевірки “не виявили з боку медпрацівників обласної психіатричної лікарні і станції швидкої допомоги правопорушень”. Після цього почався багаторічний судовий марафон. Із постанови райсуду: “Склад злочину відсутній...”. Лікар, що оформляла Федора С. у лікарню, за-

явила: “Вважаю неправильним, що мої колеги випустили його”. Інформацію про те, що його жінка Н. працювала в одному з відділень психіатричної лікарні і має там багато знайомих, в судах чомусь проігнорували. Заява Д. залишилась без розгляду: “Я зрозумів зі слів Н., що все було задалегідь домовлено, а я все зіпсував”. Обласний суд відмінив постанову райсуду. Федора С. змусили пройти експертизу в республіканському психіатричному консультативному центрі, спеціалісти якого зробили однозначний висновок: “Психічно здоровий”. Після повторного розгляду справи в обласному, а згодом — у одному з райсудів м. Львова, Н. була визнана винною у скоєнні злочину. Суд вирішив, що підсудна “може бути перевихована в умовах без ізоляції від суспільства” і засудив її за ст. 1232 старого КК України до одного року виправних робіт за місцем роботи без позбавлення волі з відрахуванням 15 % її заробітку в дохід держави. Суд визнав також за можливе застосувати до лікаря Н. закон про амністію і звільнив її від покарання.

Незаконна вимога оплати за надання медичної допомоги. Безпосереднє відношення до професійної діяльності медичних працівників (лікарів, їх помічників, середнього та молодшого медперсоналу) має нове положення чинного кримінального законодавства про їх відповідальність за вимагання оплати за надання медичної допомоги. Ця відповідальність передбачена ст. 184 КК України “Порушення права на безоплатну медичну допомогу”, яка належить до розділу 5 кодексу “Злочини проти виборчих, трудових та інших особистих прав і свобод людини і громадянина”. Зміст її такий: “1. Незаконна вимога оплати за надання медичної допомоги в державних чи комунальних закладах охорони здоров’я — карається штрафом до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до шести місяців. 2. Незаконне скорочення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров’я — карається штрафом до 1000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років”.

У главі 2 цієї праці вже наводились положення Основного закону нашої держави щодо випадків безоплатного надання медичної допомоги та роз’яснення з цього приводу Конституційного суду України. Підкреслимо, що безоплатне надання медичної допомоги закріплене Конституцією України, положення якої є нормами прямої дії, а тому це право громадян не може бути скасоване. На жаль, не всі закріплені в Конституції положення чітко виконуються через ряд об’єктивних причин.

Зафіксований у ст. 184 КК України злочин полягає у вчиненні будь-яких дій, спрямованих на незаконне вимагання оплати за надання медичної допомоги в державних або комунальних медичних закладах. Державними або комунальними закладами охорони здоров'я є такі, що знаходяться у державній, комунальній чи муніципальній власності. Вони функціонують переважно за рахунок бюджетних коштів. Місцем вчинення цього злочину є не тільки приміщення державних чи комунальних медичних закладів, але й будь-яке інше місце (вулиця, квартира, будинок тощо), де від громадянина вимагали оплату за надання йому медичної допомоги.

При висвітленні професійних обов'язків медичних і фармацевтичних працівників відповідно до ст. 78 "Основ законодавства України про охорону здоров'я" вже зазначалось, що перша невідкладна медична допомога громадянам за будь-яких умов надається безоплатно у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях (при аваріях, катастрофах, стихійних лихах, масових отруєннях, епідеміях, радіаційних, бактеріальних чи хімічних ураженнях тощо). Певними законодавчими актами України визначена безоплатність або пільговість медичної допомоги інвалідам війни та учасникам бойових дій, інвалідам I та II груп загального профілю, дітям, пенсіонерам. Безоплатно надається швидка і невідкладна медична допомога.

Для громадян України безоплатними є виклик лікаря або іншого медичного працівника державного чи комунального медичного закладу та їх робота з надання медичної допомоги. Водночас вимога оплати вартості медичних препаратів, перев'язочного матеріалу, шприців, голок та інших засобів не буде відноситися до порушення права громадянина на безоплатну медичну допомогу у випадку, коли бюджетне фінансування закладу охорони здоров'я не забезпечує потреб надання медичної допомоги населенню в повному обсязі, і про це прийнято офіційне рішення адміністрацією державного або комунального медичного закладу.

За цей злочин (за ч. I ст. 184) можуть нести відповідальність виключно медичні працівники державних чи комунальних закладів охорони здоров'я (лікарі, фельдшери, медсестри, акушерки, санітари(-ки), реєстратори поліклінічних відділень, лаборанти клінічних лабораторій тощо) і в разі, якщо вимагання оплати безпосередньо пов'язане з наданням медичної допомоги чи вчиненням інших дій, що стосуються її, а також незалежно від їх посадового становища. Якщо оплату вимагає службова особа за дії з госпіталізації до закладу

охорони здоров'я, незалежно від форм його власності, за надання виписки з історії хвороби або за інший медичний документ, то вона несе відповідальність за замах на одержання хабара відповідно до ст. ст. 15 та 368 КК України.

Цю частину тексту можна проілюструвати такими прикладами:

1. Розповідає киянка Олена К.: “Швидкої” раніше я не викликала — молодість зберігала запас здоров'я. Але безнадійна засуха в цьому літньому сезоні нагадала про те, що запас не безмежний. З гострим серцевим болем о 10 год. вечора 4 серпня я викликала “швидку”. Через 40 хв. довгоочікувана допомога прибула. Двоє молодих людей ще з порога вразили своєю ввічливістю. Їх перші слова: “Вам дуже поведе. Ми представляємо висококваліфіковану бригаду...” навіть при сильному серцевому болю мені нагадали завчену фразу розповсюджувачів продукції канадської компанії. Мене послухали, поміряли тиск, зробили укол, поставили ряд запитань: де і ким працюю, чи користуюсь послугами “Медикома” чи “Бориса” (для зняття серцевого нападу ці відомості, мабуть, були вкрай необхідні), чи в змозі я піти завтра на роботу (закралася безглузда думка: невже швидка тепер видає лікарняні?). Перевіривши мої хребці, запропонували курс масажу. Мені було не до того — укол почав діяти. Відірвавшись від записів, раптом один із членів чудесної бригади промовив: “Ви засинаєте — з ким розраховуватись будемо?..” На столику лежала п'ятірка. Я протягла і подякувала. У відповідь почула лише грубе обурення: маску делікатності, як рукою зняло. Я відчувала себе ніяково і віддала ще одну, останню п'ятірку. Але її ця сума виявилась дуже образливою. Тим часом від неї не відмовились. А з грішми “прихватили” її запис про надану допомогу. Обурення доносились, поки не відійшов ліфт. “Дочекаєтесь доброго відношення за такі гроші...” — була остання фраза фахівців великого класу, яку я почула”.

2. Херсонська одинока 67-річна пенсіонерка В. у грудні 2001 року впала і отримала закритий перелом стегнової кістки. Від госпіталізації відмовилась. Тоді сусід С. за консультацією лікаря-травматолога переобладнав спальню В. в ортопедичну палату. На покалічену ногу треба було накласти скелетне витягування, тому С. вбив у підлогу біля ліжка В. металевий півметровий штир діаметром 14 мм, щоб прикріпити до нього шарнір з гирями. Три місяці пенсіонерка була прикута до ліжка, доглядала за нею сім'я С. Згодом ногу довелось розробляти, заново вчитися ходити. До кінця літа В. майже видужала. Сусід наполягав, щоб того штиря забрати з кімнати, але В. заперечила: “Не зачіпай! Мені зручно за нього триматися, коли встаю з ліжка”.

Увечері в жовтні 2002 року озрядна В. ненароком спіткнулась і впала на той самий штир, який проткнув її майже наскрізь, і вона

виявилась пришпиленою до підлоги неначе метелик. Ні встати, ні навіть поворухнутися пенсіонерка не могла.

Бригада швидкої допомоги не зуміла сама нічого зробити. Необхідно було спилити штир, не виймаючи його з тіла потерпілої. Викликали загін воєнізованої аварійно-рятувальної служби “Скіф”. За допомогою спеціального ручного гідравлічного пристрою штир перекусили. Разом з куском арматури В. винесли з будинку і помістили в машину швидкої допомоги. І тоді медичні працівники зажадали від В. заплатити їм за виклик: “Поки не розрахуєтесь, машина з місця не зрушить”. Прошей у пенсіонерки не було. На всі її прохання один з працівників повторював: “Значить, нікуди вас не повеземо”. Сусідка Н. почала збирати з мешканців будинку гривні медикам. Пенсіонерці, з її слів, у той момент хотілося одного — померти від такого припинення.

У лікарні виявилось, що штир пройшов біля хребта, не зачепивши ні одного життєво важливого органа. Його видалили, а В. повернулася додому під нагляд сусідів С. і лікувалася вдома. Через деякий час трохи одужала, почала за допомогою палиці виходити надвір. Усе обійшлося. Проте гірка образа на медиків, що вимагали гроші, коли вона була безпорадною, ніяк у В. не минається: “Я розумію, що зарплата лікаря не дає змоги вижити, але ж можна було обійтися зі мною по-людському”.

У зв’язку з цим, хотілося б запитати у таких медичних працівників: для чого вони прийшли в медицину — допомагати стражденним, чи займатися здирством? За яку послугу вимагали оплату, адже медична допомога ними ще не була надана? Чи знають вони, що згідно ст. 78 “Основ законодавства України про охорону здоров’я” лікар чи інший медичний працівник у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях зобов’язаний надати невідкладну медичну допомогу безоплатно? Чи є у них хоч крапля совісті, щоб вимагати у немічної одинокої пенсіонерки гроші?

Наведені та аналогічні ситуації повинні активно виявлятися правоохоронними органами і стати приводом для порушення кримінальної справи за ознаками ч. 1 ст. 184 КК України.

Частина 2 ст. 184 передбачає відповідальність за вчинення дій, спрямованих на незаконне скорочення мережі державних чи комунальних закладів охорони здоров’я. Такими діями можуть бути видання наказів, розпоряджень, інших документів щодо повного або часткового закриття хоча б одного з державних чи комунальних медичних закладів, що входять до їхньої існуючої мережі. До мережі закладів охорони здоров’я, що забезпечують населення медичною допо-

могою, належать фельдшерсько-акушерські пункти, здоровпункти, поліклініки, лікарні, диспансери, клініки, науково-дослідні медичні інститути, аптеки тощо, а також служба швидкої медичної допомоги.

Статтею 16 Основ передбачено, що мають право припинити діяльність будь-якого закладу охорони здоров'я лише Кабінет Міністрів України та уповноважені ним органи (наприклад, Міністерство охорони здоров'я), а також, в межах своїх повноважень, органи місцевого самоврядування у разі порушення цим закладом законодавства про охорону здоров'я, невиконання державних вимог щодо якості медичної допомоги та іншої діяльності в галузі охорони здоров'я або вчинення дій, що суперечать його статусу. Іншого порядку скорочення мережі закладів охорони здоров'я законодавство України не передбачає. Тому незаконними необхідно вважати будь-які дії, спрямовані на порушення вказаного порядку щодо припинення діяльності повністю або частково хоча б одного державного чи комунального медичного закладу або прийняття рішення про скорочення мережі зазначених закладів некомпетентними особами.

Відповідальність за дії, передбачені ч. 2 ст. 184 КК України, можуть нести посадові та службові особи державних або комунальних закладів охорони здоров'я, Міністерства охорони здоров'я України та органів місцевої державної адміністрації, в тому числі відділів або управлінь охорони здоров'я.

Незаконна видача рецепта на придбання наркотичних засобів. Нині діючий КК України поповнився спеціальним XIII розділом, який об'єднує “Злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів та інші злочини проти здоров'я населення”. Серед багатьох статей цього розділу звертає на себе увагу ст. 319 “Незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин”, яка має безпосереднє відношення до професійних правопорушень медичних працівників: “1. Незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин з корисливих мотивів чи в інших особистих інтересах — карається штрафом до 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або обмеженням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років. 2. Та сама дія, вчинена повторно, — карається позбавленням волі на строк від 2 до 5 років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років”.

Поява цієї статті в КК України, як і деяких інших, зумовлена прийняттям Верховною Радою ряду Законів України, зокрема Закону “Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів” від 15 лютого 1995 року, яким встановлена відповідальність винних осіб за порушення його вимог.

Наркотичні засоби — природні чи синтетичні речовини, які становлять небезпеку для здоров’я населення у разі зловживання ними, тобто викликають наркоманію — хворобу, що характеризується непоборним вабленням до наркотиків.

Психотропні речовини — лікарські засоби, що впливають переважно на психічні функції людини: антидепресанти, нейролептичні, психостимулюючі і седативні засоби, транквілізатори. Вони спроможні викликати стан залежності та справляти депресивний або стимулюючий вплив на ЦНС або викликати порушення сприйняття, або емоцій, або мислення, або поведінки і становлять небезпеку для здоров’я населення у разі зловживання ними.

Прекурсори (від англ. precursor — попередник) — речовини-попередники, в т. ч. хімічні сполуки, солі, що використовуються для виробництва, виготовлення наркотичних засобів і психотропних речовин, у т. ч. кустарним способом (макова “соломка”, ацетон, ефедрин тощо).

Порядок придбання наркотичних речовин, психотропних лікарських засобів чи їх аналогів громадянами передбачений вищезазначеним Законом України. Згідно з 14 і 15-ою його статтями, громадяни мають право придбавати наркотичні засоби або психотропні речовини лише за рецептом лікаря. Такі рецепти виписуються на спеціальних бланках. Форма бланків цих рецептів, правила їх обліку, зберігання та оформлення встановлюються Кабінетом Міністрів України або уповноваженим ним органом (Міністерством охорони здоров’я). Видача рецептів на наркотичні засоби або психотропні речовини громадянам без відповідних медичних показань та з порушенням встановлених правил забороняється.

Отже, предметом даного злочину є спеціальний бланк (рецепт) встановленого зразка, в якому лікар приписує особі ті чи інші наркотичні або психотропні лікарські засоби. Рецепт підписується лікарем, а також головним лікарем лікувально-профілактичного закладу або завідувачем відділення, які несуть відповідальність за призначення таких засобів хворим.

Злочин полягає у безпідставному призначенні особі наркотичних чи психотропних лікувальних засобів і видачі рецепта для одержання

їх в аптеці для використання і вживання з немединою метою. Категорично забороняється видавати рецепт на право придбання зазначених засобів особам, хворим на наркоманію.

Рецепт на придбання наркотичних, психотропних речовин чи їх аналогів мають право видавати лише лікарі, які працюють у лікувально-профілактичних закладах і яким надане таке право. Вони здебільшого і становлять суб'єкт даного злочину.

Незаконна видача рецепта на придбання наркотичних та інших аналогічних лікарських засобів є одним із джерел злочинного вилучення їх з аптек. Цей злочин, як правило, може здійснюватись з корисливих мотивів чи іншої особистої зацікавленості лікаря, що і відображено у ст. 319 КК України.

Якщо незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин і їхніх аналогів здійснюється особою повторно, то покарання за такий злочин посилюється. Під *повторністю* необхідно розуміти випадки, коли винна особа незаконно видає рецепт на придбання зазначених засобів другий чи третій раз одній і тій самій особі, або коли такі рецепти видаються двом і більше особам.

Порушення правил боротьби з епідеміями. В той же XIII розділ чинного КК України включена ст. 325, що передбачає кримінальну відповідальність винних за порушення правил боротьби з епідеміями: “Порушення правил, встановлених з метою запобігання епідемічним та іншим заразним захворюванням і боротьби з ними, якщо ці дії спричинили або завідомо могли спричинити поширення цих захворювань, — карається штрафом до 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до трьох років”. Злочин за цією статтею полягає в недотриманні правил запобігання епідемічним та іншим захворюванням і боротьби з ними, в результаті чого виникає або може виникнути епідемічний осередок і реальна загроза трансформації його у епідемічний спалах.

Епідемія — це масове поширення інфекційної хвороби серед населення відповідної території за короткий проміжок часу. Становище в Україні з інфекційними хворобами не можна назвати задовільним. Щорічно в країні реєструється 10-14 мільйонів випадків інфекційних захворювань. Частково це пов'язано з глобальними тенденціями росту епідемії СНІДу та вірусного гепатиту, сезонним збільшенням захворюваності на грип, а частково — із станом навколишнього середовища. Поширення епідемічного чи іншого заразного захворюван-

ня — це збільшення кількості випадків захворювання однією і тією ж інфекційною хворобою.

В Україні за останні роки прийнято ряд законодавчих актів, що стосуються захисту громадян від спалаху епідемій і боротьби з небезпечними та особливо небезпечними (чума, холера, жовта гарячка тощо) інфекційними хворобами.

Стаття 27 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” (1992) визначає, що санітарно-епідемічне благополуччя населення забезпечується системою державних стимулів та регуляторів, спрямованих на суворе дотримання санітарно-гігієнічних і санітарно-епідемічних заходів та організацією державного санітарного нагляду.

В Україні встановлені єдині санітарно-гігієнічні вимоги до очиски та знешкодження промислових і комунально-побутових викидів, відходів і покидьків; організації харчування і водопостачання населення; виробництва, застосування, зберігання, транспортування та захоронення радіоактивних, отруйних і сильнодіючих речовин; утримання і забою свійських та диких тварин, а також до іншої діяльності, що може загрожувати санітарно-епідемічному благополуччю території населених пунктів і громадянам.

Органи місцевої державної адміністрації та регіонального і місцевого самоврядування зобов’язані активно сприяти здійсненню протіепідемічних заходів.

Закон України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” від 24 лютого 1994 року передбачає обов’язкові медичні огляди певної категорії працівників: підприємств харчової промисловості, громадського харчування і торгівлі, водопровідних споруд, лікувально-профілактичних, дошкільних і навчально-виховних закладів, об’єктів комунально-побутового обслуговування, інших підприємств, установ, організацій, професійна чи інша діяльність яких пов’язана з обслуговуванням населення і може спричинити поширення інфекційних хвороб, виникнення харчових отруєнь тощо.

Працівники, які без поважних причин не пройшли у встановлений термін обов’язковий медичний огляд у повному обсязі, від роботи відсторонюються і можуть бути притягнуті до дисциплінарної відповідальності.

У разі виникнення чи загрози виникнення або поширення особливо небезпечних і небезпечних інфекційних захворювань, масових отруєнь, радіаційних уражень населення органи державної виконав-

чої влади, місцевого і регіонального самоврядування за поданням відповідних посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби в межах своїх повноважень можуть запроваджувати на відповідних територіях чи об'єктах карантин — особливі умови та режим праці, навчання, пересування і перевезення, спрямовані на запобігання та ліквідацію цих захворювань та уражень.

Правові, організаційні та фінансові засади діяльності органів виконавчої влади, місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, локалізацію та ліквідацію їх спалахів і епідемій, визначає Закон України “Про захист населення від інфекційних хвороб” від 6 квітня 2000 року. Цей закон встановлює також обов'язки, права та відповідальність юридичних і фізичних осіб у сфері захисту населення від інфекційних хвороб.

