ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ
МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ДЯКУР МАРІЯ ДМИТРІВНА

УДК 343.85:614.2(477)(043.3)

ДИСЕРТАЦІЯ

ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА ЗАПОБІГАННЯ КРИМІНАЛЬНИМ ПРАВОПОРУШЕННЯМ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

12.00.08 – кримінальне право та кримінологія; кримінально-виконавче право
081 Право

Подається на здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ М.Д. Дякур

Кропивницький – 2026

АНОТАЦІЯ

Дякур М.Д. Теорія та практика запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук за спеціальністю 12.00.08 «Кримінальне право та кримінологія; кримінально-виконавче право». – Донецький державний університет внутрішніх справ, Кропивницький, 2026.

У дисертації на основі комплексного дослідження обґрунтовано нові положення щодо засад запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичного обслуговування в Україні та розроблено науково обґрунтовані пропозиції і рекомендації, спрямовані на удосконалення національного законодавства та кримінологічної практики.

Встановлено, що перший перелік кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності був визначений у клятві Гіппократа та включав такі протиправні діяння як: 1) спричинення умисної шкоди; 2) аборт; 3) перевищення повноважень; 4) корупційні діяння; 5) спокуса жінки/чоловіка; 6) розголошення медичної таємниці. Зазначено, що у римському праві для визначення обсягу відповідальності було забезпечено чітку диференціацію суб’єктів на тих, що займаються професійною медичною діяльністю та тих, що надають такі послуги без спеціальної освіти. Зауважено, що до осіб, які не мали спеціальної медичної освіти, за спричинення шкоди пацієнту застосовувались санкції аналогічні тим, що були передбачені для професійних лікарів.

Визначено, що регулювання медичної діяльності здійснюється засобами, передбаченими низкою нормативно-правових актів, зокрема: Конституцією України; Законом України від 19.11.1992 № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров’я»; Законом України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного

обслуговування населення»; Законом України від 04.04.1996 № 123/96-ВР «Про лікарські засоби»; Законом України від 22.02.2000 № 1489-III «Про психіатричну допомогу»; Законом України від 05.07.2012 № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу»; Законом України від 17.05.2018 № 2427-VIII «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині».

Констатовано, що більшість видів юридичної відповідальності за делікти у сфері медичної діяльності не є ефективними та майже не мають позитивного впливу на їх кількісний показник. Основними причинами, які зумовлюють таку ситуацію є: 1) корупційні загрози та ризики, пов'язані із недоліками кримінального законодавства України у цій частині; 2) специфіка медичної сфери та корпоративна солідарність, яка перешкоджає, а інколи – унеможливлює об'єктивність оцінки причинно-наслідкового зв'язку між діями медичного працівника та шкодою, що була причинена пацієнту; 3) відсутність поступового механізму запобігання деліктам у сфері медичної діяльності, елементи якого могли б доповнювати один одного та встановлювати диференційовані межі юридичної відповідальності медичних працівників.

Диференційовано наукові дослідження проблем запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності за такими напрямами: 1) дослідження, у яких розв'язуються проблеми кримінальної відповідальності та покарання за конкретний вид кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності; 2) дослідження, у яких розглядаються елементи складу/складів кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності; 3) дослідження, присвячені особливостям кримінально-правової кваліфікації кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності; 4) дослідження, присвячені розвитку кримінально-правової політики у сфері протидії медичній злочинності; 5) компаративні дослідження, присвячені порівняльному аналізу меж кримінально-правової протидії медичним кримінальним правопорушенням в України та зарубіжних країнах.

Аргументовано, що кримінальні правопорушення у сфері медичної

діяльності мають поліоб’єктний характер – родовий об’єкт охоплює суспільні відносини, пов’язані із забезпеченням права людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; суспільні відносини у сфері забезпечення прав громадян на невтручання в особисте та сімейне життя; суспільні відносини у сфері забезпечення встановленого законом порядку обігу лікарських засобів. Зазначено, що безпосередні об’єкти визначені у диспозиціях кримінально-правових норм та відображають конкретні цінності та блага, які зазнають протиправного впливу. Кримінальні правопорушення можуть бути як предметні, так і безпредметні. Потерпілі є спеціальними – це особи, які отримують медичні послуги, пацієнти або клієнти медичних установ, а також всі інші особи, які беруть участь у медичних маніпуляціях.

Вказано, що суб’єкт більшості кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності та діяльності, пов’язаної із наданням медичних послуг є спеціальним, окрім кримінальних правопорушень, передбачених ст.ст. 142-144 КК України. Аналіз кримінально-правових норм, у яких встановлено відповідальність за кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності та ті, що із нею пов’язані, дозволяє класифікувати їх відповідно до ознак суб’єктивної сторони на такі групи: 1) кримінальні правопорушення із умисною формою вини – ті, що передбачені ст.ст. 132, 139, 145 КК України; 2) кримінальні правопорушення із необережною формою вини – ті, що передбачені ст.ст. 131, 140 КК України; 3) кримінальні правопорушення зі змішаною формою вини – ті, що передбачені ст.ст. 138, 141 КК України. Суб’єктивна сторона більшості кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності та діяльності, пов’язаної із наданням медичних послуг передбачає наявність необережної або змішаної форми вини. Останнє пояснює відсутність у диспозиціях відповідних норм таких ознак як мотив та мета. Аргументовано, що встановлювати у таких діяннях умисну форму вини не є доречним, оскільки вчинення таких діянь умисно може бути кваліфіковано як інше кримінальне правопорушення проти життя та здоров’я.

Аргументовано, що більшість санкцій кримінально-правових норм, у

яких встановлено кримінальну відповідальність за кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності та діяльності, пов'язаної із наданням медичних послуг є альтернативними та мають достатньо широкий перелік видів покарань, які можуть застосовуватись до кримінальних правопорушників.

Розв'язано питання дисбалансу між кількістю облікованих кримінальних правопорушень та вироків, які були ухвалені у кримінальних провадженнях, розпочатих за фактом вчинення протиправних діянь у сфері медичної діяльності. Аргументовано, що низка таких кримінальних проваджень закривається через відсутність події кримінального правопорушення, відсутність в діянні складу кримінального правопорушення або у зв'язку із тим, що не встановлені достатні докази для доведення винуватості особи в суді і вичерпані можливості їх отримати. Визначено, що основні причини знаходяться у площині проблем, які виникають під час досудового розслідування, що підтверджено прикладами із судової практики.

Вказано, що аналіз судової практики та статистики правоохоронних органів, а також співставлення результатів із матеріалами, які оприлюднені у засобах медіа дозволяють беззаперечно стверджувати, що низький кількісний показник зумовлений відсутністю належних превентивних засобів. Пацієнти та їх близькі особи часто не у повному обсязі володіють знаннями щодо своїх прав та обов'язків, через що не можуть оцінити чи знаходяться дії медичного працівника у кореляції із негативними наслідками, які настали для життя та здоров'я. Отже, через низьку обізнаність пацієнти часто не звертаються до правоохоронних органів, кримінальне провадження не може бути розпочато за ініціативою останніх, що відповідно підвищує рівень латентності таких суспільно небезпечних діянь. За результатами дослідження детермінанти кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності було диференційовано на соціально-економічні, організаційно-правові, військово-політичні та культурно-ідеологічні.

Зауважено, що проаналізовані соціально-демографічні ознаки осіб, які

вчиняють кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності в Україні свідчать, що через те, що такі суспільно небезпечні діяння безпосередньо пов'язані із професійною діяльністю особи, яка їх вчиняє, ця група ознак не дозволяє виокремити особливості особистості кримінального правопорушника. Вказано, що більшість детермінант, пов'язані саме із морально-психологічними ознаками. Аргументовано, що морально-психологічні ознаки визначають ставлення особи до діяння, яке вона вчиняє. Якщо співвідносити морально-психологічні ознаки із кримінально-правовими, то перші входять до суб'єктивної сторони суспільно небезпечного діяння. Наведене твердження зумовлене тим, що саме морально-психологічні ознаки закладають основу для формування вольової складової суб'єктивної сторони кримінального правопорушення, а отже впливають на форму вини особи.

Вказано, що жертви кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності, здебільшого, відносяться до латентного типу. Констатовано, що типовими кримінологічними ознаками жертви кримінального правопорушення, що вчиняється у сфері медичної діяльності є: 1) низький рівень обізнаності у сфері охорони здоров'я; 2) низький рівень правової освіти; 3) середній ступінь віктимності; 4) високий ступінь ризику вторинної віктимізації. Аргументовано, що особливості складу досліджуваного виду кримінальних правопорушень часто унеможливлюють своєчасне виявлення потенційно криміногенних ситуацій у сфері медичного обслуговування, що, відповідно, ускладнює виправлення віктимних настанов у жертв.

Аргументовано, що доцільними видаються заходи, спрямовані на: 1) усунення потенційних порушень, пов'язаних із використанням Єдиної інформаційної системи соціальної сфери, зокрема – шляхом посилення кримінальної відповідальності; 2) запровадження регулярного моніторингу Міністерством охорони здоров'я корупційних ризиків, введення їх автоматизованих індикаторів; 3) обмеження повноважень медичних працівників під час користування реєстрами та інформаційними системами,

пов’язаними із електронною системою охорони здоров’я (eHealth). Визнано доцільним передбачити можливість медичного працівника мати доступ виключно до тих функцій та інформації, що необхідні для виконання професійних обов’язків.

Доведено, що однією із найбільших прогалин, які на сьогоднішній день потребують термінового усунення є те, що медичні заклади, які надають медичні послуги в установах виконання покарання підпорядковані Державній установі «Центр охорони здоров’я Державної кримінально-виконавчої служби України», який, у свою чергу, належить до сфери управління Міністерства юстиції України, а, відповідно, її діяльність координується заступником Міністра юстиції України. Роль Міністерства охорони здоров’я полягає лише у встановленні загальних медичних стандартів, ліцензуванні медичної практики, атестації медичних працівників та співпраці, якщо засуджені за встановлених законодавством підстав будуть спрямовані для проходження подальшого лікування у медичні заклади, підпорядковані МОЗ.

Аргументовано, що в Україні має бути розроблений та прийнятий законодавчий акт, яким би було врегульовано суспільні відносини у сфері відшкодування шкоди пацієнтам. Зауважено, що саме встановлення розмірів відшкодування, які були б диференційовані в залежності від ступеня тяжкості спричинених здоров’ю наслідків, а також створення та впровадження механізму притягнення медичного працівника до цивільно-правової відповідальності є дієвим заходом індивідуально-профілактичного запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичного обслуговування. Доведено, що він має вважатись ефективним навіть тоді, коли медичний працівник діяв у стані крайньої необхідності.

Зазначено, що в умовах сьогодення міжнародні правові стандарти надають можливість утворити належну, апробовану та уніфіковану платформу для підвищення якості правового забезпечення діяльності кожної окремої держави за всіма напрямами. Збройна агресія російської федерації проти України також актуалізувала стандарти міжнародного гуманітарного права,

які за змістом, сферою та часом дії принципово відрізняються від загальних міжнародних стандартів. Одночасно із цим, навіть в межах міжнародного гуманітарного права закріплюється беззаперечне право особи на забезпечення належних умов життя, захист здоров'я тощо. Вказано, що право на належне медичне обслуговування наскрізно визначено у низці міжнародних та європейських правових документів.

Зауважено, що більшість зарубіжних держав здійснюють кримінально-правове регулювання медичної діяльності також через окремі нормативно-правові акти. Здебільшого, до останніх відносяться кодекси громадського здоров'я або законодавство, яким урегульовано лікарську діяльність. Кримінальні законодавства проаналізованих держав встановлюють кримінальну відповідальність медичних працівників, як правило, за порушення правил документообігу, підробку документів тощо. Позитивно відзначена практика Франції, у законодавстві якої встановлено диференційовану кримінальну відповідальність за незаконну лікувальну діяльність. Визначено, що у цілому, такий підхід може бути запозичений в українське кримінальне законодавство, але в межах нового Кримінального кодексу. Аргументовано доцільність розгляду можливості прийняття в Україні окремого законодавчого акту, у якому визначити межі кримінальної відповідальності медичних працівників із наступним внесенням відповідних змін до національного кримінального законодавства.

Ключові слова: кримінальне правопорушення, сфера медичного обслуговування, запобігання, медичний працівник, наркотичні засоби, особа кримінального правопорушника, детермінанти, незаконна лікувальна діяльність, ненадання допомоги.

ABSTRACT

Dyakur M.D. Theory and Practice of Preventing Criminal Offenses in the Sphere of Medical Activity. – A qualifying scientific work (manuscript).

Dissertation for the degree of Doctor of Legal Sciences, specialty 12.00.08 “Criminal Law and Criminology; Penal Law.” – Donetsk State University of Internal Affairs, Kropyvnytskyi, 2026.

Based on a comprehensive study, the dissertation substantiates new propositions regarding the principles of preventing criminal offenses in the sphere of medical care in Ukraine. It also develops scientifically grounded proposals and recommendations aimed at improving national legislation and criminological practice.

It is established that the earliest list of criminal offenses in the sphere of medical activity was defined in the Hippocratic Oath and included such unlawful acts as: 1) intentional infliction of harm; 2) abortion; 3) exceeding one’s authority; 4) corrupt acts; 5) seduction of a woman or man; and 6) disclosure of medical secrets. It is noted that Roman law established a clear differentiation between individuals engaged in professional medical practice and those providing such services without specialized education, which served to define the scope of liability. Furthermore, it is observed that individuals lacking specialized medical education were subject to sanctions for causing harm to a patient that were analogous to those prescribed for professional physicians. It has been established that the regulation of medical activity is carried out through mechanisms stipulated by a number of legal acts, including: the Constitution of Ukraine; the Law of Ukraine No. 2801-XII of November 19, 1992, "On the Fundamentals of Healthcare Legislation of Ukraine"; the Law of Ukraine No. 2168-VIII of October 19, 2017, "On State Financial Guarantees of Medical Care for the Population"; the Law of Ukraine No. 123/96-VR of April 4, 1996, "On Medicinal Products"; the Law of Ukraine No. 1489-III of February 22, 2000, "On Psychiatric Care"; the Law of Ukraine No. 5081-VI of July

5, 2012, "On Emergency Medical Care"; and the Law of Ukraine No. 2427-VIII of May 17, 2018, "On the Transplantation of Anatomical Materials to Humans."

It is noted that most forms of legal liability for torts (wrongful acts) in the medical sector are ineffective and have almost no positive impact on reducing their frequency. The primary reasons for this situation include: 1) corruption threats and risks stemming from shortcomings in Ukraine's criminal legislation in this area; and 2) the specific nature of the medical field and the existence of "corporate solidarity," which hinders – and at times renders impossible – an objective assessment of the causal link between a healthcare professional's actions and the harm caused to a patient. 3) the absence of a graduated mechanism for preventing torts and offenses in the medical sphere – a mechanism whose components could complement one another and establish differentiated boundaries for the legal liability of medical professionals.

Scientific research on the prevention of criminal offenses in the medical sphere can be categorized into the following areas: 1) studies addressing issues of criminal liability and punishment for specific types of criminal offenses in the medical sphere; 2) studies examining the elements constituting criminal offenses in the medical sphere; 3) studies focused on the specifics of the criminal-law classification (qualification) of offenses in the medical sphere; 4) studies dedicated to the development of criminal-law policy regarding the counteraction of medical-related crime; and 5) comparative studies analyzing the scope of criminal-law measures against medical-related offenses in Ukraine and other countries.

It is argued that criminal offenses in the medical sphere are multi-object in nature: their generic object encompasses social relations related to ensuring human rights to healthcare, medical assistance, and medical insurance; social relations concerning the protection of citizens' rights against interference in their personal and family lives; and social relations regarding the maintenance of the legally established order for the circulation of medicinal products.

It is noted that immediate objects are defined within the dispositions of criminal law norms and reflect specific values and interests subject to unlawful

infringement. Criminal offenses may be either object-related (involving a specific physical object) or non-object-related. The victims are of a specific category: individuals receiving medical services – patients or clients of medical institutions – as well as any other persons participating in medical procedures.

It is indicated that the perpetrator (subject) of most criminal offenses in the sphere of medical activity and services related thereto is a "special subject" (i.e., a person possessing specific characteristics or status), with the exception of offenses stipulated under Articles 142–144 of the Criminal Code of Ukraine. An analysis of the criminal law provisions establishing liability for offenses within or related to the sphere of medical activity allows for their classification based on the subjective element (the mental state of the perpetrator) into the following groups: 1) offenses involving intentional fault – those provided for under Articles 132, 139, and 145 of the Criminal Code of Ukraine; 2) offenses involving fault in the form of negligence – those provided for under Articles 131 and 140 of the Criminal Code of Ukraine; and 3) offenses involving a mixed form of fault – those provided for under Articles 138 and 141 of the Criminal Code of Ukraine. The subjective element of most criminal offenses within the sphere of medical practice and the provision of medical services involves either negligence or a mixed form of culpability. This explains why the statutory definitions of these offenses do not include elements such as motive or purpose. It is argued that characterizing such acts as intentional is inappropriate, as intentional conduct of this nature would likely fall under a different category of criminal offense against life or health.

It is further argued that the sanctions prescribed for criminal offenses in the medical sector are generally alternative in nature, offering a broad range of potential penalties applicable to offenders.

The study addresses the disparity between the number of recorded criminal offenses and the number of convictions handed down in criminal proceedings initiated regarding unlawful acts in the medical field. It is noted that many such proceedings are terminated due to the absence of an actual criminal event, the lack of the necessary elements of a criminal offense, or an inability to secure sufficient

evidence to prove guilt in court – even after all avenues for obtaining such evidence have been exhausted. It is determined that the primary causes of this issue stem from challenges encountered during the pre-trial investigation phase, a conclusion supported by examples from judicial practice.

It is noted that an analysis of judicial practice and law enforcement statistics, combined with a comparison of these findings against information published in the media, leads to the unequivocal conclusion that the low number of recorded cases is due to a lack of adequate preventive measures. Patients and their loved ones often lack a full understanding of their rights and obligations; consequently, they are unable to determine whether a medical professional's actions are causally linked to the adverse outcomes affecting their life or health. As a result of this limited awareness, patients frequently fail to report incidents to law enforcement, and criminal proceedings cannot be initiated – a situation that increases the "latency" (hidden nature) of such socially dangerous acts. The study identifies the determinants of criminal offenses in the medical sector, categorizing them into socio-economic, organizational-legal, military-political, and cultural-ideological factors.

It is further observed that an analysis of the socio-demographic characteristics of individuals who commit criminal offenses in the medical field in Ukraine reveals that – because these socially dangerous acts are directly tied to the perpetrator's professional activities – this set of characteristics does not allow for the identification of specific personality traits unique to the offender. Instead, it is noted that the majority of these determinants are linked specifically to moral and psychological characteristics. It is argued that moral-psychological characteristics determine an individual's attitude toward the act they commit. When comparing moral-psychological characteristics with those defined by criminal law, the former are found to be part of the subjective element of a socially dangerous act. This assertion is based on the fact that moral-psychological characteristics lay the foundation for the volitional component of the subjective element of a criminal offense, thereby influencing the form of the individual's culpability (guilt).

It is noted that victims of criminal offenses within the healthcare sector largely fall into the "latent" category. Typical criminological characteristics of a victim of a criminal offense committed in the healthcare sector include: 1) a low level of awareness regarding healthcare matters; 2) a low level of legal literacy; 3) a moderate degree of victimity (susceptibility to victimization); and 4) a high risk of secondary victimization. It is argued that the specific elements constituting this type of criminal offense often make it impossible to timely identify potentially criminogenic situations within the healthcare environment, which, in turn, complicates efforts to correct the victim-prone attitudes held by the victims.

It is argued that measures aimed at the following are appropriate: 1) the elimination of potential violations related to the use of the Unified Information System for the Social Sphere – specifically, through the strengthening of criminal liability. 2) the implementation of regular monitoring of corruption risks by the Ministry of Health, including the introduction of automated indicators for such risks; 3) the limitation of the authority of medical professionals when using registries and information systems connected to the electronic healthcare system (eHealth). It is considered appropriate to ensure that medical professionals have access only to those functions and information necessary for the performance of their professional duties.

It has been established that one of the most significant gaps requiring urgent resolution is the current organizational structure: medical facilities providing services within penal institutions report to the State Institution "Healthcare Center of the State Penitentiary Service of Ukraine." This institution, in turn, falls under the purview of the Ministry of Justice of Ukraine, with its activities coordinated by a Deputy Minister of Justice. The role of the Ministry of Health is limited to establishing general medical standards, licensing medical practice, certifying medical professionals, and facilitating cooperation in cases where convicted individuals – on grounds stipulated by law – are referred for further treatment to medical facilities under the Ministry of Health’s jurisdiction.

It is argued that a legislative act should be developed and adopted in Ukraine to regulate legal relations concerning the compensation of harm caused to patients.

It is noted that establishing compensation amounts differentiated based on the severity of the consequences to health, alongside the creation and implementation of a mechanism for holding medical professionals civilly liable, serves as an effective measure for the individual prevention of criminal offenses within the healthcare sector. It is argued that this approach should be considered effective even in cases where the medical professional acted under circumstances of extreme necessity.

It is noted that, in the current context, international legal standards offer the opportunity to establish a proper, proven, and unified platform for enhancing the quality of the legal framework governing the activities of individual states across all sectors. The Russian Federation’s armed aggression against Ukraine has also brought into sharp focus the standards of international humanitarian law, which differ fundamentally from general international standards in terms of their content, scope, and temporal application. At the same time, even within the framework of international humanitarian law, an individual's inalienable right to adequate living conditions, health protection, and the like is enshrined. It is pointed out that the right to proper medical care is consistently recognized across a range of international and European legal instruments.

It is observed that most foreign states also regulate medical practice through specific legislative acts. These typically include public health codes or legislation governing medical practice. The criminal laws of the countries analyzed establish criminal liability for medical professionals – generally for violations of documentation procedures, document forgery, and similar offenses. The practice in France is highlighted positively, as its legislation establishes differentiated criminal liability for the unauthorized practice of medicine. It is concluded that, overall, this approach could be adopted into Ukrainian criminal law, though this should be done within the framework of a new Criminal Code. The paper presents arguments for considering the adoption of a separate legislative act in Ukraine that would define the scope of criminal liability for medical professionals, with subsequent amendments to be made to the national criminal legislation.

Key words: criminal offense, healthcare sector, prevention, medical professional, narcotic substances, offender profile, determinants, illegal medical practice, failure to provide assistance.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:

в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

Статті в наукових фахових виданнях України та виданнях, що індексуються у міжнародних наукометричних базах даних

1. Дякур М. Д. Відшкодування шкоди як цивільно-правовий захід індивідуально-профілактичного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності в Україні. *Галицькі студії Юридичні науки*. 2025. № 9. С. 72-77.
2. Дякур М. Д. Віктимологічна характеристика жертви кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності в Україні. *Галицькі студії Юридичні науки*. 2025. № 11. С. 60-65.
3. Дякур М. Д. Європейські підходи до запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2025. № 6. С. 345-350.
4. Дякур М. Д. Заходи віктимологічного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування в Україні: аналіз стану та шляхи удосконалення. *Правові новели*. 2025. № 27. С. 455-462.
5. Дякур М. Д. Кримінологічні ознаки осіб, що вчиняють кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності в Україні. *Галицькі студії: Юридичні науки*. 2025. № 12. С. 91-95.
6. Дякур М. Д. Міжнародні стандарти реалізації кримінально-правової політики у сфері охорони медичної діяльності. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2025. № 5. С. 398-402.

7. Дякур М. Д. Окремі проблеми удосконалення заходів загальносоціального запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності в Україні. *Галицькі студії Юридичні науки*. 2025. № 10. С. 49-54.

8. Дякур М. Д. Організаційно-правові детермінанти кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування в Україні. *Правові новели*. 2025. № 25. С. 571-577.

9. Дякур М. Д. Організаційно-правові заходи у системі спеціально-кримінологічного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності: стан та перспективи. *Правові новели*. 2025. № 26. С. 554-561.

10. Дякур М. Д. Пенітенціарні заходи у системі спеціально-кримінологічного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2025. № 3. С. 311-317.

11. Дякур М. Д. Родовий об’єкт та класифікація кримінальних правопорушень, що вчиняються медичними працівниками в України. *Київський часопис права*. № 3. 2023. С. 272–277.

12. Дякур М. Д. Стан та тенденції кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2025. № 4. С. 321-325.

13. Дякур М.Д. Кримінально-правова характеристика суб’єктивної сторони кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2025. № 1. С. 259-263.

14. Дякур, М. Д. До питання щодо визначення ознак об’єктивної сторони кримінального правопорушення, передбаченого статтею 138 Кримінального кодексу України (незаконна лікувальна діяльність). *Juris Europensis Scientia*. Випуск 4. 2025. С. 156-160.

15. Дякур М. Д. До питання щодо удосконалення санкцій кримінально-правових норм, у яких встановлено відповідальність за медичні правопорушення. *Юридичний науковий електронний журнал*. № 12. 2025. С. 397-400.

16. Дякур М. Д. Еволюція наукових підходів до визначення особливостей кримінальної відповідальності та покарання за кримінальні правопорушення, передбачені ст. 142 та ст. 143 Кримінального кодексу України. *Правові новели*. № 23. Том 2. 2024. С. 79-84.

17. Дякур М. Д. Історико-правовий аналіз становлення та розвитку відповідальності за медичні кримінальні правопорушення в античних державах. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2025. № 5. С. 3-7.

18. Дякур М. Д. Кримінальна відповідальність за протиправні діяння у медичній сфері: сучасний стан дослідження та проблемні аспекти. *Право та державне управління*. 2024. № 3. С. 434-439.

19. Дякур М. Д. Межі юридичної відповідальності медичних працівників у системі соціальної обумовленості криміналізації правопорушень у сфері медичної діяльності. *Юридичний науковий електронний журнал*. № 2. 2025. С. 678-680.

20. Дякур М. Д. Становлення та розвиток відповідальності за медичні кримінальні правопорушення у стародавньому праві. *Право і суспільство*. № 4. 2024. С. 859-864.

21. Kobets, Y., Diakur, M., Kyslyi, A., Shulga, M., Toropchyna, I. (2024). The Influence of the Digital State on Preventing and Detecting Corruption in Ukraine. *Theoretical And Practical Research In Economic Fields*. № 15(2). P. 365-374. (*Особистий внесок здобувача: аргументовано значення інтеграції цифрових стратегій у комплексну державну антикорупційну політику з метою максимального підвищення їхньої ефективності та забезпечення позитивного впливу на суспільство*)

22. Tsyganii, S., Shyian, D., Diakur, M., Areshonkov, V., Hospodarenko, V. (2022). Criminal Law Transformation in the Context of COVID-19: The

Experience of the European Union and Ukraine. *Cuestiones Politicas*. № 40 (73). P. 52-70. (*Особистий внесок здобувача: наведено аргументи на користь думки, що криміналізація діянь, пов'язаних із COVID-19 та встановлення покарань за їх вчинення розглядаються як складові державної політики протидії пандемії*)

23. Valihura, H., Novikov, I., Diakur, M., Yushchyk, O., Kutsenko, V. (2025). The use of innovative technologies for the prevention and detection of crimes related to document forgery. *Journal of Theoretical and Applied Information Technology*. № 103 (14). P. 5070–5081. *(Особистий внесок здобувача: оцінено ефективність оптимізованої моделі запобігання кримінальним правопорушенням шляхом імітаційного прогнозування).*

Праці апробаційного характеру

1. Дякур М. Д. Відсторонення від посади медичного працівника як захід індивідуально-профілактичного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності. *Advances in law: the view of domestic and foreign scholars:* International scientific conference (October 3–4, 2024. Riga, the Republic of Latvia): Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2024. С. 468-470.

2. Дякур М. Д. Військово-політичні детермінанти кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності в Україні. *Теоретичні та практичні проблеми реалізації норм права* : матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції, м. Кременчук, 5 грудня 2025 р. Львів – Торунь : Liha-Pres, 2025. С. 291-294.

3. Дякур М. Д. До питання щодо цінності інтеграції зарубіжного досвіду кримінально-правової протидії кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності у національну кримінологічну практику. *Theoretical foundations of law, public management and practice of their application*: International scientific conference (December 25–26, 2024. Riga, the Republic of Latvia). Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2024. С. 442-444.

4. Дякур М. Д. Значення антикорупційної культури у сфері медичної діяльності для удосконалення загальносоціального запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються медичними працівниками. *Current Challenges in the Development of Law and Public Management and Administration* (March 4–5, 2026. Riga, the Republic of Latvia) : International scientific conference. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2026. С. 283-285.

5. Дякур М. Д. Кримінально-правова протидія незаконній видачі рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин у системі запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються медичними працівниками. *European Integration as a Factor in the Renewal of Legal Science in Ukraine:* International scientific conference (April 16–17, 2026. Riga, the Republic of Latvia) : Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2026. С. 125-128.

6. Дякур М.Д. Соціально-економічні детермінанти, котрі впливають на кількість кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування в умовах воєнного стану. *Права людини та публічне врядування*: IX Міжнародний правничий форум, 29 травня 2026 р. С. 276-280

ЗМІСТ

ВСТУП……...22

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗАПОБІГАННЯ КРИМІНАЛЬНИМ ПРАВОПОРУШЕННЯМ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ…….33

1.1. Становлення і розвиток законодавства щодо кримінально-правової охорони права громадян на належне медичне обслуговування…….33

1.2. Соціальна обумовленість криміналізації суспільно небезпечних діянь у сфері медичної діяльності в Україні…….52

1.3.Стан наукової розробки та сучасні теоретичні підходи до визначення проблем запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності в Україні……...72

Висновки до 1 розділу……...91

РОЗДІЛ 2. КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА КРИМІНАЛЬНИХ ПРАВОПОРУШЕНЬ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ…….94

2.1. Об’єкт та об’єктивна сторона кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні……...94

2.2. Суб’єкт та суб’єктивна сторона кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні……118

2.3. Пеналізація кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні……..137

Висновки до 2 розділу……162

РОЗДІЛ 3. КРИМІНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КРИМІНАЛЬНИХ ПРАВОПОРУШЕНЬ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ……...…165

3.1. Сучасний стан, структура та динаміка кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні…….165

3.2. Детермінанти, що впливають на вчинення кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні……...184
3.3. Характеристика осіб, які вчиняють кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності в Україні…….207
3.4. Кримінологічна характеристика жертв кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні……...227
Висновки до 3 розділу…….247

РОЗДІЛ 4 ЗАХОДИ ЗАПОБІГАННЯ КРИМІНАЛЬНИМ ПРАВОПОРУШЕННЯМ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ……..252
4.1 Загальносоціальні заходи запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності в Україні……..252
4.2. Спеціально-кримінологічні заходи запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності в Україні……281
4.3. Індивідуально-профілактичні заходи запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності в Україні……310
Висновки до 4 розділу…….341

РОЗДІЛ 5. МІЖНАРОДНИЙ ТА ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ЗАПОБІГАННЯ КРИМІНАЛЬНИМ ПРАВОПОРУШЕННЯМ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ……347
5.1. Міжнародні стандарти реалізації кримінально-правової політики у сфері охорони медичної діяльності……..347
5.2. Зарубіжний досвід кримінологічного захисту прав громадян на належне медичне обслуговування…….366
Висновки до 5 розділу……383
ВИСНОВКИ……386
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……...395
ДОДАТКИ……...426

ВСТУП

Актуальність теми. В умовах дії особливого правового режиму воєнного стану основним завданням держави є забезпечення національної безпеки та всіх суспільних відносин, які з нею пов’язані. Насамперед це стосується суспільних відносин у сфері протидії злочинності. Трансформація державної політики та активний розвиток економіки, зумовлені цифровізацією більшості державних послуг, не сприяли покращенню кількісно-якісних показників суспільно небезпечних діянь, які й надалі залишаються стабільно незадовільними. Інтенсифікація кримінально протиправної діяльності характеризується перманентністю та дисбалансом із переважанням окремих загальнокримінальних видів протиправних діянь та залишається стабільно позитивною щодо інших кримінальних правопорушень. Одними з таких є суспільно небезпечні діяння, що вчиняються у сфері медичної діяльності.

У чинному кримінальному законодавстві 2001 року було змінено підхід до криміналізації протиправних діянь у сфері медичної діяльності. На відміну від Кримінального кодексу 1960 року, який передбачав кримінальну відповідальність лише за незаконне лікарювання, у чинному КК України було встановлено низку кримінально-правових заборон, суб’єктом яких визначено медичного або фармацевтичного працівника. Таке законодавче рішення продемонструвало зміну ставлення до суспільної небезпечності цього виду кримінальних правопорушень. Разом із тим аналіз офіційної статистичної інформації правоохоронних органів вказує на непоширеність таких протиправних діянь – з 2019 по 2026 рік у Єдиному державному реєстрі судових рішень не було розміщено жодного вироку, окрім тих, що були ухвалені у кримінальних провадженнях, розпочатих за фактом неналежного виконання професійних обов’язків медичним або фармацевтичним працівником.

Водночас вивчення інформації медіа вказує на відсутність кореляції між кількістю виявлених кримінальних правопорушень, вчинених у сфері медичної діяльності, оприлюднених в інформаційних ресурсах та тих, щодо яких було

винесено обвинувальний вирок. Наведене дозволяє стверджувати про те, що така кримінологічна ситуація зумовлена відсутністю ефективних методик розслідування, корпоративною солідарністю медичних працівників, незадовільним рівнем медичної грамотності населення тощо. За відсутності сформованого механізму подолання наведених факторів кількість кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності зростатиме разом із підвищенням рівня їх латентності. Вказане зумовлює нагальну потребу у проведенні теоретико-прикладного дослідження, здатного виявити детермінанти, які негативно впливають на кількісно-якісні показники досліджуваного виду протиправних діянь, а також розробленні рекомендацій щодо їх усунення.

Проблема запобігання кримінальним правопорушенням розглядалась у працях таких учених, як А. М. Бабенко, А. Б. Блага, В. В. Василевич, В. В. Голіна, Б. М. Головкін, А. О. Джужа, О. М. Джужа, О. Г. Колб, О. М. Литвинов, Є. С. Назимко, Т. І. Пономарьова, Д. М. Тичина, В. О. Туляков та інші. Кримінально-правова протидія суспільно небезпечним діянням, що вчиняються у сфері медичної діяльності, була предметом дослідження В. М. Куца, С. В. Гізимчука, В. О. Глушкова, С. В. Гринчака, В. К. Грищука, В. О. Єгорової, Ю. О. Лісіциної, О. О. Мисливої, А. В. Мусієнко, Д. В. Проценко, О. В. Сапронова, Г. В. Чеботарьової тощо. Попри це системний аналіз наукових праць дозволив виявити, що на сьогодні в Україні майже відсутні монографічні дослідження, присвячені розв’язанню проблеми кримінологічного запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності.

У зв’язку з викладеним досі нерозглянутими залишаються такі питання: 1) визначення сучасного стану, структури та динаміки кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні; 2) виявлення та систематизація детермінант, що впливають на вчинення кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні; 3) узагальнення кримінологічних ознак особи, яка вчиняє кримінальне правопорушення у сфері медичної діяльності, та її жертви; 4) виявлення способів та шляхів удосконалення заходів запобігання таким протиправним діянням тощо.

Умови, в яких розвивається держава, зумовлюють потребу в більш прогресивному підході до удосконалення державної політики у сфері протидії злочинності, що надасть можливість перерозподілити пріоритети і удосконалити кримінальне законодавство та кримінологічну практику. У науці кримінології має бути сформовано єдиний концептуальний підхід до визначення способів удосконалення механізму запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності. Наразі стан розробки теоретико-правових засад запобігання таким протиправним діянням в Україні не відповідає сучасним вимогам, що зумовило обрання теми дисертаційної роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана відповідно до Дорожньої карти з питань верховенства права, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 14 травня 2025 р. № 475-р; Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. № 34-р; Комплексного стратегічного плану реформування органів правопорядку як частини сектору безпеки і оборони, схваленого Указом Президента України від 11 травня 2023 року № 273/2023.

Тема дисертації затверджена рішенням Вченої ради Донецького державного університету внутрішніх справ (протокол засідання від 07.08.2026 р. № 17).

Мета і завдання дослідження. *Метою* дослідження є виявлення, обґрунтування та унормування нових теоретичних, правових та праксеологічних положень щодо запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичного обслуговування в Україні та розроблення науково обґрунтованих пропозицій і рекомендацій, спрямованих на удосконалення національного законодавства та кримінологічної практики.

Для досягнення визначеної мети в дисертації поставлено і вирішено такі основні *завдання*:

– дослідити та диференціювати етапи становлення і розвитку законодавства щодо кримінально-правової охорони права громадян на належне медичне обслуговування;

– розкрити сутність соціальної обумовленості та систематизувати підстави криміналізації суспільно небезпечних діянь у сфері медичної діяльності в Україні;

– визначити стан наукової розробки та охарактеризувати сучасні теоретичні підходи до визначення проблем запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності в Україні;

– надати кримінально-правову характеристику об’єкта та об’єктивної сторони кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні;

– надати кримінально-правову характеристику суб’єкта та суб’єктивної сторони кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні;

– проаналізувати та удосконалити види та розміри покарань, передбачених за вчинення кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні;

– охарактеризувати сучасний стан, структуру та динаміку кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні, узагальнити тенденції такої кримінально протиправній діяльності;

– систематизувати та охарактеризувати детермінанти, що впливають на вчинення кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні;

– визначити та удосконалити кримінологічні ознаки осіб, які вчиняють кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності в Україні;

– визначити та удосконалити кримінологічні ознаки жертв кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні;

– виявити та удосконалити заходи запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності в Україні;

– систематизувати міжнародні стандарти реалізації кримінально-правової політики у сфері охорони медичної діяльності;

– дослідити зарубіжний досвід кримінологічного захисту прав громадян на належне медичне обслуговування та виявити позитивні риси для

запозичення у національну кримінологічну практику;

Об'єктом дослідження є суспільні відносини у сфері протидії злочинності в Україні.

Предметом дослідження є теорія та практика запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності.

Методи дослідження обрано відповідно до мети, завдань, об'єкта і предмета дослідження. Методологія ґрунтується на *діалектичному підході*, який надав можливість проаналізувати та удосконалити основні теоретичні проблеми розвитку кримінологічної науки в частині запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності в Україні (всі розділи). *Позитивістський підхід* було використано для дослідження змістовних складових міжнародних та зарубіжних стандартів протидії злочинності у медичній сфері, а також виявлення способів інтеграції позитивного досвіду у національну практику (розділ 5). *Аксіологічний підхід* дозволив розглянути концепцію протидії кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності, як частину стратегії реформування медицини в Україні (розділ 4). *Герменевтичний підхід* було застосовано під час аналізу понятійно-категоріального забезпечення науки кримінального права та кримінології (розділи 1-2). У межах зазначених підходів було застосовано сукупність загальнонаукових та спеціально-наукових методів.

Компаративний та історико-правовий методи було застосовано для розгляду генезису кримінальної відповідальності за протиправні діяння у сфері медичної діяльності, а також міжнародного та зарубіжного досвіду формування кримінологічної практики у цій галузі (розділи 1 та 5); *логіко-семантичний метод* – для аналізу основних дефініцій, поглиблення понятійно-категоріального апарату, визначення особливостей організаційно-правових засад запобігання досліджуваному виду протиправних діянь (всі розділи); *метод структурно-функціонального аналізу* – для дослідження детермінаційного комплексу та кримінологічної характеристики особи медичного працівника, який вчиняє протиправні діяння у професійній сфері та його жертви (розділ 3); *догматичний* –

для аналізу способів удосконалення механізму запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичного обслуговування (розділ 4); *системно-структурний* – для визначення перспектив розвитку теоретико-правових положень щодо запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності (розділ 1 та розділ 4); *статистичні та математичні методи* – для аналізу статистичної інформації щодо кількісно-якісної характеристики кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні (всі підрозділи).

Емпіричну базу дослідження становлять аналітичні дані Міністерства внутрішніх справ України, Національної поліції України, Офісу Генерального прокурора, Міністерства охорони здоров'я, Міністерства юстиції України, щорічної доповіді Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини і громадянина, засобів медіа, матеріали аналізу судової практики (досліджено 24 вироки, розміщені в Єдиному державному реєстрі судових рішень).

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що на основі комплексного дослідження обґрунтовано нові положення щодо засад запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичного обслуговування в Україні та розроблено науково обґрунтовані пропозиції і рекомендації, спрямовані на удосконалення національного законодавства та кримінологічної практики. До найбільш вагомих результатів проведеного дослідження віднесено такі:

вперше:

– з урахуванням позитивного досвіду Великої Британії, Канади та Данії доведено доцільність впровадження в Україні культури нульової толерантності до медичної помилки шляхом створення та інтеграції системи реєстрації випадків спричинення медичним працівником шкоди здоров'ю;

– з урахуванням позитивного досвіду Сполучених Штатів Америки визначено потребу у впровадженні механізму альтернативного вирішення конфліктів, який має включати заходи, спрямовані на інтеграцію медіативних

процедур та створення при медичних закладах спеціальних служб врегулювання конфліктів;

– з урахуванням позитивного досвіду Словенії та узагальнених результатів судової та правоохоронної практики обґрунтовано потребу в розробці національної стратегії медичної грамотності, що надасть можливість знизити латентність протиправних діянь у сфері медичної діяльності, шляхом підвищення частоти звернень пацієнтів (їх представників) до правоохоронних органів;

– доведено кореляцію між очікуваними результатами реалізації Стратегії державної наркополітики на період до 2030 та станом кримінально-правової протидії незаконній видачі медичними працівниками рецептів на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин. За результатами вивчення практики Верховного Суду доведено доцільність удосконалити склад кримінального правопорушення, передбаченого ст. 319 КК України шляхом виключення із диспозиції ч. 1 цієї кримінально-правової норми вказівки на такі ознаки суб'єктивної сторони як корисливий мотив та інші особисті інтереси;

– обґрунтовано доцільність удосконалення інституту цивільно-правової відповідальності медичних працівників шляхом встановлення та закріплення розмірів відшкодування шкоди пацієнтам, які були б диференційовані залежно від ступеня тяжкості спричинених здоров'ю наслідків;

– доведено доцільність активного застосування до медичних працівників, які вчинили кримінальні правопорушення у сфері професійної діяльності, такого заходу забезпечення кримінального провадження, як відсторонення від посади.

удосконалено:

– аргументи на користь доцільності створення та розвитку інституту Уповноваженого з питань охорони здоров'я, що надасть можливість вирішити одразу декілька проблемних питань: по-перше, це підвищить ефективність надання медичних послуг, оскільки буде забезпечено додатковий контроль за діяльністю медичних працівників; по-друге, посилить захист прав пацієнтів навіть тоді, коли це не стосується вчинення щодо них кримінальних правопорушень; по-

третє, сприятиме зниженню латентності суспільно небезпечних діянь, що вчиняються у сфері медичної діяльності;

– наукові позиції щодо доцільності створення незалежних судово-медичних комісій, які проводять експертизи у справах про притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення. Аргументовано, що більшу частину членів такої комісії мають складати представники Державної установи «Інститут судової психіатрії та судової медицини Міністерства охорони здоров'я України». Зауважено, що до складу комісії також в обов'язковому порядку мають входити не менш ніж два професори кафедр судової медицини;

– положення щодо доцільності розробки та прийняття законодавчого акта, який би регулював відносини між медичними працівниками та пацієнтами, а також встановлював би права пацієнтів та механізм їх захисту;

– теоретичні підходи щодо доцільності розробки та впровадження у практичну діяльність правоохоронних органів методики розслідування кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності. Доведено, що прогалини у конструкціях окремих кримінально-правових норм, якими передбачено кримінальну відповідальність за такі протиправні діяння та складнощі в доведенні причинно-наслідкового зв'язку між діями медичного працівника та шкодою, яка була спричинена життю або здоров'ю пацієнта, є основною причиною закриття кримінальних проваджень на підставі ст. 284 КПК України;

– типові кримінологічні ознаки жертви кримінального правопорушення у сфері медичної діяльності, до яких віднесено: 1) низький рівень обізнаності у сфері охорони здоров'я; 2) низький рівень правової освіти; 3) середній ступінь віктимності; 4) високий ступінь ризику вторинної віктимізації;

– систему змін та доповнень до національного кримінального законодавства в частині удосконалення кримінально-правових норм, у яких встановлено кримінальну відповідальність за кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності в Україні.

набули подальшого розвитку:

– підходи до виявлення способів виконання заходу, передбаченого у пункті 3.2.2.4 розділу ІІІ Дорожньої карти з питань верховенства права, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 14 травня 2025 р. № 475-р, шляхом обґрунтування потреби у схваленні Концепції реформування системи охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби та інтеграції пенітенціарної медицини до єдиного медичного простору через встановлення підпорядкування пенітенціарних медичних закладів Міністерству охорони здоров'я;

– система детермінант кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності, які диференційовані на такі групи: *соціально-економічні*: 1) недостатнє фінансування системи охорони здоров'я; 2) масове внутрішнє переміщення населення та міграція за кордон; 3) психологічне виснаження медичних працівників; 4) загальне погіршення економічного становища населення; *організаційно-правові*: 1) високий ступінь латентності, обумовлений недоліками кримінально-правового та кримінального процесуального забезпечення механізму запобігання суспільно небезпечним діянням у сфері медичного обслуговування; 2) відсутність спеціальних методик розслідування кримінальних правопорушень у сфері медичного обслуговування; *військово-політичні*: 1) зниження якості навчання здобувачів вищої освіти через перехід на дистанційну/змішану форму навчання; 2) брак кадрів, зумовлений поступовим розбронюванням медичних працівників; 3) медичний колабораціонізм; *культурно-ідеологічні*: 1) непрофесійне ставлення до обов'язків медичного працівника; 2) відсутність належного розуміння норм етики;

– теоретичні підходи до визначення потреби в удосконаленні переліку кримінальних правопорушень кримінальне провадження щодо яких здійснюється у формі приватного обвинувачення. Доведено, що включення до такого переліку окремих протиправних діянь, що вчиняються у сфері медичної діяльності підвищує їх латентність та негативним чином впливає на оцінку реальної кримінологічної ситуації;

– типологія жертв кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності. Доведено, що із загальноприйнятої у віктимологічній доктрині класифікації жертв доцільно виокремити такі типи: 1) активні жертви; 2) пасивні жертви; 3) провокативні жертви; 4) латентні жертви. Доведено, що найбільш часто жертви кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності, відносяться до латентного типу.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що в дисертації запропоновано способи удосконалення механізму запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності, диференційовані за різними напрямами. Викладені в роботі висновки і пропозиції впроваджено та може бути використано в:

– *науково-дослідній роботі* – для проведення галузевих досліджень, спрямованих на подальший розвиток кримінології, зокрема щодо запобігання кримінальним правопорушенням проти життя та здоров'я особи, а також протиправних діянь, які вчиняються у професійній сфері (акт Донецького державного університету внутрішніх справ від 13 липня 2026 року);

– *законотворчій діяльності* – при розробці нових законодавчих, а також інших нормативно-правових актів, якими урегульовано діяльність правоохоронних органів у сфері запобігання кримінальним правопорушенням, а також при підготовці змін і доповнень до Кримінального кодексу України в частині удосконалення кримінальної відповідальності за кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності;

– *освітньому процесі* – при викладанні таких освітніх компонент, як: «Кримінальне право» та «Кримінологія» (акт Донецького державного університету внутрішніх справ від 13 липня 2026 року);

– *практичній діяльності* – теоретичні положення та практичні рекомендації, викладені у дисертації, можуть бути використані як елемент методики розслідування кримінальних правопорушень проти життя та здоров'я особи.

Особистий внесок здобувача. Основні наукові результати отримані

автором самостійно на основі аналізу наукових публікацій, законодавства, матеріалів медіа, а також практики судових та правоохоронних органів. Особистий внесок у публікації, виконані у співавторстві, вказано у списку праць, опублікованих за темою дисертації.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та висновки дисертації оприлюднені автором у виступах на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях та круглих столах: «Advances in law: the view of domestic and foreign scholars» (м. Рига, 2024 р.); «Theoretical foundations of law, public management and practice of their application» (м. Рига, 2024 р.); «Теоретичні та практичні проблеми реалізації норм права» (м. Кременчук, 2025 р) ; «Current Challenges in the Development of Law and Public Management and Administration» (м. Рига, 2026 р.); European Integration as a Factor in the Renewal of Legal Science in Ukraine (м. Рига, 2026 р.) ; «Права людини та публічне врядування» (м. Чернівці, 2026)

Публікації. Основні положення дисертації опубліковано в 29 наукових публікаціях, серед яких 20 статей у наукових виданнях, включених до Переліку наукових фахових видань України, 3 статті у виданнях, проіндексованих у наукометричній базі Web of Science Core Collection та Scopus, 6 тез доповідей, оприлюднених на науково-практичних заходах.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗАПОБІГАННЯ КРИМІНАЛЬНИМ ПРАВОПОРУШЕННЯМ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ

1.1. Становлення і розвиток законодавства щодо кримінально-правової охорони права громадян на належне медичне обслуговування

Кримінальні правопорушення у сфері медичного обслуговування є специфічним видом суспільно небезпечних діянь, що зумовило їх повноцінну криміналізацію лише у XX столітті. Вказане можна пояснити низкою об'єктивно існуючих факторів, основними серед яких є несвідоме ігнорування законодавцем підвищеного ступеню небезпечності спричинення шкоди здоров'ю саме медичним працівником або внаслідок медичного втручання, а також те, що тривалий час значення мав лише безпосередньо наслідок порушення законодавства у сфері медичного обслуговування без акцентування уваги на самих діяннях, які до нього призвели. Однак, не дивлячись на вказане, не можна безапеляційно стверджувати, що законодавець не робив спроб посилити межі кримінальної відповідальності за досліджуваний вид кримінальних правопорушень.

Відповідно для забезпечення більш глибокого та повноцінного розуміння генезису кримінального законодавства щодо кримінальної відповідальності та покарання за кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності необхідно розглянути основні етапи державотворення та основні джерела права, які сформували сучасне уявлення про визначені види суспільно небезпечних діянь. У цьому контексті варто погодитись зі вченими, які вказують на цінності застосування порівняльного методу. Відзначається, що порівняльний метод у кримінально-правовому дослідженні полягає у зіставленні двох чи більше таких, що можуть бути порівняні, об'єктів та виділення в них загального, спільного, схожого, відмінного та унікального. При проведенні порівняльно-правових досліджень і тим більше, при

осмисленні їх результатів слід виходити з того, що такі дослідження мають проводитися виходячи з ряду важливих принципів та базуватись на певних правилах, недодержання яких призводить до некоректності порівняльно-правових конструкцій і висновків. На сьогодні вже розроблено достатній інструментарій і сформовані певні вимоги застосування методу порівняння, що сприяють якісному дослідженні кримінально-правових явищ [141].

Це стосується і проведення історико-порівняльних досліджень, які дозволяють визначити особливості становлення та розвитку законодавства із найдавніших часів і до сьогодні. Розглядаючи медичні кримінальні правопорушення, необхідно приділити особливу увагу найдавнішому періоду.

Відтак, у найдавнішій період активно почала розвиватися медицина як окрема самостійна наука. Особливо це було помітно у Єгипті, Греції, Індії та Вавилоні. Відповідно у Греції активний розвиток медицини був наслідком вчень Гіппократа.

У відомій клятві Гіппократа було визначено: «Клянуся лікарем Аполлоном, Асклепієм, Гігією та Панакеєю, усіма богами та богинями як моїми свідками, що, згідно з моїми здібностями та судженням, я дотримуватимуся цієї Клятви та цього договору: вважати того, хто навчив мене цьому мистецтву, таким же дорогим мені, як і моїх батьків, бути його партнером у житті та задовольняти його потреби, коли це буде потрібно; вважати його потомство рівним моїм власним братам і сестрам, і навчати їх цьому мистецтву, якщо вони хотітимуть його вивчити, без плати чи договору; і що за допомогою встановлених правил, лекцій та всіх інших способів навчання я передам знання про це мистецтво своїм власним синам, синам моїх вчителів та учням, зв'язаним цим договором і які дали цю Клятву закону медицини, але нікому іншому. Я використовуватиму ті дієтичні режими, які принесуть користь моїм пацієнтам, згідно з моїми найбільшими здібностями та судженням, і я не спричиню їм шкоди чи несправедливості. Я не дам нікому смертельних ліків, якщо мене попросять, і не пораджу такий план; і так само я не дам жінці песарій, щоб зробити аборт. У чистоті та згідно з божественним

законом я буду здійснювати своє життя та своє мистецтво. Я не використовуватиму ніж, навіть до тих, хто страждає від каменів, але залишу це тим, хто навчений цьому ремеслу. У які б будинки я не входив, я входитиму туди на благо хворих, уникаючи будь-яких навмисних дій непристойності чи корупції, включаючи спокушання жінок чи чоловіків, незалежно від того, чи є вони вільними людьми, чи рабами. Все, що я бачу чи чую в житті моїх пацієнтів, чи то у зв'язку з моєю професійною практикою, чи ні, про що не слід говорити назовні, я буду тримати в таємниці, вважаючи все це приватним. Доки я буду вірно та без корупції дотримуватися цієї Клятви, нехай буде мені дано повноцінно брати участь у житті та займатися своїм мистецтвом, здобуваючи повагу всіх людей назавжди. Однак, якщо я порушу цю Клятву та порушу її, нехай моя доля стане протилежною» [21].

Виходячи із наведеного тексту клятви Гіппократа, можна підсумувати, що перелік медичних кримінальних правопорушень був визначений саме у цей період, а потім лише інтерпретувався та адаптувався під законодавство різних країн. Як видається, греки забороняли такі суспільно небезпечні діяння у медичній сфері як: 1) спричинення умисної шкоди; 2) аборт; 3) перевищення повноважень; 4) корупційні діяння; 5) спокуса жінки/чоловіка; 6) розголошення медичної таємниці [21]. Відповідно, із розвитком суспільства вказані кримінальні правопорушення зазнали відповідних змін, які було враховано на кожному етапі їх криміналізації. Одночасно із цим саме клятва Гіппократа не тільки заклала підґрунтя для формування кримінально-правової політики у сфері протидії медичним кримінальним правопорушенням, а й визначила потребу у встановленні заходів репресії за такі діяння.

Однак, цікавим фактом є те, що відповідальність лікарів диференціювалась від різних обставин та країни, де вони виконували свої професійні обов’язки. Наприклад, у римському праві існувало правило щодо провини лікаря, відповідно до якого каралась недбалість, лікарська помилка, а також шкода здоров’ю, спричинена внаслідок неправильного лікування.

Так, наприклад, у Законах Хаммурапі було вказано, що якщо лікар зробить великий розріз операційним ножем і вилікує пацієнта, або якщо він відкриє пухлину (над оком) операційним ножем і врятує око, він отримає десять шекелів грошей; якщо пацієнт є вільновідпущеником, він отримає п'ять шекелів; якщо він є рабом когось, його власник повинен дати лікарю два шекелі; якщо лікар зробить великий розріз операційним ножем і вб'є його, або відкриє пухлину операційним ножем і виріже око, йому слід відрубати руки; якщо лікар зробить великий розріз на рабі вільновідпущеника і вб'є його, він повинен замінити раба іншим рабом; якщо він відкрив пухлину операційним ножем і виколов йому око, він повинен сплатити половину її вартості; якщо лікар вилікує зламану кістку або уражену м'яку частину тіла людини, пацієнт повинен заплатити лікарю п'ять шекелів грошей; якщо він був вільним, він повинен заплатити три шекелі; якщо він був рабом, його власник повинен заплатити лікарю два шекелі [32].

Отже, як можна побачити, у Законах Хаммурапі було забезпечено комплексний диференційований підхід до відповідальності лікарів та їх заохочення. Законодавцем було передбачено не тільки найсуворіші види покарання, а і можливість відшкодувати шкоду у матеріальний спосіб. Одночасно із цим, це також залежало від статусу пацієнта, якому було спричинено шкоду. Таким чином, межі кримінальної відповідальності за протиправні діяння, пов’язані із наданням медичних послуг диференціювалась в залежності від багатьох факторів, основними серед яких були статус пацієнта, а також тяжкість спричиненої шкоди.

Цікавими для аналізу є також Дигести Юстиніана – офіційний систематизований нормативний акт класичного римського права. Необхідно відзначити, що, фактично, Дигести не передбачали прямої кримінальної або іншої відповідальності лікарів, але виокремлювали певні критерії, яка надавали можливість захистити медичну діяльність: визначення меж недбалості, професійного мистецтва та медичних зобов’язань. Можна говорити про те, що Дигести стали платформою для розвитку поняття

медичної недбалості як кримінального правопорушення у сфері професійної діяльності.

У документі вказано, що «батько матиме менше від праці свого сина через хворе око та витрати, які він поніс на його лікування. Якщо хтось легко вдарить хворого раба і той помре, Лабеон справедливо каже, що він підпадає під закон Аквілії, бо одне зазвичай фатальне для іншого. Цельс, однак, каже, що має велику різницю, чи вбив він, чи спричинив смерть, так що той, хто спричинив смерть, підлягає покаранню за вчинок, а не за Аквілією. Звідси він посилається на того, хто дав отруту як ліки, і каже, що він спричинив смерть, так само як і той, хто простягнув меч божевільному: бо навіть це підлягає покаранню не за законом Аквілії, а за вчинком. Але якщо хтось скинув когось з мосту, каже Цельс, незалежно від того, чи помер він від самого удару, чи одразу потонув, чи був знесилений силою річки, він підпадає під закон Аквілії, так само, як якби хтось кинув дитину каменем. Прокул каже, що якщо лікар несвідомо порізав раба, позов можливий або за договором, або за законом Аквілії» [15].

Таким чином, вказується на те, що обман та недбалість мають каратися відповідно до встановленого у державі порядку, якщо особа, яка спричинила смерть могла усвідомлювати потенційні суспільно небезпечні наслідки своїх дій. Теоретично встановлювалась відповідальність за кримінально протиправну недбалість та кримінально протиправну самовпевненість. Однак вказані поняття на тогочасному етапі державотворення мали інше змістовне наповнення, що дозволяло виокремлювати третій вид необережності, який, як видається із тексту Дигестів, не карався.

У Дигестах також зазначено, що «такий самий закон діє, якщо ліки були використані неправильно. Але навіть той, хто добре дотримувався і відмовився від лікування, не буде в безпеці, а вважатиметься винним у своїй провині. Також мул, якщо через недосвідченість він не зміг стримати атаку мулів, якщо вони розчавлять іншу людину, зазвичай вважається винним у своїй провині. Те саме кажуть і тоді, коли через слабкість він не зміг витримати

атаку мулів: також не здається несправедливим, якби слабкість вважалася недоліком, оскільки ніхто не повинен впливати на це, причому або він розуміє, або повинен розуміти, що його слабкість буде небезпечною для інших. Той самий закон діє і щодо особи, яка через недосвідченість або слабкість не може стримати атаку коня, на якому вона їхала» [15].

Виходячи із наведеного фрагмента, можна підсумувати, що у римському праві встановлювалась відповідальність не тільки лікаря, який призначив неправильне лікування або спричинив шкоду в інший спосіб, а і пацієнта, який зазнав такої шкоди через відмову від лікування або недотримання рекомендацій лікаря. Отже, Дигести передбачали наявність так званого принципу спільної вини.

Наприклад, було також вказано, що «так само, якщо повитуха дає ліки, і жінка в результаті цього помирає, Лабеон розрізняє ці два випадки, так що якщо вона справді дала їх власними руками, можна вважати, що вона вбила; але якщо вона дала їх для того, щоб жінка могла запропонувати їх собі, то за вчинок слід подавати позов, що є правильною думкою: бо вона радше спричинила смерть, ніж вбила. Якщо хтось силою чи переконанням введе комусь ліки, чи то через рот, чи то за допомогою ін’єкцій, або якщо він помастить його поганою отрутою, то за законом Аквілеї він має нести відповідальність, так само як повитуха відповідає за вчинок. Якщо хтось уб’є людину голодом, Нератій каже, що він має нести відповідальність за вчинок. Якщо слугу, який їде верхи, скинуть в річку пришпорені коні, і чоловік в результаті помре, Офілій пише, що за це слід подати позов: так само, якби слугу хтось завів у засідку і вбив його хтось інший. Але якщо раба вб’ють ті, хто стріляє в нього з жарту, місцем є Аквілея; але якщо, поки в інших стріляють у полі, раб проходить через це місце, Аквілея припиняється, бо він не повинен був здійснювати несвоєчасну подорож через поле стрілянини. Однак той, хто, давши завдання, вистрілив у нього, неодмінно буде утримуватися в Аквілеї» [15].

Виходячи із наведеного, також варто відзначити, що у римському праві було забезпечено чітку диференціацію ознак лікаря як особи, яка має спеціальну медичну освіту та особи, яка займається незаконною лікувальною діяльністю – повитухи. Цікавим аспектом у вказаному контексті є те, що і особа, яка не мала спеціальної медичної освіти підлягала майже аналогічній юридичній відповідальності за спричинення шкоди пацієнту. Однак лікарі підлягали також відповідальності, коли спричинили смерть рабу, що якісно відрізняє Дигести від, наприклад, Законів Хаммурапі, де за вбивство лікарем раба передбачався матеріальний вид відповідальності. Таким чином, римське право вже більш-менш зрівнювало право на життя представників усіх верств населення.

Аналогічну думку висловлюють і зарубіжні вчені. Так, наприклад, Маріно Гуарано з Неаполітанського університету у своїй праці «Preelectiones ad Institutiones fustini-ani in usum regni Neapolitan!», опублікованій у 1779 році, в контексті закону Аквілії, який стосувався протиправного заподіяння шкоди зазначив: «Особливістю цього статуту, який затверджує позов про протиправне вбивство, незалежно від того, чи було воно скоєно зі злого умислу чи через недбалість, є те, що караною є навіть найменша недбалість (culpa levissima). Особа буде звільнена від покарання лише в тому випадку, якщо вбивство сталося випадково. Тому, згідно з законом Аквілії, лікаря можна притягнути до суду, якщо той невміло порізавши вбив чужого раба під час лікування. Бо хоча брак майстерності в ремеслі сам по собі вільний від недбалості, людина, яка публічно заявляє про свою майстерність у ньому, діє недбало [35].

Таким чином, можна підсумувати, що на цьому етапі було чітко диференційовано поняття «вбивства» та «спричинення смерті», якщо такі діяння було вчинено лікарем або у зв’язку із провадженням медичної діяльності. Так, перше поняття застосовувалось тоді, коли лікар умисно своїми діями позбавив життя пацієнта; друге – коли такі наслідки знаходились у причинному зв’язку із професійною недбалістю. Отже, спричинення смерті

частіше розумілось як наслідок необережного медичного кримінального правопорушення. Відповідно було передбачено і різні межі юридичної відповідальності за такі діяння: вбивство каралось як злочин; спричинення смерті – як цивільний делікт, що відповідно передбачав матеріальне відшкодування. Саме у цей період було сформовано перелік примітивних видів медичних кримінальних правопорушень, а також первинні уявлення про медичну недбалість.

Основним джерелом права у стародавні часи була Руська Правда. На сьогоднішній день остання вважається одним із найкращих для тогочасного періоду документом, який регулював низку важливих суспільних відносин. Одночасно із цим, не можна не відзначити, що Руська Правда не містила спеціальних норм, які б визначали особливості притягнення до відповідальності медичних працівників або встановлювала перелік діянь, заборонених до вчинення у сфері медичної діяльності[1].

Вчені звертають увагу на те, що саме церква із часу самого свого заснування відіграла активну роль у справі догляду за хворими, про що є вказівки в книзі Діянь святих апостолів. Ця допомога до 313 року полягала в благодійній діяльності священнослужителів Церкви і небайдужих мирян, які не мали спеціальної медичної підготовки, але при цьому здійснювали догляд за хворими. Надання медичної допомоги та опіки над хворими особливо проявлялося в Церкві в роки епідемій. Так, під час епідемії чуми, незважаючи на великі гоніння, християни доглядали за всіма хворими – як одновірцями, так і язичниками. Поширення заразних хвороб ставало причиною виникнення особливих медичних громад, які відомі в історії під назвою «парабалани». Їхня діяльність полягала у догляді та перевезенні прокажених та інших людей із заразними хворобами та похованні померлих. Розвитку медичної справи сприяло виникнення чернецтва, яке мало вплив також і на всі види церковної благодійності. Уся соціальна діяльність у Римській імперії лежала цілком і

[1] Більш детально вказане джерело буде розглянуто нижче у цьому підрозділі.

повністю на Церкві і монастирях, і лише згодом до цієї роботи долучилася держава й приватні особи. У великих містах і при великих монастирях починають будуватися так звані «ксенони», або готелі, для проживання малозабезпечених громадян, яким було потрібне лікування. З оголошенням християнства дозволеною (313 р.), а згодом і державною релігією (382 р.) місцеві єпархії організовують під своїм патронатом медичне обслуговування хворих, особливо незаможних громадян. Перший чернечий лазарет, створений прп. Пахомієм Великим, існував ще в 324 р. і став прототипом лікарні. Із VII ст. у візантійських лікарнях працювали в основному хірурги, офтальмологи, гінекологи, акушери-гінекологи, лікарі інших спеціальностей і численний медперсонал. Від століття до століття вдосконалювалася система охорони здоров'я. Після війни з арабами і внутрішніх негараздів X–XI ст. медичні професії набувають дуже високого статусу. У XII ст. державні лікарні стають місцем надання медичної допомоги на постійній основі для всіх громадян. Влаштовувалися вони, переважно, і надалі при монастирях. У штат входили священно- і церковнослужителі [255, с. 351].

Відповідно, активний розвиток церкви, а також її поступова інтеграція у всі сфери як державного управління, так і життєдіяльності тогочасного суспільства призвело до визнання її беззаперечної влади та звернення за погодженням щодо низки важливих питань державного значення. Саме тому у розглядуваний період законодавство не мало прямих норм, якими би було врегульовано суспільні відносини у сфері захисту медичних прав громадян, першопричиною чого була відсутність безпосередньо поняття «медичних прав». Одночасно із цим також не можна говорити про те, що медичне право у Київській Русі не розвивалось взагалі.

