

УДК 343.618

Д. І. Крупко, канд. юрид. наук, доцент

Одеський національний університет ім. І. І. Мечникова,
Французький бульвар, 24/26, Одеса, 65058, Україна

ВСТАНОВЛЕННЯ ОBOB'ЯЗКУ НАДАТИ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ В КОНТЕКСТІ ст. 139 КК

Предметом розгляду статті є обов'язок надати медичну допомогу — поняття, яке вживається в ст. 139 КК. З цією метою досліджуються ознаки складу злочину, передбаченого цією статтею КК, та нормативно-правові акти, які дозволяють встановити, чи був медичний працівник зобов'язаний надати медичну допомогу в конкретних обставинах і яку саме.

Ключові слова: медичне право, медична етика, обов'язок надати допомогу.

Постановка проблеми та її актуальність: Інфраструктура держави перебуває у не найкращому стані. Якщо для підприємницьких активних кіл найбільш відчутними є перешкоди, які вони відчують з боку органів, які видають різноманітні дозволи та здійснюють перевірки підприємств, то споживачі відчують передусім вади послугової діяльності публічно-правових установ: зокрема, незадовільна якість комунальних послуг, громадського транспорту, вади державної системи охорони здоров'я та інших структур. Причому недоліки будь-якої галузі найбільш гостро відчуває хвора людина. Можна дискутувати з приводу того, яка саме галузь заслуговує на пріоритетне фінансування за умови нестачі бюджетних коштів, але не викликає сумнівів, що медична галузь гостро потребує системного впорядкування. Проте наше суспільство демонструє, можливо, як прояв відчаю, інший феномен: спроби стимулювати систему охорони здоров'я шляхом тиску на його найнижчу ланку — на лікарів, які безпосередньо надають допомогу населенню, постійні намагання притягти їх до відповідальності у разі несприятливих результатів лікування.

З кримінально-правової точки зору актуальні проблеми притаманні складу ст. 139 КК України (ненадання допомоги хворому медичним працівником), причому як з точки зору кваліфікації злочину, так і з кримінологічної точки зору. Причини таких дій є найбільш варіативними, і важко визначити, якою мірою ці дії є наслідком недостатнього фінансування системи охорони здоров'я та управління нею, а якою — залежать від особи медичного працівника та інших обставин.

Зв'язок з важливими науковими і практичними завданнями: статтю підготовано в межах теми «наукове забезпечення розслідування, кваліфікації та попередження злочинів».

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми: проблема відповідальності медичних працівників була предметом послідовних досліджень, починаючи з 60-х років ХХ ст. Проте реформи цивільного права у пострадянських державах, впровадження страхової медицини, запозичення професійного медичного досвіду розвинених країн породили багато публікацій, що висвітлюють нові, раніше невідомі проблеми. Так, кримінальній відповідальності медичних працівників було присвячено монографію Г. О. Пашияна та І. В. Івашина (2006 р.) [1], дисертаційне дослідження В. В. Татаркіна (2007 р.) [2], а також роботи О. Г. Блінова, В. О. Глушкова, Г. Р. Рустемової, Я. В. Старостиної, С. С. Тихонової, О. М. Язухіна [2, 5] та інших вчених.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми: існуючі публікації, будучи, як правило, детальними у традиційних питаннях кримінального права, які стосуються вивчення загальних ознак суб'єкта, суб'єктивної сторони, об'єкта та об'єктивної сторони злочину, залишають поза увагою питання про обов'язок надати медичну допомогу. Проте, не констатувавши, що медичний працівник *був зобов'язаний* надати допомогу, та який саме *нормативний акт покладає на нього такий обов'язок* в конкретному випадку, неможливо вести мову про відповідальність за порушення такого обов'язку. Тим більше не можна вести мову про «неправильність» або «несвоечасність» надання допомоги, або невідповідність існуючим в медицині звичаям [пор. 3, 109], коли не вказується конкретно, який акт визначає «правильну» допомогу і час її надання, і чи санкціонований «звичай» законом чи доктриною.