Отже, із вищенаведеного випливає, що обов'язок активно сприяти здійсненню протиепідемічних заходів покладений на органи місцевої державної адміністрації, регіонального місцевого самоуправління, підприємств, установ і організацій незалежно від форм власності.

Діяння, за які передбачена відповідальність за ст. 325 КК України, можуть проявлятися у формі: невстановлення бацилоносіїв; знищення домашніх тварин що є джерелом інфекції, або продуктів харчування, що насінені бактеріями; невжиття заходів по карантинізації та обсервації осіб, які перебували у контакті з хворими — носіями заразної хвороби; невідкорення розпорядженню про госпіталізацію; ухилення від обов'язкових протипіфекційних щеплень тощо.

Оскільки серед суб'єктів цього злочину можуть бути медичні працівники, особливо працівники санепідемстанцій, у службові та професійні обов'язки яких входить виконання передбачених законами правил боротьби з епідеміями та іншими заразними захворюваннями, то правопорушення за диспозицією ст. 325 КК віднесено до професійних злочинів медичних працівників.

Цей матеріал можна проілюструвати таким прикладом.

У вересні 2002 року прокуратура м. Кривий Ріг Дніпропетровської області порушила три кримінальні справи проти посадових осіб пологового відділення 1-ої міської лікарні і керівників санепідемстанцій, які допустили розповсюдження в місті сальмонельозу у новонароджених дітей. Із 12 госпіталізованих із загостренням хвороби немовлят сальмонельоз виявили у шести. Одна дитина померла. Двоє перебували у тяжкому стані, ще у двох стан не викликав небезпеки для життя,

одна дитина видужала. Прокуратура Дніпропетровської області повідомила, що перевіркою встановлено, що причиною розповсюдження інфекційного захворювання була службова недбалість посадових осіб пологового відділення лікарні. Крім того, були виявлені інші порушення санітарно-гігієнічних норм.

Порушення правил поводження з мікробіологічними токсинами. Зазначений склад злочину близький за своїм змістом до попереднього і також включений у XIII розділ КК України. За його статтею 326 “Порушення правил поводження з мікробіологічними та іншими біологічними агентами чи токсинами” покаранню підлягають такі дії: “1. Порушення правил зберігання, використання, обліку, перевезення мікробіологічних або інших біологічних агентів чи токсинів, інших правил поводження з ними, якщо воно створило загрозу загибелі людей чи настання інших тяжких наслідків або заподіяло шкоду здоров’ю потерпілого, — карається штрафом до 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого. 2. Те саме діяння, якщо воно спричинило загибель людей чи інші тяжкі наслідки, — карається обмеженням волі на строк до п’яти років або позбавленням волі на той самий строк, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років”.

Мікробіологічними агентами вважаються хвороботворні мікроорганізми, які при потраплянні в людський організм розмножуються і викликають патологічний процес і клінічну картину гострого інфекційного захворювання. До них належать: бактерії, рикетсії, паразитозні грибки, віруси, хламідії тощо. *Біологічними токсинами* є отруйні речовини, які утворюються мікроорганізмами, а також деякими тваринами. До них відносять ботулічні токсини всіх видів, правцевий токсин, отруту павуків (каракурта, скорпіона), мітотоксин, дифтерійний, стрептококовий токсин, отруту змій тощо.

Від злочину, передбаченого ст. 325, це діяння відрізняється тим, що особа зберігає, використовує, передає, перевозить, відпускає і виконує інші дії з мікробіологічними чи іншими біологічними агентами або токсинами на законних підставах, але з порушенням правил поводження з ними.

Діяння, зазначені в диспозиції ст. 326 КК України, можуть потягнути відповідальність лише у тому разі, коли порушення правил пово-

дження з мікробіологічними або іншими біологічними реагентами чи токсинами було суттєвим, містило реальну небезпеку для життя людей або викликало їх загибель. До кримінальної відповідальності за цією статтею можуть бути притягнуті особи, які повинні в силу службових чи професійних обов'язків дотримуватись встановлених правил поводження з мікробіологічними чи біологічними агентами і токсинами (працівники науково-дослідних закладів мікробіології, кафедр мікробіології вищих навчальних медичних, сільськогосподарських та інших закладів, санепідемстанцій, лабораторій лікарень і поліклінік тощо). З огляду на це зазначений злочин має певне, хоча і не цілковите відношення до професійних правопорушень медичних працівників.

Ряд статей чинного КК України (ст. 307 — Незаконне виробництво виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання чи збут наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів; ст. 309 — Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту; ст. 321 — Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, перевезення, пересилання, зберігання з метою збуту або збут отруйних і сильнодіючих речовин; ст. 384 — Завідомо неправдиве показання (в тому числі неправдивий висновок експерта); ст. 385 — Відмова свідка від давання показань або відмова експерта чи перекладача від виконання покладених на них обов'язків; ст. 387 — Розголошення даних досудового слідства або дізнання тощо) відображає такі склади злочинів і визначає відповідальність за них, які стосуються у більшій мірі і розповсюджуються на всіх суб'єктів певних правопорушень, а не тільки на медичних чи фармацевтичних працівників, тому ми не відносимо їх до професійних злочинів медичних працівників. Вони торкаються лише обмеженого кола лікарів чи фахівців. У зв'язку з цим у даній праці вони не аналізуються.

СЛУЖБОВІ ЗЛОЧИНИ
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Медичні та деякі фармацевтичні працівники протягом трудової діяльності займаються не тільки професійною профілактичною, діагностичною чи лікувальною роботою. Багато з них виконує службові обов'язки, обіймає керівні посади, очолюючи Міністерство охорони здоров'я, його численні управління та відділи, науково-дослідні медичні установи, вищі та середні навчальні заклади медичного профілю, управління охорони здоров'я обл(міськ)держадміністрацій, обласні, міські, районні, дільничні та інші лікарні, диспансери, бюро, аптечні управління і т. д. Ряд медичних і фармацевтичних працівників обирається народними депутатами України, Автономної Республіки Крим, депутатами обласних, районних, місцевих рад. І хоча це трапляється дуже рідко, але вони можуть бути причетними до правопорушень у сфері службової діяльності, а тому притягуватись до відповідальності за службові злочини нарівні з службовими особами в інших галузях суспільного життя.

У зв'язку з цим треба мати чітке уявлення про службовий злочин і про службову особу, що необхідно для правильної юридичної кваліфікації діянь медичних і фармацевтичних службових осіб, оскільки навіть грубе порушення ними професійних обов'язків не може визнаватися службовим злочином.

Поняття про службову особу закріплене в законодавчому порядку, а тому воно вичерпне і не може бути розширене чи звужене. Воно міститься у примітці до ст. 364 чинного КК України, де зазначено: “1. *Службовими особами* є особи, які постійно чи тимчасово здійснюють функції представників влади, а також обіймають постійно чи тимчасово на підприємствах, в установах чи організаціях незалежно від форми власності посади, пов'язані з виконанням організаційно-розпорядчих чи адміністративно-господарських обов'язків, або виконують такі обов'язки за спеціальним повноваженням. 2. Службовими особами також визнаються іноземці або особи без громадянства, які виконують обов'язки, зазначені в пункті 1 цієї примітки”. Всі інші працівники будь-якої установи не є службовими особами.

Виходячи з цього, *службовим злочином* вважається порушення службовою особою обов'язків, зумовлених її службовим станом, що завдало істотної шкоди державним чи громадським інтересам або правам та інтересам окремих громадян, що охороняються законом.

Відповідно до вищенаведеного визначення, службові особи поділяються на 4 категорії: представники влади; особи, що постійно чи тимчасово перебувають на посадах, пов'язаних з виконанням організаційно-розпорядчих обов'язків; особи, що постійно чи тимчасово займають посади, пов'язані з виконанням адміністративно-господарських обов'язків; особи, що виконують вищезазначені обов'язки за спеціальним повноваженням.

Представником влади визнається особа, яка наділена в межах своєї компетенції правом пред'являти вимоги, приймати рішення чи застосовувати примусові заходи, обов'язкові для виконання фізичними та юридичними особами незалежно від їх відомчої належності чи підлеглості. Представниками влади є, зокрема, народні депутати України, судді, державні службовці, статус яких визначається спеціальними законами.

Організаційно-розпорядчі обов'язки — це функції по здійсненню керівництва галуззю промисловості, трудовим колективом, ділянкою роботи, виробничою діяльністю, окремих працівників на підприємствах, в установах, організаціях незалежно від форм власності. Такі функції виконують, зокрема, керівники міністерств, відомств, державних, колективних чи приватних установ і організацій, їх заступники, керівники структурних підрозділів (начальники цехів, завідувачі відділами, лабораторіями, кафедрами, їх заступники тощо), керівники ділянками робіт (майстри, виконробі, бригадири та ін.).

Адміністративно-господарські обов'язки — це повноваження з управління або розпорядження державним, колективним чи приватним майном. Такі повноваження є у начальників планово-господарських, постачальних, фінансових відділів і служб, їх заступників, завідуючих складами, аптеками, магазинами, майстернями, ательє, їх заступників, керівників відділів цих підприємств, відомчих ревізорів і контролерів тощо.

Службовими особами, що виконують обов'язки за спеціальним повноваженням, вважаються особи, які при здійсненні професійних обов'язків вчинюють юридично значущі дії. До таких осіб належать, зокрема, нотаріуси; лікарі (при оформленні листка тимчасової непрацездатності, при встановленні інвалідності та її групи хворому, в ін-

ших випадках); педагогічні працівники (під час складання вступних, державних іспитів); експерти (при складанні висновків) та ін.

Отже, однією з головних ознак суб'єкта службового злочину є виконання особою, що здійснила такий злочин, *організаційно-розпорядчих* або *адміністративно-господарських обов'язків*. Лікарі та інші медичні і немедичні особи, будучи працівниками державних чи комунальних закладів охорони здоров'я, можуть займати в них посади, пов'язані з виконанням організаційно-розпорядчих або адміністративно-господарських обов'язків: головний лікар, його заступники, завідувачі відділеннями, фельдшер чи акушерка — завідувачі фельдшерсько-акушерськими пунктами, старша медсестра поліклініки, лікарні, завідувач лабораторією і т. д. Тобто, особи, що займають такі посади, можуть виступати суб'єктами службового злочину. Наприклад, головний лікар несе відповідальність за отримання хабара за влаштування на роботу в лікарню, якою він керує; завідувач відділення лікарні несе карну відповідальність за безгосподарську розтрату матеріальних цінностей (обладнання, приладів, медикаментів тощо), яке сталося внаслідок службової недбалості і т. д. Навіть звичайний лікар може стати суб'єктом службової підробки, якщо він з корисливою метою оформлює фіктивний лікарняний лист, вносить фальшиві дані в історію хвороби чи амбулаторну картку хворого тощо.

Проте при наданні безпосередньо лікувальної допомоги ці та всі інші медичні працівники не виступають у ролі носіїв адміністративно-господарських або організаційно-розпорядчих обов'язків. Дії хірурга, який здійснює не показану операцію, або дії медичної сестри, яка переплутала ліки, призначені хворому, не пов'язані з виконанням ними службових обов'язків. Головний лікар чи завідувач відділення, які оперують хворого, здійснюють лише свої професійні функції медичного працівника, а не свої службові обов'язки. Вони в даних умовах тільки хірург чи акушер-гінеколог, а не представники адміністрації.

Чи є службовою особою черговий лікар лікарні (відділення)? Адже він під час чергування, особливо в позаробочий час інших працівників лікарні чи відділення, здійснює не тільки професійні, але й організаційно-розпорядчі функції. При відповіді на це запитання треба чітко розмежувати його професійну (медичну) діяльність і діяльність працівника медичного закладу, пов'язану з виконанням службових обов'язків.

Якщо черговий лікар, як фахівець, оглядаючи хворого, якого доставили у лікарню (чи відділення), не може визначити хворобу і вста-

новити діагноз, а отже, не здатний призначити правильне лікування чи застосувати певне медичне втручання (оскільки він зобов'язаний надати належну медичну допомогу, але він цього не виконав, і через це настали несприятливі наслідки для хворого), то він скоїв не службовий, а професійний злочин.

По-іншому треба оцінювати дії чергового лікаря, який використав свої повноваження для того, наприклад, щоб припинити на час свого чергування прийом хворих, або відпустив на тривалий час чергового лаборанта клінічної лабораторії чи операційну сестру, або не виконав свої обов'язки чергового і не проконтролював підготовку операційної до проведення екстреної операції тощо. Якщо подібні дії, що порушили нормальний порядок роботи лікувального закладу, спричинили тяжкі наслідки для громадян, які потребували невідкладної медичної допомоги, то черговий лікар може бути притягнутий до кримінальної відповідальності за службовий злочин (тобто, як службова особа).

У зв'язку із вищезазначеним, не слід плутати професійно-неправомірні діяння медичних і фармацевтичних працівників з їх службовими правопорушеннями або об'єднувати їх, як це має місце в деяких підручниках, посібниках і медичних монографіях чи наукових статтях на дану тему.

Нарівні з особами інших професій медичні чи фармацевтичні працівники, що належать чи не належать до службових осіб, можуть бути притягнуті до кримінальної відповідальності за такі службові та не службові злочини, які не є для них професійними:

- зловживання владою або службовим становищем;
- перевищення влади або службових повноважень;
- службова підробка;
- службова недбалість;
- одержання хабара;
- давання хабара;
- приховування відомостей про екологічний стан або захворюваність населення;
- незаконне виготовлення, підробка чи збут документів на отримання наркотичних засобів;
- одержання незаконної винагороди;
- підробка документів та бланків, їх збут і використання.

Перші шість правопорушень об'єднані у XVII розділ КК України “Злочини у сфері службової діяльності”. Коротко проаналізуємо їх.

Зловживання владою або службовим становищем. Відповідальність за цей злочин передбачена ст. 364 КК України, у якій сказано: “1. Зловживання владою або службовим становищем, тобто умисне, з корисливих мотивів чи в інших особистих інтересах або в інтересах третіх осіб, використання службовою особою влади чи службового становища всупереч інтересам служби, якщо воно заподіяло істотну шкоду охоронюваним законом правам, свободам та інтересам окремих громадян або державним чи громадським інтересам, або інтересам юридичних осіб, — карається виправними роботами на строк до двох років або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до трьох років, із позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років. 2. Те саме діяння, якщо воно спричинило тяжкі наслідки, — карається позбавленням волі на строк від п’яти до восьми років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років”. Третя частина цієї статті стосується працівників правоохоронних органів, які зловживають владою або службовим становищем.

Влада у широкому розумінні слова — це здатність і можливість впливати на діяльність та поведінку людей за допомогою будь-яких засобів: права, волі, авторитету, примушування, насилля тощо. *Державна влада* — система управління суспільством за допомогою державного апарату. Згідно із ст. 6 Конституції України “державна влада в Україні здійснюється на засадах її поділу на законодавчу, виконавчу та судову. Органи законодавчої, виконавчої та судової влади здійснюють свої повноваження у встановлених цією Конституцією межах і відповідно до законів України”.

Зловживанням владою визнається вчинення службовою особою, яка здійснює функції представника влади, умисного діяння з використанням своїх повноважень, якими вона наділена на підставі законів та інших нормативно-правових актів, всупереч інтересам служби. *Зловживанням службовим становищем* вважається використання службових повноважень, пов’язаних із здійсненням прав та обов’язків, якими службова особа наділена в силу займаної посади, всупереч інтересам служби. Склад цього правопорушення передбачає обов’язкову наявність взаємозв’язку між службовим становищем винного і його поведінкою, яка виявилась у незаконному діянні. Наприклад, завідувач відділення лікарні, виконуючи кандидатську дисертацію, протягом двох років приймав у стаціонар тільки потрібних для його

наукової праці “профільних” хворих, незаконно відмовляючи під різними приводами в госпіталізації іншим хворим.

Істотною шкодою, про яку йдеться у деяких статтях цього розділу КК України, згідно із примітою 3 до ст. 364, вважається така шкода, яка в сто і більше разів перевищує неоподатковуваний мінімум доходів громадян, якщо вона полягає у заподіянні матеріальних збитків. Останні включають також і втрачену вигоду. *Тяжкими наслідками* діянь за статтями того ж розділу КК України, якщо вони полягають у заподіянні матеріальних збитків, визнаються такі, які у двісті п’ятдесят і більше разів перевищують неоподатковуваний мінімум доходів громадян. До тяжких наслідків, не пов’язаних із заподіянням матеріальних збитків, відносять також ті, що спричинили непоправні наслідки для здоров’я людини.

За ст. 364 КК України до кримінальної відповідальності можуть притягуватись виключно службові особи. До інших працівників будь-якого закладу, установи чи організації вона не може бути застосована.

Перевищення влади або службових повноважень. Сутність цього злочину і відповідальність за його скоєння зафіксовані у ст. 365 КК України: “1. Перевищення влади або службових повноважень, тобто умисне вчинення службовою особою дій, які виходять за межі наданих їй прав чи повноважень, якщо вони заподіяли істотну шкоду охоронюваним законом правам та інтересам окремих громадян, або державним чи громадським інтересам, або інтересам юридичних осіб, — карається виправними роботами на строк до двох років або обмеженням волі на строк до 5 років, або позбавленням волі на строк від двох до п’яти років, із позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років. 2. Перевищення влади або службових повноважень, якщо воно супроводжувалось насильством, застосуванням зброї або болісними і такими, що ображають особисту гідність потерпілого, діями, — карається позбавленням волі на строк від трьох до восьми років із позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років. 3. Дії, передбачені частинами 1 або 2 цієї статті, якщо вони спричинили тяжкі наслідки, — караються позбавленням волі на строк від семи до 10 років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років”.

На перший погляд зміст цього і попереднього службового злочину (ст. 364) подібні чи близькі за своїм складом. Різниця полягає в тому, що мотив і мета вчинення службового злочину у вигляді перевищен-

ня влади або службових повноважень можуть бути різними і на кримінально-правову оцінку дій винної особи не впливають.

Злочин характеризується сукупністю трьох ознак: а) діями службової особи, які явно виходять за межі наданих їй законом прав і повноважень; б) наслідками у вигляді істотної шкоди охоронюваним законом правам та інтересам громадян або державним чи громадським інтересам, або інтересам юридичних осіб; в) причинним зв'язком між діями та наслідками.

Перевищенням влади визнається вчинення службовою особою дій, що явно виходять за межі її компетенції, якою вона наділена в силу закону, або якщо така особа діє незаконними методами.

Перевищенням службових повноважень вважається вчинення службовою особою дій, що явно виходять за межі її повноважень, якими вона наділена в силу займаної посади, тобто вчинення дій, які службова особа не правомочна виконувати. До них належать дії: а) які є компетенцією вищестоящої службової особи даного відомства чи службової особи іншого відомства; б) вчинені одноособово, тоді як вони повинні здійснюватись лише колегіально; в) які допускаються тільки в особливих випадках, з особливого дозволу і з особливим порядком проведення, — за відсутності цих умов; г) які ніхто не має права виконувати чи дозволяти.