Так, наприклад, І. Колосов справедливо відмічає, що у Київській Русі вперше: 1) було прийнято різноманітні джерела медичного права; 2) було забезпечено інструментами та обладнанням хірургів; 3) було розроблено процедуру анестезії; 4) виникли більш-менш однотипні положення про лікарні («статути»), які передбачали витрати на утримання пацієнтів, персоналу та

процедури управління; 5) було розроблено відшкодування за лікарняні дні (проте лише для бідних пацієнтів); 6) було визначено широкий спектр санітарно-гігієнічних вимог для різних аспектів народного способу життя; 7) з'явилася велика артіль наказів про прибирання; 8) було визнано статутні та приватні пожертви на добробут державної лікарняної системи; 9) з'явилися вимоги до медичного житла (у формі дружніх порад) як тло для подальших більш детальних правових приписів, які мали б впливати в епоху капіталізму; 10) було створено купецькі та цехові лікарні [11].

Однак, більшість позитивних зрушень стосувались безпосередньо розвитку медицини як науки, що було зумовлено потребою у наданні громадянам можливості забезпечувати сфери діяльності держави, оскільки смертність в Київській Русі була достатньо високою. Вказане зумовлювалось багатьма факторами, серед яких основними були відсутність базових знань та уявлень про хвороби, механізми зараження та способи лікування. До цього ж, жінки часто помирали від незадовільного перебігу вагітності та пологів, а діти – від відсутності належного піклування та годування. Відповідно висока смертність призводила до зниження демографічного рівня, що негативним чином впливало на обороноспроможність Київської Русі. Все наведене зумовлювало потребу у розвитку медичних знань. Одночасно із цим підвищення якості надання лікувальних послуг не призводило до бажаного ефекту через відсутність нормативного захисту.

Вчені відмічають, що серед нормативно-правових актів, що регулювали медичну діяльність у Київській Русі, виділяють такі основні документи, як Церковний статут і Статут Святого князя Володимира, який хрестив Руську землю, про церковні суди. Зазначені акти містили положення про «церковних людей», до яких належали і лікарі; лікарні відносились до церковних закладів [240, с. 63–64; 273, с. 41; 41] (*цитовано за В.В. Балабко – прим. авт.*).

Однак, не можна залишити поза увагою те, що, наприклад, Церковний статут також розглядає захист медичних прав громадян з релігійної точки зору. Вказане може бути пояснено тим, що більшість медичних послуг

надавались знахарями, а отже здійснювались дії з чаклунства. Те саме стосувалось і випадків, коли допомога надавалась вагітній жінці під час пологів. Відповідно і карались такі дії, якщо вони спричиняли шкоду особі або її плоду. Одночасно із цим, покарання полягало у накладенні єпитимії, а отже такі правопорушення знаходились у віданні церкви.

Вчені відзначають, що «соціально-правовий статус медичних працівників у Київській Русі зазнав розділення в рамках процесів розподілу праці та прояву особливого значення охорони здоров'я в житті та розвитку суспільства. Щодо видів медицини Київської Русі (язичницької, монастирської та світської), слід зазначити, що норми Руської юстиції та Ізборника Святослава стосуються правового регулювання світської медицини; Церковна грамота князя Володимира Великого передбачає правове регулювання монастирської медицини, а етичні норми звичаєвого права охоплюють правове регулювання язичницької медицини. Наголошується, що фундаментальні характеристики правового регулювання медичних послуг у Київській Русі можуть бути використані в контексті поточної реформи охорони здоров'я для формування її основних принципів та конкретних напрямів реалізації» [22].

Руська правда з’явилася дещо пізніше, але, її положення, здебільшого, охороняли громадян від посягання на їх здоров’я, яке полягало у спричиненні різного роду тілесних ушкоджень, ігноруючи шкоду, яка може бути спричинена лікарем внаслідок лікування. Одночасно із цим, певні норми стосувались забезпечення цивільно-правових відносин у сфері надання медичних послуг у їх тогочасному розумінні.

Упродовж наступного століття паралельно з існуванням монастирської медицини на території України розвивалася й світська (міська) система медичної допомоги. Регламентація останньої здійснювалася окремими законоположеннями Руської правди та ґрунтувалася на медичних наукових знаннях того часу. Руська правда – перший збірник законодавчих актів Київської Русі, що включав окремі норми «Закону Руського», Правду

Ярослава Мудрого, Правду Ярославичів, Статут Володимира Мономаха тощо. Наразі існує три основні редакції «Руської правди»: коротка, широка і скорочена, датовані відповідно X, XI та XV ст. [71, с. 46]. Зазначеним документом визначалися правила суспільного життя, зокрема, становище лікаря в суспільстві та рівень оплати його праці. У цей період допомогою вчених лікарів могли користуватися лише феодальна верхівка та заможні верстви населення [240, с. 64]. У ст. 2 Короткої редакції Руської Правди приписувалось обов'язок винного заплатити лікареві за послуги, надані потерпілій від тілесних ушкоджень особі [53, с. 64]. В «Ізборнику Святослава» медицина розглядалась як найвища майстерність. У документі міститься інформація як лікувати різні хвороби, подаються описи окремих лікарських засобів [229, с. 46; 186] (*цитовано за Парамоновою О.С. – прим. авт.*).

Одночасно із цим, сама медицина як і лікарські засоби були ще занадто примітивними, що призводило до збільшення кількості випадків, коли лікування призводило до негативних наслідків у виді спричинення тяжкої шкоди здоров'ю або смерті пацієнта. Відповідно, додатковим фактором було також і те, що медицина на цьому етапі державотворення продовжувала складатись із симбіозу різних підходів – знахарства, чаклунства та примітивних форм професійного лікування.

Вчені відзначають, що медицина у Київській державі (Русі) формується і розвивається як цілісна система, складовими елементами якої стають: 1) медичні знання і практичний досвід; 2) повсякденна практична лікарська діяльність; 3) регламентація відповідними законами та статутами медичної справи. Лікарі володіли знаннями про будову тіла і його функції, про причини хвороб, методами діагностики та лікування. Лікарі, що практикували у Русі, добре знали терапію, хірургію, фармакогнозію. В особливій почесті була хірургія («мистецтво різання», «залізна хитрість»). Лічці лікували рани й переломи, вправляли вивихи й грижі, виконували ампутації. Медичні знання Русі були тісно пов'язані з античними медичними знаннями та з медициною Візантії, про що свідчать однакові погляди на ряд медичних проблем.

Наприклад, подібно Гіппократу, лікарі розглядали людину як малий світ, а в ньому чотири стихії («стухії») – вогонь, вода, земля, повітря. Здоров'я – це «хороший устрій стухій», а хвороби проявляються «смутою стухій». Лікарі Київської держави, подібно до вчення Гіппократа, виділяли чотири темпераменти: «гарячий» (холерик), «сухорлявий» (сангвінік), тукосний (меланхолік), «волгостний» (флегматик). Щодо профілактики хвороб вважалося, що пригнічення психіки, як і лінощі – перші сходинки до хвороби. Довго спати дозволялося лише мертвим. Здорова людина має лягати спати із настанням сутінок, а прокидатися разом з птахами. У діагностиці обов'язковим було «смотрєніє урінне в стєкляницях». Свої практичні знання і навички з гігієни, лікознавства, діагностики, лікування та профілактики хвороб лікарі й лічці доповнювали теоретичними положеннями із грецьких, римських, візантійських та арабських енциклопедій [47, с. 122].

Проте, не дивлячись на формування та розвиток медичних знань, відсутність нормативно-правового захисту суспільних відносин у цій сфері продовжувало негативним чином впливати на зростання кількості необережних тяжких тілесних ушкоджень та смертей, внаслідок неправильного лікування або недієвих та отрутних ліків. Не останню роль також відігравало те, що покарання за такі суспільно небезпечні діяння продовжували відноситись до компетенції церкви, значення якої для розвитку держави та суспільства продовжувало зростати.

Реформи Карла Великого підняли статус церкви і значно підвищили її ефективність і важливість як впливового суспільного інституту. Водночас, імператор прагнув досягти більшого контролю над життям церкви у всіх її аспектах, в порівнянні з будь-яким правителем епохи пізньої античності або раннього середньовіччя. Таке зміцнення церковних інститутів і відродження канонічного права було першою спробою церковної реформації. Незабаром після смерті великого імператора в 814 році, створений ним режим почав слабшати і, в кінцевому результаті зазнав краху, на деякий час сповільнивши реформи не тільки у церковному та канонічному праві, а й узагалі у правовій

системі раннього Середньовіччя. Канонічне право в християнській Європі виникло у вигляді відносно невеликого зводу інструкцій і норм, які регламентували правила поведінки і дотримання ієрархічних відносин в християнських громадах, що поширилися по всьому Середземномор'ю протягом перших трьох століть нашої ери. З часів правління Костянтина система церковного права росла і процвітала під патронажем християнських імператорів. У міру набуття церквою власності і впливу в суспільстві, її керівники отримували і нові засоби примусу і контролю. За цих обставин закони церковного права в разі потреби множилися. Заперечення кліру проти втручання в церковні справи з боку мирян, в тому числі знаті і навіть королів, не припинялися і прийняли форму потужного реформаторського руху в церкві, члени якого забезпечували контроль за справами папської адміністрації в середині XI століття. Реформатори бачили в канонічному праві важливий засіб для підтримки своїх зусиль врятувати церкву від зла мирського контролю. Результати привели до посилення правової системи церкви [124].

Відповідно, можна підсумувати, що на цьому етапі медицина почала зазнавати активного розвитку, тоді як розвиток кримінальної відповідальності за вчинення кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності залишався статичним. Основним негативним чинником, який зумовлював таку ситуацію був надмірний вплив церкви на розвиток держави, а також відсутність у тогочасного законодавця розуміння ролі та значення медицини, а також суспільної небезпечності наслідків, які може мати неправильне лікування або недбалий підхід лікаря до виконання професійних повноважень.

У Галицько-Волинському королівстві медицина продовжує розвиватися за традиціями Київської Русі, тільки вже під впливами західноєвропейської медицини. Для рукописів і книг із медицини цього періоду характерне використання в них не тільки грецьких та церковнослов'янських слів, а й латинських, німецьких, польських та чеських слів і зворотів. Лікуванням хворих в усіх поселеннях займалися народні лічці. Медичну допомогу надавали також лікарі-ченці в монастирях. В Галицькій (Червоній) Русі були

засновані і діяли православні та католицькі монастирі і церкви. При новозаснованих монастирях створювалися притулки для хворих, немічних і бідних, відкривалися монастирські лікарні (шпиталі). Ченці-лікувальники, притулки й шпиталі були при відомих на той час Почаївській лаврі (заснована у 1250 році біля села Почаїв на Тернопільщині), Зарваницькому монастирі (заснований у 1245 році біля села Зарваниця на Тернопільщині), у Манявському скиті (заснований у XIII столітті біля села Манява Богородчанського району на Івано-Франківщині). Лікарі-ченці лікували хворих і навчали лікарів. У XIII столітті в печерному Манявському Скиті у сивобородих ченців навчався мистецтву лікування і через три роки повернувся до рідного села Тухля не тільки лікарем, а й громадським діячем головний герой однойменної історичної повісті Івана Франка – Захар Беркут. З'являється можливість здобувати медичну освіту в європейських університетах. Світські лікарі, які навчилися медицині в західноєвропейських університетах, практикують у великих містах і при княжих дворах. Крім монастирських, у містах з'являються й світські лікарні. У XII столітті в Західній Європі, за винятком Італії, хірургія майже цілком переходить до рук хірургів-ремісників, яких називали цирульниками. Хірурги-ремісники, які робили дрібні хірургічні втручання, кровопускання, видалення зубів, витини каменів, лікували переломи і вивихи, появляються й у Галицько-Волинській державі. Військо у поході супроводжували тільки цирульники. Були й мандрівні хірурги-ремісники, що їздили з міста до міста і надавали медичну допомогу хворим, одночасно рекламуючи і удосконалюючи свою лікарську майстерність [47, с. 125-126].

Необхідно відзначити, що в межах дослідження особливої уваги заслуговують Литовські статути, які вважались одними із найбільш систематизованих та виважених правових документів епохи середньовічного права. Литовські Статути, як і попередні джерела права, не передбачали інституту кримінальної відповідальності за кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності. Відповідно документи передбачали покарання за

медичні злочини, аналогічне тому, що було встановлено за вчинення необережного суспільно небезпечного діяння, а отже і лікар не вважався спеціальним суб'єктом кримінального правопорушення навіть у примітивному тогочасному розумінні. Лише у третьому Литовському Статуті 1588 року законодавець не тільки диференціював межі кримінальної відповідальності за спричинення різної тяжкості тілесних ушкоджень, а також умисних та необережних кримінальних правопорушень, а й встановив заборону на незаконну лікувальну діяльність, а також проведення абортів особами, які не мають спеціальної медичної освіти. Кваліфікована відповідальність встановлювалась, якщо такі дії призводили до настання тяжких для жінки наслідків.

Необхідно відзначити, що більшість наступних за Литовськими Статутами джерел права також майже не виокремлювали положень, які б були спрямовані на забезпечення кримінально-правового захисту суспільних відносин у сфері надання медичної допомоги та медичних послуг. Зокрема, наприклад, у Артикулі воїнському лише побічно розглядалися особливості відповідальності лікарів за недбалість, у Зводі законів Російської імперії взагалі не було спеціальних норм, які б чітко визначали межі кримінальної відповідальності та покарання лікарів, а лише були положення щодо відповідальності за злочини проти життя та здоров'я особи; в Уложенні про покарання кримінальні та виправні так само, як і у Кримінальному уложенні 1903 року визначались окремі особливості притягнення до відповідальності за незаконний аборт, фальсифікацію медичних документів та медичну недбалість.

Така ситуація зберігалась до середини XX століття, а саме – до прийняття КК України 1960 року. Так у кримінальному законодавстві у главі III «Злочини проти життя, здоров'я, волі і гідності особи» було передбачено кримінальну відповідальність за такі дії як: 1) зараження вірусом імунодефіциту людини медичними, фармацевтичними працівниками та працівниками інших сфер –неналежне виконання медичними,

фармацевтичними працівниками або працівниками інших сфер своїх професійних обов'язків через недбале або несумлінне до них став; те саме діяння, якщо воно спричинило зараження вірусом імунодефіциту людини двох або більше осіб (ст. 108-3 КК); 2) розголошення відомостей про проведення медичного огляду на зараження вірусом імунодефіциту людини та його результатів – розголошення медичним працівником або іншою посадовою особою відомостей про проведення медичного огляду особи на зараження вірусом імунодефіциту людини або захворювання на СНІД та його результатів, що стали їй відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків (ст. 108-4 КК); 3) незаконне проведення аборту – незаконне проведення лікарем аборту; проведення аборту особою, що не має спеціальної медичної освіти; незаконне проведення аборту, що спричинило тривалий розлад здоров'я або смерть (ст. 109 КК); 4) неподання допомоги хворому особою медичного персоналу – неподання без поважних причин допомоги хворому особою медичного персоналу, яка зобов'язана, згідно з встановленими правилами, подати таку допомогу, якщо це завідомо для медичного працівника могло спричинити тяжкі наслідки для хворого; те саме діяння, якщо воно спричинило тяжкі наслідки (ст. 113 КК) [153].

Після проголошення незалежності України, у 1992 році було прийнято Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я», в якому було визначено, що кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя. Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення

гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості. У ст. 80 законодавчого акту також було зазначено, що особи, винні у порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством [131].

Відповідно із прийняттям у 2001 році чинного Кримінального кодексу України перелік кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності було не тільки збережено, а й розширено: неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 131 КК); розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 132 КК); незаконне проведення аборту (ст. 134 КК); неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей (ст. 137 КК); незаконна лікувальна діяльність (ст. 138 КК); ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 КК); неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140 КК); порушення прав пацієнта (ст. 141 КК); незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142 КК); порушення встановленого законом порядку трансплантації анатомічних матеріалів людини (ст. 143 КК); насильницьке донорство (ст. 144 КК) [154]. Окремі суспільно небезпечні діяння також перебачено у розділі, у якому систематизовано кримінальні правопорушення проти здоров’я населення.

У проєкті нового кримінального законодавства члени робочої групи запропонували, як видається, більш системний підхід до визначення меж кримінальної відповідальності та покарання за вчинення кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності, що було забезпечено шляхом систематизації таких суспільно небезпечних діянь в одному розділі – 5.1. Кримінальні правопорушення проти порядку охорони здоров’я людей. Такі

суспільно небезпечні діяння вченими було диференційовано на злочини: примушування до надання згоди на вилучення анатомічних матеріалів людини; одержання, прохання або вимагання хабара за просування медичної продукції; діяльність у сфері охорони здоров'я без належного дозволу; підроблення медичної продукції та поводження з нею; порушення санітарно-протиепідемічних норм та правил, що створило небезпеку спричинення шкоди; порушення санітарно-протиепідемічних норм та правил, що з необережності спричинило тяжку шкоду; незаконне поводження з небезпечною для життя людини продукцією; порушення правил поводження з інфекційними агентами, токсинами чи продуктами біотехнологій, що створило небезпеку спричинення шкоди; порушення правил поводження з інфекційними агентами, токсинами чи продуктами біотехнологій, що з необережності спричинило тяжку шкоду; клонування людини або незаконні біомедичні досліди щодо людини чи ембріона людини; порушення порядку проведення доклінічного вивчення лікарського засобу чи медичного виробу або клінічного випробування (дослідження); порушення порядку допуску на ринок лікарського засобу, а також проступки: порушення порядку здійснення діяльності щодо анатомічних матеріалів; порушення права на безоплатну медичну допомогу; незаконне поводження з продукцією, небезпечною для здоров'я людини; порушення санітарно-протиепідемічних норм та правил, що з необережності спричинило значну шкоду; порушення правил поводження з інфекційними агентами, токсинами чи продуктами біотехнологій, що з необережності спричинило значну шкоду [146].

Таким чином, проведене дослідження надало підставу для констатації, що медицина як наука почала своє становлення у найдавнішій період, тоді як активний розвиток відбувся у період середньовіччя. Одночасно із цим, примітивне уявлення про перелік заборонених діянь у сфері медичної діяльності сформувалось разом із появою клятви Гіппократа, яка визначала межі відповідальності лікаря за спричинення шкоди пацієнту. Не дивлячись на те, що перманентно на різних етапах розвитку держави та суспільства у

правових документах з’являлись положення, які визначали межі відповідальності за кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності, більш системний підхід було реалізовано лише у ХХ столітті – із прийняттям кримінального законодавства України 1960 року, який було розвинено у чинному КК України 2001 року. Аналіз контрольного тексту нового кримінального законодавства України надає підставу для констатації, що вчені забезпечили посилення кримінальної відповідальності за досліджуваний вид кримінальних правопорушень, шляхом об’єднання таких діянь відповідно до родового об’єкту в одному розділі.

Підсумовуючи, важко не погодитись із твердженням зарубіжних вчених щодо того, що формування правил, що регулюють поведінку будь-якої соціальної групи, залежить від того, чи визнається така група визнається законом і яким чином, а після визнання в законі, ця початкова модель може залишатися довго після того, як вона перестане бути доречною. У цьому випадку на зазначений процес впливали уявлення про те, чим є «медицина», ким були як лікарі, так і, з запізненням, пацієнти, і яку роль кожен з них мав відігравати в охороні здоров'я. Це не статичні значення, і оскільки вони змінюються або на перший план виходять інші, поточні моделі необхідно переглядати. Нездатність оцінити як розгортався цей процес, робить вивчення чинного законодавства неповним. Розуміння того, як і чому розвивалося законодавство, гарантує, що аналіз законодавства буде більш обґрунтованим – враховуючи не лише легко помітні зміни, але й інерцію розвитку та відповідні рушійні сили всередині системи – і може спонукати інші системи задуматися про власний розвиток у цій галузі та поставити під сумнів, чи залишається цей вибір доречним [17]. Наведене свідчить про те, що тільки тоді, коли медицина зазнала найбільш активного розвитку беззаперечною та нагальною виявилась проблема її кримінально-правового захисту.

1.2. Соціальна обумовленість криміналізації суспільно небезпечних діянь у сфері медичної діяльності в Україні

Аналіз якості та ефективності кримінально-правових заходів реагування на злочинність, у першу чергу, потребує з’ясування наявності або відсутності всіх обставин соціальної обумовленості криміналізації певного виду суспільно небезпечних діянь. В останні роки у національне кримінальне законодавство було внесено низку змін та доповнень, більшість із яких стали результатом або виконання державою міжнародно-правових зобов’язань, або були спрямовані на забезпечення потреб, зумовлених введенням у дію особливого правового режиму воєнного стану. Одночасно із цим, можна виокремити низку кримінально-правових норм Особливої частини КК України, які в останні роки майже ніколи не піддавались перегляду та актуалізації. Одними із таких норм є ті, якими встановлено кримінальну відповідальність за кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності в Україні.

Така ситуація може бути пояснена низкою факторів, одним із основних серед яких є, як видається, їх низький кількісний показник, що створює хибне уявлення про те, що більшість таких кримінально-правових норм є «мертвими» або «дрімаючими».

Так, наприклад, В.О. Єгорова, розглядаючи підстави криміналізації незаконного проведення дослідів над людиною, зазначила, що виникає парадокс: з одного боку, норма не діє (відсутнє регулятивне законодавство і процесуальні можливості доведення такого злочину), а з іншого боку – виключення цієї норми з КК породить ще більше проблем і негативно відіб'ється на стані захищеності прав і свобод людини. Ввівши до КК України норму щодо незаконних дослідів над людиною, законодавець зробив великий крок уперед, і, по суті, пішов на випередження. З точки зору врахування потреб суспільства це добре, але з іншого боку, криміналізація діяння за відсутності відповідних умов для ефективної дії норми фактично робить її непрацюючою, іншими словами, «мертвою». Враховуючи наведені обставини, а також той факт, що незаконне проведення дослідів над людиною порушує закріплені Конституцією права та свободи громадян України, криміналізація

цього діяння виступила, хоча і дещо передчасним, але закономірним та соціально обумовленим кроком [122, с. 62].

Відповідно, відсутність поширеності кримінальних правопорушень, що вчиняються у медичній сфері зумовлюють відсутність зацікавленості законодавця в актуалізації відповідних кримінально-правових норм. Отже, враховуючи наведене, видається за доцільне зупинитись більш детально на з'ясуванні наявності обставин соціальної обумовленості криміналізації суспільно небезпечних діянь у сфері медичної діяльності в Україні.

Відтак, О.О. Пащенко вказує, що у кримінально-правовій доктрині слід виділяти: а) соціальну обумовленість кримінальної відповідальності за певний вид діянь (або соціальну обумовленість їх кримінально-правової заборони, іноді навіть використовують зворот «соціальна обумовленість криміналізації»); б) соціальну обумовленість певного закону про кримінальну відповідальність (тобто конкретної норми КК). Іноді ще пишуть про соціальну обумовленість певного виду злочину, але це вже питання кримінології, бо стосується причин і умов, які пояснюють існування в суспільстві певних негативних (небезпечних) діянь. «Соціальна обумовленість кримінальної відповідальності» за діяння певного виду – поняття вужче за «соціальну обумовленість певного закону про кримінальну відповідальність», оскільки друге охоплює ще також вимоги законодавчої техніки (тобто вони співвідносяться як частка і ціле)… [188, с. 57].

У контексті наведеного необхідно звернути увагу на те, що не всі кримінальні правопорушення, які вчиняються у сфері медичної діяльності згруповані відповідно до родового об'єкта в одному розділі, що певним чином ускладнює узагальнення та систематизацію обставин соціальної обумовленості їх криміналізації. Така ситуація може бути зумовлена тим, що під час криміналізації таких суспільно небезпечних діянь законодавцем акцентувалась увага на різних підставах, що призвело до диференціації їх по різним розділам кримінального законодавства. Ще одним аспектом могло бути орієнтування на міжнародно-правові документи, які визначають суспільні

відносини, на які здійснюється кримінально-протиправний вплив. Прикладом останньої тези є криміналізація фальсифікації лікарських засобів або обіг фальсифікованих лікарських засобів, вчинена медичним або фармацевтичним працівником. Так, кримінальне законодавство було доповнено ст. 321-1 у 2011 році після підписання Україною Конвенції Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я [144].

У ст. 5 розділу II вказаного документа зазначено, що кожна Сторона вживає необхідних законодавчих та інших заходів для визнання злочинами за своїм національним законодавством умисного виготовлення підробленої медичної продукції, активних речовин, ексципієнтів, частин, матеріалів та аксесуарів. Стосовно лікарських препаратів та, у разі необхідності, пристроїв медичного призначення, активних речовин та ексципієнтів пункт 1 також застосовується до будь-якої їхньої фальсифікації. Кожна держава або Європейський Союз під час підписання або передачі на зберігання своєї ратифікаційної грамоти або документа про прийняття чи затвердження може в заяві, адресованій Генеральному секретарю Ради Європи, залишити за собою право не застосовувати пункту 1 або застосовувати його тільки в окремих випадках або за певних умов, що стосується ексципієнтів, частин та матеріалів, а також не застосовувати пункту 2 або застосовувати його тільки в окремих випадках або за певних умов, що стосується ексципієнтів [144]. Ст. 8 Конвенції [144] визначає перелік подібних злочинів, що загрожують охороні здоров'я, що вказує на те, що основними суспільними відносинами, на які здійснюється кримінально протиправний вплив у європейських документах визначено суспільні відносини у сфері охорони здоров'я. Хоча фактично вказані діяння входять також і до сфери медичного обслуговування.

Поняття «соціальна обумовленість» і «криміналізація» не є синонімами. Перше поняття, на відміну від другого, немає сенсу розуміти як процес і результат, а також розглядати його в динаміці й у статиці. Так само не існує широкого і вузького розуміння терміна «соціальна обумовленість», що є характерним для криміналізації. Питання про те, який із зазначених термінів є

більш вдалим, виглядає не зовсім коректним, оскільки воно пов’язане з оцінкою двох різних юридичних феноменів. Про криміналізацію слід вести мову, коли йдеться про суспільно небезпечні діяння (явища об’єктивної дійсності), а соціальна обумовленість стосується вже не діянь, а закону про кримінальну відповідальність. Тому, ведучи мову про нього (або про кримінально-правові норми), використовувати термін «криміналізація» вчені вважають недоречним [188, с. 58].

Як видається, соціальна обумовленість є сукупністю обставин, які зумовлюють потребу у криміналізації певного виду суспільно небезпечного діяння. Одночасно із цим, не можна не відмітити, що більшість таких обставин є майже аналогічними підставам криміналізації. Окремі вчені також виокремлюють підстави кримінально-правової заборони.

Так, О.О. Пащенко узагальнив такі обставини соціальної обумовленості охоронних кримінально-правових норм (законів про кримінальну відповідальність): наявність можливості боротьби з діянням за допомогою кримінально-правових засобів; наявність ресурсів для здійснення кримінального переслідування; співрозмірність позитивних і негативних наслідків заборони; повнота і ненадмірність заборони; повнота складу злочину [187].

Д.О. Балобанова вказує, що до підстав кримінально-правової заборони відносяться: 1) суспільна небезпека; 2) типовість і достатня поширеність антигромадської поведінки, але з урахуванням ступеня суспільної небезпеки та страху населення перед злочинністю; 3) динаміка суспільно небезпечних діянь із урахуванням причин і умов, що їх породжують; 4) необхідність впливу кримінально-правовими заходами, при цьому було б бажаним враховувати, що кримінальна репресія – крайня форма протидії найнебезпечнішим формам девіантної поведінки; 5) врахування можливостей системи кримінальної юстиції в протидії тим або іншим формам антигромадської поведінки, і як їхня складова – наявність матеріальних ресурсів для реалізації кримінально-правової [42, с. 11].

Виходячи із наведеного, можна підсумувати, що у першому випадку О.О. Пащенко [187] акцентує увагу на тому, що обставини соціальної обумовленості криміналізації визначають якість самої кримінально-правової норми. Вчений намагається систематизувати ознаки, які дозволяють оцінити ефективність кримінально-правової протидії суспільно небезпечним діянням, а також значення цієї норми для прогнозованих змін у кримінологічній ситуації. Д.О. Балобанова [42, с. 11] акцентує увагу саме на репресії як єдиному беззаперечно ефективному заході кримінально-правового впливу. Центральним критерієм вчена визначає суспільну небезпечність, що відтворює превентивну функцію кримінально-правової заборони. Одночасно із цим, в межах цього дослідження видається доцільним розглянути саме обставини соціальної обумовленості криміналізації суспільно небезпечних діянь у сфері медичної діяльності, які можуть бути систематизовані за пропозицією О.О. Пащенка.

Відтак, криміналізація у сфері медичної діяльності є процесом виявлення у цій галузі суспільно небезпечних форм індивідуальної поведінки її суб'єктів, визнання допустимості, можливості й доцільності кримінально-правової боротьби з ними та результатом у вигляді фіксації таких діянь у законі про кримінальну відповідальність як злочинних і караних. При визначенні кола факторів, які істотно впливають на процеси та результати криміналізації в сфері медичної діяльності значну роль відіграють підстави криміналізації та криміналізаційні приводи. Підставою криміналізації діянь у сфері медичної діяльності слід визнати суспільну небезпечність деяких видів поведінки суб'єктів під час надання медичної допомоги чи послуги, використання знань і можливостей медицини. В цілому практика криміналізації суспільно небезпечних діянь у сфері медичної діяльності в Україні спрямована на захист суспільних відносин як від посягань, що «традиційно» визнаються злочинами (незаконне проведення аборту, ненадання або неналежне надання медичної допомоги) так і від злочинів, заборона на які введена вперше («нова» злочинність) [276, с. 63].

Проте перелік кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності з моменту прийняття чинного кримінального законодавства 2001 року майже не оновлювався. Здебільшого, це стосується діянь, викладених у II розділі КК України, оскільки ті, що передбачені у розділі XIII є більш динамічними, що пов'язано із виконанням Україною низки міжнародно-правових зобов'язань та регулярним оновленням кримінально-правових норм, у яких встановлено кримінальну відповідальність за суспільно небезпечні діяння у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів та інші кримінальні правопорушення проти здоров'я населення. Вказане свідчить про те, що висока латентність таких протиправних діянь створює хибне уявлення про те, що останні не є відносно поширеними, а отже не потребують виявлення нових форм такої кримінально протиправної діяльності.

Вчені вказують, що причини криміналізації зазначених діянь (криміналізаційні приводи) неоднакові – потреби підвищення правових гарантій забезпечення права громадян на охорону здоров'я шляхом посилення особистої відповідальності медичних й фармацевтичних працівників за наслідки професійної діяльності, оцінки ризикованих наслідків розвитку науково-технічного прогресу в сфері медицини, необхідність виконання державою деяких міжнародно-правових зобов'язань або слідування рекомендаціям міжнародних організацій. Вітчизняний законодавець приділяє увагу питанням кримінально-правової охорони суспільних відносин у сфері використання новітніх біомедичних технологій, але концентрує її поки що в напрямку забезпечення захисту відносин у сфері трансплантації органів і тканин людини. КК в теперішній час поки що не дозволяє забезпечити протидію іншим суспільно небезпечним формам використання біомедичних технологій, які вже відомі в світі та знайшли відображення у міжнародному праві та в іноземному кримінальному законодавстві. Зокрема, це стосується встановлення кримінальної відповідальності за недозволені генетичні маніпуляції, клонування людини [276, с. 63-64].

Отже, потреба у криміналізації кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності є беззаперечною. Одночасно із цим, існує нагальна потреба у визначенні обставин її соціальної обумовленості, що дозволить встановити дотримання законодавцем принципів юридичної техніки, логіки та доцільності встановлення кримінальної відповідальності за такі правопорушення.

Відтак, першою обставиною, відповідно до позиції О.О. Пащенка, є ***наявність можливості боротьби з діянням за допомогою кримінально-правових засобів.*** Можливість боротьби з діянням за допомогою кримінально-правових засобів – це власне можливість виявлення, розслідування і доказування відповідних діянь, а не «ціна» здійснення такої можливості. Тому під час встановлення цієї обставини соціальної обумовленості слід з’ясовувати лише те, чи взагалі можна чи ні це зробити на сучасному рівні розвитку науки і техніки. А от втрати для економіки внаслідок криміналізації відповідних діянь слід розглядати як складову іншої обставини: «співвідношення позитивних і негативних наслідків заборони» [187, с. 391].

Регулювання діяльності у сфері медичного обслуговування здійснюється засобами, передбаченими низкою нормативно-правових актів, зокрема:

– Конституцією України (ст. 28 – ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує його гідність, поводженню чи покаранню. Жодна людина без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим дослідам; ст. 49, охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. 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 розвиткові лікувальних

закладів усіх форм власності. Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя [145].

– Законом України від 19.11.1992 № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров’я», який визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості [131];

– Законом України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості, реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів (включаючи допоміжні засоби) за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій [130];

– Законом України від 04.04.1996 № 123/96-ВР «Про лікарські засоби», який регулює правовідносини, пов’язані із створенням, реєстрацією, виробництвом, контролем якості та реалізацією лікарських засобів, у тому числі лікарських засобів, вироблених з крові людини та плазми крові (препаратів крові), переробкою, транспортуванням, зберіганням і розподілом компонентів крові, що використовуються для виробництва лікарських засобів, визначає права та обов’язки підприємств, установ, організацій і громадян, а також повноваження у цій сфері органів виконавчої влади і посадових осіб [127];

– Законом України від 22.02.2000 № 1489-III «Про психіатричну допомогу», який 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, навчання осіб, які страждають на психічні розлади, регламентує права та обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійсненні соціального захисту та навчання осіб, які страждають на психічні розлади [132];

– Законом України від 05.07.2012 № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу», який визначає організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, та засади створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги [128];

– Законом України від 17.05.2018 № 2427-VIII «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», який визначає засади державної політики у сфері застосування трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією [129].

Перелічені законодавчі акти визначають суспільні відносини, які потребують захисту шляхом встановлення юридичної відповідальності за посягання на них. В юридичній науці такими засобами є дисциплінарна, цивільно-правова, адміністративно-правова та кримінально-правова відповідальність. Дисциплінарна відповідальність передбачає застосування до медичних працівників певних стягнень, як правило, за порушення трудової дисципліни, норм медичної етики або загальних правил професійної медичної діяльності. Цивільно-правова відповідальність полягає у встановленні порядку та підстав відшкодування шкоди, яка полягає у ненаданні або неналежному наданні професійної медичної допомоги тощо. Однак випадки притягнення медичних працівників до цивільно-правової відповідальності не є розповсюдженими.

Вчені відмічають, що проблема цивільної відповідальності медичного закладу (установи) за шкоду завдану, наприклад, неналежним виконанням (не

виконанням) лікарем (медичним персоналом) своїх обов'язків щодо профілактики, діагностики, лікування захворювань осіб під час виконання своїх трудових (службових) обов'язків є досить складним і спірним питанням, оскільки існують й досі низка не вирішених проблемних моментів. Сьогодні майже відсутнє детальне та ефективне правове регулювання процедур відшкодування шкоди і притягнення до відповідальності медичних закладів (установ) та лікарів (медичних працівників) за шкоду, заподіяну ними життю та (або) здоров'ю пацієнта. На рівні законів діють лише загальні декларативні норми про відшкодування шкоди, заходи відповідальності. Судова практика не рясніє прикладами притягнення лікарів (медичних працівників) до відповідальності. Саме тому існуюче законодавство в сфері охорони здоров'я потребує удосконалення особливо у частині запровадження обов'язкового страхування професійної відповідальності лікарів (медичних працівників) [234].

Логічним поясненням такої позиції є те, що на сьогоднішній день норми цивільного законодавства України не визначають особливостей притягнення до цивільно-правової відповідальності саме медичних працівників, а також порядку відшкодування специфічного виду шкоди. Ще одним негативним аспектом, який гальмує цей процес є складність у встановленні причинно-наслідкового зв'язку між діями або бездіяльністю медичного працівника та шкодою, яку було спричинено пацієнту.

При умові, що цивільно-правова відповідальність є основним і найбільш ефективним засобом забезпечення захисту особистих немайнових прав (життя і здоров'я) пацієнтів при наданні медичної допомоги, який в умовах сучасних правових перетворень набуває особливого значення. Сфера медицини є єдиною сферою суспільних відносин в Україні, де норми цивільного законодавства мають всебічно захищати права пацієнтів. Проте, все ще поступається застарілим відносинам, коли пацієнт знаходиться в безправному, залежному від системи охорони здоров'я становищі. Кількість хворих, які померли або покалічені умисним (коли ставлять неіснуючі діагнози і лікують

з метою викачування грошей) або непрофесійним, неправильним лікуванням, зростає з кожним роком. Домогтися відшкодування шкоди вкрай важко: кругова порука, правила корпоративної честі, корупція. Незалежної судово-медичної експертизи практично не існує. А якщо її і створити, надавши її висновками офіційний статус доказів, то не виключено, що дуже скоро вона стане залежною не тільки від системи охорони здоров'я, але від грошей, які сторона спору буде згодна викласти за потрібний їй висновок [234].

А.В. Смоловий вказує, що основними способами вирішення окреслених проблем можуть стати впровадження спеціалізованих норм у Цивільний кодекс України: додання окремого розділу, присвяченого медичній відповідальності. Створення ефективної системи досудового врегулювання спорів: запровадження обов'язкової процедури медіації перед зверненням до суду у справах щодо медичної відповідальності. Посилення гарантій захисту прав пацієнтів: впровадження інституту «захисника прав пацієнтів» на рівні медичних закладів та регіональних управлінь охорони здоров'я. Вдосконалення системи страхування професійної відповідальності медичних працівників: розробка законодавчої бази, встановлення мінімальних страхових сум. Покращення системи експертної оцінки якості медичної допомоги: створення незалежного органу з проведення медичних експертиз. Ці заходи могли б суттєво вдосконалити правове регулювання цивільно-правової відповідальності медичних працівників в Україні, забезпечуючи баланс між захистом прав пацієнтів та створенням сприятливих умов для професійної діяльності медиків [235].

Отже, як видається, цивільно-правові заходи не здатні ефективно захистити суспільні відносини у сфері медичної діяльності, що підтверджує потребу у створенні поступового організаційно-правового механізму запобігання та протидії таким деліктам. Одночасно із цим, вчені вірно відмічають наявність корупційних ризиків, які тільки унеможливлюють ефективне зниження кількісного показника правопорушень у сфері медичної діяльності. Як видається, одним із чинників, які вплинули на таку ситуацію є

відсутність кримінальної відповідальності медичного працівника за кримінальні правопорушення у сфері службової діяльності та професійної діяльності, пов'язаної із наданням публічних послуг.

Вчені відмічають, що юридична відповідальність за корупційні правопорушення в медичній сфері України є ключовим елементом загальнонаціональної стратегії боротьби з корупцією, яка має на меті забезпечити прозорість, справедливість і ефективність системи охорони здоров'я. З огляду на особливу соціальну значущість цієї сфери, будь-які прояви корупції мають не лише правовий, а й глибокий гуманітарний вимір, оскільки прямо впливають на доступ громадян до якісної медичної допомоги та безпеки життя і здоров'я. Проте сучасний стан застосування юридичної відповідальності в цій галузі демонструє низку серйозних проблем – від формального підходу до кваліфікації правопорушень і вибірковості у правозастосуванні до низької ефективності досудового розслідування, відсутності спеціалізованої статистики і недостатньої залученості громадянського суспільства. Кримінальна, адміністративна та дисциплінарна відповідальність, які передбачені антикорупційним законодавством, повинні функціонувати як взаємопов'язані й скоординовані механізми, що дозволяють ефективно реагувати на весь спектр корупційних діянь – від побутових хабарів до масштабних зловживань на рівні керівництва закладів охорони здоров'я. Водночас, для досягнення реальної дієвості юридичної відповідальності необхідне не тільки вдосконалення нормативно-правової бази, а й підвищення рівня правової культури, розвиток внутрішніх етичних стандартів у медичних установах, зміцнення інституційної спроможності антикорупційних органів, а також забезпечення захисту викривачів і прозорості розслідувань [185].

Таким чином, логічним висновком є те, що вказані види юридичної відповідальності забезпечують якість надання медичних послуг та можливість отримати компенсацію за порушення прав пацієнта. Проте основними засобами захисту сфери медичного обслуговування є адміністративно-правова

та кримінально-правова відповідальність. Аналіз адміністративного законодавства надав підставу для констатації, що на сьогоднішній день межі адміністративно-правової відповідальності за правопорушення у сфері медичної діяльності не є достатніми для забезпечення превенції. Одним із основних адміністративних правопорушень у досліджуваній сфері є порушення обмежень, встановлених для медичних і фармацевтичних працівників під час здійснення ними професійної діяльності, а також ті самі дії, вчинені повторно протягом року після накладення адміністративного стягнення за порушення, передбачені частиною першою статті, адміністративна відповідальність за вчинення якого передбачена у ст. 44-2 КУпАП.

А.Б. Касумова вказує, що на рівні нормативного тлумачення питання щодо диференціації видів адміністративних правопорушень, суб'єктом яких є медичні працівники деякою мірою знайшло своє відображення в листі Міністерства юстиції України від 20 червня 2011 року «Відповідальність медичних працівників», у якому до адміністративних правопорушень у галузі охорони здоров'я населення віднесено такі: порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм (ст. 42 КУпАП); незаконне виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах (ст. 44 КУпАП); порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів (ст. 45-1 КУпАП) [69; 139]. Резюмуючи перераховані підходи, можна визначити, що перелік адміністративних правопорушень, суб'єктом вчинення яких є медичний працівник, опосередковано визначений на рівні глави 5 КУпАП «Адміністративні правопорушення в галузі охорони праці та охорони здоров'я населення». Це, зокрема, статті 44, 44-2, 45-1, 46-2 тощо. Аналіз цих та інших положень, а також неодностайність наукових підходів до проведення систематизації наведених норм дає підстави стверджувати про деяку недосконаліть викладення положень КУпАП стосовно адміністративної

відповідальності медичних працівників. Перелік правопорушень, суб'єктами яких є медичні працівники, видається: а) не системним та б) таким, що потребує суттєвого уточнення та доповнення. Наприклад, у КУпАП немає жодної норми, яка б передбачала відповідальність медичного працівника за: а) невиконання чи неналежне виконання професійних обов'язків медичним чи фармацевтичним працівником; б) проведення клінічних випробувань лікарських засобів без письмової згоди пацієнта чи його законного представника; в) незаконне розголошення лікарської таємниці тощо [139].

Отже, можна констатувати, що більшість видів юридичної відповідальності за делікти у сфері медичного обслуговування не є ефективними та майже не мають позитивного впливу на їх кількісний показник. Основними причинами, які зумовлюють таку ситуацію є: 1) корупційні загрози та ризики, пов'язані із недоліками кримінального законодавства України у цій частині; 2) специфіка медичної сфери та корпоративною солідарністю, яка перешкоджає, а інколи – унеможливлює об'єктивність; 3) складність у встановленні причинно-наслідкового зв'язку між діями медичного працівника та особою, яка зазнала шкоди; 4) відсутність поступового механізму запобігання та протидії деліктам у сфері медичної діяльності, елементи якого могли б доповнювати один одного та встановлювати диференційовані межі юридичної відповідальності медичних працівників.

Наявність ресурсів для здійснення кримінального переслідування. Кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності, які є загально-кримінальними відносяться до підслідності Національної поліції України. Одночасно із цим, також можна виокремити суспільно небезпечні діяння, які розслідуються слідчими органів державного бюро розслідувань (наприклад, у випадках, коли такі діяння вчиняються медичними працівниками, які працюють у медичних закладах системи МВС тощо).

Тактика та методика розслідування таких кримінальних правопорушень не має особливостей, які б потребували окремих ресурсів. Так, наприклад, до

найбільш розповсюджених слідчих (розшукових) дій, які у такому випадку проводяться можна віднести ті, що передбачені ст.ст. 159-166 КПК України (тимчасовий доступ до речей і документів – у випадках, коли для розслідування потрібна медична документація), ст. 234 КПК України (обшук), 224 КПК України (допит).

Так, В.В. Топчій відзначає, що цікавим питанням є вилучення медичних інструментів як речового доказу, наприклад, шприц, яким було здійснено певну ін'єкцію хворому-постраждалому. Шприц, що ще не встигли утилізувати зі слідами препарату, є доказом лікарської помилки або цілеспрямованого злочину. Із цієї ж категорії можна назвати: погано продезінфіковані медичні інструменти (зараження вірусом імунодефіциту людини та іншими вірусами), помилково поставлені крапельниці (з іншим препаратом); забуті (при хірургічному втручанні) тампони та інструменти. Також на даному етапі речовим доказом є кров особи. Кров може містити сліди речовин, що могли привести до негативних наслідків для організму постраждалого. У зборі доказів важливим фактором є наявність у слідчого достатніх медичних знань (або наявність медичного працівника – консультанта). Як напрямок удосконалення розслідування на даному етапі можна було б виокремити необхідність створення чіткої, актуальної інструкції для слідчого (з елементарними знаннями у медичній сфері), а також створення бази медичних працівників-консультантів, що мають досвід участі у подібних розслідуваннях. Цікавим є питання порушення порядку трансплантації, адже предметом злочину «порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини» будуть такі анатомічні матеріали людини (гомотрансплантати), як органи і тканини, у тому числі (крім злочину, передбаченого ч. 2 ст. 143 ККУ) взяті у мертвої людини. Отже, якщо операція з трансплантації привела до летального наслідку, наприклад, у зв'язку з трансплантацією хворого органу або непридатного, то доказом буде, фактично, цей орган (при розтині) [254].

Для успішного розслідування слідчі повинні використовувати всі доступні методи, такі як огляд місця події, допити свідків і потерпілих, аналіз медичних документів і проведення судово-медичних експертиз. Оптимізація процесу розслідування може бути досягнута шляхом впровадження електронного документообігу для запису медичних даних, своєчасного внесення інформації про випадки смерті пацієнтів до Єдиного державного реєстру досудових розслідувань та проведення комплексних судово-медичних експертиз за участю фахівців з різних регіонів України. Ці заходи допоможуть зменшити латентність медичних злочинів і підвищити достовірність результатів розслідування. Важливо також розробити та нормативно закріпити механізм проведення судово-медичних експертиз, який би мінімізував можливість надання неправдивих висновків і усунув «корпоративну солідарність» [236].

Отже, можна констатувати, що на сучасному етапі розвитку держави наявні всі ресурси, необхідні для забезпечення кримінального переслідування за вчинення кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності взагалі та загально-кримінальних суспільно небезпечних діянь, що вчиняються медичними працівниками (наприклад, шахрайство, підбурювання до надання неправомірної вигоди тощо). Одночасно із цим, окремі процесуальні аспекти ускладнюють своєчасне виявлення таких випадків та притягнення до кримінальної відповідальності винних осіб. Прикладом наведеної тези є те, що, відповідно до ст.216 КПК України, кримінальні провадження щодо низки кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності здійснюється у формі приватного обвинувачення (наприклад, ст.ст. 132 (розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби), частиною першою статті 133 (зараження венеричною хворобою без обтяжуючих обставин), статтею 134 (незаконний аборт або стерилізація), частиною першою статті 135 (залишення в небезпеці без обтяжуючих обставин), частиною першою статті 139 (ненадання допомоги хворому медичним

працівником без обтяжуючих обставин), частиною першою статті 142 (незаконне проведення дослідів над людиною без обтяжуючих обставин), статтею 145 (незаконне розголошення лікарської таємниці) тощо) [155].

Ще одним негативним аспектом є відсутність взаємозв'язку між сукупністю кримінальних процесуальних заходів, які проводяться під час розслідування таких суспільно небезпечних діянь та положень документів, якими визначаються особливості надання медичної допомоги (наприклад, Методикою розробки та впровадження медичних стандартів медичної та реабілітаційної допомоги на засадах доказової медицини, затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 751). Вказане свідчить про наявність потреби у створенні методики розслідування кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності.

Співрозмірність позитивних і негативних наслідків заборони та повнота і ненадмірність заборони.

Необхідно відзначити, що розгляд меж співрозмірності позитивних і негативних наслідків заборон доцільно розглядати одночасно із їх повнотою та ненадмірністю. Фактично, друга обставина охоплюється першою, оскільки надмірність та неповнота кримінально-правової заборони, логічно, матиме наслідком превалювання негативних наслідків над позитивними. Із урахуванням того, що кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності є достатньо латентними, питання щодо досліджуваної сукупності обставин до сьогодні залишається відкритим для дискусій. Необхідно відмітити, що зарубіжні вчені, здебільшого, наполягають на доцільності застосування до медичних працівників менш репресивних видів юридичної відповідальності без застосування кримінально-правових заходів.

Так, визначається, що криміналізація медичних помилок знижує психологічну безпеку та благополуччя клініцистів, і таким чином призводить до виникнення прогалин у процесі формування культури безпеки, страху перед наслідками повідомлення про помилки, недостатньої обізнаності та неможливості виправити системні проблеми, які призвели до медичних

помилок, – і, як наслідок, постійно недосконалого середовища, яке неминуче може призвести до подальших помилок. Цей негативний цикл явно погіршує безпеку пацієнтів [19]. Загроза безпеці визнається, але ініціативи щодо протидії тенденції криміналізації часто є локальними та безсистемними. Немає узгодженої програми дослідження соціальних причин тенденції до криміналізації в авіації чи охороні здоров'я, а також психосоціальних чи психологічних наслідків криміналізації для причетних осіб. Побоювання щодо криміналізації, пов'язані з безпекою, включають перешкоджання звітності про безпеку та розкриттю помилок, неминучість помилки у складних, динамічних світах (тобто її не можна покарати) та перенаправлення зусиль на вдосконалення системи на користь переслідування або захисту осіб. Криміналізація, ймовірно, посилює наслідки професійних помилок, такі як самозвинувачення та почуття провини, депресія та тривога [7].

Частково із вказаним можна погодитись, однак має бути позитивно оцінено те, що у національному кримінальному законодавстві передбачено обставини, що виключають кримінальну протиправність діяння, серед яких, наприклад, крайня необхідність, виконання наказу або розпорядження та діяння, пов’язане із ризиком.

Вчені справедливо відзначають, що медична діяльність несе в собі високий рівень ризику, що іноді може призвести до юридичних наслідків для медичних працівників. Визнання обставин виправданого ризику та крайньої необхідності є ключовими для забезпечення правового захисту лікарів. Для звільнення від кримінальної відповідальності медичного працівника дії мають відповідати певним критеріям, включаючи наявність суспільно корисної мети, неможливість досягнення цієї мети без ризику, і достатньої кваліфікації медичного працівника. Виконання незаконних наказів не звільняє медичного працівника від відповідальності, особливо якщо він усвідомлює їх незаконність. Важливою є вимога до лікарів діяти згідно з законом і етикою, навіть у складних обставинах. Медичні працівники повинні бути обізнаними про юридичні аспекти своєї професійної діяльності, зокрема про обставини,

які можуть унеможливити їх кримінальну відповідальність, а також про етичні норми, що регулюють вчинення ризикованих медичних дій. Законодавство повинно забезпечувати чіткі критерії та умови для визнання дій медичних працівників, вчинених у стані обґрунтованого ризику або крайньої необхідності, законними, тим самим захищаючи їх від необґрунтованої кримінальної відповідальності [134].

Необхідно також відзначити, що більшість складів кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності побудовані із дотриманням принципу правової визначеності, що майже завжди унеможливлює їх неоднозначне трактування. Це також стосується ***і повноти таких складів.*** Звичайно, не можна безапеляційно стверджувати про відсутність законодавчих недоліків, які відповідним чином зумовлюють помилки під час кримінально-правової кваліфікації, а також своєчасного виявлення осіб, які вчинили такі кримінальні правопорушення.

Таким чином, проведене дослідження надало підставу для констатації, що основною обставиною соціальної обумовленості кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності є неможливість забезпечити ефективний захист таких суспільних відносин іншими юридичними засобами, окрім кримінально-правових. На сьогоднішній день в Україні наявний послідовний механізм, який забезпечує диференційовану відповідальність за такого роду протиправні діяння.

Проте не можна не відзначити, що напрямами удосконалення національного законодавства мають бути такі: 1) удосконалити положення Кодексу України про адміністративні правопорушення в частині уточнення видів адміністративних правопорушень, які вчиняються медичними працівниками та їх систематизації відповідно до родового об’єкта; 2) удосконалити положення КПК України шляхом виключення кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності з переліку тих, кримінальне провадження щодо яких вчиняється у формі приватного обвинувачення; 3)

створення методики розслідування кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності.

1.3. Стан наукової розробки та сучасні теоретичні підходи до визначення проблем запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності в Україні

Проблеми запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності на сучасному етапі державотворення не можна вважати одними із таких, що активно розглядаються вченими-криміналістами та галузевими експертами-практиками. Така ситуація може бути пояснена низкою чинників та факторів, провідними серед яких є, по-перше, низький кількісний показник таких суспільно небезпечних діянь, по-друге – наявність більш важливих завдань, зумовлених необхідністю у забезпеченні потреб особливого правового режиму воєнного стану. Проте також не можна не відзначити, що низка науковців у наукових працях звертаються до визначеної проблематики, розглядаючи її як з кримінально-правової, так і з кримінологічної точок зору. Аналіз наукової літератури також дозволяє констатувати, що зарубіжні вчені частіше розглядають особливості кримінально-правової та кримінологічної протидії кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності. Що стосується вітчизняних учених, наукові праці останніх можна поділити на ті, що розв’язують проблеми боротьби із медичними суспільно небезпечними діяннями на академічному рівні – у дисертаційних та монографічних працях та ті, що здійснюють це локально в межах наукових статей та тезах доповідей на науково-практичних заходах різного рівня.

Однією із найбільш досліджуваних кримінально-правових норм, якими встановлено кримінальну відповідальність за кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності є ст. 143 КК України. Так, у 2003 році було захищено першу, після прийняття чинного кримінального законодавства

України 2001 року, дисертацію Г.В. Чеботарьової на тему: «Кримінально-правові проблеми трансплантації органів або тканин людини та донорства крові». У роботі вчена довела, що злочини у сфері трансплантації органів та тканин та донорства крові за ознаками видового об'єкта разом із злочинами, передбаченими ст. ст. 131, 132, 138-142, 145 КК України, утворюють специфічну групу. З урахуванням викладеної особливості було доведено доцільно їх виділення до самостійного розділу II-I Особливої частини Кримінального кодексу України «Злочини у сфері медичного обслуговування, що становлять у небезпеку життя та здоров'я людини». Г.В. Чеботарьова також обґрунтувала висновок, що ст. 143 КК України описує ознаки чотирьох основних складів злочинів: 1) порушення встановленого законом порядку трансплантації органів чи тканин людини (ч. 1 ст. 143 КК України); 2) вилучення у людини шляхом примусу чи обману її органів чи тканин з метою їх трансплантації (ч. 2 ст. 143 КК України); 3) незаконна торгівля органами чи тканинами людини (ч. 4 ст. 143 КК України); 4) участь у транснаціональних організаціях, які займаються такою діяльністю (ч. 5 ст. 143 КК України) [277].

Пропозиція щодо формування спеціального розділу, в якому було б систематизовано кримінально-правові норми, в яких встановлено кримінальну відповідальність за кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності також знайшла своє продовження у низці досліджень вчених, які було проведено пізніше, що можна пояснити можливістю більш комплексно підійти до створення ефективних кримінально-правових заходів протидії таким суспільно небезпечним діянням.

У 2007 році С.В. Гринчаком було також захищено дисертаційну роботу на тему: «Порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини: підстави кримінальної відповідальності», в якому вчений диференціював порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини на такі групи: а) порушення порядку трансплантації, вчинені щодо реципієнта (здійснення трансплантації без наявності медичних показань консиліуму лікарів; здійснення трансплантації

без попереднього надання реципієнту повної та об'єктивної інформації про майбутнє оперативне втручання; здійснення трансплантації без попереднього отримання від реципієнта згоди на таке оперативне втручання; здійснення трансплантації анатомічних матеріалів людини в закладах охорони здоров'я, наукових установах чи інших організаціях, які не мають права на такі оперативні втручання; проведення трансплантації за участю медичного працівника, який не має права брати участі в такому оперативному втручанні; трансплантація реципієнту органів або тканин, які заборонено пересаджувати; інші порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини, вчинені щодо реципієнта); б) порушення порядку трансплантації, вчинені щодо тіла померлої особи /ex mortuo/, яке використовується як донор анатомічних матеріалів (вилучення органів або тканин в донора-трупа без отримання згоди на такі дії; вилучення в донора-трупа органів або тканин, які заборонено вилучати; інші порушення порядку трансплантації органів або тканин людини, вчинені щодо донораторупа); в) порушення порядку трансплантації, вчинені щодо живого донора /ex vivo/ (вилучення органів або тканин у живого донора без попереднього надання йому об'єктивної інформації, яка стосується вилучення фрагментів людського організму; вилучення органів або тканин у живого донора без попередньої згоди на таке вилучення; вилучення гомотрансплантатів без висновку консиліуму лікарів; вилучення в донора органів або тканин, які заборонено вилучати; вилучення органів або тканин в осіб, у яких заборонено їх вилучати; порушення принципу оптимального захисту донора; порушення порядку констатації факту смерті людини; інші порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини, вчинені щодо живого донора) [77, с. 180].

Аналіз кримінально-правової норми проводився вченим у первинній редакції, відповідно до якої у ч. 1 ст. 143 КК України законодавцем було запропоновано вважати караним порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини, у ч. 2 – вилучення у людини

шляхом примушування або обману її органів або тканин з метою їх трансплантації, у ч. 3 – дії, передбачені частиною другою цієї статті, вчинені щодо особи, яка перебувала в безпорадному стані або в матеріальній чи іншій залежності від винного; ч. 4 – незаконна торгівля органами або тканинами людини, ч. 5 – дії, передбачені частинами другою, третьою чи четвертою цієї статті, вчинені за попередньою змовою групою осіб, або участь у транснаціональних організаціях, які займаються такою діяльністю [152].

Таким чином, було передбачено три самостійні склади кримінального правопорушення, одну кваліфікуючу ознаку складу, передбаченого ч. 2 ст. 143 КК України та особливо кваліфікуючу ознаку складів, передбачених ч.ч.2-4 ст. 143 КК України.

Вчений запропонував нову редакцію кримінально-правової норми, яку визнав за доцільне викласти таким чином: 1. Умисне порушення встановленого законом порядку чи умов трансплантації органів або тканин людини, вчинене медичним працівником, – карається… 2. Вилучення у людини її органів або тканин для трансплантації, поєднане із застосуванням насильства, обману чи зловживання довірою або вчинене щодо особи, яка перебувала в безпорадному стані, матеріальній чи іншій залежності від винного, – карається… 3. Дії, передбачені частиною другою цієї статті, вчинені за попередньою змовою групою осіб, а також вчинені щодо неповнолітньої особи [77, с. 180].

Як можна підсумувати, С.В. Гринчак запропонував звузити перелік суб’єктів кримінального правопорушення, передбаченого ст. 143 КК України та вважати за можливе залишити виключно спеціального суб’єкта – медичного працівника, аргументуючи це тим, що будь-яка фізична особа не може підлягати кримінальній відповідальності за порушення порядку трансплантації, бо у неї відсутній нормативний обов’язок дотримуватися встановленого законом порядку трансплантації. Проте, вчений відзначає, що загальний суб’єкт може вчинити неправомірні дії у сфері трансплантації органів або тканин людини (наприклад, студент медичного закладу, якому

надали необхідне обладнання, за винагороду вилучає орган або тканину у живого донора або донора-трупа для подальшої трансплантації). За таких обставин, враховуючи відсутність необхідних для ч. 1 ст. 143 ознак спеціального суб'єкта, у випадку вилучення анатомічних матеріалів у живого донора, посягання слід кваліфікувати за нормами КК, які передбачають відповідальність за посягання на життя або здоров'я особи (ст. ст. 115, 121, 122 тощо), а якщо органи або тканини вилучені у донора-трупа, діяння слід кваліфікувати як наругу над могилою (ст. 297) [77, с. 134-135].

У 2018 році було прийнято Закон України від 17.05.2018 № 2427-VIII «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», відповідно до якого до ст. 143 КК України було внесено низку змін та доповнень, більшість із яких стосувались посилення меж кримінальної відповідальності та покарання за вчинення таких дій. Диспозицію ч. 1 також було уточнено в частині предмета суспільно небезпечного діяння. Одночасно із цим, не дивлячись на пропозиції вченого, суб'єкт залишився загальним.

Як видається, така ситуація може бути пояснена тим, що, як правило, порушити порядок трансплантації анатомічних матеріалів людини може виключно особа, яка має безпосередній доступ до таких матеріалів, а саме – медичний працівник або той, хто працює у закладах Міністерства охорони здоров'я. Проте виключення випадків вчинення такого кримінального правопорушення звичайним суб'єктом може негативним чином вплинути на кількісні показники кримінально протиправної діяльності та якість протидії злочинності. Таким чином, можна підтримати національного законодавця щодо його підходу до переліку суб'єктів кримінального правопорушення, передбаченого ст. 143 КК України.

Цікавим також є дисертаційне дослідження В.О. Єгорової на тему: «Криміналізація незаконного проведення дослідів над людиною та його кримінально-правові ознаки». Вчена відзначила, що відсутність судової практики та висока латентність злочину, передбаченого ст. 142 КК України, не сприяють зацікавленості науковців у дослідженні цієї проблематики. Хоча

випадки незаконного проведення дослідів над людьми набули поширення у суспільстві, що підтверджується одержаними внаслідок анкетування даними. Слід також зазначити, що диспозиція ст. 142 КК України є досить складною, що породжує серед правників різне за своїм змістом тлумачення ознак складу цього злочину. Зокрема, неоднозначно визначається зміст таких понять, як «незаконний дослід», «медико-біологічний дослід», «психологічний дослід», «інші досліди над людиною» тощо. Дослідження підстав кримінальної відповідальності за незаконне проведення дослідів над людиною має не лише наукове, а й практичне значення, адже в умовах застосування експериментальних методів лікування, діагностики, профілактики та реабілітації набуває особливого значення охорона та захист інтересів піддослідних осіб [122, с. 6]. Одночасно із цим, аналіз кримінального законодавства України дозволяє встановити, що з 2001 року та до сьогодні ст. 143 КК України майже не зазнала суттєвих змін, окрім посилення кримінальної відповідальності у 2018 році.

Продовжуючи думку Г.В. Чеботарьової, В.О. Єгорова також зазначила, що враховуючи неоднорідність родового об'єкта злочинів, розміщених у розділі II Особливої частини Кримінального кодексу України, є доцільним виділити групу норм у сфері медичного обслуговування населення в окремий розділ Особливої частини КК, оскільки існує відповідна група однорідних суспільних відносин, які охороняються цими нормами. Вчена запропонувала таку редакцію ст. 142 КК України: 1. Незаконне проведення фахівцем медико-біологічних чи психологічних дослідів над людиною, що спричинило потерпілому середньої тяжкості тілесні ушкодження – карається ... 2. Дії, передбачені частиною першою цієї статті, вчинені щодо неповнолітнього, двох або більше осіб, повторно, шляхом примушування або обману, – караються ... 3. Дії, передбачені частиною першою, другою цієї статті, якщо вони спричинили смерть потерпілого або інші тяжкі наслідки, – караються … За межами дослідження залишаються невирішеними питання покарання за вчинення злочину, передбаченого ст. 142 КК. В певній мірі це обумовлено

відсутністю необхідного обсягу судово-слідчої практики притягнення до кримінальної відповідальності за цей злочин. Разом з тим, головні завдання, що були поставлені у відповідності із темою дослідження, вбачаються виконаними [122, с. 181-182].

Отже, вчена також у диспозиції ч. 1 ст. 142 КК України акцентувала увагу на необхідності визначення спеціального суб'єкта кримінального правопорушення – фахівця. Аргументована така позиція була тим, що суб'єктом розглядуваного злочину є фізична осудна особа, яка досягла віку кримінальної відповідальності і є фахівцем, який виконує професійні обов'язки по убезпеченню здійснюваних ним дослідів та охорони життя і здоров'я піддослідних осіб. Отже, суб'єктами незаконного проведення дослідів над людиною можуть бути наступні категорії осіб: 1) лікарі; 2) цілителі (з відповідною освітою) – при проведенні психологічних дослідів; 3) психологи – при проведенні психологічних дослідів з науковою метою [122, с. 181].

Проте із наведеним не можна погодитись у повній мірі, оскільки, по-перше, викликає сумнів доцільність використання поняття «фахівця» у диспозиції кримінально-правової норми, оскільки це може призвести до складнощів у кваліфікації такого суспільно небезпечного діяння, через використання надто узагальненого поняття суб'єкта. По-друге, незрозуміло, як вчена розділила «цілителя, який має відповідну освіту» та «психолога», якщо обидва суб'єкти це, на її думку, ті, що проводять психологічні досліди, але з різною метою.

Іншу редакцію ст. 142 КК України у дисертації на тему «Медичний працівник як спеціальний суб'єкт злочину» запропонувала Т.Ю. Тарасевич: 1. Незаконне проведення дослідів над людиною, якщо це створювало небезпеку для її життя або здоров'я – карається штрафом до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на строк до трьох років, або арештом на строк від трьох до шести місяців, або обмеженням волі на строк до трьох років,

з позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю. 2. Те саме діяння, що спричинило настання смерті, тяжких або середньої тяжкості тілесних ушкоджень - карається обмеженням волі на строк від трьох до п’яти років або позбавленням волі на той самий строк з позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю [247, с. 184].

Як можна побачити із наведеного, основний акцент вченою було зроблено на удосконаленні кримінально-правової норми шляхом її доповнення диференційованими наслідками у виді створення небезпеки для життя та здоров’я людини (формально-матеріальний склад кримінального правопорушення) та вже чітко визначеними наслідками як кваліфікований матеріальний склад. Необхідно також відзначити низку дисертаційних праць, присвячені розв’язанню загальних проблем кримінальної відповідальності та покарання за кримінальні правопорушення, що вчиняються у медичній сфері або медичними працівниками.