Цілі статті (постановка завдання): встановити зміст поняття обов'язку надати медичну допомогу в контексті статті 139 КК.

Ознаки складу злочину, передбаченого зазначеною статтею, які мають бути встановлені і доведені, включають:

1. з об'єктивної сторони: потребу у наданні медичної допомоги;
2. можливість настання тяжких наслідків;
3. обов'язок надати таку допомогу, встановлений «установленими правилами»;
4. ненадання такої допомоги (бездіяльність);
5. відсутність поважних причин;
6. з суб'єктивної сторони: прямий умисел та
7. ознака, яка передбачає, що лікарю було завідомо відомо про можливість настання тяжких наслідків.

Навіть оглядовий аналіз цих ознак показує, що зміст третьої ознаки (обов'язку надати медичну допомогу) неможливо розкрити, не розкривши змісту першої, другої та п'ятої ознак. Розглянемо ці ознаки детальніше.

Перша ознака: *потреба у наданні медичної допомоги.* Виходячи з тексту статті, потерпілим є хвора особа. Отже, потреба у наданні медичної допомоги обумовлена станом хворого, і особливо гостротою патологічного процесу, який розвивається у нього. Звичайно, лікар, який приймає пацієнта, що звернувся по допомогу, часто є єдиною особою, яка здатна констатувати такий стан пацієнта, який потребує допомоги. Так, гіпертонічний криз є короткочасним станом і може мати місце і в особи, яка не хворіє на гіпертонічну хворобу; більш того, криз може виникнути в особи, яка має постійно низький артеріальний тиск, і постфактум може бути важко встановити, що хворий-гіпотонік дійсно мав гіпертонічний криз. Отже, потреба у наданні медичної допомоги встановлюється лікарем лише виходячи з клініки захворювання, яка проявилася на конкретний момент. Інший лікар, в тому числі судово-медичний експерт, повинен розуміти: дуже ймовірно, що він міг би дійти таких самих висновків, що й його попередник, який оглядав цього ж пацієнта раніше, коли прояви захворювання були іншими [подібної думки М. П. Шабалов, 4, 118]. Іншою пов'язаною проблемою є формулювання «медична допомога». Існує думка про те, що медична допомога є лише частиною більш широкого кола дій, які є медичними послугами. Ця думка згадується в п. 2 обґрунтовальної частини рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 у справі про безоплатну медичну допомогу (справа № 1–13/2002). Конституційний Суд не став на цю позицію, хоча і не вказав визначення медичної допомоги, яке могло б вважатися нормативним. Проте Конституційний Суд дав посилання на визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, яке цілком можливо вважати офіційним для країни — члена ВООЗ. В будь-якому випадку відповідно до зазначеного рішення поняття «медична допомога» охоплює як невідкладну, первинну, так і спеціалізовану і високоспеціалізовану [5].

Друга ознака: *можливість настання тяжких наслідків* також зумовлена перебігом патологічного процесу, і в даному випадку вказує саме на патологічний процес,

а не на патологічний стан, і чітко визначає тенденцію до погіршення стану пацієнта у разі ненадання допомоги. Визначення тяжких наслідків, на жаль, не дається в переважній більшості коментарів до ст. 139 КК. Оскільки правовий вакуум у такому важливому питанні, що слід вважати тяжкими наслідками для хворого, є неприпустимим, то було б доцільним використати наявні правові позиції щодо поняття «тяжкі тілесні ушкодження», закріплені в наказі МОЗ № 6 від 17.01.1995 р. [6]: небезпека для життя (відповідно до даного наказу таку небезпеку становлять «явища..., котрі без надання медичної допомоги, за звичайним своїм перебігом, закінчуються чи можуть закінчитися смертю»); втрата будь-якого органа або втрата органом його функцій; душевна хвороба; розлад здоров'я, поєднаний зі стійкою втратою працездатності не менш ніж на одну третину; переривання вагітності; невинуватне знівечення обличчя.