Наприклад. 1. Улітку 2001 року керівники Євпаторійської міської психіатричної лікарні, без дозволу вищестоящих інстанцій, відправили додому пацієнтів одного з корпусів лікувального закладу, а в його палатах організували пансіонат, у якому поправляли своє здоров'я громадяни Білорусі та Росії. За вказівкою керівників лікарні, щоб не відлякувати приїжджих, була навіть замінена стара вивіска назви лікарні на нову — пансіонат “Гніздо зозулі”. На кожного з відпочиваючих заводилась історія хвороби з метою “законного” списання витрат на продукти харчування, комунальні послуги, медикаменти і “прикриття” на випадок перевірки. Один день проживання у лжепансіонаті коштував для відпочиваючих у середньому 15-20 гривень. У гаманці керівників і обслуговуючого персоналу закладу щоденно потрапляло більше півтори тисячі гривень. Проти службових осіб психіатричної лікарні порушена кримінальна справа.

2. Адміністрація Макіївської стоматологічної поліклініки (Донецька область), без належного узгодження з управлінням охорони здоров'я, здала в оренду під офіс фірми з реалізації та ремонту комп'ютерної техніки “Дако” частину свого приміщення. Договір оренди був фіктивним. Фірма з її магазином, де пропонувалось близько 400 назв товарів, функціонувала у бюджетному медичному закладі 8 років, не

сплачуючи податки. Після зустрічі у серпні 2001 року з працівниками податкової служби керівник фірми визнав за краще зникнути, а проти службових осіб поліклініки була порушена кримінальна справа.

Як і за попередньою статтею, суб'єктом скоєння даного злочину може бути лише службова особа. Кваліфікованими видами злочину, про які йдеться у другій частині ст. 365 КК України, є перевищення влади або службових повноважень, якщо воно супроводжувалось насильством, застосуванням зброї, болісними і такими діями, які ображають особисту гідність потерпілого.

Насильство може бути фізичним і психічним. Фізичне насильство полягає, зокрема, в незаконному позбавленні волі, заподіянні удару, побоїв, легких або середнього ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, вчинення дій, характерних для мордування. Психічне насильство полягає у створенні реальної загрози заподіяння фізичного насильства щодо потерпілого чи його родичів. Застосування зброї при перевищенні влади або службових повноважень передбачає не лише її використання для нанесення тілесних ушкоджень або заподіяння смерті потерпілому, але й погрозу її застосування. Болісними і такими, що ображають особисту гідність потерпілого, необхідно вважати дії, що завдають йому особливого фізичного болю і моральних страждань. Такі дії можуть бути пов'язані з протиправним застосуванням спеціальних засобів: наручників, гамівної сорочки, гумових кийків, речовин сльозоточивої та дратівної дії, водометів тощо.

Службове підроблення. Визначення цього злочину, його ознаки та відповідальність за нього передбачені ст. 366 КК України: “1. Службове підроблення, тобто внесення службовою особою до офіційних документів завідомо неправдивих відомостей, інше підроблення документів, а також складання і видача завідомо неправдивих документів — карається штрафом до 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або обмеженням волі на строк до трьох років з позбавленням права обіймати посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років. 2. Те саме діяння, якщо воно спричинило тяжкі наслідки, — карається позбавленням волі на строк від двох до п'яти років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років”.

В юриспруденції *документом* називається будь-який матеріальний носій запису (папір, кіно- і фотоплівка, магнітна аудіо- чи відеострічка, перфокарта тощо) із зафіксованою на ньому інформацією, призначений для її одержання, зберігання, використання і поширення у

часі та просторі. Документ може містити тексти, зображення, звуки тощо. У вузькому сенсі документ — це діловий папір, який юридично підтверджує будь-який факт або право на щось. *Офіційними документами* вважаються акти органів державної влади чи органів місцевого самоврядування, а також установ, підприємств чи організацій незалежно від форм власності, складені або засвідчені в установленому законом порядку службовими особами цих органів, установ, підприємств чи організацій в межах наданої їм компетенції (див. гл. 10).

Отже, згідно зі ст. 366 КК України предметом злочину є офіційні документи, належним чином оформлені акти, що засвідчують факти та події, які мають юридичне значення, а також мають властивість породжувати певні правові наслідки у вигляді виникнення, зміни або припинення правовідносин. Достатньо службовій особі здійснити хоча б одне з чотирьох діянь, зазначених у диспозиції згаданої статті, щоб визнати його злочином.

Підроблення офіційного документа — це внесення в текст справжнього документа відомостей (або їх частини), що не відповідають дійсності, тобто внесення в його текст таких змін, які перекручують зміст фактів, що мають юридичну силу, і посвідчуються чи стверджуються цим документом. Сам документ може бути належно оформлений і мати всі ознаки справжнього. Під іншою підрубкою документа визнається, зокрема, підробка підпису (-ів), відбитків штампів, печаток, захисних елементів тощо.

Складання завідомо неправдивих документів полягає у виготовленні чи створенні фальшивих документів, тобто документів, що не відповідають дійсності. Під *видачею* завідомо неправдивих документів вважається передача фальшивого документа службовою особою зацікавленим юридичним або фізичним особам.

Мотиви та мета службового підроблення можуть бути різноманітними і на кваліфікацію дій винної особи не впливають. Санкція ст. 366 КК України поширюється лише на службових осіб.

Для ілюстрації наведемо такий приклад.

Навесні 2007 року в прокуратуру м. Полтави звернулась молода жінка, у якої були претензії до міської онкологічної спеціалізованої медико-соціальної експертної комісії (МСЕК). Вона розповіла, що через свою знайому вже давно передала в комісію дві тисячі гривень за те, щоб їй оформили групу інвалідності. Ще одну тисячу вона повинна була вручити після того, як отримає на руки відповідні документи. Але час йшов, а результатів не було...

Скориставшись отриманою інформацією, працівники обласного управління боротьби з організованою злочинністю затримали одну із хабарниць зразу після передачі їй обіцяної суми, яка була певним чином позначена. Після цього клубок злочинів почав розмотуватись. Була призначена перевірка документації онкологічної МСЕК за останні 3 роки. Фахівці контрольно-ревізійного управління виявили 350 підробок документів. Серед них невідповідність груп інвалідності, записаних в актах огляду, тим, які передавались у Пенсійний фонд. Звичайно, що III група інвалідності після “перекомісії” ставала другою. Для того, щоб завищені розміри пенсії людини могла отримувати протягом двох років, до наступної перекомісії, треба було заплатити 800 гривень (по 400 грн. за один рік інвалідності). Усі шахрайки — немолоді жінки, дружили між собою. А 60-річна “постачальниця клієнтів” років п’ять сама перенесла онкологічну операцію.

Прокуратура м. Полтави передала в суд матеріали кримінальної справи, порушеної проти двох працівниць міської онкологічної МСЕК і 60-річної жінки, яка перебувала з ними в змові і направляла до них бажаних отримати більш високу пенсію. Працівники МСЕК обвинувачуються в підробці за хабарі медичних документів про групу інвалідності. Переоформлення за “винагороду” легших груп інвалідності на тяжчі призвело до того, що “інваліди” незаконно отримали із Пенсійного фонду майже 342 тисячі гривень. Голова онкологічної МСЕК звільнена з посади, яку вона обіймала.

Неслужбове підроблення документів, їх збут і використання. Підроблення документів може здійснюватись і не службовими особами. Таке діяння також належить до правопорушень, переслідується законом і підлягає покаранню. Воно визнається злочином за ст. 358 КК України “Підроблення документів, печаток, штампів та бланків, їх збут, використання підроблених документів”, яка належить до розділу XV КК “Злочини проти авторитету органів державної влади, органів місцевого самоврядування та об’єднань громадян”.

У цій статті зазначено: “1. Підроблення посвідчення або іншого документа, який видається чи посвідчується підприємством, установою, організацією, громадянином-підприємцем, приватним нотаріусом, аудитором чи іншою особою, яка має право видавати чи посвідчувати такі документи, який надає права або звільняє від обов’язків, з метою використання його як підроблювачем, так і іншою особою, або збут такого документа, а також виготовлення підроблених печаток, штампів чи бланків підприємств, установ чи організацій незалежно від форм власності, а так само інших офіційних печаток, штампів чи бланків з тією самою метою або їх збут — карається штрафом до

70 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до трьох років. 2. Дії, передбачені ч. 1 цієї статті, якщо вони вчинені повторно або за попередньою змовою групою осіб, — караються обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк. 3. Використання завідомо підробленого документа — карається штрафом до 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до двох років”.

Предметом злочину є посвідчення або інший документ, що видається підприємством, організацією, установою, фахівцем, підприємцем, приватним нотаріусом, аудитором чи іншою особою (наприклад, лікарем поліклініки чи стаціонару, дільничним лікарем), яка має право видавати такі документи, що *надають права* або *звільняють від обов'язків*. Такими документами можуть бути службові посвідчення та перепустки, довідки, висновки, акти, протоколи, доручення, угоди купівлі-продажу, заповіти, дарування і т. д.

Працівники органів охорони здоров'я наділені правом складати та оформляти різні медичні документи, які можуть надавати зацікавленим особам певні права і пільги або звільняти від конкретних обов'язків. Вони можуть бути причетними до підроблення таких документів, а тому стати суб'єктом злочину, передбаченого наведеною статтею. Треба мати на увазі, що медичні працівники, викриті у підробленні певних медичних документів, згідно з чинним законодавством, можуть бути визнані службовими особами і нести відповідальність за ст. 366 КК. Це зумовлено тим, що їхні дії тягнуть за собою конкретні правові наслідки. Серед усіх підроблюваних медичних документів найчастіше підроблюють листки тимчасової непрацездатності (“лікарняні листки”).

Наприклад. Лікар — завідувач міжрайонного судово-медичного відділення, досліджуючи труп загиблої людини і оформляючи акт за його результатами, діє не як службова особа, а виконує свої професійні обов'язки. Водночас фахівець здійснює юридично значущі дії, здатні породжувати, змінювати чи припиняти певні правовідносини. Він зробив розтин трупа, склав, підписав і видав документ (акт), на підставі якого органи досудового слідства приймають рішення про порушення кримінальної справи або про відмову в її порушенні. Зазначене свідчить про те, що дії лікаря судово-медичного експерта супроводжуються певними повноваженнями організаційно-розпорядчого характеру, впливають на відповідні правовідносини, і за цією ознакою

він може бути визнаний органами досудового слідства службовою особою з усіма юридичними наслідками. Важливо розуміти аналогічну ситуацію кожному лікарю.

Підроблення документів полягає в умисній зміні змісту офіційного справжнього документа шляхом внесення в нього фіктивних даних, доповнень, виправлень тощо (наприклад, зміна дати народження дитини в довідці про народження, дати звернення хворого у лікувальний заклад, заміна діагнозу, підчистки чи виправлення у щоденниках історії хвороби померлого, фіктивні дані про проведення лабораторних чи інших досліджень тощо). До підроблених відносяться також складання та видача документів, зміст яких не відповідає дійсності (наприклад, оформлення листка тимчасової непрацездатності здоровій людині, видача фальшивої довідки про нібито тяжку хворобу, про наявність вагітності при її відсутності тощо), а також підроблення відбитків на них печаток і штампів, оскільки вони є складовою частиною документа, вклеювання фотокартки особи, яка не є власником документа, підробка підписів, дат тощо.

Збут підробленого документа полягає у його відчуженні будь-яким способом іншим особам: дарування, обмін, продаж, передача як оплата боргу тощо. Повторність діяння визначається як здійснення тотожних дій, наприклад: послідовна підробка одного, потім іншого документа; або кожної з дій, зазначених у диспозиції ст. 358 КК, наприклад, підробка документа, потім підробка печатки; чи підробка документа, потім його збут.

Використання підробленого документа — це його подання на підприємство, в установу чи організацію незалежно від форми власності для придбання прав або пільг чи звільнення від обов'язків, а також передача підробленого документа службовій чи приватній особі з тією ж метою. За використання фальшивого (підробленого) документа несе відповідальність не тільки сам підроблювач, але й особа, яка хоча сама його не підробляла, але усвідомлювала, що використовуваною нею документ є фальшивим (підробленим).

Як правило, мотивом підроблення документів, їх збуту та використання є корисливі спонукання (отримання матеріальної вигоди) або особиста зацікавленість (виявлення послуги близьким чи знайомим).

Наприклад. 1. Прокуратура Автономної Республіки Крим щорічно перевіряє підстави отримання випускниками середніх загальноосвітніх шкіл золотих і срібних медалей. У 2000 році із 128 випускників лише Сімферопольського району більше 40 осіб отримали медалі ав-

томатично, тобто без задачі іспитів. Це особливо зацікавило прокуратуру. Вона з'ясувала, що довідки, за якими звільняють випускників від іспитів, видають лікарсько-контрольні комісії на підставі діагнозу, встановленого лікуючими лікарями в історії хвороби після проведеного стаціонарного обстеження школяра. Насправді семеро учнів у лікарню не звертались і в стаціонарі не перебували. Це означає, що подані довідки про хворобу випускників є фальшивими, тобто підробленими. У чотирьох учнів зазначені у довідках дати перебування їх у стаціонарі не збігалися з відповідними датами в історіях хвороби. Тобто, історії хвороби чи довідки також були підробленими. За результатами перевірки чотирьох медпрацівників звільнили з роботи, а решта лікарів, хто був причетний до оформлення “липових” документів про хвороби, покарана в кримінальному порядку. До дисциплінарної відповідальності притягнуті 16 працівників освіти — директори шкіл, завучі, інші вчителі.

2. Іншого роду підробленнями документів займалися медичні працівники у Сумській області. У 2001 році працівники обласного управління по боротьбі з організованою злочинністю припинили діяльність злочинної групи, до складу якої входило двоє лікарів. Установлено, що 32-річний завідувач Сумської центральної районної поліклініки Н., 33-річний лікар-онколог М. та три жінки-ресстратори поліклініки протягом більше одного року виготовляли і збували за гроші (тобто продавали) водіям, які проходили медичну комісію, фальшиві медичні довідки про стан їхнього здоров'я. Під час обшуку правоохоронці вилучили понад 300 таких довідок, а також підроблені іменні печатки неіснуючих лікарів і печатки кількох лікарень. Винні притягнуті до кримінальної відповідальності.

3. Працівники відділу з питань експертизи тимчасової непрацездатності виконавчої дирекції Тернопільського обласного відділення Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності протягом 2007 року провели перевірки в 51 лікувально-профілактичному закладі області більше 10 тис. первинних медичних документів і виявили близько 200 порушень нормативних вимог, що регламентують порядок видачі, продовження і оформлення листків непрацездатності. Найбільш характерними були: порушення інструкції, затверджені наказом МОЗ України № 455 від 13 листопада 2001 року, щодо обґрунтованості видачі листків непрацездатності; дуже короткі, неточні записи в медичних картках; не призначались і не проводились додаткові обстеження та консультації фахівців тощо.

Виявлені випадки виписування листків непрацездатності за “чистими”, неоформленими історіями хвороби чи амбулаторними картами без жодного запису лікаря і даних про обстеження. У багатьох лікувальних закладах області необґрунтовано продовжували лікарняні

листки, всупереч прийнятому порядку нерідко виписувались дубліка-ти листків непрацездатності (без рішення ЛКК та відповідної довідки з місця роботи пацієнта). Зафіксовані непоодинокі випадки, коли в деяких медичних закладах області за вказівкою головних лікарів видавалися листки непрацездатності своїм цілком здоровим працівникам з метою економії заробітної плати за рахунок Фонду з тимчасової втрати працездатності, що призводило до нецільового використання державних коштів. Наведене не виключає, що в певних випадках листок непрацездатності ставав незаконним товаром, який продають, примножуючи корупцію.

За результатами зазначених перевірок притягнуто до адмініс-тративної відповідальності 12 лікарів, відшкодовано матеріальних збитків на 3 тис. гривень. За неправомірну оплату випадків непрацездатності Фонд пред'явив претензії до винних на суму 15 тис. гри-вень, які відшкодовані в судовому порядку.

Службова недбалість. Так тепер, замість “халатність”, називається ст. 367 КК України, яка передбачає відповідальність за недбайливе, зневажливе чи несумлінне ставлення службової особи до виконання своїх обов'язків. Вона зазначає: “1. Службова недбалість, тобто невиконання або неналежне виконання службовою особою своїх службових обов'язків через несумлінне ставлення до них, що заподіяло істотну шкоду охоронюваним законом правам та інтересам окремих громадян, або державним чи громадським інтересам, або інтересам окремих юридичних осіб, — карається штрафом від 50 до 150 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років. 2. Те саме діяння, якщо воно спричинило тяжкі наслідки, — карається позбавленням волі на строк від двох до п'яти років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років та зі штрафом від 100 до 250 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або без такого”.

Відповідно до зазначеної статті КК України і судової практики дії, що виконуються як професійні функції, хоча і викликають іноді істотну шкоду, не можуть у кримінально-правовому значенні кваліфікуватись як службова недбалість (або халатність). Звичайні медичні працівники (лікарі, фельдшери, акушерки, медичні сестри, аптекарі тощо) при виконанні своїх професійних обов'язків з надання медичної допомоги хворим не наділені ні організаційно-розпорядчими,

ні адміністративно-господарськими повноваженнями, властивими службовим особам. У зв'язку з цим лікарі та інші медичні працівники за халатне, злочинно-недбале виконання своїх обов'язків, неналежне надання медичної допомоги не можуть притягатися до кримінальної відповідальності за ст. 367 КК України “Службова недбалість”. Тепер для цього в КК введена ст. 140 “Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником”, яка докладно проаналізована у главі 7 даної праці.

При цьому не треба плутати “недбалість” (чи халатність) як службовий злочин з поняттям “недбалість чи несумлінність” як формою вини будь-якої особи, що проявила необережність, не виконала чи неналежно (халтурно) виконала свої обов'язки, внаслідок чого сталися шкідливі чи тяжкі наслідки, які також караються в кримінальному порядку.

Наприклад: У пресі повідомлялось, що у 1989 р. в Мурманшах, що біля Мурманська, медична сестра, роблячи процедуру, забула (?) зняти з руки 7-місячної дитини резиновий джгут. Декілька годин рука була перетиснута, виникли явища гострого розладу кровообігу (анемія, тромбоз судин, некроз тканин). Дитина була доставлена в Санкт-Петербург, де постало питання про ампутацію у неї кінцівки, що їй було зроблено для врятування її життя.

Зазначимо, що за КК України у таких випадках до винного може застосовуватись також ст. 128 “Необережне тяжке або середньої тяжкості тілесне ушкодження”, а при смерті потерпілої особи — ст. 119 “Вбивство через необережність”.

Оскільки ряд медичних і фармацевтичних працівників належить до службових осіб і їхня робота іноді може супроводжуватись недбалістю зі шкідливими наслідками, то деякі положення вказаної статті КК вимагають певного пояснення. Під *невиконанням* службовою особою своїх службових обов'язків слід розуміти бездіяльність такої особи за умови, коли вона повинна була і могла вчинити дії, що входять у коло її обов'язків у межах повноважень, якими вона наділена на підставі законів чи інших нормативно-правових актів.