Так, наприклад, Т.Ю. Тарасевич у дисертаційному дослідженні на тему «Медичний працівник як спеціальний суб'єкт злочину» на основі проведеного дослідження зробила висновок, що професійні медичні злочини можна класифікувати за різними критеріями. Зокрема, дисертантка за об’єктом кримінально-правової охорони виділяє професійні медичні злочини проти життя та здоров’я особи; проти особистої свободи; у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів. За суспільно небезпечним діянням пропонується виокремлення злочинів, що вчиняються лише шляхом дії; лише шляхом бездіяльності; як шляхом дії, так і шляхом бездіяльності. За наявністю суспільно небезпечних наслідків професійні злочини медичного працівника можуть бути класифіковані на ті, що мають формальний склад та ті, що мають матеріальний склад злочину. Залежно від того, чи лише медичний працівник може бути суб’єктом відповідного злочину дисертант пропонує виділення злочинів, суб’єктом яких може бути лише медичний працівник («чистих» 179 медичних злочини) та злочинів, суб’єктом

яких можуть бути як медичні працівники, так і інші особи («змішаних» медичних злочинів). Залежно від ступеня вираженості у кримінально-правовій нормі ознак медичного працівника («явні» та «латентні» професійні медичні злочини). І, насамкінець, за формою вини професійні медичні злочини запропонувала класифікувати на умисні, необережні та ті, що можуть бути вчинені зі змішаною формою вини [247, с. 178-179].

Наведена вченою класифікація також доповнює позиції вчених щодо доцільності визначення у кримінально-правових нормах, якими встановлено кримінальну відповідальність за суспільно небезпечні діяння у сфері медичної діяльності спеціального суб'єкта – медичного працівника. Одночасно із цим визначення спеціального суб'єкта ще раз доводить потребу у систематизації таких кримінально-правових норм в одному розділі відповідно до родового об'єкта. Необхідно відзначити, що такий підхід поступово реалізується вченими в межах проєкту нового кримінального законодавства України.

У наукових публікаціях Ю.В. Баулін відзначає, що кримінальні правопорушення, які посягають на здоров'я людей, відповідно до концепції побудови Особливої частини проєкту нового КК, доцільно поділити на дві групи: до першої віднести кримінальні правопорушення проти права людини на охорону здоров'я і медичну допомогу (вчений погоджується в цьому з М. І. Хавронюком), а до другої – кримінальні правопорушення проти здоров'я населення (як у чинному КК) або проти громадського здоров'я. До кримінальних правопорушень проти охорони здоров'я і медичної допомоги доцільно віднести принаймні такі: незаконна діяльність у сфері охорони здоров'я, неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником, протиправні діяння при вилученні анатомічних матеріалів людини, а також пов'язані з призначенням чи продажом медичних виробів, порушення права на безоплатну медичну допомогу, розголошення таємниці про стан здоров'я людини. В свою чергу, до групи кримінальних правопорушень проти публічного (громадського) здоров'я доцільно включити протиправні діяння, які порушують санітарно-протиепідемічні норми та

правила, правила поводження з інфекційними агентами, токсинами та продуктами біотехнологій, а також незаконний обіг небезпечної продукції. Звичайно, у всіх розділах треба сформулювати та розмежувати ознаки відповідних складів злочинів і кримінальних проступків. Таким чином, в Особливій частині доцільно мати три розділи, які б передбачали склади кримінальних правопорушень проти здоров'я людини, а саме: кримінальні правопорушення проти: а) здоров'я певної людини, б) права кожної людини на охорону здоров'я та медичну допомогу та в) публічного (громадського) здоров'я [45, с. 15-16].

Запропонований підхід видається повною мірою аргументованим, оскільки така систематизація надає можливість більш ефективно впливати на захист таких суспільних відносин та створювати відповідні заходи кримінально-правового впливу зокрема шляхом визначення об'єктивних видів та розмірів покарань. Реалізована у чинному кримінальному законодавстві України позиція законодавця щодо розмежування діянь, які посягають на здоров'я по різних розділах без чітко визначеної причини, яка б обумовлювала таку диференціацію.

Н.О. Гуторова у тезах доповіді також відзначає, що усвідомлення реального стану справ у сфері охорони здоров'я поставило перед розробниками розділів «Злочини проти права людини на охорону здоров'я» і «Кримінальні проступки проти права людини на охорону здоров'я» в проекті Кримінального кодексу України непросте завдання. З одного боку, необхідно серед великої кількості порушень в Україні права людини на охорону здоров'я виявити ті, тяжкість яких є достатньою для криміналізації, з іншого – утриматись від спокуси вирішувати існуючі у цій сфері проблеми лише кримінально-правовими засобами, пам'ятаючи що кримінальне право має застосовуватись лише як ultima ratio. Саме виходячи з цих ключових положень Робоча група з питань розвитку кримінального права Комісії з правової реформи при Президентові України визначила коло діянь, які пропонується передбачити як злочини і проступки у сфері охорони здоров'я. До

кримінальних правопорушень, що посягають на право людини на охорону здоров'я ззовні Робоча група пропонує віднести лише злочини. Йдеться про протиправне спонукання до надання згоди на вилучення анатомічних матеріалів людини (стаття 4.3.7 проекту КК), а також «псевдодіяльність» у сфері охорони здоров'я. До останньої належать незаконна діяльність у сфері охорони здоров'я (стаття 4.3.10 проекту КК), а також фальсифікація та обіг фальсифікованої медичної продукції (стаття 4.3.11 проекту КК). Новелами, запропонованими в проекті КК порівняно з чинним кримінальним законодавством, є криміналізація незаконної фармацевтичної діяльності і фальсифікації іншої, окрім лікарських засобів, медичної продукції. Таке розширення кола діянь, які пропонується визнати злочинами, обумовлено широким розповсюдженням в Україні незаконного імпорту і продажу через мережу Internet лікарських засобів, що створює суттєву загрозу життю і здоров'ю пацієнтів, а також необхідністю приведення законодавства України у відповідність до ратифікованої Верховною Радою України Конвенції Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я [79, с. 42, 44].

Необхідно відмітити, що тенденції розвитку кримінально-правової політики, які були обрані та поступово реалізуються в межах проєкту нового кримінального законодавства мають бути позитивно оцінені, оскільки, по-перше, вчені ефективно усувають прогалини, притаманні чинному кримінальному законодавству та фрагментарність окремих кримінально-правових норм, а також демонструють виважений підхід до криміналізації нових суспільно небезпечних діянь. Зокрема варто відзначити, що, наприклад, криміналізація незаконної фармацевтичної діяльності і фальсифікації іншої, окрім лікарських засобів, медичної продукції відповідає положенням, визначеним Конвенцією Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я від 28.10.2011, яку Україна ратифікувала ще у 2012 році, але низка міжнародно-правових зобов'язань до сьогодні залишається невиконаною.

Так, у документі визначено, що кожна Сторона вживає необхідних законодавчих та інших заходів для визнання злочинами за своїм національним законодавством умисного виготовлення підробленої медичної продукції, активних речовин, ексципієнтів, частин, матеріалів та аксесуарів. Стосовно лікарських препаратів та, у разі необхідності, пристроїв медичного призначення, активних речовин та ексципієнів пункт 1 також застосовується до будь-якої їхньої фальсифікації. Кожна держава або Європейський Союз під час підписання або передачі на зберігання своєї ратифікаційної грамоти або документа про прийняття чи затвердження може в заяві, адресованій Генеральному секретарю Ради Європи, залишити за собою право не застосовувати пункту 1 або застосовувати його тільки в окремих випадках або за певних умов, що стосується ексципієнтів, частин та матеріалів, а також не застосовувати пункту 2 або застосовувати його тільки в окремих випадках або за певних умов, що стосується ексципієнтів [144]. Відповідно рішення щодо криміналізації такого діяння є вірним, але водночас несвоєчасним. Отже, вчені поступово формують нову модель кримінально-правового захисту здоров'я населення зокрема із урахуванням загроз, що пов'язані із організованою та транснаціональною злочинністю.

Цікавим є дисертаційне дослідження на здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук, підготовлене Г.В. Чеботарьовою на тему «Кримінально-правова охорона правопорядку у сфері медичної діяльності», в якому вчена вказує, що медична сфера може бути представлена як сукупність суспільних відносин, що існують з приводу надання фізичним особам врегульованих законодавством України про охорону здоров'я видів медичної допомоги та надання (отримання) ними медичних послуг, що здійснюється на основі професійної діяльності осіб, які мають відповідну кваліфікацію або осіб, яким за законом дозволено діяльність у галузі нетрадиційної медицини. З точки зору оцінки можливості регулятивного й охоронного впливу на неї кримінального права, в медичній діяльності виділено два об'єкти впливу: практично-прикладний аспект медицини (лікування й профілактика хвороб,

допомога при пологах, вагітності тощо) та науково-дослідницький аспект (зокрема, це стосується визначення допустимості видів, методів, цілей медичних досліджень, дослідів, експериментів). Сфера медичної діяльності передбачає взаємодію певних суб'єктів (кожна людина незалежно від стану її здоров'я, громадянства, соціального становища, правового статусу, держава, представлена органами виконавчої влади, юридичні й фізичні особи, які здійснюють професійну діяльність у галузі медицини, працівники (персонал) підприємств, установ чи організацій, які надають медичну допомогу чи послугу, контролюють її надання чи управляють такою діяльністю, а в сфері нетрадиційної медицини – й особи, що мають спеціальний дозвіл на зайняття такою медициною) з приводу досяжного стану здоров'я людини, що врегульована комплексом несистематизованих юридичних норм, медичних стандартів та правил, а в ряді випадків – і нормами моралі. Змістом цих відносин є сукупність суб'єктивних прав, юридичних обов'язків, юридичних повноважень, а також реальна поведінка учасників цих правовідносин – фізичні особи вправі вимагати від держави, медичних працівників, закладів охорони здоров'я вчинення певних дій, спрямованих на якісну медичну допомогу, надання медичних послуг, а обов'язком закладу охорони здоров'я є вчинити такі дії з дотриманням медичних стандартів у встановленому законодавством порядку [276, с. 359-360].

Необхідно відзначити, що, по-перше, вчена надає надто розширене трактування поняття медичної сфери, що ускладнює чітке визначення благ та цінностей, які мають бути захищені засобами кримінального права. По-друге, вчена не виокремлює цінності саме заходів кримінально-правового характеру, як складових елементів системи або механізму захисту сфери медичної діяльності та відповідних суспільних відносин. Одночасно із цим, говорячи про цінність та ефективність кримінально-правової охорони медичної діяльності, необхідно акцентувати увагу на дотриманні принципу ultima ratio та чіткого визначення регулятивної та охоронної функції кримінального

законодавства в частині захисту суспільних відносин у сфері медичної діяльності.

Аналіз наукової літератури також надав можливість констатувати, що низку фахових статей було присвячено розв'язанню питань кримінально-правової кваліфікації медичних кримінальних правопорушень та відмежування їх від суміжних складів суспільно небезпечних діянь.

Так, наприклад, А.О. Байда дослідив особливості співвіднесення незаконної лікувальної діяльності та шахрайства у сфері медичного обслуговування. Вчений підсумував, що тільки за ст. 138 КК буде кваліфікована незаконна лікувальна діяльність, якщо вона полягає у здійсненні впливу на організм пацієнта з метою лікування, за умови відсутності ознак, які свідчать про прямий чи завуальований обман як форму здійснення такої діяльності. При цьому умисне порушення заборони здійснення лікувальної діяльності неналежним суб'єктом виступає як спосіб здійснення об'єктивної сторони злочину, передбаченого ст. 138 КК, і додаткової кваліфікації за ст. 190 КК не потребує. Тільки за ст. 190 КК має кваліфікуватись діяльність, спрямована лише на введення в оману громадян з метою заволодіння їх майном, тобто коли мета лікування в такій діяльності відсутня і винний лише видає її за таку. За умови заподіяння такою діяльністю шкоди життю або здоров'ю потерпілого необхідна додаткова кваліфікація за відповідними нормами розділу II Особливої частини КК. За сукупністю злочинів, передбачених ст. 138 і ст. 190 КК, має кваліфікуватись незаконна лікувальна діяльність, що додатково супроводжується певними формами обману пацієнта. Це, зокрема - ситуації, коли винний видає себе за лікаря певного кваліфікаційного рівня, що зумовлює звернення саме до нього за медичною допомогою, коли перевищується ефективність засобів та методів лікування, його термінів, результатів тощо. Подальше вивчення означеної проблеми може йти за такими напрямами: а) дослідження співвідношення із шахрайством окультної психотерапії як форми незаконної лікувальної

діяльності; б) встановлення взаємозв'язку шахрайства та незаконної фармацевтичної діяльності [39, с. 86-87].

Як видається, дослідження, проведене вченим могло би бути вдало доповнено іншими дослідженнями, що присвячені особливостям розслідування, а саме доказування факту вчинення шахрайства, замаскованого під незаконну лікувальну діяльність, особливо – в частині встановлення наявності або відсутності у винної особи наміру надавати медичні послуги. Відповідно актуальним напрямом розвитку досліджень у цій сфері має стати розроблення сучасної методики розслідування кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності, що має бути реалізовано шляхом консолідації зусиль вчених у галузі кримінального права, кримінології та криміналістики.

Одночасно із цим, не можна залишити поза увагою більш сучасні дисертаційні праці, у яких було розв’язано завдання, пов’язані із кримінально-правовою протидією кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності.

Так, наприклад, О.Г. Берило у дисертації на тему «Кримінальна відповідальність за ненадання допомоги хворому медичним працівником» було сформульовано пропозиції щодо внесення змін до диспозиції ч. 1 ст. 139 КК України стосовно визначення форми вини медичного працівника з метою усунення дублювання законодавчого опису його психічного ставлення до можливого настання суспільно небезпечних наслідків, а не конкретизації його на діянні. З огляду на потреби правозастосовної практики, обґрунтовано необхідність доповнення ст. 139 КК України кваліфікуючими та особливо кваліфікуючими ознаками, визначивши такими, відповідно, корисливий мотив або щодо неповнолітнього пацієнта та спричинення смерті пацієнта, або інші тяжкі наслідки. Висловлено думку відносно правил кваліфікації ненадання допомоги хворому медичним працівником. Зокрема, у разі вчинення цього злочину в поєднані з учиненням інших злочинів мають застосуватися правила кваліфікації за сукупності злочинів, а в разі вчинення суміжних злочинів – правила кваліфікації за умов конкуренції кримінально-правових норм. На

основі проведеного дослідження особливостей кримінальної відповідальності за ненадання допомоги хворому медичним працівником розроблено пропозиції, що дають змогу вдосконалити досліджувану норму та запропоновано нову редакцію ст. 139 КК України «Ненадання допомоги пацієнту медичним працівником», зокрема щодо заміни слова «хворий» терміном «пацієнт», доповнення цієї кримінально-правової норми кваліфікуючими та особливо кваліфікуючими ознаками, встановлення нових строків покарання за вчинення кваліфікованого й особливо кваліфікованого складів злочину [46, с. 5].

Необхідно відзначити, що у більшості сучасних дисертаційних праць вчені акцентують увагу на потребі у приведенні положень національного кримінального законодавства до вимог, стандартів та рекомендацій, викладених у міжнародних та європейських правових документах. Зокрема йдеться мова про приведення національного медичного права до acquis communautaire. Особливо це стосується, по-перше, меж криміналізації та пеналізації суспільно небезпечних діянь у сфері медичної діяльності, по-друге – понятійно-категоріального апарату, який використано законодавцем під час конструювання відповідних кримінально-правових норм. У зв’язку із цим, не можна не підтримати наведену думку, щодо доцільності приведення положень кримінального законодавства України у відповідність положенням законодавчих та інших нормативно-правових актів, якими урегульовано медичну діяльність. До того ж, заміна, наприклад, «хворого» на «пацієнта» надасть можливість розширити межі кримінально-правового впливу шляхом збільшення переліку потерпілих осіб, оскільки не завжди пацієнт є хворим, а хворий – пацієнтом.

У своїй дисертаційній роботі О.Ю. Шопіна розглянула проблеми кримінальної відповідальності медичного або фармацевтичного працівника за вчинення злочину, пов’язаного з виконанням професійних обов’язків. Вченою було висвітлено правила кваліфікації злочинів, учинених медичним або фармацевтичним працівником, що пов’язані з виконанням професійних

обов'язків, згідно з нормами КК України, зокрема: розглянуто особливості кваліфікації дій спеціального суб'єкта під час учинення ним інших, не пов'язаних із медичною практикою, кримінальних правопорушень (застосування правил щодо сукупності відповідних норм), а також учинення суміжних діянь (застосування правил у разі конкуренції кримінально-правових норм). Доведено, що питання кваліфікації розглядуваних кримінальних правопорушень потрібно вирішувати залежно від усіх встановлених юридично значущих обставин кримінального провадження, а також особистих якостей і професійних здібностей винного, його спеціальних знань у певній галузі, чинних у цій галузі правил, нормативів, знання та розуміння загальноприйнятих правил поведінки в умовах виробничого чи побутового ризику. Визначено, що досліджувані злочини слід відмежовувати від суміжних злочинів, зокрема, передбачених ч. 1 ст. 115, п. 2 ч. 2 ст. 115, ст. 120–122, 135, 136, 140 КК України, а також від суміжних адміністративних правопорушень за об'єктивними й суб'єктивними ознаками [280, с. 159].

Однак, у цьому контексті варто звернути увагу на те, що більшість кримінальних правопорушень, які вчиняються у сфері медичної діяльності достатньо легко відмежувати від суміжних кримінальних правопорушень проти життя та здоров'я особи. Медичні суспільно небезпечні діяння, як правило, по-перше, вчиняються медичним працівником, по-друге, вони завжди пов'язані або із медичною діяльністю в цілому та її окремими напрямами, або із виконанням медичним працівником своїх безпосередніх обов'язків. Інші кримінальні правопорушення проти життя та здоров'я відрізняються від медичних, здебільшого, суб'єктивною стороною.

Ю.М. Товт у своїй дисертації «Кримінальна відповідальність за порушення встановленого порядку обігу лікарських засобів в Україні» встановив, що до кримінально-правових норм, які лише частково (за певних умов) можуть вважатися такими, що передбачають відповідальність за окремі посягання в процесі обігу лікарських засобів, належать: норми, які передбачають відповідальність за посягання, які можуть вчинятися

медичними чи фармацевтичними працівниками або особами, які здійснюють лікувальну діяльність (ст. 138, 140 КК України); норми, спрямовані на кримінально-правове забезпечення законного обігу отруйних, сильнодіючих, наркотичних, радіоактивних засобів (речовин) (у випадках, якщо такі засоби мають форму лікарських засобів), що передбачені ст.ст. 265, 267, 307–309, 314, 315, 318, 319 КК України; норми, у яких встановлено відповідальність за різноманітні кримінальні правопорушення, що можуть вчинятися у різних сферах (зокрема й у процесі обігу лікарських засобів), передбачені ст.ст. 177, 229, 231, 232, 299, 358 КК України та ін., а також норми про відповідальність за злочини у сфері службової діяльності, передбачені ст.ст. 364, 366, 367, 368, 368-3, 369, 369-2 КК України та ін.; норми, спрямовані на захист власників (володільців) лікарських засобів від протиправного заволодіння ними чи їх знищення (ст.ст. 185–191, 194, 195–197 КК України тощо); норми про відповідальність за заподіяння шкоди життю чи здоров'ю іншої особи, якщо така шкода заподіяна внаслідок використання лікарських засобів (ст. 115, 119, 121, 122, 125, 128 КК України тощо). Водночас проведене дослідження засвідчило відсутність системності та комплексності у закріпленні відповідальності за кримінальні правопорушення, що можуть вчинятися на різних етапах обігу лікарських засобів [252, с. 4].

Вказане дисертаційне дослідження цікаве тим, що воно є одним із перших, де автор запропонував розширену диференціацію та класифікацію достатньо специфічного виду медичного кримінального правопорушення. До того ж було також визначено сукупність суспільно небезпечних наслідків, які можуть наставати в результаті вчинення порушення встановленого порядку обігу лікарських засобів в Україні та суміжних із ним суспільно небезпечних діянь.

В.В. Балабко проаналізувала особливості кримінальної відповідальності медичних працівників за злочини проти життя та здоров'я. У роботі були уточнені кола осіб, які можуть нести відповідальність за вчинення злочинів, передбачених ст.ст. 131, 132, 134, 139−145 КК України. Зокрема, встановлено,

що з точки зору регулятивного законодавства немає достатніх підстав об'єднувати медичного та фармацевтичного працівників в одне поняття, яке використовуватиметься у чинному КК України для позначення суб'єкта відповідних злочинів. Основи і Закон України «Про екстрену медичну допомогу» суперечливо визначають ті види допомоги, які зобов'язані надавати фармацевтичні працівники, у зв'язку з чим названі законодавчі акти потребують узгодження. Слід також усунути некоректну законодавчу вказівку (ст. 12 Закону «Про екстрену медичну допомогу») стосовно віднесення фармацевтичних працівників до осіб, які не мають медичної освіти. Аргументовано, що законодавче описання суб'єкта незаконного проведення штучного переривання вагітності варто уточнити, доповнивши ч. 1 ст. 134 КК вказівкою на особу зі спеціальною медичною освітою. Формулювання «проведення штучного переривання вагітності особою із спеціальною медичною освітою в порушення встановленого порядку», яке бажано використати у диспозиції цієї норми КК, дозволяючи охопити у т.ч. випадки протиправного переривання вагітності, строк якої становить понад 22 тижні, та беручи у такий спосіб під кримінально-правову охорону життєздатний плід людини, дозволить, крім всього іншого, не загромаджувати диспозицію кримінально-правової норми положеннями регулятивного законодавства [41, с. 129].

Аналіз наукових праць надав можливість констатувати, що більшість вчених мають різні підходи до визначення як переліку медичних кримінальних правопорушень, так особливостей відмежування медичних суспільно небезпечних діянь від кримінальних правопорушень, які вчиняються медичними працівниками. Конструкція більшості кримінально-правових норм у цій сфері не є бездоганною, що визначає доцільність говорити саме про кримінальні правопорушення у медичній сфері, оскільки медичний працівник не завжди є єдиним можливим суб'єктом таких протиправних діянь, а також тому, що він може вчиняти й інші кримінальні правопорушення, не пов'язані із виконанням професійних обов'язків.

Таким чином, проведене дослідження надало підставу для диференціації наукових досліджень проблем запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності таким чином: 1) дослідження, у яких розв'язуються проблеми кримінальної відповідальності та покарання за конкретний вид кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності; 2) дослідження, у яких розглядаються елементи складу/складів кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності; 3) дослідження, присвячені особливостям кримінально-правової кваліфікації кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності; 4) дослідження, присвячені розвитку кримінально-правової політики у сфері протидії медичній злочинності; 5) компаративні дослідження, присвячені порівняльному аналізу меж кримінально-правової протидії медичним кримінальним правопорушенням в України та зарубіжних країнах.

Одночасно із цим, не можна залишити поза увагою те, що наразі майже відсутні комплексні монографічні дослідження, присвячені особливостям кримінологічної протидії та запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності. Така ситуація може бути негативно оцінена, оскільки механізм боротьби із будь-яким видом кримінальних правопорушень повинен передбачати комплекс заходів, здатних знизити його кількісні показники. Вказане підтверджує потребу у виробленні стратегії кримінологічного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування.

Висновки до 1 розділу

1. Констатовано, що медицина як наука почала своє становлення у найдавнішій період, тоді як її активний розвиток відбувся у період середньовіччя. Одночасно із цим, примітивне уявлення про перелік заборонених діянь у сфері медичної діяльності сформувалось разом із появою

клятви Гіппократа, яка визначала межі відповідальності лікаря за спричинення шкоди пацієнту. Не дивлячись на те, що перманентно на різних етапах розвитку держави та суспільства у правових документах з'являлись положення, які визначали межі відповідальності за кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності, більш системний підхід було реалізовано лише у XX столітті – із прийняттям кримінального законодавства України 1960 року, який було розвинено у чинному КК України 2001 року. Аналіз контрольного тексту нового кримінального законодавства України надає підставу для констатації, що вчені забезпечили посилення кримінальної відповідальності за досліджуваний вид кримінальних правопорушень, шляхом об'єднання таких діянь відповідно до родового об'єкту в одному розділі.

2. Визначено, що основною обставиною соціальної обумовленості кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності є неможливість забезпечити ефективний захист таких суспільних відносин іншими юридичними засобами, окрім кримінально-правових. На сьогоднішній день в Україні наявний послідовний механізм, який забезпечує диференційовану відповідальність за такого роду протиправні діяння. Доведено, що напрямами удосконалення національного законодавства мають бути такі: 1) удосконалити положення Кодексу України про адміністративні правопорушення в частині уточнення видів адміністративних правопорушень, які вчиняються медичними працівниками та їх систематизації відповідно до родового об'єкта; 2) удосконалити положення КПК України шляхом виключення кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності з переліку тих, кримінальне провадження щодо яких вчиняється у формі приватного обвинувачення; 3) створення методики розслідування кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності.

Зауважено, що більшість складів кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності побудовані із дотриманням принципу правової визначеності, що майже завжди унеможливлює їх неоднозначне трактування. Це також стосується і повноти таких складів. Звичайно, не можна

безапеляційно стверджувати про відсутність законодавчих недоліків, які відповідним чином зумовлюють помилки під час кримінально-правової кваліфікації, а також своєчасного виявлення осіб, які вчинили такі кримінальні правопорушення.

3. Диференційовано наукові дослідження проблем запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності таким чином: 1) дослідження, у яких розв'язуються проблеми кримінальної відповідальності та покарання за конкретний вид кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності; 2) дослідження, у яких розглядаються елементи складу/складів кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності; 3) дослідження, присвячені особливостям кримінально-правової кваліфікації кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності; 4) дослідження, присвячені розвитку кримінально-правової політики у сфері протидії медичній злочинності; 5) компаративні дослідження, присвячені порівняльному аналізу меж кримінально-правової протидії медичним кримінальним правопорушенням в України та зарубіжних країнах. Доведено, що наразі майже відсутні комплексні монографічні дослідження, присвячені особливостям кримінологічної протидії та запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності. Така ситуація може бути негативно оцінена, оскільки механізм боротьби із будь-яким видом кримінальних правопорушень повинен передбачати комплекс заходів, здатних знизити його кількісні показники. Вказане підтверджує потребу у виробленні стратегії кримінологічного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування.

РОЗДІЛ 2. КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА КРИМІНАЛЬНИХ ПРАВОПОРУШЕНЬ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ

2.1. Об’єкт та об’єктивна сторона кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні

Удосконалення кримінального законодавства в частині визначення та уточнення меж кримінальної відповідальності та покарання за окремі види кримінальних правопорушень є одним із найбільш ефективних способів зниження кількісного показника суспільно небезпечних діянь та здійснення позитивного впливу на загальну кримінологічну ситуацію. Одночасно із цим, як правило, законодавець більшу увагу приділяє найбільш поширеним кримінальним правопорушенням, часто ігноруючи інші діяння, які не мають широкого поширення. Одним із прикладів можуть бути кримінальні правопорушення у сфері медичної та фармацевтичної діяльності. На сьогоднішній день у чинному Кримінальному кодексі України більшість таких суспільно небезпечних діянь передбачені у розділі ІІ Особливої частини «Кримінальні правопорушення проти життя та здоров’я особи». Проте аналіз кримінально-правових норм надає підставу для констатації наявності схожих діянь у інших розділах. Як видається, така ситуація може бути пояснена диференціацією кримінальних правопорушень за родовим об’єктом, доцільність якої має бути проаналізована та уточнена.

Традиційно, у кримінальному праві під родовим об’єктом кримінальних правопорушень розуміється сукупність суспільних відносин у певній сфері, які піддаються кримінально протиправному впливу. Проте не можна не відзначити, що низка вчених у своїх наукових працях робили спроби спростувати такий підхід, доводячи можливість вважати родовим об’єктом цінності або блага, на які посягає кримінальний правопорушник.

Так, наприклад, Є.В. Фесенко вказує, що об'єктом злочину визнаються охоронювані законом цінності, проти яких спрямовано злочинне діяння і яким спричиняється чи може бути заподіяна шкода. Компонентами (різновидами) вказаних цінностей є потерпілі, їхні права та інтереси, соціальні зв'язки, а також матеріалізовані або нематеріалізовані блага. Під потерпілими визнаються як окремі індивіди, так і група осіб, юридичні особи, суспільні об'єднання, держава (в тому числі й іноземна) та її структури тощо. Отже поняття «потерпілий» як один з різновидів цінностей, на які посягає злочин, має більш широкий зміст порівняно з поняттям «потерпілий», що вживається в кримінально-процесуальному законодавстві. Інтереси – це нормативно захищена чи об'єктивізована у формі загальновизнаної настанови зацікавленість потерпілої сторони у задоволенні її потреб законним способом. Права – це суб'єктивні права потерпілих, закріплені тим чи іншим нормативним актом, який надає потерпілому відповідного правового статусу, повноваження діяти певним чином або не вчинювати певних дій, мати певні блага тощо. Соціальні зв'язки – це суспільно корисні взаємозв'язки або взаємодії учасників суспільних відносин. При цьому під поняттям «взаємозв'язок» розуміється обопільно усвідомлений суб'єктами фактичний стан відносин між ними, за якого вони можуть вчинювати певні дії, що торкаються їхніх інтересів чи інтересів третьої сторони, або утримуватися від певних дій. А взаємодії – це активна поведінка учасників суспільних відносин, спрямована на певні зміни у сфері інтересів цих суб'єктів чи третьої сторони або на недопущення таких змін. Блага – це те, що задовольняє потреби людей, відповідає їхнім інтересам, цілям і намірам [267].

Проте на сьогоднішній день більшість учених аргументовано доводить доцільність теорії «об'єкт кримінального правопорушення – суспільні відносини». Як видається, вказане можна пояснити тим, що розуміння під об'єктом кримінального правопорушення суспільних відносин надає можливість більш широко оцінити ступінь суспільної небезпечності діяння,

виходячи із ієрархії самих суспільних відносин, на які здійснюється кримінально протиправний вплив.

Так, Ю.О. Шопіна вказує, що родовим об'єктом злочинів, що вчиняються медичним або фармацевтичним працівником під час виконання професійних обов'язків, є суспільні відносини у сфері охорони життя та здоров'я особи. Встановлено, що видовий об'єкт злочинів, що вчиняються медичним або фармацевтичним працівником під час виконання професійних обов'язків, – це суспільні відносини у сфері охорони права громадян на охорону здоров'я в системі охорони здоров'я. Безпосередній об'єкт злочинів, що вчиняються медичним або фармацевтичним працівником під час виконання професійних обов'язків, необхідно розглядати як суспільні відносини, що охороняють життя та здоров'я особи і забезпечують реалізацію права громадян на надання медичної або фармацевтичної допомоги. Структура суспільних відносин, передбачених ст.ст. 131, 132, 139–145 КК України, – це відносини, що виникають між учасниками суспільних відносин (пацієнтом та медичним або фармацевтичним працівником) стосовно предмета суспільних відносин, яким є життя і здоров'я особи. Механізм такого порушення полягає в необхідній зміні соціального зв'язку (відповідні вчинки суб'єктів, що забезпечують збереження медичними, фармацевтичними прийомами та засобами належного існування предмета суспільних відносин). У деяких із досліджуваних статей КК України (до прикладу, ст.ст. 139, 140 КК України) є необхідним додатковий обов'язковий об'єкт злочину, який являє собою суспільні відносини щодо порядку надання медичної або фармацевтичної допомоги (послуг). Обов'язковою ознакою складу таких злочинів є потерпілий. З огляду на зміст норм про кримінальну відповідальність медичного або фармацевтичного працівника, пов'язаного з виконанням професійних обов'язків, ним є пацієнт (отримувач послуг). З метою забезпечення повноти кримінально-правової охорони життя та здоров'я особи, а також для повного і ґрунтовного підходу до логічної нормалізації та уніфікації термінів КК України вчена пропонує визнати потерпілим від

злочинів, що вчиняються медичним або фармацевтичним працівником під час виконання професійних обов'язків, пацієнта (отримувача послуг) та внести відповідні зміни до статей КК України. Також вважається за потрібне наголосити на необхідності передбачення пацієнта (отримувача послуг) неповнолітнього як кваліфікуючої ознаки складу злочинів, передбачених статтями КК України [281].

Аналіз норм кримінального законодавства України [154] надає підставу для уточнення існуючої класифікації кримінальних правопорушень, які вчиняються медичними працівниками у сфері медичної діяльності відповідно до об'єкта посягання на такі групи:

1) *кримінальні правопорушення, пов'язані із розголошенням медичним працівником службової інформації* (ст. 132 КК України – розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби; ст. 145 КК України – незаконне розголошення лікарської таємниці; ч. 2 ст. 168 КК України – розголошення таємниці усиновлення (удочеріння) всупереч волі усиновителя (удочерителя) вчинене працівником медичного закладу, якому відомості про усиновлення (удочеріння) стали відомі по службі чи по роботі);

2) *кримінальні правопорушення, пов'язані із ненаданням або неналежним наданням медичних послуг* (ст. 131 КК України – неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби; ст. 137 КК України – неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей; ст. 139 КК України – ненадання допомоги хворому медичним працівником; ст. 140 КК України – неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником);

3) *кримінальні правопорушення, пов'язані із порушенням встановленого законодавством порядку надання медичних послуг та/або виконання медичних обов'язків* (ст. 138 КК України – незаконна лікувальна діяльність, ст. 141 КК України – порушення прав пацієнта, ст. 142 КК України – незаконне

проведення дослідів над людиною, якщо таке діяння було вчинено медичним працівником; ст. 143 КК України – порушення встановленого законом порядку трансплантації анатомічних матеріалів людини та ст. 144 КК України – насильницьке донорство, якщо такі діяння вчинені медичними працівниками; ч. 2 ст. 321-1 КК України – фальсифікація лікарських засобів або обіг фальсифікованих лікарських засобів, вчинена медичним або фармацевтичним працівником).

Виходячи із наведеної класифікації, можна констатувати, що окремі кримінальні правопорушення, пов'язані із виконанням медичними працівниками своїх обов'язків розміщені в інших розділах національного кримінального законодавства, що свідчить про те, що їх родовим об'єктом законодавцем визначено суспільні відносини, які безпосередньо не пов'язані із захистом здоров'я населення. Одночасно із цим, деякі вчені пропонують іншу класифікацію кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності.

Так, наприклад, Т.Ю. Тарасевич за об'єктом кримінально-правової охорони виділяє професійні медичні злочини проти життя та здоров'я особи; проти особистої свободи; у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів. За суспільно небезпечним діянням пропонується виокремлення злочинів, що вчиняються лише шляхом дії; лише шляхом бездіяльності; як шляхом дії, так і шляхом бездіяльності. За наявністю суспільно небезпечних наслідків професійні злочини медичного працівника можуть бути класифіковані на ті, що мають формальний склад та ті, що мають матеріальний склад злочину. Залежно від того, чи лише медичний працівник може бути суб'єктом відповідного злочину пропонується виділення злочинів, суб'єктом яких може бути лише медичний працівник («чистих» медичних злочинів) та злочинів, суб'єктом яких можуть бути як медичні працівники, так і інші особи («змішаних» медичних злочинів). Залежно від ступеня вираженості у кримінально-правовій нормі ознак медичного працівника («явні» та «латентні» професійні медичні злочини). І, насамкінець, за формою

вини професійні медичні злочини пропонується класифікувати на умисні, необережні та ті, що можуть бути вчинені зі змішаною формою вини [247, с. 178-179].

В цілому із запропонованою вченою класифікацією можна погодитись, однак, як видається, поза увагою залишились кримінальні правопорушення проти особистих прав і свобод людини і громадянина, які також повинні враховуватись як такі, що можуть бути вчинені медичним працівником та пов'язані із виконанням ним своєї службових обов'язків.

Родовим об'єктом злочинів, що вчиняються медичним або фармацевтичним працівником у професійній діяльності, є суспільні відносини у сфері охорони життя та здоров'я особи. Видовий об'єкт злочинів, що вчиняються медичним або фармацевтичним працівником у професійній діяльності, – це суспільні відносини у сфері охорони права громадян на охорону здоров'я в системі охорони здоров'я. Безпосередній об'єкт злочинів, що вчиняються медичним або фармацевтичним працівником у професійній діяльності, має свої особливі риси (неналежне здійснення діагностики, лікування пацієнта, організації медичної допомоги, яке призвело або могло призвести до несприятливого результату медичного втручання; неналежне виконання медичним чи фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків, яке зумовило помилкову профілактику, діагностику, лікування пацієнта і спричинило несприятливий наслідок; неналежне здійснення діагностики, лікування пацієнта, організації медичної допомоги, яке призвело або могло призвести до негативних наслідків у стані здоров'я хворого). Тому його потрібно розглядати як суспільні відносини, що охороняють життя та здоров'я особи і забезпечують реалізацію права громадян на надання медичної та фармацевтичної допомоги. Додатковий обов'язковий (необхідний) об'єкт таких злочинів являє собою суспільні відносини щодо порядку надання медичної або фармацевтичної допомоги (послуги). Обов'язковою ознакою складів злочинів є потерпілий, яким потрібно визнавати пацієнта (отримувача

послуг). У зв’язку з цим доцільно внести деякі зміни до досліджуваних нами статей КК України [281].

Необхідно відзначити, що непоодинокими є випадки, коли кримінальні правопорушення, які вчиняються медичними працівниками у сфері здійснення безпосередніх повноважень неправильно кваліфікуються за іншими статтями кримінального законодавства, зокрема – як протиправні діяння у сфері службової діяльності та професійної діяльності, пов’язаної із наданням публічних послуг. Така ситуація часто зумовлена тим, що родовим, а також обов’язковим безпосереднім об’єктом таких протиправних діянь є не здоров’я особи, а визначені інші суспільні відносини та блага, зокрема – воля (наприклад, незаконне поміщення в заклад з надання психіатричної допомоги), право на приватність особистого життя (наприклад, розголошення медичним працівником таємниці усиновлення (удочеріння)), особисті права (порушення права на безоплатну медичну допомогу), встановлений законом порядок обігу лікарських засобів (фальсифікація лікарських засобів або обіг фальсифікованих лікарських засобів) тощо.

Більшість вчених також вважають, що основний зміст медичних кримінальних правопорушень пов’язані із порушенням медичними працівниками прав пацієнтів. Так, наприклад, В.В. Марєєв вказує, що по вертикалі об'єкт злочинів проти прав пацієнта включається в загальну класифікацію об'єктів злочинів проти особи та поділяється на родовий, яким виступає особа; видовий, що становить собою частину, підсистему родового об'єкта і яким виступають життя і здоров'я, свобода пацієнта, його найважливіші особисті права, закріплені в Конституції України, такі як право на недоторканність приватного життя, право на охорону здоров'я та медичну допомогу, у тому числі безоплатну; безпосередній, тобто те правове благо, на яке прямо і безпосередньо посягає конкретне суспільно небезпечне діяння. Життя як об'єкт кримінально-правової охорони – це конкретні людські цінності, що існують задля охорони біологічної основи життя і виступають благом як конкретної людини, так і суспільства в цілому. Кримінальний закон

охороняє від злочинних посягань не життя людини саме по собі як поняття біологічне, повністю підпорядковане закономірностям природи, а життя людини як необхідну передумову виникнення, існування і розвитку суспільних відносин. В цій якості життя людини набуває значення соціального явища – правового блага. Здоров'я людини як видовий об'єкт злочинів становить собою біологічну цінність – певний фізичний стан організму, який забезпечує фізичну і соціальну повноцінність людини, забезпечує можливість повноцінно брати участь в соціальних зв'язках суспільства, користуватись благами життя. Характерною ознакою злочинів у сфері медичної діяльності є наявність поряд з основним безпосереднім додаткового об'єкту – встановленого законодавством порядку здійснення тих чи інших видів медичної діяльності, зокрема надання медичної допомоги та медичних послуг, проведення наукових медичних досліджень і нормального функціонування закладів системи охорони здоров'я [166].

Необхідно відзначити, що, не дивлячись на різні родові об’єкти, кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності можуть бути вчинені виключно спеціальним суб’єктом – медичним або фармацевтичним працівником. Одночасно із цим, диференціація таких протиправних діянь по різним розділам кримінального законодавства негативним чином вплинуло на пеналізацію таких суспільно небезпечних діянь в частині визначення видів та розмірів покарань, а також їх співвіднесення зі ступенем суспільної небезпечності та потенційних наслідків від таких кримінальних правопорушень. Наведене дозволяє стверджувати, що позиції вчених щодо доцільності виокремлення медичних кримінальних правопорушень в окремий розділ кримінального законодавства України є аргументованим.

Отже, наявність диференційованих по різних розділах кримінального законодавства кримінальних правопорушень, що вчиняються у медичній сфері свідчить про те, що законодавець залишає за можливе вважати, що такі діяння можуть посягати не лише на суспільні відносини у сфері забезпечення права на отримання належної медичної допомоги. Запропоновані вченими, а також

визначена авторська класифікації таких кримінальних правопорушень дозволяє стверджувати, що фактично кримінально протиправного впливу зазнають суспільні відносини у сфері забезпечення прав людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; суспільні відносини у сфері забезпечення прав громадян на невтручання в особисте та сімейне життя; суспільні відносини у сфері забезпечення встановленого законом порядку обігу лікарських засобів.

Окрему увагу доцільно приділити також визначенню безпосередніх об’єктів досліджуваного виду кримінальних правопорушень. Так, наприклад, В.Я. Тацій та Ю.А. Пономаренко вказують, що у межах родових об’єктів виділяються безпосередні об’єкти кримінальних правопорушень – суспільні відносини, що є об’єктом кожного окремого виду одиничного кримінального правопорушення, передбаченого окремою статтею Особливої частини КК. У деяких випадках безпосередні об’єкти різних одиничних кримінальних правопорушень збігаються (наприклад: умисного і необережного вбивства, крадіжки і грабежу тощо). Безпосередній об’єкт кримінального правопорушення підлягає встановленню у правозастосовній діяльності і впливає на кваліфікацію кримінального правопорушення. У кримінальних правопорушеннях, які одночасно посягають на два чи більше безпосередніх об’єкти, виділяються основний (головний) безпосередній і додатковий безпосередній об’єкти. Основний безпосередній об’єкт знаходиться в межах родового об’єкта і є суспільними відносинами, на які в першу чергу посягає кримінальне правопорушення. Додатковий безпосередній об’єкт – це ті суспільні відносини, посягання на які здійснюється чи може здійснюватися одночасно з посяганням на основний безпосередній об’єкт [249, с. 209-210].

Така позиція заслуговує на увагу та схвалення, одночасно із цим видається більш доцільним під безпосереднім об’єктом кримінального правопорушення розуміти конкретні цінності та блага, яким через кримінально протиправний вплив спричиняється шкода. За таких умов з’являється можливість побудови логічного вертикального взаємозв’язку між

родовим об’єктом як сукупністю суспільних відносин та безпосереднім об’єктом як конкретними цінностями та благами, яким спричиняється шкода внаслідок вчинення конкретного кримінального правопорушення.

У цьому контексті також доцільно акцентувати увагу на предметі кримінального правопорушення, який є факультативною ознакою об’єкта суспільно небезпечного діяння. У теорії кримінального права традиційно вважається, що всі кримінальні правопорушення можна умовно поділити на предметні та безпредметні. Оскільки предмет кримінального правопорушення за наявності завжди вказується у диспозиції частини статті, така диференціація не викликає жодних проблем. Досліджувана сукупність кримінальних правопорушень також передбачає наявність як предметних, так і безпредметних кримінальних правопорушень.

Отже, можна виявити таке:

– ст. 131 КК України – неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби – безпосереднім об’єктом є здоров’я особи, а додатковими – конституційне право громадянин на охорону здоров’я та медичну допомогу, встановлений порядок виконання професійних обов’язків (обов’язкові об’єкти) і життя особи (факультативний об’єкт) [177, с. 396];

– ст. 132 КК України – розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби – безпосереднім об’єктом є встановлений порядок обігу інформації про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, а додатковими – встановлений порядок виконання службових та професійних обов’язків, честь і гідність особи [177, с. 398]. Предметом є відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби;

– ст. 137 КК України – неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей – безпосереднім об’єктом є життя та здоров’я дитини [177, с. 413];

– ст. 138 КК України – незаконна лікувальна діяльність, ст. 141 КК України – порушення прав пацієнта – безпосереднім об’єктом є життя або здоров’я особи, а його додатковим об’єктом – порядок надання медичної допомоги [177, с. 414];

– ст. 139 КК України – ненадання допомоги хворому медичним працівником – безпосереднім об’єктом є життя та здоров’я особи, а додатковим – порядок надання медичної допомоги [177, с. 417];

– ст. 140 КК України – неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником – безпосереднім об’єктом є життя та здоров’я. Додатковим об’єктом злочину, передбаченого ст. 140, слід визнавати порядок надання не лише медичної, а й фармацевтичної допомоги, а так само порядок надання відмінних від медичної допомоги медичних послуг (із пластичної хірургії, естетичної стоматології тощо) [177, с. 419];

– ст. 142 КК України – незаконне проведення дослідів над людиною, якщо таке діяння було вчинено медичним працівником – безпосереднім об’єктом є життя та здоров’я особи [177, с. 425];

– ст. 143 КК України – порушення встановленого законом порядку трансплантації анатомічних матеріалів людини та ст. 144 КК України – насильницьке донорство, якщо такі діяння вчинені медичними працівниками – безпосереднім об’єктом обох кримінальних правопорушень є здоров’я особи, додатковим обов’язковим об’єктом ст. 143 КК України – залежно від конкретної форми цього злочину – порядок проведення трансплантації органів чи тканин людини або торгівлі органами або тканинами людини як складових порядку забезпечення здоров’я населення. Предметом кримінального правопорушення, передбаченого ст. 143 КК України є тільки такі анатомічні матеріали людини (гомотрансплантати), як органи і тканини, у тому числі (крім злочину, передбаченого ч. 2 ст. 143) взяті у мертвої

людини. Не є ним: а) інші анатомічні матеріали (анатомічні утворення, клітини); б) анатомічні матеріали тварини (ксенотрансплантати); в) кров, її компоненти, аутотрансплантати (анатомічні матеріали, взяті у людини для пересадки цій же людині), штучно виготовлені замінники органів і тканин людини. Предметом кримінального правопорушення, передбаченого ст. 144 КК України є тільки кров живої людини і не є ним, зокрема, сперма, а також плазма чи інші компоненти крові, штучно виготовлені замінники крові людини, кров що йно померлої людини тощо [177, с. 426];

– ст. 145 КК України – незаконне розголошення лікарської таємниці – безпосереднім об'єктом є порядок збереження лікарської таємниці, який забезпечує належний стан здоров'я громадян [177, с. 431]. Предметом є лікарська таємниця;

– ч. 2 ст. 168 КК України – розголошення таємниці усиновлення (удочеріння) всупереч волі усиновителя (удочерителя) вчинене працівником медичного закладу, якому відомості про усиновлення (удочеріння) стали відомі по службі чи по роботі – безпосереднім об'єктом є інтереси сім'ї та осіб (дітей), яких було усиновлено (їх всебічний фізичний, психічний та соціальний розвиток) [177, с. 527]. У межах ч. 2 ст. 168 КК України можна також виокремити додатковий об'єкт, яким можуть виступати життя, здоров'я особи, встановлений порядок виконання службовими особами своїх повноважень, інші блага. У результаті вчинення злочину порушується передбачене законом [177, с. 527];

– ч. 2 ст. 321-1 КК України – фальсифікація лікарських засобів або обіг фальсифікованих лікарських засобів, вчинена медичним або фармацевтичним працівником – безпосереднім об'єктом є встановлений з метою захисту здоров'я населення порядок обігу лікарських засобів. Контроль за якістю лікарських засобів та умовами їх виробництва здійснюється Держлікслужбою. Предметом злочину є фальсифіковані лікарські засоби [177, с. 1001].

Ще однією факультативною ознакою об'єкта кримінального правопорушення є потерпілий. Такий підхід притаманний прихильникам

традиційної моделі «родовий об’єкт – суспільні відносини». Якщо розглядати структуру суспільних відносин, можна виявити, що одним із складових елементів є учасники таких відносин, які взаємодіють один із одним. Отже, потерпілий і є одним із учасників суспільних відносин, що визначає його зміст як факультативної ознаки об’єкту кримінального правопорушення. Оскільки ці кримінальні правопорушення пов’язані із наданням медичних послуг всі потерпілі є спеціальними.

Кримінальні правопорушення проти життя та здоров’я є одними із найбільш розповсюджених та таких, що складають відносно значний відсоток у загальній кількості суспільно небезпечних діянь, які щорічно фіксуються в Україні. Вказане можна пояснити з точки зору того, що насильницькі кримінальні правопорушення разом із майновими протиправними діяннями утворюють ядро злочинності, що є історично сформованим та підтвердженим фактом. Одночасно із цим не можна залишити поза увагою те, що низка суспільно небезпечних діянь проти життя та здоров’я мають відносно незначний кількісний показник. Такими кримінальними правопорушеннями є ті, що вчиняються медичними працівниками та, або у медичній сфері. Аналіз статистики правоохоронних органів та судової практики надає підставу вважати, що однією із основних причин, які зумовили таку ситуацію є високий ступінь латентності через складнощі у доказуванні об’єктивної сторони протиправних діянь, які вчиняються у медичній сфері.

Об’єктивна сторона кримінальних правопорушень, які вчиняються у медичній сфері, як правило, може характеризуватись як вчиненням активних дій, так і бездіяльністю. Остання часто полягає у неналежному виконанні професійних обов’язків (кримінально протиправна недбалість). Більшість складів кримінальних правопорушень є формальними та не передбачають обов’язкового настання суспільно небезпечних наслідків, а вважаються закінченими з моменту вчинення дії. В окремих випадках для таких складів обов’язковою ознакою об’єктивної сторони є спосіб, наприклад, у кримінальному правопорушенні, передбаченому ст. 144 КК України таким

способом є насильство або обман, які застосовуються для примушування людини стати донором.

Основними формами реалізації об’єктивної сторони кримінальних правопорушень, які вчиняються у медичній сфері є такі:

– ст. 131 КК України – неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби – з об’єктивної сторони характеризується сукупністю трьох ознак: 1) діяння – неналежне виконання медичним, фармацевтичним або іншим працівником своїх професійних обов’язків внаслідок недбалого чи несумлінного ставлення до них; 2) наслідки у виді зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є не безпечною для життя людини; 3) причиновий зв’язок між зазначеним діянням і наслідками [177, с. 397];

– ст. 132 КК України – розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби – об’єктивна сторона злочину полягає у розголошенні відомостей про: 1) проведення медичного огляду особи на виявлення зараження ВІЛ чи вірусом іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД); 2) його результати [177, с. 399];

– ст. 137 КК України – неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей – з об’єктивної сторони може набувати таких форм: 1) ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані, при можливості надати таку допомогу, якщо це спричинило тяжкі тілесні ушкодження; 2) неповідомлення належним установам чи особам про знаходження іншої особи в небезпечному для життя стані (за умови, що винна особа самостійно не може надати допомогу), якщо це спричинило тяжкі тілесні ушкодження (ч. 1 ст. 136); 3) ненадання допомоги малолітньому, який перебуває в небезпечному для життя стані, при можливості надати таку

допомогу; 4) неповідомлення належним установам чи особам про перебування дитини в небезпечному для життя стані (ч. 2 ст. 136) [177, с. 413];

– ст. 138 КК України – незаконна лікувальна діяльність, ст. 141 КК України – порушення прав пацієнта – об'єктивна сторона злочину виражається у зайнятті особою, яка не має належної медичної освіти, лікувальною діяльністю, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого [177, с. 414];

– ст. 139 КК України – ненадання допомоги хворому медичним працівником – з об'єктивної сторони злочин виражається у бездіяльності: медичний працівник, який відповідно до встановлених правил зобов'язаний надавати допомогу хворому, без по важних причин не робить цього [177, с. 417];

– ст. 140 КК України – неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником – об'єктивна сторона характеризується: 1) діянням (дією чи бездіяльністю) – невиконанням чи неналежним виконанням медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення; 2) на слідками у виді тяжких наслідків для хворого; 3) причиновим зв'язком між вказаними діянням та наслідками. Надання медичної допомоги охоплює діагностику (оцінка об'єктивних і суб'єктивних даних про стан здоров'я, вибір і прийняття рішення про лікування) та лікування (застосування різного роду процедур, проведення медикаментозної та іншої терапії, виконання хірургічних операцій тощо) [177, с. 420];

– ст. 142 КК України – незаконне проведення дослідів над людиною, якщо таке діяння було вчинено медичним працівником – об'єктивна сторона злочину характеризується: 1) діями у виді незаконного проведення медико-біологічних, психологічних або інших дослідів над людиною; 2) наслідками у виді створення небезпеки для її життя чи здоров'я; 3) причиновим зв'язком між вказаними діями і наслідками [177, с. 425];

– ст. 143 КК України – порушення встановленого законом порядку трансплантації анатомічних матеріалів людини – об'єктивна сторона злочину

може проявитися у таких формах: 1) порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини (ч. 1 ст. 143); 2) вилучення у людини шляхом примушування або обману її органів або тканин (ч. 2 ст. 143); 3) незаконна торгівля органами або тканинами людини (ч. 4 ст. 143); 4) участь у транснаціональних організаціях, які займаються: а) вилученням у людини шляхом примушування або обману її органів чи тканин з метою їх трансплантації або б) незаконною торгівлею органами або тканинами людини (ч. 5 ст. 143) [177, с. 427];

– ст. 144 КК України – насильницьке донорство – об'єктивна сторона злочину полягає у вилученні крові у людини. Способами такого вилучення можуть бути тільки насильство або обман [177, с. 430];

– ст. 145 КК України – незаконне розголошення лікарської таємниці – об'єктивна сторона характеризується: 1) діянням у виді розголошення лікарської таємниці; 2) тяжкими наслідками; 3) причиновим зв'язком між діянням і наслідками [177, с. 431];

– ч. 2 ст. 168 КК України – розголошення таємниці усиновлення (удочеріння) всупереч волі усиновителя (удочерителя) вчинене працівником медичного закладу, якому відомості про усиновлення (удочеріння) стали відомі по службі чи по роботі – з об'єктивної сторони проявляється у розголошенні таємниці усиновлення (удочеріння) всупереч волі усиновителя (удочерителя). Про поняття усиновлення (удочеріння) [177, с. 527];

– ч. 2 ст. 321-1 КК України – фальсифікація лікарських засобів або обіг фальсифікованих лікарських засобів, вчинена медичним або фармацевтичним працівником – об'єктивна сторона злочину може полягати у таких, альтернативно зазначених діяннях: 1) порушення встановленого порядку доклінічного вивчення лікарських засобів, 2) порушення встановленого порядку клінічних випробувань лікарських засобів, 3) фальсифікація результатів доклінічного вивчення лікарських засобів; 4) фальсифікація

результатів клінічних випробувань лікарських засобів, 5) порушення встановленого порядку державної реєстрації лікарських засобів [177, с. 1001].

Одночасно із цим необхідно відзначити, що об’єктивна сторона окремих кримінальних зумовлює їх схожість із іншими суміжними суспільно небезпечними діяннями, що ускладнює кваліфікацію. Зокрема це також стосується діяння, передбаченого ст. 138 КК України – незаконна лікувальна діяльність.

Аналіз диспозиції ст. 138 КК України надає підставу для констатації, що певним чином об’єктивні ознаки такого кримінального правопорушення є достатньо систематизованими та визначеними, що має сприяти уникненню випадків їх неправильного тлумачення. Одночасно із цим, можна виокремити три блоки проблемних питань, пов’язаних із об’єктивною стороною такого суспільно небезпечного діяння: 1) встановлення меж розмежування незаконної лікувальної діяльності та шахрайства; 2) встановлення змісту «належної медичної освіти» як ознаки об’єктивної сторони незаконної лікувальної діяльності; 3) визначені тяжкі наслідки для хворого.

1. Встановлення меж розмежування незаконної лікувальної діяльності та шахрайства.

А. Байда вказує, що відповідно до ст. 138 КК незаконна лікувальна діяльність – це заняття лікувальною діяльністю без спеціального дозволу, здійснюване особою, яка не має належної медичної освіти, якщо це потягло тяжкі наслідки для хворого. З урахуванням того, що об'єктивна сторона злочину, передбаченого ст. 138 КК, є складною і включає в себе 2 групи дій: 1) порушення організаційно-розпорядчих (без спеціального дозволу); 2) спеціально-лікувальних (без належної освіти) правил, виникає можливість різного психічного ставлення суб'єкта окремо до кожної з них. Порушення порядку заняття медичною практикою можливе як з умисною, так і з необережною формою вини. Переважно особа усвідомлює, що не має права на заняття лікувальною діяльністю, не є суб’єктом, який уповноважений на здійснення таких дій, але зважаючи на це, бажає х здійснювати, тобто ді є з

прямим умислом. Разом з цим особа, яка займається лікувальною діяльністю, через неосвіченість, похилий вік тощо може не усвідомлювати, що здійснювана нею діяльність є такою, що вимагає одержання спеціального дозволу ліцензії). Зазначені правила порушуються в цьому випадку з необережності. Отже, заняття незаконною лікувальною діяльністю за умови, якщо винний усвідомлює, що не має права на неї, завжди передбачає, що він лише видає себе за особу, яка має право лікувати. За таких умов винний вводить в оману і стосовно здатності правильно виконувати спеціально-лікувальні дії, що в кінцевому підсумку призводить до настання тяжких наслідків для хворого. Таким чином, за умови умисного порушення організаційно-розпорядчих правил діяльність винного завжди супроводжується специфічною формою обману хворого (пацієнта), що в рамках злочину, передбаченого ст. 138 КК, є частиною способу його вчинення. Тому заняття незаконною лікувальною діяльністю із шахрайством ідеальної сукупності злочинів не утворює, що однак не означає, що в усіх випадках, коли наявні ознаки незаконної лікувальної діяльності, має застосуватися тільки ст. 138 КК. Підкреслюючи останню тезу, вчений стверджує, що коли особа без належної медичної освіти, не маючи права на заняття лікувальною діяльністю і, головне, усвідомлюючи відсутність такого права, займається діяльністю, яка за своєю суттю є лікувальною, ознаки злочину, передбаченого ст. 190 КК відсутні [39].

У продовження думки вченого, необхідно відзначити, що від шахрайства незаконна лікувальна діяльність відрізняється також за наступними ознаками:

– на сьогоднішній день основний профільний Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» не надає тлумачення поняття «лікувальна діяльність», так само, як і більшість науково-практичних коментарів до кримінального законодавства України. Одночасно із цим, системний аналіз праць учених та інших нормативно-правових актів, а також стратегічних та концептуальних

документів, надає підставу для констатації, що *під лікувальною діяльністю можна розуміти системне здійснення комплексу заходів, метою яких є оздоровлення іншої особи.* Такі заходи не обов'язково мають бути пов'язані із наданням медичних послуг, а можуть полягати у проведенні масажу, вправ із лікувальної фізичної культури тощо. Відповідно, особа, яка займається такою лікувальною діяльністю не завжди прагне до отримання матеріальної винагороди, а отже і може не мати мети заволодіння чужим майном, що є обов'язковим для шахрайства;

– ст. 138 КК України має таку ознаку як відсутність «належної медичної освіти». Однак, необхідно враховувати також те, що здебільшого особи, які звертаються за такою медичною допомогою усвідомлюють, що той, хто надає послуги не має належної медичної освіти, а отже добровільно оплачують таку діяльність, що також виключає наявність ознак шахрайства.

Так, прикладом є обставини, викладені у вироку Приморського районного суду м. Одеси від 4 грудня 2024 року (справа №522/1522/24), відповідно до якого особу визнали винною у вчиненні кримінального правопорушення, передбаченого ст. 138 КК України за таких обставин: *02.03.2023 року о 10 годині ранку ОСОБА_7 у супроводі подруги ОСОБА_6 за попередньою домовленістю, з метою отримання стоматологічної допомоги, прибула за адресою: АДРЕСА_1, де був облаштований стоматологічний кабінет ОСОБА_3, який однак не має належної медичної освіти, та спеціального дозволу на здійснення медичної практики, але на протязі останніх років, займається незаконною лікувальною діяльністю. Після прибуття на прийом до ОСОБА_3, ОСОБА_7 була ним оглянута, та він повідомив, що необхідно видалити два її зуба, однак наразі він видалить тільки один у зв'язку з тим, що в неї наявне велике запалення ясен ротової порожнини. ОСОБА_3 видалив ОСОБА_8 зуб на ніжній шелепі зліва, та отримав за проведену стоматологічну маніпуляцію від ОСОБА_7 грошову винагороду у розмірі 150 гривень… 04.03.2023 року для подальшого лікування зубів ОСОБА_7 у супроводі подруги ОСОБА_6 у назначений час, о 10 годині,*

повторно прибули до стоматологічного кабінету ОСОБА_3... ОСОБА_3, усадивши ОСОБА_7 в стоматологічне крісло, зробив їй ін'єкцію у слизову оболонку губи зліва, в ділянці 2-го зуба, перехідної складки, препаратом «артифрин форте», знеболивши місце оперативного втручання, та виконав тракцію (видалення) 2-го зубу верхньої щелепи зліва, внаслідок чого в проекції другої лунки верхньої шелепи зліва утворилася рвана рана. Враховуючи наявність у ОСОБА_7 цукрового діабету важкого перебігу, некомпенсованого, та ускладнень у вигляді діабетичної ангіопатії, видалення 2-го зубу (латерального різця) верхньої шелепи спровокувало прогресування локальної ангіопатії та розвиток кровотечі, яка в свою чергу привела до аспірації кров'ю. ОСОБА_7 встала з стоматологічного крісла, закашлялась кров'ю, яка рясно виділялась з ротової порожнини, потім втратила свідомість, та до моменту приїзду карети швидкої допомоги, вже перебувала у стані клінічної смерті, яка у 11 годин 27 хвилин була констатована лікарем швидкої медичної допомоги. Непрохідність верхніх дихальних шляхів ОСОБА_7 не була розпізнана ОСОБА_3, спроб вивільнення їх від крові або поновлення їх прохідності іншим чином до приїзду бригади швидкої медичної допомоги він не вживав. Проведені бригадою швидкої медичної допомоги заходи серцево-легеневої реанімації ефекту не дали та у 12 годин 09 хвилин у ОСОБА_7 було зафіксовано біологічну смерть [65].

У постанові Першої судової палати Касаційного кримінального суду від 16 січня 2020 року (*справа № 161/18755/13-к, провадження № 51-10046км18*) Верховний Суд відзначив, що об'єктивна сторона шахрайства полягає у заволодінні майном або придбанні права на майно шляхом обману чи зловживання довірою. Суб'єктивна сторона шахрайства характеризується прямим умислом і корисливим мотивом. Отримання майна з умовою виконання якого-небудь зобов`язання може бути кваліфіковане як шахрайство лише в тому разі, коли винна особа ще в момент заволодіння цим майном мала на меті його привласнити, не виконуючи зобов`язання [208]. Відповідно, коли особа, яка займається незаконною лікувальною діяльністю не має на меті

заволодіти майном шляхом обману щодо наявності у неї медичної освіти або зловживання довірою пацієнта ознаки шахрайства у таких діях відсутні.

2. Встановлення змісту «належної медичної освіти» як ознаки об'єктивної сторони незаконної лікувальної діяльності.

Як видається, поняття «належної» медичної освіти, використане у конструкції ст. 138 КК України є невдалим, оскільки воно не встановлює чітких ознак такої освіти, а відповідно зумовлює потребу у зверненні до низки інших нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, які також не надають вичерпного тлумачення «належної медичної освіти».

У науково-практичному коментарі до кримінального законодавства України вчені відзначили, що вирішуючи питання, яку особу слід визнавати такою, що не має належної медичної освіти, слід, серед іншого, виходити з того, що відповідність встановленим вимогам медичних працівників із числа лікарів засвідчується: а) документом про вищу освіту державного зразка; б) сертифікатом лікаря-спеціаліста (провізора-спеціаліста) встановленого зразка, виданим вищим медичним навчальним закладом, закладом післядипломної освіти; в) посвідченням про присвоєння (підтвердження) відповідної кваліфікаційної категорії з лікарських (провізорських) спеціальностей (за наявності); г) свідоцтвом про проходження підвищення кваліфікації (за наявності). Відповідні переліки документів встановлені КМ і для молодших спеціалістів з медичною освітою, і для інших працівників, які працюють у системі охорони здоров'я. Медичні працівники, які займаються лікувальною діяльністю не відповідно до документально посвідченої спеціальності, також можуть визнаватись особами, які не мають належної медичної освіти, однак для інкримінування ст. 138 має бути встановлена відсутність не лише відповідної освіти, а й спеціального дозволу. Зокрема, якщо лікувальна діяльність здійснюється в межах тієї чи іншої медичної установи, то саме вона (а не її працівник) повинна одержувати ліцензію [177, с. 415-416].

Одночасно із цим, необхідно відзначити, що не завжди норми кримінального законодавства своєчасно приводяться у відповідність положенням нормативно-правових актів, які приймаються або оновлюються з метою забезпечення суспільних відносин, які захищаються кримінальним законодавством. Саме тому, наявність невизначеної термінології може призвести до помилок у кримінально-правовій кваліфікації незаконної лікувальної діяльності.

Лікувальна діяльність характеризується низкою ознак: 1) вона включає не тільки акти дії, а й акти бездіяльності (у фізичному сенсі). Таким, наприклад, можна визнати спеціальне утримання від впливу на організм пацієнта під час курсу незаконної медикаментозної лікувальної діяльності. Разом з тим будь-який акт поведінки, що утворює лікувальну діяльність, незалежно від своєї фізичної природи (дія або бездіяльність) в юридичному сенсі є активною поведінкою – дією, оскільки суб'єкт займається лікуванням, тобто здійснює систему актів поведінки, об'єднаних єдиною метою лікування; 2) лікувальна діяльність – це завжди процес, а не «одноразовий» поведінковий акт, який являє собою складну систему окремих дій, кожна з яких відрізняється як своєю специфікою, так і власною (проміжною) метою. Проте загалом кожна з них спрямована на попередження і усунення патологічних процесів (лікування і реабілітацію); 3) для того щоб незаконна діяльність особи була визнана лікувальною і підпадала під ознаки злочину, передбаченого ст. 138 КК, необхідно, щоб вона полягала у впливі на причини і перебіг патологічних процесів в організмі пацієнта з метою їх усунення (лікування) і/або відновлення порушеної функції (реабілітація) Тому в тих випадках, коли мають місце лише зовнішні ознаки незаконної лікувальної діяльності, за відсутності вказаної мети (без наміру здійснювати лікування і реабілітацію), вчинене не може кваліфікуватися за ст. 138 КК [40].