Звернемо увагу також на те, що відповідальність передбачена за ненадання допомоги у разі, коли патологічний процес *може мати* тяжкі наслідки. По-перше, йдеться про те, що якщо само по собі надання допомоги може потягти ускладнення, стаття не передбачає відповіді, чи зважуються ці ускладнення порівняно з наслідками патологічного процесу, що розвивається. Наприклад, видалення злоякісної пухлини слизової оболонки кишечника в особи, яка має комбінований імунodefіцит, може ускладнитися сепсисом, який сам по собі є станом, загрозливим для життя. Операція з приводу аневризми аорти, яка виникла внаслідок ураження стінки аорти третинним сифілісом, може призвести до дисемінації збудника і ускладнення основного захворювання. На нашу думку, подібні наслідки не повинні тягти відповідальності, як діяння, пов'язане з ризиком (ч. 1 та 2 ст. 42 КК). Крім того, якщо діагностична або лікувальна процедура пов'язана з ускладненнями, то пацієнта інформують про ризик настання ускладнень, і саме пацієнту надається право вирішувати, погоджуватися чи не погоджуватися на цю процедуру.

Третя ознака. Інтегруючий характер для обов'язку надати медичну допомогу мають, за текстом ст. 139 КК, *установлені правила*. На практиці медичні заклади та їх вищестоящі органи затверджують низку внутрішніх інструкцій, які базуються на законах, інструкціях Міністерства охорони здоров'я та рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я, матеріалах українських та міжнародних фахових конференцій, затверджених ними регіональних стандартах діагностики та лікування. Досить часто зустрічаються посилання на так звані європейські стандарти. Тут ми стикаємося з феноменом, що норми, до яких відсилає згадка про «установлені правила», є важкодоступними для здійснення висновків з точки зору ієрархії норм і відмежування доктрини від норм права [аналогічна позиція — 7, 190; 8, 79]. Для пояснення окреслимо відносини, які регулюють ці норми та/або доктрина: лікар повинен оцінити стан хворого на підставі опитування про перебіг даної хвороби і обставини життя хворого, огляду, пальпації, перкусії, аускультатії, висунути низку ймовірних діагнозів, призначити лабораторні та інструментальні обстеження для підтвердження діагнозу і сформулювати остаточний клінічний діагноз, призначити лікування. Тривалий час відповіді на питання «чому саме такі ймовірні діагнози при таких симптомах?» «чому саме такі обстеження при таких ймовірних діагнозах?» «чому саме таке лікування при такому клінічному діагнозі?» ґрунтувалися здебільшого на посібниках для лікарів, авторитетних монографіях, рішеннях з'їздів та конференцій лікарів відповідних спеціальностей. У поодиноких випадках з цього приводу існували накази Міністерства охорони здоров'я СРСР та УРСР, наприклад, «Показання до переведення до відділення реанімації та інтенсивної терапії новонароджених та недоношених дітей» [9]. Але документи, які настільки конкретно описували б діагностику та лікування, які необхідно було б здійснити в конкретному випадку, були раритетами. З одного боку, загальновизнано, що неможливо встановити правила поведінки на всі конкретні випадки життя, саме тому