Неналежне виконання службовою особою своїх службових обов'язків передбачає виконання їх неналежним чином через несумлінне ставлення до них за умови, що вона повинна була і могла їх виконати належним чином. При цьому необхідно встановити: а) які саме обов'язки входять у коло повноважень даної особи і якими нормативно-правовими актами чи службовими інструкціями вони визначені;

б) які саме службові обов'язки були не виконані або неналежно чи не в повному обсязі виконані особою; в) чи зумовило невиконання чи неналежне виконання особою своїх обов'язків заподіяння істотної шкоди правам, свободам та інтересам окремих громадян, або державним чи громадським інтересам, або інтересам окремих юридичних осіб; г) чи могла об'єктивно особа виконати свої обов'язки належним чином (стихійні сили природи, інша непереборна сила тощо); д) чи не зумовлене невиконання або неналежне виконання особою своїх обов'язків суб'єктивними факторами (наприклад, через відсутність досвіду роботи, належної професійної підготовки, наявність каліцтва, інших вад фізичного здоров'я тощо).

Несумлінне ставлення особи до виконання своїх обов'язків може бути як умисним, так і необережним. Тобто, суб'єктивна сторона злочину характеризується виною у формі необережності. Вид необережності — злочинна недбалість, коли особа не передбачає можливості настання суспільно небезпечних наслідків через невиконання чи неналежне виконання своїх обов'язків, хоча повинна була і могла їх передбачити. А злочинна самовпевненість — коли особа передбачала можливість настання суспільно небезпечних наслідків свого діяння, але легковажно розраховувала на їх відвернення.

Зміст істотної шкоди та тяжких наслідків наведений у матеріалі про зловживання владою або службовим становищем. Ще раз підкреслимо, що за службову недбалість можуть нести відповідальність лише службові особи.

Хабарництво. Під цим терміном треба розуміти службовий злочин, який полягає в отриманні службовою особою будь-яким шляхом і в будь-якій формі матеріальних цінностей або надання їй матеріальних благ за виконання чи невиконання в інтересах хабародавця або третьої особи будь-яких дій, що входять в компетенцію даної службової особи. В українському кримінальному праві поняття хабарництво охоплює два види злочинів: одержання хабара (ст. 368) і давання хабара (ст. 369). За посередництво у хабарництві, яке полягає у здійсненні дій, спрямованих на передачу хабара безпосередньо службовій особі чи створенні умов для такої передачі тощо, чинний КК України відповідальності не встановив.

Рівень цивілізованості країни визначається не тим чи іншим явищем, а ставленням суспільства до нього. Якщо в багатьох державах розвинутої демократії випадки здириництва не схвалюються суспільством, то українські громадяни це явище чимось пагубним або

аморальним не вважають. Хабарництво сьогодні стало невід’ємною частиною життя наших громадян. Дійшло до того, — пише О. Галух (2003), — що публікуються навіть інструкції з правильного давання хабара посадовій особі, щоб не відчувати при цьому дискомфорту чи мук сумління.

На замовлення ООН Український інститут соціальних досліджень та центр “Соціальний моніторинг” провели у кінці листопада — на початку грудня 2002 року дослідження явища хабарництва. Опитано більше 3 тис. осіб у всіх регіонах країни. Виявилось, що за останній рік 44% населення України як мінімум один раз робили дарунки чи давали хабара посадовим особам. Майже чверть опитаних вважає “додаткову оплату послуг” державних службовців допустимою (тобто, 23 % українців вважають давання хабара нормальним явищем).

Найчастіше презенти отримують у сфері медицини (в цьому зізнались 73% опитаних з числа тих, хто дає хабари чи оплачує послуги), автоінспекції (25%), освіти (24%), комунального господарства (23 %), телефонного зв’язку (12 %), податкової адміністрації (10 %), судової системи (7 %), митниці (7 %). При цьому 17 % опитаних не вважають хабарем гроші, вручені учителю, 16% — лікарю, 9 % — працівникам комунальної служби, 9 % — працівнику телефонної станції, 7 % — працівникам ДАІ і т. д. Проте, головне полягає в тому, що майже 80 % опитаних вважають: більшість, а може й усі посадові особи причетні до хабарництва та корупції. Прикро, але такі, мабуть, реалії сьогодення.

У ст. 368 КК України “Одержання хабара” зазначено: “1. Одержання службовою особою в будь-якому вигляді хабара за виконання чи невиконання в інтересах того, хто дає хабара, чи в інтересах третьої особи будь-якої дії з використанням наданої їй влади чи службового становища — карається штрафом від 750 до 1500 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або позбавленням волі на строк від двох до п’яти років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років. 2. Одержання хабара у великому розмірі або службовою особою, яка займає відповідальне становище, або за попередньою змовою групою осіб, або повторно, або поєднане з вимаганням хабара, — карається позбавленням волі на строк від п’яти до десяти років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років та з конфіскацією майна. 3. Одержання хабара в особливо великому розмірі або службовою особою, яка займає особливо відповідальне становище, — карається позбавленням волі на строк від восьми до

дванадцяти років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років та з конфіскацією майна”.

До цієї статті КК є примітка, в якій роз’яснені деякі поняття, що трапляються у вищенаведеній диспозиції, а саме: “1. Хабарем у великому розмірі вважається такий, що у 200 і більше разів перевищує неоподатковуваний мінімум доходів громадян, в особливо великому — такий, що у 500 і більше разів перевищує неоподатковуваний мінімум доходів громадян.

2. Службовими особами, які займають відповідальне становище, є особи,... посади яких згідно зі статтею 25 Закону України “Про державну службу” віднесені до 3, 4, 5 та 6 категорій, а також судді, прокурори і слідчі, керівники, заступники керівників органів державної влади та управління, органів місцевого самоврядування, їх структурних підрозділів та одиниць. Службовими особами, які займають особливо відповідальне становище, є особи, зазначені в ч. 1 статті 9 Закону України “Про державну службу”, та особи, посади яких згідно зі ст. 25 цього Закону віднесені до 1 та 2 категорій.

3. Повторним у статтях 368 і 369 цього Кодексу визнається злочин, вчинений особою, яка раніше вчинила будь-який із злочинів, передбачених цими статтями.

4. Вимагання хабара визнається вимагання службовою особою хабара з погрозою вчинення або невчинення з використанням влади чи службового становища дій, які можуть заподіяти шкоду правам чи законним інтересам того, хто дає хабара, або умисне створення службовою особою умов, за яких особа вимушена дати хабара з метою запобігання шкідливим наслідкам щодо своїх прав і законних інтересів”.

До предметів хабара належать: а) матеріальні цінності (гроші, валюта іноземних держав, цінні папери, речі, вироби, в тому числі спеціальні, продукти, прилади, будівельні матеріали, домашні тварини і т. д., в цілому — майно); б) право на майно (тобто документи, що надають право на його отримання, користування ним тощо); в) будь-які блага майнового характеру (безоплатна путівка в санаторій, круїз, пригощання в ресторані чи іншому місці, ремонт квартири, автомашини, влаштування на роботу, пошиття одягу тощо).

Одержання хабара може бути і у завуальованій формі: передача речі у вигляді подарунка, позичання грошей без наступного їх повернення, незаконна виплата премії, програш в карти, укладення дого-

вору купівлі-продажу коштовної речі за значно нижчою ціною, інші форми.

Каране правопорушення, що аналізується, є корисливим злочином, а тому предметом хабара не можуть визнаватись послуги чи вигоди немайнового характеру, наприклад, сприяння просуванню по службі, лише хвалебна характеристика, що не відповідає діловим якостям і властивостям особи, величання у засобах масової інформації тощо.

Прийняття службовою особою предмета хабара може відбуватися як у формі його безпосереднього отримання від хабародавця самою службовою особою або через інших осіб — посередників (родичів, знайомих, друзів), так і іншими способами: одержання поштового переказу чи відправлення, перерахування коштів на рахунок в банку, вказаний службовою особою тощо.

Вважають, що хабар — це подяка з передплатою. Проте за законом це не зовсім так. Час отримання хабара — до моменту виконання чи невиконання певних діянь службовою особою (хабар-підкуп) або після їх виконання чи невиконання (хабар-винагорода) — на кримінально-правову оцінку злочину не впливає.

Під інтересами того, хто дає хабара, треба розуміти будь-які інтереси самого хабародавця, а під інтересами третьої особи — інтереси будь-якої іншої особи, на користь якої вчинюються або не вчинюються певні дії службовою особою.

За ст. 368 КК України може притягуватись до відповідальності лише службова особа, яка внаслідок використання наданої їй влади чи службового становища могла вчинити (не вчинити) певні дії, а також в силу своїх повноважень могла давати вказівки і контролювати діяльність інших організацій.

Цей службовий злочин іноді трапляється і в медичній практиці. Ось приклади:

1. У 2001 році були викриті у хабарництві голова та члени МСЕК Галицького територіально-медичного об'єднання Івано-Франківської області, які оформляли інвалідність хворим лише після отримання хабара. У кінці одного насиченого трудового дня працівники міліції запропонували 48-літньому голові комісії пред'явити вміст кишень його костюма. В них виявилось 960 гривень і дві 10-доларові купюри США. Лікар зразу ж заявив, що ці гроші — добровільні пожертвування громадян і показав прихідні касові ордери. При цьому в корінцях ордерів поліклініки були вказані суми, які не перевищували трьох гривень. Серед виявлених в кишенях грошей були і купюри із

завчасно зробленою правоохоронними органами позначкою “хабар”, яку можна бачити лише при спеціальному дослідженні в ультрафіолетових променях.

Крім голови МСЕК хабарі брали й члени комісії: у хірурга виявили 15 кг м'яса, кілька пляшок коньяку, коробки цукерок, баночки кави. Очевидно, що гроші в кінці робочого дня ділились порівну між членами комісії. Хабарі брались у людей, які дійсно були інвалідами.

Голову комісії затримали, йому інкримінувалось отримання хабара. Згодом у міліцію надійшла заява про вимагання цим лікарем 200 доларів США за встановлення певної групи інвалідності.

2. Оперативні працівники управління боротьби з організованою злочинністю УМВС у Вінницькій області у січні 2002 року затримали завідувача акушерсько-гінекологічним відділенням однієї з районних лікарень 57-річного М., який виявився ще й депутатом обласної ради. За матеріалами попереднього слідства він, маючи великий авторитет як спеціаліст, вимагав і отримав 100 доларів США за проведену операцію кесаревого розтину молодій жінці, яку прийняв у лікарню, де працює, із сусіднього району без направлення і необхідності термінового розродження. Операція пройшла успішно, і мати з дитиною незабаром були виписані додому. А медичні документи (довідку про народження дитини, витяг із історії пологів тощо) пообіцяв віддати чоловікові породіллі тільки після того, як той принесе йому 100 доларів “за надання послуг”. При передачі грошей лікаря й затримали. Матеріали розслідування свідчать про те, що лікар і раніше вимагав хабарі. Кримінальна справа проти М. порушена прокурором району за ст. 368 ч. 2 КК України, оскільки він був визнаний службовою особою.

Стаття 369 КК України “Давання хабара” передбачає відповідальність за вказаний вид службового правопорушення: “1. Давання хабара — карається штрафом від 200 до 500 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або обмеженням волі на строк від двох до п'яти років. 2. Давання хабара, вчинене повторно, — карається позбавленням волі на строк від трьох до восьми років з конфіскацією майна або без такої. 3. Особа, яка дала хабар, звільняється від кримінальної відповідальності, якщо стосовно неї мало місце вимагання хабара або якщо після давання хабара вона добровільно заявила про те, що сталося, до порушення кримінальної справи щодо неї органом, наділеному законом правом на порушення кримінальної справи”.

Під даванням хабара треба розуміти передачу особисто або через посередників службовій особі матеріальних цінностей, права на майно, надання вигод майнового характеру за вчинення або невчинення

дій в інтересах хабародавця з використанням влади чи службового становища.

Про предмети хабара, час його отримання, вимагання, повторність цього злочину та інші аспекти хабарництва зазначено вище. Вони стосуються як одержання, так і давання хабара. Давання хабара службовій особі в декілька прийомів однією особою або кількома особами за виконання чи невиконання в їхніх інтересах єдиного діяння по службі не утворює ознаки повторності. Дії такої особи (чи осіб) оцінюються як один продовжуваний злочин.

Ще раз зазначимо, що кримінальний закон передбачає звільнення від карної відповідальності особи, яка дала хабар, але лише за таких умов: а) якщо стосовно такої особи мало місце вимагання хабара, б) якщо ця особа після давання хабара, але ще до порушення проти неї кримінальної справи за цей злочин, добровільно заявила про те, що сталося, до компетентних органів. Добровільність заяви про давання хабара передбачає безумовне, з власної волі, повідомлення або усне чи письмове звернення із заявою до відповідного органу, який наділений законом правом на порушення кримінальної справи (органи внутрішніх справ, прокуратура, суд, служба безпеки України).

За давання хабара до відповідальності за ст. 369 КК України можуть притягуватись не тільки службові, але й фізичні особи.

Одержання незаконної винагороди за виконану роботу. Не можуть розцінюватись як хабарництво дії, пов'язані із прийняттям грошей, подарунків, сувенірів, інших матеріальних цінностей від хворих чи їх родичів, наприклад, головним лікарем лікарні-хірургом чи завідуючим хірургічним відділенням лікарні за зроблені ними операції, особливо планові, оскільки вони брали "підношення" від названих осіб не у зв'язку з виконанням своїх обов'язків службової особи, а за надання кваліфікованої медичної допомоги, тобто за дії, пов'язані з професійною медичною діяльністю. Такі посадові особи-фахівці, а також усі інші медичні та фармацевтичні працівники, що не мають ніякого відношення до службових осіб, за побори у сфері надання медичної допомоги можуть бути притягнуті до кримінальної відповідальності за ст. 184 КК України "Порушення права на безоплатну медичну допомогу", про яку вже згадувалось у попередній главі, або за ст. 354 КК "Одержання незаконної винагороди працівником державного підприємства, установи чи організації".

Стаття 354 нині діючого КК України включена у його розділ XV "Злочини проти авторитету органів державної влади, органів місце-

вого самоврядування та об'єднань громадян”. У ній сказано: “Незаконне одержання шляхом вимагання працівником державного підприємства, установи чи організації, який не є службовою особою, в будь-якому вигляді матеріальних благ або вигод майнового характеру у значному розмірі за виконання чи невиконання будь-яких дій з використанням становища, яке він займає на підприємстві, в установі чи організації, — карається штрафом до 70 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, або позбавленням волі на строк до трьох років”. У примітці до цієї статті зазначено: “Під незаконною винагородою у значному розмірі в цій статті слід розуміти незаконну винагороду, яка в два і більше разів перевищує неоподатковуваний мінімум доходів громадян”.

Із диспозиції наведеної статті КК України випливає, що обов'язковою ознакою цього злочину є вимагання незаконної винагороди працівником державного підприємства, установи чи організації. Тому одержання незаконної винагороди за відсутності ознак вимагання не утворює складу даного злочину.

Під *вимаганням* незаконної винагороди треба розуміти не тільки прямо виражену вимогу працівника про оплату громадянином певної винагороди за виконання якоїсь роботи чи надання конкретної послуги, які входять в коло посадових обов'язків цього працівника, але й умисне створення особі таких умов, при яких вона змушена сплатити незаконну винагороду, щоб уникнути шкідливих наслідків її законних інтересів.

Прийняття винною особою незаконної винагороди може відбуватися як у формі її безпосереднього отримання від особи, що передає таку винагороду, або від інших осіб (родичів, знайомих), так і іншим способом (поштовий переказ, перерахунок коштів на банківський рахунок на ім'я одержувача тощо). Одержання незаконної винагороди може відбуватися і в завуальованій формі (наприклад, позичання грошей без наміру їх повернення, у вигляді подарунка, сувеніру тощо).

Державними є підприємства, установи чи організації, засновані на державній чи комунальній власності, тобто їх власником є держава або органи місцевого самоврядування. За цією статтею КК переслідуються названа злочинна діяльність будь-яких працівників державних закладів, які з використанням займаного ними становища за місцем роботи можуть виконати або не виконати певні дії в інтересах іншої

особи, за що вимагають незаконну винагороду, тобто — займаються поборами чи здирством.

Отже, на відміну від злочину “одержання хабара” (ст. 368 КК) “одержання незаконної винагороди” за ст. 354 КК передбачає: а) скоєння протиправного діяння не службовою особою, а будь-яким працівником державного підприємства, установи чи організації, тобто особою, яка не характеризується ознаками службової особи, вказаними у примітці до ст. 364 КК України; б) одержання незаконної винагороди лише шляхом вимагання; в) значний розмір винагороди (основний склад злочину “одержання хабара” не передбачає таку ознаку).

Приховування відомостей про захворюваність населення. До сфери охорони здоров’я і службових правопорушень має певне відношення злочин, відповідальність за який передбачена ст. 238 КК України “Приховування або перекручення відомостей про екологічний стан або захворюваність населення”. Ця стаття міститься у VIII розділі чинного КК України “Злочини проти довкілля”. Сутність зазначеного злочину така: “1. Приховування або умисне перекручення службовою особою відомостей про екологічний, в тому числі радіаційний, стан, який пов’язаний із забрудненням земель, водних ресурсів, атмосферного повітря, харчових продуктів, продовольчої сировини і такий, що негативно впливає на здоров’я людей, рослинний та тваринний світ, а також про стан захворюваності населення в районах з підвищеною екологічною небезпекою — караються штрафом до 100 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років, або обмеженням волі на строк до трьох років. 2. Ті самі діяння, вчинені повторно або в місцевості, оголошеній зоною надзвичайної екологічної ситуації, або такі, що спричинили загибель людей чи інші тяжкі наслідки, — караються обмеженням волі на строк від двох до п’яти років або позбавленням волі на той самий строк, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого”.

Конституція України гарантує кожному громадянину право вільного доступу до інформації про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту, а також право на її поширення. Така інформація ніким не може бути засекречена. Порядок інформування населення про стан навколишнього природного середовища визначає Кабінет Міністрів України.

Об’єктивна інформація про екологічне чи радіаційне забруднен-

ня території, яке негативно впливає на здоров'я людей, а також на стан захворюваності населення на цій території, повинна надходити до громадян, що проживають на ній, своєчасно. *Приховування* певних відомостей може виражатися у бездіяльності відповідальної службової особи або несвоечасному інформуванні нею про різку зміну (або значне перевищення встановлених нормативів) екологічного і радіаційного стану, пов'язаного із забрудненням земель, водних ресурсів, атмосферного повітря, харчових продуктів, продовольчої сировини і можливість реального негативного впливу на здоров'я людей і стан захворюваності населення в районах з підвищеною екологічною небезпекою.

Умисне *перекручення* службовою особою зазначених вище відомостей полягає у навмисному їх викривленні, що спотворює реальну дійсність. Під *негативним впливом* на здоров'я людей слід розуміти спричинення певної шкоди здоров'ю людей у вигляді підвищення рівнів конкретних захворювань, настання спадкових змін, зменшення тривалості життя тощо.