Необхідно відзначити, що такий підхід до широкого визначення умов, за яких особа, яка займається незаконною лікувальною діяльністю може бути притягнута до кримінальної відповідальності призводить до складнощів у

кваліфікації такого кримінального правопорушення. Вказане також підтверджується тим, що на сьогоднішній день в Єдиному реєстрі судових рішень оприлюднено лише один вирок, ухвалений у кримінальному провадженні, розпочатому за фактом вчинення кримінального правопорушення, передбаченого ст. 138 КК України. Отже, видається більш доцільним встановити кримінально-правову заборону на порушення встановленого законом порядку надання медичної допомоги, об'єктивна сторона якої також охоплюватиме діяння із зайняття незаконною лікувальною діяльністю. Із іншого боку, порушення встановленого законом порядку зайняття народною медициною може також посягати на сферу господарської діяльності.

3. Визначені тяжкі наслідки для хворого.

Під тяжкими наслідками (оціночне поняття) слід розуміти спричинення смерті, заподіяння тяжкого тілесного ушкодження одній особі або тілесного ушкодження середньої тяжкості двом або більше особам. При цьому під хворим розуміється не тільки особа, яка насправді має певне захворювання, а й будь-яка інша особа, яка звернулась до винного з профілактичною метою або через те, що сама вважала себе хворою або її вважали хворою батьки, опікуни тощо (хворий у значенні «пацієнт»). Для інкримінування особі ст. 138 потрібно довести, що вказані наслідки перебувають у причиновому зв'язку з незаконним лікарюванням (цей зв'язок може бути як безпосереднім (прямим) так й опосередкованим). Медична практика, здійснювана без ліцензії, яка не спричинила тяжких наслідків, ви знається адміністративним проступком (ст. 164 КУпАП) [177, с. 415].

Отже, саме наявність тяжких наслідків як обов'язкової ознаки об'єктивної сторони кримінального правопорушення, передбаченого ст. 138 КК України визначає його правову природу як суспільно небезпечного діяння проти життя та здоров'я. Відповідно, аналіз ст. 164 адміністративного законодавства України надав підставу для констатації, що на відміну від кримінального, адміністративне законодавство встановлює заборону на

зайняття незаконною медичною діяльністю як на вид господарської діяльності.

На сьогоднішній день кримінально-правова норма, якою встановлено кримінальну відповідальність за незаконне зайняття лікувальною діяльністю потребує перегляду та оновлення, яке надасть можливість удосконалити практику із притягнення до кримінальної відповідальності осіб, які вчинили такі кримінальні правопорушення. Як видається, одним із позитивних прикладів є запропонований у проєкті нового КК України підхід – криміналізація діяльності у сфері охорони здоров'я без належного дозволу, яка полягає у притягненні до кримінальної відповідальності особи, яка без належного дозволу здійснювала діяльність у сфері охорони здоров'я з: 1) медичної практики, 2) виготовлення чи виробництва лікарського засобу, 3) ввезення в Україну лікарського засобу з метою його продажу або 4) продажу лікарського засобу [226]. Запропонований членами робочої групи варіант редакції кримінально-правової норми, по-перше, надасть можливість охопити більшість із розповсюджених протиправних дій; по-друге, надасть можливість уникнути неоднозначного тлумачення диспозиції кримінально-правової норми.

Таким чином, проведене дослідження дозволило встановити, що родовим об'єктом кримінальних правопорушень, що вчиняються у медичній сфері є суспільні відносини у сфері забезпечення прав людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; суспільні відносини у сфері забезпечення прав громадян на невтручання в особисте та сімейне життя; суспільні відносини у сфері забезпечення встановленого законом порядку обігу лікарських засобів. Безпосередні об'єкти визначені у диспозиціях кримінально-правових норм та відображають конкретні цінності та блага, які зазнають протиправного впливу. Кримінальні правопорушення можуть бути як предметні, так і безпредметні. Потерпілі спеціальні – особи, які отримують медичні послуги, пацієнти або клієнти медичних установ, а також всі інші особи, які беруть участь у медичних маніпуляціях.

Об’єктивна сторона кримінальних правопорушень, які вчиняються у медичній сфері, як правило, може характеризуватись як вчиненням активних дій, так і бездіяльністю. Остання часто полягає у неналежному виконанні професійних обов’язків (кримінально протиправна недбалість). Більшість складів кримінальних правопорушень є формальними та не передбачають обов’язкового настання суспільно небезпечних наслідків, а вважаються закінченими з моменту вчинення дії. В окремих випадках для таких складів обов’язковою ознакою об’єктивної сторони є спосіб.

2.2. Суб’єкт та суб’єктивна сторона кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні

Суб’єкт є одним із елементів складу кримінального правопорушення та носієм суспільних відносин. Відповідно до ст. 18 КК України, суб'єктом кримінального правопорушення є фізична осудна особа, яка вчинила кримінальне правопорушення у віці, з якого відповідно до цього Кодексу може наставати кримінальна відповідальність [154]. Виходячи із наведеного положення можна підсумувати, що відсутність будь-якої із вказаних у кримінально-правовій нормі ознак унеможливлює притягнення особи до кримінальної відповідальності.

Одночасно із цим, варто зауважити, що, якщо у більшості випадків кримінально-правовими нормами передбачено, що вчинити суспільно небезпечне діяння може будь-яка особа, то в окремих випадках перелік таких осіб значно обмежений певними ознаками. Як правило, такі ознаки зумовлені особливостями діяльності особи, які впливають на формування кримінально протиправного умислу або спрощують його реалізацію. Такий суб’єкт є спеціальним.

Відповідно до ст. 18 КК України, спеціальним суб'єктом кримінального правопорушення є фізична осудна особа, яка вчинила у віці, з якого може

наставати кримінальна відповідальність, кримінальне правопорушення, суб'єктом якого може бути лише певна особа [154].

Вчені зауважують, що спеціальним суб’єктом злочину має визнаватись така особа, яка володіє, поряд із загальними ознаками суб’єкта, додатковими ознаками, передбаченими Особливою частиною Кримінального кодексу України, і які є обов’язковими для відповідного конкретного складу злочину. Спеціальні ознаки суб’єктів злочину мають різний правовий зміст – вони виражаються у правовому статусі (покладання правових обов’язків щодо забезпечення обороноздатності країни, здійснення правосуддя), професійній діяльності, що виконується, фізичних властивостях особи і наявності родинних відносин, особливостях здійснення злочинних дій. У цьому зв’язку за способом закріплення у статтях Особливої частини Кримінального кодексу України спеціальних суб’єктів злочину можна поділити на фактичні і нормативні. До фактичних спеціальних суб’єктів належать особи, спеціальні характеристики яких закріплені у кримінальному законі за допомогою опису ознак об’єктивної сторони злочину, які дають можливість зробити висновок про обмеження криміналізації діяння кола суб’єктів, що володіють спеціальними властивостями. До нормативних спеціальних суб’єктів належать особи, вимоги до статусу та інші характеристики яких чітко викладені в диспозиції відповідної кримінально-правової норми. Особливості кваліфікації злочинів зі спеціальним суб’єктом звичайно охоплюють низку проблемних питань значення ознак спеціального суб’єкта для кваліфікації злочину; спеціальних правил кваліфікації злочинів зі спеціальним суб’єктом; кваліфікації злочинів за співучастю у злочинах зі спеціальним суб’єктом [248, с. 179].

Проте не можна не відзначити, що наразі немає єдиного підходу до визначення вичерпного переліку ознак, які надають можливість визначати особливий статус спеціального суб’єкта кримінального правопорушення. Для прикладу можна навести кримінально-правові норми Особливої частини КК України, у яких визначено, що вчинити протиправне діяння може виключно

повнолітня особа. Фактично вказівка на вік не може вважатись особливістю, яка відрізняє кримінального правопорушника від інших, котрі вчиняють загально-кримінальні суспільно небезпечні діяння. Одночасно із цим безпосередньо обмеження категорії осіб, які можуть вчинити такі кримінальні правопорушення вказує на те, що вік, не дивлячись на те, що він відноситься до загальних ознак суб'єкта в окремих випадках може бути віднесений до спеціальних ознак.

Проблема класифікації злочинів зі спеціальним суб'єктом має відображати як закономірності криміналізації діянь зі спеціальним суб'єктом; диференціації кримінальної відповідальності злочинів зі спеціальним суб'єктом (що дає змогу розподілити злочини зі спеціальним суб'єктом за видовими ознаками), так і логіку і спосіб закріплення ознак спеціального суб'єкта злочину в законодавстві України, що відображає розподіл спеціальних суб'єктів залежно від способу закріплення ознак спеціального суб'єкта у правовій нормі. При кваліфікації злочинів зі спеціальним суб'єктом практика виходить з послідовної необхідності закріплення специфічних ознак спеціальних суб'єктів злочинів, криміналізація діянь яких відбувається за допомогою постановки під охорону конкретної групи правових відносин, благ і цінностей, безпосередньо у кримінальному законі. Спеціальні правила кваліфікації злочинів зі спеціальним суб'єктом встановлюються у випадках, коли криміналізація діяння спеціального суб'єкта виходила з необхідності диференціації кримінальної відповідальності, виокремлення кваліфікованих складів злочинного посягання. При цьому відсутність спеціальних властивостей та якостей суб'єкта могла служити підставою для притягнення особи до відповідальності як універсального суб'єкта [248, с. 179].

Необхідно відзначити, що більшість кримінально-правових норм Особливої частини кримінального законодавства визначає вчинення кримінального правопорушення спеціальним суб'єктом як кваліфікуючу або особливо кваліфікуючу ознаку. Це надає можливість встановити диференційовані межі кримінальної відповідальності та покарання. До цього

ж варто відзначити, що визначення можливості притягнення конкретного переліку осіб до відповідальності за вчинення певних видів кримінальних правопорушень надає можливість обирати більш ефективні види покарання. Наприклад, це стосується позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю.

Відповідно до ст. 55 КК України, позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю може бути призначене як основне покарання на строк від двох до п'яти років або як додаткове покарання на строк від одного до трьох років. Позбавлення права обіймати певні посади як додаткове покарання у справах, передбачених Законом України «Про очищення влади», призначається на строк п’ять років. Позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю як додаткове покарання за вчинення кримінального правопорушення проти виборчих прав і свобод громадянина, передбачених статтями 157-160 цього Кодексу, призначається на строк п’ять років. Позбавлення права керувати транспортними засобами як додаткове покарання призначається на строк до десяти років. Позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю як основне або додаткове покарання за вчинення кримінальних правопорушень проти основ національної безпеки України, передбачених статтями 111-1, 111-2 цього Кодексу, призначається на строк від десяти до п’ятнадцяти років. Позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю як додаткове покарання може бути призначене й у випадках, коли воно не передбачене в санкції статті (санкції частини статті) Особливої частини цього Кодексу за умови, що з урахуванням характеру кримінального правопорушення, вчиненого за посадою або у зв'язку із заняттям певною діяльністю, особи засудженого та інших обставин справи суд визнає за неможливе збереження за ним права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю. При призначенні позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю як додаткового покарання до арешту, обмеження волі, тримання в дисциплінарному батальйоні

військовослужбовців або позбавлення волі на певний строк - воно поширюється на увесь час відбування основного покарання і, крім цього, на строк, встановлений вироком суду, що набрав законної сили. При цьому строк додаткового покарання обчислюється з моменту відбуття основного покарання, а при призначенні покарання у виді позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю як додаткове до інших основних покарань, а також у разі застосування статті 77 цього Кодексу - з моменту набрання законної сили вироком [154].

Беззаперечно, наведені положення не можна вважати такими, що у повній мірі відображають зміст та значення цього виду покарання. У кримінально-правовій науці неодноразово зверталась увага на те, що такий кримінально-правовий захід має застосовуватись виключно у випадках, коли кримінальне правопорушення пов’язано із виконанням особою певних повноважень/функцій тощо. Однак, наразі ця проблема не вирішена – низка норм, які дійсно потребують передбачення такого покарання у санкції його не мають, тоді як за вчинення загально-кримінальних суспільно небезпечних діянь воно встановлено як додаткове обов’язкове покарання. Проте це не унеможливлює констатацію його взаємозв’язку із ознаками спеціального суб’єкта.

Аналіз кримінально-правових норм, у яких встановлено кримінальну відповідальність за кримінальні правопорушення, що вчиняються у сфері медичного обслуговування або пов’язані із наданням медичних послуг, а також ознак суб’єктів, які їх вчиняють зумовлюють доцільність аналізу останніх шляхом диференціації *за двома напрямами*: 1) ознаки суб’єктів, що вчиняють загальні кримінальні правопорушення, що вчиняються у сфері медичного обслуговування або пов’язані із наданням медичних послуг; 2) ознаки суб’єктів – медичних працівників, які вчиняють кримінальні правопорушення у сфері службової діяльності, а також професійної діяльності, пов’язаної із наданням публічних послуг.

Ознаки суб'єктів, що вчиняють загальні кримінальні правопорушення у сфері медичного обслуговування або пов'язані із наданням медичних послуг.

Як видається, із результатів дослідження кримінально-правових норм у яких встановлено кримінальну відповідальність за кримінальні правопорушення, що вчиняються у сфері медичного обслуговування або пов'язані із наданням медичних послуг, *до суб'єктів, які можуть їх вчинити законодавцем віднесено*: 1) медичного, фармацевтичного (ст. 140 КК України, ч. 2 ст. 321-1 КК України) або іншого працівника (мається на увазі осіб, професійна діяльність яких (прямо або опосередковано) пов'язана з контактуванням чи обігом біологічних речовин, що можуть містити збудників ВІЛ-інфекції чи інших невиліковних інфекційних хвороб, небезпечних для життя людини [177, с. 397-398]) (ст. 131 КК України); 2) службову особу лікувального закладу, допоміжного працівника або медичного працівника (ст. 132); 3) особу, яка виконує обов'язки щодо охорони здоров'я дітей (ст. 137 КК України); 4) особу, яка займається лікувальною діяльністю без належної освіти (ст. 138 КК України); 5) медичного працівника (ст. 139 КК України); 6) особу, якій у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків стала відома лікарська таємниця (ст. 145 КК України); 7) працівника медичного закладу (ч. 2 ст. 168 КК України). Що стосується ст.ст. 142-144 КК України, необхідно відзначити, що відповідно до диспозицій суб'єкт таких кримінальних правопорушень – загальний. Однак, як правило, у зв'язку із особливістю форм реалізації об'єктивної сторони таких протиправних діянь, вони вчиняються медичними або фармацевтичними працівниками.

Відповідно до Закону України від 19.11.1992 № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я»*, медичний працівник* – особа, яка має лікарську або медсестринську професійну кваліфікацію, провадить професійну діяльність із надання медичної допомоги та здійснює інші пов'язані з такою діяльністю заходи відповідно до законодавства, у тому числі як фізична особа – підприємець, яка має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики; *фармацевтичний працівник* –

особа, яка має фармацевтичну професійну кваліфікацію, провадить професійну діяльність із надання фармацевтичної допомоги та здійснює інші пов’язані з такою діяльністю заходи відповідно до законодавства [131]. Окремо варто відмітити, що у чинному законодавстві майже не використовується поняття «лікувального закладу». У згаданому законодавчому акті застосовується термін «заклад охорони здоров’я», яким є юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації [131].

Враховуючи вказане видається доцільним внести зміни до ст. 132 КК України та викласти її таким чином: *Розголошення службовою особою закладу охорони здоров’я, 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 результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, – карається…*

Щодо віку як ознаки суб’єкта, необхідно відзначити, що таким є 16 років, хоча логічним висновком є те, що більшість кримінальних правопорушень вчиняються повнолітніми особами, що пояснюється їх статусом медичного працівника. Таку саму думку має й Т.Ю. Тарасевич, яка вказує, що якщо проаналізувати нормативно-правові акти у сфері охорони здоров’я, а також кваліфікаційні характеристики медичного працівника, можна зробити висновок, що у них прямо не визначається віковий ценз для осіб, які надають медичну допомогу. Однак, кваліфікаційні вимоги, які висуваються до медичного працівника (наприклад, здобуття спеціальної освіти), наочно демонструють, що суб’єктом професійних злочинів медичного

працівника можуть бути лише такі фізичні осудні особи, які досягли на момент вчинення злочину 18-річного віку [247, с. 126].

Окремої уваги потребує така ознака як осудність. Вчені відзначають, що питання професійної (спеціальної) осудності може бути поставлене і щодо кримінальної відповідальності медичного працівника. Адже вони працюють в умовах постійних нервово-психічних перевантажень, що можуть бути викликані, зокрема, необхідністю рятування життя та здоров'я людей, приймати життєво-важливі рішення в обмежений проміжок часу. Така діяльність може ускладнюватися, зокрема, наявністю диференціального діагнозу у пацієнта (коли для різних захворювань притаманні однакові або схожі симптоми), відсутністю уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, які затверджуються МОЗ тощо. На нашу думку, виділення професійної (спеціальної) осудності загалом у кримінальному праві та щодо відповідальності медичного працівника зокрема позбавлено будь-якого юридичного сенсу, оскільки, по-перше, в КК виокремлюються лише два стани особи, які так чи інакше можуть вплинути на її кримінальну відповідальність – осудність (неосудність) (ст. 19 КК) та обмежена осудність (ст. 20 КК). По-друге, науковці, які обґрунтовують доцільність встановлення професійної (спеціальної) осудності для окремих категорій осіб, розглядаючи правові наслідки цього стану, так чи інакше приходять до висновку, що він визнається або осудністю (неосудністю), або обмеженою неосудністю особи (тобто, вирішується в межах існуючих інститутів кримінального права України). Отже, враховуючи вище викладене, вчені вважають, що в кримінальному праві України окремо виділяти професійну (спеціальну) осудність осіб недоцільно. Однак, такий стан може вплинути на кримінальну відповідальність осіб, у т. ч. і медичного працівника [247, с. 124-125].

Так, якщо нервово-психічні перевантаження під час виконання професійних обов'язків зумовили виникнення у нього таких психічних станів, під час яких він не усвідомлює свої дії (бездіяльність) або не може ними керувати, то медичний працівник повинен визнаватися неосудним за таким

медичним критерієм, як тимчасовий розлад психічної діяльності та не підлягати кримінальній відповідальності (ч. 2 ст. 19 КК). Якщо нервовопсихічні перевантаження медичного працівника під час виконання професійних обов'язків зумовили виникнення таких психічних станів, внаслідок яких він не був здатним повною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та/або керувати ними (ч. 1 ст. 20 КК), то медичний працівник має визнаватися обмежено осудним і підлягати кримінальній відповідальності, однак, такий стан має враховуватися судом при призначенні покарання як обставина, що його пом'якшує. Якщо нервово-психічні перевантаження медичного працівника під час виконання своїх професійних обов'язків не вплинули на можливість усвідомлювати свої дії і керувати ними (наприклад, викликали розгубленість, втомленість медичного працівника), то він повинен притягатися до кримінальної відповідальності за відповідний злочин, вчинений з необережності (ст. 25 КК), на загальних підставах [247, с. 124-125].

Таким чином, можна підсумувати, що суб'єкт кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності та діяльності, пов'язаної із наданням медичних послуг окрім спеціальних ознак, які передбачають наявність медичних/фармацевтичних знань, а також зайняття медичною діяльністю повинен відповідати всім загальним ознакам, таким як вік та осудність.

Ознаки суб'єктів – медичних працівників, які вчиняють кримінальні правопорушення у сфері службової діяльності, а також професійної діяльності, пов'язаної із наданням публічних послуг

Аналіз складів злочинів, які передбачають кримінальну відповідальність медичних працівників за вчинення ними корупційних злочинів, свідчить про те, що при застосуванні багатьох з них практика стикається з численними труднощами в частині кваліфікації злочинних дій суб'єктів. Такий стан речей зумовлений недостатньо чіткою регламентацією їх у кримінальному законі, а також неузгодженістю теоретичних концепцій, що спричиняє неоднозначність судових рішень. Проте подібні проблеми лише підтверджують те, що

антикорупційне законодавство потрібно поповнювати новими положеннями та вдосконалювати [160].

Аналіз кримінально-правових норм Особливої частини кримінального законодавства України свідчить про те, що медичний працівник може бути притягнутий до кримінальної відповідальності як спеціальний суб'єкт також тоді, коли він вчиняє корупційне або пов'язане із корупцією кримінальне правопорушення. Одночасно із цим, вчинення таких суспільно небезпечних діянь можливо тоді, коли медичний працівник є службовою особою.

Відповідно до ст. 18 КК України, службовими особами є особи, які постійно, тимчасово чи за спеціальним повноваженням здійснюють функції представників влади чи місцевого самоврядування, а також постійно чи тимчасово обіймають в органах державної влади, органах місцевого самоврядування, на підприємствах, в установах чи організаціях посади, пов'язані з виконанням організаційно-розпорядчих чи адміністративно-господарських функцій, або виконують такі функції за спеціальним повноваженням, яким особа наділяється повноважним органом державної влади, органом місцевого самоврядування, центральним органом державного управління із спеціальним статусом, повноважним органом чи повноважною службовою особою підприємства, установи, організації, судом або законом. Службовими особами також визнаються посадові особи іноземних держав (особи, які обіймають посади в законодавчому, виконавчому або судовому органі іноземної держави, у тому числі присяжні засідателі, в органі місцевого самоврядування або автономному утворенні на території держави, інші особи, які здійснюють функції держави для іноземної держави, зокрема для державного, місцевого органу або державного, комунального підприємства), іноземні третейські судді, особи, уповноважені вирішувати цивільні, комерційні або трудові спори в іноземних державах у порядку, альтернативному судовому, посадові особи міжнародних організацій (працівники міжнародної організації чи будь-які інші особи, уповноважені такою організацією діяти від її імені), а також члени міжнародних

парламентських асамблей, учасником яких є Україна, та судді і посадові особи міжнародних судів [154].

Вчені вказують, що відповідальність медичних працівників за вчинення ними корупційних злочинів регламентована ст. 354, 364, 368, 368-3, 368-4 КК України. При цьому для правильної кримінально-правової кваліфікації потрібно виходити з аналізу ознак суб'єкта відповідного складу злочину, оскільки медичний працівник може бути як службовою особою публічного або приватного права, так і особою, яка провадить професійну діяльність, пов'язану з наданням публічних послуг, чи особою, яка є працівником установи [160, с. 48]. Водночас працівники медичних закладів охорони здоров'я, які не є службовими особами можуть вчиняти корупційні та пов'язані із корупцією кримінальні правопорушення у складі організованих груп та злочинних організацій.

Так, наприклад, відповідно до вироку Комунарського районного суду м. Запоріжжя від 04.04.2024 (провадження № 1-кп /333/578/24), особу обвинувачено у вчиненні кримінального правопорушення ч. 3 ст. 28, ч. 2 ст. 369-2 КК України за таких обставин: *судом визнано доведеним, що не пізніше травня 2023 року, більш точні дата та час в ході досудового розслідування не встановлені, у молодшої медичної сестри амбулаторно-поліклінічного підрозділу КНП «Міська лікарня № 1» ЗМР ОСОБА_3, призначеної на вказану посаду згідно з наказом № 234р від 20.11.2017 року, виник умисел, направлений на отримання неправомірної вигоди для себе та третіх осіб за вплив на прийняття рішень особами, уповноваженими на виконання функцій держави. Так, ОСОБА_3, маючи сталі зв`язки із посадовими особами та працівниками медичних закладів м. Запоріжжя та посадовими особами Медико-санітарної експертної комісії (далі - МСЕК) вирішила отримувати від громадян неправомірну вигоду за здійснення членами організованої групи впливу на вказаних посадових осіб з метою прийняття ними рішень, що входять до їх компетенції. ОСОБА_3 було вирішено, зокрема, що за отримання неправомірної вигоди від громадян вона буде здійснювати вплив на посадових*

осіб медичних закладів м. Запоріжжя та МСЕК з метою прийняття останніми рішень щодо встановлення груп інвалідності громадянам, формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність, проходження громадянами медичних оглядів та інших некомерційних медичних послуг, без необхідності фактичного відвідування закладів охорони здоров`я. Розуміючи неможливість реалізації свого злочинного умислу одноособово, ОСОБА_3 вирішила створити стійку організовану групу, з метою забезпечення стабільності і безпеки функціонування якої залучила до вчинення злочинів осіб, які мають між собою сталі тісні взаємовідносини, та які розділятимуть її інтереси та прагнутимуть до незаконного збагачення, а також мають зв`язки і вплив на посадових осіб медичних закладів м. Запоріжжя та МСЕК, можуть за вказівками ОСОБА_3 здійснювати вплив на них. Задля цього, ОСОБА_3 , не пізніше травня 2023 року, більш точну дату та час в ході досудового розслідування не встановлено, повідомила про свій злочинний план біолога клінічного відділу поліклінічного відділення Олександрівського району клініко-діагностичної лабораторії КНП «Міська лікарня № 6» ЗМР ОСОБА_4 , та запропонувала їй взяти участь у вчиненні злочинів, направлених на отримання неправомірної вигоди від громадян за вплив на прийняття рішень посадовими особами медичних закладів м. Запоріжжя та МСЕК, на що остання добровільно погодилася. Також, не пізніше травня 2023 року, більш точну дату та час в ході досудового розслідування не встановлено, ОСОБА_3, повідомила про свій злочинний план сестру медичну загальної практики - сімейної медицини КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 6» ЗМР ОСОБА_5, з якою раніше разом працювали у КНП «Міська лікарня № 1» ЗМР ОСОБА_3 запропонувала ОСОБА_5 взяти участь у вчиненні злочинів, направлених на отримання неправомірної вигоди від громадян за вплив на прийняття рішень посадовими особами медичних закладів м. Запоріжжя та МСЕК, на що остання добровільно погодилася. Після залучення до складу організованої групи ОСОБА_4 та ОСОБА_5, ОСОБА_3 розподілила між учасниками організованої

групи функції та ролі, які вони повинні виконувати в процесі підготовки та вчинення злочинів задля досягнення єдиного результату - отримання неправомірної вигоди для себе та третіх осіб [61].

Отже, суб'єкт більшості кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності та діяльності, пов'язаної із наданням медичних послуг є спеціальним, окрім кримінальних правопорушень, передбачених ст.ст. 142-144 КК України.

Одним із основних способів забезпечення реалізації кримінально-правової політики є здійснення контролю за дотриманням правил кваліфікації кримінальних правопорушень. Правильна кваліфікація завжди залежить від послідовного встановлення та доведення наявності всіх елементів складу протиправного діяння. Одночасно із цим беззаперечним фактом є те, що одним із основних елементів є саме суб'єктивна сторона кримінального правопорушення.

Відповідно до ст. 91 Кримінального процесуального кодексу України (далі – КПК України), у кримінальному провадженні підлягають доказуванню: … 2) винуватість обвинуваченого у вчиненні кримінального правопорушення, форма вини, мотив і мета вчинення кримінального правопорушення [155]. Особливого значення ознаки суб'єктивної сторони мають у випадку вчинення кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності та діяльності, пов'язаної із наданням медичних послуг. Вказане зумовлено тим, що ставлення медичного працівника до виконання свої обов'язків часто визначають форму вини, а також, відповідно, вид та розмір покарання.

Суб'єктивна сторона злочину – це внутрішня сторона злочину, тобто психічна діяльність особи, що відображає ставлення її свідомості і волі до суспільно небезпечного діяння, яке вона вчиняє, і до його наслідків. Зміст суб'єктивної сторони складу злочину характеризують певні юридичні ознаки: вина, мотив та мета вчинення злочину. Вони тісно пов'язані між собою, проте їх зміст і значення у кожному випадку вчинення злочину є різними. Вина особи – це основна, обов'язкова ознака будь-якого складу злочину, вона

визначає саму наявність суб'єктивної сторони і значною мірою її зміст. Відсутність вини виключає суб'єктивну сторону і тим самим склад злочину. Проте у багатьох злочинах суб'єктивна сторона потребує встановлення мотиву та мети, що є її факультативними, тобто не завжди обов'язковими ознаками. Вони мають значення обов'язкових лише в тих випадках, коли названі в диспозиції закону як обов'язкові ознаки конкретного злочину [151, с. 152-153].

Аналіз кримінального законодавства дозволяє стверджувати, що кримінально-правові норми, якими передбачено кримінальну відповідальність за кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності не передбачають у якості обов'язкових таких ознак суб'єктивної сторони як мотив та мета. Це логічно може бути пояснено з точки зору того, що більшість таких суспільно небезпечних діянь мають або необережну, або змішану форму вини, що, як правило, унеможливлює встановлення таких ознак у диспозиції як обов'язкових для кваліфікації. Одночасно із цим, конструкція диспозицій окремих норм дозволяє виявити, що мотив та мета можуть бути факультативними ознаками.

Таким діянням, наприклад, може бути розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби. Відповідно до ч. 1 ст. 132 КК України, 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 результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків [154]. Наведене кримінальне правопорушення, як видається із диспозиції, може бути вчинено як умисно, так і з необережності. У випадку коли форма вини – умисна, таке розголошення може мати на меті отримання матеріальної або іншої вигоди, шантаж тощо.

Необхідно відзначити, що дещо схожим зі ст. 132 КК України є склад кримінального правопорушення, передбаченого ст. 145 КК України – незаконне розголошення лікарської таємниці. Одночасно із цим, щодо цього протиправного діяння, законодавець безпосередньо у диспозиції статті передбачив вказівку на його умисну форму вини.

Вчені відзначають, особливості деяких складів злочинів визначають необхідність з'ясування емоцій, які відчуває особа при вчиненні суспільно небезпечного діяння. Вони різняться за своїм характером, змістом, часом виникнення. Більшість із них знаходяться за межами суб'єктивної сторони злочину, бо зовсім не впливають на формування її ознак (каяття у вчиненому, страх покарання тощо) або вплив їх настільки малий, що не має істотного значення при формуванні у свідомості особи мотиву вчинення злочину (співчуття, жалість тощо). Встановлення всіх ознак суб'єктивної сторони – завершальний етап у констатації складу злочину як єдиної підстави кримінальної відповідальності. Тому з'ясування суб'єктивної сторони має важливе значення. По-перше, вона є обов'язковим елементом будь-якого складу злочину, а її наявність чи відсутність дає можливість відмежувати злочинне діяння від незлочинного. По-друге, суб'єктивна сторона істотно впливає на кваліфікацію злочинів і дає змогу відмежовувати суміжні злочини за суб'єктивними ознаками. По-третє, зміст суб'єктивної сторони істотно впливає на ступінь тяжкості вчиненого діяння, ступінь суспільної небезпечності особи і тим самим на призначення покарання [151, с. 152-153].

Кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності, а також діяльності, пов'язаної із наданням медичних послуг передбачають можливість їх вчинення виключно спеціальним суб'єктом – медичним/фармацевтичним працівником. Відповідно більшість складів таких протиправних діянь, що передбачають необережну форму вини вчиняються, як правило, шляхом кримінально протиправної недбалості.

Для правильної кваліфікації злочину за суб'єктивною стороною складу злочину необхідно провести: 1) відмежування умислу (непрямого умислу) від

необережності (злочинної самовпевненості), яке здійснюється за: а) інтелектуальною ознакою (при непрямому умислі особа передбачає реальну можливість настання суспільно небезпечних наслідків своєї дії чи бездіяльності, тобто суб'єкт передбачає ці наслідки як результат розвитку причинного зв'язку внаслідок вчинення ним діяння саме в даному конкретному випадку та б) вольовою ознакою (при непрямому умислі особа позитивно ставиться до реально передбачуваних нею суспільно небезпечних наслідків і викликає ці наслідки своїм діянням, хоча вони їй не потрібні, а є побічним результатом діяння; 2) відмежування злочинної самовпевненості від злочинної недбалості, яке здійснюється за: а) інтелектуальною ознакою (при самовпевненості суб'єкт передбачає абстрактну можливість настання суспільно небезпечних наслідків своєї дії чи бездіяльності. При недбалості суб'єкт ні в якій формі не передбачає настання суспільно небезпечних наслідків, а отже, не передбачає навіть потенційної небезпечності обраного ним способу поведінки) та б) вольовою ознакою (при самовпевненості суб'єкт вчиняє потенційно небезпечне вольове діяння, розраховуючи на певні реальні об'єктивні та (або) суб'єктивні обставини, які завадять настанню суспільно небезпечних наслідків. При злочинній недбалості суб'єкт не мобілізує своїх психічних здібностей із тим, щоб не вчинити суспільно небезпечне діяння, передбачене КК, а навпаки, вчинити діяння, необхідне для запобігання суспільно небезпечним наслідкам); 3) відмежування злочинної недбалості від казусу, яке здійснюється з урахуванням того, що при злочинній недбалості особа повинна була і могла передбачити можливість настання суспільно небезпечних наслідків, а при казусі – не повинна була і (або) не могла передбачити можливість їх настання в силу обстановки, що склалася, особистих якостей, тощо [260].

Необхідно відзначити, що у проєкті нового Кримінального кодексу України члени робочої групи дещо змінили підхід до систематизації кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності та діяльності, пов'язаної із наданням медичних послуг [227]. Більшість таких кримінальних

правопорушень було викладено у розділі «Кримінальні правопорушення проти здоров'я людини». Одночасно із цим, вчені також встановили вчинення кримінального правопорушення медичним працівником ознакою, що обтяжує діяння для низки кримінальних правопорушень проти життя людини, а також інших протиправних діянь. Варто відзначити і те, що конструкція більшості норм, так само, як і в чинному КК України не має безпосередньої вказівки на форму вини таких протиправних діянь.

Правильне з'ясування вини має значення для: а) встановлення наявності у вчиненому діянні складу відповідного злочину; б) виключення можливості об'єктивного ставлення у вину; в) розмежування суміжних злочинів схожих або навіть тотожних за об'єктивною стороною їх складу, відмежування злочину від інших правопорушень, а також злочину від діяння, яке не є злочинним; г) вирішення питання про можливість кваліфікації вчиненого як незакінчений злочин; злочин, вчинений у співучасті; множинності злочинів тощо. Для кваліфікації злочину за суб'єктивною стороною складу злочину принципове значення має встановлення мотиву та мети злочину, якщо вони є обов'язковими, кваліфікуючими або привілейованими ознаками складу конкретного злочину. Крім того, відмічається, що при вчиненні певного діяння особа може керуватися низкою мотивів. У такому разі має місце конкуренція мотивів злочину, що має значення для кваліфікації злочину [260].

Аналіз кримінально-правових норм, у яких встановлено відповідальність за кримінальні правопорушення, що вчиняються у сфері медичного обслуговування та тих, що пов'язані із медичною діяльністю дозволяє класифікувати їх відповідно до ознак суб'єктивної сторони на такі групи: 1) кримінальні правопорушення із умисною формою вини – ті, що передбачені ст.ст. 132, 139, 145 КК України; 2) кримінальні правопорушення із необережною формою вини – ті, що передбачені ст.ст. 131, 140 КК України; 3) кримінальні правопорушення зі змішаною формою вини – ті, що передбачені ст.ст. 138, 141 КК України.

Відповідно до вироку Хотинського районного суду Чернівецької області від 29 грудня 2020 року (справа № 724/1704/19), особу обвинувачено у вчиненні кримінального правопорушення, передбаченого ч. 2 ст. 140 КК України за таких обставин: *перебуваючи на посаді завідувача пологово-гінекологічного відділення Хотинської центральної районної лікарні, будучи лікарем акушер-гінекологом вищої кваліфікаційної категорії, відповідно медичним працівником, професійними обов`язками якого, у відповідності до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров`я» є своєчасне і кваліфіковане обстеження та лікування пацієнта (ст.34) та забезпечення кваліфікованого медичного нагляду за перебігом вагітності та стаціонарна медична допомога при пологах (ст. 58), всупереч встановлених правил лікувального процесу, ОСОБА_5 під час прийняття пологів 25.01.2017 у ОСОБА_4, неналежно виконуючи свої професійні обов`язки, внаслідок недбалого та несумлінного до них ставлення, допустила ряд недоліків, які в подальшому призвели до тяжких наслідків у вигляді загибелі дитини. Так, 23.01.2017 вагітну ОСОБА_4 госпіталізовано до відділення патології вагітних Хотинської ЦРЛ, де вона перебувала під лікарським наглядом до 25.01.2017 включно. У подальшому, 25.01.2017 о 15 год. у ОСОБА_4 почалася пологова діяльність, яку вела завідувачка пологово-гінекологічного відділення Хотинської ЦРЛ ОСОБА_5. При спільному огляді ОСОБА_4 лікарем ОСОБА_8 та завідуючою пологово-гінекологічним відділенням Хотинської ЦРЛ ОСОБА_5, встановлено діагноз: «Пологи І/І 39-40 тижнів, головне передлежання. 1-й період латентна фаза. АВО ізоімунізація. Плацентарна недостатність. Анемія вагітних легкого ступеня», розпочато спостереження за перебігом пологів, станом ОСОБА_4 та її плоду шляхом запису партограми, а також обрано план ведення пологів консервативний. При цьому, ОСОБА_5, яка вела пологи ОСОБА_4, не вірно визначила фактори прогнозування ризику перинатальної та материнської патології, сумарна кількість балів яких відповідала високому перинатальному ризику, отже роділля та плід потребували більш ретельного*

спостереження, чого не було зроблено. Того ж дня, о 22 год. 30 хв. після проведення огляду роділлі завідувачкою пологово-гінекологічним відділенням ОСОБА_5, зважаючи на те, що згідно даних партограми, голівка плоду ОСОБА_4 ще о 19 год. знаходилась в площині входу в малий таз і в даному випадку зважаючи на повне відкриття шийки матки та відсутність прогресування опускання голівки, відповідно до висновку комісійної СМЕ № 106,107/18 від 30.01.2019, необхідно було провести невідкладні діагностичні заходи щодо ймовірного розвитку ускладнень та переглянути акушерську тактику ведення пологів, чого ОСОБА_5 не зробила. Через неналежне ставлення ОСОБА_5 до виконання своїх професійних обов`язків, розвиток ускладнень в пологах та встановлення діагнозу: «Клінічно вузький таз» у роділлі ОСОБА_4 було діагностовано під час консілярного огляду лише о 23 год. 30 хв. 25.01.2017, за результатами чого було прийнято рішення про зміну тактики ведення пологів та проведення ургентного кесаревого розтину, як це передбачено вимогами клінічного протоколу «Клінічно вузький таз», затвердженого наказом МОЗ України № 782 від 29.12.2005. При оперативному втручанні, яке виконано 25.01.2017 в період з 23 год. 45 хв. до 00 год. 40 хв. було вилучено мертвого доношеного хлопчика [67].

Наведений приклад надає можливість сформувати загальне уявлення щодо змісту необережної форми вини особи, яка вчиняє неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником. Як видається із наведених обставин, необережність у цьому випадку представлена у формі кримінально протиправної недбалості, яка виявилась в ігноруванні стану здоров’я потерпілої особи, а також особливостей перебігу її вагітності та фізіологічних особливостей.

Отже, результати дослідження свідчать про те, що на сьогоднішній день суб’єктивна сторона більшості кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності та діяльності, пов’язаної із наданням медичних послуг передбачає наявність необережної або змішаної форми вини. Останнє пояснює відсутність у диспозиціях відповідних норм таких ознак як мотив та

мета. Одночасно із цим, встановлювати у таких діяннях умисну форму вини не є доречним, оскільки фактично вчинення таких діянь умисно може бути кваліфіковано як інше кримінальне правопорушення проти життя та здоров'я.

2.3. Пеналізація кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні

Кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності та діяльності, пов'язаної із наданням медичних послуг, як свідчать статистичні дані, викладені на офіційних сайтах правоохоронних органів, не відрізняються особливо значним кількісним показником. Одночасно із цим, як видається, основною причиною такої на перший погляд позитивної кримінологічної ситуації є латентність цих протиправних діянь, яка пояснюється особливостями медичної діяльності та внутрішніми традиціями медичної сфери. Окрім цього, аналіз кримінально-правових норм, у яких встановлено кримінальну відповідальність за такі суспільно небезпечні діяння дозволяє констатувати, що види та розміри покарань, що передбачені у санкціях на сьогоднішній день не можуть вважатись ефективними. Всі ці аргументи вказують на доцільність пошуку способів та засобів удосконалення кримінального законодавства щодо пеналізації кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності та діяльності, пов'язаної із наданням медичних послуг, що дозволить ще більше знизити їх кількість та сприяти зниженню їх латентності.

Ю.А. Пономаренко відзначає, що кримінально-правова політика держави у сфері протидії злочинності здійснюється принаймні на двох рівнях. Перший рівень її здійснення – правотворчий – полягає у створенні кримінально-правових засобів для протидії злочинності; другий – правозастосовний – у застосуванні таких засобів. Інколи виділяються й інші рівні здійснення кримінально-правової політики (доктринальний, концептуальний та ін.) На правотворчому рівні здійсненні кримінально-

правової політики держава, що представлена, як правило, Парламентом, встановлює, які діяння є злочинами, та якій відповідальності підлягають особи, що їх вчинили. Установлення злочинності, тобто передбачення певних суспільно небезпечних діянь у законі про кримінальну відповідальність як злочинів, є криміналізацією злочинів. Установлення ж кримінальної відповідальності за криміналізовані діяння полягає у визначенні в законі тих заходів, в яких така відповідальність полягає. Оскільки основним заходом кримінальної відповідальності за кримінальним правом України є покарання, то основний обсяг законодавчого встановлення кримінальної відповідальності покладається на встановлення караності злочинів, яке прийнято називати кримінально-правовою пеналізацією. У зв'язку з цим кримінально-правову пеналізацію слід розглядати як вужче поняття порівняно із встановленням кримінальної відповідальності, позаяк останнє охоплює собою, окрім кримінально-правової пеналізації, також і законодавче визначення інших заходів кримінальної відповідальності: судимості, заходів, що застосовуються замість покарання при умовному звільненні від нього та ін. Разом із тим кримінально-правова пеналізація є основною, найбільшою і найзначимішою складовою законотворчого рівня цього напряму здійснення кримінально-правової політики, хоча й не вичерпує його повністю [195, с. 310].

Традиційно суто медичними кримінальними правопорушеннями вважаються діяння, передбачені ст. ст. 131, 132, 138, 139, 140, 141, 145 КК України. Системний аналіз санкцій вказаних норм дозволяє констатувати, що з моменту прийняття чинного кримінального законодавства України вони майже не зазнали змін, а ті, що відбулись стосувались такого:

1) відповідно до Закону України від 23.08.2023 № 3342-IX «Про внесення змін до Кримінального, Кримінального процесуального кодексів України та інших законодавчих актів України щодо удосконалення видів кримінальних покарань» [218] ч. 1 ст. 132 та ч. 1 ст. 139 КК України було доповнено таким видом покарання як пробаційний нагляд.

Наведений підхід, аналогічно як і всі зміни, внесені до КК України відповідно наведеного законодавчого акту, зумовлені тенденціями до гуманізації та європеїзації кримінального законодавства. У пояснювальній записці до проєкту вказано, що покаранням у виді пробаційного нагляду пропонується доповнити санкції статей (частин статей) Особливої частини Кримінального кодексу України, як альтернативу обмеженню волі. На пробаційний нагляд пропонується замінити кримінальне покарання у виді арешту у санкціях, що його передбачають (крім кримінальних правопорушень, вчинених військовослужбовцями) [210];

2) відповідно до Закону України від 15.04.2008 № 270-VI «Про внесення змін до Кримінального та Кримінально-процесуального кодексів України щодо гуманізації кримінальної відповідальності» [217] санкцію ч. 1 ст. 139 КК України було доповнено альтернативним видом покарання у виді громадських робіт на строк до двохсот годин;

3) відповідно до Закону України від 22.11.2018 № 2617-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо спрощення досудового розслідування окремих категорій кримінальних правопорушень» [216] було внесено зміни до санкції ст. 145 КК України, а саме у санкції ч. 1 цієї норми слова «до п’ятдесяти» було замінено словами «від однієї тисячі до чотирьох тисяч».

Санкції інших кримінально-правових норм з 2001 року і до сьогодні залишаються без змін. Отже, фактично, на сьогоднішній день види та розміри покарань, що можуть призначатись за вчинення кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності та діяльності, пов’язаної із наданням медичних послуг є такими: 1) ***обмеження волі на строк***: до трьох років (ст. 131 КК України, ст. 132 КК України, ст. 138 КК України); до двох років (ст. 140 КК України); від трьох до п’яти років (ст. 141 КК України); 2) ***позбавлення волі на строк***: до трьох років (ст. 131 КК України, ст. 132 КК України, ст. 138 КК України); до двох років (ст. 140 КК України); від трьох до п’яти років (ст. 141 КК України); 3) ***штраф:*** від

п’ятдесяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян (ст. 132 КК України), до п’ятдесяти (ст. 139 КК України), від однієї тисячі до чотирьох тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян (ст. 145 КК України); 4) ***громадські роботи на строк***: до двохсот сорока годин (ст. 132 КК України, ст. 145 КК України), до двохсот годин (ст. 139 КК України); 5) ***виправні роботи*** на строк до двох років (ст. 132 КК України, ст. 138 КК України, ст. 139 КК України, ст. 140 КК України); 6) ***пробаційний нагляд***: на строк до трьох років (ст. 132 КК України); до двох років (ст. 139 КК України); 7) ***позбавлення права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю*** на строк до трьох років ***як основний вид покарання*** (ст. 140 КК України, ст. 145 КК України); ***як додатковий*** (ст. 131 КК України, 132 КК України, 139 КК України).

Отже, наведене дозволяє констатувати, що більшість санкцій кримінально-правових норм, у яких встановлено кримінальну відповідальність за кримінальні правопорушення що вчиняються у сфері медичної діяльності та діяльності, пов’язаної із наданням медичних послуг є альтернативними та мають достатньо широкий перелік видів покарань, які можуть застосовуватись до кримінальних правопорушників.

Аналіз судової статистики [244] на прикладі ст. 140 КК України дозволяє констатувати наявність декількох тенденцій: по-перше, у більшості випадків кримінальне провадження було закрито або через дійове каяття, зміну обстановки або «з інших підстав»; по-друге, до осіб, яких було притягнуто до кримінальної відповідальності застосовувались різні види звільнення від покарання, як правило, найбільш часто – звільнення з випробуванням; по-третє, основним видом покарання, яке застосовувалось було позбавлення волі на строк від одного до трьох років, додатковим завжди було позбавлення права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю.

Аналіз судових вироків, ухвалених у кримінальних провадженнях, розпочатих за фактом вчинення кримінального правопорушення, передбаченого ст. 140 КК України, що викладені в Єдиному державному

реєстрі судових рішень [123] дозволяє констатувати, що у більшості випадків особам було призначено покарання у виді позбавлення волі та одразу звільнено від відбування покарання з випробуванням; у поодиноких випадках застосовувалось звільнення від кримінальної відповідальності через закінчення строків давності. Вироки, ухвалених у кримінальних провадженнях, розпочатих за фактом вчинення кримінального правопорушення, передбаченого ст. 138 КК України в Єдиному державному реєстрі судових рішень [123] майже відсутні, наявний лише один, відповідно до якого особі було призначено покарання у виді позбавлення волі строком на три роки та звільнено від відбування покарання з випробуванням з іспитовим терміном – 2 роки.

Як видається із наведеного, законодавець дещо безсистемно підійшов до визначення видів та розмірів покарань, які можуть бути призначені за досліджувані кримінальні правопорушення. Особливо це стосується актуалізації такого виду покарання як пробаційний нагляд. Необхідно відзначити, що у сучасній кримінально-правовій доктрині пробаційний нагляд як вид покарання має неоднозначну оцінку з боку вчених.

Так, наприклад, Є.С. Назимко, Т.І. Пономарьова та В.О. Петренко вказують, що розуміння пробаційного нагляду як самостійного виду покарання скоріше може призвести до зниження якості кримінально-правових заходів, ніж до покращення процедури виправлення та перевиховання кримінальних правопорушників. Законодавцем (окрім очевидних кримінально-правових наслідків) чітко не визначено різниці між обмеженням прав і свобод кримінального правопорушника, звільненого від відбування покарання з випробуванням та кримінального правопорушника, якому призначено покарання у виді пробаційного нагляду, а наведені законодавчі положення виглядають певною мірою тавтологічно. Аналіз ст.ст. 59-1 та 76 КК України свідчить про те, що фактично різниця полягає лише у можливості покласти на осіб, яким призначено покарання у виді пробаційного нагляду обов’язок використовувати електронний засіб контролю і нагляду та

проживати за вказаною у рішенні суду адресою [174, с. 86-87]. Я.Ф. Фокін висловлює протилежну думку, зауважуючи, що пробаційний нагляд як новий вид основного покарання має вагомий потенціал для модернізації кримінального правосуддя України. Його подальше ефективне впровадження потребує системного підходу, міжвідомчої координації та запозичення кращих міжнародних практик. Успішна реалізація цього інституту сприятиме зміцненню довіри до правової системи, зменшенню рівня рецидиву та загальному оздоровленню кримінально-виконавчої політики держави [269].

Одночасно із цим, пробаційний нагляд як вид покарання, що призначається за вчинення кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності та діяльності, пов'язаної із наданням медичних послуг, скоріше за все, не може бути оцінений як ефективний кримінально-правовий засіб. Цю позицію можна аргументувати з точки зору особливостей безпосередньо ознак суб'єктів таких протиправних діянь, якими є медичні працівники та обов'язків, які може покласти суд на засудженого до пробаційного нагляду.

Розглядаючи особливості пробаційного нагляду Ю.А. Пономаренко вказує, що коло осіб, до яких може бути застосований пробаційний нагляд, у законі не обмежене жодними фізичними, демографічними, соціальними чи іншими характеристиками. Єдине обмеження міститься лише в ч. 5 ст. 59-1 КК, згідно якої «пробаційний нагляд не призначається особам, які під час відбування цього виду покарання вчинили кримінальне правопорушення». Таким чином, цей вид покарання належить до загальних з єдиним згаданим обмеженням у застосуванні. Особливості встановлення в санкціях для цього виду покарання в статтях Загальної частини не визначені, тому законодавець, загалом міг би передбачити його в будь-якій санкції статті Особливої частини, незалежно ні від родового об'єкта кримінального правопорушення, ні від форми вини, з якою воно вчиняється, ні від будь-яких інших його характеристик. Водночас, врахування загальних правил побудови санкцій [193; 196] (*цитовано за Ю.А. Пономаренком – прим. авт.*) унеможливлює встановлення цього виду покарання в санкціях за тяжкі чи особливо тяжкі

злочини і вимагає дуже зваженого підходу до його встановлення в санкціях за нетяжкі злочини, особливо ті, за які передбачене позбавлення волі на строк понад 2 роки. Окрім того, змістовна близькість пробаційного нагляду з випробуванням має унеможливлювати встановлення цього виду покарання в санкціях за ті кримінальні правопорушення, за які забороняється звільнення від відбування покарання з випробуванням [117; 196] (*цитовано за Ю.А. Пономаренком – прим. авт.*). Вчений вказує, що фактичний стан пеналізації пробаційним наглядом свідчить про низку законодавчих недоліків у цій частині [196, с. 174-175].

У цілому погоджуючись зі вченим, необхідно відзначити, що відповідно до ст. 59-1 КК України, суд покладає на засудженого до пробаційного нагляду такі обов'язки: 1) періодично з'являтися для реєстрації до уповноваженого органу з питань пробації; 2) повідомляти уповноважений орган з питань пробації про зміну свого місця проживання, роботи або навчання; 3) не виїжджати за межі України без погодження з уповноваженим органом з питань пробації. Суд може покласти на засудженого до пробаційного нагляду обов'язки: 1) використовувати електронний засіб контролю і нагляду та проживати за вказаною у рішенні суду адресою; 2) дотримуватися встановлених судом вимог щодо вчинення певних дій, обмеження спілкування, пересування та проведення дозвілля; 3) працевлаштуватися або за направленням уповноваженого органу з питань пробації звернутися до органів державної служби зайнятості для реєстрації як безробітного та працевлаштуватися, якщо йому буде запропоновано посаду (роботу); 4) виконувати заходи, передбачені пробаційною програмою; 5) пройти курс лікування від наркотичної, алкогольної залежності, розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин або захворювання, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб [154].

Виходячи із наведених положень, можна визначити, що більшість таких обов'язків навряд чи здатні ефективно виправити особу, яка вчинили кримінальне правопорушення у сфері медичної діяльності та діяльності,

пов’язаної із наданням медичних послуг, оскільки, здебільшого, вони спрямовані на часткову ізоляцію та встановлення контролю за кримінальним правопорушником. Одночасно із цим, очевидним висновком є те, що особливості суб’єктивної сторони більшості таких кримінальних правопорушень підтверджують відсутність потреби в ізоляції особи від суспільства, якщо такі дії не призвели до тяжких наслідків.

Не зовсім доречними видами покарань також є виправні та громадські роботи. Відповідно до ч. 1 ст. 57 КК України, покарання у виді виправних робіт встановлюється на строк від шести місяців до двох років і відбувається за місцем роботи засудженого. Із суми заробітку засудженого до виправних робіт провадиться відрахування в доход держави у розмірі, встановленому вироком суду, в межах від десяти до двадцяти відсотків [154]. Отже, як видається, застосування виправних робіт до осіб, які вчинили кримінальні правопорушення у сфері своєї професійної діяльності є нелогічним. Так само це стосується і громадських робіт, оскільки ступінь суспільної небезпечності та завдання, пов’язані із запобіганням таких діянь у майбутньому не відповідають змісту такого виду покарання.

Доречним та дієвим видається покарання у виді штрафу. Вчені відзначають, що особливості встановлення штрафу в санкціях законом безпосередньо не визначені. Іноді науковці вважають, що це покарання має встановлюватися виключно або переважно за корисливі злочини, оскільки саме за такі злочини доцільно призначати майнові покарання [49, с. 162, 163; 194] (*цитовано за Ю.А. Пономаренком – прим. авт.*). Однак слушним видається судження про те, що штраф як основне покарання «цілком обґрунтовано і доцільно встановлюється законодавцем не тільки за корисливі, але й за інші категорії злочинів – як умисні, так і необережні, коли цілі покарання можуть бути досягнуті без використання більш суворих видів покарання» [198, с. 87; 17] (*цитовано за Ю.А. Пономаренком – прим. авт.*). Саме остання точка зору й знаходить своє відображення у чинному КК, в якому штраф передбачається за різноманітні види злочинів. Штраф є одним з

найбільш часто вживаних у санкціях видів покарання, особливо коли йдеться про злочини невеликої та середньої тяжкості... Разом з тим, використання штрафу як основного покарання в санкціях за злочини, які визнаються тяжкими або особливо тяжкими, не є настільки однозначним. Варто згадати, що до реформи 2011 р. штраф передбачався тільки в трьох санкціях за тяжкі злочини, що вже тоді викликало цілком обґрунтовану критику [198, с. 73-80; 194] (*цитовано за Ю.А. Пономаренком – прим. авт.*). При проведенні реформи законодавець вважав за можливе пов'язати класифікацію злочинів з наявністю і розміром передбаченого в санкції штрафу. З урахуванням цього в Кодексі не тільки збільшилася кількість тяжких злочинів, в санкціях за які передбачений штраф, а й з'явилися досі нечувані особливо тяжкі злочини, санкції за які передбачають в якості безальтернативного основного покарання формально найм'якший його вид (!!!) [194, с. 13-14].

Кримінальні правопорушення, що вчиняються у сфері медичного обслуговування та пов'язані із наданням медичних послуг майже завжди спричиняють фактичну шкоду пацієнту або особі, яка такі послуги отримувала. В теорії кримінального права призначення штрафу за спричинення моральної або фізичної шкоди є традиційним законодавчим рішенням. Одночасно із цим, варто погодитись із думкою Ю.А. Пономаренка щодо недоцільності розглядати штраф як альтернативний вид покарання за тяжкі злочини, що своєю чергою не стосується розглядуваного виду кримінальних правопорушень, більшість з яких є або проступками, або нетяжкими злочинами.

Ще одним видом покарання, як вже зазначалось у попередніх розділах є *позбавлення права обіймати певні посади або займатись певною діяльністю.*

В.І. Тютюгін вказує, що за ст. 55 КК встановлюється заборона обіймати певні посади або займатися певною діяльністю, тому рішення суду про позбавлення такого права має бути чітко і ясно сформульоване в резолютивній частині вироку з тим, щоб не виникло жодних сумнівів під час його виконання. Але суд не має права позбавити засудженого можливості працювати в тій чи

іншій галузі господарства, системі культури, освіти, охорони здоров'я тощо без точного визначення у вироку кола і характеру тих посад або конкретного виду (роду) тієї діяльності, права обіймати які або займатися якими позбавляється засуджений. Призначення цього покарання не залежить і від форми власності, а також організаційно-правової форми підприємства (організації, установи), в яких особа обіймає посаду або займається певною діяльністю. Не є перешкодою для застосування цього покарання і та обставина, що на час ухвалення вироку винний вже не обіймав посаду або не займався діяльністю, з якими був пов'язаний учинений злочин. П. п. о. п. п. або з. п. д. належить до покарань: 1) «змішаних», бо може призначатися і як основне, і як додаткове (ч. 3 ст. 52, ч. 1 ст. 55 КК); 2) спеціальних бо застосовується лише до осіб, які під час вчинення злочину обіймали ті посади чи займалися тією діяльністю, з якими був пов'язаний учинений ними злочин (ч. 2 ст. 55 КК); 3) строкових, бо як основне покарання воно призначається на строк від 2 до 5, а як додаткове – від 1 до 3 років (абз. 1 ч. 1 ст. 55 КК). Згідно з абз. 2 ч. 1 ст. 55 КК строк цього покарання складає абсолютно визначений розмір – 5 років, коли воно призначається за сукупності таких умов: а) як додаткове покарання; б) у виді позбавлення права займати певні посади (а не займатися певною діяльністю); в) у справах, передбачених Законом України «Про очищення влади» від 16 вересня 2014 р. № 1682-VII. Відповідно до ст. 55 КК підставу призначення цього покарання складають такі чинники: 1) під час вчинення злочину особа має обіймати таку посаду або займатися такою діяльністю, право на зайняття якими вона отримала на законних підставах і в установленому порядку. Якщо особа не мала такого права або самовільно (протиправно) його присвоїла, призначення цього покарання виключається. Виключається позбавлення права займатися і такого роду діяльністю, заборона на заняття якою встановлена законом; 2) злочин має бути безпосередньо пов'язаним із посадою, яку винний обіймав під час його вчинення або з діяльністю, якою він займався. Тобто покарання застосовується лише за умови, якщо злочин вчиняється за посадою чи у зв'язку із зайняттям

певною діяльністю; 3) характер вчиненого злочину, дані про особу винного та інші обставини провадження переконують суд у неможливості (недоцільності) збереження за засудженим у подальшому права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю [256, с. 429-430].

Необхідно вказати на те, що у випадку вчинення кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності або діяльності, пов’язаної із наданням медичних послуг такий вид покарання як позбавлення права обіймати певні посади або займатись певною діяльністю може бути як основним, так і додатковим (як обов’язковим, так і необов’язковим). Враховуючи те, що вказаний вид суспільно небезпечних діянь безпосередньо пов'язаний із виконанням професійної діяльності досліджуваний вид покарання є доцільним та ефективним, а отже не зумовлює потреби у доведенні актуальності його збереження у санкціях кримінально-правових норм, у яких встановлено кримінальну відповідальність за медичні кримінальні правопорушення.

Вчені відзначають, що одночасно з позбавленням правомочностей, якими особа була наділена у зв’язку з тим, що обіймала певну посаду або займалась певною діяльністю, у разі застосування покарання, передбаченого ст. 55 КК, для цієї особи встановлюється заборона на набуття даного суб’єктивного права протягом строку, встановленого вироком суду. Оскільки дане суб’єктивне право не є природним, то воно не може автоматично відновлюватися після закінчення строку, визначеного обвинувальним вироком суду. Втім, особа, яка зазнала таких обмежень, може знов набути дане суб’єктивне право, але тільки після спливу строку виконання покарання, передбаченого ст. 55 КК, та за умови дотримання вимог чинного законодавства. Втім, у такому випадку має місце не відновлення минулого права, а набуття нового за відповідних підстав. У зв’язку з цим, уявляється, що обмеження прав, що утворює зміст покарання у виді позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльності, полягає у: а) позбавленні винної особи конкретних правомочностей, якими вона

наділяється у зв'язку з тим, що обіймає певну посаду або здійснює певну діяльність відповідно до чинного законодавства та б) встановленні заборони знов набувати дане суб'єктивне право протягом визначеного вироком строку. Саме у позбавленні конкретних правомочностей, якими особа була наділена за посадою або у зв'язку з діяльністю, яку вона обіймала або здійснювала на момент вчинення кримінального правопорушення, проявляється каральний вплив даного покарання. У свою чергу спеціальна превенція даного виду покарання полягає у забороні такій особі протягом певного строку знов набувати дане суб'єктивне право. Якщо ж до особи застосовується лише заборона щодо набуття певного суб'єктивного права у майбутньому, то такі обмеження не можуть визнаватися покаранням, бо жодного карального впливу вони не здійснюють. У такому випадку мова може йти лише про встановлення спеціального порядку набуття певного права. Проте, встановлення такого порядку не є завданням кримінального права, а належить виключно до сфери регуляторного законодавства [118].

Прикладом застосування до особи досліджуваного виду покарання є обставини, викладені у вироку Кіцманського районного суду Чернівецької області від 05.03.2021 (провадження №1-кп/718/67/20) особу обвинувачено у вчиненні кримінального правопорушення, передбаченого ч. 2 ст. 140 КК України за таких обставин: *ОСОБА_8 наказом головного лікаря Кіцманської центральної районної лікарні № 100 від 03.08.1991р. призначений на посаду лікаря акушера-гінеколога пологового відділення Кіцманської ЦРЛ, що розташована за адресою: вул. Незалежності, 1, м. Кіцмань Чернівецької області. ОСОБА_8 присвоєно кваліфікацію лікаря з акушерства та гінекології першої категорії. Відповідно до ч.1 ст.37 Основ законодавства України про охорону здоров`я медичні працівники зобов`язані невідкладно надавати необхідну медичну допомогу у разі виникнення невідкладного стану людини. Пунктом 3.2 Положення про пологове відділення КУ «Кіцманська ЦРЛ», затвердженого наказом головного лікарня КУ «Кіцманська ЦРЛ» № 119 від 21.09.2016р., серед функцій пологового відділення визначено забезпечення*

надання невідкладної медичної та спеціалізованої консультативної допомоги пацієнтам; своєчасне обстеження та лікування пацієнтів на рівні сучасних досліджень медичної науки і практики. Відповідно до п.2.1 Посадової інструкції лікаря акушера-гінеколога пологового відділення Кіцманської ЦРЛ ОСОБА_8 , затвердженої наказом головного лікаря КУ «Кіцманська ЦРЛ» № 9 від 18.05.2015р., лікар акушер-гінеколог зобов`язаний надавати кваліфіковану планову та невідкладну стаціонарну акушерсько-гінекологічну допомогу відповідно до кваліфікаційної категорії. Згідно з пунктами 5.1 та 5.9 вказаної Посадової інструкції лікар акушер-гінеколог повинен знати чинне законодавство про охорону здоров`я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров`я; методи надання швидкої та невідкладної лікарської допомоги. Однак, ОСОБА_8, перебуваючи на посаді лікаря акушера-гінеколога пологового відділення КУ Кіцманська ЦРЛ, всупереч встановлених правил лікувального процесу та надання невідкладної медичної допомоги, під час прийняття пологів 28.05.2018р. в ОСОБА_6 , неналежно виконуючи свої професійні обов`язки, внаслідок недбалого та несумлінного до них ставлення, допустив порушення вимог клінічного протоколу з акушерської допомоги «Кесарів розтин», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров`я України № 977 від 27.12.2011р., які в подальшому призвели до тяжких наслідків у вигляді загибелі дитини.

Так, 21.05.2018р. в ОСОБА_6 діагностовано наявність больового синдрому, вкорочення шийки матки за даними УЗД (до 15мм), косе положення плода, яке потім стало тазовим, що вказували на загрозу передчасних пологів. На підставі зазначеного вище діагнозу 22.05.2018р. ОСОБА_6 за направленням лікаря жіночої консультації Кіцманської ЦРЛ госпіталізовано до пологового відділення Кіцманської ЦРЛ, де вона перебувала під постійним лікарським наглядом до 26.05.2018р. включно. В подальшому, 26.05.2018р. ОСОБА_6 відпущена лікуючим лікарем додому на період вихідних та святкових днів. Відповідно до графіку чергувань лікарів акушерів-гінекологів

пологового відділення на травень 2018 року, затвердженого головним лікарем КУ «Кіцманська ЦРЛ», ОСОБА_8 заступив на чергування в пологовому відділенні Кіцманської ЦРЛ з 20:30год. 27.05.2018р. по 08:30год. 28.05.2018р. Надалі, 28.05.2018 р. приблизно о 03:40 год. ОСОБА_6 поступила до пологового відділення Кіцманської ЦРЛ зі скаргами: «відходження вод з 03:30год. 28.05.2018р.. При огляді ОСОБА_6 о 04:00 год. 28.05.2018р., яке здійснено черговим лікарем ОСОБА_8 встановлено, що у вагітної ОСОБА_6 спостерігається «відходження навколоплідних вод, ніжне прилягання, випадіння петлі пуповини, пульсація якої відсутня, а серцебиття плода не прослуховувалось. При УЗД обстеженні наявність серцебиття плода «шах» - 102 в 1хв. Враховуючи вказаний діагноз, вагітна ОСОБА_6 підлягала невідкладному розродженню шляхом Кесаревого розтину, який у відповідності до вимог клінічного протоколу з акушерської допомоги «Кесарів розтин», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров`я України № 977 від 27.12.2011р., необхідно було провести не пізніше 15 хвилин після виявлення вище вказаних симптомів, тобто не пізніше 04:15год. 28.05.2018р..