норми права носять загальний характер. Крім того, медичні працівники десятиліттями протягом свого життя вивчають показання до призначення певних методів діагностики та лікування під час навчання в медичних навчальних закладах та на курсах підвищення кваліфікації, фахових конференціях, керуючись неосяжними бібліотечними фондами, власним досвідом і досвідом своїх викладачів. Було б проблематично зосередити всю цю інформацію навіть у дуже об'ємному нормативному акті. З іншого боку, у світі існує виражений суспільний інтерес, виразниками якого є страхові установи (в тому числі бюджетні фонди, які акумулюють кошти платників податків), що оплачують лікування застрахованої особи. Ці установи зацікавлені в тому, щоб витрати, які підлягають компенсації, були найменшими, отже, слід заздалегідь встановити мінімальний обсяг обстежень, необхідний для діагностики певного патологічного стану або патологічного процесу, та мінімальний обсяг заходів медикаментозної та немедикаментозної терапії, необхідний для усунення цього стану або процесу. Цьому інтересу протистоїть інтерес виробників лікарських засобів, які зацікавлені в тому, щоб пацієнтам призначалися якомога триваліші і об'ємні курси медикаментозної терапії, та власників діагностичної та лікувальної апаратури, яким потрібно обслужити на цій апаратурі якомога більше клієнтів. Вирішення такого протистояння інтересів стало можливим завдяки рекомендаціям Всесвітньої організації охорони здоров'я. Рішення цієї організації як структурного підрозділу ООН є обов'язковими для імплементації державами-учасницями. На підставі рекомендацій ВООЗ Міністерство охорони здоров'я України затвердило норми, за якими здійснюється діагностика та лікування у багатьох (але, звичайно, не в усіх) випадках. Ці норми носять назву клінічних протоколів діагностики та лікування. Саме на підставі клінічних протоколів діагностики та лікування страхові компанії оцінюють, чи обґрунтованим було призначення тих чи інших лабораторних та інструментальних обстежень пацієнта і здійснення витрат на застосування тих чи інших методів лікування (введення медикаментів, застосування обладнання для фізіотерапії, здійснення більш чи менш коштовних оперативних втручань). Протоколи діагностики та лікування поділяються на групи за віком (протоколи надання медичної допомоги дорослому населенню та протоколи надання медичної допомоги дитячому населенню), за спеціальностями. Зокрема, на момент написання статті Міністерством охорони здоров'я стосовно надання медичної допомоги дорослому населенню було затверджено клінічні протоколи надання медичної допомоги за спеціальностями «Онкологія», «Неврологія», «Нейрохірургія», «Офтальмологія», «Психіатрія», «Кардіологія», «Ревматологія», «Медицина невідкладних станів», «Анестезіологія та інтенсивна терапія», «Пульмонологія», «Гастроентерологія», «Токсикологія», «Професійна патологія», «Алергологія», «Паразитологія», «Нефрологія», «Урологія», «Сексопатологія», «Ортопедична стоматологія», «Терапевтична стоматологія», «Хірургічна стоматологія», «Ортодонція», а також клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим з опіками та їх наслідками (тобто за спеціальністю «Комбустіологія»), хворим з імунними захворюваннями (тобто за спеціальністю «Імунологія»), клінічні протоколи та інструкції щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легенів; протокол ферментнозамісної терапії хвороби Гоше; протоколи з антиретровірусної терапії вагітних та роділь та з лікування опортуністичних інфекцій та ВІЛ-асоційованих захворювань у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей; протоколи надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД [10].

Протоколи діагностики та лікування, з одного боку, вносять ясність у питання, чи зобов'язаний лікар надати медичну допомогу в конкретному випадку і яку саме. Проте водночас протоколи інколи суттєво обмежують діагностичний або лікувальний процес, зокрема, у разі нетипового перебігу захворювання, у разі, якщо пацієнт має алергію або ідіосинкразію на певні препарати, які використовуються

під час діагностики або лікування, або, що є дуже поширеним явищем, має низку супутніх захворювань, які загострюються внаслідок показаних за протоколом діагностичних або лікувальних процедур. У призначенні лікування за протоколом в повному обсязі, якого вимагають від лікарів контролюючі інстанції, може й не бути потреби. Наприклад, при лікуванні гострого пієлонефриту може не завжди бути необхідна детоксикація, хоча препарати, спрямовані на вирішення цих задач, передбачені відповідним протоколом, і у разі легкого перебігу цього захворювання можуть бути додатковим навантаженням на організм хворого і спричинити зайві фінансові витрати.

Сама по собі уніфікація діагностичних та лікувальних процедур є безумовно прогресивним кроком для регулювання медичної сфери та робить більш прозорою кваліфікацію злочинів у сфері охорони здоров'я, проте при використанні протоколів як безпосередньо у медичній практиці, так і при кваліфікації злочинів, на нашу думку, слід завжди враховувати, що в лікаря виникає необхідність динамічної корекції з урахуванням особливостей перебігу хвороби в конкретного пацієнта і стану та особливостей його організму.