Незаконні діяння за ст. 238 КК України стосуються лише службових осіб, відповідальних за інформування щодо екологічного чи радіаційного стану, а також за інформування про стан захворюваності населення в районах з підвищеною екологічною небезпекою або в місцевості, оголошеній зоною надзвичайної екологічної ситуації. Такими особами є, зокрема, відповідальні працівники Міністерства охорони здоров'я, інших відомств, в обов'язки яких входить зазначений вид і обсяг роботи, а також працівники відповідних управлінь на місцях, на яких покладені аналогічні обов'язки.

Отже, згідно з чинним кримінальним законодавством України медичний чи фармацевтичний працівник може бути притягнутий до карної відповідальності за скоєння службового злочину лише при поєднанні двох обов'язкових умов: винний є службовою особою, а здійснені ним суспільно небезпечні діяння пов'язані з його службовим станом. Проте, внаслідок специфічної медичної діяльності та особливого становища лікаря чи іншого медичного працівника у суспільстві, у ряді випадків при правопорушенні винний може бути визнаний службовою особою без обіймання ним певної посади і притягнутий до відповідальності за службовий злочин.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ
СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ
ПО “ЛІКАРСЬКИХ СПРАВАХ”

Наслідки медичної діяльності у більшості випадків сприятливі. Негативні результати, від яких не застрахований жодний практичний медичний працівник, не завжди перебувають у прямому причинно-наслідковому зв'язку з його діями (дією чи бездіяльністю). Хворі чи їх родичі про це не відають, а тому нерідко звертаються у прокуратуру, міліцію чи суд зі скаргами на неправомірні дії медичних працівників, внаслідок яких, на їхню думку, сталися тяжкі наслідки для хворого чи настала смерть близької людини.

Найчастіше скаржаться на неповне, несвоєчасне чи неналежне надання медичної допомоги, на недобросовісне, недбайливе, байдуже ставлення медичного персоналу до своїх професійних обов'язків тощо. Головною причиною появи таких скарг є груба, зухвала, бездушна, нетактовна поведінка окремих лікарів чи інших медичних працівників, яка суперечить деонтологічним принципам медицини. І перш, ніж визнати когось винним у негативних результатах лікування чи притягнути до відповідальності, необхідно ретельно у всьому розібратись.

Розслідування справ про притягнення медичних працівників до кримінальної відповідальності за професійні чи службові правопорушення внаслідок їхньої специфіки зазвичай являє собою значні труднощі. Вони пов'язані в першу чергу з відсутністю необхідних юридичних знань у лікарів та інших медпрацівників і спеціальних медичних знань у працівників органів слідства і суду. Крім того, для встановлення характеру і особливостей патологічного чи травматичного процесу, своєчасності, повноти і правильності надання допомоги певними медичними працівниками, її відповідності етико-деонтологічним принципам і правилам медицини, причинно-наслідкового зв'язку між конкретними вчинками медперсоналу і тяжкими наслідками для пацієнта, визначення причини смерті чи тяжкості тілесних ушкоджень, ступеня ймовірності запобігання таких наслідків при умові належного надання медичної допомоги тощо — необхідні гли-

бокі знання в галузі медицини. Ось чому для вирішення зазначених питань треба залучати кваліфікованих фахівців-медиків, тобто призначати судово-медичну експертизу чи дослідження.

Хоча нині діючою ст. 76 КПК України обов'язкове призначення експертизи у справах про професійні правопорушення медичних працівників не передбачене, її проведення у таких випадках не тільки доцільне, але й необхідне. Вважаємо, що у новий КПК України — у статтю про обов'язкове проведення експертизи належить включити цей вид експертизи, без ґрунтовних висновків якої ні слідчі органи, ні суд приймати остаточні рішення не можуть.

Найчастіше “лікарськими справами” займаються слідчі прокуратури, прокурори або їх заступники чи помічники. Перед тим, як ухвалити рішення про порушення чи про відмову у порушенні кримінальної справи, вони збирають певні докази: свідчення, пояснення, документи тощо і у більшості випадків призначають судово-медичне дослідження медичних документів. Якщо за матеріалами такого дослідження буде достатньо підстав для притягнення до карної відповідальності конкретних медичних працівників, то порушується відповідна кримінальна справа. І тоді призначається судово-медична експертиза для вирішення конкретних питань медичного характеру.

Нерідко у газетних публікаціях, художніх творах чи фільмах, на телебаченні тощо, при оприлюдненні матеріалів про несприятливі наслідки лікарської діяльності, пишуть, говорять чи показують патологоанатомів, які нібито проводили чи проводять медичну експертизу. Це непрофесійний підхід до справи, помилковий погляд чи переконання, які не відповідають дійсності та прийнятому у державі порядку. Для того, щоб з'ясувати медичні питання, що виникають під час розслідування будь-якої справи, створена і продуктивно функціонує державна судово-медична служба з її закладами і фахівцями. У таких випадках призначається судово-медична експертиза і її проводять судові медики, залучаючи й інших фахівців, в тому числі при необхідності — патологоанатомів.

На практиці судово-медична експертиза і судово-медичне дослідження з приводу професійних правопорушень медичних працівників мало чим відрізняються. А тому далі в тексті і експертизу, і дослідження будемо називати експертизою. Суттєве значення мають юридичні, процесуальні аспекти їх проведення та оформлення результатів.

Судова експертиза з питань лікувальної діяльності є самостійним видом експертизи, відіграє найважливішу роль у доведенні вини ме-

дичних працівників у їх професійних правопорушеннях. А тому її організація та проведення мають певні особливості.

Перша особливість — комісійне, тобто колегіальне її проведення, що передбачено “Інструкцією про проведення судово-медичної експертизи” та “Правилами проведення комісійних судово-медичних експертиз в бюро судово-медичної експертизи”, затвердженими разом з іншими відомчими нормативними документами наказом МОЗ України № 6 від 17 січня 1995 року. Експертна комісія повинна складатися не менше як з трьох осіб: голови, члена (членів) комісії і доповідача зі справи. Комісійна форма проведення експертизи забезпечує не тільки об’єктивність висновку, але й певну його комплексність, оскільки в наш час комплексними звичайно є лікувальні заходи за участю лікарів різних спеціальностей. Одноособово виконувати таку експертизу не можна, незважаючи навіть на найвищу кваліфікацію, високу посаду чи великий стаж роботи експерта.

Друга особливість — специфіка її наукової бази, яка відрізняється від наукової бази інших видів судово-медичної експертизи. Питання, які розв’язуються судовою експертизою у справах про порушення медичними працівниками своїх професійних обов’язків, не можуть вирішуватись за допомогою лише судово-медичних знань, як це буває при встановленні ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, давності настання смерті, її причини, експертизи транспортної травми тощо. Оскільки предметом цієї експертизи є лікувальна діяльність, то науковою базою її служать положення, що існують у різних галузях медицини: в хірургії, травматології, акушерстві, гінекології, онкології, педіатрії, терапії тощо. В лікувальній справі найкомпетентнішими є досвідчені лікарі відповідної спеціальності. Тому до складу експертної комісії передбачене обов’язкове залучення одного-двох висококваліфікованих фахівців того клінічного профілю, з якого розглядається “лікарська справа”: хірургів, гінекологів, педіатрів тощо. На таких фахівців поширюються всі процесуальні положення експерта, передбачені законом. У склад експертної комісії не можуть входити особи, що якось зацікавлені в результатах даної справи. До них відносяться, в першу чергу, керівники і консультанти того лікувального закладу, де стався випадок, що розглядається.

При складанні висновків експертна комісія повинна виходити із загальноновизнаних положень з даного розділу медичної науки й практики. У разі розбіжності думок треба враховувати, що в медицині існують різні точки зору на методи діагностики одного і того ж захво-

рювання та на способи лікування однойменних хвороб. Тому члени комісії не повинні розглядати як правильні лише методи діагностики і способи лікування, які застосовуються ними, протиставляти їх поглядам лікаря, якого звинувачують у професійних правопорушеннях. У випадку, коли дії лікаря з наукової чи практичної точки зору спірні, вони не можуть розглядатися чи оцінюватись як неправильні.

Якщо у процесі обговорення висновків у членів комісії виникають розбіжності чи суперечності, вони не повинні усуватися голосуванням чи єдиним формулюванням, прийнятим більшістю членів комісії. У такому разі незгідний з думкою колег член комісії не повинен підписувати загальний висновок, але мусить викласти письмово свою окрему (особливу) думку, і прикласти свій висновок до висновку, підписаному рештою експертів.

Третя особливість — проведення експертизи за матеріалами кримінальної справи (фактично — по медичних документах: картах стаціонарних хворих, індивідуальних картах амбулаторних хворих, історіях пологів, операційних журналах, результатах лабораторних та інструментальних методів дослідження тощо). При цьому треба мати на увазі, що медичні документи не завжди цілком відображають усі питання, що цікавлять слідчого чи прокурора, тобто вони не у всіх випадках можуть забезпечити в достатньому обсязі фактичну базу висновків експертизи. Це залежить як від об'єктивних, так і суб'єктивних причин, зокрема від недобросовісного, несумлінного ставлення окремих лікарів до своїх обов'язків з ведення документації. Не можна також виключити і можливості свідомого внесення в медичні документи фальшивих даних. Тому всі медичні документи (карти стаціонарних хворих, історії пологів, амбулаторні карти, дані аналізів, консультацій тощо), а у разі смерті людини — протокол патологоанатомічного розтину чи акт судово-медичного дослідження трупа і результати лабораторних методів дослідження, повинні бути надані тільки в оригіналах.

“Правила проведення комісійних судово-медичних експертиз в бюро судово-медичної експертизи” вимагають також вивчати і внести у протокольну частину висновку результати обговорення випадку на клініко-анатомічній конференції (у разі смерті хворого) з рецензією медичної документації та висновки комісії відомчого розслідування (тобто, висновки відповідної контрольно-експертної комісії — КЕК). Ці дані звичайно сприяють об'єктивності та повноті підсумків, які складаються судово-медичною комісією.

Четверта особливість — в організаційному плані експертиза повинна виконуватися не нижче, ніж у другій інстанції структури судово-медичної служби під головуванням начальника бюро судово-медичної експертизи або його заступника. При цьому голова комісії — лікар судово-медичний експерт — є головуючим лише в організаційному відношенні, а не з точки зору значущості чи авторитетності його думки. Тим паче, що кримінально-процесуальний закон не поділяє учасників комісійних експертиз на голову і членів.

П'ята особливість — висновки експертизи у більшості випадків є прямим і головним доказом у справі. Тому вони повинні бути повними, абсолютно об'єктивними, добре науково обґрунтованими, викладені чітко і зрозуміло. Вони не повинні допускати їх двозначного тлумачення. Висновки експертизи з конкретної справи завжди є підсумком, професійною оцінкою фактів, але аж ніяк не актом, що вирішує цілком чи частково завдання самого розслідування чи перевірки, які відносяться до компетенції правоохоронних органів.

Враховуючи, що судово-медичні експертизи з питань лікувальної діяльності відносяться до числа найскладніших, їх необхідно не тільки проводити кваліфіковано, але й добре документувати. Найважливішою частиною експертизи є її підсумки, які повинні містити мотивовані відповіді на поставлені перед експертизою запитання. На практиці у більшості випадків висновки складаються за принципом “запитання — відповідь”, коли підсумки являють собою окремі відповіді на поставлені запитання, часто викладені у тій же послідовності, що й запитання.

Треба цілком погодитися з думкою І. Г. Вермеля (1974, 1988) та О. П. Громова (1976) про те, що при такому способі написання підсумків відсутні злагодженість і цілісність їх викладу, взаємозв'язок та логічна послідовність подій, утруднюється аргументація, трапляється повторюваність, а іноді й суперечність, не знаходять відображення важливі для слідства і суду питання, які хоча і не були поставлені перед експертизою, але впливають із вивчених матеріалів справи і т. д. До цього треба додати, що такі висновки ще й менш зрозумілі для працівників попереднього слідства і суду.

З метою усунення зазначених недоліків І. Г. Вермель запропонував дотримуватись певної схеми складання підсумкової частини висновків судово-медичної експертизи з “лікарських справ”. Вона передбачає не випадкову, а логічно виправдану послідовність відповідей на поставлені запитання. Ця послідовність повинна бути такою.

1. Спочатку зазначають характер захворювання, ушкодження чи стану, їх властивості й особливості клінічного перебігу. Відповідь необхідно аргументувати посиланнями на ті конкретні клінічні симптоми, морфологічні зміни та інші дані, які дають змогу обґрунтувати висновок.

2. У більшості випадків корисно дати коротке поняття про дане захворювання, ушкодження чи стан, охарактеризувати їх найсуттєвіші особливості, знання яких необхідні для кращого сприйняття слідчим, прокурором і судом наступних висновків експертної комісії. Вказують на правильність чи неправильність та своєчасність чи несвоечасність діагностики цього захворювання, ушкодження, стану тощо.

3. Зіставляючи встановлений діагноз із дійсним захворюванням, відмічають можливості правильної діагностики в конкретних умовах чи ситуаціях, а також повноту клінічного обстеження.

4. Визначають правильність медичної допомоги та лікування, при потребі — на кожному етапі їх надання чи проведення.

5. Наслідки неправильного лікування: характер і сутність ускладнень, правильність і своєчасність їх діагностики та наступного лікування.

6. Причина смерті пацієнта.

7. Можливість врятування життя при правильному і своєчасному наданні медичної допомоги і лікування.

У разі визнання правильності дій медичних працівників стосовно живих осіб перші п'ять пунктів залишаються без змін, а далі треба встановити:

6. Стан здоров'я (працездатності) пацієнта в даний час.

7. Можливість видужання без дефектів при умові правильного лікування.

Решта запитань, поставлених перед експертами, вирішується залежно від їх змісту: або попутно з відповідями на деякі з вищеперерахованих запитань, або у наступних пунктах підсумків.

Наведена схема висновків експертної комісії у випадках притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників за їх професійні правопорушення не повинна сприйматись як єдино можлива чи обов'язкова у всіх випадках. Залежно від особливостей конкретної експертизи, може виявитись доцільним у тій чи іншій мірі змінити послідовність відповідей та їх зміст.

Скільки, які питання і як би не вирішувала судово-медична експертна комісія з “лікарських справ”, вона повинна у своїх висновках

обов'язково зазначити, які офіційні інструкції, положення чи загальноприйняті правила були порушені лікарем і в чому це порушення полягало. Відомо, що деякі види медичної діяльності регламентовані певними офіційними правилами та інструкціями, але ці документи іноді не вичерпують і не можуть передбачити всієї різноманітності медичних дій, особливо стосовно особливостей індивідуального перебігу хвороби у кожного хворого. У цьому плані діагностика та лікування більшості хвороб не передбачені офіційними нормативними актами: наприклад, діагностика та лікування грипу, гіпертонічної хвороби, виразкової хвороби шлунка, техніка і методика апендектомії, грижосічення тощо. Ось чому головним і нерідко єдиним критерієм оцінки дій медичного працівника служать тільки певні положення самої медичної науки і лікарської практики, вироблені протягом віків.

Багаторічна практика показує, що більшість “лікарських справ” (до 90-95 % випадків їх розслідування) закривається в процесі попереднього слідства після отримання висновків судово-медичної експертизи чи дослідження по них у зв'язку з відсутністю складу злочину. Тільки незначна їх частина стає предметом судового розгляду.

Отже, у випадку порушення кримінальних справ проти медичних працівників за професійні правопорушення результати судово-медичної експертизи відіграють незамінну роль у доказуванні їх вини чи для їх виправдання. Для кращого сприйняття підсумкову частину висновків бажано складати за певною схемою. Фактичною базою для висновків з цього приводу, тобто головними об'єктами екстреного дослідження завжди є медичні документи, які повинні надаватись і вивчатись в оригіналі. Зважаючи на виключне значення медичних документів у судово-медичній та юридичній практиці (не тільки з приводу “лікарських справ”, а і в інших випадках), вважаємо за необхідне більш докладно висвітлити це питання у наступній главі.

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ, ВИХОВНЕ ТА ЮРИДИЧНЕ
ЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ

Різноманітна лікарська діяльність, зокрема: обстеження пацієнта, у тому числі за допомогою інструментів, приладів чи пристроїв, діагностика хвороб, оперативні втручання, “прийняття” пологів, лікування хворої особи, догляд за нею в умовах стаціонару тощо, передбачають не тільки правильне і добросовісне їх виконання, але й вичерпну фіксацію їх результатів у відповідному документі. Серед них найважливішими є медична карта стаціонарного хворого, історія пологів, індивідуальна карта амбулаторного хворого, диспансерна карта, журнал запису оперативних втручань у стаціонарі, журнал запису амбулаторних операцій, висновки консультантів, результати апаратно-інструментальних і лабораторних досліджень тощо.

Ці документи, згідно з положеннями ст. 65 “Докази” і ст. 83 “Документи” Карно-процесуального кодексу України, часто використовують органи досудового слідства, прокуратура та суд як важливе, іноді єдине, джерело доказів у певних кримінальних справах, наприклад, у випадку заподіяння тілесних ушкоджень, дорожньо-транспортних пригод, статевих злочинів, покаліченні членів і штучних чи удаваних хвороб, незаконного проведення абортів, притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників за їх професійні правопорушення тощо.

Відбувається це тому, що, наприклад, до часу обстеження пацієнта ушкодження, яке він отримав, вже піддалося хірургічній обробці або його властивості змінилися внаслідок процесу загоєння. У таких випадках правильне вирішення питань щодо знаряддя травми, механізму його дії та інших чинників цілком залежить від якості заповнення медичних документів.

Отже, медичні документи мають важливе значення не тільки для лікарської діяльності, але й юриспруденції, тому вважаємо за потрібне звернути на них увагу фахівців. Для цього вирішено висвітлити різні аспекти порушеного питання більш докладно.

Документ (від лат. documentum — зразок, свідоцтво, доказ) — матеріальний об’єкт, який містить інформацію у зафіксованому вигляді

та спеціально призначений для її передачі у часі й просторі. Носієм інформації може бути папір, перфокарта, фотоплівка, магнітофонна стрічка, цифрові та електронні засоби. Документ може містити тексти, зображення, відео- чи звукову інформацію. У вузькому сенсі документ — діловий папір, який юридично підтверджує будь-який факт або право на щось (ВРЕ, т. 8, 1972).

Сукупність документів, присвячених будь-якому питанню, явищу, процесу, особі, закладу тощо, називається документацією.

Медична документація (згідно з визначенням у ВМЕ, т. 7, 1977) являє собою систему обліково-звітних документів, призначених для запису й аналізу даних, що характеризують стан здоров'я певних осіб і різних груп населення, обсяг, зміст і якість наданої медичної допомоги, а також діяльність лікувально-профілактичних закладів. Її використовують для управління, планування організації медичної допомоги населенню та різних служб охорони здоров'я. Бажано, щоб вона була універсальною й простою, забезпечувала облік не лише кількісних показників діагностичної, лікувальної та профілактичної роботи закладів охорони здоров'я, а й відображала її якість.