Однак, лікар акушер-гінеколог пологового відділення Кіцманської ЦРЛ ОСОБА_8, маючи кваліфікацію лікаря з акушерства та гінекології першої категорії, перебуваючи на чергуванні у пологовому відділенні Кіцманської ЦРЛ, будучи зобов`язаним надати невідкладну медичну допомогу, неналежно виконуючи свої професійні обов`язки, внаслідок недбалого та несумлінного до них ставлення, своєчасно не надав кваліфікованої невідкладної медичної допомоги ОСОБА_6 відповідно до встановленого діагнозу, а саме своєчасно не провів Кесаревого розтину, що призвело до смерті дитини ОСОБА_6. Згідно Висновку комісійної судово-медичної експертизи від 21.12.2018р. № 114, проведеної Чернівецьким обласним бюро судово-медичної експертизи, причиною смерті дитини ОСОБА_6 стала внутрішньоутробна асфіксія внаслідок гострого порушення плодово-плацентарного кровообігу, обумовленого випадінням та стисканням петель пуповини з формуванням обтураційного тромба в просвіті вени пуповини. Відповідно до Висновку

додаткової комісійної судово-медичної експертизи від 13.03.2020р. № 158, 159/19, проведеної Державною установою «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України», між недотриманням лікарями вимог клінічного протоколу з акушерської допомоги «Кесарів розтин», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров`я України № 977 від 27.12.2011р., та внутрішньоутробною смертю плода існує прямий причинний зв`язок. У наданих матеріалах відсутні дані, які б свідчили про те, що ОСОБА_6 мала будь-які хронічні (фонові) захворювання, які могли призвести до смерті дитини. За даними патологоанатомічного дослідження трупа (Протокол № 45/3) та мікроскопічного дослідження, проведеного в ході виконання даної судово-медичної експертизи (Висновок експерта № 10) смерть дитини настала внаслідок внутрішньоутробної асфіксії [59].

За вчинення вказаного кримінального правопорушення особі було призначено покарання у виді обмеження волі строком на два роки з позбавленням права займатися лікарською діяльністю строком на один рік шість місяців. Одночасно із цим від відбування основного покарання у виді обмеження волі було звільнено з випробуванням.

Ще одним прикладом є вирок Орджонікідзевський районний суд м. Запоріжжя від 21 травня 2021 року (справа № 335/4396/21), особу обвинувачено у вчиненні кримінального правопорушення, передбаченого ч. 2 ст. 140 КК України за таких обставин: *ОСОБА_7, ІНФОРМАЦІЯ_1, відповідно до затвердженої посадової інструкції від 03.01.2013, з якою вона ознайомлена, виконувала обов`язки лікаря-інфекціоніста дитячого чергового (цілодобового посту) приймального відділення. Згідно з наказом головного лікаря КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради від 19.05 2017 № 57-о призначена тимчасово на посаду лікаря інфекціоніста дитячого відділення № 1 КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради зовнішнім сумісником на 0,5 ставки. Відповідно до посадової інструкції лікаря-інфекціоніста дитячого чергового (цілодобового) посту, затвердженої 03.01.2013 головним лікарем КУ «Обласної інфекційної*

клінічної лікарні» ОСОБА_9 , з якою ОСОБА_7 ознайомлена під підпис 01.01.2018, ОСОБА_7 зобов`язана: надавати консультаційно-діагностичну та лікувальну допомогу хворим згідно з клінічними протоколами ведення хворих, принципів доказової медицини, стандартів якості із залученням спеціалістів інших підрозділів лікарні або інших лікувально-профілактичних закладів, завідувача відділенням № 4; своєчасно здійснювати огляд хворих дітей у відділеннях № 4, № 7, ОАІТ та дітей віком до 1 року у відділеннях № 1- № 3, коригувати обстеження та лікувальні заходи; раціонально використовувати діагностичну і лікувальну апаратуру, інструментарій та інше медичне обладнання; обслуговувати хворих із застосуванням необхідних досліджень та методів лікування; раціонально застосовувати і використовувати в лікуванні хворих у відділенні нових сучасних медикаментозних заходів та лікувальних препаратів, затверджених МОЗ та УОЗ України.

Відповідно до вказаної посадової інструкції ОСОБА_7 несе відповідальність за неповне обстеження і лікування хворих; нераціональне застосування і недоцільне використання медикаментозних засобів і препаратів; правильність встановленого діагнозу. 05.04.2018 з 16 години 00 хвилин, ОСОБА_7 перебуваючи на чергуванні у приймальному відділенні в Комунальному некомерційному підприємстві «Обласна інфекційна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради, яка розташована за адресою м. Запоріжжя, бул. Гвардійський, 142, маючи достатній досвід та кваліфікацію, всі необхідні умови та засоби для надання медичної допомоги ОСОБА_10 , ІНФОРМАЦІЯ_2 , допустила злочинну недбалість у реалізації ряду заходів, направлених на встановлення дослідження об`єктивного стану хворого, в порушення вимог: наказу Міністерства охорони здоров`я України від 31.08.2004 № 437 «По затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному і до шпитальному етапах» (із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров`я № 868 від 08.10.2013, № 276 від 17.04.2014, № 353 від 13.04.2016;

Наказ втратив чинність на підставі Наказу Міністерства охорони здоров`я № 1269 від 05.06.2019) та Наказу МОЗ України від 19.07.2005 р. № 362, а саме протокол діагностики та лікування серцевого ритму у дітей. На етапі надання медичної допомоги в умовах стаціонару, вночі, згідно медичної документації, відсутній контроль за станом хворого, не скорегувала гіпертермію, недооцінила ступінь дихальної недостатності, не проводила контроль введеної та виведеної рідини, що призвело до погіршення загального стану. Згідно висновку ХОБ СМЕ № 08-303/18/пп на час госпіталізації ОСОБА_10 відсутність проведення ЕКГ, змиви з носоглотки для вірусологічного дослідження.

Відповідно до медичної документації, висновку експерту МОЗ України, функціональних обов`язків ОСОБА_7, остання не зазначає дані огляду стану ОСОБА_10 протягом ночі, погіршення стану і некеровану температуру тіла станом на ранок 06 квітня 2018 року, що унеможливлює надання якісної медичної допомоги і вчасного переведення дитини до відділення анестезіології та інтенсивної терапії чи огляду черговим анестезіологом, згідно протоколів та стандартів надання медичної допомоги зазначених вище, а також не виконання норм ст. 34 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров`я», якою передбачено, що обов`язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження та лікування пацієнта. Між наданням неадекватної медичної допомоги і смертю ОСОБА_10 існує прямий причинно-наслідковий зв`язок. За надання медичної допомоги несе відповідальність лікуючий лікар та завідувач відділенням. Згідно висновків МОЗ України, ЗОБ СМЕ №305/к, ХОБ СМЕ № 08-303/18/пп встановлено неадекватна діагностика, відсутність додаткових методів дослідження, неадекватна тактика медичного лікування, недооцінка стану ОСОБА_10, всі можливі засоби діагностики та лікування не були застосовані ОСОБА_7, що призвели в результаті до смерті ОСОБА_10 і у виявлені експертами посмертно двох діагнозів, які не були встановлені при перебуванні ОСОБА_10 в лікарні. Саме це і є причинно-наслідковим зв`язком між

неналежно наданою медичною допомогою і наслідками, які призвели смерть ОСОБА_10 . Відповідно до висновку експерта № 031-144-2020 від 11.03.2021 дефекти в наданні медичної допомоги призвели до неправильного встановлення діагнозу та відповідно неправильного лікування [63].

За вчинення вказаного кримінального правопорушення особі було призначено основне покарання у виді позбавлення волі строком на один рік та позбавлення права обіймати певні посади або займатись певною діяльністю на той самий термін.

Отже, вказане свідчить про те, що цей вид покарання у випадку призначення його за вчинення кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності, а також діяльності, пов’язаної із наданням медичних послуг має доведену ефективність, оскільки утримує особу від продовження кримінально протиправної діяльності.

Окремо необхідно розглянути можливості та межі застосування до медичних працівників заохочувальних заходів кримінально-правового впливу.

За загальним розумінням, кримінально-правовий вплив має визначену спрямованість на певний об’єкт. Впливу широкому значенні має своїм об'єктом суспільство як певну спільноту індивідуумів, якому притаманні відповідна ідеологія та похідні від неї завдання та принципи реалізації конкретних заходів державного примусу. Кримінально-правовий впливу вузькому значенні має своїм об’єктом конкретних осіб, які вчинили суспільно небезпечне діяння та досягли віку, з якого до них може застосовуватися хоча б один із заходів такого впливу. Поділ впливу на вказані види (рівні) в цьому аспекті видається доволі принциповим, оскільки це зумовлює вибір максимально ефективних заходів протидії, у першому випадку – злочинності, а в другому – вчиненню суспільно небезпечних діянь, передбачених КК. Подолання злочинності в більшій мірі можливе шляхом впливу на все суспільство в цілому, тоді як боротьба з конкретними злочинними проявами передбачає, насамперед, вплив на індивідуума з його особистими

характеристиками. Проблема полягає в якості заходів кримінально-правового впливу, їх системності та взаємозумовленості між собою. У зв’язку з цим закріплення у кримінальному законі нових заходів впливу і створення в цілому належної системи таких заходів, що містять систему покарань, інших заходів кримінально-правового характеру, заходів безпеки тощо, як правило, практично не впливає на основні кримінологічні показники злочинності. Це. в першу чергу, пов'язано з різними об’єктами кримінально-правового впливу, різними рівнями такого впливу, і, як наслідок, засобами його реалізації, а також із завданнями, що постають перед ним [261].

Заохочувальні заходи кримінально-правового впливу або як їх ще називають – заохочувальні санкції забезпечують диференційований підхід до меж репресії, яка має бути застосована до кожної окремої особи. Так, наприклад, у контексті цього дослідження, прикладом може бути ситуація, коли медичний працівник дотримується порядку здійснення медичної діяльності, але спричиняє шкоду здоров’ю через відсутність необхідних знань чи досвіду. У такому випадку притягнення до кримінальної відповідальності є доцільним, але обсяг репресії може бути мінімально необхідним для здійснення спеціальної превенції.

Вчені вказують, що виконання заохочувальних норм здійснюється в межах регулятивних правовідносин і має не тільки самостійну цінність щодо застосування санкцій шляхом реалізації охоронних правовідносин, а й є переважним суспільно схвальним варіантом правової поведінки, що стимулюється застосуванням заохочувальних санкцій. Диспозиція заохочувальної норми містить вказівку на конкретні дії чи бездіяльність (модель поведінки), бажані з погляду суспільства та держави, тобто встановлює ознаки позитивної кримінально-правової поведінки. Вона тісно пов’язана та взаємодіє з гіпотезою заохочувальної норми. Якщо диспозиція окреслює межі правомірної поведінки, то гіпотеза заохочувальної норми позначає умови, за наявності яких поведінка суб’єкта починає набувати правового значення. Натомість ступінь взаємозв’язку та взаємозалежності

диспозиції, гіпотези та санкції неоднорідний. Найбільш тісним є взаємозв'язок між диспозицією та санкцією. В методологічному аспекті вони співвідносяться як причина та наслідок. Тільки виконання особою всіх соціально-корисних дій, зазначених у диспозиції, передбачає застосування визначених санкцією заходів заохочення. За допомогою юридичного закріплення ланки «диспозиція – санкція» законодавець визначає «базовий блок» заохочувальної норми. Саме він містить основний спонукальний вплив на адресатів заохочення. Зв'язок між диспозицією та гіпотезою заохочувальної кримінально-правової норми має дещо інший характер. У гіпотезі заохочення обов'язково адресується конкретним суб'єктам, при цьому є очевидним опосередкований зв'язок між особою та державою у вигляді суду та інших органів, уповноважених застосовувати відповідні міри заохочення [274].

Кримінально-правове заохочення адресується особі, яка вчинила (або готується вчинити) кримінальне правопорушення; підставою для заохочення такої особи є добровільна відмова від вчинення кримінального правопорушення або наступна посткримінальна поведінка особи, яка добровільно націлена на відвернення, нейтралізацію або зменшення злочинної шкоди (збитків), на сприяння розкриттю кримінального правопорушення, не вчинення нових кримінальних правопорушень, або така поведінка, яка іншим чином свідчить про каяття особи у вчиненому та подальше прагнення виправлення. Правовий аналіз кримінально-правових норм дозволяє зробити висновок, що заохочувальними заходами є передбачені Кримінальним кодексом України засоби правового регулювання вчиненого (або такого що готується до вчинення) кримінального правопорушення, за допомогою яких держава стимулює особу до бажаної поведінки, спрямованої на запобігання, нейтралізацію або зменшення злочинної шкоди (збитків), на сприяння розкриттю кримінального правопорушення, не вчинення нових кримінальних правопорушень, або така поведінка, яка свідчить про дійове каяття особи у вчиненому та подальше прагнення до виправлення [184, с. 81].

На сьогоднішній день у чинному національному кримінальному законодавстві традиційними заохочувальними заходами доцільно вважати звільнення від кримінальної відповідальності, звільнення від покарання та окремі спеціальні підстави для звільнення від кримінальної відповідальності. До спеціальних підстав можна віднести, наприклад, ті, що передбачені ч. 3 ст. 263 КК України – добровільна видача вогнепальної зброї; ч. 4 ст. 307 – добровільна видача наркотичних засобів; ч. 4 ст. 309 – добровільне проходження лікування від наркотичної залежності, а також положення, відповідно до яких звільняються на певних умовах члени організованих груп та злочинних організацій.

Щодо медичних працівників, варто відзначити відсутність спеціальних підстав для звільнення від кримінальної відповідальності. Така ситуація, знову ж таки, ймовірно зумовлена низьким кількісним показником таких кримінальних правопорушень та відповідною відсутністю зацікавленості з боку законодавця. Разом із цим, створення таких підстав може ефективно вплинути на стан латентності. Задля розуміння причини, доцільно звернутись до досвіду окремих зарубіжних країн.

Так, наприклад, у дисертації данського автора вказувалось, що наразі порядок повідомлення про несприятливі події регулюється Законом Данії про охорону здоров'я (Закон № 913 від 13 липня 2010 року), зокрема главою 61 «Безпека пацієнтів». З метою комплексного врегулювання функціонування відповідної системи було прийнято підзаконні нормативно-правові акти (див., зокрема, наказ Міністерства № 1 від 3 січня 2011 року). Відповідно до § 198, частини 4, під ненавмисною несприятливою подією розуміється «подія, що виникає у зв'язку з наданням медичної допомоги, включно з догоспітальним етапом, або у зв'язку із застосуванням лікарських засобів та наданням інформації про них. До несприятливих подій належать як заздалегідь відомі, так і невідомі події та помилки, які не зумовлені захворюванням пацієнта та які спричинили шкоду або могли її спричинити, однак шкоди вдалося запобігти чи вона не настала внаслідок інших обставин». Як зазначалося вище,

ця система ґрунтується на принципі «no name, no blame» («без зазначення імені та покладання вини»), відповідно до якого повідомлення про несприятливі події не тягне за собою застосування санкцій. Так, відповідно до § 201 Закону Данії про охорону здоров'я, «особа, яка повідомила про несприятливу подію, не може у зв'язку з поданням такого повідомлення піддаватися дисциплінарному розслідуванню, будь-яким заходам впливу з боку роботодавця, заходам реагування Національного управління охорони здоров'я, а також кримінальному переслідуванню чи кримінальному покаранню, що застосовується судом». Інформація, яка дозволяє ідентифікувати особу, що подала повідомлення, видаляється до передання відповідного повідомлення до Управління з розгляду скарг пацієнтів (Patientombuddet). На медичних працівників покладається обов'язок повідомляти про несприятливі події (відповідно до § 198 Закону). Цей обов'язок також поширюється на персонал, який виконує окремі функції медичних працівників (наприклад, медичних секретарів, які здійснюють забір крові), працівників швидкої медичної допомоги, фармацевтів та персонал аптечних закладів. Пацієнти та їхні родичі також мають право повідомляти про несприятливі події. Повідомленню підлягають як несприятливі події, що виникли безпосередньо під час здійснення медичним працівником професійної діяльності, так і події, про які йому стало відомо у зв'язку з діяльністю інших осіб. Повідомлення має бути подане якомога швидше, але не пізніше семи днів із моменту, коли особі стало відомо про відповідний інцидент (відповідно до § 3 наказу Міністерства № 1) [3, с. 101-102].

Наведений досвід є цікавим для України. Наприклад, у контексті ст. 138 КК України спеціальною підставою для звільнення від кримінальної відповідальності може бути добровільне припинення незаконної лікувальної діяльності, повідомлення правоохоронних органів, а також відшкодування шкоди, спричиненої потерпілому.

Ще одним дієвим заходом може стати *доповнення національного кримінального законодавства положенням, відповідно до якого повідомлення*

про вчинене необережне професійне кримінальне правопорушення, сприяння встановленню його обставин та відшкодування шкоди вважатимуться обставиною, яка пом'якшує покарання. Встановлення такої обставини саме для медичного працівника є нелогічним, а щодо всіх професійних необережних кримінальних правопорушень видається потенційно доцільною пропозицією. До цього ж варто також додати, що це сприяло би саморозкриттю і знизило б кількість латентних медичних кримінальних правопорушень.

Зокрема це також стосується випадків викриття корупційної діяльності у сфері медичного обслуговування. Так, наприклад, у рішенні Слов`янського міськрайонного суду Донецької області від 27 вересня 2021 року (№ 243/4952/20) вказано, що *ОСОБА_1 звернувся до суду з позовом до головного лікаря комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Миколаївської міської ради Донецької області Холостової Т.О., КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Миколаївської міської ради Донецької області, третя особа: Національне агентство з питань запобігання корупції, про захист трудових прав викривача, відшкодування майнової та моральної шкоди, обґрунтовуючи свої вимоги тим, що він до 21.12.2019 року працював заступником головного лікаря з медичного обслуговування населення у комунальному підприємстві «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Слов`янської районної ради Донецької області (далі КП «ЦПМСД» з моменту утворення (01.01.2012 року) даного лікувально-профілактичного підприємства. З грудня 2013 року, окрім основної посади, за внутрішнім сумісництвом на 0,5 ставки виконував роботу лікаря-статистика. Наказом КП «ЦПМСД» від 25.06.2018р. № 12к/тр «Про внесення змін до штатного розкладу КП «ЦПМСД» було скорочено посаду лікаря-статистика (код КП 2229.2) - 1 посада. З`ясовуючи, яким чином у подальшому буде виконуватись об`ємна робота лікаря-статистика він дізнався, що з 01.01.2012 року 0,5 ставки лікаря-статистика до часу скорочення цієї посади 31.08.2018 року займала та отримувала заробітну*

плату головний лікар КП «ЦПМСД» ОСОБА_3 , при цьому, не виконуючи абсолютно ніякої роботи за даною посадою. Тобто, умисно і безпідставно отримувала використовуючи своє службове становище чуже майно у вигляді додаткової безпідставної заробітної плати, що слід, на його думку, кваліфікувати, як злочин за п.2 ст.191 КК України. 12.12.2018 року позивачем до Слов`янського відділу поліції ГУНП Донецької області була подана заява про вчинення ОСОБА_3 кримінального правопорушення передбаченого п.2 ст. 191 КК України. Відомості про це були внесені до Єдиного реєстру досудових розслідувань № 12018050510002660 [232].

Важливе значення мають також механізми посилення захисту осіб, які займаються викриванням корупції у сфері медичного обслуговування, оскільки така діяльність утворює організаційно-правову модель спеціального антикорупційного механізму. Особливо актуальним це видається із огляду на чисельні випадки корупції, пов’язаної із діяльності військово-лікарських комісій в умовах дії особливого правового режиму воєнного стану.

У постанові Верховного Суду від 12 травня 2026 року (справа № 320/16100/23). ОСОБА_1, обіймаючи посаду заступника директора Адміністративного департаменту Національної служби здоров`я України, вживав встановлені законом заходи щодо викриття можливих фактів корупційних або пов`язаних з корупцією правопорушень, зокрема, шляхом подання службових/доповідних записок керівництву. 22 лютого 2023 року ОСОБА_1 підготував заяву в порядку, передбаченому статтею 214 Кримінального процесуального кодексу України до Національного антикорупційного бюро України про злочин (заява зареєстрована 22.02.2023 ЗГ № Н-2518). 27 лютого 2023 року Вищий антикорупційний суд розглянув заяву щодо бездіяльності НАБУ, справа № 991/1765/23, та зобов`язав НАБУ внести заяву ОСОБА_1 до Єдиного реєстру досудових розслідувань. 10 березня 2023 року НАБУ внесено відомості до Єдиного реєстру досудових розслідувань та розпочато досудове розслідування у кримінальному провадженні № 52023000000000112 за фактом вчинення службовими особами

Національної служби здоров`я України службової недбалості, що спричинило тяжкі наслідки за статтею 367 Кримінального кодексу України. Разом з цим 10 березня 2023 року НАБУ внесено відомості до Єдиного реєстру досудових розслідувань та розпочато досудове розслідування у кримінальному провадженні № 52023000000000111 за фактом вчинення службовими особами Національної служби здоров`я України зловживання службовим становищем, що спричинило тяжкі наслідки за статтею 364 Кримінального кодексу України. ОСОБА_1 листом від 10 березня 2023 року (вх. № ПК/333/0-23) звернувся до НАЗК, в якому просив провести перевірку можливих фактів наявності конфлікту інтересів, зокрема, у директора Адміністративного департаменту Національної служби здоров`я України ОСОБА_2, надати підтвердження/спростування набуття ним статусу викривача, а також вжити заходів захисту стосовно нього як викривача. НАЗК листом від 30 березня 2023 року № 25-11/6730-23 повідомлено позивача, що для підтвердження набуття ним статусу викривача йому необхідно безпосередньо звернутися до суб`єктів розгляду раніше поданих ним повідомлень про можливі факти корупційних або пов`язаних з корупцією правопорушень, інших порушень Закону, тобто, до НАБУ та/або Національної служби здоров`я України [202].

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про те, що на сьогоднішній день санкції кримінально-правових статей, в яких встановлено кримінальну відповідальність за кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності та діяльності, пов’язаної із наданням медичних послуг потребують удосконалення в частині видів покарань. Як видається, недоцільними видами покарання є громадські та виправні роботи, а також пробаційний нагляд, які не відповідають змісту та особливостям вчинення досліджуваного виду кримінальних правопорушень.

Окремої уваги заслуговує формування інституту спеціального звільнення від кримінальної відповідальності та покарання медичних працівників, які вчинили необережні кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності, а також посилення захисту осіб, які займаються

викриванням фактів вчинення корупційних та пов’язаних із корупцією протиправних діянь.

Висновки до 2 розділу

1. Встановлено, що родовим об’єктом кримінальних правопорушень, що вчиняються у медичній сфері є суспільні відносини у сфері забезпечення прав людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; суспільні відносини у сфері забезпечення прав громадян на невтручання в особисте та сімейне життя; суспільні відносини у сфері забезпечення встановленого законом порядку обігу лікарських засобів. Безпосередні об’єкти визначені у диспозиціях кримінально-правових норм та відображають конкретні цінності та блага, які зазнають протиправного впливу. Кримінальні правопорушення можуть бути як предметні, так і безпредметні. Потерпілі – спеціальні – особи, які отримують медичні послуги, пацієнти або клієнти медичних установ, а також всі інші особи, які беруть участь у медичних маніпуляціях.

Об’єктивна сторона кримінальних правопорушень, які вчиняються у медичній сфері, як правило, може характеризуватись як вчиненням активних дій, так і бездіяльністю. Остання часто полягає у неналежному виконанні професійних обов’язків (кримінально протиправна недбалість). Більшість складів кримінальних правопорушень є формальними та не передбачають обов’язкового настання суспільно небезпечних наслідків, а вважаються закінченими з моменту вчинення дії. В окремих випадках для таких складів обов’язковою ознакою об’єктивної сторони є спосіб.

2. Вказано, що аналіз кримінально-правових норм, у яких встановлено відповідальність за кримінальні правопорушення, що вчиняються у сфері медичного обслуговування та тих, що пов’язані із медичною діяльністю дозволяє класифікувати їх відповідно до ознак суб’єктивної сторони на такі групи: 1) кримінальні правопорушення із умисною формою вини – ті, що

передбачені ст.ст. 132, 139, 145 КК України; 2) кримінальні правопорушення із необережною формою вини – ті, що передбачені ст.ст. 131, 140 КК України; 3) кримінальні правопорушення зі змішаною формою вини – ті, що передбачені ст.ст. 138, 141 КК України.

Доведено, що суб'єкт більшості кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності та діяльності, пов'язаної із наданням медичних послуг є спеціальним, окрім кримінальних правопорушень, передбачених ст.ст. 142-144 КК України. Суб'єктивна сторона більшості кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності та діяльності, пов'язаної із наданням медичних послуг передбачає наявність необережної або змішаної форми вини. Останнє пояснює відсутність у диспозиціях відповідних норм таких ознак як мотив та мета. Одночасно із цим, встановлювати у таких діяннях умисну форму вини не є доречним, оскільки фактично вчинення таких діянь умисно може бути кваліфіковано як інше кримінальне правопорушення проти життя та здоров'я.

3. Аргументовано, що санкції кримінально-правових статей, в яких встановлено кримінальну відповідальність за кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності та діяльності, пов'язаної із наданням медичних послуг потребують удосконалення в частині видів покарань. Як видається, недоцільними видами покарання є громадські та виправні роботи, а також пробаційний нагляд, які не відповідають змісту та особливостям вчинення досліджуваного виду кримінальних правопорушень.

Відзначено, що на сьогоднішній день у чинному національному кримінальному законодавстві традиційними заохочувальними заходами доцільно вважати звільнення від кримінальної відповідальності, звільнення від покарання та окремі спеціальні підстави для звільнення від кримінальної відповідальності. Щодо медичних працівників, варто відзначити відсутність спеціальних підстав для звільнення від кримінальної відповідальності. Така ситуація, знову ж таки, ймовірно зумовлена низьким кількісним показником таких кримінальних правопорушень та відповідною відсутністю

зацікавленості з боку законодавця. Разом із цим, створення таких підстав може ефективно вплинути на стан латентності. Окремої уваги заслуговує формування інституту спеціального звільнення від кримінальної відповідальності та покарання медичних працівників, які вчинили необережні кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності, а також посилення захисту осіб, які займаються викриванням фактів вчинення корупційних та пов’язаних із корупцією протиправних діянь.

РОЗДІЛ 3. КРИМІНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КРИМІНАЛЬНИХ ПРАВОПОРУШЕНЬ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ

3.1. Сучасний стан, структура та динаміка кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні

Вивчення стану кримінально протиправної діяльності, а саме кількісно-якісної характеристики кримінальних правопорушень є заходом, необхідним як для розробки механізму запобігання злочинності, так і для прогнозування майбутніх кримінологічних тенденцій. На сучасному етапі державотворення стан кримінально протиправної діяльності зазнав значних трансформацій, які можуть бути пояснені повномасштабною агресією російської федерації проти України та низкою негативних факторів та чинників, які із нею пов’язані.

Вчені відзначають, що ефективне прийняття рішень і формування нормативно-правового регулювання у сфері запобігання злочинності, як і в інших галузях суспільного життя, також є неможливими без об’єктивної оцінки її стану та результативності протидії. Надійне документальне фіксування масштабів злочинності шляхом отримання достовірних і зіставних даних, а також інформації про діяльність правоохоронних і судових органів та якість виконання ними своїх функцій, створює основу для розробки ефективних стратегій запобігання злочинності. Це, своєю чергою, сприяє виявленню та усуненню прогалин у кримінально-правовій, кримінологічній і кримінально-виконавчій політиці. Так, збір даних дозволяє аналізувати тенденції розвитку злочинності, виявляти кореляції між злочинністю та соціально-економічними, політичними й культурними факторами, будувати статистичні моделі прогнозування злочинності. Крім того, інформація про злочинність є базою для оцінки ефективності чинного кримінального законодавства та практики його застосування, виявлення прогалин у правовому регулюванні, розробки превентивних стратегій і державних

програм у сфері безпеки. Відповідно, політичні рішення у сфері протидії злочинності набувають наукової обґрунтованості, що знижує ризик популізму та неефективних заходів. Системний збір кримінальної статистики сприяє підвищенню прозорості та підзвітності органів правопорядку, оскільки дозволяє порівнювати ефективність різних підрозділів і регіонів, виявляти тенденції до маніпуляцій із реєстрацією кримінальних правопорушень, оцінювати рівень довіри населення до правоохоронної системи. Масив даних також лежить в основі розробки алгоритмів прогнозування «гарячих точок» злочинності, що допомагає планувати розміщення поліцейських ресурсів, здійснювати раннє виявлення ризиків, реалізовувати проактивні програми запобігання злочинності [48, с. 121-122].

За чотири роки у структурі злочинності відбувся певний перерозподіл, наслідком якого став дисбаланс – низка видів суспільно небезпечних діянь втратила свою актуальність, низка – навпаки. Логічно, що здебільшого, до останніх можна віднести кримінальні правопорушення проти встановленого порядку несення військової служби (військові кримінальні правопорушення) та кримінальні правопорушення проти миру, безпеки людства та міжнародного правопорядку.

Щодо інших, можна відзначити, що змін зазнали кількісні показники кримінальних правопорушень проти власності (внутрішній перерозподіл призвів до зниження показників крадіжок та збільшення показників шахрайств); кримінальних правопорушень проти статевої свободи та статевої недоторканості, кримінальних правопорушень проти правосуддя тощо. Кримінальні правопорушення проти життя та здоров’я особи також дещо трансформувались, змінився також їх кількісний показник. Так, наприклад, за останні роки завдяки ефективній діяльності правоохоронних органів позитивної динаміки зазнав показник домашніх насильств, умисних вбивств тощо. Однак, аналізуючи стан та динаміку саме кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності як окремий вид протиправних діянь проти життя та здоров’я особи, не можна не відзначити, що їх кількісний

показник з 2001 року залишається стабільно низьким, одночасно із цим така ситуація не видається позитивною, що зумовлено низкою причин, які будуть розглянуті нижче.

Можна погодитись із думкою про те, що протистояння злочинності та найбільш розповсюдженим у структурі її зареєстрованої частини кримінальним правопорушенням потребує створення такого комплексу знань і технологій, який можна назвати національною концепцією і який здатний суттєво вплинути на її злочинні різновиди. І головне – зараз конче необхідна така культура кримінології як науки, котра методологічно і понятійно адекватна нашому соціуму, а не утискується у прокрустове ложе запобіжних схем. Кримінологія, як найбільше близька за своїм предметом, завданнями і цілями до теоретико-прикладних проблем сучасної практики злочинним проявам, з одного боку, здійснює самостійну розробку його основних засад, а з другого – є на теперішній час єдиним інтегратором здобутків інших галузей знань і передових технологій, які можуть бути пристосовані безпосередньо чи опосередковано у запобіжному процесі. Але для здійснення цієї місії і навіть спеціалізація по окремим злочинним проявам (наприклад, необережна злочинність, корупція та ін.) фахівців. Тобто потрібна кримінологічна культура, якої у нас немає. І саме підготовка таких фахівців, обсяг їх повноважень, підлеглість, межі втручання в діяльність державних органів, органів місцевого самоврядування та інших юридичних і фізичних осіб, фінансування, співіснування з могутніми офіційними суб’єктами протидії кримінальним, адміністративним, господарським та іншим правопорушенням, викликає сумніви у створенні такої по суті мегаконтролюючої системи [73, с. 16].

На сьогодні, в умовах воєнного стану обсяги та стан злочинності зростають. А тому, вочевидь, все більше набуває актуальності кримінологічна характеристика (аналіз) злочинності та виявлення її детермінантів. Законодавство, зокрема кримінальні норми, адаптуються до воєнних реалій, що включають запобігання та протидію злочинності в цілому. Згідно

дослідження, яке нами проведено, зауважимо, що на особу злочинця впливають як зовнішні фактори (економічна нестабільність, безробіття, корупція в правоохоронних органах, відсутність ефективного покарання та ін.) так і внутрішні фактори (психологічний стан особи). Виходячи з окресленого дослідження, варто зазначити і про певні рекомендації щодо протидії злочинності в цілому: покращення законодавчої бази; використання штучного інтелекту (його алгоритми можуть прогнозувати потенційні кримінальні правопорушення на основі їх аналізу); громадський контроль (підготовка населення щодо запобігання та протидії злочинності); розвиток соціальних програм (економічні ініціативи для внутрішньо-переміщених осіб, підтримка неповнолітніх). Таке комплексне та всебічне дослідження основних аспектів кримінологічної характеристики (аналізу) злочинності та реалізація вищенаведених рекомендацій, дозволить не лише мінімізувати розвиток злочинності в умовах воєнного стану, але й дозволить створити основу для більш ефективного функціонування правоохоронних органів України [250].

Аналіз Єдиного державного реєстру судових рішень надав підставу констатувати, що до 2019 року за ст. 138 КК України було ухвалено 4 вироки, за ст. 139 КК України – 8 вироків, за ст. 140 КК України – 116 вироків, за ст. 145 КК України – 1 вирок. З 2019 по 2026 рік за ст. 138 КК України було ухвалено 1 вирок, за ст. 140 КК України – 55 вироків. За іншими кримінально-правовими нормами, у яких встановлено кримінальну відповідальність за кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності вироків ухвалено не було [123].

З одного боку, наведена ситуація може бути пояснена тим, що у 2016 році постановою Кабінету Міністрів України від 21 квітня 2016 року № 1338-VIII було схвалено Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров’я в Україні». У документі було вказано, що актуальність цієї реформи є вкрай високою, оскільки ця надзвичайно важлива сфера суспільного життя багато років поспіль потерпає від непослідовної соціально-економічної політики та, на відміну від інших галузей, все ще

функціонує за застарілою, неефективною моделлю управління та фінансування. Протягом останніх років, незважаючи на високі загальні витрати на утримання системи охорони здоров'я, значну частку яких громадяни оплачують власним коштом, вона не здатна адекватно реагувати на сучасні виклики щодо підвищення захворюваності, захищати громадян від надмірних витрат на лікування. Затримується розроблення та подання на розгляд Кабінету Міністрів України законопроектів, прийняття яких Верховною Радою України має сприяти впровадженню ефективної моделі медичного обслуговування населення, спрямованої на забезпечення належних умов реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу, рівний та справедливий доступ кожної людини до медичних послуг. Значні недоліки мають місце й у забезпеченні інформаційно-роз'яснювальної та просвітницької роботи, у ході якої мають доступно та обґрунтовано висвітлюватися зміст заходів щодо реалізації реформи у сфері охорони здоров'я та її очікувані результати. За даними Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), сучасний стан здоров'я населення України характеризується вкрай високими показниками захворюваності та смертності, низьким рівнем тривалості життя, відсутністю можливості отримувати належну медичну допомогу [230].

Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р було схвалено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, де було визначено, що заклади охорони здоров'я є бюджетними установами і перебувають у власності держави або територіальних громад. Кошториси доходів і витрат цих закладів охорони здоров'я затверджуються тими ж органами влади, у власності яких вони перебувають, в результаті чого органи влади отримують стимул діяти в інтересах відповідних закладів, а не в інтересах конкретного пацієнта. Фінансування зазначених закладів здійснюється за жорстким постатейним кошторисом на основі застарілих інфраструктурних нормативів. Це позбавляє керівників закладів охорони здоров'я управлінської гнучкості та не сприяє мотивації до покращення

результату. Міжнародний досвід, рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я, а також дослідження специфіки використовуваної сьогодні моделі системи охорони здоров'я України свідчать, що єдиним способом забезпечити якісний медичний захист без фінансового стресу для громадян є перехід до фінансування медицини за страховим принципом. Цей підхід дозволяє розподілити ризики хвороби та витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб, заздалегідь збираючи посильні внески з великого пулу людей і спрямовуючи зібрані кошти на виплати за страховим випадком у разі хвороби чи іншого розладу здоров'я. Пропонована модернізація існуючої системи фінансування медичної галузі є радикальною, тому передбачені нею зміни мають здійснюватися поступово. Запровадження нової моделі передбачається здійснити трьома етапами, повна реалізація яких очікується до 2020 року. Поступовість є особливо важливою для забезпечення належного соціального захисту та перепідготовки працівників системи охорони здоров'я в умовах її докорінної реорганізації, а також для розбудови інформаційних систем, ефективної консолідації ресурсів для інвестицій у розвиток перспективних закладів охорони здоров'я в новоутворених госпітальних округах, закріплення нових функцій громад та місцевого самоврядування в системі медичного страхування, забезпечення ефективної соціальної комунікації і роз'яснення суті, механізмів та очікуваних результатів реформи широким верствам населення [147].

У 2017 році було підписано Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», яким було визначено державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості, реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів (включаючи допоміжні засоби) за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій [219].

Із наведеного можна зробити висновок, що основним орієнтиром медичної реформи, розпочатої у 2016 році стало посилення якості

фінансування сфери медичного обслуговування, що, на думку законодавця мало позитивним чином вплинути на якість медичних послуг та підвищити ефективність охорони здоров'я населення. Одночасно із цим, аналіз кримінально-правових норм, якими встановлено кримінальну відповідальність за кримінальні правопорушення, що вчиняються у сфері медичного обслуговування, дозволяє стверджувати, що більшість таких протиправних діянь не пов'язані із незадовільним рівнем матеріального забезпечення медичних працівників. Зростання рівня смертності пацієнтів, чисельні публікації у засобах масової інформації щодо оприлюднення лікарських помилок, порушень прав пацієнтів, неналежного надання медичної допомоги не було оцінено з точки зору потреби у посиленні кримінально-правового захисту цієї сфери суспільних відносин. Наведене може бути аргументовано тим, що з моменту прийняття чинного кримінального законодавства 2001 року, у кримінально-правові статті, якими встановлено кримінальну відповідальність за протиправні діяння у сфері медичної діяльності майже не було внесено змін.

Продовження медичної реформи відбулось шляхом створення та впровадження електронної системи охорони здоров'я. Постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 було затверджено Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, який визначив механізм функціонування електронної системи охорони здоров'я та її компонентів, реєстрації користувачів, внесення та обміну інформацією і документами в електронній системі охорони здоров'я відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Завданнями системи було визначено забезпечення створення можливостей використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їх прав, зокрема за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, автоматизація ведення обліку медичних послуг і управління медичною інформацією (зокрема про обов'язкові медичні огляди, які проводяться відповідно до законодавства), запровадження електронного

документообігу у сфері медичного обслуговування населення, забезпечення даними, необхідними для розроблення програми медичних гарантій, управління охороною здоров’я та формування статистичної інформації у сфері охорони здоров’я [201].

Як видається, створення електронної системи охорони здоров’я мала б надати можливість підвищити ефективність надання медичних послуг та спростити отримання документації у межах досудового розслідування кримінальних правопорушень, вчинених у сфері медичної діяльності. Одночасно із цим, аналіз публікацій медіа дозволяє стверджувати, що вказаний крок жодним чином не вплинув на кількісні показники таких, наприклад, суспільно небезпечних діянь як неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником.

Цікавим також є і те, що не дивлячись на відсутність вироків, на сайті Офісу Генерального прокурора оприлюднено статистику окремих облікованих кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності. Так, наприклад, у 2020 році було обліковано 7 кримінальних правопорушень, передбачених ст. 138 КК України, 61 – ст. 139 КК України, 2 – ст. 141 КК України, 6 – ст. 145 КК України; у 2021 році було обліковано 1 кримінальне правопорушення, передбачене ст. 138 КК України, 62 – ст. 139 КК України та 7 – ст. 145 КК України; у 2022 році було обліковано 3 кримінальні правопорушення, передбачені ст. 138 КК України, 18 – ст. 139 КК України, 4 – ст. 145 КК України; у 2023 році було обліковано 7 кримінальних правопорушень, передбачених ст. 138 КК України, 17 – ст. 139 КК України, 4 – ст. 145 КК України; у 2024 році було обліковано 4 кримінальні правопорушення, передбачені ст. 138 КК України, 15 – ст. 139 КК України, 8 – ст. 145 КК України; у 2025 році було обліковано 3 кримінальні правопорушення, передбачені ст. 138 КК України, 27 – ст. 139 КК України та 8 – ст. 145 КК України [182].

Наведені статистичні дані дозволяють актуалізувати питання щодо причини дисбалансу між кількістю облікованих кримінальних правопорушень

та вироків, які були ухвалені. Теоретично, можна допустити, що низка кримінальних проваджень закривається через відсутність події кримінального правопорушення, відсутність в діянні складу кримінального правопорушення або у зв'язку із тим, що не встановлені достатні докази для доведення винуватості особи в суді і вичерпані можливості їх отримати. Одночасно із цим пояснити те, що, наприклад, жодне з 200 облікованих з 2020 по 2025 рік кримінальних правопорушень, передбачених ст. 139 КК України не завершилось притягненням винних осіб до кримінальної відповідальності, не видається можливим. Як видається, основні причини знаходяться у площині проблем, які виникають під час досудового розслідування. Вказане також підтверджується прикладами із судової практики, наведені нижче.

– *ОСОБА_2 звернулася в суд із скаргою постанову про відмову у визнанні потерпілою. У скарзі посилається на те, що у провадженні СВ Ківерцівського ВП ГУНП у Волинській області перебуває кримінальне провадження № 12018030100000763 від 12.10.2018 року, в рамках якого вона двічі зверталась до слідчого з клопотанням про визнання її потерпілою. Однак 09.07.2019 року вона отримала від слідчого СВ Ківерцівського ВП ГУНП у Волинській області постанову про відмову у визнанні її потерпілою, оскільки на даний час відсутні підстави для визнання її потерпілою, на даний час слідчий не надав їй пам`ятки потерпілої. Вважає таку постанову слідчого незаконною, так як вона є заявником у даному кримінальному провадженні, внаслідок неправомірних дій лікаря ОСОБА_5 її батько ОСОБА_6 внаслідок психічного захворювання, яку неправильно лікував лікар, спричинив смерть її матері ОСОБА_7 , чим завдано їй непоправної моральної шкоди, отже вона є потерпілою у даному кримінальному провадженні* [263].

– *до Харківського апеляційного суду надійшло подання в.о. голови Зачепилівського районного суду Харківської області ОСОБА_5 щодо вирішення питання направлення кримінального провадження №12019220290000049 від 05 квітня 2019 року за ч.1 ст.139 КК України (справа №952/47/23) разом з клопотанням про закриття*

кримінального провадження, в якому не встановлено особу, яка вчинила кримінальне правопорушення, у зв`язку із закінченням строків давності притягнення до кримінальної відповідальності, з Зачепилівського районного суду Харківської області на розгляд до іншого суду. Ухвалою Хотинського районного суду Чернівецької області від 17 грудня 2021 року звільнено ОСОБА_3 , ІНФОРМАЦІЯ_1 , від кримінальної відповідальності за ч.2 ст.139 КК України на підставі ст.49 КК України у зв`язку із закінченням строків давності притягнення до кримінальної відповідальності. Кримінальне провадження, внесене до ЄРДР за №42017261100000033 від 10.03.2017р. відносно ОСОБА_3 , обвинуваченої у вчиненні кримінального правопорушення, передбаченого ч.2 ст.139 КК України, закрито [264].

– *в апеляційній скарзі представник потерпілого ОСОБА_10 адвокат ОСОБА_11 ставить питання про скасування ухвали у зв`язку з істотним порушенням вимог кримінального процесуального закону. Зазначила, що у даному кримінальному провадженні мало місце ухилення від розслідування, а саме численні ухилення від виконання своїх процесуальних обов`язків стороною захисту, в тому числі й ті, які встановлені ухвалою суду від 16.06.2021. Указала, що вказаною ухвалою було встановлено зволікання сторони захисту із ознайомленням з матеріалами досудового розслідування, що призвело до порушення розумних строків для вчинення відповідних процесуальних дій - вручення обвинувального акту і направлення його для судового розгляду. Зауважила, що факт умисного вчинення особою будь-яких дій, спрямованих на ухилення від розслідування або суду, є обставиною, яка виключає благополучне закінчення строків давності і зупиняє диференційовані терміни, визначені в ч.1 ст.49 КК України. Таким чином підстав для застосування диференційованих термінів притягнення до кримінальної відповідальності у даному провадженні не вбачається. Також указала, що потерпілі у справі були позбавлені можливості ознайомитись зі змістом клопотання про звільнення від кримінальної відповідальності у зв`язку із закінченням строків давності, а також висловити свою думку з цього приводу. Наголосила, що*

відповідно до п.5 ч.2 ст.412 КПК України істотним порушенням є здійснення судового провадження за відсутністю потерпілого, не повідомленого належним чином. Також наголосила, що зазначене клопотання не було оголошено в судовому засіданні 11.10.2024 [265].

Окрему увагу доцільно приділити корупційним та пов'язаним із корупцією кримінальним правопорушенням, які вчиняються у сфері охорони здоров'я. Звичайно, ця група суспільно небезпечних діянь не може вважатись такою, що безпосередньо корелює з медичною діяльністю. Разом із цим, корупція є одним із основних факторів, який впливає на порушення медичними працівниками положень законодавства у сфері охорони здоров'я, а також на якість та ефективність виконання ними своїх професійних обов'язків. Варто зауважити, що в умовах дії особливого правового режиму воєнного стану проблема корупції медичних працівників актуалізувалась, що здебільшого пов'язано із масовим сприянням в ухиленні від проходження військової служби. Наведене підтверджується декількома прикладами із практики правоохоронних органів.

Так, наприклад, на офіційному сайті Національної поліції України оприлюднено інформацію про те, що *слідчі Головного слідчого управління спільно з оперативниками Департаменту внутрішньої безпеки Національної поліції України викрили всю ієрархію цієї схеми, а саме: голову Центральної МСЕК, його заступника, чотирьох членів комісії, сімейного лікаря та лікаря-стажиста однієї з київських лікарень. Поліцейські довели зв'язок сімейного лікаря з керівництвом МСЕК і той факт, що саме очільник відомства організував протиправну діяльність і навіть у січні 2025 року, в останні дні перед ліквідацією МСЕК, схема продовжувала працювати. Сімейний лікар вносив завідомо неправдиві відомості у документи, а керівництво МСЕК їх легалізовувало. Таким чином оформлювали пенсії та звільнення від військової служби. У серпні 2025 року проведено понад десяток одночасних обшуків за місцем проживання фігурантів, під час яких вилучено документи, печатки, електронні носії та інші докази злочинної діяльності. Слідчі поліції оголосили*

вісім підозр: голові Центральної МСЕК, його заступнику, чотирьом членам комісії, сімейному лікарю та лікарю-стажисту. Усім їм інкримінується зловживання службовим становищем, вчинене організованою групою, з метою отримання неправомірної вигоди як для себе, так і для третіх осіб (ч. 3 ст. 28 ч. 2 ст. 364 Кримінального кодексу України) та службове підроблення (ч. 3 ст. 28 ч. 1 ст. 366 Кримінального кодексу України) [192].

На офіційному сайті Державного бюро розслідувань вказано, що *працівники ДБР за матеріалами Головного відділу забезпечення внутрішньої та власної безпеки «Центр» ДПСУ завершили досудове розслідування стосовно голови військово-лікарської комісії одного із закладів медичного забезпечення Держприкордонслужби. Посадовець за хабарі переводив військових з передової на тилові посади. Фігурант організував схему одержання хабарів від військовослужбовців, які направлялися для проходження ВЛК. За 2 тис. доларів США полковник медичної служби, використовуючи службове становище, забезпечував ухвалення рішень про визнання військових обмежено придатними до служби, надання відпусток за станом здоров'я або штучне направлення на лікування без необхідних медичних показань. У деяких випадках висновки оформлювалися навіть за відсутності військовослужбовця під час проходження комісії. У травні 2025 року працівники ДБР викрили посадовця під час одержання чергової неправомірної вигоди, затримали та повідомили про підозру. Під час обшуків у службових приміщеннях було вилучено медичну документацію з ознаками фіктивності. Фігуранту інкримінують 3 епізоди одержання неправомірної вигоди службовою особою, яка займає відповідальне становище, а також складання завідомо неправдивого офіційного документа (ч. 3 ст. 368, ч. 1 ст. 366 КК України)* [257].

Відповідно до Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування медико-соціальної експертизи та впровадження оцінювання повсякденного функціонування особи» [211] з 2025 року було ліквідовано МСЕК.

У пояснювальній записці до проєкту законодавчого акту було зауважено, що його розроблено з метою створення нормативно-правових засад щодо зміни підходів до проведення оцінки визначення потреб та механізму їх забезпечення для осіб з обмеженням повсякденного функціонування та реформування системи медико-соціальної експертизи в Україні. Основними завданням законопроєкту є спрощення процесів встановлення інвалідності за рахунок формалізації відповідних критеріїв і врегулювання процедур; цифровізація проходження експертизи; запровадження прозорих механізмів оскарження; зміна механізму фінансування медико-соціальних експертиз. Проєкт закону запроваджує зміну підходів до визначення потреб людей, що мають обмеження функціонування та спрощення в отриманні ними послуг й інших видів допомоги, яких вони потребують [211].

Логічно припустити, що ліквідація МСЕК та оцінка нових можливостей щодо удосконалення процедури проходження лікарських комісій мала на меті зниження кількісного показника корупційних кримінальних правопорушень, які вчиняються медичними працівниками та службовими особами, які обіймають посади у закладах, які відносяться до системи охорони здоров’я. Разом із цим, враховуючи те, що, наприклад, останнє із наведених вище кримінальне правопорушення було викрито у 2026 році, можна констатувати, що ліквідації МСЕК недостатньо для принципового вирішення проблеми корупції медичних працівників. До цього ж також варто додати і те, що активізація корупції медичних працівників, яка тягне за собою кримінальну відповідальність також негативним чином впливає на кадрове забезпечення сфери охорони здоров’я. Кадровий дисбаланс може зумовлювати перезавантаження медичних працівників, що негативним чином вплине на якість виконання ними своїх професійних обов’язків.

Окрім діяльності комісій, корупція також часто виявляється у сфері закупівель.

На офіційному сайті Національного антикорупційного бюро України є декілька репрезентативних кейсів, що підтверджують вище зазначену тезу.

Так, наприклад, такою є інформація щодо того, що *НАБУ та САП викрили схему масштабних розкрадань бюджетних коштів, виділених на закупівлю медичного обладнання для потреб онкохворих пацієнтів. За даними слідства, фактичний керівник найбільшої групи постачальників медичного обладнання (понад 300 представників компаній) створив злочинну організацію, до складу якої залучив представників підконтрольних компаній та службових осіб Національного інституту раку (НІР). Схема передбачала кілька етапів забезпечення позаконкурентної перемоги підконтрольних компаній у публічних закупівлях медичного обладнання НІР. Зокрема йшлося про визначення НІР розпорядником бюджетних коштів, встановлення повного контролю за процесом закупівель, проведення формального (удаваного) аналізу ринку медичного обладнання, створення умов для відхилення пропозицій непідконтрольних учасників тендерів. Водночас для заволодіння якомога більшою сумою коштів на реалізації медичного обладнання його вартість внаслідок діяльності злочинної організації штучно збільшувалася подекуди на 50% від початкової ціни: у ланцюги постачання вводилися афілійовані з організатором схеми закордонні компанії, змінювалася комплектність обладнання тощо. Це підтверджено низкою доказів, зібраними правоохоронними органами з 12 країн світу, які були залучені до розслідування в межах міжнародного співробітництва. Упродовж 2021-2022 років під час закупівель медичного обладнання в межах проєкту «Створення сучасної клінічної бази для лікування онкологічних захворювань у НІР» учасники оборудки заволоділи коштами на суму понад 231 млн грн. [125].*

У 2024 році було оприлюднено інформацію з приводу того, що *НАБУ і САП завершили розслідування за підозрою заступника голови Запорізької обласної ради та двох його колишніх помічників, один з яких є депутатом цієї облради, у наданні неправомірної вигоди посадовій особі комунального медичного закладу. Як встановило слідство, протягом 2023-2024 років підозрювані неодноразово надавали одному з директорів обласної лікарні грошові кошти, аби той сприяв перемозі наперед визначених компаній в*

оголошених медзакладом тендерах, а також відкриттю медзакладом рахунку у визначеному банку та розміщенню на ньому коштів. 19 лютого 2024 року осіб викрили «на гарячому» одразу після надання ними чергової частини неправомірної вигоди. Наступного дня їм повідомили про підозру. Загальна сума неправомірної вигоди перевищує 650 тис. грн. [149].

Як видається із наведеного, корупційна діяльність у сфері медичного обслуговування має організований характер, а виконавцями часто стають або медичні працівники, або особи, які займають керівні посади у комунальних медичних закладах. До цього ж варто також додати і те, що корупційні кримінальні правопорушення традиційно вчиняються у сукупності із іншими протиправними діяннями, такими як, наприклад, легалізація (відмивання) майна, одержаного злочинним шляхом, фальсифікація медичної документації тощо. Особливо небезпечним такі діяння стають тоді, коли вони стосуються обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів.

Отже, у контексті зазначеного можна виокремити таку тенденцію як *інтенсифікація корупційної діяльності у сфері охорони здоровя, пов'язаної із публічними закупівлями та діяльністю лікарських комісій, дотичних до оцінки стану здоров'я претендентів на військову службу*.

Окремо також варто відзначити і те, що в умовах дії особливого правового режиму воєнного стану через актуалізацію потреби у посиленому медичному забезпеченні військовослужбовців сформувались додаткові криміногенні загрози, пов'язані із постачанням неякісної медичної продукції.

Так, наприклад, відповідно до інформації Державного бюро розслідувань, ними у взаємодії з СБУ було завершено досудове розслідування щодо посадовців однієї з військових частин Київської області та трьох приватних підприємців, які організували постачання неякісних аптечок для українських захисників. Загальна сума контрактів перевищила 18 млн гривень. У 2022 році військова частина уклала три договори з підприємцями на постачання 8 тис. 690 індивідуальних аптечок. Протягом травня – вересня аптечки були поставлені, однак мали суттєві недоліки. Згідно з висновками

експертизи, аптечки не відповідали встановленим стандартам, не містили обов'язкових компонентів, а частина препаратів була неналежної якості. Використання такої продукції могло становити загрозу життю та здоров'ю військовослужбовців. Відповідальні службові особи – начальник складу та начальник сховища – не забезпечили належного контролю якості медичних засобів. Через постачання неякісної продукції державі завдано збитків на понад 18 млн гривень. Підприємців обвинувачують у шахрайстві, вчиненому в особливо великих розмірах (ч. 4 ст. 190 КК України). Військові посадовці обвинувачуються у недбалому ставленні до служби, що спричинило тяжкі наслідки в умовах воєнного стану (ч. 4 ст. 425 КК України) [81].

У цьому контексті необхідно відзначити, що постачання неякісної медичної продукції фактично впливає на ефективність надання медичних послуг. *Такі чинники утворюють відповідні комбіновані криміногенні ризики, які полягають у тому, що шкода спричиняється не тільки економічним відносинам, а й життю та здоров'ю військовослужбовців, національній безпеці та в окремих випадках – репутації медичних закладів та їх працівників*.

Вчені, вивчаючи зарубіжний досвід протидії корупції у медичній сфері в Німеччині, Італії, Португалії та Румунії вказують, що найбільш результативними є моделі, у яких кримінально-правові засоби поєднуються з цифровим моніторингом, аудитом закупівель, контролем фармацевтичних ланцюгів постачання, захистом викривачів, аналізом нетипових управлінських рішень та підвищенням правової обізнаності медичних працівників. Для України принципове значення має не механічне запозичення окремих іноземних механізмів, а їх функціональна адаптація до національної системи охорони здоров'я та особливостей правового режиму воєнного стану. У цьому контексті доцільним є формування безперервної моделі протидії корупційним ризикам, яка охоплює ідентифікацію вразливих процесів, оцінювання й мінімізацію ризиків, постійний моніторинг, виявлення підозрілих індикаторів, аналітичну перевірку, правову оцінку та, за наявності ознак кримінального правопорушення, своєчасний перехід до кримінально-

правового і кримінального процесуального реагування. Особливого значення набуває чітке розмежування корупційного ризику, корупційного правопорушення та кримінально караної поведінки, оскільки саме правильне визначення правової природи виявлених дій забезпечує належну кваліфікацію та подальше доказування. Водночас потребує нормативного уточнення межа між неправомірною вигодою та символічною подякою пацієнта медичному працівникові, де визначальним критерієм має виступати наявність функціонального зв'язку між одержаним благом і конкретною професійною поведінкою. В умовах воєнного стану першочерговим завданням має бути не послаблення контрольних процедур, а їх диференціація залежно від рівня ризику, поєднання оперативності медичного забезпечення з наступним аудитом та цифровою перевіркою правомірності прийнятих рішень [279].

Окремо доцільно звернути увагу також на випадки, коли медичні працівники або особи, дотичні до медичної діяльності в умовах воєнного стану створюють умови для незаконного заволодіння коштами.

Так, наприклад, працівники ДБР повідомили про підозру командиру медичної служби однієї з військових частин з Донеччини, його заступнику та фельдшерці, які організували схему незаконного нарахування додаткової грошової винагороди за нібито перебування в районі бойових дій. За даними слідства, з жовтня 2022 року по лютий 2025 року фельдшерка медичної служби отримувала «бойові» виплати, хоча фактично не виконувала завдань у районі ведення бойових дій. Командир медичної служби, а після його звільнення – заступник, вносили до рапортів завідомо неправдиві відомості про перебування підлеглої в районі міста Лиман Донецької області. Насправді жінка більшість часу перебувала у Краматорську, а також виїжджала за межі Донецької області. Попри це їй регулярно нараховували як грошове забезпечення, так і додаткову винагороду, передбачену для військовослужбовців, які виконують бойові завдання. Через такі дії з державного бюджету безпідставно виплачено понад 2,3 млн гривень. Крім

того, за цей період фельдшерка отримала підвищення та була призначена на посаду медичної сестри відділення медичної роти. Командиру медичної служби та його заступнику повідомлено про підозру у зловживанні службовим становищем, службовому підробленні та пособництві в ухиленні від військової служби (ч. 2 ст. 28, ч. 2 ст. 364, ч. 1 ст. 366, ч. 5 ст. 27, ч. 4 ст. 409 КК України) [1].

Все наведене дозволяє визначити таку загальну *тенденцію як потреба у підвищенні ефективності правоохоронної діяльності щодо запобігання таким кримінальним правопорушенням.* Зокрема основна увага має бути приділена саме налагодженню механізму взаємодії між Національною поліцією України, який є основним суб'єктом протидії протиправним діянням, що вчиняються у сфері медичної діяльності, Державним бюро розслідувань та Службою безпеки України, які здійснюють досудове розслідування у випадках вчинення корупційних кримінальних правопорушень, протиправних діянь у складі організованих груп та злочинних організацій, легалізації (відмивання) майна тощо.

У цьому контексті варто навести думку В.В. Гудими, який вказує, що Нормативне закріплення в ст. 216 КПК виключної підслідності для кожного органу досудового розслідування визначає: за СБУ –напрям щодо захисту інтересів національної безпеки держави й наділення спецслужби відповідними повноваженнями оперативно-розшукової діяльності та правом застосування контррозвідувальних заходів; за ДБР – злочини, що стосуються високопосадовців, та компетенції щодо формування державної політики виявлення й розслідування такої категорії проваджень; за НАБУ – незалежне досудове розслідування корупційних та пов'язаних із корупцією кримінальних правопорушень. Законодавче чітке розмежування повноважень СБУ, ДБР та НАБУ є доцільним лише в специфічних для цих органів кримінальних провадженнях. У разі ж розслідування комплексних проваджень головну роль має відігравати не відокремлення установ одна від одної, а їхня якісна взаємодія та вдосконалення для досягнення спільних результатів.

Ефективна співпраця в досудовому розслідуванні між різними правоохоронними інституціями має здійснюватися на основі певних принципів, зокрема верховенства права, законності, дотримання прав людини, рівності, добровільності, системності та плановості. Визначальним змістом їх діяльності мають бути саме відносини партнерства на базі власних компетенцій, організаційної структури та відповідних повноважень, а не підпорядкування політиці й жорстка адміністративно-владна ієрархія [78].

Наведене надає підставу стверджувати, що із урахуванням збільшення кількості випадків вчинення корупційних протиправних діянь у сфері медичної діяльності актуальним способом зниження їх кількісного показника може стати розробка інструкції, якою має бути визначених алгоритм взаємодії правоохоронних органів під час розслідування таких протиправних діянь.

Таким чином, проведене дослідження надало підставу для констатації, що наразі кількісно-якісна характеристика кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності є в цілому задовільною. Відповідно до аналізу статистичних даних, викладених на сайті Офісу Генерального прокурора та судової практики, оприлюдненої у Єдиному державному реєстрі судових рішень, з 2019 по 2026 рік не було ухвалено жодного вироку у кримінальних провадженнях, розпочатих за фактом вчинення кримінальних правопорушень, передбачених ст. ст. 139, 141 та 145 КК України; ухвалено лише один вирок за ст. 138 КК України та 55 вироків – за ст. 140 КК України. Отже єдиним та достатньо розповсюдженим кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності станом на 2026 рік залишається неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником. У структурі кримінальних правопорушень переважає діяння, передбачене ст. 140 КК України, що можна пояснити тим, що воно не відноситься до переліку кримінальних проваджень, що здійснюються у формі приватного обвинувачення та має незначний ступінь латентності, зумовлений зацікавленістю засобів медіа. Відповідно наведене сприяє своєчасному виявленню таких випадків правоохоронними органами.

Визначаючи тенденції досліджуваного виду суспільно небезпечних діянь, необхідно відзначити, що за відсутності змін до кримінального законодавства та кримінального процесуального законодавства зростання кількісного показника кримінальних правопорушень, передбачених ст. 140 КК України триватиме. Ще однією тенденцією є латентність медичних кримінальних правопорушень, що має схильність до динаміки за відсутності системних змін до порядку здійснення медичної діяльності та законодавства, яке її регулює.

Окремої уваги заслуговують специфічні тенденції до трансформації кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності, які вчиняються в умовах дії особливого правового режиму воєнного стану, до яких можна віднести: 1) адаптація корупційних практик до нових форм організаційного забезпечення медичної діяльності та напрямів надання медичних послуг; 2) створення організованих груп, членами якої є спеціалісти у певній галузі, часто – із міжрегіональними зв'язками (що ускладнює процес встановлення всіх учасників, знижує ефективність досудового розслідування та логічно негативно впливає на процес запобігання кримінальним правопорушенням); 3) збільшення випадків вчинення корисливих кримінальних правопорушень щодо бюджетних коштів, призначених для військово-медичного забезпечення; 4) фальсифікація медичних висновків для військовослужбовців, що має значення для національної безпеки та обороноздатності держави в умовах дії особливого правового режиму воєнного стану.

3.2. Детермінанти, що впливають на вчинення кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні

Вчинення будь-якого виду кримінального правопорушення зумовлене низкою факторів, чинників та умов, які були сформовані задовго до реалізації кримінально протиправного умислу. Як правило, у кримінологічній науці сукупність таких факторів, чинників, причин та умов називають

детермінантами кримінальних правопорушень. Логічно, що здебільшого, вчені вважають, що про детермінанти може йти мова тільки тоді, коли було вчинено умисне протиправне діяння, оскільки ті правопорушення, що вчиняють з необережності мають особливості інтелектуальної та вольової ознаки у змісті вини, що унеможливлює думку, щодо їх перебування у межах детермінаційного комплексу. Одночасно із цим, видається, що така думка не є справедливою, оскільки сучасна злочинність, яка трансформується під впливом незадовільних військово-політичних факторів та чинників потребує переосмислення. Це стосується і детермінації необережних кримінальних правопорушень, а також загалом – правопорушень, які вчиняються у професійній сфері. Зокрема це стосується кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності в Україні.

Злочинність передусім пов’язана з умовами життя суспільства, станом суспільної свідомості й системою суспільних відносин. Специфічною особливістю дії зв’язків між різними явищами суспільного життя та діяльністю людей є те, що вони проходять у виді інформації через суспільну свідомість, опосередковуються колективним мисленням і виражаються у цілепокладанні (виборі шляхів та засобів реалізації групових інтересів, досягнення загальних цілей, намірах діяти у певний спосіб). Суспільна свідомість є сукупністю поглядів, ідей, уявлень, знань, упереджень, оцінок, традицій, стереотипів, почуттів, настроїв, у яких відбиваються матеріальні умови життя людей, суспільна мораль, система суспільних відносин. Відображені й осмислені суспільною свідомістю (колективним розумом) об’єкти соціальної дійсності зумовлюють формування інтересів, цінностей і норм поведінки, постановку цілей та вибір шляхів і засобів їх досягнення [75].

Саме через наведені особливості, під час вивчення особистості кримінального правопорушника, вчені завжди у першу чергу аналізують його соціально-демографічні ознаки. Вказане може також бути пояснене тим, що всі детермінаційні комплекси формуються суспільством та зумовлені прогалинами у механізмі державного управління за певним напрямом.

Відповідно симбіоз незадовільних чинників (неефективна модель державного управління та специфічні риси менталітету суспільства) утворюють криміногенні ризики, які у першу чергу впливають на осіб, які мають девіантні соціально-демографічні ознаки. До речі, багато вчених у певний період генезису кримінологічної науки вважали за доцільне вказувати на наявність історичних детермінант. Ймовірно, таке бачення можна пояснити тим, що безпосередньо злочинність є історично сформованим негативним соціальним явищем, а отже ніби логічно думати, що мають бути історичні детермінанти, які можуть бути об'єднані в окрему, специфічну групу детермінант. Одночасно із цим, із наведеним не можна погодитись. Протягом декількох століть і до сьогодні ядром кримінального правопорушення вважався корисливий та насильницький мотив (фактично, більшість суспільно небезпечних діянь можуть бути диференційовані на корисливі та насильницькі). Відповідно, детермінанти, як і самі суспільно небезпечні діяння, трансформуються. Історія не може впливати на стан кримінально протиправної діяльності.

У суспільстві діє інформаційний детермінуючий зв'язок, що носить статистичний (вірогідний) характер. Зв'язок між об'єктами соціальної дійсності і поведінкою людей не прямий, а опосередкований суспільною свідомістю (мисленням). При поясненні детермінації злочинності слід мати на увазі дві особливості функціонування суспільної свідомості. Насамперед відображення, сприйняття та ставлення людей до усіх явищ, процесів і подій суспільного життя, а також соціальних норм, правових приписів і заборон завжди вибіркове, суб'єктивне і суперечливе. Воно здійснюється з позицій займаного місця в ієрархії суспільства, під кутом зору панівних у соціальному середовищі цінностей (ут.ч. неформальних), справжніх інтересів, загальноприйнятих норм поведінки, стереотипів мислення, життєвого досвіду, істинного ставлення до правових приписів та кримінально-правових заборон. Помітну роль у викривленому відображені й неоднозначному сприйнятті людьми різних сторін суспільного життя відіграють психофізіологічні

особливості протікання психічних процесів, спосіб мислення носіїв соціальних суб'єктів, негативний соціальний досвід. Суспільна свідомість із певним запізненням реагує на події, явища, зміни в суспільстві. Це виявляється в соціальній інертності, несприйнятті й недовірі до усього нового, збереженні традицій, відтворенні засвоєних моделей поведінки [75].