П'ята ознака. Суттєвою обставиною для кваліфікації є *відсутність поважних причин*. На нашу думку, це — спеціальна підстава звільнення від кримінальної відповідальності. Адже якщо законодавець вважав би за необхідне звільнити від відповідальності лікаря, який не надав допомоги, перебуваючи у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, він не мав би необхідності спеціально зазначати про це в статті Особливої частини КК. Зауважимо, такі ситуації також є цілком можливими. Пацієнти, хворі на психічні, неврологічні та ендокринні захворювання, що впливають на особистість, так і пацієнти із загальними захворюваннями, але такі, що перебувають під впливом амбіцій або вікових особливостей, часто несподівано чинять опір медичним працівникам і ставлять їх у стан необхідної оборони.

Аналіз наукових праць показує, що поважними причинами, які звільняють медичного працівника від відповідальності за ненадання допомоги, є:

- хвороба самого медичного працівника;
- необхідність у наданні допомоги більш хворій особі (медичне сортування, тобто визначення черговості надання допомоги залежно від тяжкості стану);
- відсутність медикаментів чи інструментів, необхідних для надання допомоги даного виду;
- відсутність практичного досвіду.

Останнє має місце, наприклад, у такому випадку: дитина знепритомніла у приміщенні дитячої поліклініки. Педіатри навіть не наблизилися до дитини, проте викликали бригаду невідкладної допомоги. З формальної точки зору працівники поліклініки вчинили правильно, оскільки не мали практичного досвіду з реанімаційних заходів. Навіть враховуючи те, що ці навички, як правило, мають студенти 3–6-го курсів медичних ВНЗ, але практикуючий педіатр швидко втрачає їх, оскільки не підкріплює практикою, і їх закріплення не входить в програму жодних курсів підвищення кваліфікації за фахом «педіатрія».

Лікарі, дуже добре знайомі з ризиком, набувають професійної обережності і уникають необґрунтованого ризику будь-якою ціною. Слід погодитися також з І. В. Воропаєвою, Ю. С. Ісаєвим, А. В. Воропаєвим, А. А. Протасевичем у твердженні, що «рисом, що відрізняє медичну послугу, є ризикованість»... «часто медики не в змозі впоратись з блискавично або нетипово перебігаючими захворюваннями не в силу своєї неосвіченості, а внаслідок порогу знання в медичній науці» [3, 190; 7 191, пор. 7, 194; 11, 92]. В наведеному випадку педіатри були б більш рішучими, якщо б над ними не тяжіли традиційні спроби притягти їх до відповідальності у разі невдачі у здійсненні реанімаційних заходів, або, принаймні, якщо б існувала стабільна практика виправдання невдачі лікаря у здійсненні реанімаційних заходів, як діяння, пов'язаного з ризиком.

Висновки. Проаналізувавши ознаки складу злочину, передбаченого статтею 139 КК України, можливо дійти наступних висновків.

По-перше, поняття обов'язку надати медичну допомогу у вузькому розумінні безпосередньо розкривається у протоколах діагностики та лікування, які затверджуються Міністерством охорони здоров'я України. Встановлення наявності та обсягу цього обов'язку здійснюється в межах медичного права, тобто є питанням аналізу джерела права.

По-друге, зміст цієї ознаки можливо розкрити лише за допомогою ознаки потреби у наданні медичної допомоги; ознаки можливості настання тяжких наслідків та ознаки відсутності поважних причин. Встановлення цих ознак є питанням аналізу фактичних обставин і частково медичними питаннями (зокрема, питання потреби у наданні медичної допомоги), частково — кримінально-правовими, оскільки поняття поважних причин, яке вживається в тексті ст. 139 КК, здається спеціальною обставиною звільнення від кримінальної відповідальності.

По-третє, уніфікація діагностичних та лікувальних процедур є безумовно прогресивним кроком для регулювання медичної сфери та робить більш прозорою кваліфікацію злочинів у сфері охорони здоров'я, проте при використанні клінічних протоколів як безпосередньо у медичній практиці, так і при кваліфікації злочинів, на нашу думку, слід завжди враховувати, що в лікаря дуже часто виникає необхідність динамічної корекції переліку показаних в протоколі діагностичних та лікувальних процедур з урахуванням особливостей перебігу хвороби в конкретного пацієнта і стану та особливостей його організму.