Медична документація складається з двох груп основних документів: документів первинного обліку та звітних документів. До документів першої групи належать: медична карта стаціонарного хворого (далі — для простоти і за звичкою — історія хвороби), історія пологів, індивідуальна карта амбулаторного хворого (далі амбулаторна карта), індивідуальна карта вагітної та породіллі, історія розвитку новонародженого, листок тимчасової непрацездатності, журнали запису оперативних втручань у стаціонарі й амбулаторії, інші. Звітну групу документів складають карта профілактичних щеплень, обмінна карта поліклініки, статистичний талон, екстренне повідомлення про гостре інфекційне захворювання, інші.

Уся інформація, що зосереджена у медичних документах, при їх об'єднанні дає змогу досить повно відобразити стан здоров'я людини протягом її життя.

Значне місце серед медичної документації є і бланки лабораторних аналізів чи досліджень, форми для обліку процедур, проведених у різних лікувально-діагностичних кабінетах, висновки консультантів профільних медичних закладів, фахівців науково-дослідних інститутів, клінік тощо.

Майже всі медичні документи мають важливе значення для наукових досліджень, вони необхідні, як довідкові при подальшому

лікуванні хворих, їх широко використовують у слідчій чи судовій практиці. Тому для них передбачена особлива система зберігання та використання, закріплена відповідним наказом Міністерства охорони здоров'я. Основні документи стаціонару належить зберігати тривалий час, наприклад, історію хвороби — протягом не менше 25 років, журнал оперативних втручань — безстроково.

Медична документація за своїм характером належить до документації службового призначення та повинна бути доступною лише особам, які професійно зв'язані з нею. Але треба мати на увазі, що згідно зі ст. 39 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” (1992 р., зі змінами та доповненнями від 1994, 1997 і 2000 років) “пацієнт має право знайомитися з історією своєї хвороби та іншими документами, що можуть слугувати для подальшого лікування. В особливих випадках, коли повна інформація може завдати шкоди здоров'ю пацієнта, лікар може її обмежити. В цьому разі він інформує членів сім'ї або законного представника пацієнта, враховуючи особисті інтереси хворого. Таким же чином лікар діє, коли пацієнт перебуває у непритомному стані”.

Використання медичної документації з науковою метою передбачає необхідність збереження конфіденційності (тобто, нерозголошення) інформації, що в ній закладена.

З усіх первинних облікових медичних документів найважливішими є історія хвороби (при стаціонарному лікуванні) та амбулаторна карта (при амбулаторному лікуванні). Остання відрізняється від історії хвороби більш короткими, лаконічними записами. Названі документи призначені для фіксації спостережень за станом здоров'я пацієнта під час його стаціонарного чи амбулаторного лікування. Зміст їх являє собою систему записів, які документують результати діагностичних досліджень і сам діагноз, лікувальні заходи, перебіг і наслідок захворювання, отруєння чи травми. Історія хвороби є основою для подальших (після виписування зі стаціонару) лікарських дій, для вирішення питань реабілітації хворого, його подальшої трудової діяльності. Якщо хвороба чи інший стан закінчується смертю, в історії хвороби зазначають результати патологоанатомічного чи судово-медичного розтину трупа.

Схема історії хвороби вперше була запропонована чудовим клініцистом-терапевтом М. Я. Мудровим (1776-1831), який детально розробив учення про анамнез, впровадив у клініку методи пальпації, перкусії та аускультатії, лабораторні дослідження. Перш ніж набути

сучасної форми, історія хвороби вбирала в себе практичні рекомендації видатних учених Г. А. Захар'їна, О. О. Остроумова, С. П. Боткіна, М. В. Чорноручького та інших з побудови науково-обґрунтованих схем клінічного обстеження хворого, етіопатогенетичного обґрунтування діагнозу, комплексного підходу до лікування.

Історію хвороби постійно удосконалювали та кілька разів видозмінювали. Її оформлення здійснюється на бланку встановленого зразка за єдиною і обов'язковою для всіх лікувально-профілактичних закладів схемою. У багатьох спеціалізованих лікарнях і відділеннях, залежно від лікувального профілю, використовують модифіковані форми історії хвороби, які передбачають більш повне описання досліджень тих чи інших органів або систем організму, характеру ушкоджень тощо (наприклад, в акушерстві, в педіатрії, психіатрії, фтизіатрії, нейрохірургії, травматології).

Обов'язково передбачається особистий розбірливий підпис лікаря, який зробив запис в історії хвороби, що на практиці трапляється зрідка. Контроль за правильністю ведення та зберігання медичної документації покладається на завідувачів відділень, начмедів і головних лікарів закладів охорони здоров'я.

Оформлення історії хвороби, як і амбулаторної карти, — відповідальна творча робота лікаря з ведення службового документа, а не механічний бездумний запис стереотипних виразів, що ще часто-густо спостерігаємо на практиці. Це прямий обов'язок лікаря з юридичного оформлення та закріплення даних об'єктивного стану хворого. Сумлінне, ретельне й своєчасне складання та ведення будь-якої медичної документації слід вважати однією з провідних вимог лікарської деонтології.

У медицині, її теорії та особливо практиці, в навчально-виховному процесі та в юриспруденції медична документація має винятково важливе значення.

Лікувально-діагностичне значення історії хвороби чи амбулаторної карти проявляється в тому, що за записами в них здійснюють діагностичні та лікувальні заходи. У теперішній час встановлення діагнозу і лікування хворого проводять почасти не один, а кілька лікарів. У цих випадках записи в медичних документах дають змогу інтегрувати зусилля багатьох лікарів у процес діагностики та забезпечити наступність і послідовність під час лікування пацієнта.

Науково-практичне значення медичних документів полягає в тому, що вони є незамінним джерелом отримання наукової інформації про

причини та умови виникнення різних захворювань, їх клінічний перебіг і наслідок. Аналіз великої кількості історій хвороби дає змогу виробити рекомендації для правильної діагностики, раціонального лікування та профілактики хвороб. Способи формалізації записів про клінічні прояви різних захворювань, що запроваджують у наш час, дають можливість застосовувати методи кібернетики з метою діагностики, визначення факторів ризику, показань для застосування тих чи інших методів лікування, у тому числі оперативних, прогнозування захворювань, епідемічної обстановки тощо.

Важливе *наукове значення* медичних документів, зокрема історій хвороби, чітко прослідковується на прикладі медичних профільних науково-дослідних інститутів, спеціалізованих відділень великих медичних об'єднань, клінік, де часто зосереджуються хворі з певною патологією чи з хворобами, які рідко зустрічаються. Для їх лікування застосовують рідкісні, часто специфічні методи лікування, у тому числі оперативного. Історії хвороби, де зафіксовані особливості певної патології, клінічний перебіг, способи лікування та кінцеві результати, нагромаджуються в архівах названих медичних закладів протягом десятиріч. Вони часто піддаються вивченню, аналізу, узагальненню з метою вдосконалення методів діагностики і лікування певних патологічних станів. Такі історії хвороби становлять незамінний матеріал для наукових досліджень, у тому числі при виконанні кандидатських і докторських дисертацій, написанні наукових статей, монографій тощо.

Робота з медичною документацією, особливо написання історії хвороби, має важливе *значення у вихованні* позитивних якостей у лікаря, середнього медперсоналу. Видатний терапевт академік М. В. Чорноручський свого часу зі знанням справи стверджував, що “лише біля ліжка хворого з історією хвороби в руках формується справжній лікар”.

Прищеплюючи студентам-медикам і молодим лікарям навички правильного, усвідомленого заповнення та ведення історії хвороби, педагоги й старші колеги виховують у них клінічне мислення, здатність належним чином оцінювати виявлену симптоматику й правильно поставити діагноз, визначити тактику лікування, розвивають і підвищують почуття відповідальності за здоров'я і життя пацієнта.

Історії хвороби, які заповнюють і ведуть у тому чи іншому лікувальному закладі, об'єктивно характеризують “обличчя” цього закладу, рівень усієї діагностично-лікувальної роботи в ньому. В кожний стаціонар або поліклініку час від часу приходять нові молоді

лікарі, становлення і формування яких як фахівців здійснює колектив. І від того, як поставлена у цих закладах робота з медичною документацією, залежить багато що у вихованні лікаря.

Високі вимоги до ведення медичної документації визначаються передовсім інтересами хворої людини. Але історія хвороби, амбулаторна картка тощо, як уже зазначалося, дуже часто фігурують як юридичний документ, а тому мають надзвичайно важливе *юридичне значення*.

Історія хвороби, амбулаторна карта, інші медичні джерела інформації являють собою не тільки медичний, а й юридичний документ, адже вони в будь-який час можуть стати потрібними для правоохоронних органів чи суду з метою пошуку певних фактів, що мають суттєве значення для встановлення істини під час досудового розслідування чи судового розгляду справи, зокрема, у випадках кримінальних злочинів.

Історія хвороби, інші первинні медичні документи протоколюють всі дії медичних працівників з надання хворим діагностично-лікувальної допомоги. Саме з історії хвороби можна судити про необхідність, своєчасність, а отже, правильність всіх діагностично-лікувальних заходів. У цьому полягає найважливіше юридичне значення історії хвороби, інших медичних документів.

Описуючи в історії хвороби, амбулаторній карті, іншому документі стан хворого, діагноз і призначене йому лікування, лікар завжди повинен мати на увазі правове значення документа, якого він складає; адже записи в ньому, особливо у випадках травми, у самому широкому тлумаченні цього поняття можуть являти собою суттєвий інтерес для слідства. У зв'язку із зазначеним такі записи необхідно проводити з урахуванням вимог, що пред'являються до них як до джерел доказів.

Запроваджуючи вперше у практику написання історії хвороби, один з основоположників терапії М. Я. Мудров писав: "Історія хвороби повинна мати гідність точного уявлення про те, що трапилось... Вона повинна бути правдивою. Лікарю належить писати її ретельно, подібно живописцю, який найтонші риси та тіні зображав на обличчі людини".

Звісно, що чим більш повний та об'єктивний зміст історії хвороби, тим легше встановити за ним той чи інший факт, який цікавить слідство. Так, в історії хвороби фіксують точний час вступу пацієнта в стаціонар. З його слів чи зі слів супроводжуючих його зазначають час

і місце отримання ушкоджень та обставини чи умови, за яких вони були отримані. Важлива інформація, необхідна для розслідування злочину, може бути також у супровідному документі станції швидкої допомоги, з яким потерпілий вступає до стаціонару.

Найбільше значення для розслідування злочинів проти здоров'я та життя людини мають дані історії хвороби, що стосуються *опису ушкоджень*. Властивості об'єктивних змін, виявлених у потерпілого, є для лікуючого лікаря підставою і для встановлення діагнозу, і для вибору раціональних методів лікування.

Досліджуючи ушкодження, лікар-лікувальник визначає їхні морфологічні прояви: синці, рани, вивихи, переломи тощо; аналізуючи властивості ушкоджень, він вирішує питання про їх походження (від дії тупого чи гострого предмета, від вогнепальної зброї і т. п.). Усі об'єктивні дані повинні фіксуватись в історії хвороби. При цьому не можна підміняти опис особливостей ушкоджень (наприклад, “веретеноподібна чи довгаста рана розмірами 3,5x0,5 см з рівними неосадненими краями і дуже гострими кінцями без крововиливів у навколишні м'які тканини”) діагнозом “різана рана”. Відносно кожного з виявлених ушкоджень вимагається зазначити їх форму, розміри (тільки не “на око”), морфологічні властивості, точну локалізацію (з вказівкою анатомічної ділянки, пізнавальних точок і ліній, а при транспортних травмах, крім того, — відстань від підшви відповідної ступні). Описують форму ран до і після зведення країв, властивості й особливості останніх, а також кінців і дна, стан оточуючих тканин (насамперед — наявність чи відсутність крововиливів у них).

Дані про ушкодження, що містяться в історії хвороби, є у багатьох випадках єдиним джерелом відомостей про них, адже у зв'язку з наступним лікарським втручанням (первинна хірургічна обробка ран, іммобілізація перелому тощо) первісний вигляд травми змінюється (наприклад, забійна рана або вхідний і вихідний кульові отвори в шкірі внаслідок хірургічної обробки перетворюються в різані рани). У подальшому на них впливають і процеси загоєння, що розвиваються.

Надаючи хірургічну допомогу пораненим вогнепальною зброєю, колючими та колюче-ріжучими предметами, лікар повинен звернути увагу на хід ранового каналу. А при складанні протоколу операції обов'язково задокументувати цей хід в історії хвороби, бо його бачив лише оперуючий хірург. Напрямок ранового каналу визначають щодо трьох умовних площин людського тіла: фронтальної, сагітальної та горизонтальної. Записи про його хід формують, наприклад, так:

рановий канал у печінці розташований спереду назад і знизу вгору; рановий канал у правій легені проходить спереду назад, зліва направо і дещо зверху вниз; рановий канал у лівій нириці йде ззаду наперед і т. п. Після операції та загоєння ран у більшості випадків, особливо при ушкодженнях колючими чи колюче-ріжучими предметами, сліпих вогнепальних пораненнях, уже не можна визначити напрямок ранового каналу. Допомогти можуть лише записи в історії хвороби чи в операційному журналі. Інформація стосовно напрямку ранового каналу надзвичайно важлива для експерта й слідчого. Знаючи напрямок ранового каналу, можна вирішити чимало питань для встановлення істини, особливо щодо механізму травми, взаєморозташування потерпілого та того, хто нападав, про напрямок пострілу тощо.

Згідно зі ст. 76 КПК України для визначення характеру та ступеня тяжкості тілесних ушкоджень обов'язково призначається судово-медична експертиза. Проте судово-медичний експерт не завжди має змогу обстежити потерпілого зразу після травми. Частіше це відбувається через деякий час, іноді через декілька днів, коли під впливом часу і лікування вигляд ушкоджень значно змінюється. Нерідко експерту надають історію хвороби через кілька місяців після лікування. Тому висновок експерта з питань, які цікавлять слідство, а саме: про характер ушкоджень, механізм їх виникнення, знаряддя травми, ступінь тяжкості, давність (час спричинення) значного мірою, а іноді цілком ґрунтується на даних, які містяться в історії хвороби. Якщо ці дані неповні або ушкодження описані недбало, з порушенням встановлених правил, то експерт або взагалі не зможе дати відповіді на питання, які перед ним поставлені слідством, або може дати помилковий висновок, що неприпустимо, адже це може вплинути на судові рішення.

У зазначеному аспекті суттєве значення має опис в історії хвороби та збереження для передачі слідчому сторонніх включень, виявлених в ушкодженнях (вогнепального снаряда — кулі, дробинок, пижа (клейтуха); частини зламаного клинка ножа чи іншого знаряддя, частинок різних матеріалів і речовин), а також вирізаних країв ран, при судово-медичному дослідженні яких може бути отримана дуже важлива інформація для характеристики знаряддя травми та механізму його дії. Те саме стосується вмісту штучних флегмон шиї, суглобів, гранульом. Важливо також описати в історії хвороби стан ампутованої при операції кінцівки чи її частини, видалених травмованих органів тощо.

При експертизі ушкоджень обов'язково повинне бути вирішене питання про ступінь їх тяжкості в юридичному сенсі (чи є воно тя-

жким, середньої тяжкості чи легким). Одним із критеріїв тяжкого тілесного ушкодження є його небезпечність для життя. Небезпечними для життя вважають ушкодження, які загрожують життю потерпілої особи під час їх заподіяння або при звичайному перебігу (без надання медичної допомоги) закінчуються смертю.

Встановлення факту небезпечності ушкодження для життя здійснює експерт, як правило, на підставі записів в історії хвороби про клінічні прояви та ускладнення травми, про тяжкість загального стану потерпілого, що підтверджують діагноз. Звідси зрозуміла важливість цих записів для об'єктивності експертного висновку, а отже, і для правильного вирішення справи правоохоронними органами чи судом.

На практиці, проводячи судово-медичну експертизу, часто стикаємося з тим, що з історії хвороби не можна зрозуміти, чим саме обумовлений зазначений у документі важкий загальний стан хворого при нормальних показниках свідомості, нервової діяльності, температури тіла, серцевих скорочень, артеріального тиску, дихання тощо. Про низький рівень діагностично-лікувальної роботи в медичному закладі може свідчити такий приклад (медична карта № 5839/540 Б. районної лікарні на ім'я В.): не кажучи вже про лікуючого лікаря, консилиум лікарів, до складу якого входили, в тому числі, травматолог, хірург і невропатолог, не з'ясувавши джерело кровотечі з носа пацієнта, виставив діагноз "відкрита черепно-мозкова травма". Консилиум сприйняв кровотечу з носа внаслідок перелому його кісток за кровотечу через ніс від перелому кісток основи черепа, хоча клінічно та рентгенологічно даних про відкриту черепно-мозкову травму не було. У подальшому це стало підставою для того, що суд призначив повторну судово-медичну експертизу, оскільки вважав, що при оцінці тяжкості завданих громадянину В. ушкоджень при первинній експертизі не був врахований відкритий характер черепно-мозкової травми.

Значне місце в історії хвороби відводиться діагнозу. Діагноз (від грец. *diagnosis* — розпізнання) являє собою короткий лікарський висновок про сутність хвороби чи травми (етіологію, патогенез, клінічні та морфологічні прояви), виражений у термінах, прийнятих сучасною медичною наукою. Діагноз, встановлений лікарем-лікувальником в історії хвороби та який є результатом клінічних, інструментальних і лабораторних досліджень хворого, визначає не тільки тактику й методику лікування, а й значною мірою висновок судово-медичного експерта про характер і ступінь тяжкості ушкоджень, що є у потер-

пілого. Діагноз обов'язково повинен обґрунтуватись об'єктивними даними й записами в історії хвороби про них.

У випадку, коли потерпілий госпіталізований з приводу заподіяних йому ушкоджень, для судово-медичного експерта важливо, щоб в історії хвороби були вказані: вид ушкодження (наприклад, закритий перелом лівої половини нижньої щелепи); його характер та особливості (скажімо, проникаюче в черевну порожнину колоте поранення передньої черевної стінки з наскрізним ушкодженням стінки тонкої кишки). У діагнозі повинні бути відображені не лише основні ушкодження, а й уся решта (садна, подряпини, синці тощо), які є у потерпілого. Якщо розвинулися явища шоку, то необхідно зазначити його стадію та ступінь. За наявності крововтрати дається її характеристика з урахуванням результатів лабораторного дослідження крові.

Випадки, коли лікарі стаціонару, крім основного діагнозу щодо переломів кісток кінцівок, ребер, черепа, закритої черепно-мозкової травми, струсу чи забою головного мозку тощо, не описують в історії хвороби численні зовнішні ушкодження, не рідкісні. Наприклад, в історії хвороби № 3361 Ч-ї. районної лікарні на ім'я К. лікуючий лікар не відмітив на тілі пацієнта понад 15 різних ушкоджень, зокрема саден розмірами до 8x3 см, синців завбільшки 16x11 см тощо. Дивно і те, що у цьому випадку ні консультанти травматолог, невропатолог, ні навіть консиліум з п'яти фахівців не зазначили на тілі потерпілого численних ушкоджень, що свідчить про неналежне обстеження пацієнта в стаціонарі.