На сучасному етапі державотворення сформувалась нова група детермінант – військово-політичні. Можна із упевненістю стверджувати, що із початком повномасштабної агресії російської федерації проти України кількісний показник суспільно небезпечних діянь зазнав негативного значного збільшення. Зокрема не можна залишити поза увагою й те, що таке збільшення відбулось хаотично – щодо окремих видів кримінальних правопорушень. Логічно, що здебільшого це стосується суспільно небезпечних діянь проти власності (що пов'язано із загостренням економічної ситуації в країні, припиненням роботи окремих підприємств, втратою робочих місць, майна, підвищеним ризиком мародерства тощо). Одночасно із цим, вказана група детермінант сформована зокрема і певними фоновими явищами, вплинула в цілому на криміногенну ситуацію в країні (як мінімум – через складнощі у роботі правоохоронних органів).

Аналогічну думку мають і вчені. Так, наприклад, Є.С. Назимко та Т.І. Пономарьова вказують, що для кримінологічної науки традиційним є підхід, відповідно до якого заходи запобігання мають корелюватись із детермінантами, на усунення яких вони безпосередньо спрямовані. В умовах дії особливого правового режиму воєнного стану низка суспільних відносин зазнала трансформації, зумовленою зміною курсу на забезпечення діяльності органів державної влади в умовах надзвичайного стану, а також забезпечення порядку здійснення заходів правового режиму воєнного стану в Україні. Зміна підходу до забезпечення державної політики мала логічним наслідком появу нових криміногенних загроз, які потребують створення адаптованого механізму усунення з метою унеможливлення зростання кількісного показника кримінальних правопорушень. Відповідно до результатів аналізу

статистики правоохоронних органів та судової практики більшість детермінант злочинності наразі пов'язані з порушенням представниками держави-агресора норм міжнародного та міжнародного гуманітарного права, що, серед іншого, також створює додаткові можливості для інтенсифікації протиправної діяльності за загально-кримінальним напрямом [173, с. 133-134].

Отже, розроблення заходів, здатних чинити позитивний вплив на військово-політичні чинники та фактори детермінації кримінально протиправної діяльності є одним із важливих напрямів подальшого розвитку держави, зокрема в умовах дії особливого правового режиму воєнного стану.

М.Г. Колодяжний також зауважує, що злочинність в Україні на теперішній час детермінована низкою чинників, які здійснили свій криміногенний прояв на двох рівнях суспільних відносин – глобальному та національному. Якщо були б відсутніми детермінанти глобального характеру, то ризик російської військової агресії рф проти України було б зведено нанівець. Ця обставина автоматично потягнула б стабілізацію суспільно-політичної ситуації в Україні, а також зниження рівня кримінальних правопорушень й недопущення зміни характеру злочинності. Детермінація явища кримінальної протиправності в Україні на глобальному (міжнародному) рівні суспільних відносин полягає в: біполярності сучасного світу; прагненні США та КНР до лідерства у політичній, економічній, військовій та інших сферах; ускладненні здійснення ООН своїх безпекових функцій; присутності рф як країни-агресорки у складі Ради Безпеки ООН; фінансуванні (передусім з боку країн глобального Півдня) війни росії проти України шляхом закупівлі російського викопного палива; наданні КНР росії обладнання та товарів подвійного призначення для виготовлення зброї; забезпеченні рф з боку Ірану та КНДР значним обсягом військових та людських ресурсів; добровільній відмові України від статусу ядерної держави у 1994 р. та ін. [142].

Отже, злочинність взагалі є явищем соціальним. Одночасно із цим, беззаперечним фактом є те, що кримінально протиправні діяння, які

вчиняються у сфері професійної діяльності мають мають специфічні детермінанти, які, здебільшого, мають ідейно-культурний характер.

Злочинність є явищем соціальним, тож її самодетермінація має інформаційно-мотиваційний характер. У цьому контексті можна стверджувати два детермінуючі чинники. Кримінальна субкультура – неформальні норми злочинного соціуму про дії та взаємодію злочинців. Її носіями є кримінальні особи які акумулюють злочинний досвід, «злодійські закони», а потім поширюють його. Відомості про латентність та способи вдалих посягань спонукають на нові злочини. Крім вказаного, вбачаємо підстави виділяти й матеріально-мотиваційні детермінуючі зв'язки комплексного характеру: корупція у правоохоронних та інших сферах; технологічна послідовність окремих злочинів (наприклад, легалізація доходів, одержаних злочинним шляхом, із подальшим їх використанням у злочинній діяльності; виготовлення, викрадення зброї та інших заборонених предметів із подальшим їх використанням при вчиненні злочинів); злочинна діяльність з укриття злочинів; втягування у злочинну діяльність; перерозподіл сфер кримінального впливу, усунення конкурентів; злочинна діяльність у місцях позбавлення волі засуджених осіб, які раніше вже вчиняли злочини. Злочинність можна розглядати як відкриту систему, пов'язану із зовнішнім середовищем складними обмінними процесами. Відповідно, змістом запобіжної діяльності має стати обмеження її зв'язків із зовнішнім середовищем, у яких проявляються її детермінанти. Зовнішні детермінанти злочинності (елементи суспільних відносин) проявляються у її адаптуючій активності. Внутрішні детермінанти проявляються у так званих «обернених зв'язках» самодетермінації системи злочинності [180].

Отже, в межах цього дослідження видається за доцільне проаналізувати такі групи детермінант кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності в Україні: 1) соціально-економічні; 2) організаційно-правові; 3) військово-політичні; 4) культурно-ідеологічні.

Соціально-економічні детермінанти. Кримінальні правопорушення, що вчиняються у сфері медичного обслуговування з моменту їх криміналізації у чинному Кримінальному кодексі України 2001 року характеризуються достатньо незначним кількісним показником. Така ситуація формує хибне уявлення про достатність та ефективність наявних кримінально-правових та кримінологічних заходів впливу. Одночасно із цим, більш правильним видається вважати, що низький кількісний показник зумовлений, по-перше, латентністю таких суспільно небезпечних діянь, по-друге, особливостями ведення медичної документації, які спрощують реалізацію кримінально протиправного умислу на приховування кримінальних правопорушень. Не дивлячись на те, що більшість таких протиправних діянь вчиняються із необережною формою вини, наразі, особливо – в умовах дії правового режиму воєнного стану, можна виокремити низку соціально-економічних детермінант, які впливають на кримінологічну ситуацію у цій частині, зокрема – сприяють вчиненню медичними працівниками інших кримінальних правопорушень у сфері службової діяльності.

Аналіз статистичних даних, викладених на сайті Офісу Генерального прокурора дозволяє стверджувати наявність стійкої негативної тенденції до зростання кількісних показників кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері охорони здоров’я та надання соціальних послуг. Так у 2021 році було обліковано 3733 кримінальні правопорушення, у 2022 – 3273, у 2023 – 3310, у 2024 – 3702, у 2025 – 4226, станом на березень 2026 року було обліковано 818 кримінальних правопорушень, що було вчинено у сфері охорони здоров’я та надання соціальних послуг [182]. Серед облікованих достатньо значний відсоток складають кримінальні правопорушення проти власності (здебільшого, передбачені ст. 191 КК України), а також корупційні протиправні діяння.

У контексті дослідження актуальною видається думка Г. Кириченко, яка вказує, що детермінанти аналізованого виду суспільно небезпечних діянь на макрорівні (загальнонаціональному) достатньо розгалужені та залежать від

різних за характером сфер життя та суспільних відносин, таких як політичні, соціальні, економічні, організаційно-управлінські, ідеологічні, соціально-психологічні та ін. Серед найбільш значущих вчена виділила такі. Дисбаланс в економіці охорони здоров'я довоєнного періоду через фундаментальні недоліки, накопичені медичною галуззю в процесі своєї реструктуризації (недостатність бюджетного асигнування Міністерства охорони здоров'я України, соціального забезпечення лікарів та їх сімей. Забюрократизованість системи управління, внаслідок чого відсутнє реагування медичної галузі на потреби суспільства, не відбувається врахування ризиків та використання потенційних можливостей. Пролонгований постковідний стрес медичної галузі довоєнного періоду (брак професійних медичних знань, високе ціноутворення на ліки, низька кількість потрібних медичних препаратів та кисневого забезпечення лікарень), який знаходить своє продовження у воєнний час (перевантаження галузі охорони здоров'я через значне збільшення кількості хворих різних ступенів тяжкості, гуманітарна криза та ін.). Неефективність та застарілість інформаційно-аналітичного забезпечення, що спирається на паперовий медико-статистичний облік і звітність, досить уповільнені механізми запровадження діджиталізації у медичних закладах, що заважає відповідності вітчизняної галузі охорони здоров'я євроінтеграційним стандартам та унеможливлює комплексний моніторинг і оцінку ресурсів системи охорони здоров'я з метою ефективного оперативного управління та стратегічного планування [140].

Повномасштабне вторгнення російської федерації в Україну, ведення активних бойових дій та введення особливого правового режиму воєнного стану логічно призвели до формування низки соціально та економічно негативних явищ, основними з яких стала окупація частини територій, що призвело до втрати робочих місць та масових скорочень працівників; міграція жінок за кордон; втрата житла громадянами та вимушені внутрішні переміщення тощо. Все це утворило дисбаланс у системі кадрового забезпечення, наслідком якого стала відсутність попиту на професії у сфері

охорони здоров’я, що зумовлено відсутністю достатньої кількості медичного персоналу.

Аргументом на користь наведеного є те, що відповідно до офіційної статистичної інформації, викладеної на сайті Державної служби зайнятості станом на березень 2026 року у сфері охорони здоров’я та надання соціальних послуг кількість вакансій складала 14246 одиниць, а чисельність шукачів роботи – 13816 осіб; станом на 1 квітня 2026 року, кількість вакансій складала 5742 одиниці, а чисельність шукачів роботи – 7982 особи [84]. Наведені дані наочно демонструють дисбаланс між кількістю робочих місць та шукачів роботи, який сформувався протягом одного місяця. Така ситуація може бути пояснена низкою соціально-економічних факторів, основними серед яких є низька заробітна плата медичних працівників, ускладнений графік роботи, зумовлений веденням бойових дій державою-агресором та повітряними тривогами.

Окремої уваги потребує те, що в умовах воєнного стану актуалізувались кримінальні правопорушення, що вчиняються представниками медико-соціальних експертних комісій МОЗ України. Підтвердженням наведеного є вирок Кам`янець-Подільського міськрайонного суду від 03 квітня 2026 року (справа № 676/1652/26), відповідно до якого *особа з метою реалізації свого злочинного умислу, спрямованого на підроблення офіційного документа, усвідомлюючи суспільно-небезпечний характер своїх дій, передбачаючи їх суспільно-небезпечні наслідки і бажаючи їх настання, не пізніше 06 липня 2023 року (точної дати та час на даний момент не встановлено), перебуваючи у невстановленому на даний момент місці, достовірно знаючи про відсутність у неї ознак інвалідності, домовилась із невстановленою на даний момент особою, яка в свою чергу домовилась із лікарем терапевтом про спільне виготовлення групою осіб підробленої медичної документації (витягів із історії хвороби № 3628 та № 6938) про перебування обвинуваченого на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні КНП «Кам`янець-Подільська центральна районна лікарня» у період часу з 03 серпня 2020 року*

по 11 серпня 2020 року, з 04 листопада 2021 року по 11 листопада 2021 року та з лікарем ревматологом про спільне виготовлення групою осіб підробленої медичної документації (витягів із історії хвороби без номеру) про перебування обвинуваченого на стаціонарному лікуванні в денному стаціонарі КНП «Багатопрофільна центральна районна лікарня» Слобідсько-Кульчієвецької сільської ради в період часу з 19 лютого 2021 року по 28 лютого 2021 року та з 28 березня 2022 року по 06 квітня 2022 року, а також подальшого підроблення офіційного документу – направлення на медико-соціально-експертну комісію (МСЕК) (Форми № 088/о), виданого на її ім`я, шляхом внесення на підставі зазначеної медичної документації неправдивих відомостей [58].

Наведений вирок також свідчить про те, що медичні працівники, зокрема – представники МСЕК часто вчиняють кримінальні правопорушення у складі організованих груп та злочинних організацій, що ускладнює їх виявлення та розслідування та, відповідно, впливає на латентність таких суспільно небезпечних діянь.

Таким чином, проведене дослідження дозволяє систематизувати соціально-економічні детермінанти, що впливають на кількісний показник кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування в умовах дії особливого правового режиму воєнного стану на такі групи: 1) недостатнє фінансування системи охорони здоров’я – дефіцит фінансування медичних закладів зумовлює стимулювання корупції, прагнення до заволодіння майном, розкрадання гуманітарної допомоги тощо; 2) масове внутрішнє переміщення населення та міграція за кордон – створення додаткового навантаження на медичних працівників ускладнює контроль за якістю надання медичних послуг; 3) психологічне виснаження медичних працівників – виконання професійних обов’язків в умовах дії особливого правового режиму воєнного стану призводять до формування стресу та зниження концентрації, що може мати наслідком недбале ставлення до виконання професійних обов’язків; 4) загальне погіршення економічного

становища населення – зниження рівня доходів впливає на рівень корупційних ризиків та кримінальних правопорушень проти власності, підтвердженням чого є вище наведена статистика.

Організаційно-правові детермінанти. Ця група детермінант може вважатись похідною від соціально-економічних. Вказане може бути пояснено тим, що сутність та зміст таких факторів та чинників безпосередньо корелюють із низькою ефективністю діяльності органів державної, виконавчої та судової влади, а також незадовільним рівнем правового забезпечення діяльності у сфері медичного обслуговування.

По-перше кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності характеризуються високим рівнем латентності. Аналіз судової практики та статистики правоохоронних органів та співставлення результатів із матеріалами, які оприлюднені у засобах медіа дозволяють беззаперечно стверджувати, що низький кількісний показник зумовлений відсутністю належних превентивних засобів.

Так, наприклад, на одному із інформаційних сайтів ще у 2019 році було оприлюднено інформацію, що на початку поточного року в Україні обліковано 5 кримінальних правопорушень через незаконну лікувальну діяльність. Про це, у відповідь на інформаційний запит «УНН», повідомили у ГПУ. Так, за січень-вересень 2019 року, обліковано 5 кримінальних проваджень за ст. 138 ККУ – незаконна лікувальна діяльність на території України. Загалом, зареєстровано 5 кримінальних правопорушень. З цієї кількості жодного провадження не закрито. Також до суду не було направлено жодного провадження [51]. Одночасно із цим станом на 2026 рік у Єдиному державному реєстрі судових рішень за вчинення кримінального правопорушення, передбаченого ст. 138 КК України наявні чотири вироки, які було ухвалено до 2019 року та 1 – до 2026. Відповідно, загалом – всього 5 вироків. Вказане є лише одним із прикладів латентності кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності.

Вчені-кримінологи вказують, що у злочинності виділяється фактична, зареєстрована та латентна злочинність. Фактична злочинність нерідко в багато разів перевищує ту її частину, яка реєструється і розслідується, тож різниця між фактичною та обліковою злочинністю і складає латентну злочинність. Під латентною злочинністю в кримінології та правоохоронній практиці розуміють сукупність злочинних діянь, що були реально вчинені, але не були відображені у державній статистичній звітності щодо злочинності, і не розслідувалися у встановленому законодавством порядку. Традиційно виокремлюють три види латентної злочинності: природну; штучну; пограничну (межову). Але більшість науковців наголошують на тому, що для розкриття та охоплення всіх можливих причин та механізмів латентизації злочинів необхідно більш детальний поділ на види. Латентна злочинність зумовлена різними чинниками, основними з яких є: низький ступінь очевидності вчиненого діяння; ретельна діяльність винного з приховування злочинного посягання; витонченість способу скоєння злочину; спеціалізація і рівень професіоналізму винного; порушення встановленого порядку ведення статистичного обліку скоєних злочинів; помилкова кваліфікація скоєного злочину як адміністративного, цивільно-правового і дисциплінарного делікту; низька кваліфікація працівників правоохоронних органів, недовіра населення до їхніх можливостей. Існують безліч методик для виявлення латентної злочинності. Наприклад: спостереження, опитування, аналіз документів, аналіз експертних оцінок, аналіз статистичних показників, дослідження віктимізації, кримінологічний експеримент тощо. Але дослідницький потенціал кожного із загальновідомих методів обмежений, як особливостями самого методу, так і завданнями, які ставить перед собою дослідник. Тому результативні методи запобігання латентної злочинності мають базуватися на комплексному підході, що включає: підвищення довіри між громадськістю та правоохоронними органами; реформування законодавства; створення спеціально організаційних структур, органів з конкретного питання;

проведення інформаційно-роз'яснювальних робіт; підвищення прозорості кримінального процесу; забезпечення гарантій захисту свідків і потерпілих; підвищення обізнаності громадян; правове виховання громадськості; використання таких організаційних форм, як пропаганда, агітація, навчання; впровадження сучасних технологій в боротьбу із злочинністю; залічення громадян для боротьби із злочинністю; вдосконалення методів виявлення прихованих злочинів тощо [270].

Аналіз існуючого емпіричного матеріалу та праць вчених, які займались проблемою латентності медичних кримінальних правопорушень, надає підставу стверджувати, що основною причиною залишається корпоративна солідарність медичних працівників, а також особливості документообігу у сфері медичної діяльності. Ще одним фоновим фактором є складнощі у доведенні причинно-наслідкового зв'язку між діями медичного працівника і негативними наслідками, які вони мали для пацієнта. Останнє знаходиться у межах компетенції судово-медичного експерта, який може працювати виключно в межах розпочатого кримінального провадження. Тут варто зауважити, що низка найбільш розповсюджених (принаймні за результатами аналізу інформації медіа) кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності відносяться до кримінальних проваджень, які належать до приватного обвинувачення. Зокрема це стосується кримінальних правопорушень, передбачених ст. 132 КК України (розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби), ст. 139 КК України (ненадання допомоги хворому медичним працівником без обтяжуючих обставин), ст. 142 КК України (незаконне проведення дослідів над людиною без обтяжуючих обставин), ст. 145 КК України (незаконне розголошення лікарської таємниці) тощо.

Відповідно до ч. 1 ст. 477 КПК України, кримінальним провадженням у формі приватного обвинувачення є провадження, яке може бути розпочате слідчим, дізнавачем, прокурором лише на підставі заяви потерпілого щодо

кримінальних правопорушень, передбачених цією статтею [155]. Пацієнти та їх близькі особи часто не у повному обсязі володіють знаннями щодо своїх прав та обов'язків, через що не можуть оцінити чи знаходяться дії медичного працівника у кореляції із негативними наслідками, які настали для життя та здоров'я пацієнта. Отже, через низьку обізнаність пацієнти часто не звертаються до правоохоронних органів, кримінальне провадження не може бути розпочато за ініціативою останніх, що відповідно підвищує рівень латентності таких суспільно небезпечних діянь.

Ще однією причиною, яка, як видається, може побічно впливати на латентність досліджуваного виду кримінальних правопорушень є встановлена законодавцем можливість умовно-достроково звільняти осіб від відбування покарання для проходження військової служби за контрактом. Відповідно до ст. 81-1 КК України, під час проведення мобілізації та/або дії воєнного стану до осіб, які відбувають покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк, судом може бути застосовано умовно-дострокове звільнення для проходження ними військової служби за контрактом. Умовно-дострокове звільнення від відбування покарання, передбачене цією статтею, не застосовується до осіб, засуджених за вчинення злочинів проти основ національної безпеки України, засуджених за вчинення умисного вбивства двох або більше осіб, або вчиненого з особливою жорстокістю, або поєднаного із зґвалтуванням або сексуальним насильством, або особливо тяжких корупційних кримінальних правопорушень чи засуджених за вчинення кримінальних правопорушень, передбачених ст.ст. 152-156-1, 258-258-6, ч. 4 ст. 286-1, ст. 348 КК України, а також до засуджених службових осіб, які згідно з підпунктом 1 пункту 3 примітки до статті 368 цього Кодексу займали особливо відповідальне становище [154].

Як видається, низка медичних працівників, які вчинили суспільно небезпечні діяння у сфері медичного обслуговування можуть бути звільнені від покарання із застосуванням підстави, визначеної ст. 81-1 КК України. Підтвердженням наведеного є нещодавня новина, оприлюднена у медіа.

У січні 2024 року у Львові помер п’ятирічний Велес Пашник. Під час операції з видалення молочних зубів у приватній стоматологічній клініці у нього зупинилося серце. Медики змогли реанімувати дитину, у хлопчика діагностували смерть мозку, він залишався без свідомості протягом місяця. У лютому 2025 року поліцейські у рамках справи про смерть дитини оголосили про підозру анестезіологині за чотирма статтями Кримінального кодексу України: неналежне виконання обов’язків, підроблення та використання підроблених документів, незаконна лікувальна діяльність. За даними слідства, лікарка-анестезіологиня підробила та подала в адміністрацію клініки відповідний сертифікат, через що незаконно отримала дозвіл на лікування малолітніх пацієнтів. Необхідної кваліфікації ані вона, ані стоматологиня, як стверджували місцеві ЗМІ, не мали. Наразі львівська лікарка, яку підозрюють у недбальстві, що призвело до смерті 5-річного хлопчика після лікування зубів, мобілізувалася до Збройних сил України. Її захист тепер клопоче про зупинення провадження у справі. Батько померлої дитини вважає, що таким чином лікарка-анестезіологиня хоче уникнути кримінальної відповідальності [161].

Відповідно, наведене дозволяє стверджувати, що окремі заохочувальні заходи кримінально-правового характеру мають бути переглянуті та удосконалені.

Військово-політичні детермінанти. Вказана група детермінант є логічним продовженням попередньої. Це може бути пояснене з точки зору того, що після введення у дію особливого правового режиму воєнного стану більшість змін, які були внесені до законодавства мали на меті забезпечення можливості державних інституцій виконувати свої безпосередні функції. Одночасно із цим, вирішення одного проблемного питання часто зумовлювало формування нової прогалини. Прикладом є наведені зміни до кримінального законодавства, які призвели до часто не до кінця обґрунтованого звільнення від покарання на підставах, визначених у ст. 81-1 КК України. Ці детермінанти також пов’язані із вище наведеними соціально-економічними. Одночасно із

цим, до наведеного також можна додати ще низку важливих причин, факторів та чинників, які мають побічний вплив на кількісний показник кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності.

Так, наприклад, *початок повномасштабної агресії російської федерації проти України зумовив потребу у переведенні низки здобувачів вищої освіти на дистанційну (віддалену) форму навчання.* Особливо це стосувалось здобувачів закладів вищої освіти, які надавали свої освітні послуги у зонах активних бойових дій (Донецька область, Луганська область, Харківська область, Запорізька область, Херсонська область). Необхідно відзначити, що всі перелічені області мали свої заклади вищої освіти, які готують майбутніх медичних та фармацевтичних працівників. Переведення на дистанційну форму навчання (навіть на незначний період часу) відповідним чином унеможливлює забезпечення належних практичних занять, що знижує якість підготовки фахівців у галузі медицини. Це стосується і втрати закладами вищої освіти матеріально-технічного забезпечення, що також негативним чином впливає на освітню діяльність через брак спеціалізованих аудиторій, відсутність доступу до навчальних медичних інструментів, можливості відвідування моргів лікувально-профілактичних установ тощо. Відповідно, у першу чергу, *військово-політичні фактори та чинники вплинули на якість підготовки майбутніх медичних працівників.*

Окремо необхідно також звернути увагу на те, що поступово спрощується механізм мобілізації медичних працівників в умовах дії особливого правового режиму воєнного стану. Так, у постанові Кабінету Міністрів України від 27 січня 2023 р. № 76 «Деякі питання реалізації положень Закону України «Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію» щодо бронювання військовозобов'язаних на період мобілізації та на воєнний час» вказано, що медичні працівники закладів охорони здоров’я державної та комунальної форм власності, закладів громадського здоров’я, установ, що провадять діяльність із судово-медичної та судово-психіатричної експертиз,

центрів крові, для яких робота у відповідних закладах є основним місцем роботи [206].

У 2025 році Міністерство оборони направило до Міністерства охорони здоров'я запит щодо бронювання медичних працівників. Цей запит викликав широкий резонанс у медіа, у зв'язку із чим Міністерство оборони 30 квітня 2025 року на офіційному сайті надало роз'яснення. В останньому було вказано, що запит Міністерства оборони до Міністерства охорони здоров'я стосується не всіх медиків, а лише обмеженої кількості фахівців, які пройшли підготовку за військово-обліковими спеціальностями та наразі є критично необхідними для доукомплектування підрозділів Медичних сил Збройних сил України – зокрема Сухопутних військ. Ідеться про посади: санітарних інструкторів (медичних сестер і братів); фельдшерів; військовозобов'язаних осіб офіцерського складу з підготовкою за фахом «лікувальна справа (сімейний лікар)», та деяких інших спеціальностей, яких планується залучити на військову службу за контрактом строком на 1 рік. Причина такого запиту – системна нестача медичних кадрів у медичних підрозділах. Після набрання чинності постановою Кабінету Міністрів України від 14 січня 2025 року №36, яка передбачає 100% бронювання медиків, виникла загроза забезпеченню медичною підтримкою військовослужбовців через нестачу кваліфікованого медичного персоналу. Рішення про розбронювання стосуватиметься лише дефіцитних спеціальностей і лише тих фахівців, яких МОЗ визначить спільно з обласними департаментами охорони здоров'я. Ці працівники, згідно з чинним законодавством, зможуть підписати строковий контракт і обійняти посади у військових частинах, які сьогодні потребують підсилення [170].

Одночасно із цим у липні 2025 року до Закону України «Про військовий обов'язок і військову службу» було внесено зміни, а саме ч. 3 ст. 11 було доповнено новим абзацом, в якому вказано, що заклади вищої освіти всіх форм власності та підпорядкування, що провадять освітню діяльність за медичними та фармацевтичними спеціальностями згідно з отриманою ліцензією на відповідну діяльність, зобов'язані забезпечити проходження військової

підготовки за програмою підготовки офіцерів запасу громадянами України, які здобувають вищу освіту за медичними та фармацевтичними спеціальностями, придатні до військової служби за станом здоров'я та пройшли професійно-психологічний відбір [215]. Із 01 січня 2026 року ці зміни набули чинності.

У пояснювальній записці до проєкту законодавчого акту, відповідно до якого вносились ці зміни вказано, що одним з наслідків широкомасштабного вторгнення збройних сил Російської Федерації в Україну став прояв гострого дефіциту кадрів за військово-медичними та військово-фармацевтичними спеціальностями для потреб Збройних Сил України та інших військових формувань в особливий період. Зазначене зумовлює необхідність збільшення контингенту здобувачів вищої освіти, які проходять навчання за програмою підготовки офіцерів запасу медичної служби, та розширення мережі кафедр військової підготовки або кафедр медицини катастроф і військової медицини у закладах вищої освіти, що знаходяться в сфері управління Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти і науки України. На сьогоднішній день підготовка офіцерів запасу медичної служби здійснюється на кафедрах медицини катастроф та військової медицини у десяти з п'ятнадцяти закладів вищої освіти, що знаходяться у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України. У сфері управління Міністерства освіти і науки України перебувають дев'ять закладів вищої освіти, які за державним замовленням навчають здобувачів вищої освіти за спеціальністю «Медицина», з яких лише у чотирьох функціонують військові навчальні підрозділи. Крім того, на даний час військова підготовка за програмою офіцерів запасу медичної служби здійснюється виключно на добровільних засадах, переважно, за рахунок коштів, що надходять від фізичних осіб як плата за послуги в галузі вищої освіти, пов'язані з військовою підготовкою (за контрактом). Така ситуація істотно обмежує кількість підготовлених офіцерів запасу медичної служби, які можуть бути призначені на посади в особливий період. Так, загальна кількість осіб, які проходять підготовку за програмою

офіцерів запасу медичної служби, становить близько 5 % від загальної кількості здобувачів за медичними та фармацевтичними спеціальностями. За рахунок коштів державного бюджету військову підготовку проходять лише ті особи, які уклали контракт з Міністерством оборони України щодо зобов'язань про проходження військової служби у Збройних Силах України, після отримання первинного військового звання офіцера запасу та закінчення закладу вищої освіти [209].

Наведені тенденції зумовлюють брак медичних працівників, оскільки низка фахівців або змінюють професію, або мігрують закордон для продовження медичної практики, а особи, які мали на меті здобути медичну освіту змінюють рішення через негативні тенденції щодо розбронювання. Відповідно дисбаланс у сфері кадрового забезпечення сфери медичного обслуговування в умовах дії особливого правового режиму воєнного стану зумовлює зростання випадків лікарських помилок, недбалого ставлення до виконання своїх обов'язків та незаконної лікувальної діяльності.

У контексті досліджуваної групи детермінант необхідно також звернути увагу на *медичний колабораціонізм.* Криміналізація у 2022 році такого діяння як колабораційна діяльність надала можливість унеможливити уникнення кримінальної відповідальності низкою громадян України, які добровільно перейшли на бік держави-агресора. Що стосується медичних працівників, необхідно відзначити, що останні відповідно до ст. 111-1 КК України [154] можуть бути притягнені до відповідальності у випадку добровільного зайняття посади, не пов'язаної з виконанням організаційно-розпорядчих або адміністративно-господарських функцій, у незаконних органах влади, створених на тимчасово окупованій території, у тому числі в окупаційній адміністрації держави-агресора, здійснення пропаганди у закладах освіти з метою сприяння здійсненню збройної агресії проти України, встановленню та утвердженню тимчасової окупації частини території України, уникненню відповідальності за здійснення державою-агресором збройної агресії проти України, а також впровадження стандартів освіти держави-агресора у закладах

освіти (якщо мова йде про медичних працівників, які займаються викладацькою діяльністю), добровільного зайняття посади, пов'язаної з виконанням організаційно-розпорядчих або адміністративно-господарських функцій, у незаконних органах влади, створених на тимчасово окупованій території, у тому числі в окупаційній адміністрації держави-агресора.

Прикладом є вирок Комунарського районного суду м. Запоріжжя від 11 вересня 2023 року (справа № 333/847/23), відповідно до якого *у невстановлений досудовим розслідуванням час, але не пізніше ніж 05.05.2022 року, представниками збройних формувань російської федерації всупереч законному порядку, установленого Конституцією України, Законами України «Про місцеві державні адміністрації», «Про місцеве самоврядування в Україні» та іншими діючими нормативно-правовими актами, цілеспрямовано було створено окупаційну адміністрацію російської федерації - «Военно-гражданская администрация Запорожской области», з метою подальшого утримання адміністративно-політичного контролю на захопленій військовим шляхом на тимчасово окупованій території Запорізької області, а також реалізації узурпованих владних повноважень, яку очолив громадянин України ОСОБА_6. Громадянин України ОСОБА_3 у невстановлений час, не пізніше 13.06.2022 року, перебуваючи у м. Мелітополі, Запорізької області, яке з 26.02.2022 року є тимчасово окупованою рф територією України, діючи умисно, достовірно усвідомлюючи та передбачаючи настання суспільно небезпечних наслідків, добровільно прийняв пропозицію невстановлених під час досудового розслідування осіб із числа представників збройних формувань рф та окупаційної адміністрації держави-агресора у м.Мелітополь, Запорізької області, та добровільно 13.06.2022 року зайняв посаду начальника «Департамента здравоохранения Военно-гражданской администрации Запорожской области», яка пов`язана з виконанням організаційно-розпорядчих та адміністративно-господарських функцій в зазначеній окупаційній адміністрації держави-агресора. Перебуваючи на зайнятій посаді, ОСОБА_3 виконував свої організаційно - розпорядчі та*

адміністративно-господарські функції керівника органу окупаційної адміністрації держави-агресора - «Департамент здравоохранения Военно-гражданской администрации Запорожской области», який фактично узурпував виконання функцій аналогічного органу місцевого самоврядування - департаменту охорони здоров`я Військово-цивільної адміністрації Запорізької області, та вказівки очільників окупаційної адміністрації держави-агресора і представників збройних формувань російської федерації, безпосередньо здійснював загальне управління цим органом, розпоряджався захопленим майном, надавав всіляку допомогу окупантам у встановленні та підтриманні їх незаконної влади на тимчасово окупованій території Запорізької області, у тому числі шляхом підпису та затвердження указів, наказів та розпоряджень, спрямованих на забезпечення ефективного функціонування сфери охорони здоров`я на т.зв. «звільнених» територіях Запорізької області… [60].

Ще одним прикладом є інформація медіа, відповідно до якої після повномасштабного вторгнення рф на територію України 72-річний чоловік добровільно зайняв посаду головного лікаря в медичному закладі Ізюма. Свою діяльність з окупантами зрадник почав ще на початку квітня. Він активно підтримував збройну агресію рф проти України, а напередодні звільнення міста Ізюм втік до країни-агресора. Про це повідомили в управлінні комунікації поліції Харківської області. 18 жовтня слідчі заочно повідомили чоловіку про підозру у скоєнні злочину за ч. 5 ст. 111-1 Кримінального кодексу України (колабораційна діяльність). Санкція статті передбачає позбавлення волі на строк від 5 до 10 років з позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на строк від 10 до 15 років та з конфіскацією майна або без такої [162].

Відповідно, наведене свідчить про те, що незадовільні військово-політичні фактори зумовили появу нової форми кримінально протиправної діяльності, до якої можуть бути залучені медичні працівники – медичний колабораціонізм. Необхідно відзначити, що особи, які добровільно

залишились на тимчасово окупованій території та продовжують виконувати свої професійні обов’язки можуть взаємодіяти із медичними працівниками, які працюють на підконтрольній Україні території, що може мати потенційно небезпечні наслідки (перехід на біг ворога, обмін знаннями, спроби ввезти на територію України небезпечних медичних препаратів, підбурювання до вчинення кримінальних правопорушень або до співучасті у них тощо), навіть за умови, що таке спілкування обмежується суто професійними темами.

Культурно-ідеологічні детермінанти. Ця група детермінант є останньою, але майже основною із усіх вище перелічених. Як щодо необережних, так і щодо умисних кримінальних правопорушень, що вчиняються медичними працівниками основною причиною стає непрофесійне ставлення до обов’язків, відсутність належного розуміння норм етики тощо.

Аналогічної думки дотримуються й учені. Так, наприклад, Ю. Євтушенко вказує, що професійно-етична культура формує моральні орієнтири лікаря, впливаючи на його взаємодію з пацієнтами, колегами та суспільством загалом. Вона є основою для побудови довіри, підвищення якості медичної допомоги та підтримання високого рівня професіоналізму. На відміну від медичної етики, професійно-етична культура включає не лише знання цих принципів, але й їхнє практичне застосування, а також інтеграцію з професійними знаннями та навичками. Професійна компетентність лікаря передбачає здатність ефективно виконувати професійні обов'язки. Її основу складають: теоретичні знання (медичні дисципліни, доказова медицина); практичні навички (клінічні, комунікативні, організаційні); аналітичні здібності (прийняття рішень у складних ситуаціях). Професійно-етична культура є ширшою за професійну компетентність, оскільки включає не лише технічні аспекти, але й моральні принципи, які спрямовують їхнє практичне втілення. Наприклад, у ситуації, коли потрібно вирішити, чи продовжувати агресивне лікування невиліковно хворого, компетентність підкаже можливі процедури, але лише професійно-етична культура допоможе зважити гуманні аспекти й ухвалити рішення, орієнтоване на добробут пацієнта. Моральна

свідомість лікаря стосується його здатності розрізняти добро і зло, керуватися моральними принципами та приймати етично обґрунтовані рішення. Вона включає: етичну рефлексію (здатність аналізувати власні дії з моральної точки зору); емпатію (здатність розуміти почуття пацієнта); відповідальність (усвідомлення наслідків своїх дій) [121]. Отже, відсутність розуміння наведеного призводить до поступового формування різного роду девіацій, які зумовлюють кримінально протиправну діяльність.

Таким чином, проведене дослідження свідчить, що на сьогоднішній день детермінанти кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування можна диференціювати таким чином:

– соціально-економічні: 1) недостатнє фінансування системи охорони здоров'я – дефіцит фінансування медичних закладів зумовлює стимулювання корупції, прагнення до заволодіння майном, розкрадання гуманітарної допомоги тощо; 2) масове внутрішнє переміщення населення та міграція за кордон – створення додаткового навантаження на медичних працівників ускладнює контроль за якістю надання медичних послуг; 3) психологічне виснаження медичних працівників – виконання професійних обов'язків в умовах дії особливого правового режиму воєнного стану призводять до формування стресу та зниження концентрації, що може мати наслідком недбале ставлення до виконання професійних обов'язків; 4) загальне погіршення економічного становища населення – зниження рівня доходів впливає на рівень корупційних ризиків та кримінальних правопорушень проти власності, підтвердженням чого є вище наведена статистика;

– організаційно-правові: 1) високий ступінь латентності, обумовлений недоліками кримінально-правового та кримінального процесуального забезпечення механізму запобігання суспільно небезпечним діянням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування; 2) відсутність спеціальних методик розслідування кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування;

– військово-політичні: 1) зниження якості навчання здобувачів вищої освіти через перехід на дистанційну/змішану форму навчання; 2) брак кадрів, зумовлений поступовим розбронюванням медичних працівників; 3) медичний колабораціонізм;

– культурно-ідеологічні: 1) непрофесійне ставлення до обов'язків медичного працівника; 2) відсутність належного розуміння норм етики.

3.3. Характеристика осіб, які вчиняють кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності в Україні

Основною метою запобігання та протидії кримінальним правопорушенням взагалі та тим, що вчиняються у сфері медичної діяльності є створення умов та заходів, спрямованих на утримання осіб від їх вчинення або виправлення/перевиховання у випадках, коли суспільно небезпечне діяння вже було вчинено. У цьому контексті логічним висновком є потреба у дослідженні особистості кримінального правопорушника, що необхідно для забезпечення ефективності превентивної діяльності та обрання коректних та індивідуальних заходів впливу.

Традиційно для кримінологічної науки вивчення особистості кримінального правопорушника передбачає аналіз його основних ознак, які систематизовані та диференційовані на декілька груп: 1) соціально-демографічні ознаки; 2) морально-психологічні ознаки та 3) кримінально-правові ознаки.

Вчені справедливо відзначають, що своєчасне і успішне виявлення чинників, що впливають на стан злочинності можливе лише за умови максимального зосередження уваги на особистості злочинця, оскільки саме вона є ключовою фігурою кримінального правопорушення, основою всього механізму кримінально протиправної поведінки. Залежно від соціально-історичних умов, вимог соціальної практики і рівня розвитку науки по-різному ставилося і вирішувалося питання, що таке особистість злочинця, чи є така

категорія взагалі, у чому її специфіка, яка її роль у вчиненні кримінального правопорушення. Використовувати поняття особистість злочинця не відносячи його до якогось конкретного типу кримінально-правової класифікації кримінальних правопорушень вважаємо недоцільним. Це поняття слід досліджувати на підставі аналізу конкретних видів злочинності, адже саме індивідуальна кримінально протиправна поведінка дозволяє знайти спільні риси осіб, які скоюють правопорушення певного типу. У цьому процесі виявляються певні особистісні якості злочинців, особливості їх ціннісних установок, змісту мотивації, особливості емоційно-вольових властивостей. Якщо класифікація злочинців має на меті їх розподіл на групи й підгрупи за якісними та кількісними ознаками, ґрунтуючись на схожості й відмінності об'єктів, що класифікуються, де кожна з груп і підгруп посідає в системі щодо інших певне місце, то типологія порівняно з класифікацією перебуває на більш високому рівні абстракції, причому без чіткого фіксування відносин супідрядності груп об'єктів, фіксуючи те головне, без чого немає та не може бути особистості злочинця, розкриває внутрішні, стійкі зв'язки між істотними ознаками, тим самим сприяючи виявленню закономірностей, характерних для злочинця як типу [159].

На відміну від суб'єкта кримінального правопорушення, поняття особистості кримінального правопорушника включає в себе низку характеристик, які дозволяють відстежити взаємозв'язок між окремими ознаками та детермінантами, які або впливали на формування таких ознак, або стали визначальним чинником для реалізації девіацій шляхом вчинення суспільно небезпечного діяння. Поняття суб'єкта кримінального правопорушення закріплене у законодавстві, а саме – у ст. 18 КК України, встановлення можливості застосування до особи кримінальної відповідальності безпосередньо пов'язано із наявністю обов'язкових ознак суб'єкта – статусу фізичної особи, досягнення віку, з якого може наставати кримінальна відповідальність, а також наявність стану осудності. Відповідно, відсутність будь-якої із визначених ознак унеможливлює притягнення особи

до відповідальності. Особистість кримінального правопорушника включає в себе характеристики, які визначають девіантність та схильність до суспільно небезпечного діяння навіть тоді, коли відсутні кримінально-правові ознаки суб'єкта.

У законодавстві та правовій літературі поряд із поняттям «особа злочинця» вживаються поняття «особа, винна у скоєнні кримінального правопорушення», «суб'єкт кримінального правопорушення», «обвинувачений» тощо. Ці поняття є кримінально-правовими та кримінально-процесуальними за своєю природою і потребують відмежування між собою. Це пов'язано з тим, що вищезазначені терміни, які характеризують особу, яка вчинила кримінальне правопорушення, поряд зі своїм загальновживаним, універсальним значенням мають певні відмінності та специфічні галузеві значення, зумовлені предметною сферою пізнання відповідної науки, незважаючи на те, що родовим поняттям виступає поняття «особа». Особа, винна у скоєнні кримінального правопорушення – це особа, яка вчинила сукупність умисних суспільно-небезпечних цілеспрямованих дій, передбачених законом про кримінальну відповідальність, спрямованих на реалізацію кримінально-протиправного мотиву. При цьому, доведеність вини осіб, які скоїли кримінальні правопорушення, для визнання їх «особами, винними у скоєнні кримінального правопорушення» є безумовною характеристикою, враховуючи презумпцію невинуватості, яка панує у нашій державі [253].

Вчені вказують, що поняття «особа злочинця» та «особа, винна у скоєнні кримінального правопорушення» рівнозначні, тому що в обох випадках мова йде про сукупність ознак, властивостей і якостей, що характеризують одну й ту ж соціальну фігуру, – особа, визнана судом винною у вчиненні кримінального правопорушення. Однак і тут немає повної тотожності, оскільки ця особа розглядається в різних аспектах – кримінально-правовому («особа, винна у скоєнні кримінального правопорушення») та кримінологічному («особа злочинця»). До того ж, розглядаючи процес

формування особи злочинця, варто зазначити, що спершу треба довести винність особи у вчиненні інкримінованого їй діяння, а вже потім – встановлювати особливості осіб, які в поєднанні з певною життєвою ситуацією, призводять до скоєння ними кримінального правопорушення. Таким чином, обидва терміни виражають лише факт вчинення кримінального правопорушення конкретною особою, яку певним і позначають (або злочинець, або особа, яка вчинила кримінальне правопорушення). Враховуючи те, що під поняттям «особа злочинця» розуміють сукупність соціально-демографічних, психологічних та моральних характеристик, які тією чи іншою мірою типово притаманні людям, винним у злочинній діяльності, ще раз впевнюємось, що поняття «особа злочинця» та «особа, винна у скоєнні кримінального правопорушення», не тотожні, бо в зміст поняття «особа, винна у скоєнні кримінального правопорушення» ніякі інші дані про цього індивіда, його ознаки, особливості та інші окремі показники не входять. Ще варто зазначити, що поодиноке одноактне суспільно-небезпечне діяння, вчинене з необережності або навіть умисно, але при збігові тяжких обставин у житті особи, не формує особи злочинця. Ці особи не мають соціально значущих характеристик та особливостей, тому їх називають «особами, винними у вчиненні кримінального правопорушення» і в подальшому вони не визнаються «особою злочинця» [253].

У цьому контексті необхідно виокремити одну із особливостей досліджуваної сфери суспільних відносин. Вчинення кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності, як правило, можливо виключно особою, яка має відповідну освіту. Виходячи із положень національного кримінального законодавства, фізична осудна особа, яка вчинила у віці, з якого може наставати кримінальна відповідальність, кримінальне правопорушення, суб'єктом якого може бути лише певна особа є спеціальним суб’єктом, а тому і як особистість кримінального правопорушника повинна мати специфічні ознаки, які інтегровані в усі вище вказані групи.

Одночасно із цим, із урахуванням того, що кримінальні правопорушення, що вчиняються у сфері медичного обслуговування відрізняються латентністю та мають незначний кількісний показник, дослідження ознак особистості кримінального правопорушника буде здійснено в межах кількісно-якісних показників кримінального правопорушення, передбаченого ст. 140 КК України.

Соціально-демографічні ознаки. Ця група ознак є криміноутворюючими, оскільки саме більшість із них формує схильність до вчинення протиправних діянь. Зокрема це, наприклад, стосується кореляції між неналежним рівнем освіти та неможливістю займатись законною професійною діяльністю, яка гідно оплачується тощо. Як правило, до соціально-демографічних ознак відносяться стать, вік, громадянство, освіта, працевлаштування, громадянство.

Стать. Аналіз судової статистики свідчить про те, що кримінальне правопорушення, передбачене ст. 140 КК України (як і більшість кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування) не має дисбалансу за статевою ознакою. Таке суспільно небезпечне діяння вчиняється як чоловіками, так і жінками. У 2020 році кримінальне правопорушення було вчинено 2 особами, з них обидві – чоловічої статі; у 2021 – вчинено трьома особами, із них дві – жіночої статі; у 2022 році – вчинили 4 особи, із них 3 – жінки; у 2023 – 3 особи, із них дві – жінки; у 2024 році діяння вчинили 5 осіб, із них 2 жінки; у 2025 році діяння було вчинено чотирма особами, із яких дві – жіночої статі [245].

Як видається, оскільки вчинення таких кримінальних правопорушень, як правило, пов’язане або з відсутністю відповідних знань та вмінь у медичного працівника, або з нехтуванням ним своїми професійними обов’язками. У зв’язку із цим стать не є визначальною ознакою особи кримінального правопорушника, який вчиняє протиправні діяння у сфері медичної діяльності.

Вік. Із урахуванням тривалості навчання медичних працівників, логічним є те, що більшість кримінальних правопорушень, передбачених ст. 140 КК України вчиняються після тридцяти років. Відповідно до судової

статистики, у 2020 році за вчинення такого суспільно небезпечного діяння було засуджено одну особу у віці від 30 до 50 років, а також одну особу, якій було більше 65 років; у 2021 було засуджено двох осіб у віковій категорії 30-50 та одну – 50-65; у 2022 році було засуджено одну особу у віковій категорії 30-50 років та двох – 50-65 років; у 2023 році було засуджено одну особу у віковій категорії 30-50 років, одну – 50-65 та одну – більше 65 років; у 2024 році було засуджено трьох осіб у віковій категорії 30-50 років та двох – 50-65; у 2025 було засуджено трьох осіб у віковій категорії 50-64 та одну, якій було більше 65 років [245].

Освіта. Як правило досліджуваний вид кримінальних правопорушень вчиняється особами, які мають повну вищу медичну освіту. У 2020 році із загальної кількості засуджених осіб, усі мали повну вищу освіту; у 2021-2024 також із загальної кількості засуджених осіб, усі мали повну вищу освіту; у 2025 році із загальної кількості засуджених осіб одна особа мала повну вищу освіту, одна особа мала базову вищу освіту та одна – професійно-технічну освіту [245].

Працевлаштування. Аналіз статистики судових органів дозволяє констатувати, що більшість осіб, які вчинили медичні кримінальні правопорушення були працевлаштовані та перебували на посаді лікаря (близько 85 %). Окрім цього було виявлено випадки перебування на інших посадах (не конкретизованих у звітах, близько 7 %), а також перебування на пенсії під час вчинення кримінального правопорушення (8 %).

Громадянство. За результатами аналізу судових статистичних даних, 100 % осіб, які вчинили кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності були громадянами України.

Отже, проаналізовані соціально-демографічні ознаки осіб, які вчиняють кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності в Україні надають підставу для констатації, що через те, що такі суспільно небезпечні діяння безпосередньо пов’язані із професійною діяльністю особи, яка їх вчиняє, ця група ознак не дозволяє виокремити особливості особистості кримінального

правопорушника. Наведене дозволяє стверджувати, що більшість детермінант, пов'язані із морально-психологічними ознаками.

Морально-психологічні ознаки. Ця сукупність ознак визначає ставлення особи до діяння, яке вона вчиняє. Фактично, якщо співвідносити морально-психологічні ознаки із кримінально-правовими, то перші входять до суб'єктивної сторони суспільно небезпечного діяння. Наведене твердження зумовлене тим, що саме морально-психологічні ознака закладають основу для формування вольової складової суб'єктивної сторони кримінального правопорушення, а отже впливають на вину особи, а точніше – на форму вини.

Р.В. Вереша зауважує, що воля являє собою практичну сторону свідомості, вона полягає в регулюванні практичної діяльності людини. Вольове регулювання поведінки – це усвідомлене спрямування розумових і фізичних зусиль на досягнення мети. Завдяки вольовим зусиллям людина може контролювати свою поведінку, керувати своїми діями, владарювати над собою і над оточуючою дійсністю, підпорядковувати свої дії соціальним нормам поведінки, стримувати (гальмувати) спонукання, що суперечать цим нормам, долати труднощі на шляху до мети. Оскільки воля являє собою практичну сторону свідомості, то говорити про реальне вольове відношення стає можливим лише стосовно до реальної вольової дії або бездіяльності. В кримінальному законодавстві України вольовий момент вини визначається шляхом вказівки на: 1) бажання настання; 2) свідоме припускання; і 3) розрахунок на відвернення суспільно небезпечних наслідків. Однак, в принципі було б невірним ототожнювати вольове ставлення злочинця до скоєного злочину лише з суспільно небезпечним наслідком. При такому підході саме суспільно небезпечне діяння залишається поза межами вольового моменту. В деяких випадках психологічною передумовою вчинення злочину є недостатність вольових зусиль, що виявляє суб'єкт. Наприклад, в силу розгубленості водій не знаходить правильного рішення, лікар невірно визначає стан хворого, суб'єкт не утримується від імпульсивної дії. У всіх цих

і подібних випадках відповідальність можлива лише за умови, що у суб'єкта була можливість виявити вольові зусилля, які вимагались [52, с. 33].

Отже, вчений аналізуючи вольову ознаку суб'єктивної сторони кримінального правопорушення дуже вдало наводить приклад саме лікаря, який невірно визначає стан хворого. Цікавим також є і те, що така ситуація пояснюється з точки зору недостатності вольових зусиль. Фактично, якщо аналізувати більшість кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності, можна підсумувати, що всі ті діяння, які вчиняються з необережності зумовлені недбалим ставленням медичного працівника до своїх професійних обов'язків. Недостатність вольових зусиль у такому випадку корелює із тим, що особа мала можливість запобігти суспільно небезпечним наслідкам (наприклад, якби проаналізувала медичну літературу, порадилась із більш досвідченими колегами, призначила додаткову діагностику тощо), але не зробила цього. Одночасно із цим, у такому випадку присутній також інтелектуальний момент, який виявляється у відсутності в особи уявлення про потенційну небезпечність та протиправність дій, які вона вчиняє. Сукупність інтелектуальної та вольової ознаки визначають зміст такої форми необережності як кримінально протиправна недбалість.

Вчений також зазначає, що підсумовуючи вищевикладені положення психологічної теорії вини, слід виділити основні її характеристики: 1) вина – це психічне ставлення особи щодо злочинного діяння, яке вчиняється нею, та його наслідків у формі умислу чи необережності; 2) вина – це завжди умисел або необережність; 3) в кожний психічний акт в певній мірі входять два елементи (аспекти) – інтелектуальний та вольовий; інколи виділяється і третій елемент (аспект) – емоційний; 4) вина є умовою кримінальної відповідальності; 5) усвідомлення протиправності не є обов'язковим для наявності вини; 6) в принципі, в межах психологічної теорії вини можна виділити також нормативний елемент [52, с. 36].

В.П. Любавіна вказує, що саме поділ провини, мотивів і цілей викликане об'єктивними потребами теорії кримінального права. Однак поділ суб'єктивної

сторони на обов'язкову ознаку – провину і факультативні – мотиви і цілі, є умовним, заснованим на формальних положеннях. Вина, мотиви і цілі нерозривно пов'язані. Правильна кваліфікація злочину і диференціація покарання неможливі без співвіднесення мотивів і цілей з іншими обов'язковими ознаками елементів складу. Важливо, що емоції і афект, накладаючи певне забарвлення на інтелектуальні та вольові процеси, що протікають в психіці винного, характеризують суб'єктивну сторону діяння, а не особистість злочинця, оскільки можуть бути і не властиві його звичайній поведінці. Також вказується, що поділ психологічних характеристик на ознаки і технічні прийоми штучний. Те саме можна сказати і щодо несподіванки, вимушеності і добровільності. Отже, вони повинні бути визнані факультативними ознаками суб'єктивної сторони злочину [165, с. 69].

Логічно, що у випадку вчинення необережних кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності, наявність мотиву та мети виключається, оскільки у такому випадку медичний працівник просто нехтує своїми безпосередніми обов’язками або виконує їх не на належному рівні. Коли мова йде про умисні протиправні діяння, мотив та мета, які переслідує медичний працівник зумовлюються його морально-психологічними ознаками. Як правило, такими мотивом та метою стають користь, помста або інші особисті прагнення та бажання. Однак, як свідчить судова практика, найбільш частими є протиправні діяння, пов’язані із лікарськими помилками.

Основними причинами виникнення лікарських помилок у фокусі України є недосконаліть способів лікування певних захворювань, недостатньо високий рівень підготовки конкретного медичного працівника, відсутність належних умов, які необхідні для проведення повноцінного лікування, недосконале вивчення медичною наукою причин виникнення захворювань і ланок їх перебігу, неправильне трактування медичним працівником результатів проведених діагностичних процедур, недооцінка думок колег чи переоцінка власних знань. Незважаючи на те, що світова медицина впевнено крокує в ногу з часом і знайшла методи лікування багатьох

захворювань, людський організм залишається не до кінця вивченим, а отже, лікарські помилки будуть постійно нас супроводжувати, а питання природи лікарської помилки залишатиметься актуальним. З огляду на зазначене, завданням правового регулювання медичної діяльності є вироблення єдиної юридичної кваліфікації помилкових дій лікарів [163].

Необхідно відзначити, що морально-психологічні ознаки особистості кримінального правопорушника, що вчиняє кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності можуть бути диференційовані в залежності від форми вини – необережне протиправне діяння та умисне протиправне діяння.

Якщо говорити про необережні кримінальні правопорушення, що вчиняються у сфері медичного обслуговування (здебільшого, мова йде про протиправні діяння, передбачені ст.ст. 131, 140 КК України), то особи, які їх вчиняють характеризуються: 1) низький рівень дисциплінованості, що виявляється через порушення медичних протоколів, правил документообігу, порядку проведення медичних дій тощо; 2) професійна деформація – звикання до критичних ситуацій, що знижує можливість належного реагування, втрата можливості до критичної оцінки власних дій тощо; 3) професійна самовпевненість – переоцінка власних знань, вмінь та навичок, переконання щодо здатності до відвернення негативних наслідків навіть у випадку порушення медичного протоколу; 4) професійне вигорання – байдужість до медичної діяльності, зниження рівня відповідальності, неуважність, зниження здатності до самоконтролю; 5) відсутність здатності до прогнозування результатів власних дій.

Наведене підтверджується обставинами, що викладені у вироках, ухвалених у кримінальних провадженнях, розпочатих за фактом вчинення кримінального правопорушення, передбаченого ст. 140 КК України:

– *ОСОБА_3, перебуваючи в Перегінській номерній районній лікарні під час ведення пологів у ОСОБА_7, в період з 17 год. 00 хв. 05.10.2017 до 00 год. 40 хв. 06.10.2017 не діагностувала дистрес плода, не дотримала вимоги клінічного протоколу «Дистрес плода при вагітності та під час пологів»,*

затвердженого наказом МОЗ України № 900 від 27.12.2006, щодо контролю за станом плода і своєчасної діагностики гіпоксії та клінічного протоколу з акушерської та гінекологічної допомоги «ІНФОРМАЦІЯ_2», затверджений наказом МОЗ України № 977 від 27.12.2011 (в разі виникнення ускладнень в пологах, що потребує негайного розродження (в даному випадку дистрес плода), операція кесарів розтин проводиться по першій категорії ургентності), неналежно виконала свої професійні обов`язки через недбале до них ставлення, а саме: не вчинила дій, які зобов`язана була вчинити: не застосувала під час пологів фетальний моніторинг; вела запис в партограмі, який не відповідає дійсній акушерській ситуації, яка мала місце під час пологів; не відобразила в партограмі другий період пологів; не здійснила правильну оцінку даних КТГ з подальшим переглядом тактики ведення пологів шляхом проведення кесаревого розтину, натомість вчинила дії, які не повинна була здійснювати, але здійснила, використала в періоді пологів прийом Крістеллера (для прискорення вигнання плоду шляхом надавлювання на дно матки через черевну стінку під потуги при прорізуванні голівки). Внаслідок невірно обраної тактики пологів лікарем-акушер гінекологом ОСОБА_3 новонародженої дитини (дівчинки) було спричинено внутрішньо-черепну пологову травму (крововиливи під окістя обох тім`яних кісток та луски потиличної кістки, розповсюджені крововиливи під м`яку мозкову оболонку) та глибоку аспірацію меконіальних навколоплідних вод і крові (лануго, меконій у просвітах респіраторних відділів легень, еритроцити у просвіті головних бронхів та біфуркацій трахей), які в подальшому зумовили її (дитини) нежиттєздатність після народження. Між невірно обраною тактикою лікаря ОСОБА_3 та подальшими несприятливими наслідками вбачається прямий причинний зв`язок [66].

– 25.04.2018 року ОСОБА_12 стала на облік по вагітності в КЗ БРР «Білопільська ЦРЛ» за адресою: м. Білопілля, вул. Маяковського, 27, за період вагітності була обстежена клінічно та лабораторно в повному обсязі. Вагітність протікала без ускладнень. 03.12.2018 року о 06.00 год. в термін

вагітності 40 тижнів ОСОБА_12 самостійно звернулась до акушерського відділення КЗ БРР «Білопільська ЦРЛ» із скаргами на відходження навколоплідних вод та періодичними переймами. Після огляду лікарем акушер-гінекологом ОСОБА_6 о 06 год. 40 хв. (загального медичного, акушерського зовнішнього та внутрішнього), вагітна була госпіталізована, рекомендовано спостереження (пульс, тиск, пологова діяльність та серцебиття плода). Стан вагітної та плода розцінений як задовільний, вирішено вести програмовані пологи через природні пологові шляхи. Пологи у ОСОБА_8 в умовах Білопільської ЦРЛ розпочалися у строк. Після того, як вагітна ОСОБА_8 була переведена з сімейної палати до пологової зали пологового відділення зазначеного медичного закладу, ОСОБА_6 приймала пологи у ОСОБА_8 через природні пологові шляхи. Перебіг пологів ускладнився дистресом плода у ІІ періоді. Після розвитку дистресу плода, всупереч Клінічному протоколу з акушерської допомоги «Дистрес плода при вагітності та під час пологів», затвердженого наказом МОЗ України від 27.12.2006 № 900, пологи у ОСОБА_8 велися в положенні роділлі на спині, що могло посилити порушення матково-плацентарного кровоточу. При цьому, при виникненні дистресу плода не застосовувалися заходи по вкороченню другого періоду пологів, не вжито заходи щодо термінового розродження (накладання акушерських щипців чи вакуум-екстрактора) для прискорення вигнання плода при відсутності умов для розродження шляхом операції кесарського розтину, що передбачене вищевказаним клінічним протоколом. Крім того, вагітній ОСОБА_8 у ІІ періоді пологів введено окситоцин за відсутності об`єктивних показань, тоді як застосування окситоцину могло спричинити розвиток дистресу у плода або ж поглибити стан кисневого голодування і після діагностування дистресу плода, введення окситоцину не було припинено. Роділлі не було проведено акушерське дослідження для з`ясування акушерської ситуації. При цьому не проводилось динамічне спостереження за серцебиттям плода, відсутній запис КТГ. Була виконана епізіотомія та народився плід. Тобто, ОСОБА_6 під час проведення

пологів ОСОБА_8 ,в порушення наказу МОЗ України №900 від 27.12.2006 року та №977 від 27.12.2011 року, не провела в ІІ періоді пологів постійного моніторингу серцебиття плоду, та, як наслідок, не своєчасно діагностувала дистрес плоду у ІІ періоді пологів, не застосувала заходів для прискорення розродження, введення окситоцину не припинила, що призвело до виникнення асфіксії плоду навколоплідними водами, та народження життєздатної дитини, не проведено повний огляд новонародженої дитини, після чого ІНФОРМАЦІЯ_3 згідно медичної документації дитина померла [54].

Щодо умисних кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування (ст.ст. 132, 138, 139, 141, 145), можна виокремити такі морально-психологічні ознаки особи, яка їх вчиняє: 1) правовий нігілізм – зневажливе ставлення до вимог нормативно-правових актів, а також внутрішніх організаційно-розпорядчих документів; 2) низький рівень професійної етики – ігнорування принципів медичної деонтології, гуманності тощо; 3) корисливі настанови – прагнення до отримання матеріальної вигоди, кар'єрного просування тощо; 4) цинізм – відсутність належного рівня емпатії.

Наведене підтверджується обставинами, що викладені у вироках, ухвалених у кримінальних провадженнях, розпочатих за фактом вчинення кримінального правопорушення, передбаченого ст. 138 КК України:

– *02.03.2023 року о 10 годині ранку ОСОБА_7 у супроводі подруги ОСОБА_6 за попередньою домовленістю, з метою отримання стоматологічної допомоги, прибула за адресою: АДРЕСА_1, де був облаштований стоматологічний кабінет ОСОБА_3, який однак не має належної медичної освіти, та спеціального дозволу на здійснення медичної практики, але на протязі останніх років, займається незаконною лікувальною діяльністю. Після прибуття на прийом до ОСОБА_3, ОСОБА_7 була ним оглянута, та він повідомив, що необхідно видалити два її зуба, однак наразі він видалить тільки один у зв'язку з тим, що в неї наявне велике запалення ясен ротової порожнини. ОСОБА_3 видалив ОСОБА_8 зуб на ніжній шелепі зліва, та отримав за проведену стоматологічну маніпуляцію від ОСОБА_7 грошову*

винагороду у розмірі 150 гривень. Після видалення зуба ОСОБА_7 почувала себе добре. ОСОБА_3 також повідомив ОСОБА_7 , що для видалення іншого зубу їй необхідно прийти на повторний прийом до нього о 10 годині 04.03.2023 року. 04.03.2023 року для подальшого лікування зубів ОСОБА_7 у супроводі подруги ОСОБА_6 у назначений час, о 10 годині, повторно прибули до стоматологічного кабінету ОСОБА_3 за місцем його проживання за адресою: АДРЕСА_1, в одній із кімнат якої облаштований стоматологічний кабінет. ОСОБА_3 , усадивши ОСОБА_7 в стоматологічне крісло, зробив їй ін'єкцію у слизову оболонку губи зліва, в ділянці 2-го зуба, перехідної складки, препаратом «артифрин форте», знеболивши місце оперативного втручання, та виконав тракцію (видалення) 2-го зубу верхньої щелепи зліва, внаслідок чого в проекції другої лунки верхньої шелепи зліва утворилася рвана рана. Враховуючи наявність у ОСОБА_7 цукрового діабету важкого перебігу, некомпенсованого, та ускладнень у вигляді діабетичної ангіопатії, видалення 2-го зубу (латерального різця) верхньої шелепи спровокувало прогресування локальної ангіопатії та розвиток кровотечі, яка в свою чергу привела до аспірації кров'ю. ОСОБА_7 встала з стоматологічного крісла, закашлялась кров'ю, яка рясно виділялась з ротової порожнини, потім втратила свідомість, та до моменту приїзду карети швидкої допомоги, вже перебувала у стані клінічної смерті, яка у 11 годин 27 хвилин була констатована лікарем швидкої медичної допомоги. Непрохідність верхніх дихальних шляхів ОСОБА_7 не була розпізнана ОСОБА_3, спроб вивільнення їх від крові або поновлення їх прохідності іншим чином до приїзду бригади швидкої медичної допомоги він не вживав. Проведені бригадою швидкої медичної допомоги заходи серцево-легеневої реанімації ефекту не дали та у 12 годин 09 хвилин у ОСОБА_7 було зафіксовано біологічну смерть [65].

Отже, наведене дозволяє стверджувати, що особистість кримінального правопорушника, який вчиняє кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності, як і у випадку будь-яких інших протиправних діянь, пов'язаних із професійною діяльністю визначається саме морально-психологічними

ознаками, які впливають на формування суб'єктивної сторони суспільно небезпечного діяння та визначають форму вини. У більшості випадків соціально-демографічні ознаки майже не мають значення для подальшого становлення злочинця.

Кримінально-правові ознаки. М.І. Фіалка вказує, що кримінально-правові ознаки характеризують і розкривають для нас особу з точки зору її ставлення до вчиненого нею злочину зокрема та злочинної поведінки взагалі, а також визначають той стан, у якому особа здебільшого реалізує свій злочин. До них відносять кваліфікацію характерного злочинного прояву особи відповідно до Кримінального кодексу України; чи діє вона у складі групи чи як одинак; чи вчинює злочини під впливом алкогольних (наркотичних) речовин; чи вчиняла раніше злочини тощо [268].

Враховуючи специфіку досліджуваного виду кримінальних правопорушень, можна відзначити, що більшість типових кримінально-правових ознак в осіб, які вчиняють суспільно небезпечні діяння у сфері медичної діяльності відсутні. По-перше, більшість медичних кримінальних правопорушень пов'язані із неетичним ставленням медичних працівників до професійних обов'язків, що, фактично, виключає ймовірність їх вчинення у складі організованої групи чи злочинної організації. По-друге, оскільки такі діяння безпосередньо пов'язані із виконанням професійних обов'язків, випадки вчинення їх у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння також є поодинокими.