Перспективи подальшого розвитку у даному напрямі: за межами даної статті залишився аналіз четвертої об'єктивної та шостої — сьомої (суб'єктивних) ознак складу цього злочину: ненадання такої допомоги та необхідність довести, що лікарю було завідомо відомо про можливість настання тяжких наслідків, яким буде приділено увагу у наступних публікаціях.

Література

1. Пашинян Г. А., Ившин И. В. *Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья*. — М.: Медицинская книга, 2006. — 196 с.
2. Татаркин В. В. *Преступления медицинских работников против жизни и здоровья: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук. Специальность 12.00.08 — Уголовное право и криминология; Уголовно-исполнительное право / В.В. Татаркин ; Науч. рук. С.С. Витвицкая*. — Ростов-на-Дону, 2007. — 27 с.
3. Воропаева И. В., Исаев Ю. С., Воропаев А. В., Протасевич А. А. *Некоторые аспекты уголовной ответственности за преступления, связанные с оказанием медицинской помощи*. // *Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск)*. 2008. — Т. 80. — № 5. — С. 108–110.
4. Шабалов Н. П. *Детские болезни. 5-е изд. В двух томах. Т. 1*. — СПб.: Питер, 2004. — 832 с.
5. Рішення Конституційного Суду України від 29.03.2002 у справі № 1–13/2002 // *Інтернет: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=v010p710-02&p=1264782731469800>* — Заголовок з екрану.
6. Закон України «*Основи законодавства України про охорону здоров'я*» від 19.11.1992 р. № 2801-ХП // *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 1993, № 4, ст. 19.
7. Маляева Е. О., Маляев К. В. *Медико-правовые проблемы ответственности медицинских работников*. // *Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: Право*. — 2003. — № 1. — С. 190–198.
8. Найда А. В. *Вопросы юридической ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения* // *Вестник КРАУНЦ. Гуманитарные науки*. — 2005. — № 1. — С. 79–86.
9. *Показания к переводению в отделения реанимации и интенсивной терапии новорождённых и недоношенных детей, утверждённые приказом Министерства здравоохранения СССР № 22 от 15.01.1990 г.* // *Інтернет: <http://www.recipe.ru/docs/nd/document.php?id=966>* — Заголовок з екрану.

10. Нормативи (протоколи) надання медичної допомоги дорослому населенню // Інтернет: http://moz.gov.ua/ua/main/docs/?CID=3&dcategory=183&_sort=dPublicate_raw&_order=-1 — Заголовок з екрану.

11. Раков А. А. Проблеми уголовной ответственности медицинских работников в России и в некоторых зарубежных странах // Вестник Челябинского государственного университета. — 2009. — № 7. — С. 91–93.

Д. И. Крупко, канд. юрид. наук, доцент

Одесский национальный университет им. И. И. Мечникова,
Французский бульвар, 24/26, Одесса, 65058, Украина

УСТАНОВЛЕНИЕ ОБЯЗАННОСТИ ОКАЗАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В КОНТЕКСТЕ СТ. 139 УК

РЕЗЮМЕ

Ст. 139 УК предусматривает ответственность за неоказание помощи, которую медицинский работник *обязан был оказать согласно с установленными правилами*. В данной статье указывается, о каких именно *установленных правилах* идёт речь. Делается вывод о том, что, во-первых, такими правилами, которые в первую очередь позволяют установить наличие, объём и пределы обязанности оказать медицинскую помощь, являются клинические протоколы диагностики и лечения, утверждаемые Министерством здравоохранения на основе рекомендаций ВОЗ. Во-вторых, содержание этого признака можно раскрыть только с помощью признака потребности в медицинской помощи, признака возможности наступления тяжких последствий и признака отсутствия уважительных причин.

Ключевые слова: медицинское право, медицинская этика, обязанность оказать помощь.