У випадках колото-різаних ушкоджень дуже часто в історіях хвороби (як і в інших медичних документах) можна побачити діагноз "ножове поранення". Такі ушкодження справді почасти завдають ножами (складаним, кухонним, шевським, фінським), але знаряддям травми може бути також кинджал, відповідної форми металева "зачотка", уламок скла, шматок бляхи та інші предмети. Висновок про знаряддя, яке було використане для спричинення ушкоджень, звичайно, ґрунтується на результатах спеціального експертного дослідження. Що ж до морфологічних властивостей травми, зауважених у процесі лікарського огляду, то вони дають змогу лише зазначити, що поранення є колото-різаним, або, наприклад, різаним, рубленим тощо. Такий діагноз і повинен фігурувати в медичній документації.

Треба мати на увазі, що кінцевий клінічний діагноз не завжди є точним. При аналізі історій хвороби контрольно-експертними комісіями, патологоанатомами чи судовими медиками іноді виявляється

або помилковість діагнозу загалом, або нерозпізнані ускладнення чи супутні хвороби, а також необґрунтованість діагнозу, неправильності та помилки в його побудові й формулюванні (скажімо, замість основного захворювання чи травми зазначається їх ускладнення — шок чи прояв — крововтрата).

Нерідко недостатньо обґрунтовано, на підставі лише скарг хворого ставлять діагноз *струсу головного мозку*, у зв'язку з чим виникають труднощі при кваліфікації цього ушкодження за ступенем тяжкості. Відповідно до “Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень” (МОЗ України, 1995) не підтверджений об'єктивними даними діагноз струсу мозку при оцінці ступеня тяжкості травми не береться до уваги. У зв'язку з цим виникає нагальна потреба зупинитися на цьому питанні докладніше.

Судово-медична практика свідчить, що діагноз “закрита черепно-мозкова травма, струс головного мозку” в історіях хвороби чи в амбулаторних картах зустрічається досить часто. Часто-густо цей діагноз клініцист, що лікував чи консульгував пацієнта, ставить без достатніх на те об'єктивних даних. При надходженні потерпілого в приймальне відділення лікарні у нього перш за все збирають анамнестичні дані на підставі скарг, іноді допомагаючи йому (часто підсвідомо) корегуючими запитаннями (чи не втрачав свідомості, чи не було блювоти, судом тощо), на які пацієнт, звичайно, дає лікарю стверджувальну відповідь. Судово-медична практика показує, що дуже часто на підставі лише цих даних і ставиться діагноз “ЗЧМТ, струс головного мозку”. Навіть і тоді, коли в ділянці голови немає ніяких ознак механічного впливу на голову. Цього не повинно бути, це аж ніяк не відповідає вимогам доказової медицини і свідчить про низький професійний рівень фахівців. Чому пацієнт майже завжди на запитання, чи втрачав свідомість, каже — “Так?” Тому, що це йому “вигідно”, особливо при його участі у будь-яких конфліктах, що супроводжуються бійкою, побиттям, падіннями, хуліганськими діями, при транспортних чи інших травмах.

Певна річ, що лікарю-лікувальнику для правильного встановлення діагнозу необхідно знати, чи була у пацієнта втрата свідомості і на який час, чи була блювота тощо. Як же про це дізнатися без навідних запитань? Дуже просто, запитати “що було далі?” (після удару, падіння) одразу після цього, через кілька хвилин, згодом. І якщо пацієнт розповідає про події в хронологічному порядку, з їх деталями (їх бажано лікарю з'ясувати), то найімовірніше ніякої втрати свідомості, а отже, і струсу головного мозку, не було.

Коли на пряме запитання щодо втрати свідомості й блювоти, нудоти отримана позитивна відповідь, то зазвичай ставиться діагноз “ЗЧМТ, струс головного мозку”, і після цього пацієнта доправляють в стаціонар. Лікар стаціонару водночас сприймає цей діагноз, як вже встановлений, тим більше, що при легких ступенях струсу мозку лікар сам не спостерігає втрати свідомості, блювоти, судом тощо. І в подальшому такого пацієнта весь персонал стаціонару вважає вже хворим зі струсом головного мозку. Досить часто цим діагнозом бувають “заворожені” й інші спеціалісти, які оглядають пацієнта, і що дивує — навіть неврологи, невропатологи, нейрохірурги. На жаль, не складають виняток і клініцисти-науковці курсу нейрохірургії та кафедр нервових хвороб медичних університетів. Вони розглядають його як хворого із завідомим струсом головного мозку. З плином часу його скарги за відсутності об’єктивних симптомів розглядають як скарги на прояви струсу мозку, що мав місце, і визначаються, як “залишкові явища струсу головного мозку”, “посттравматична цефалгія”, “дисциркуляторна енцефалопатія”, “астено-невротичний синдром” тощо, навіть у тих випадках, коли насправді струсу головного мозку у пацієнта не було.

Як об’єктивні ознаки струсу головного мозку фахівці називають нерівномірність зіниць, горизонтальний ністагм, пожвавлення чи пониження сухожильних рефлексів, астенизацію, координаційні проби тощо, забуваючи, що вони не специфічні для струсу й спостерігаються у пацієнтів при багатьох хронічних хворобах, патологічних станах, хронічних інтоксикаціях алкоголем, нікотином тощо, які перебігають у тому числі й приховано. Це давно науково доказано. А від наявності чи відсутності у пацієнта струсу головного мозку часто залежить не лише його здоров’я, а й доля інших людей, почасти невинних у заподіянні травми.

Завдяки порочній практиці, що склалася щодо діагностики струсу головного мозку, трапляються іноді й спроби симулювати чи агравіювати цей вид травми, що у певних випадках вдається.

Якщо в історії хвороби відсутні об’єктивні ознаки струсу головного мозку, то у судово-медичних висновках цей факт зазначається, і діагноз “ЗЧМТ, струс головного мозку” залишається без юридичної оцінки ступеня тяжкості тілесних ушкоджень. Непорозуміння з цього приводу нерідко закінчуються призначенням повторної експертизи, породжують скарги потерпілих у правоохоронні органи, прокуратуру, органи охорони здоров’я, особливо у тих випадках, коли пацієнт

перебуває у стаціонарі обґрунтовано чи необґрунтовано більше трьох тижнів.

Таку ситуацію треба правильно роз'яснювати як слідчим, прокурору чи суду, так і потерпілим. Підставою для госпіталізації й перебування у лікарні пацієнта є *припущення* про наявність у нього стусу головного мозку і необхідність у цьому зв'язку клінічного (стаціонарного) спостереження, адже за наявності справжнього стусу мозку його об'єктивні прояви можуть бути виявлені не одразу після травми чи направлення до лікарні, а в подальший період, який може сягати 2-3 тижнів. При такому клінічному підході госпіталізація, ліжковий режим і тривале лікарське спостереження пацієнта є обґрунтованими. Ця міра диктується клінічними міркуваннями й спрямована на профілактику можливих несприятливих наслідків травми голови, передбачуваної у пацієнта.

Судово-медичний же погляд на оцінку тяжкості тілесних ушкоджень при струсі головного мозку відрізняється від клінічного тим, що вимагає *обов'язкової* наявності об'єктивних ознак, які були б обґрунтуванням діагнозу травми. Ось чому між клінічним і експертним підходом у таких випадках суперечностей фактично немає. Просто у лікарів-клініцистів та експертів різні завдання. Судово-медичний експерт не має підстав брати за основу "струс головного мозку", якщо цей діагноз виставлений лише за скаргами й розповідями під-експертної особи про її відчуття. Це не означає, що стусу мозку не було. Він міг і бути, але експерт не може об'єктивно довести його, а отже, обґрунтувати свій висновок. Лікар-клініцист для лікувально-профілактичних цілей може керуватися і здогадним діагнозом, що й необхідно відображати в історії хвороби.

У медичних документах важливе значення для правоохоронних органів і суду мають записи щодо *алкогольного сп'яніння* травмованих при їх вступі в стаціонар чи наданні їм першої медичної допомоги на місці пригоди.

Коли особи, які отримали травму у стані алкогольного сп'яніння, вступають в стаціонар для надання необхідної медичної допомоги, у багатьох випадках єдиною підставою для судження про те, чи перебував потерпілий у стані алкогольного (чи наркотичного) сп'яніння, є лікарські записи в історії хвороби. Неприпустимо, щоб лікар-лікувальник вирішував питання про алкогольне сп'яніння лише на підставі запаху алкоголю з рота пацієнта або попередніх проб на етиловий алкоголь у видихуваному повітрі (проба Рапопорта, трубка Мохова-

Шинкаренка). Ці проби широко розповсюджені, але вони не є специфічними.

Висновок про наявність і ступінь алкогольного сп'яніння, згідно з наказом №114/38/15-36-18 МОЗ, МВС і Мініюсту України від 24 лютого 1995 року, виносять на підставі клінічного обстеження (схема якого наводиться в додатку до вказаного наказу), результатів якісних проб і кількісного визначення алкоголю в крові і сечі, яке в теперішній час здійснюється методом газорідинної хроматографії. Отже, у всіх випадках травм при вступі пацієнта у стаціонар необхідно брати його кров і сечу і направляти їх на дослідження з метою визначення у них концентрації етанолу. Результати цих досліджень повинні бути підклеєні в історію хвороби.

Особливого значення історії хвороби та записи в них набувають при розслідуванні справ *про професійні правопорушення медичних працівників*, при розгляді у різних інстанціях скарг хворих чи їх родичів на несвоєчасне або неналежне лікування, коли виникають підстави думати про неправильні дії, а також халатність лікаря. Це найчастіше буває у випадках різкого погіршення стану здоров'я хворого або його смерті.

Аналіз матеріалів, клініко-анатомічні конференції, відомчі перевірки при розслідуванні показують, що у більшості подібних випадків звинувачення лікарів виявляються необґрунтованими, оскільки розлад здоров'я хворих чи їх смерть обумовлені тяжкістю захворювання чи травми. Але іноді з'ясується, що звинувачення лікарів у несприятливому наслідку лікування є тією чи іншою мірою справедливими.

У будь-якому варіанті вирішальне значення для з'ясування правомірності дій медичних працівників належить, поряд з результатами патологоанатомічних чи судово-медичних досліджень, історії хвороби та амбулаторній карті. За записами в них судять про правильність діагностики і лікування, про необхідність, терміни, методику й техніку оперативних втручань та про інші лікарські дії. Особливо ретельному аналізу піддається історія хвороби, зокрема ті її частини, в яких відображені первісний стан хворого (чи травмованого), обґрунтування діагнозу, дані про хірургічні втручання, виконання певних досліджень чи маніпуляцій, догляд за хворою особою тощо.

Недбале заповнення історії хвороби, стандартні загальні фрази у щоденниках, за якими важко зробити конкретні висновки про перебіг хвороби чи травматичного процесу, підчистки та виправлення, відсутність запису про згоду хворого чи його представників на оперативне втручання або на складну діагностичну процедуру, про ре-

зультати огляду запрошеними консультантами тощо вже самі можуть скласти уявлення про несумлінне ставлення лікаря до своїх обов'язків, про недостатнє почуття моральної відповідальності у виконанні посадових дій. Українці непереконливо звучать у таких випадках посилення на службу зайнятість, у зв'язку з чим мало часу залишається на роботу з медичною документацією, нерозбірливий почерк тощо, які доводиться чути від допитуваного слідчим чи судом лікаря.

Результати вивчення 1513 первинних медичних документів різних лікувально-профілактичних закладів України, що містились в кримінальних справах і матеріалах прокурорських перевірок у випадках неналежного надання медичної допомоги, проведеного Ю. Д. Сергєєвим (1988), показали, що ще не всі лікарі та керівники закладів охорони здоров'я достатньою мірою розуміють важливість цього виду лікарської діяльності, належного контролю за якістю ведення медичної документації, яка має важливе юридичне значення.

У 36,4 % вивчених документів були виявлені грубі або суттєві порушення правил їх ведення, як-от: недбалість, неповнота, неприпустима лаконічність щоденників, непослідовність викладення, відсутність даних динамічного спостереження, формулювання діагнозів без врахування сучасної класифікації хвороб, відсутність епікризів, результатів багатьох аналізів, листків призначень тощо. Усе це виключало (у 28,7 % випадків) або значно утруднювало (у 71,3 %) можливість прослідкувати тактику лікуючого лікаря та його думку про захворювання з урахуванням динаміки клінічного обстеження і спостереження, інших даних.

Яку користь для пацієнта чи допомогу лікуючому лікарю дає, наприклад, такий запис в історії хвороби терапевта при травмі в побуті (дослівно): “17. 02. 2006 р. — терапевт: АТ 100/70 мм рт. ст., пульс — 70 ударів за 1 хвилину, ритмічний. Закл.: “Сольовий діатез” (історія хвороби № 1292/130 Терн. обл. лікарні). На підставі чого поставлено діагноз? Головне, що консультація проведена, а що її такі результати нікому не потрібні, це нікого не хвилює. А повинно хвилювати насамперед начмеда лікарні, який відповідає за якість діагностично-лікувальної роботи в закладі. Таких прикладів можна навести десятки.

У 2,6 % випадків виявлені факти прямої фальсифікації медичної документації, записи неправдивих даних про неначе належне надання лікувальної допомоги. “Лікарю належить завжди пам'ятати, що недбало та неправильно оформлена історія хвороби — перший його обвинувач і завжди ускладнює справу”, — писав видатний судовий

медик професор М. І. Райський (1953). І далі він зазначав: “Частогусто лікарі починають доповнювати історію хвороби, вписувати відповідні дані, як кажуть, “заднім числом”, що недопустимо, адже “потім” можна писати все, що заманеться. У випадку необгрунтованого звинувачення медичного персоналу в неналежному наданні допомоги хворому історія хвороби, за умови її сумлінного ведення, якраз і є тим документом, який цілком може виправдати дії лікаря.

Вважаємо за необхідне звернути особливу увагу на *почерк*, яким ведуться записи в медичних документах. Під час проведення судово-медичної експертизи за медичними документами часто прочитати те чи інше слово, іноді ціле речення неможливо. Медичні записи треба робити так, щоб їх вільно могла прочитати інша, крім автора, особа. Посилання багатьох лікарів на те, що “у мене такий почерк”, нічого не означає. Почерк може бути різним, він, як правило, індивідуальний, але кожна написана літера в ньому повинна читатися однозначно. Наприклад, при проведенні експертизи за історією хвороби № 1593 Почаївської райлікарні № 2 на ім'я С. записи одного з консультантів прочитати взагалі не вдалося, у тому числі колективно. Заява лікаря про те, що він квапився, а тому написав нерозбірливо, аж ніяк не виправдовує його “карлючок”. Лікар може спішити надавати невідкладну медичну допомогу пацієнту, виконувати заходи, спрямовані на збереження життя людини. Але, виконавши свою роботу і сівши занотувати зроблене в історію хвороби, не повинен здійснювати це поспіхом, скорочено, як-небудь.

Інститут медицини при Національній академії наук США на початку 2007 року опублікував такі результати своїх досліджень: через недбайливий, нерозбірливий почерк лікарів щороку помирає 7 тисяч американців, а серйозні проблеми зі здоров'ям виникають більш, ніж у півтора мільйона пацієнтів. У нас подібної статистики немає, але на це треба звернути увагу керівникам медичних закладів.

У медицині не можна, мабуть, практично обійтися без деяких записів скорочено або за допомогою літерної абрєвіатури. Іноді такі написання бажано робити з етичних міркувань, маючи на увазі лікарську таємницю. Всім лікарям зрозуміло, що означає, наприклад, АТ, ІХС, ЕКГ, ДН — I ст., СН — II ст., ГРВІ тощо. Але не можна зловживати абрєвіатурами, адже навіть не всі фахівці знають, що таке АВМ, ОАА, ПДМ, КДЗ, ДОА, ЗВУР, СНВГ, ПТФС, СЗРП, ЕВС, РДС тощо. А тому треба хоч один раз в історії хвороби написати, що означають ці “закодовані” позначення.

Окремі лікуючі лікарі та консультанти в історіях хвороби пишуть шаблонно, неграмотно, не звертаючи увагу на те, що пишуть. Наприклад, хворий перебуває в комі чи непритомному стані, а лікар зазначає “скарг немає”. Приходить консультант і пише те саме. Або ще таке. Дитині 11 місяців. Невропатолог пише: “при огляді дитина непритомна. Інструкцій не виконує”. Як це непритомна дитина у віці 11 місяців може виконувати чи не виконувати інструкції лікаря? На жаль, такі приклади не поодинокі.

Не можна не звернути увагу на ще один недолік у веденні історій хвороби чи амбулаторних карт — на їх вигляд та оформлення. У більшості випадків при складанні тексту ліворуч від нього не залишають поле 1,5-2 см, де звичайно зазначають дату та години запису тих чи інших даних, “щоденників”. Цю дату та години часто заклеюють чи зашивають наступними аркушами паперу. І під час проведення експертизи при вирішенні питання про своєчасність чи несвоєчасність надання допомоги або виконання певних операцій, маніпуляцій чи процедур визначити цього не можна. Що нерідко не на користь лікуючого лікаря. А як підклеюються в історіях хвороби численні результати лабораторних досліджень крові, сечі, калу, харкотиння? Як правило, один аркуш наклеюють на інший в хаотичному порядку, як-небудь, аби приклеїти. Для чого у кожному медичному закладі існує посада старшої медичної сестри? Одне з її завдань навчити середній медперсонал акуратно все робити, робити зі знанням справи, робити відповідально. А начмед повинен періодично контролювати і цю справу. Те саме стосується температурних листків, листків медичних призначень, інших допоміжних документів. Коли хвора людина перебуває у стаціонарі тривалий час (іноді 2-3 міс. й більше), історія хвороби розростається до сотні сторінок і якщо її ведуть абияк, то почасти набуває непринадного вигляду. Цього не повинно бути.

У справах про *зараження венеричною хворобою* (ст. 133 КК України) судово-медична експертиза нерідко призначається після того, як підозрюваний (-а) і потерпіла (-ий) той чи інший час лікувалися з приводу цієї хвороби. У зв'язку із зазначеним до часу проведення експертизи видимих проявів хвороби може і не бути. Тому зрозуміло, наскільки важливе значення для вирішення поставлених перед експертизою питань про наявність і давність (стадії розвитку) хвороби, про можливість зараження в певний період іншої особи мають дані історій хвороби чи інших медичних документів.

Історія хвороби є джерелом важливих доказів при розслідуванні

кримінальних справ про симуляцію, агравацію, штучні чи удавані хвороби, а також у випадках покалічення членів з метою ухилення від виконання обов'язків, передбачених законом, насамперед — від військової служби. Підозрюваних у покаліченні членів чи симуляції доправляють у лікувальний заклад, на них оформляють історії хвороби, в яких фіксують об'єктивні дані, що відносяться до ушкоджень чи хвороби. Вони і становлять найціннішу інформацію, на підставі якої будуються експертні висновки для досудового слідства.