Так, вчені, які досліджували особливості та криміналістичну характеристику кримінального правопорушення, передбаченого ст. 140 КК України вказують, що здебільшого таке кримінальне правопорушення вчиняють медичні працівники лікарських спеціальностей (головний лікар, заступник головного лікаря з медичної частини, з лікувальної роботи, по хірургічній (терапевтичній) службі, завідувач відділенням, старший черговий лікар медичного закладу, лікар-ординатор, лікар-клінічний ординатор, лікар-стажер (але не лікар-інтерн або лікар-субординатор); середній медичний

персонал (головна медична сестра/акушерка або заступник головного лікаря з медично- сестринської роботи, старша медична сестра відділення, старший фельдшер станції швидкої медичної допомоги, старший лаборант, медична сестра (палатна, маніпуляційного кабінету, кабінету ЛФК тощо), фельдшер бригади швидкої медичної допомоги, фельдшер-лаборант або лаборант (клінічного, біохімічного, бактеріологічного та інших відділів), санітарний фельдшер); фармацевтичні працівники (завідувач і заступник завідувача аптеки, завідувач відділу аптечної бази, складу, клінічний, госпітальний провізори, провізор-спеціаліст з клінічних досліджень, провізор-лаборант та інші) [278].

Аналіз судової практики надав підставу для констатації, що обставини такого кримінального правопорушення свідчать про відсутність в осіб, які їх вчинили будь-яких кримінально-правових ознак у їх типовому розумінні:

– *ОСОБА_6 неналежно виконував свої професійні обов`язки медичного працівника внаслідок недбалого до них ставлення, що спричинило тяжкі наслідки для хворого, відповідно до висновків експертів №228 від 09 грудня 2013 року та №241-Д від 27 грудня 2013 року: запізно виконав рентгенологічне обстеження ОСОБА_8 ; провів консервативну терапію з недооцінкою помірного підвищення рівня глюкози крові; не в повній мірі провів бактеріологічний моніторинг; недостатньо здійснював контроль за веденням хворої. Загальний аналіз крові виконано однократно; рентгенологічне обстеження грудної клітини не виконано, що призвело до розвитку тяжких ускладнень - клініки сепсису, декомпенсація цукрового обміну, менінгоенцефаліт. Виникнення ускладнень стало причиною переводу хворої в відділення АІТ КЗ «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня» Дніпропетровської обласної ради», а потім в відділення ІТ гнійно-септичного профілю КЗ «Обласна клінічна лікарня імені Мечникова» ДОР». Дані ускладнення є небезпечними для життя і потребують інтенсивної терапії. На момент проведення експертизи встановлені неврологічні ускладнення у вигляді вторинної менінгомієлопатії з нижнім грубим парапарезом,*

парагіперестезією, порушенням функції тазових органів по типу неутримання кала і затримки сечі; діабетичної полінейрогіатії з нерізкими розладами чутливості на верхніх кінцівках, незагоєної рани ділянки хрестця, які є наслідком прогресування інфекційних уражень хресцьово-куприкової ділянки і малого тазу з залученням оболонок і речовини спинного мозку з рівня ніжньогрудних сегментів, які призвели до 90% (дев`яносто) стійкої втрати професійної працездатності [57].

– *ОСОБА_3 як черговий лікар, володіючи на той час інформацією про результати ультразвукового дослідження (надмірно виражений метеоризм), та враховуючи загальний стан хворого, не запідозрила гострої хірургічної патології (непрохідність кишок), несвоєчасно встановила діагноз (кишкова непрохідність), який мав місце у неповнолітнього хворого ОСОБА_11 , не призначила всі необхідні дослідження й обстеження з метою підтвердження або спростування такої патології, а саме не призначила оглядової рентгенографії органів черевної порожнини, не призначила діагностичної лапароскопії, не поставила питання про виклик лікаря-хірурга дитячого для надання екстреної консультативної медичної допомоги населенню Львівської області для прийняття консилярного рішення щодо подальшої тактики ведення хворого, однією з яких могло бути переведення неповнолітнього хворого у ЛОДКЛ «ОХМАТДИТ». Будучи доставленим о 06:15 год. 21.06.2017 у ЛОДКЛ «ОХМАТДИТ», стан неповнолітнього хворого ОСОБА_11 розцінювався як вкрай важкий, останньому під час його госпіталізації проводилися необхідні дослідження, обстеження та виставлено діагноз: «Кишкова непрохідність». Після чого, о 09:20 год. 21.06.2017 за життєвими показниками неповнолітньому хворому ОСОБА_11 ургентно проводиться оперативне втручання у вигляді резекції частини тонкої кишки у зв`язку із гострою кишковою непрохідністю. У ході проведення даного оперативного втручання ліквідовано заворот та виставлено діагноз: « ІНФОРМАЦІЯ_4 », який підтвердився під час проведення другого оперативного втручання у вигляді тотальної резекції тонкої кишки,*

правобічної геміколектомії, що мало місце о 14:00 год. 21.06.2017. Третє оперативне втручання, що відбулося о 17:55 год. 26.06.2017, проведено у зв`язку із наростаючими прогресуючими явищами поліорганної недостатності у неповнолітнього хворого ОСОБА_11. Однак, незважаючи на вжиті заходи для стабілізації стану неповнолітнього хворого ОСОБА_11 та проведені реанімаційні заходи, о 07:50 год. 27.06.2017 було констатовано біологічну смерть неповнолітнього ОСОБА_11. Якщо б дії лікарів КУ «Жичівська центральна районна лікарня» були узгодженими та правильними, це б сприяло своєчасному встановленню правильного діагнозу (кишкова непрохідність), дало можливість запідозрити у неповнолітнього ОСОБА_11 наявність гострої хірургічної патології, викликати для консультації дитячого хірурга, вчасно встановити правильний діагноз та провести радикальне хірургічне лікування, запобігти виникненню важких ускладнень у процесі лікування (тромбозу верхньої мезентерійної артерії, некрозу тонкої кишки з мікроперфорацією, прогресуючого некрозу тонкої та часткового некрозу товстої кишки, некрозу поперечно-ободового відділу товстої кишки, поширеного гнійно-фібринозного перитоніту, двобічної серозної бронхопневмонії, септичного шоку: ДВЗ-синдрому, крововиливів у внутрішні органи; геморагічної екзантеми та пролежень у куприковій ділянці; геморагічно-некротичної ентеропатії, кишкової кровотечі; РДС; центролобулярних некрозів печінки; некронефрозу; поліорганної недостатності), що в свою чергу, могло запобігти тяжким наслідкам, а саме смерті неповнолітнього ОСОБА_11 [62].

– *при госпіталізації лікарем акушер-гінекологом цілодобового акушер гінекологічного посту ОСОБА_4 внаслідок неналежного виконання своїх професійних обов`язків, недбалого та несумлінного до них ставлення, в порушення пунктів 2.1, 2.2 посадової інструкції, не було визначено фактори та ступінь прогнозованого перинатального та акушерського ризику за шкалою A.CoopIancI, як це передбачено клінічним протоколом з акушерської допомоги «Нормальні пологи», не прийнято до уваги анамнестичні дані щодо*

вагітностей та абортів, які давали підстави віднести жінку до групи вагітних з можливим ризиком розвитку розриву матки під час пологів та в подальшому під час пологів керуватися вимогами клінічного протоколу «Пологовий травматизм». Окрім того о 22 годині 40 хвилин 06 квітня 2017 року акушерський огляд був проведений не в повному обсязі, а саме не вказано відкриття шийки матки, не описано розташування швів та тім`ячок на голівці плоду, а вказаний діагноз в частині визначення періоду пологів та можливого високого стояння голівки є необґрунтованим. Аналогічні порушення допущені лікарем акушер-гінекологом ОСОБА_10. Існує розбіжність в розташуванні голівки плоду за записом у партограмі та сумісному огляді на 23 годину 10 хвилин 06 квітня 2017 року, консиліумі лікарів на 00 годин 15 хвилин 07 квітня 2017 року. Ці розбіжності настали внаслідок порушення лікарем ОСОБА_4 та ОСОБА_10 пункту 2.9 Інструкції. Лікарем ОСОБА_4, яка приймала участь в сумісному огляді ОСОБА_7 06квітня 2017року о 23годині 10 хвилин у порушення вимог пункту 2.2 Інструкції належним чином не здійснено діагностику вагітності, неналежним чином здійснено спостереження за вагітною, вчасно не виявлено ускладнення вагітності та пологів, неналежно виконано службові обов`язки, внаслідок чого невірно оцінено стан породіллі, залишено без уваги наявність симптомів не характерних для нормального перебігу пологів, про що зазначено в історії вагітності та пологів №117: а саме «...язик сухуватий, ...матка періодично приходить в тонус...»), що в послідуючому призвело до смерті потерпілої та її плоду. Аналогічні порушення допущені лікарем ОСОБА_10. Крім цього, ОСОБА_4, яка проводила огляд породіллі ОСОБА_7 , в порушення вимог протоколу «Пологовий травматизм» та вимог пункту 2.1 Інструкції не провела більш ретельного її спостереження в пологах, як це передбачено клінічним протоколом, оскільки потерпіла відносилась до групи вагітних з ризиком розриву матки під час пологів та в порушення вимог пункту 2.3 Інструкції не застосувала сучасні методи профілактики та лікування в межах своєї спеціальності, вчасно не здійснила необхідне хірургічне

втручання - ургентної операції кесарів розтин. Аналогічні порушення допущені лікарем акушер-гінекологом ОСОБА_10 [56].

Відповідно, наведене дозволяє констатувати, що відсутність кримінально-правових ознак можна пояснити такими причинами: 1) більшість санкцій кримінально-правових норм, у яких встановлено кримінальну відповідальність за протиправні діяння, що вчиняються у сфері медичної діяльності передбачають як основний чи додатковий вид покарання позбавлення права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю, що, фактично, унеможливлює таку ознаку як повторність чи рецидив, оскільки більшість засуджених осіб не повертатимуться до медичної практики; 2) особливості досліджуваного виду кримінальних правопорушень, здебільшого, не потребують вчинення їх у співучасті (за винятком, можливо, лише незаконної лікувальної діяльності); 3) такі діяння майже ніколи не вчиняються у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння через специфіку реалізації кримінально протиправного умислу.

Таким чином, проведене дослідження дозволяє констатувати, що через те, що такі суспільно небезпечні діяння безпосередньо пов'язані із професійною діяльністю особи, яка їх вчиняє, соціально-демографічні ознаки не дозволяють виокремити особливості особистості кримінального правопорушника. Більшість детермінант, пов'язані із морально-психологічними ознаками. Щодо умисних кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування (ст.ст. 132, 138, 139, 141, 145), можна виокремити такі морально-психологічні ознаки особи, яка їх вчиняє: 1) правовий нігілізм – зневажливе ставлення до вимог нормативно-правових актів, а також внутрішніх організаційно-розпорядчих документів; 2) низький рівень професійної етики – ігнорування принципів медичної деонтології, гуманності тощо; 3) корисливі настанови – прагнення до отримання матеріальної вигоди, кар'єрного просування тощо; 4) цинізм – відсутність належного рівня емпатії.

Якщо говорити про необережні кримінальні правопорушення, що вчиняються у сфері медичного обслуговування (здебільшого, мова йде про протиправні діяння, передбачені ст.ст. 131, 140 КК України), то особи, які їх вчиняють характеризуються: 1) низький рівень дисциплінованості, що виявляється через порушення медичних протоколів, правил документообігу, порядку проведення медичних дій тощо; 2) професійна деформація – звикання до критичних ситуацій, що знижує можливість належного реагування, втрата можливості до критичної оцінки власних дій тощо; 3) професійна самовпевненість – переоцінка власних знань, вмінь та навичок, переконання щодо здатності до відвернення негативних наслідків навіть у випадку порушення медичного протоколу; 4) професійне вигорання – байдужість до медичної діяльності, зниження рівня відповідальності, неуважність, зниження здатності до самоконтролю; 5) відсутність здатності до прогнозування результатів власних дій.

Відсутність кримінально-правових ознак можна пояснити такими причинами: 1) більшість санкцій кримінально-правових норм, у яких встановлено кримінальну відповідальність за протиправні діяння, що вчиняються у сфері медичної діяльності передбачають як основний чи додатковий вид покарання позбавлення права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю, що, фактично, унеможливлює таку ознаку як повторність чи рецидив, оскільки більшість засуджених осіб не повертатимуться до медичної практики; 2) особливості досліджуваного виду кримінальних правопорушень, здебільшого, не потребують вчинення їх у співучасті (за винятком, можливо, лише незаконної лікувальної діяльності); 3) такі діяння майже ніколи не вчиняються у стані алкогольного чи наркотичного сп’яніння через специфіку реалізації кримінально протиправного умислу.

3.4. Кримінологічна характеристика жертв кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності в Україні

Механізм запобігання кримінальним правопорушенням у першу чергу має бути спрямований на зниження ризику повторного їх вчинення як конкретною особою, так й іншими громадянами. Окрім розроблення та впровадження заходів, спрямованих на усунення криміногенних факторів та ризиків, а також девіацій кримінального правопорушника, будь-яка стратегія/концепція запобігання повинна включати віктимологічні заходи, метою яких має стати утримання осіб від потрапляння у ситуацію, що має високий віктимогенний індекс або від вторинної віктимізації (якщо особа вже була жертвою суспільно небезпечного діяння). На сучасному етапі державотворення відсутній єдиний підхід до визначення поняття жертви кримінального правопорушення у кримінології та диференціації його із поняттям потерпілого у кримінальному процесі. В умовах трансформації суспільних відносин також відбулись зміни як у структурі злочинності в цілому, так і злочинної поведінки. Відповідно попередні напрацювання вчених потребують змін та доповнень, метою яких є уточнення змістовної характеристики жертви кримінального правопорушення.

Вчені вказують, що в основі кримінологічного терміну «жертва» безумовно знаходиться кримінально-правове – «потерпілий». Під жертвою кримінального правопорушення розуміють передусім потерпілих фізичних осіб, які визнаються такими відповідно до положень кримінального або кримінального та кримінального процесуального законодавства. Хоча окремі кримінологи не обмежуються ними й виділяють інших осіб, яким шкода завдана не безпосередньо, а опосередковано. Жертва кримінального правопорушення характеризується не лише кримінально-правовими, але й іншими ознаками, що не мають кримінально-правового значення. Основними критеріями розмежування жертви і потерпілої особи є наступні: 1) належність цих категорій до різних характеристик кримінальних правопорушень (кримінологічної та кримінально правової); 2) їм характерні різні ознаки; 3) вони мають різне призначення. Незважаючи на те, що жертвою кримінального правопорушення визнають зазвичай фізичних осіб, об’єктом кримінологічних

досліджень повинні бути і юридичні особи, яким в результаті вчинення злочину чи кримінального проступку завдано шкоди. Хоча їх не обов'язково називати жертвами кримінального правопорушення [251].

По-перше, видається доцільним відзначити, що поняття «потерпілий» не доцільно вважати кримінально-правовим, оскільки це суто кримінальна процесуальна дефініція. Це можна пояснити тим, що фактично кримінальне законодавство не охоплює особу потерпілого та окрім встановлення покарання за вчинення кримінального правопорушення у санкції кримінально-правової норми жодним чином не встановлює інших заходів, спрямованих на зниження віктимогенного потенціалу. Лише нормами кримінального процесуального законодавства встановлюються принципи та гарантії захисту інтересів особи, що потерпіла від кримінального правопорушення в межах кримінального провадження.

У ст. 55 КПК України вказано, що потерпілим у кримінальному провадженні може бути фізична особа, якій кримінальним правопорушенням завдано моральної, фізичної або майнової шкоди, юридична особа, якій кримінальним правопорушенням завдано майнової шкоди, а також адміністратор за випуском облігацій, який відповідно до положень Закону України «Про ринки капіталу та організовані товарні ринки» діє в інтересах власників облігацій, яким кримінальним правопорушенням завдано майнової шкоди. Права і обов'язки потерпілого виникають в особи з моменту подання заяви про вчинення щодо неї кримінального правопорушення або заяви про залучення її до провадження як потерпілого. Потерпілому вручається пам'ятка про процесуальні права та обов'язки особою, яка прийняла заяву про вчинення кримінального правопорушення. Потерпілим є також особа, яка не є заявником, але якій кримінальним правопорушенням завдана шкода і у зв'язку з цим вона після початку кримінального провадження подала заяву про залучення її до провадження як потерпілого. Потерпілим не може бути особа, якій моральна шкода завдана як представнику юридичної особи чи певної частини суспільства. За наявності очевидних та достатніх підстав вважати, що

заява, повідомлення про кримінальне правопорушення або заява про залучення до провадження як потерпілого подана особою, якій не завдано шкоди, зазначеної у частині першій цієї статті, слідчий або прокурор виносить вмотивовану постанову про відмову у визнанні потерпілим, яка може бути оскаржена слідчому судді [155].

Отже, як вже неодноразово зазначали вчені, поняття потерпілого у кримінальному процесі є значно ширшим, ніж поняття жертви суспільно небезпечного діяння. Одночасно із цим варто відзначити, що якщо говорити про кримінальне право, потерпілий (не жертва) розглядається як факультативна ознака об'єкта кримінального правопорушення. Такий підхід можна пояснити тим, що особа, яка зазнала шкоди внаслідок вчинення щодо неї протиправного діяння входить до структури суспільних відносин, які є родовим об'єктом кримінального правопорушення.

Підтвердженням наведеної тези є підхід запропонований у проєкті нового кримінального законодавства, у якому вчені визначили поняття об'єкта кримінального правопорушення, яким, на їх думку, є передбачена цим Кодексом соціальна цінність, якій спричинюється шкода, зазначена у статтях 2.5.2–2.5.7 цього Кодексу. У випадках, передбачених цим Кодексом, ознакою об'єкта є також потерпіла особа або предмет кримінального правопорушення. Потерпілою особою є фізична особа (людина) чи юридична особа, якій спричинено шкоду кримінальним правопорушенням [225]. Отже, через такий підхід було запропоновано узаконити як поняття об'єкта кримінального правопорушення, так і закріпити у КК поняття потерпілої особи. Одночасно із цим, також варто відзначити, що вчені і в межах кримінального права пропонують вважати потерпілим як фізичну, так і юридичну особу.

Т.І. Пономарьова вказує, що під особою жертви кримінального правопорушення необхідно розуміти сукупність суб'єктивних соціально та юридично значущих особливостей, котрі в поєднанні з іншими об'єктивними умовами та обставинами сприяють та/або зумовлюють схильність людини стати жертвою суспільно небезпечного діяння, тим самим віктимізуючи її.

Вчена вважає, що здебільшого обрання виду кримінально протиправної поведінки та жертви не залежить від набору конкретних ознак особистості кримінального правопорушника та зумовлюються його духовними, а також матеріальними потребами та вподобаннями. Що стосується жертви кримінального правопорушення, частіше за все її віктимна поведінка є результатом об'єктивних умов, в яких вона опинилась, а її особистісні якості лише сприяють або полегшують вчинення протиправного акту [197, с. 151-152].

Із таким підходом можна погодитись, оскільки часто вид кримінального правопорушення співвідноситься із типом жертви такого діяння. У віктимології також існує теорія, відповідно до якої існують випадкові жертви або жертви життєвих обставин/несприятливої життєвої ситуації. У цьому контексті мова йде про ситуації, коли щодо особи вчиняється кримінальне правопорушення, яке не зумовлено її віктимною поведінкою чи сукупністю певних особистісних характеристик. Так, наприклад, можна провести паралелі між відвертою/зухвалою поведінкою, відвертим одягом тощо та статевими злочинами; недбалим ставленням до безпеки майна та майновими злочинами; провокативною поведінкою та вбивством/тяжкими тілесними. Це типові ситуації, коли часто роль жертви у механізмі кримінально протиправної поведінки кримінального правопорушника стає провідною. Поряд із цим, кримінальні правопорушення проти миру, безпеки людства та міжнародного правопорядку (наприклад, воєнні злочини/злочин агресії тощо), здебільшого, не пов'язані із віктимною поведінкою осіб, які стають їх жертвами (окрім, можливо, випадків, коли жертви свідомо залишаються на окупованій території, маючи можливість евакуюватись).

Віктимізація і злочинність як соціальні процеси багато в чому визначаються загальною характеристикою і станом культури суспільства, що організує людське життя в цілому. Соціальні потреби, переконання, цінності і норми формують історичні типи віктимної і злочинної поведінки, впливаючи на зміну систем соціального контролю і відношення до жертв злочинів. При

цьому є підстави зробити висновки про те, що кожне покоління відтворює і передає визначені типи віктимної і злочинної поведінки своїм нащадкам. Зазначені типи багато в чому генеруються культурою спільності, і їхня зміна, перетворення залежить від зміни (перетворення) інших матеріальних і соціальних умов життя суспільства. У загальних рисах кінцевою метою вивчення жертв злочинів є підвищення ефективності запобігання конкретним злочинам і злочинності загалом шляхом провадження цілеспрямованого впливу як на злочинців, так і на потенційних жертв злочинів. Саме завдяки впровадженню віктимологічних ідей здійснюється належне скерування жертв злочинів до системи кримінального правосуддя та відповідне відношення до них, а також спонукають до створення спеціальних програм допомоги, реституції і компенсації потерпілим від злочинів, що сприяє розширенню демократичних початків керування суспільством. На законодавчому рівні необхідно відпрацювати питання організації міжнародно-правового захисту жертв злочинів; створити нові механізми реституції і компенсації потерпілим від злочинів у рамках міжнародного права; узгодити систему керування і поводження з жертвами злочинів; організувати системи віктимологічної профілактики; вирішення питання про місце і роль потерпілого в механізмі злочинної поведінки та кримінально-правовому значенні; змін положення потерпілого у кримінальному процесі, забезпечення процесуальних гарантій дотримання прав людини в рамках кримінального процесуального права [87, с. 32].

Наразі наведене є актуальним напрямом реформування правоохоронних органів. Так, наприклад, у Комплексному стратегічному плані реформування органів правопорядку як частини сектору безпеки і оборони визначено потребу у запровадженні періодичного анонімного віктимологічного опитування населення (victimology survey, crime survey) з метою встановлення кількості осіб, які стали потерпілими від кримінальних правопорушень певного виду, а також використання методу самозвіту (self-report survey) для анонімного з'ясування кола осіб, які вчиняли будь-які кримінальні

правопорушення протягом певного періоду, складання за їх результатами віктимологічних карт [143]. Одночасно із цим, не дивлячись на позитивну правотворчу динаміку, низка проблем, пов'язаних із віктимності залишаються поза увагою. Однією з таких проблем є висока латентність, зумовлена індивідуальною віктимною поведінкою. Остання ж, у свою чергу, через локальний характер майже не стає предметом аналізу вчених, що формує прогалини у механізмі запобігання кримінальним правопорушенням.

Слідча та судова практика підтверджує, що засадами мотивації індивідуальної віктимної поведінки є людські потреби, що відображають її залежність від зовнішнього світу. Вони спрямовані на підвищення рівня пристосування особи до навколишнього фізичного та соціального середовища. Таким чином, потреби людини постають головним спонуканням до діяльності. Якщо розглядати механізм індивідуальної віктимної поведінки за схемою «потреби – плани – нахили», то можна визначити систему ціннісних орієнтацій особи, які стимулюють мотиви поведінки, закріплюють її антисоціальну лінію. Ціннісні орієнтири людина засвоює в різноманітних соціальних групах, де вона перебуває, працює, навчається, проводить дозвілля. Засвоєння зазначених орієнтирів пов'язано зі ступенем адаптованості особи до способу життя, звичок, потреб зазначених груп. З огляду на вказане вище, необхідно визначити модель механізму індивідуальної віктимної поведінки в загальному механізмі злочинної поведінки, а саме кримінологічно значущі ланки для конкретних віктимних ситуацій, а також низки злочинів – елементів, рис, які наявні в певних підструктурах особистості потерпілого. Серед них: соціальна установка, спрямованість, моральні якості, відносини; індивідуально набутий досвід, звички, рівень особистісної культури; психічні процеси, пов'язані зі свідомістю, почуттями, емоціями, волею; біологічно зумовлені властивості особи (темперамент, інстинкти, органічні патологічні зміни) [85].

У механізмі кримінально протиправної поведінки, як правило, основне значення має саме індивідуальна віктимна поведінка, оскільки групова віктимізація може розглядатись у випадках вчинення лише окремих видів

злочинів (таких як, наприклад, воєнні злочини, злочин агресії, геноцид тощо). Вивчення характеристики кримінально протиправної поведінки та індивідуальної віктимної поведінки дозволяє встановити тип взаємовідносин між жертвою та злочинцем, який часто визначає зміст суб'єктивної сторони кримінального правопорушення (мотив та мету).

Вчені також вказують, що однією з важливих підстав при розмежуванні видів зв'язків є характер соціальних контактів, які існували до завершення злочину між злочинцем і потерпілим. Залежно від часу виникнення, зв'язок поділяється на: 1) той, що утворюється до вчинення злочину; 2) той, що виникає у процесі злочинного посягання. За характером взаємодії потерпілого і злочинця у процесі вчинення злочину зв'язок може бути безпосереднім чи опосередкованим. За обставинами утворення зв'язок поділяється на: 1) розвинутий у результаті певних взаємостосунків, що існували між злочинцем і його жертвою до вчинення злочину; 2) утворений у результаті гострої конфліктної ситуації безпосередньо до чи в момент учинення злочину; 3) утворений за відсутності будь-яких конфліктних взаємостосунків між жертвою і злочинцем до вчинення злочину. На систему вибору злочинцем своєї жертви впливають не тільки різноманітні фактори, а й певні передумови взаємостосунків між злочинцем та його жертвою. Саме наявність віктимологічних передумов пояснює підвищену здатність однієї людини ставати жертвою злочину, бути більш «привабливою» для злочинця, ніж інша особа, яка не перебуває під впливом таких передумов [86, с. 140-141].

Необхідно також відзначити і те, що часто обрання жертви кримінальним правопорушником залежить не від її поведінки/зовнішності тощо, а від особистісних настанов злочинця та мети, якої він прагне досягти через вчинення суспільно небезпечного діяння. На обрання жертви впливає багато об'єктивних та суб'єктивних факторів, що унеможливлює концепцію беззаперечної ролі жертви як каталізатора кримінально протиправної поведінки.

До найбільш значущих ознак взаємовідносин жертви і злочинця відносять: 1. Суб'єктами взаємовідносин виступають фізичні особи – люди, що вказує на соціальний характер взаємовідносин. 2. Наявність певного ставлення суб'єктів один до одного, що вказує на існування зв'язку між ними. 3. Динамічність. Зв'язок у динаміці проявляється через певні фізичні дії, рухи, які можна спостерігати ззовні, а також у зміні емоційного ставлення суб'єктів один до одного. 4. Стійкість зв'язку характеризується силою, глибиною суб'єктивного, емоційного компонента і полягає в тому, що навіть коли безпосереднє спілкування суб'єктів є неможливим, стосунки підтримуються опосередковано. 6. Девіантність у ставленні суб'єктів один до одного має місце як із знаком «плюс», так і зі знаком «мінус». Девіація зі знаком «мінус» полягає в негативному, ворожому ставленні та поводженні осіб одна до одної, у тих ситуаціях, коли стосунки між ними мають бути позитивними. Девіація зі знаком «плюс» – це надмірне позитивне ставлення одного суб'єкта до іншого, що заважає йому нормально існувати та діяти на власний розсуд [150].

Одночасно із цим, варто також відзначити, що навіть у випадку потрапляння у криміногенну ситуацію особою, яка не є віктимною (жертви життєвих обставин тощо) доцільно аналізувати вид взаємозв'язку між кримінальним правопорушником та жертвою. Це можна пояснити тим, що встановлення виду інтеракції надає можливість утримати особу від віктимізації навіть тоді, коли вона є заручником обставин. Інтеракція повинна розглядатись у тримірному розумінні – до кримінального правопорушення, під час вчинення кримінального правопорушення та на посткриміногенному етапі (наприклад, в межах досудового розслідування та судового розгляду). На певному етапі жертва у будь-якому випадку контактуватиме із особою, яка вчинила щодо неї суспільно небезпечне діяння. Якщо така взаємодія відбуватиметься за девіантним сценарієм навіть «заручник обставин» може набути віктимних настанов та у майбутньому знову стати жертвою кримінального правопорушення.

Також потрібно зазначити, що становище потенційної жертви злочинного наміру, спосіб її життя, особливості її поведінки в сукупності з віктимологічними ситуаціями та передумовами взаємостосунків із потенційним правопорушником можуть сприяти зародженню у свідомості особи злочинного наміру, стимулювати її антисуспільну установку, вибирати спосіб учинення злочину. Водночас поведінка можливої жертви інколи ослаблює злочинну реакцію потенційного правопорушника, викликає його симпатію, страх тощо. До того ж у кожному конкретному випадку це залежить від умов, місця, часу, інших обставин становлення та розвитку взаємостосунків між злочинцем та його жертвою, а також від особистих якостей потенційної жертви, що здійснює суттєвий вплив як на характер його окремих дій, так і на поведінку загалом. Характеризуючи обставини, що сприяють зародженню і розвитку протиправного діяння, необхідно звернути увагу на те, що в генезисі злочину важливу роль відіграє характер стосунків потерпілого не тільки з правопорушниками, а й з іншими людьми, які були пов’язані з ними в момент учинення злочину. Такі стосунки можуть впливати як позитивно, так і негативно на поведінку потенційної жертви. Наслідком цього може бути як учинення злочину, так і навпаки – його уникнення. Саме тому аналіз таких взаємостосунків необхідно застосовувати при визначенні заходів віктимологічного запобігання, враховуючи водночас, що поведінка потерпілого і все, чим він керувався, нерозривно пов’язані з його особистими характеристиками: установкою особи; статтю; віком; професією; громадським, службовим та сімейним становищем тощо. Без знання цих віктимологічних ознак, як свідчить практика, абсолютно неможливо запобігти злочинам, оскільки злочинець у багатьох ситуаціях виступає у взаємодії з конкретною жертвою, на яку, як і на злочинця, має бути спрямовано індивідуальний позитивний вплив [86, с. 140-141].

Отже, наведене дозволяє визначити, що оскільки кримінальні правопорушення, що вчиняються у сфері медичної діяльності мають свої особливості, зумовлені специфікою елементів складів, характеристика їх

жертв також відрізнятиметься від інших. Це також стосується ролі жертви у механізмі кримінально протиправної поведінки, та виду інтеракції між жертвою та кримінальним правопорушником. Відсутність статистичної інформації та необхідної кількості судових вироків ускладнює встановлення ознак жертв усіх криміналізованих суспільно небезпечних діянь, що вчиняються у сфері медичної діяльності. Враховуючи вказане, кримінологічна характеристика жертв буде викладена на підставі аналізу судових вироків та кількісних показників кримінальних правопорушень передбачених ст. 138 та ст. 140 КК України.

Типологія жертв кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування. Як правило, всі жертви кримінальних правопорушень можуть бути диференційовані на декілька основних груп:

1) *активні жертви* – ті, що своєю поведінкою зумовлюють бажання вчинити щодо них кримінальне правопорушення. До такого типу жертв можуть відноситись особи, які відрізняються максимально високим ступенем віктимності, яка проявляється через активне порушення правил безпечної поведінки. Наприклад, перебування у нічний час у безлюдних місцях, носіння відвертого одягу, демонстрація високого рівня матеріального забезпечення тощо;

2) *пасивні жертви* – ті, що зумовлюють бажання вчинити щодо них кримінальне правопорушення відсутністю активного опору та протидії злочинцю. До такого типу жертв можуть відноситись особи, які не унеможливлюють вчинення суспільно небезпечного. Наприклад, не забезпечують майно додатковими засобами захисту (сигналізація, камери відеоспостереження) тощо;

3) *провокативні жертви* – ті, що зумовлюють вчинення щодо них кримінального правопорушення агресивною поведінкою. До такого типу жертв можуть відноситись особи, які певним чином умисно спонукають кримінального правопорушника до вчинення протиправних дій. Як правило, відносно провокативних жертв вчиняються кримінальні правопорушення

проти життя та здоров'я або проти статевої свободи та статевої недоторканості.

Вказане також підтверджується думками вчених, які вказують, що кримінологами при характеристиці віктимної поведінки жертви, пов'язаної зі створенням конфліктної ситуації або прийнятті участі в ній, з діями жертви, що містять ознаки того чи іншого правопорушення, у тому числі злочину, а також з вчиненням нападів, образах, скандалах, знущаннях, іншій неналежній поведінці надають різні визначення – «провокуюча», «конфліктна», «неправомірна», «негативна». На думку автора, ці визначення можуть розглядатися як синоніми, тому що дії, які вони визначають, мають однаковий механізм, а саме вчинення неправомірних дій, що може виражатися в нападах, образах, скандалах, знущаннях, інших негативних діях з боку потерпілого. Така поведінка, безумовно, є джерелом конфлікту і провокацією злочину. За вибірковими даними 35% вбивств і 30% тілесних ушкоджень різної ступені тяжкості були викликані такими діями потерпілих, як побої, знущання, образи; при цьому 57% із них були в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння. Майже в 95% випадках безпосередньо перед вбивством і нанесенням тяжких тілесних ушкоджень між жертвою і злочинцем був конфлікт. Форми провокації злочину з боку потерпілих поділяються на активні та пасивні. При активній формі провокації потерпіла особа вчиняє дії, які утворюють загрозу його життю або здоров'ю, але він сподівається на те, що особа, яка провокується через своє соціальне положення, властивості характеру або недостатності фізичної сили не відповість йому насиллям. Дуже часто при вчиненні побутових насильницьких злочинів має місце помилкова оцінка можливої реакції члена родини, який став об'єктом провокації. Потерпілі вважали, що сімейні традиції або страх утримають особу, яка провокується від застосування зворотного насильства. Пасивна форма провокації пов'язана з невиконанням обов'язків, що пов'язані з громадськими, товариськими, родинними чи іншими відносинами (наприклад, неповернення грошового боргу) [80].

4) *латентні жертви* – ті, що зумовлюють кримінально протиправну поведінку через приховування від правоохоронних органів факту вчинення щодо себе кримінального правопорушення. Вказаний тип жертв є найбільш небезпечним з точки зору кримінологічної протидії злочинності.

Б.М. Головкін вказує, що до природно латентних жертв належать невстановлені особи, яким заподіяна злочинами шкода. Механізм утворення природно латентних жертв включає: а) неповідомлення особисто зацікавленими у відновлені порушених злочином прав та відшкодування заподіяної шкоди особами (жертвами та їх законними представниками) органам досудового розслідування і прокурору про вчинені злочини, а також їхнє не звернення до суду у порядку приватного звинувачення; б) неповідомлення інших обізнаних суб'єктів до органів державної влади, уповноважених розпочати досудове розслідування щодо вчинених проти фізичних і юридичних осіб злочини; в) не виявлення самостійно прокурором, слідчим чи працівником іншого підрозділу із будь-якого джерела обставин, що свідчать про вчинення злочину, жертвою якого стали фізичні або юридичні особи; г) не з'явлення із зізнанням органам досудового розслідування, прокурору або суду про злочин, факт учинення якого відомий тільки злочинцю (умисні вбивства із інсценуванням під нещасні випадки, самогубства, вбивства із приховуванням трупа, вбивства людей, які рахуються зниклими безвісті). До штучно латентних або квазілатентних жертв належать відомі особи, злочини про яких залишилися прихованими від офіційного обліку, а також постраждалі особи, що не були визнані потерпілими в кримінальному проваджені у формі приватного звинувачення [74].

Що стосується кримінальних правопорушень, які вчиняються у сфері медичної діяльності, варто відзначити, що здебільшого їх жертви відносяться до латентного типу. Вказане може бути пояснено декількома факторами. По-перше, часто пацієнти, які зазнають кримінально протиправного впливу з боку медичного працівника не усвідомлюють цього у повному обсязі. Цьому сприяє те, що непоодинокими є випадки, коли медичні працівники або не у повному

обсязі надають інформацію щодо стану здоров'я пацієнта, або страхують себе шляхом неповного внесення даних у медичні інформаційні бази. Відповідно пацієнт, якого попередньо не повідомили про всі ризики медичного втручання або існуючі способи лікування не може оцінити професійність лікаря та, відповідно, вважають, що негативні наслідки для здоров'я настали не через неправильне лікування, а у зв'язку із особливостями перебігу хвороби чи їх стану.

По-друге, наприклад, наслідками кримінального правопорушення, передбаченого ст. 140 КК України часто є смерть пацієнта. Через особливості медичної діяльності та медичного документообігу реальні причини смерті пацієнта можуть залишатись як поза увагою його родичів, так і поза увагою правоохоронних органів. Більше того, навіть у випадку звернення родичів до правоохоронних органів, відповідно до ст. 238 КПК України, встановлення причини смерті відноситься до компетенції судово-медичного експерта, який також є співробітником закладу системи Міністерства охорони здоровя, що підвищує ймовірність сприяння колегам у приховуванні справжньої причини смерті.

Підтвердженням наведеного є непоодинокі випадки, оприлюднені у засобах медіа.

– хірург Бенца О. був госпіталізований до лікарні зі скаргами на погане самопочуття. У цій лікарні він працював раніше. Через декілька днів пацієнт помер. Першою причиною смерті було визначено гострий панкреатит. Родичі померлого поставили під сумнів правильність діагностики та лікування, зокрема через те, що вважали, що пацієнту могли ввести протипоказаний препарат. Перевірка Міністерства охорони здоров'я України також встановила низку недоліків, які було допущено під час лікування: незадовільний рівень діагностики, неналежне використання методів обстеження, помилки, допущені під час вивчення аналізів, тощо. Комісія дійшла висновку про невідповідність наданої допомоги чинним стандартам і клінічним протоколам. Під час ексгумації також було виявлено відсутність окремих внутрішніх

органів, які важливі для підтвердження або спростування діагнозу гострого панкреатиту. За інформацією правоохоронних органів, були встановлені порушення під час патолого-анатомічного дослідження та бальзамування тіла [133];

– під час підготовки пацієнтки до оперативного втручання лікар-анестезіолог, за версією слідства, ввів препарати, одночасне застосування яких було несумісним, що призвело до різкого погіршення стану та смерті жінки. Після смерті лікуючий лікар і патологоанатом внесли до медичної документації недостовірні відомості щодо причини смерті з метою приховати можливі дефекти медичної допомоги. Обставини були встановлені в межах іншого кримінального провадження та підтверджені судово-медичною експертизою [272].

Наведене є яскравим прикладом конфлікту інтересів у системі Міністерства охорони здоров’я, що може призводити до підвищення кількості латентних кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності через солідарність медичних працівників. Відповідно пацієнти, які померли внаслідок лікарських помилок, які були приховані судово-медичними експертами є латентними жертвами таких протиправних діянь.

5) *випадкові жертви* – ті, що зазнали кримінально протиправного впливу через збіг обставин. Таким особам не притаманна віктимна поведінка. Як і латентні, випадкові часто стають жертвами кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності. Наприклад, у випадку вчинення таких кримінальних правопорушень як неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, ненадання допомоги хворому медичним працівником та неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником часто пов’язано не із обранням конкретного потерпілого, а зі ставленням лікаря до виконання професійних обов’язків. Пацієнт не може та не повинен заздалегідь оцінювати потенційну

ймовірність спричинення йому шкоди конкретним лікарем, який провадить медичну діяльність у порядку, встановленому законодавством України.

Дещо іншою може бути ситуація, коли особа звертається за медичною допомогою до іншої особи, яка її надає незаконно. У цьому випадку віктимна поведінка полягає у свідомому обранні непрофесійного лікаря та відповідальності за прийняття рішення. Вказане стосується також розголошення лікарської таємниці (що часто безпосередньо пов'язано або з особою жертви або взаємозв'язком між жертвою та кримінальним правопорушником). Отже, вказане дозволяє констатувати, що тип жертви протиправного діяння, що вчиняється у сфері медичного обслуговування часто визначається через спосіб інтеракції між жертвою та кримінальним правопорушником.

У віктимології існує низка різних підходів до диференціації виду взаємозв'язку між жертвою та кримінальним правопорушником. Одночасно із цим, видається, що найбільш повним та універсальним є розподіл на три групи:

1) *продовжуваний передкримінальний* – той, що існував задовго до вчинення кримінального правопорушення. Типовим може бути приклад, коли медичний працівник вчиняє розголошення лікарської таємниці пацієнта, який є його знайомим, другом, близькою особою тощо. Роль жертви у механізмі такої кримінально протиправної поведінки визначатиме мотив вчинення протиправного діяння. Умисел медичного працівника може бути обумовлений прагненням до помсти, ревнощами, користю чи іншими особистими цілями. Може мати місце також ситуація, коли жертва тривалий час є пацієнтом медичного працівника, задоволена (або не задоволена) якістю медичних послуг, а суспільно небезпечне діяння вчиняється непередбачувано для неї.

Так, наприклад, *ОСОБА_7, будучи медичним працівником - лікарем невропатологом вищої кваліфікаційної категорії терапевтичного відділення Курахівської міської лікарні м. Курахове, неналежно виконуючи свої професійні обов`язки внаслідок недбалого ставлення до них, під час лікування*

неврологічного захворювання у хворої ОСОБА_9 , яка з 08 по ІНФОРМАЦІЯ_2 року знаходилася на стаціонарному лікуванні у відділенні терапії, під час щоденних обходів та оглядів ОСОБА_9 , яка з 20 лютого 2014 року пред`являла ОСОБА_7 скарги щодо погіршення стану здоров`я, а саме: кашель та хрипи, в порушення кваліфікаційних вимог, протоколів надання медичної допомоги, Наказів МОЗ України від 28 жовтня 2003 року № 499 і від 19 березня 2007 року № 128 «Пульмонологія» в період з 12 по ІНФОРМАЦІЯ_2 року не надав достатньої оцінки результатам аналізів крові ОСОБА_9 : Л-10,0х109, ШОЕ-24 мм/г; загального аналізу сечі: білок 0,224, Л-до 20 в п/з та наявності дифузних змін міокарду лівого шлуночку (депресія Т у V2-V6 по ЕКГ від 08 лютого 2014 року), не провів клінічні обстеження серцево-судинної та легеневої систем, повторні дослідження крові, ЕКГ, не залучив для консультації окуліста, терапевта, ендокринолога при фоновому захворюванні, яке малося у ОСОБА_9 «цукровий діабет», не доповів завідуючому терапевтичної служби (враховуючи можливість у перспективі важкого перебігу захворювання, так звана IV група хворих), не запросив на консиліум лікаря-пульмонолога та згідно з рекомендаціями «Протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія», не призначив три обов`язкові дослідження: а) рентгенографія органів грудної клітини у 2-х проекціях; б) мікробіологічне дослідження мокротиння; в) клінічний аналіз крові, виписавши ІНФОРМАЦІЯ_2 року о 10:00 годині хвору ОСОБА_9 зі стаціонару терапевтичного відділення Курахівської міської лікарні м. Курахове, своєчасно не виявивши симптоми на пневмонію. Внаслідок неналежного виконання своїх професійних обов`язків, недбалого до них ставлення, в порушення кваліфікаційних вимог, протоколів надання медичної допомоги, Наказів МОЗ України 28 жовтня 2003 року № 499 і від 19 березня 2007 року № 128 «Пульмонологія», лікарем-невропатологом вищої кваліфікаційної категорії ОСОБА_7 у ОСОБА_9 розвернулася двостороння очагова гнійно-фіброзна пневмонія з формуванням гострих абсцесів, гнійний трахеобронхіт, що спричинило тяжкі наслідки для хворої ОСОБА_9 у вигляді

її смерті. Причиною смерті ОСОБА_9 стала двостороння очагова гнійно-фіброзна пневмонія з формуванням гострих абсцесів, гнійний трахеобронхіт, які ускладнились інтоксикацією, дистрофічними змінами внутрішніх органів, венозним повнокров`ям внутрішніх органів, набряком головного мозку. Смерть ОСОБА_9 настала ІНФОРМАЦІЯ_2 року о 23:15 годині у терапевтичному відділенні Курахівської міської лікарні м. Курахове, куди того ж дня вона була доставлена каретою швидкої медичної допомоги [203].

2) *безпосередньо передкримінальний* – той, що відбувся за короткий проміжок до вчинення кримінального правопорушення. Наприклад, особа вперше звертається до лікаря за наданням медичної допомоги, лікар припускається медичної помилки.

Так, наприклад, *06 березня 2013 року, ОСОБА_9, перебуваючи у КЛПЗ «Семенівська центральна районна лікарня», що розташований у м. Семенівка, Чернігівської області, вул. Лікарняний Хуторок, 2, та приймаючи пологи у ОСОБА_11, при виникненні ускладнень в пологах - вторинної слабкості пологової діяльності, що проявилося у зменшенні кількості та сили потуг, яке спричинило припинення просування голівки плоду по родовим шляхам та зупинці її у вузький частині малого тазу з її тривалим стисканням, що потребувало активних дій з її боку з метою перегляду подальшої тактики ведення пологів - проведення кесаревого розтину, порушуючи вимоги клінічних протоколів «Ведення нормальних пологів», «Аномалії пологової діяльності», затверджених відповідними наказами МОЗ України № 620 від 29.12.2003 року та № 676 від 31.12.2004 року, наказу Управління охорони здоров`я Чернігівської ОДА № 22 від 19.12.2003 року «Про організацію діяльності та удосконалення якості надання акушерсько-гінекологічної допомоги населенню», неналежно виконала свої професійні обов`язки через недбале до них ставлення, а саме не вчинила дій, які зобов`язана була вчинити: не здійснила правильну оцінку своїх дій з подальшим переглядом тактики ведення пологів шляхом проведення кесаревого розтину, продовжила проводити пологову стимуляцію. Внаслідок вищевказаних дій ОСОБА_9 , були спричинені*

тяжкі наслідки для новонародженого ОСОБА_14 у вигляді раннього органічного ураження нервової системи у вигляді мікроцефалії, спастичного тетрапарезу, епісиндрому. Причиною неврологічних захворювань, що маються у ОСОБА_14, є пологова травма. Виникнення цього стану є наслідком не вжиття заходів щодо своєчасного надання медичної допомоги породіллі при виникненні ускладнень в пологах - вторинної слабкості пологової діяльності. Ускладнення пологів у вигляді вторинної слабкості пологової діяльності виникло в потужному періоді пологів. Ведення пологів при діагнозі вторинна слабкість пологової діяльності не відповідає клінічним протоколам. Своєчасне пологорозрішення шляхом операції кесарського розтину, що не було зроблено, давало б можливість народження дитини без родової травми. За таких обставин некваліфіковане проведення пологів зумовило пологову травму дитини з виникненням раннього органічного ураження нервової системи у вигляді мікроцефалії, спастичного тетрапарезу, епісиндрому [233].

3) *опосередкований* – той, що відбувся поза волею жертви. Наприклад, коли жертва сама не зверталась за медичною допомогою, яка була надана на прохання близьких осіб (часто буває в екстрених випадках або коли пацієнт - неповнолітній).

Так, наприклад, 20.06.2017 о 18:00 год. у приймальне відділення КУ «Жидачівська центральна районна лікарня», що за адресою: Львівська область, м. Жидачів, вул. Ярослава Мудрого, 29, бригадою екстреної медичної допомоги пункту ЕМД «Журавно» Жидачівської ЕМД КЗ ЛОР «Львівський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» доставлено неповнолітнього ОСОБА_11 з діагнозом: «Вегето-судинна дистонія по гіпертонічному типу. Тепловий удар?». Згідно графіку чергувань по інфекційному відділенні, затвердженого головним лікарем вказаної лікарні на червень 2017 року, для огляду та надання кваліфікованої медичної допомоги у приймальне відділення було викликано чергового лікаря по КУ «Жидачівська ЦРЛ» лікаря-інфекціоніста ОСОБА_3 , яка відповідно до наказу головного лікаря КУ «Жидачівська центральна районна лікарня» №121 від 28.07.1967,

прийнята на посаду лікаря-інфекціоніста Жидачівської ЦРЛ, володіє вищою категорією за спеціальністю лікаря-інфекціоніста, та, яка у вказаний період була відповідальною за встановлення діагнозу, призначення обстеження та обрану тактику лікування неповнолітнього хворого ОСОБА_11 . Проведеним оглядом та згідно симптомів, описаних у медичній карті стаціонарного хворого №2736, черговим лікарем лікарні лікарем-інфекціоністом ОСОБА_3 виставляється неправильний діагноз: «Гострий гастрит», при цьому призначається проведення біохімічного аналізу крові, який був недостатній для виставлення даного діагнозу та вимагав призначення додаткових методів обстеження, що не було зроблено останньою. Надана медична допомога під час госпіталізації не відповідала вимогам клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим з гострою непрохідністю кишок, затвердженого Наказом МОЗ України №297 від 02.04.2010 «Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія», оскільки діагноз неповнолітньому хворому був виставлений невірно, та останній був госпіталізований не у профільне відділення (інфекційне відділення), та у зв`язку із чим, обрана черговим лікарем лікарем-інфекціоністом ОСОБА_3 тактика лікування була неправильною [62].

Таким чином, проведене дослідження надало підставу для констатації, що типовими кримінологічними ознаками жертви кримінального правопорушення, що вчиняється у сфері медичної діяльності є: 1) *низький рівень обізнаності у сфері охорони здоров'я.* Як правило, більшість жертв таких протиправних діянь не мали знань, достатніх для надання оцінки неправомірності/помилковості дій медичних працівників, які надавали їм медичні послуги; 2) *низький рівень правової освіти*. Аналіз судових вироків свідчить про те, що більшість жертв не знали свої права на медичне забезпечення, охорону здоров'я та конфіденційність щодо його стану. Низка жертв не звертались за допомогою до правоохоронних органів, оскільки або вважали, що не отримають бажаних результатів, або не усвідомили факт вчинення щодо себе протиправного діяння; 3) *середній ступінь віктимності*.

Здебільшого, жертви досліджуваного виду кримінальних правопорушень не були віктимними. Вчинення щодо них протиправних діянь, як правило, не зумовлювалось їх віктимною поведінкою (за виключенням окремих видів кримінальних правопорушень, таких як, наприклад, незаконної лікувальної діяльності); 4) *високий ступінь ризику вторинної віктимізації*. Особливості складу досліджуваного виду кримінальних правопорушень часто унеможливлюють своєчасне виявлення потенційно криміногенних ситуацій у сфері медичного обслуговування, що, відповідно, ускладнює виправлення віктимних настанов у жертв.

Висновки до 3 розділу

1. Констатовано, що наразі кількісно-якісна характеристика кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності є в цілому задовільною. Відповідно до аналізу статистичних даних, викладених на сайті Офісу Генерального прокурора та судової практики, оприлюдненої у Єдиному державному реєстрі судових рішень, з 2019 по 2026 рік не було ухвалено жодного вироку у кримінальних провадженнях, розпочатих за фактом вчинення кримінальних правопорушень, передбачених ст. ст. 139, 141 та 145 КК України; ухвалено лише один вирок за ст. 138 КК України та 55 вироків – за ст. 140 КК України. Отже єдиним та достатньо розповсюдженим кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності станом на 2026 рік залишається неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником. У структурі кримінальних правопорушень переважає діяння, передбачене ст. 140 КК України, що можна пояснити тим, що воно не відноситься до переліку кримінальних проваджень, що здійснюються у формі приватного обвинувачення та має незначний ступінь латентності, зумовлений зацікавленістю засобів медіа. Відповідно наведене сприяє своєчасному виявленню таких випадків правоохоронними органами.

Відзначено, що за відсутності змін до кримінального законодавства та кримінального процесуального законодавства зростання кількісного показника кримінальних правопорушень, передбачених ст. 140 КК України триватиме. Ще однією тенденцією є латентність медичних кримінальних правопорушень, що має схильність до динаміки за відсутності системних змін до порядку здійснення медичної діяльності та законодавства, яке її регулює.

2. Аргументовано, що на сьогоднішній день детермінанти кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування можна диференціювати таким чином: соціально-економічні: 1) недостатнє фінансування системи охорони здоров'я – дефіцит фінансування медичних закладів зумовлює стимулювання корупції, прагнення до заволодіння майном, розкрадання гуманітарної допомоги тощо; 2) масове внутрішнє переміщення населення та міграція за кордон – створення додаткового навантаження на медичних працівників ускладнює контроль за якістю надання медичних послуг; 3) психологічне виснаження медичних працівників – виконання професійних обов'язків в умовах дії особливого правового режиму воєнного стану призводять до формування стресу та зниження концентрації, що може мати наслідком недбале ставлення до виконання професійних обов'язків; 4) загальне погіршення економічного становища населення – зниження рівня доходів впливає на рівень корупційних ризиків та кримінальних правопорушень проти власності, підтвердженням чого є вище наведена статистика; організаційно-правові: 1) високий ступінь латентності, обумовлений недоліками кримінально-правового та кримінального процесуального забезпечення механізму запобігання суспільно небезпечним діянням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування; 2) відсутність спеціальних методик розслідування кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування; військово-політичні: 1) зниження якості навчання здобувачів вищої освіти через перехід на дистанційну/змішану форму навчання; 2) брак кадрів, зумовлений поступовим розбронюванням медичних працівників; 3) медичний колабораціонізм;

культурно-ідеологічні: 1) непрофесійне ставлення до обов'язків медичного працівника; 2) відсутність належного розуміння норм етики.

3. Вказано, що особистість кримінального правопорушника, який вчиняє кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності, як і у випадку будь-яких інших протиправних діянь, пов'язаних із професійною діяльністю визначається саме морально-психологічними ознаками, які впливають на формування суб'єктивної сторони суспільно небезпечного діяння та визначають форму вини. У більшості випадків соціально-демографічні ознаки майже не мають значення для подальшого становлення злочинця. Доведено, що те, що такі суспільно небезпечні діяння безпосередньо пов'язані із професійною діяльністю особи, яка їх вчиняє, соціально-демографічні ознаки не дозволяють виокремити особливості особистості кримінального правопорушника. Більшість детермінант, пов'язані із морально-психологічними ознаками. Щодо умисних кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування (ст.ст. 132, 138, 139, 141, 145), можна виокремити такі морально-психологічні ознаки особи, яка їх вчиняє: 1) правовий нігілізм – зневажливе ставлення до вимог нормативно-правових актів, а також внутрішніх організаційно-розпорядчих документів; 2) низький рівень професійної етики – ігнорування принципів медичної деонтології, гуманності тощо; 3) корисливі настанови – прагнення до отримання матеріальної вигоди, кар'єрного просування тощо; 4) цинізм – відсутність належного рівня емпатії.

Щодо необережних кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування (здебільшого, мова йде про протиправні діяння, передбачені ст.ст. 131, 140 КК України), то особи, які їх вчиняють характеризуються: 1) низький рівень дисциплінованості, що виявляється через порушення медичних протоколів, правил документообігу, порядку проведення медичних дій тощо; 2) професійна деформація – звикання до критичних ситуацій, що знижує можливість належного реагування, втрата можливості до критичної оцінки власних дій тощо; 3) професійна

самовпевненість – переоцінка власних знань, вмінь та навичок, переконання щодо здатності до відвернення негативних наслідків навіть у випадку порушення медичного протоколу; 4) професійне вигорання – байдужість до медичної діяльності, зниження рівня відповідальності, неуважність, зниження здатності до самоконтролю; 5) відсутність здатності до прогнозування результатів власних дій.

Відсутність кримінально-правових ознак можна пояснити такими причинами: 1) більшість санкцій кримінально-правових норм, у яких встановлено кримінальну відповідальність за протиправні діяння, що вчиняються у сфері медичної діяльності передбачають як основний чи додатковий вид покарання позбавлення права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю, що, фактично, унеможливлює таку ознаку як повторність чи рецидив, оскільки більшість засуджених осіб не повертатимуться до медичної практики; 2) особливості досліджуваного виду кримінальних правопорушень, здебільшого, не потребують вчинення їх у співучасті (за винятком, можливо, лише незаконної лікувальної діяльності); 3) такі діяння майже ніколи не вчиняються у стані алкогольного чи наркотичного сп’яніння через специфіку реалізації кримінально протиправного умислу.

4. Визначено, що типовими кримінологічними ознаками жертви кримінального правопорушення, що вчиняється у сфері медичної діяльності є: 1) *низький рівень обізнаності у сфері охорони здоров’я.* Як правило, більшість жертв таких протиправних діянь не мали знань, достатніх для надання оцінки неправомірності/помилковості дій медичних працівників, які надавали їм медичні послуги; 2) *низький рівень правової освіти*. Аналіз судових вироків свідчить про те, що більшість жертв не знали свої права на медичне забезпечення, охорону здоров’я та конфіденційність щодо його стану. Низка жертв не звертались за допомогою до правоохоронних органів, оскільки або вважали, що не отримають бажаних результатів, або не усвідомили факт вчинення щодо себе протиправного діяння; 3) *середній ступінь віктимності*. Здебільшого, жертви досліджуваного виду кримінальних правопорушень не

були віктимними. Вчинення щодо них протиправних діянь, як правило, не зумовлювалось їх віктимною поведінкою (за виключенням окремих видів кримінальних правопорушень, таких як, наприклад, незаконної лікувальної діяльності); 4) *високий ступінь ризику вторинної віктимізації*. Особливості складу досліджуваного виду кримінальних правопорушень часто унеможливлюють своєчасне виявлення потенційно криміногенних ситуацій у сфері медичного обслуговування, що, відповідно, ускладнює виправлення віктимних настанов у жертв.

РОЗДІЛ 4 ЗАХОДИ ЗАПОБІГАННЯ КРИМІНАЛЬНИМ ПРАВОПОРУШЕННЯМ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ

4.1 Загальносоціальні заходи запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності в Україні

Загальносоціальне запобігання кримінальним правопорушенням традиційно вважається першим рівнем у загальній системі протидії злочинності. Як правило, заходи загальносоціального запобігання мають на меті усунення соціально-економічних детермінант, які негативним чином впливають на кількісний показник суспільно небезпечних діянь. Одночасно із цим, в умовах активного розвитку держави та суспільства механізм загальносоціального запобігання зазнає певних трансформацій, що, у першу чергу пов’язано із діджиталізацією суспільних відносин, військово-політичними чинниками тощо. У другу чергу, причиною є трансформація кримінально протиправної діяльності, її локальна інтенсифікація та набуття організованих форм.

Кримінальні правопорушення, що вчиняються у сфері медичної діяльності мають свої особливості, які, здебільшого, полягають у тому, що вони безпосередньо пов’язані зі специфічним видом професійної діяльності. Відповідно загальносоціальні заходи повинні охоплювати не тільки сферу медичної діяльності, а й підготовку медичних працівників, систему фінансування тощо.

Запобігання злочинності є окремою сферою суспільних відносин, у якій найбільш яскраво виражені моральні та правові цінності, що панують у суспільстві. Водночас слід наголосити, що: 1) запобігання злочинності пов'язане зі значними фінансовими вкладеннями, і тому держава, яка його здійснює, повинна бути не лише гуманною та великодушною, а й досить

заможною; 2) воно не може зводитись лише до діяльності міліції, суду, прокуратури та інших органів, які ведуть боротьбу зі злочинністю, а включати в себе широке коло суб'єктів, що впливають на причини та умови злочинності тими методами, які їм належать; 3) вирішення цього складного та відповідального завдання можливе лише за умови організації профілактичної роботи на науковій основі, творчого пошуку, впровадження прогресивних форм і методів роботи, активної взаємодії з громадськими організаціями, колективами працівників і громадянами. Під запобіганням (попередженням) злочинів треба розуміти особливий вид соціального управління покликаний забезпечити безпеку правоохоронних цінностей і який полягає в розробці та здійсненні спеціальних заходів щодо виявлення та усунення детермінант злочинності, а також справлянні запобіжного впливу на осіб, схильних до протиправної поведінки. Багато дослідників досить обґрунтовано стверджують, що одним із суттєвих моментів розвитку відповідальної кримінології є трактування профілактики злочинів не просто як сукупності різноманітних заходів, а як управління соціальними процесами, пов'язаними з реалізацією основного завдання запобігання злочинності. Курс на профілактику злочинності являє собою довгострокову орієнтацію держави у сфері боротьби зі злочинністю, спрямовану на: а) виявлення та усунення або послаблення і нейтралізацію причин злочинності, окремих її видів, а також умов, які їй сприяють; б) виявлення та усунення ситуацій що безпосередньо мотивують або провокують вчинення злочинів на певних територіях або в певному середовищі; в) виявлення в структурі населення груп підвищеного кримінального ризику і зниження цього ризику; г) виявлення осіб, поведінка яких вказує на реальну можливість вчинення злочинів, і здійснення на них стримуючого та корегуючого впливу, а у випадку необхідності – і на найближче їх оточення [158, с. 100-101, 103-104].

Я. О. Ліховіцький вказує, що на загальносоціальному рівні реалізується стратегія кримінологічної політики в державі, яка передбачає розробку законодавчих програм для боротьби зі злочинністю, а також різноманітних

соціальних ініціатив, що сприятимуть контролю за рівнем злочинності у суспільстві. Зокрема, законодавство у сфері запобігання злочинності включає матеріальні норми кримінального права, кримінального процесуального права та кримінально-виконавчого права. Воно орієнтоване не лише на кримінально-репресивний аспект запобігання злочинності, а й на організаційні аспекти загальної боротьби зі злочинністю, включаючи соціальні, виховні, психологічні та інші методи впливу на рівень злочинності. Окремі кримінологічні норми можуть бути включені до кримінального, кримінально-процесуального чи кримінально-виконавчого права. Загальносоціальне запобігання включає головні аспекти соціальної діяльності, широкі заходи щодо економічного розвитку, розвитку соціальної інфраструктури, управлінських реформ, підтримки культури й моральності, зміцнення конституційних засад законності щодо захисту прав, свобод та інтересів громадян та їх соціального захисту. Ці заходи розглядаються як основа спеціальної профілактики, оскільки вони спрямовані на обмеження підґрунтя злочинності та протидію криміногенним факторам у суспільстві. Запобіжний потенціал цієї діяльності полягає в тому, що вона протидіє негативним явищам і процесам, що сприяють відтворенню або збільшенню рівня кримінальних правопорушень, сприяє законослухняній поведінці людини. Ці заходи не мають прямої мети боротьби з кримінально протиправними проявами, але їх реалізація створює умови для попередження кримінально караної поведінки. Загальносоціальне запобігання злочинності (кримінальним правопорушенням) в сфері охоронної діяльності включає комплекс заходів, які проводяться державними органами, громадськими організаціями та іншими суб’єктами з метою зниження конфліктів і стабілізації соціально-економічних, політичних, морально-психологічних та правових відносин у державі та суспільстві [164].

Є.С. Назимко та Т.І. Пономарьова вказують, що аналіз поточної криміногенної ситуації у країні надає підставу для констатації неможливості відокремлення заходів загальносоціального запобігання кримінальним

правопорушенням від курсу кримінально-правової політики взагалі та якості кримінально-правового регулювання суспільних відносин зокрема. Це пов'язано як із виникненням спеціальних правових станів у окремих громадян, так і з впливом певних кримінально-правових інститутів на порядок здійснення державою основних та додаткових функцій. Формальний підхід до загальносоціального рівня запобігання та відокремлення його від механізму кримінально-правового регулювання знецінює зміст кримінології як юридичної науки взагалі та як науки кримінально-правового циклу зокрема. Визнання факту існування різних моделей кримінально-правового реагування на протиправні посягання на різних рівнях соціальної взаємодії потребує інтеграції елементів кримінально-правової політики на всіх рівнях кримінологічного запобігання, зокрема і на загальносоціальному в межах соціально-економічних, політико-правових та освітньо-виховних заходів. Це надасть можливість впливати на діяльність державних інститутів як прийнятними та сталими засобами, так і шляхом удосконалення механізму кримінально-правового впливу [173, с. 9-10].

Із вченими варто погодитись. На сьогоднішній день в Україні відсутні будь-які документи, у яких би визначався комплексний підхід до проблеми запобігання кримінальним правопорушенням. Кримінально-правова політика утворена низкою концептуальних та стратегічних документів, рекомендаціями міжнародних та європейських спільнот, угодами, укладеними із Європейським Союзом, а також планами заходів, спрямованих на виконання цих угод.

Є.О. Письменський справедливо відзначає, що політика протидії злочинності має бути інтегрована в загальні стратегії внутрішньої політики. Адже злочинність як проблема, що потребує розв'язання на рівні державної політики, має системний характер. Зокрема, рівень злочинності може зумовлюватися економічними, соціальними, культурними та політичними факторами. Такі фактори, як безробіття, бідність чи низький рівень освіти можуть впливати на стан злочинності, поширення окремих видів кримінально

протиправної поведінки. Зазначена інтеграція є потрібною для врахування всіх факторів, що впливають на злочинність, для розроблення комплексної стратегії її протидії [190, с. 18]. Вчений також зауважує, що Україна має одержати свою Концепцію правової політики, зокрема і політики у сфері протидії злочинності, а так само кримінально-правової політики [190, с. 23].

Така концепція повинна мати способи консолідації кримінально-правових заходів із кримінологічними, виявлення шляхів для інтеграції кримінології у всі суспільні відносини, пов'язані із діяльністю держави у сфері усунення незадовільних факторів та чинників, а також фонових явищ, здатних негативним чином впливати на стан кримінально протиправної діяльності.

Повномасштабна агресія російської федерації, введення у дію особливого правового режиму воєнного стану та всі пов'язані із цим військово-політичні детермінанти змістили увагу законодавця на посилення захисту національної безпеки, інтеграцію у національне законодавство нових інститутів та заходів кримінально-правового характеру тощо. Одночасно із цим, вказане загальмувало правотворчу діяльність за іншими напрямами. Відповідно рудиментарність окремих кримінально-правових норм призвело до спотворення уявлення суспільства про караність та невідворотність покарання. Ще одним негативним аспектом стало ускладнення роботи правоохоронних органів.

У комплексному стратегічному плані реформування органів правопорядку як частини сектору безпеки і оборони України на 2023-2027 роки, схваленому Указом Президента України від 11 травня 2023 року № 273/2023 вказано, що органи правопорядку в ході збройної агресії Російської Федерації проти України зіштовхнулись із безпрецедентними викликами у своїй діяльності, насамперед безпековими, на які довелося оперативно реагувати. Серед них – організаційні та інші проблеми, що вплинули на здатність органів правопорядку ефективно виконувати свої функції із забезпечення національної безпеки України в низці аспектів [143].