Дані історії хвороби, як і іншої медичної документації, можуть мати певне значення й для *ідентифікації особи* в деяких кримінальних справах, передовсім при виявленні трупів (чи їх частин) невідомих осіб. При порівняльному дослідженні, проведеному з метою встановлення тотожності покійного і зниклої без вісті певної особи, інформативним джерелом доказів нерідко виявляється історія хвороби, амбулаторна карта, складені на конкретну особу. В них можуть міститися записи про локалізацію й розміри рубців на місці колишніх травм чи хірургічних втручань, про родимі плями, бородавки, татуювання та інші особливі прикмети, рентгенограми черепа чи інших ділянок тіла, які мають суттєве ідентифікаційне значення. Те саме стосується й даних про стоматологічний статус і лікувальних втручань на зубах (їх екстракції, пломбування, протезування).

Отже, наведене вище переконливо свідчить про велике діагностично-лікувальне, науково-практичне, виховне та, особливо, юридичне значення медичних документів, зокрема — історії хвороби. Зроблена спроба якнайширше розкрити питання про те, чому і в яких випадках без медичної документації не може проводитися повноцінне досудове слідство у певних кримінальних справах, а самі справи не можуть розглядатися судом. Ось чому до якості медичної документації завжди повинні ставитись високі вимоги, а зазначені численні недоліки в порядку ведення та оформлення медичних документів є недопустимими. Фальсифікація даних цих документів (виправлення, скорочення, підчистки, дописування, підміна тощо) може потягнути за собою кримінальну відповідальність за службове чи неслужбове підроблення. Роботу щодо покращення якості медичної документації необхідно вважати невід'ємною частиною заходів, які проводять органи охорони здоров'я для підвищення рівня усіх видів діяльності медичних закладів.

Поступальний розвиток науки і техніки активно впливає на стан здоров'я населення, на прогрес медицини, на моральні та правові відносини між лікарем, пацієнтом і суспільством. Право на здоров'я людини, яке закріплене в Конституції України, необхідно розуміти так, що ніхто не може бути позбавлений свого здоров'я будь-якою дією зі сторони інших людей, включаючи і медичних чи фармацевтичних працівників. З метою захисту прав людини на здоров'я в країні прийнято ряд важливих документів: “Основи законодавства України про охорону здоров'я” (1992), “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” (1994), “Концепція розвитку охорони здоров'я населення України” (2000), “Про психіатричну допомогу” (2000), “Про захист населення від інфекційних хвороб” (2000) тощо.

Медична етика і лікарська деонтологія набувають зростаючого значення і часто не обмежуються вирішенням завдань клінічної медицини. Добросовісне виконання лікарського обов'язку пов'язане зі всією діяльністю і станом охорони здоров'я. В медицині людяність, повага до людей, поблажливе ставлення до них, людська гідність виходять за рамки клінічної діяльності медичного працівника, наповнюються безпосередньо соціальним змістом. Звідси і випливають високі вимоги до соціальної зрілості лікаря, до його професійної відповідальності перед державою і народом. Виконання лікарем свого обов'язку є показником його моральної зрілості.

Медичний працівник, що постійно має справу зі стражданнями людей, може поступово звикнути до споглядання чужого горя. З цим треба боротися: людина може звикнути, пристосуватись до власного болю чи неприємностей, але медичному працівнику не дано звикати до страждань інших. Гуманне ставлення до хворої людини, яке проявляється у всьому, аж до дрібниць, — закон для лікаря. Він повинен про це завжди пам'ятати і в цьому розумінні тримати під контролем всю свою поведінку. Тоді він дійсно виконає свій обов'язок належним чином, буде сприяти продовженню життя людей, підвищенню їх працездатності і здійснить гуманні завдання, пов'язані із благородною професією лікаря.

Певні незаперечні успіхи світової та вітчизняної медицини вселяють надію на майбутнє, на успішне лікування багатьох тяжких хвороб,

на порятунок у певних випадках від смерті. Разом з тим, у населення складається хибне уявлення про всемогутність медицини, що далеко не відповідає дійсності. Про це треба говорити з хворими, їх родичами, близькими, взагалі — з населенням в рамках санітарної освіти. Така просвітницька робота сприятиме кращим взаєминам між лікарем і хворим, його родичами, зменшенню кількості необгрунтованих скарг на недоліки в наданні медичної допомоги тощо.

У діяльності органів охорони здоров'я досі не усунуті суттєві недоліки, які викликають справедливі нарікання громадян. Серед медичних працівників трапляються факти байдужості, безвідповідальності, користолюбства, порушення професійних і посадових обов'язків. Ще не ліквідовані хабарництво і здирство, зловживання службовим становищем, недбалство, неналежне надання медичної допомоги та інші негативні явища.

Побори, що особливо поширилися в медицині останніми роками, не можна виправдати низьким рівнем заробітної плати працівників охорони здоров'я. Вони не сумісні з високим, благородним покликанням медичного працівника будь-якого рівня, оскільки медична діяльність обрана ним добровільно й усвідомлено.

Одним із методів боротьби з негативними явищами в системі охорони здоров'я, попередження їх подальшого поширення є прийнятий Верховною Радою ряд статей КК України, який передбачає карну відповідальність медичних та фармацевтичних працівників за злочини у сфері медичної діяльності, а також за деякі службові злочини. Цьому в даній праці приділена значна увага. Зміст викладеного покликаний підвищити рівень правових знань медичних працівників, допомогти їм глибше усвідомити свій статус у суспільстві, нагадати про їх професійні обов'язки, права та відповідальність, у тому числі кримінальну, за певні діяння.

Можливо хтось не знає, то повідомимо, що в клініці Київського інституту серцево-судинної хірургії, якою тривалий час керував видатний кардіохірург академік М. М. Амосов, висіло оголошення: “Прошу подарунків персоналу не робити, крім квітів. Амосов”. І всі знали, що там не брали... Сам же Микола Михайлович був совістю цілого медичного покоління, він неодноразово привселюдно говорив: “З пацієнтів я не взяв ні копійки”. Чи не справжній це приклад для наслідування у кожному лікувальному закладі?!

Уважний читач, мабуть, звернув увагу на те, що чинне кримінальне законодавство спрямоване переважно на захист прав і свобод

пацієнтів та хворих, на покарання медичних і фармацевтичних працівників за їх професійні, іноді — службові злочини. Але в КК України немає жодної статті, яка захищала б медичних чи фармацевтичних працівників від необґрунтованих, безпідставних, іноді малограмотних звинувачень їх у професійній некомпетентності, бездіяльності, нерозторопності тощо з боку окремих хворих, родичів померлих, нерідко упереджено оприлюднених засобами масової інформації. Такого в КК і не може бути, оскільки зазначені звинувачення не містять складу злочину, являють собою вчинки чи проступки, що лежать у площині етики і моралі. Ці дії стосуються цивільних відносин і можуть бути вирішені через суд, особливо щодо компенсації моральної шкоди. Кращим захистом лікаря від несправедливих звинувачень повинні бути його висока професійна компетентність, чітке і добросовісне виконання свого обов'язку, чесність, порядність, скромність, безкорисливість, вміння делікатно спілкуватися з хворим і його родичами, його високі моральні якості.

Приклади, наведені для ілюстрації певних розділів праці, не надумані, а взяті з життя. Така наша дійсність, і відмежовуватись від неї не можна. Головна мета цих прикладів — переконати медичних працівників у неприпустимості явних прорахунків у роботі, запобігати їм. Знаючи чужі помилки, можна уникнути власних.

Кожний лікар повинен знати зміст ст. 34 “Оснoв”, що визначає обов'язки та права лікуючого лікаря, згідно з якими “лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого у разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму”.

Ми досить детально розкрили і показали важливе різноманітне, особливо юридичне, значення первинної медичної документації для охорони здоров'я, судово-медичних експертів, органів досудового слідства і суду, що повинно спонукати кожного лікаря до належного ведення історій хвороби, амбулаторних карт, операційних журналів тощо.

Морально-етичні, деонтологічні та правові проблеми в медицині настільки широкі, глибокі та різноманітні, що охопити їх відразу і всі практично неможливо. Але й те, що вдалось висвітлити, повинно принести певну користь кожному медичному працівнику, збагатити його знання, наблизити до рівня бездоганного фахівця у справі зцілення хворої людини та збереження її життя.

Література

- Авдеев М. И.* Курс судебной медицины. — М.: Госюриздат, 1959. — 711 с.
- Амосов Н. М.* Где мы стоим и как выйти на свет? // Мед. газета. — № 36 от 6. 09. 1991 г. — С. 8—9.
- Бедрин Л. М., Загрядская А. П., Ширинский П. П.* Вопросы права и деонтологии в подготовке и воспитании врача. — Ярославль, 1986. — 76 с.
- Бейлін П. Ю.* Поговори зі мною, лікарю: Повісті, есе. — К.: Дніпро, 1982. — 564 с.
- Бердичевский Ф. Ю.* Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. — М., 1970. — 128 с.
- Бошняков Д.* Взаимоотношения врача и пациента в условиях роста уровня общей и гигиенической культуры населения // Медицинская этика и деонтология. — М.: Медицина, 1983. — С. 100 — 113.
- Вайль С. С.* Некоторые вопросы врачебной деонтологии. — Л.: Медицина, 1969. — 44 с.
- Вересаев В. В.* Записки врача: Повести и рассказы. — Кишинев: Лит. артистикэ, 1982. — С. 303 — 462.
- Вермель И. Г.* Вопросы логики в судебно-медицинских заключениях. — М.: Медицина, 1974. — 64 с.
- Вермель И. Г.* Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности. — Свердловск: Изд-во Урал. ун-та, 1988. — 112 с.
- Врачебные ошибки* // Большая медицинская энциклопедия. — М.: Сов. энциклопедия, 1976. — Изд. 3. — Т. 4. — С. 442 — 444.
- Галух О.* Почти половина граждан Украины дают взятки // Факты и комментарии, № 10 от 18. 01. 2003 г. — С. 4.
- Глушков В. А.* Ответственность за преступления в области здравоохранения. — К.: Вища школа, 1987. — 200 с.
- Грандо А. А.* Врачебная этика и медицинская деонтология. — К.: Вища школа, 1982. — 168 с.
- Громов А. П.* Права, обязанности и ответственность медицинских работников. — М.: Медицина, 1976. — 168 с.
- Давыдовский И. В.* Врачебные ошибки // Сов. медицина, 1941. — № 3. — С. 3 — 10.

- Дегель П. С.* Совершенствование общего понятия преступной неосторожности // Совершенствование мер борьбы с преступностью в условиях науч.-техн. революции. — М., 1980. — С. 163 — 165.
- Долецкий С. Я.* Мысли в пути. — Минск: Беларусь, 1985. — 637 с.
- Завальнюк А. Х.* Правовые основы хирургического вмешательства // Клін. хірургія. — 1994. — № 5. — С. 66 — 68.
- Завальнюк А. Х.* Професійні обов'язки, права та відповідальність лікарів//Лікар. справа. — 1996. — № 7-9. — С. 191 — 194.
- Завальнюк А. Х.* Морально-етичні та правові аспекти лікарської діяльності в Україні: Лекція для студентів. — Тернопіль: Б. в. 1997. — 43 с.
- Завальнюк А. Х.* Особливості медико-правового виховання студентів // Актуал. питання оптимізації навч.-виховн. процесу у мед. вузі. — Тернопіль, 1998. — Ч. 2. — С. 14 — 15.
- Завальнюк А. Х.* Судова медицина: Курс лекцій. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. — 648с.
- Завальнюк А. Х.* Судова медицина: Курс лекцій. — 2-ге видання, перероб. і допов. — Тернопіль: ТДМУ “Укрмедкнига”, 2006. — 672 с.
- Загородников Н. И.* Преступления против здоровья. — М.: Юрид. лит-ра, 1969. — 164 с.
- Зібрання постанов уряду УРСР.* — К., 1986. — № 7. — Ст. 37 — С. 19 — 22.
- Інструкція про порядок надання Комітетом з питань народної та нетрадиційної медицини при МОЗ України спеціального дозволу для провадження медичної діяльності в галузі народної та нетрадиційної медицини. Порядок проведення атестації та експертизи цілительських здібностей осіб, які виявили бажання займатись медичною діяльністю в галузі народної та нетрадиційної медицини: Наказ МОЗ України № 195 від 10. 08. 2000 р. — К.: МОЗ України. — 16 с.*
- Конституція України.* — Харків, 1998. — 48 с.
- Концевич И. А.* Долг и ответственность врача: Судебно-медицинские аспекты. — К.: Вища школа, 1983. — 112 с.
- Концевич И. А.* Судебно-медицинские аспекты врачебной практики. — К.: Здоров'я, 1974. — 128 с.
- Краковский Н. И., Грицман Ю. Я.* Хирургические ошибки. — М.: Медицина, 1967. — 192 с.
- Кримінальний кодекс України: Офіційний текст.* — К.: Юрінком Інтер, 2001. — 240 с.

- Крылов И. Ф.* Врач и закон: Правовые вопросы врачебной деятельности. — Л.: Знание, 1972. — 48 с.
- Кузьмина Е. И.* Анализ врачебных дел по материалам бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ УССР за 1976-1980 гг. // Тезисы докладов VI респ. науч. конф. суд.-мед. экспертов УССР. — Черновцы, 1981. — С. 16 — 18.
- Лихтенштейн Е. И.* Пособие по медицинской деонтологии. — К.: Вища школа, 1974. — 140 с.
- Лурия А. Р.* Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. — М.: Медицина, 1977. — 112 с.
- Медицинская этика и деонтология* / Под ред. Г. В. Морозова и Г. И. Царегородцева. — М.: Медицина, 1983. — 272 с.
- Медичне право України: Збірник нормативно-правових актів.* — К.: Ін Юре, 2001. — 412 с.
- Науково-практичний коментар до Кримінального кодексу України* / За заг. ред. М. О. Потєбенька, В. Г. Гончаренка. — К.: Форум, 2001, у 2-х частинах.
- Огарков И. Ф.* Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. — Л.: Медицина, 1966. — 196 с.
- Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р.* // Мед. право України. — К.: Ін Юре, 2001. — С. 12-44.
- Плаксин В. О., Гуртовой Б. Л., Обоймаков В. Б.* Некоторые вопросы организации судебно-медицинской экспертизы по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников // Судеб.-мед. экспертиза, 1994. — № 1. — С. 3 — 6.
- Положення про організацію роботи цілителя, який здійснює медичну діяльність в галузі народної та нетрадиційної медицини: Наказ МОЗ України № 36 від 11. 02. 1998 р.* — К.: МОЗ України. — 7 с.
- Про судову експертизу: Закон України* // Голос України, 1994. — № 73 /824/. — С. 5.
- Райский М. И.* Судебная медицина. — М.: Медгиз, 1953. — 462 с.
- Савицкая А. Н.* Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. — Львов: Вища школа, 1982. — 196 с.
- Сергеев Ю. Д.* Профессия врача: Юридические основы. — К.: Вища школа, 1988. — 208 с.
- Скрипкару Г., Чорня Т.* Врачебная тайна и врачебная ошибка//Мед. этика и деонтология. — М.: Медицина, 1983. — С. 91 — 99.

- Смоляков А. И., Федоренко Е. Г.* Врачебная этика. — К.: Здоров'я, 1982. — 96 с.
- Советский энциклопедический словарь.* — М.: Сов энциклопедия, 1979. — 1600 с.
- Спаский М., Сокольський С.* Охорона здоров'я в УСРР: Основні закони та урядничі розпорядження. — Харків — Київ, 1932. — 260 с.
- Судебно-фармацевтический комментарий к статье 138 УК Украины:* Незаконная лечебная деятельность/Шаповалов В., Шаповалова В., Халин Н. и др. // Ліки України. — 2002. — № 6. — С. 53 — 55.
- Судебно-фармацевтический комментарий к статье 131 УК Украины:* Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей, повлекшее заражение лица вирусом иммунодефицита человека либо иной неизлечимой инфекционной болезнью/ Шаповалов В., Шаповалова В., Халин Н. и др. //Ліки України. — 2002. — № 9. — С. 47 — 48.
- Фомин Б. Е.* Правовое регулирование медицинской деятельности// Сов. здравоохр., 1990. — № 10. — С. 11 — 13.
- Чеботарева Э. П.* Врачебная этика. — М.: Медицина, 1970. — 100 с.
- Шупик Ю. П., Глушков В. А.* О врачебной тайне // Клин. хир. — 1986. — № 11. — С. 40 — 43.
- Юридический энциклопедический словарь*/Под ред. А. Я. Сухарева. — М.: Сов. энциклопедия, 1984. — 415 с.
- Lynn D. I.* Professional responsibility // J. gen. internal Med. — 1989. — Vol. 4. — № 2. — P. 172 — 174.
- Span W.* Aktuelle Probleme aus dem Arztrecht // Therapiewoche. — 1970. — № 52. — S. 3417 — 3419.

Зміст

<i>Передмова</i>	4
<i>Глава 1</i> Особливості лікарської професії та медичної діяльності	6
<i>Глава 2</i> Правова регламентація професійної діяльності лікарів	16
<i>Глава 3</i> Обов'язки та права лікарів за сучасним законодавством	21
<i>Глава 4</i> Лікарська таємниця та відповідальність за її незаконне розголошення	28
<i>Глава 5</i> Нормативно-правові засади хірургічного втручання	36
<i>Глава 6</i> Деякі аспекти лікарської етики і медичної деонтології	43
<i>Глава 7</i> Несприятливі наслідки лікарювання та відповідальність за них	52
7.1. Лікарські помилки	53
7.2. Нещасні випадки у медичній практиці	66
7.3. Професійні правопорушення або злочини медичних працівників	68
<i>Глава 8</i> Службові злочини медичних працівників	135
<i>Глава 9</i> Організація та особливості судово-медичної експертизи по “лікарських справах”	159

<i>Глава 10</i>	
Науково-практичне, виховне та юридичне значення медичної документації	166
<i>Післямова</i>	184
<i>Література</i>	187

Наукове видання

ЗАВАЛЬНЮК Анатолій Харитонович
КРИВДА Григорій Федорович
ЮХИМЕЦЬ Ігор Олексійович

**ЕТИЧНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ
ЛІКАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ**

Монографія

Зав. редакцією *Т. М. Забанова*
Голов. редактор *Ж. Б. Мельниченко*
Дизайнер обкладинки *В. І. Костецький*
Технічний редактор *М. М. Бушин*
Коректор *Ф. М. Подгасць*

Здано у виробництво 26.02.2008. Підписано до друку 04.04.2008.
Формат 60x84/16. Папір офсетний. Гарнітура «Newton». Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 11,16. Тираж 1000 прим. Вид. № 057. Зам. № 83.

Видавництво і друкарня «Астропринт»
65091, м. Одеса, вул. Разумовська, 21.
Тел.: (0482) 37-07-95, 37-24-26, 33-07-17, 37-14-25.
www.astroprint.odessa.ua; www.fotoalbom-odessa.com
Свідоцтво ДК № 1373 від 28.05.2003 р.