У плані заходів, спрямованих на виконання Комплексного стратегічного плану реформування органів правопорядку як частини сектору безпеки і оборони України на 2023-2027 роки, затвердженому розпорядженням Кабінету Міністрів України від 23 серпня 2024 р. № 792-р. одним із заходів визначено розроблення проекту концепції кримінальної політики на середньостроковий період, що ґрунтуватиметься, зокрема, на аналізі поточного стану за результатами впровадження моделі SOCTA-Україна та визначатиме довгострокові міжгалузеві і галузеві, інституційні, правові та організаційні заходи щодо протидії злочинності, необхідність стратегічного планування за окремими напрямами протидії злочинності (зокрема, організованій злочинності, кіберзлочинності, катуванням тощо), а також моніторинг та оцінку стану реалізації державної кримінальної політики шляхом виконання концепції кримінальної політики на середньостроковий період [191]. Отже, створення комплексного документа, який визначатиме пріоритети та напрями протидії кримінальної протиправної діяльності на сьогоднішній день є одним із основних завдань, поставлених перед всіма інституціями у контексті реформування органів правопорядку. Одночасно із цим, згаданий Комплексний стратегічний план не включає жодного заходу, спрямованого на підвищення ефективності кримінально-правового та кримінологічного забезпечення сфери медичної діяльності. Вказане, як видається, можна пояснити їх низьким кількісним показником, який формує хибне уявлення про відсутність викликів та загроз у цій галузі.

Необхідно також відзначити, що на сьогоднішній день Україна активно проходить шлях євроінтеграції, зокрема виконуючи Угоду про асоціацію [259] та приводячи національне законодавство у відповідність до законодавства Європейського Союзу. Однією з умов відкриття переговорів про членство України в ЄС стало запровадження дорожніх карт з верховенства права в межах першого кластеру.

Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 14 травня 2025 р. № 475-р було схвалено Дорожню карту з питань верховенства права, у якій вже

було акцентовано увагу на окремих заходах, спрямованих на удосконалення сфери медичної діяльності України. До таких заходів було віднесено: 1) імплементацію Стратегії реформування психоневрологічних, інших інтернатних закладів та деінституціалізації догляду за повнолітніми особами з інвалідністю та особами старшого віку до 2034 року та Операційного плану заходів з реалізації Стратегії у 2025-2027 р. роках, спрямованого на: забезпечення повної інтеграції осіб з інвалідністю в економічне життя, у тому числі можливості здобути професію; у забезпеченні безбар'єрного доступу осіб з інвалідністю та осіб старшого віку до необхідних їм послуг (освітніх, культурних, соціальних, правничих), медичної, соціальної та психологічної допомоги, що сприятиме забезпеченню незалежного життя та включенню до територіальної громади; запровадження механізму поступового переходу від цілодобового стаціонарного догляду осіб похилого віку, осіб з інвалідністю до надання соціальних послуг підтриманого проживання, денного догляду в громаді відповідно до положень Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, Конвенції Ради Європи про захист прав людини і основоположних свобод; 2) схвалення Стратегії державної наркополітики на період до 2030 року, що має на меті популяризацію здорового способу життя, зменшення попиту на наркотичні засоби, протидію незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, ефективний епідеміологічний нагляд, а також надання якісних медичних та соціальних послуг особам, які їх вживають, вдосконалення порядку знищення наркотиків, узгодження системи передачі зразків контрольованих речовин, та затвердження операційного плану з її реалізації на 2025–2027 р. роки; 3) створення консультативно-дорадчого міжвідомчого органу при МОЗ з метою впровадження механізму координації протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів; 4) розроблення та затвердження галузевих стандартів в сфері охорони здоров'я для лікування захворювань, пов'язаних з вживанням психоактивних речовин, відповідно до Рекомендацій Ради 2003/488 від 18.06.2003; 5) розроблення та прийняття

закону з метою внесення змін до законодавства, спрямованих на посилення захисту прав вразливих категорій мігрантів, запровадження доступу до медичної та психологічної допомоги, а також правової підтримки, забезпечення гідних умов та можливостей для інтеграції [88].

Одночасно із цим, необхідно вказати на те, що перш ніж переходити до реалізації вказаних заходів, потрібно усунути негативні чинники загальносоціального характеру, які мають системний характер та утворюють ризики, здатні призвести до формування криміногенного середовища у цій сфері.

Одним із таких факторів та чинників *є відсутність ефективного контролю за документообігом та електронним документообігом у сфері медичної діяльності*. На сьогоднішній день в Україні правові документи, які б чітко регламентували порядок документування професійної медичної діяльності можуть бути оцінені як не у повній мірі ефективні. Логічно, що це створює належні умови та можливості щодо внесення неправдивої інформації.

Прикладом є інформація засобів медіа, відповідно до якої *у березні 2026 року правоохоронці провели 70 обшуків у медзакладах по всій Україні та задокументували схеми привласнення бюджетних коштів, які мали спрямовуватися на лікування українців в межах програм медичних гарантій. Йдеться про фіктивні медичні послуги та маніпуляції з даними в електронній системі охорони здоров'я. За попередніми оцінками, сума збитків може сягати сотень мільйонів гривень* [258].

На сьогоднішній день чинною є Інструкція з діловодства у Міністерстві охорони здоров'я України, затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.02.2014 № 143, яка встановлює загальні вимоги до документування управлінської інформації та організації роботи з документами, незалежно від способу фіксації та відтворення інформації, яка міститься в документах, включаючи їх підготовку, реєстрацію, облік і контроль за виконанням [135]. Наказом Міністерства охорони здоров’я від 22 лютого 2023 року № 358 затверджено Порядок використання системи електронного документообігу в Міністерстві

охорони здоров’я України, який визначає перелік користувачів СЕД Міністерства охорони здоров’я України, їх ролі, процедуру доступу, обов’язки та відповідальність користувачів [200].

З точки зору запобігання кримінальним правопорушенням вказані правові документи, безумовно, можуть вважатись як такі, що мають профілактичне значення, оскільки визначають порядок ведення документації, зокрема – електронної. Разом із тим, вони не охоплюють сучасні ризики, пов’язані із фальсифікацією, корупцією, верифікацією даних тощо. Так, наприклад, вказаний порядок використання системи електронного документообігу передбачає застосування кваліфікованого електронного підпису, проте не деталізує механізм контролю за використанням ключів та реагування на випадки їх компрометації.

Відповідно до Порядку використання електронних довірчих послуг в органах державної влади, органах місцевого самоврядування, підприємствах, установах та організаціях державної форми власності, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2023 р. № 798, за ведення обліку підписувачів – представників державної установи, обліку засобів кваліфікованого електронного підпису, що застосовуються підписувачами – представниками державної установи, зберігання та знищення їх особистих ключів, а також надання кваліфікованому надавачу електронних довірчих послуг інформації, необхідної для скасування, блокування або поновлення кваліфікованих сертифікатів відкритих ключів підписувачів – представників державної установи, визначаються відповідальні працівники згідно з рішенням державної установи (її керівника), якщо інше не встановлено законом [199]. Отже, відсутність механізму належного забезпечення захисту особистого ключа та повідомлення про їх компрометацію становить криміногенний ризик, зокрема – пов’язаний зі спрощенням фальсифікації медичної документації.

Враховуючи наведене, видається за доцільне *внести зміни до Інструкції з діловодства у Міністерстві охорони здоров'я України, затвердженої*

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.02.2014 № 143 та Порядку використання системи електронного документообігу в Міністерстві охорони здоров'я, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я від 22 лютого 2023 року № 358, а саме визначити механізм забезпечення безпеки особистих ключів медичних працівників та процедуру повідомлення про їх незаконне використання (конфіденційність).

Наступним негативним фактором є незадовільний рівень формування антикорупційної культури у сфері медичної діяльності. У Державній антикорупційній програмі, затвердженій постановою Кабінету Міністрів України від 4 березня 2023 р. № 220 у сфері охорони здоров'я було визначено такі основні проблеми: пацієнти та лікарі не отримують лікарські засоби і медичні вироби вчасно та у повному обсязі, зокрема через незавершений перехід до нової системи організації та контролю медичних закупівель, не повністю врегульовані процеси визначення потреб та обліку лікарських засобів; пацієнти не отримують необхідне лікування за кордоном, а також під час надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації через корупційні практики, зумовлені недостатньою врегульованістю відповідних процедур та непрозорістю обліку. залишається неврегульованим порядок обрання закордонного закладу охорони здоров'я, до якого громадянин України підлягає направленню на лікування, що не сприяє ефективному використанню бюджетних коштів та високій якості наданих медичних послуг; електронна система охорони здоров'я є недостатньо інтегрованою з іншими базами даних, що створює можливості для зловживань під час реалізації окремих функцій (зокрема надання виплат унаслідок непрацездатності, проведення профілактичних та обов'язкових медичних оглядів, встановлення групи інвалідності); недостатньо прозорі процедури добору кадрів у закладах охорони здоров'я знижують конкуренцію та створюють можливості для проявів корупції при призначенні на такі посади [83].

За результатами проведеного у 2025 році аналітичного дослідження НАЗК виокремило топ-5 корупційних ситуацій у сфері охорони здоров'я

(надання медичних послуг), пов’язаних із неофіційними платежами службовцю (грошові кошти або подарунки) або надання йому послуг**: надання медичних послуг з лікування пацієнта та проведення йому операції**: у 2021 році – 30,7 % осіб, у 2022 – 23,5 % осіб; у 2023 – 24,3 % осіб; у 2024 – 20,9 % осіб, у 2025 – 18,5 % осіб; **при вирішенні питань умов перебування в стаціонарному медичному закладі**: у 2021 році – 21,9 % осіб; у 2022 – 15,7 % осіб; у 2023 – 19,1 % осіб; у 2024 – 16,2 % осіб; у 2025 – 13,9 % осіб; **за отримання пацієнтом ліків, які є на балансі медичного закладу та які пацієнт має право отримати:** у 2023 році – 15,6 % осіб; у 2024 році – 10 % осіб; у 2025 році – 8,9 % осіб; **для оформлення довідок, листків непрацездатності, виписок тощо, зокрема під час проходження медичного огляду:** у 2021 році – 11,1 % осіб; у 2022 році – 9,1 % осіб; у 2023 році – 10,5 % осіб; у 2024 році – 9,5 % осіб; у 2025 році – 8,5 % осіб; **за вирішення питань щодо набуття статусу (повторного огляду) особи з інвалідністю / особи з інвалідністю внаслідок війни:** у 2025 році – 7,3 % осіб [148].

Аналіз наведених статистичних даних дозволяє констатувати, що в останні роки рівень корупції у сфері охорони здоров’я (надання медичних послуг) поступово знижується.

У березні 2025 року НАЗК провело оцінювання стану виконання Державної антикорупційної програми у сфері охорони здоров’я. До позитивних аспектів було віднесено таке [246]:

– з 1 грудня 2024 року введено в промислову експлуатацію Єдину інформаційну систему соціальної сфери (ЄІССС). Завдяки цій системі громадяни зможуть швидше отримати необхідні соціальні послуги. Крім того, інформаційна система: підвищить ефективність управління соціальною сферою; забезпечить належний облік використання коштів, передбачених в бюджеті на соціальну підтримку для всіх категорій отримувачів соціальної підтримки; оптимізує процеси надання соціальної підтримки та автоматизацію взаємодії між суб’єктами Єдиної системи, що дасть змогу зменшити витрати часу та зусиль на обслуговування громадян; забезпечить моніторинг та аналіз

ефективності надання соціальної підтримки. Частиною ЄІССС є соціальний портал Мінсоцполітики, де громадяни можуть подати онлайн-заяву на отримання соціальних послуг [246].

Одночасно із цим, у ст. 24 Закону України від 18.09.2025 № 4607-IX «Про Єдину інформаційну систему соціальної сфери» передбачено, що "орушеннями у сфері функціонування Єдиної системи вважаються: 1) несанкціонований доступ до персональних даних чи інших сукупностей даних осіб, які можуть бути конкретно ідентифіковані в Єдиній системі; 2) розголошення або незаконне використання інформації з Єдиної системи; 3) недотримання вимог щодо захисту інформації в Єдиній системі; 4) внесення недостовірної інформації до Єдиної системи; 5) неподання або несвоєчасне подання до Єдиної системи інформації (даних), визначеної законодавством такою, що необхідна для встановлення (підтвердження) права на отримання соціальної підтримки, призначення, нарахування та/або здійснення соціальної підтримки, а також для реалізації власником Єдиної системи інших повноважень, передбачених законом [220].

Як видається із наведеного, закон, по-перше, допускає можливість вчинення порушень у сфері функціонування системи, а отже остання не має належного та ефективного механізму захисту. По-друге, видається доцільним посилити кримінальну відповідальність за такі дії, що може стати дієвим ризик-орієнтованим способом протидії вказаним протиправним діянням;

– 19 грудня 2024 року Верховна Рада України прийняла Закон України №4170-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування медико-соціальної експертизи та впровадження оцінювання повсякденного функціонування». Новий закон ліквідовує застарілу систему медико-соціальної експертизи (МСЕК) й передбачає створення цифровізованої системи оцінювання повсякденного функціонування людини. Замість МСЕК розпочали роботу експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи. Зміни спрямовані на вдосконалення механізму встановлення інвалідності, мають забезпечити

прозорість і зменшити корупційні ризики завдяки проведенню оцінювання повсякденного функціонування особи через електронну систему.

Прийняття законодавчого акту, безумовно, позитивно вплинуло на запобігання корупційним правопорушенням у сфері охорони здоров'я. Здебільшого, це пов’язано із тим, що нормативно-правовий акт передбачив ліквідацію МСЕК, цифровізацію процедур оцінювання, уніфікацію критеріїв прийняття рішень та підвищення прозорості процесу. Це суттєво зменшило можливості для корупційних та повязаних із корупцією кримінальних правопорушень.

У вересні 2025 року у засобах медіа з’явилась інформація щодо того, що *на Одещині правоохоронці затримали керівника та двох членів місцевої експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи (колишня МСЕК). Їх підозрюють у торгівлі фіктивними медичними документами для ухилення від мобілізації. За даними слідства, підозрювані пропонували військовозобов’язаним безпідставні довідки про нібито тяжкі захворювання, які ставали підставою для встановлення групи інвалідності. Зазначається, що до схеми входили адміністратор комісії, головуючий лікар-кардіолог та медичний реєстратор. Вони встигли отримати «замовлення» від щонайменше півсотні СБУ затримала фігурантів "на гарячому" під час отримання чергових хабарів. У них вилучили чорнові записи, особові справи призовників та смартфони з доказами незаконної діяльності. Фігурантам повідомили про підозру за ч. 3 ст. 368 ККУ - одержання неправомірної вигоди службовою особою, а також за ч. 1 ст. 114-1 ККУ - перешкоджання законній діяльності Збройних сил України та інших військових формувань* [172].

Отже, як видається, наведені обставини є яскравим прикладом того, що реформування МСЕК та встановлення додаткових процедур забезпечення прозорості їх діяльності не призвело до очікуваних результатів.

– Міністерство охорони здоров’я України забезпечило сумісність та взаємодію електронної системи охорони здоров’я (eHealth) з Єдиним

державним демографічним реєстром, Державним реєстром актів цивільного стану громадян, Державним реєстром фізичних осіб – платників податків, Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань, інформаційними системами Мінсоцполітики, Інформаційно-аналітичною платформою електронної верифікації та моніторингу, Державним реєстром лікарських засобів України з іншими державними реєстрами та електронними системами. Це унеможливлює консолідування неверифікованої інформації у реєстрі та зменшує необхідність співпраці між лікарем, іншими державними органами та пацієнтом «у ручному режимі», адже раніше були ризики суб'єктивного втручання і помилок, а також повільний обмін відповідними даними [220].

Що стосується вказаного заходу, необхідно відзначити, що якщо до такої цифровізації неправомірні дії часто полягали у підробленні паперових документів, то після реформування основні ризики пов'язані із потенційною можливістю внесення неправдивих відомостей у систему уповноваженою особою та використання доступу до реєстрів з метою вчинення протиправних діянь. Вказане спрощує процедуру надання фіктивних лікарняних та маніпулювання із медичною інформацією.

– Міністерство охорони здоров'я України забезпечило введення в експлуатацію розширеного функціоналу електронної системи охорони здоров'я (eHealth), який, зокрема, стосується впровадження класифікатора НК 030:2022 «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я». Завдяки цьому відбулось впровадження такого Національного класифікатора, що є інструментом оцінки стану функціональності особи на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я. Функціонал eHealth дозволяє вносити електронні медичні записи про стан функціонування особи із використанням Національного класифікатора. Крім того, він містить можливість використання даних з електронної системи охорони здоров'я для отримання особою відповідних

послуг на основі індивідуального реабілітаційного плану із використанням Національного класифікатора [220].

Отже, із урахуванням наведеного, *доцільними видаються заходи, спрямовані на*: 1) усунення потенційних порушень, пов'язаних із використанням Єдину інформаційну систему соціальної сфери, зокрема шляхом посилення кримінальної відповідальності; 2) запровадження регулярного моніторингу Міністерством охорони здоровя корупційних ризиків, запровадити автоматизовані індикатори корупційних ризиків, які б надавали можливість виявити випадки значної кількості виявлених підстав для встановлення інвалідності одним медичним працівником; необґрунтоване збільшення кількості позитивних рішень щодо встановлення інвалідності; занадто стислі терміни розгляду справ; 3) обмеження повноважень медичних працівників під час користування реєстрами та інформаційними системами, пов'язаними із електронною системи охорони здоров'я (eHealth); передбачити можливість медичного працівника мати доступ виключно до тих функцій та інформації, що необхідні для виконання професійних обов'язків.

Щодо схвалення Стратегії державної наркополітики на період до 2030 року, що має на меті популяризацію здорового способу життя, зменшення попиту на наркотичні засоби, протидію незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, ефективний епідеміологічний нагляд, а також надання якісних медичних та соціальних послуг особам, які їх вживають, вдосконалення порядку знищення наркотиків, узгодження системи передачі зразків контрольованих речовин, та затвердження операційного плану з її реалізації на 2025–2027 р. роки, визначеної як один із заходів у Дорожній карті з питань верховенства права [259], необхідно відзначити, що така Стратегія була схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 20 серпня 2025 р. № 920-р.

У документі вказано, що аналіз звернень за медичною допомогою у зв'язку з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних засобів (за даними Національної служби здоров'я станом на 1 січня 2025 р.)

також свідчить про суттєво більшу частку чоловіків серед осіб, які звернулися за медичною допомогою (частка жінок становить 14 відсотків). Водночас за відсутності даних щодо кількості споживачів неін'єкційних наркотичних засобів в Україні неможливо провести аналіз рівня доступу до отримання медичної допомоги у зв'язку з розладами, спричиненими вживанням наркотичних засобів, повною мірою. З початку широкомасштабної збройної агресії Російської Федерації проти України значна кількість громадян потребують медичної допомоги внаслідок отриманих ушкоджень, поранень та психологічних травм. Стрімко збільшується кількість осіб, у тому числі і дітей, що мають посттравматичний стресовий розлад. Залучення найкращих світових практик для надання допомоги таким особам дасть змогу з часом впоратися з цим викликом та відновити їх стан. Нормативно-правове врегулювання діяльності, пов'язаної із зберіганням та використанням наркотичних лікарських засобів військовими частинами під час надання тактичної догоспітальної допомоги та медичної допомоги на догоспітальному етапі під час ведення воєнних (бойових) дій, забезпечить доступ до наркотичних лікарських засобів для військовослужбовців, що отримали травму або поранення та потребують невідкладного знеболення. Лише скоординовані та послідовні дії у напрямі допомоги військовослужбовцям та іншим особам, які цього потребують, у період військового стану допоможуть протистояти широкомасштабній збройній агресії Російської Федерації проти України. Одним із ефективних заходів було визначено імплементацію найкращих міжнародних рекомендацій та доведених практик запобігання вживанню наркотичних засобів, психотропних речовин без медичних показань до національного законодавства [241].

У цілому підтримуючи такий захід, необхідно відзначити, що на практиці ця ініціатива може призвести до зростання кількості випадків незаконної видачі рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин.

Так, у вироку Приморського районного суду м. Одеси від 19 травня 2025 року (справа № 522/12379/21), *за період з жовтня по грудень 2020 року група лікарів-наркологів наркологічного відділення №2 МЦ ТОВ у складі ОСОБА_15, ОСОБА_16 та ОСОБА_14 діючи спільно, з корисливих мотивів (що виразилось в отриманні грошових коштів всупереч п. 1 Розділу І «Правил виписування рецептів та лікарських засобів і виробів медичного призначення», затверджених Наказом МОЗ №360 року від 19.07.2005 року), не маючи на це підстав та повноважень, незаконно видавали спеціальні рецептурні бланки форми №3 (ф3), а саме рецепти на право одержання лікарського засобу, що містить наркотичний засіб чи психотропну речовину, який є документом суворої звітності, за наступних обставин. Так, у денний час 30.10.2020 року до лікаря нарколога ОСОБА_15, який перебував на своєму робочому місці у приміщенні наркологічного відділення №2 МЦ ТОВ, звернувся наркозалежний ОСОБА_17 з проханням надати йому рецепт на право придбання наркотичного засобу. У той же день, ставши до реалізації спільного з ОСОБА_14 та ОСОБА_16 злочинного плану, ОСОБА_15 діючи за попередньою змовою з групою осіб, усвідомлюючи суспільно небезпечний характер своїх дій, передбачаючи їх суспільно небезпечні наслідки і бажаючи їх настання, діючи з корисливих спонукань, виписав на ОСОБА_17 медичну картку амбулаторного хворого №3773, яка у подальшому мала виконувати функцію начебто формально-законної підстави для видачі вищезазначених рецептурних бланків, тобто для прикриття цих злочинних дій. Із внесених ОСОБА_15 у цю медичну картку записів вбачалось, що для лікувальних цілей ОСОБА_17 потрібно лікарські засоби, що містять наркотичний засіб чи психотропну речовину. Після цього, продовжуючи й надалі діяти згідно зі спільним злочинним планом, діючи за попередньою змовою групою осіб, ОСОБА_15 у той же день на ім`я ОСОБА_17 заповнив спеціальний рецептурний бланк форми №3 (ф3) за №854730, який є документом суворої звітності, в якому він розписався, проставив відбиток своєї лікарської мастичної печатки та передав цей бланк ОСОБА_17. Вищезазначений*

рецептурний бланк надавав ОСОБА_17 право на придбання в аптеках м. Одеси препарату «Buprenorphini» 0,008 мг у кількості 10 таблеток (з розрахунку прийому по 2 таблетки на день протягом 5 днів) [64].

Відповідно до вироку Деснянського районного суду міста Чернігова від 27 березня 2025 року (справа № 750/271/23), особу обвинувачено у вчиненні кримінальних правопорушень, передбачених ч.ч. 1-2 ст. 319 КК України за таких обставин: *за відсутності довідки про встановлений діагноз «наркоманія» у медичних картках амбулаторного хворого, заведених ОСОБА_4 та лікарями ТОВ «МЦ «Віталонг» - особою матеріали відносно якої виділені в окреме провадження, з 22.06.2020 - ОСОБА_5 , та з 26.03.2021 - ОСОБА_6 , які були достовірно обізнані про вказаний факт, не маючи належних медичних показань щодо необхідності за станом здоров`я пацієнту вживати наркотичні засоби, безпідставно, всупереч вимогам стандартів лікування синдрому відміни опіоїдів, а саме: пп. 3 п. 6.2 розділу 6, та додатку 16 наказу МОЗ України від 09.11.2020 № 2555 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів», стандартів лікування синдрому залежності від опіоїдів, а саме: абзац 2 пп. 11 п. 5.2 розділу 5, та додатку 12 наказу МОЗ України від 09.11.2020 № 2555 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів», п. 11 наказу МОЗ України від27.03.2012 №200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю», прийняв рішення проводити лікування пацієнтів, незаконно видаючи спеціальні рецептурні бланки форми №3 (ф3), а саме рецепти на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин, який є документом суворої звітності* [55].

Як видається із наведеного вироку, непоодинокими є випадки, коли кримінальні правопорушення, передбачені ст. 319 КК України вчиняються у складі організованої групи чи злочинної організації.

Окрема інформація також міститься на офіційних сайтах правоохоронних органів. Так, наприклад, на офіційному сайті МВС України вказано, що у 2020 році *медпрацівники незаконно виписували спеціальні рецептурні бланки на придбання наркотичних лікарських препаратів «Метадон» людям, які не мають встановленого діагнозу «наркоманія» та не є учасниками програми замісної підтримувальної терапії. Незаконну діяльність працівників приватного медичного центру припинили оперативники Управління боротьби з наркозлочинністю в Одеській області ДБН Нацполіції спільно зі слідчими та під процесуальним керівництвом місцевої прокуратури. Встановлено, що працівники закладу, окрім легальної діяльності, виписували рецептурні бланки на придбання наркотичних лікарських препаратів громадянам, які не були пацієнтами та не проходили замісну підтримувальну терапію. За кожен такий рецепт «пацієнти» платили 500 гривень, а за таблетку метадону – 180 гривень. За силової підтримки бійців спецпідрозділу ТОР правоохоронці провели санкціонований обшук у приміщенні медцентру. У результаті вилучено 81 упаковку різних медичних препаратів зі вмістом у них наркотиків та психотропів. Також вилучено невикористані рецептурні бланки, медичну документацію, розрахункові квитанції про оплату, близько 65 тисяч гривень, ноутбуки та цифрові носії. Окрім того, в приміщенні поліцейські виявили чоловіка, який щойно придбав у лікаря одну таблетку метадону за 180 гривень. За вказаними фактами розслідується кримінальне провадження, відкрите за ч. 1 ст. 320 (Порушення встановлених правил обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів) Кримінального кодексу України. Санкція статті передбачає до трьох років позбавлення волі з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років. Після проведення експертиз буде вирішуватися питання про додаткову кваліфікацію за ст. 319 (Незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин) Кримінального кодексу України [50]*.

Аналіз статистичної інформації, викладеної на сайті Офісу Генерального прокурора надає підставу для виявлення сумнівно значного зниження кількісного показника в останні два роки. Так, у 2020 році було обліковано 127 кримінальних правопорушень, передбачених ст. 319 КК України, у 2021 році – 751, у 2022 році – 792, у 2023 році – 398, у 2024 році – 15, станом на грудень 2025 року було обліковано 8 кримінальних правопорушень, передбачених ст. 319 КК України [182]. Дослідження поточної правотворчої діяльності, а також діяльності правоохоронних органів дозволяє стверджувати, що за останні два роки було лише раз внесено зміни до санкції ч. 1 ст. 319 КК України, а саме – покарання у виді арешту замінено на пробаційний нагляд. Більше жодних змін, які б дозволили настільки ефективно знизити кількісний показник таких суспільно небезпечних діянь не було виявлено. Наведене надає підставу припустити, що основною причиною є зростання випадків латентних кримінальних правопорушень, передбачених ст. 319 КК України, а також збільшення частоти винесення виправдувальних вироків.

У постанові Верховного Суду (справа № 953/5793/23) вказано, що *згідно пред`явленого органом досудового розслідування обвинувачення, викладеного в зміненому обвинувальному акті, ОСОБА_10 обвинувачується у вчиненні кримінальних правопорушень, передбачених ч. 1, 2 ст. 319 КК України, а саме в тому, що перебуваючи на посаді лікаря психіатра в ТОВ «Медичний центр Можливість» та ТОВ «Медичний центр Гармонія», діючи з корисливих мотивів, здійснила незаконну видачу спеціальних рецептурних бланків форми № 3 (ф3) для виписування наркотичних та психотропних засобів, а саме: рецепти на право одержання лікарського засобу, що містить наркотичний засіб чи психотропну речовину, який є документом суворої звітності. Вироком Київського районного суду м. Харкова від 03 грудня 2024 року ОСОБА_6 визнано невинуватою у пред`явленому обвинуваченні за частинами 1, 2 ст. 319 КК та виправдано на підставі п. 3 ч.1 ст. 373 Кримінального процесуального кодексу України у зв`язку з недоведеністю, що в діянні обвинуваченої є склад кримінальних правопорушень. На думку касатора,*

апеляційний суд не проаналізував та не дав в повному обсязі відповіді на доводи апеляційної скарги прокурора, обмежився лише покликанням на те, що в діях ОСОБА_6 відсутній корисливий мотив. При цьому суд узяв до уваги, що згідно з диспозиціями частин 1, 2 ст. 319 КК відповідальність за вчинення вказаних кримінальних правопорушень, настає у разі незаконної видачі рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин з корисливих мотивів чи в інших особистих інтересах. Тобто мотивом вчинення вказаних кримінальний правопорушень, є саме користь або інший особистий інтерес. Згідно з пред`явленим обвинувачення, ОСОБА_6 вчинила інкриміновані діяння, саме з корисливого мотиву. Апеляційний суд, спростовуючи твердження прокурора про наявність корисливого мотиву в обвинуваченої, послався на те, що по жодному із епізодів пред`явленого обвинувачення, сторона обвинувачення, не довела фактів отримання грошових коштів за видачу рецептів на право придбання наркотичних засобів саме ОСОБА_6. Судовим розглядом цього кримінального провадження встановлено, що грошові кошти за надані ОСОБА_6 консультації, як лікаря психіатра, сплачувалися на рецепції адміністраторам медичних закладів. Крім того, доказів про те, що в результаті видачі лікарем ОСОБА_6 рецептів на придбання наркотичних засобів, остання отримувала більшу заробітну плату чи премії або іншу матеріальну винагороду, матеріали кримінального провадження не містять [204].

Як видається із наведеного рішення суду, особу було виправдано через відсутність достатніх та належних доказів щодо наявності у її діях корисливого мотиву, який є обов’язковою ознакою суб’єктивної сторони кримінального правопорушення, передбаченого ст. 319 КК України.

Разом із тим, окрім вказаного мотиву у диспозиції кримінально-правової норми передбачено також «інші особисті інтереси». По-перше, «інші особисті інтереси» – доволі оціночне поняття, оскільки, фактично, у будь-якому випадку, коли особа вчиняє умисне кримінальне правопорушення взагалі та діяння, передбачене ст. 319 КК України зокрема вона має особистий мотив;

умисних та невмотивованих кримінальних правопорушень не може бути апріорі. По-друге, видається складним механізм доведення наявності причинно-наслідкового зв’язку між незаконною видачею рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин та певним «особистим інтересом» медичного працівника, який це вчинив.

До цього ж також варто зазначити, що в умовах інтенсифікації наркополітики, зокрема спрощення доступу наркозалежних осіб до медичної допомоги видається доцільним створити належне кримінально-правове забезпечення, зокрема – шляхом внесення змін до ч. 1 ст. 319 КК України, яку видається доцільним викласти таким чином: *1. Незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин – карається…*

Виключення вказівки на наявність корисливого/особистого мотиву вчинення такого протиправного діяння надасть можливість охопити всі випадки незаконної видачі таких рецептів медичними працівниками, а також знизить латентність наркоманії. Окремо необхідно відзначити, що фактично таке кримінальне правопорушення не потребує виокремлення мотиву, оскільки воно має підвищений ступінь суспільної небезпечності, пов'язаний із порушенням медичним працівником низки законодавчих та підзаконних нормативно-правових актів.

Окрім цього варто також переглянути види та розміри покарань та кваліфікуючі ознаки досліджуваного кримінального правопорушення. В умовах підвищення ефективності наркополітики та із урахуванням міжнародних та європейських рекомендацій видається за доцільне розглянути можливість доповнення санкції ч. 1 ст. 319 таким видом покарання як позбавлення волі. По-перше, необхідно відзначити, що розміри всіх видів покарань, передбачених ч. 1 ст. 319 є необґрунтовано низькими. Якщо медичний працівник вчиняє таке діяння, він свідомо сприяє продовженню наркотизації населення, що є, як мінімум, порушенням професійної етики, а як максимум – має серйозний влив на фізичний, психічний та моральний

розвиток суспільства. Тому, видається, що, наприклад, штраф до сімдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян чи громадські роботи на строк від ста шістдесяти до двохсот сорока годин не є співрозмірними шкоді, яку може бути спричинено таким протиправним діянням.

По-друге, у кримінально-правовій нормі порушено логіку встановлення видів та розмірів покарань для основного та кваліфікованого складу – у ч. 1 відсутнє покарання у виді позбавлення волі, а у ч. 2 – воно передбачено строком від двох до п’яти років та є безальтернативним. Отже, *видається за доцільне для ч. 1 передбачити такі покарання як пробаційний нагляд на строк до трьох років, або обмеженням волі на той самий строк, або позбавленням волі на строк до двох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років; для ч. 2 позбавленням волі на строк від двох до п'яти років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до п’яти років.*

Доцільним також видається встановити кваліфікуючою ознакою вчинення такого протиправного діяння щодо жінки, яка завідомо для винного є вагітною. Наведена пропозиція надасть можливість посилити захист уразливих категорій осіб.

Ще одним заходом може стати впровадження культури нульової толерантності до медичної помилки та впровадження порядку повідомлення про такі випадки.

Так, наприклад у Великій Британії працює система *Learn from Patient Safety Events (LFPSE – Навчання на основі подій, пов'язаних із безпекою пацієнтів).* Усім медичним працівникам в Англії, включаючи тих, хто працює в первинній медичній допомозі, рекомендується використовувати систему для реєстрації будь-яких подій, коли: пацієнту було завдано шкоди або могло бути завдано шкоди; спостерігався поганий результат, але поки що незрозуміло, чи сприяв цьому інцидент, чи ні; виявлено ризики для безпеки пацієнтів у майбутньому; було надано належну допомогу, з якої можна було б повчитися для покращення безпеки пацієнтів. LFPSE – це нова система, яка

впроваджується з липня 2021 року як наступник попередньої Національної системи звітності та навчання (NRLS). Електронні форми NRLS для загальної практики більше не використовуються та тепер перенаправлятимуть на сторінку входу в LFPSE [28]. LFPSE спочатку надає дві основні послуги: запис події безпеки пацієнтів – організації, персонал та пацієнти зможуть записувати деталі подій безпеки пацієнтів, вносячи свій внесок у національне джерело даних NHS для підтримки навчання та вдосконалення; доступ до даних про зареєстровані події безпеки пацієнтів – постачальники медичних послуг та уповноважені можуть отримати доступ до даних, наданих їхніми командами, щоб краще зрозуміти свої місцеві практики та культуру запису, а також підтримати роботу з покращення місцевої безпеки. Реєстрація подій безпеки пацієнтів, незалежно від того, чи призводять вони до шкоди, чи ні, надає життєво важливе розуміння того, що може піти не так в охороні здоров'я, та причин, чому. На національному рівні це дозволяє швидко виявляти нові або недостатньо визнані проблеми безпеки та вживати заходів у масштабах NHS, гарантуючи, що постачальники медичних послуг по всій країні вживатимуть заходів для зниження ризику (дізнайтеся більше про те, як ми використовуємо реєстрацію інцидентів безпеки пацієнтів на національному рівні). Це також надає велику кількість даних, що пропонують важливу інформацію для підтримки поточних національних програм покращення безпеки пацієнтів, а також роботи з покращення на більш місцевому або спеціалізованому рівні. Сервіс LFPSE є значним оновленням порівняно зі старою системою, створюючи єдину національну систему NHS для реєстрації подій безпеки пацієнтів. Він впроваджує покращені можливості для аналізу подій безпеки пацієнтів, що відбуваються в охороні здоров'я, та дозволяє краще використовувати новітні технології, такі як машинне навчання, для створення результатів, які пропонують глибше розуміння та навчання, що більше відповідає поточному середовищу NHS [13].

Після повного функціонування LFPSE: спростить для персоналу всіх медичних закладів реєстрацію подій безпеки завдяки автоматизованому

завантаженню з локальних систем для економії часу та зусиль, а також впровадить нові інструменти для позалікарняної допомоги, де рівень звітності історично був нижчим; збиратиме інформацію, яка краще підходить для навчання з метою покращення, ніж та, що зараз збирається існуючими системами; спростить доступ до даних про події безпеки для підтримки місцевої та спеціалізованої роботи з покращення; використовуватиме нові технології для підтримки високоякісних та своєчасніших даних, машинного навчання та забезпечення кращого зворотного зв'язку для персоналу та організацій. LFPSE спростить реєстрацію подій безпеки в інших медичних закладах, включаючи первинну медичну допомогу, завдяки впровадженню простих онлайн-форм та багатофункціонального онлайн-сервісу для доступу, перегляду та оновлення раніше зареєстрованих інцидентів. Це підтримує належну практику реагування на інциденти, дозволяючи меншим організаціям переглядати всі свої події безпеки через одну інформаційну панель та постійно покращувати якість своїх даних з часом [13].

Аналогічна система запроваджена й у Данії. Окремий розділ Закону Данії про охорону здоров'я (Danish Health Act) присвячений питанням безпеки пацієнтів, зокрема системі повідомлення про несприятливі події та використанню отриманої інформації для навчання й удосконалення медичної практики. Відповідно до статті 61 цього Закону, медичні працівники, які безпосередньо надають медичну допомогу, зобов'язані повідомляти про несприятливі події, а керівники (власники) закладів охорони здоров'я – вживати необхідних заходів за результатами таких повідомлень. Данське управління з безпеки пацієнтів (Danish Patient Safety Authority) забезпечує поширення інформації про несприятливі події з метою навчання та підвищення якості медичної допомоги. При цьому медичний працівник, який повідомив про несприятливу подію, не може бути підданий службовому розслідуванню, дисциплінарному провадженню чи судовому переслідуванню лише з підстав подання такого повідомлення [31].

Ще одним позитивним прикладом є формування політики справедливої культури в Канаді, яка викладена у програмному документі, де вказано на потребу у справедливому ставленні до медичних працівників у випадках, коли під час надання медичної допомоги пацієнт зазнав шкоди або міг її зазнати. Запровадження такої політики є важливим кроком до забезпечення відкритості у взаємовідносинах між медичними працівниками, пацієнтами та керівництвом закладу охорони здоров'я щодо порядку реагування на випадки порушення безпеки пацієнтів. Така політика може бути по-різному оформлена. Політика керівного органу має загальний стратегічний характер і закріплює зобов'язання організації дотримуватися принципів «справедливої культури». Вона демонструє, що забезпечення безпеки пацієнтів і справедливого ставлення до персоналу є одним із пріоритетів керівництва. Операційна політика містить більш детальні положення, визначає конкретні процедури, механізми та очікувані стандарти поведінки працівників під час реагування на випадки заподіяння або ризику заподіяння шкоди пацієнтові. Альтернативним підходом є розроблення документа з політичними настановами, який передбачає інтеграцію принципів «справедливої культури» до всіх внутрішніх політик і процедур організації, а не лише до тих, що стосуються інцидентів, пов'язаних із безпекою пацієнтів. Доцільно, щоб політика «справедливої культури» містила такі основні положення: медичні працівники несуть відповідальність за власні дії, однак не можуть нести відповідальність за системні недоліки, які не перебувають під їхнім контролем; оцінювання дій медичних працівників здійснюється об'єктивно та справедливо з урахуванням впливу організаційних і системних чинників; поведінка медичного працівника оцінюється незалежно від того, до яких наслідків для пацієнта вона призвела; за результатами справедливої оцінки можуть застосовуватися різні заходи реагування з урахуванням конкретних обставин та системних факторів. Спектр можливих заходів реагування варіюється від заохочення працівника за належні дії до застосування коригувальних заходів, спрямованих на підвищення безпеки медичної

допомоги, а у відповідних випадках – дисциплінарної відповідальності. Якщо ж буде встановлено, що медичний працівник умисно вчинив дії з метою заподіяння шкоди пацієнтові, до нього застосовуються дисциплінарні заходи, а матеріали передаються до компетентних правоохоронних органів для проведення відповідного розслідування [6].

Останнім із досліджуваних заходів є запровадження механізму альтернативного вирішення конфліктів, який має включати заходи, спрямовані на інтеграцію медіативних процедур, створення при медичних закладах спеціальних служб врегулювання конфліктів.

У цьому контексті доцільно звернути увагу на позитивний досвід США, де тривалий час функціонує American Health Law Association (AHLA), яка веде провідний національний реєстр арбітрів, медіаторів та судових виконавців з досвідом у галузі медичного права. Одним із основних напрямів є медіація – це процес вирішення спорів, який керується сторонами та допомагає медіатору. Кваліфіковані нейтральні особи зі списку AHLA можуть допомогти сторонам досягти врегулювання шляхом медіації з *набагато меншими* витратами, часом та труднощами, ніж у типовому судовому процесі чи арбітражі. Крім того, сторони зберігають контроль над результатом. За допомогою медіації *сторони* вирішують, як і коли залишити суперечки позаду. Вони можуть використовувати медіацію на ранній стадії, ще до подання позову, або пізніше під час арбітражу чи судового розгляду. Вирішення спорів шляхом медіації означає, що сторони можуть повернутися до роботи у сфері охорони здоров'я та перестати витрачати свій час, гроші та персонал на тривалі судові тяжби. Коли сторони добровільно проводять медіацію, рівень врегулювання досягає 80% або вище. Враховуючи такий рівень успіху, легко зрозуміти, чому деякі суди призначають медіацію і не призначають дату судового розгляду, доки не буде зроблено спробу медіації. Усі медіатори у нашому списку є експертами у галузі медичного права, наук про життя або застосування загальних законів (наприклад, трудового чи податкового) до цих галузей. Вони працюють зі сторонами протягом усього

процесу медіації, допомагаючи сприяти врегулюванню спору, починаючи з попередньої конференції перед медіацією, протягом дня(ів) медіації та до підписання мирової угоди [2].

Необхідно відзначити, що розвиток механізмів альтернативного врегулювання конфліктів між пацієнтами та медичними працівниками, які успішно застосовуються у Великій Британії, Канаді, США тощо не тільки сприяють відкритому обговоренню медичних інцидентів, зменшують кількість судових спорів і формують культуру навчання на помилках замість їх приховування, а й є ефективним способом запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються медичними працівниками шляхом застосування ризик-орієнтованого підходу. Раннє виявлення ризиків у діяльності медичного працівника можуть надати можливість своєчасно вплинути на таку ситуацію або шляхом проведення додаткового навчання, бесіди, або шляхом відсторонення такої особи від медичної практики.

Таким чином, за результатами проведеного дослідження встановлено, що заходи загальносоціального запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності мають бути спрямовані на усунення базових чинників та фонових явищ, які призводять або роблять можливим вчинення кримінального правопорушення. До основних заходів віднесено: 1) налагодження та підвищення ефективності контролю за документообігом та електронним документообігом у сфері медичної діяльності; 2) підвищення якості формування антикорупційної культури у сфері медичної діяльності шляхом 4) запровадження регулярного моніторингу Міністерством охорони здоровя корупційних ризиків, запровадити автоматизовані індикатори корупційних ризиків, які б надавали можливість виявити випадки значної кількості виявлених підстав для встановлення інвалідності одним медичним працівником; необґрунтоване збільшення кількості позитивних рішень щодо встановлення інвалідності; занадто стислі терміни розгляду справ; 3) усунення потенційних порушень, пов’язаних із використанням Єдину інформаційну систему соціальної сфери, зокрема

шляхом посилення кримінальної відповідальності; 4) обмеження повноважень медичних працівників під час користування реєстрами та інформаційними системами, пов’язаними із електронною системи охорони здоров’я (eHealth); передбачити можливість медичного працівника мати доступ виключно до тих функцій та інформації, що необхідні для виконання професійних обов’язків; 5) посилення ефективності кримінально-правового забезпечення наркополітики України шляхом удосконалення кримінальної відповідальності за незаконну видачу рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин; 7) впровадження культури нульової толерантності до медичної помилки та впровадження порядку повідомлення про такі випадки (позитивний досвід Великої Британії, Канади та Данії); 8) запровадження механізму альтернативного вирішення конфліктів, який має включати заходи, спрямовані на інтеграцію медіативних процедур, створення при медичних закладах спеціальних служб врегулювання конфліктів (позитивний досвід США).

Запропоновано такі зміни та доповнення до національного законодавства:

– в Інструкції з діловодства у Міністерстві охорони здоров'я України, затвердженої Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.02.2014 № 143 та Порядку використання системи електронного документообігу в Міністерстві охорони здоров’я, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров’я від 22 лютого 2023 року № 358, а саме визначити механізм забезпечення безпеки особистих ключів медичних працівників та процедуру повідомлення про їх незаконне використання (конфіденційність);

– у Кримінальному кодексі України ч. 1 ст. 319 викласти таким чином: 1. Незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин – карається…

4.2. Спеціально-кримінологічні заходи запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності в Україні

Спеціально-кримінологічне запобігання кримінальним правопорушенням є одним із основних рівнів у механізмі протидії злочинності. Наведене може бути підтверджено тим, що саме на цьому рівні розробляються та інтегруються у практичну діяльність заходи, спрямовані безпосередньо на усунення ключових детермінант конкретного виду суспільно небезпечних діянь.

Є.С. Назимко та Т.І. Пономарьова вказують, що спеціально-кримінологічне запобігання традиційно вважається сукупністю заходів та засобів, спрямованих на боротьбу зі злочинністю. Фактично, саме цей рівень утворює платформу для розбудови стратегій запобігання або злочинності загалом, або окремим її видам. Незважаючи на те, що за сферою дії спеціально-кримінологічне запобігання є другим рівнем, відповідно до доктринальних положень та підходів кримінологів, більшість заходів, які включені до його структури, змістовно дублюють аналогічні для загальносоціального рівня, однак є більш локальними. Вивчення практики судових та правоохоронних органів дає підстави стверджувати, що за конкретним змістом загальновизнані заходи спеціально-кримінологічного запобігання кримінальним правопорушенням можуть бути диференційовані на такі групи за ознакою детермінанти, на усунення якої вони скеровані: 1) організаційно-правові заходи запобігання; 2) віктимологічні заходи запобігання; 3) пенітенціарні заходи запобігання [173, с. 95]. У цілому погоджуючись із думкою вчених, необхідно відзначити, що у контексті запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності, ключовими заходами є організаційно-правові.

Організаційно-правові заходи запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування. Однією із найпоширеніших та найсерйозніших детермінант досліджуваного виду

суспільно небезпечних діянь є високий рівень їх латентності. Остання пояснюється декількома причинами, першою з яких є те, що окремі види таких протиправних діянь відносяться до проваджень приватного обвинувачення.

Аналіз кримінально-процесуального законодавства 1960 року свідчить про те, що до реформи 2012 року законодавець виділяв лише декілька кримінальних правопорушень, притягнення до кримінальної відповідальності за вчинення яких могло бути виключно за скаргою потерпілого. У статті 27 КПК 1960 року було вказано, що справи про злочини, передбачені статтею 125, частиною 1 статті 126, а також справи про злочини, передбачені статтею 203-1, частиною 1 статті 206, статтями 219, 229, 231-232-2, 356 Кримінального кодексу України щодо дій, якими заподіяно шкоду правам та інтересам окремих громадян, порушуються не інакше як за скаргою потерпілого, якому і належить у такому разі право підтримувати обвинувачення. Зазначені справи підлягають закриттю, якщо потерпілий примириться з обвинуваченим, підсудним. У справах про злочини, передбачені статтею 125, частиною 1 статті 126, а також статтею 356 Кримінального кодексу України щодо дій, якими заподіяно шкоду правам та інтересам окремих громадян, дізнання і досудове слідство не провадяться. Справи про злочини, передбачені частиною 1 статті 152 Кримінального кодексу України, порушуються не інакше як за скаргою потерпілого, але закривати їх за примиренням потерпілого з обвинуваченим, підсудним не можна. Якщо справа про будь-який із зазначених у частині 1 цієї статті злочинів має особливе громадське значення, а також у виняткових випадках, коли потерпілий у такій справі чи в справі про злочин, зазначений у частині 2 цієї статті, через свій безпорадний стан, залежність від обвинуваченого чи з інших причин не може захистити свої законні інтереси, прокурор порушує справу і при відсутності скарги потерпілого. Справа, порушена прокурором, направляється для провадження дізнання чи досудового слідства, а після закінчення розслідування розглядається судом

в загальному порядку. Така справа в разі примирення потерпілого з обвинуваченим, підсудним закриттю не підлягає [157].

Отже, законодавцем було визначено, що за скаргою потерпілого кримінальні справи можуть порушувати лише за декількома статтями кримінального законодавства, які встановлювали кримінальну відповідальність за нетяжкі злочини (до введення у дію інституту кримінального проступку). У КПК 2012 року перелік таких кримінальних правопорушень було значно розширено.

У пояснювальній записці до проєкту чинного кримінального процесуального законодавства суттєве розширення кримінального провадження у формі приватного обвинувачення визначалось як один із позитивних змін процесуальної політики. Розробниками було зазначено, що відповідно до проекту провадження по цій категорії може бути розпочате слідчим, прокурором лише на підставі заяви потерпілого. Відмова потерпілого, його представника від обвинувачення є безумовною підставою для закриття кримінального провадження у формі приватного обвинувачення. При цьому проект передбачає досить широке коло складів злочинів, щодо яких застосовується приватне обвинувачення, використовуючи *як критерій для їх виокремлення той факт, що такі злочини в основному завдають шкоди переважно приватним інтересам особи і не заподіюють безпосередньої шкоди державі [212].*

Одночасно із цим, вказаний критерій видається не зовсім вірним, оскільки, виходячи з аналізу переліку складів кримінальних правопорушень, визначених у ст. 477 КПК України, основним критерієм став суб'єктивний підхід законодавця до оцінки ступеня суспільної небезпечності протиправних діянь. Вказане може бути підтверджене тим, що, по-перше, здебільшого кримінальні провадження у формі приватного обвинувачення здійснюються щодо простих складів кримінальних правопорушень (у ст. 477 КПК України є багато вказівок саме на перші частини кримінально-правових норм Особливої частини КК України). А отже, законодавець вважає, що кваліфіковані склади

є більш суспільно небезпечними, що унеможливлює початок кримінального провадження за заявою потерпілого. По-друге, якщо мова йде про те, що викладено перелік протиправних діянь, які спричиняють шкоду виключно приватним інтересам громадян, тоді чому до кримінальних правопорушень провадження щодо яких здійснюється у формі приватного обвинувачення відноситься умисне знищення або пошкодження майна без обтяжуючих обставин, а крадіжка, грабіж, шахрайство – ні, незаконне проведення дослідів над людиною без обтяжуючих обставин відноситься, а насильницьке донорство – ні? Отже, законодавча логіка з досліджуваного питання залишається незрозумілою. Необхідно відзначити і те, що на цю проблему увагу звертали і представники Головного науково-експертного управління Верховної Ради України.

У висновку було вказано, що необґрунтованим є різке розширення у проекті переліку злочинів, кримінальне провадження щодо яких може бути розпочате не інакше як за заявою потерпілого. Статтею 477 проекту передбачено *більше 50 складів таких злочинів*, до яких, окрім іншого, відносяться: умисне середньої тяжкості тілесне ушкодження, *у тому числі й за обтяжуючих обставин* (стаття 122 КК України); свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, *що є небезпечною для життя людини* (частина перша статті 130 КК України); незаконне проведення дослідів над людиною (частина перша статті 142 КК України)... До того ж зазначений перелік чомусь «розбивається» на три відокремлені блоки, що жодним чином не впливає на порядок розслідування чи судового розгляду відповідних категорій справ. У законопроекті не враховано, що більшість із зазначених вище діянь є злочинами середньої тяжкості, *або навіть тяжкими*. Включення до вказаного переліку тяжких злочинів взагалі є неприпустимим. До того ж, зі змісту законопроекту не зрозуміло, як бути, якщо у справі є два і більше потерпілих, і один з них бажає, а інші не бажають звертатись до органів досудового розслідування; яким чином має діяти слідчий, якщо у справі є двоє

і більше обвинувачених, і потерпілий бажає порушити справу стосовно одного з них, а стосовно інших – ні; чи може бути визнано дійсною повторну подачу заяви після того, як вона була відізвана тощо. Крім того, порядок кримінального провадження у формі приватного обвинувачення у проекті КПК майже не врегульовується. Виходячи зі змісту проекту єдиною відмінністю таких категорій справ є те, що досудове розслідування по ним розпочинається лише за заявою потерпілого (стаття 477), а відкликання такої заяви є безумовною підставою для закриття кримінального провадження (пункт 7 частини першої статті 284). У такому випадку логічно виникає питання: який сенс виділяти таку кількість складів злочинів для так званого «приватного обвинувачення», якщо досудове розслідування і судовий розгляд таких справ майже нічим не відрізняється від «публічного обвинувачення» [68].

Так, більшість зауважень було враховано та доопрацьовано норму. Одночасно із цим перелік таких кримінальних правопорушень залишився достатньо розширеним. Щодо кримінальних правопорушень, які вчиняються у сфері медичної діяльності у ст. 477 КПК визначено такі: розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 132 КК України); ненадання допомоги хворому медичним працівником без обтяжуючих обставин (ст. 139 КК України); незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145 КК України). *Аналіз даних Єдиного державного реєстру судових рішень дозволяє констатувати, що з 2019 року у кримінальних провадженнях, розпочатих за фактом вчинення таких кримінальних правопорушень вироків ухвалено не було (не дивлячись на те, що відповідно до інформації, викладеної на сайті Офісу Генерального прокурора, діяння, передбачені ст. 139 та 145 КК України обліковувались).*

Необхідно відзначити, що дуже часто потерпілі не звертаються до правоохоронних органів через низку причин. Однією із основних є низький рівень довіри (за даними Національної поліції, у 2025 році, відповідно до

результатів опитування, 44 % довіряють поліції, 34 % не довіряють, 20 % ставляться нейтрально [179]). Ще однією причиною є відсутність розуміння ступеню суспільної небезпеки діяння, яке було вчинено щодо них медичним працівником. Окремо варто відзначити і небажання оприлюднювати факт вчинення щодо них кримінального правопорушення (як, наприклад, у випадку розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, потерпілий може не бажати ще більш широкого розголосу інформації).

Отже, враховуючи вказане, видається доцільним виключити ст. ст. 132, 139 та 145 із переліку кримінальних правопорушень, кримінальні провадження щодо яких здійснюються у формі приватного обвинувачення.

Наступною проблемою, яка потребує вирішення є низький відсоток кримінальних проваджень, розпочатих за фактом вчинення кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності, які б завершувались направленням до суду обвинувального акту. Це також стосується одного із перелічених вище кримінальних правопорушень – ненадання допомоги хворому медичним працівником без обтяжуючих обставин. Відповідно до статистики Офісу Генерального прокурора, у 2025 році на підставі п.п. 1-3 ч. 1 ст. 284 КПК (встановлена відсутність події кримінального правопорушення; встановлена відсутність в діянні складу кримінального правопорушення; не встановлені достатні докази для доведення винуватості особи в суді і вичерпані можливості їх отримати [155]) України було закрито 24 кримінальні провадження [181].

Виходячи із наведених даних, можна констатувати, що однією з причин закриття кримінальних проваджень є відсутність достатніх доказів для доведення винуватості особи в суді. Однією з причин, якими це може бути зумовлено, є конфлікт інтересів між винним медичним працівником та судово-медичним експертом, який проводить експертизу у цьому кримінальному провадженні.

Відповідно до ст. 238 КПК України, огляд трупа слідчим, прокурором проводиться за обов'язкової участі судово-медичного експерта або лікаря, якщо вчасно неможливо залучити судово-медичного експерта. Огляд трупа може здійснюватися одночасно з оглядом місця події, житла чи іншого володіння особи з додержанням правил цього Кодексу про огляд житла чи іншого володіння особи. Після огляду труп підлягає обов'язковому направленню для проведення судово-медичної експертизи для встановлення причини смерті. Труп підлягає видачі лише з письмового дозволу прокурора і тільки після проведення судово-медичної експертизи та встановлення причини смерті. Під час здійснення кримінального провадження у порядку, передбаченому статтею 615 цього Кодексу, письмовий дозвіл на видачу трупа видається прокурором або слідчим після проведення судово-медичної експертизи та встановлення причин смерті [155].

Відповідно до ст. 242 КПК України, слідчий або прокурор зобов'язані забезпечити проведення експертизи щодо: 1) встановлення причин смерті; 2) встановлення тяжкості та характеру тілесних ушкоджень; 3) визначення психічного стану підозрюваного за наявності відомостей, які викликають сумнів щодо його осудності, обмеженої осудності; 4) встановлення віку особи, якщо це необхідно для вирішення питання про можливість притягнення її до кримінальної відповідальності, а іншим способом неможливо отримати ці відомості; 6) визначення розміру матеріальних збитків, якщо потерпілий не може їх визначити та не надав документ, що підтверджує розмір такої шкоди, розміру шкоди немайнового характеру, шкоди довкіллю, заподіяного кримінальним правопорушенням [155].

Отже, наведені положення свідчать про те, що судово-медичний експерт у будь-якому випадку залучається до оцінки шкоди, спричиненої медичним працівником потерпілому (не залежно від того, чи стали вони причиною смерті, чи просто спричинили шкоду здоров'ю). Відповідно до Інструкції про проведення судово-медичної експертизи, затвердженої Міністерством охорони здоров'я України від 17.01.1995 № 6, до компетенції судово-медичної

експертизи належить: експертиза трупів у випадках насильницької смерті; експертиза трупів при підозрі застосування насилля або з інших обставин, що обумовлюють необхідність такої експертизи; експертиза потерпілих, обвинувачених та інших осіб; експертиза речових доказів; експертиза за матеріалами кримінальних та цивільних справ. Первинна судово-медична експертиза може бути проведена як одним, так і кількома експертами. Необхідність участі кількох експертів визначається особою, що призначила таку експертизу, або начальником бюро судово-медичної експертизи. Додаткова судово-медична експертиза доручається експерту (експертам), що проводив (проводили) первинну експертизу, або іншому (іншим) експерту (експертам). Повторна судово-медична експертиза повинна бути доручена тільки іншому (іншим) експерту (експертам). Участь кількох експертів є обов'язковою при проведенні: *експертиз у справах про притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення;* повторних експертиз за матеріалами кримінальних та цивільних справ; експертиз з визначення втрати загальної та професійної працездатності. Проведення цих експертиз здійснюється у відділах комісійних експертиз бюро судово медичних експертиз управлінь охорони здоров'я обласних виконавчих комітетів, у відділі комісійних експертиз республіканського бюро (Автономної Республіки Крим), а також у судово-медичному відділі Головного бюро судово-медичної експертизи МОЗ України [136].

Виходячи із положення щодо обов’язковості залучення декількох експертів при проведенні експертиз у справах про притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення, законодавець у повному обсязі усвідомлює потенційний конфлікт інтересів та можливі спроби судово-медичного експерта сприяти приховуванню слідів кримінального правопорушення, вчиненого колегою. Одночасно із цим, актуальним залишається питання щодо того, чи вирішує залучення декількох фахівців таку проблему.

Як видається, одним із способів вирішення вказаного може бути внесення змін до зазначеної вище Інструкції, шляхом виключення п. 2.4.1 та доповненням п. 2.5.1, який викласти таким чином: *Експертизи у справах про притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення проводяться виключно у складі комісії, більшу частину членів якої мають складати представники Державної установи «Інститут судової психіатрії та судової медицини Міністерства охорони здоров'я України». До складу такої комісії також в обов'язковому порядку мають входити не менш, ніж два професори кафедр судової медицини.*

Ще однією причиною закриття кримінальних проваджень на підставах, визначених у п.п. 1-3 ч. 1 ст. 284 КПК України є невдалі конструкції окремих кримінально-правових норм, у яких встановлено кримінальну відповідальність за кримінальні правопорушення, що вчиняються у сфері медичної діяльності. Так, наприклад, склад кримінального правопорушення, передбаченого ст. 145 КК України (незаконне розголошення лікарської таємниці) є матеріальним та передбачає, що для того, щоб вважати таке кримінальне правопорушення закінченим, розголошення лікарської таємниці має спричинити тяжкі наслідки.

У науково-практичному коментарі до Кримінального кодексу України вказано, що тяжкими наслідками розголошення вказаних відомостей можуть бути визнані, зокрема, самогубство чи самоскалічення потерпілого, серйозне загострення його хвороби внаслідок переживань, яке набуває характеристики тяжкого тілесного ушкодження. Настання таких наслідків розголошення лікарської таємниці, як самогубство потерпілого, заподіяння йому тяжких тілесних ушкоджень не охоплюється ст. 145 і за наявності підстав потребує додаткової кваліфікації за статтями 120, 128 [177, с. 432].

Як видається, довести причинно-наслідковий зв'язок між розголошенням лікарської таємниці та самогубством/самокаліченням/тяжкими тілесними ушкодженнями майже неможливо. Вказане зумовлює те, що всі розпочаті кримінальні провадження

закриваються через відсутність достатніх доказів, що утворює хибне уявлення про непоширеність таких суспільно небезпечних діянь. Одночасно із цим не можна не зазначити, що саме через настання тяжких наслідків для життя та здоров'я особи, чию таємницю лікарем було розголошено визначається родовий об'єкт цього протиправного діяння.

Аналіз релевантних кримінально-правових норм, у яких встановлено відповідальність за порушення таємниці голосування, розголошення таємниці усиновлення (удочеріння), розголошення державної таємниці, надав можливість встановити, що всі ці склади сконструйовані законодавцем як формальні, а отже не передбачають настання суспільно небезпечних наслідків як обов'язкову ознаку об'єктивної сторони. Разом із тим, розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, передбачене ст. 132 КК України також є кримінальним правопорушенням із формальним складом. Таким чином, залишається незрозумілим, чим керувався законодавець, коли передбачив, що незаконне розголошення лікарської таємниці має бути діянням із матеріальним складом.

Враховуючи наведене, видається за доцільне внести зміни до диспозиції ст. 145 КК України та викласти її таким чином: *Умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, - карається…*

Віктимологічні заходи запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності. Ця група заходів має бути спрямована на витіснення віктимних настанов в осіб, які звертаються за медичною допомогою.

Одним із першочергових кроків за цим напрямом має стати створення інституту медичного омбудсмена. У 2021 році у Верховній Раді України було зареєстровано законопроєкт № 5400. У ст. 1 проєкту було визначено, що з метою реалізації державного контролю за додержанням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, нормативів професійної діяльності в

сфері охорони здоров'я, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій та протоколів надання реабілітаційної допомоги в Україні діє Уповноважений з медичних питань. Основними завданнями Уповноваженого є: 1) контроль за реалізацією права на охорону здоров'я; 2) контроль за реалізацією прав пацієнтів; 3) контроль за реалізацією прав медичних працівників; 4) посередництво в конфлікті між пацієнтом та об'єктом державного контролю. Об'єктами державного контролю є заклади охорони здоров'я всіх форм власності, суб'єкти господарювання, які провадять господарську діяльність з медичної практики [224]. До повноважень омбудсмена серед іншого було також віднесено: …3) відкривати провадження за скаргами пацієнтів, їх законних представників, родичів пацієнтів та медичних працівників у встановленому Уповноваженим порядку; 4) надавати консультативні висновки щодо дотримання стандартів медичної допомоги за результатами проведеного провадження Уповноваженого; 5) розглядати скарги щодо порушення права на охорону здоров'я, в разі обґрунтованості скарги в установленому Уповноваженим порядку відкривати провадження щодо порушення права на охорону здоров'я, в рамках якого співпрацювати із об'єктами державного контролю, отримувати всю необхідну для перевірки скарги інформацію, в тому числі щодо отриманої медичної допомоги, медичної послуги або медичного забезпечення, та повідомляти скаржника про результати такого провадження; 6) в разі необхідності в результаті провадження звертатись із заявою про вчинення кримінального правопорушення і користуватись правами, передбаченими Кримінальним процесуальним кодексом України…[224].

Практика створення інституту медичного омбудсмена також є розповсюдженою у зарубіжних країнах. Так, наприклад, у Німеччині діє Представництво інтересів пацієнтів (Patientenfürsprache). Представники із захисту прав пацієнтів (пацієнтські омбудсмени) є важливою комунікаційною ланкою між пацієнтами та їхніми родичами, з одного боку, і працівниками закладу охорони здоров'я – з іншого. Вони інформують пацієнтів, виступають

незалежними контактними особами з питань захисту їхніх прав та інтересів, а також приймають звернення щодо побажань, пропозицій і критичних зауважень. Таким чином, пацієнтські омбудсмени виконують посередницьку функцію у взаємовідносинах між пацієнтами, їхніми родичами та персоналом медичного закладу. В умовах сучасних викликів, з якими стикаються заклади охорони здоров'я, зокрема дефіциту медичного персоналу, високого рівня професійного навантаження, необхідності забезпечення безпеки пацієнтів, дотримання вимог лікарняної гігієни, підвищення стандартів якості медичної допомоги, а також надання допомоги пацієнтам із деменцією та множинними хронічними захворюваннями, пацієнтські омбудсмени можуть надавати керівництву та медичному персоналу важливу інформацію щодо проблемних аспектів організації медичної допомоги з позиції пацієнтів [25].

Аналогічна практика є у Великій Британії – служба Patient Advice and Liaison Service (PALS) [36], у Сполучених Штатах Америки – World Patients Alliance, основними завданнями якої є: сприяння залученню пацієнтів та їхньому розширеному участю в системах охорони здоров'я, що забезпечує можливість окремим особам і громадам брати змістовну участь у прийнятті рішень, які впливають на їхнє здоров'я та добробут; захист безпеки пацієнтів, забезпечення якісної медичної допомоги та загального доступу до базових медичних послуг через глобальну співпрацю з системами охорони здоров'я, урядами та громадянським суспільством; об’єднання пацієнтів, осіб, які здійснюють догляд, пацієнтських організацій та інших зацікавлених сторін у єдину представницьку платформу, що відображає голоси осіб, яких стосується функціонування системи охорони здоров'я; підвищення обізнаності та освітній вплив на пацієнтів, медичних працівників та інших учасників системи охорони здоров'я щодо ключових питань, таких як медична грамотність, безпека, права пацієнтів та рівність, через проведення заходів, публікації та інформаційно-просвітницькі ініціативи; сприяння діалогу між пацієнтами та органами охорони здоров'я на національному, регіональному та глобальному рівнях, забезпечуючи формування політики та систем охорони здоров'я з урахуванням

досвіду та потреб пацієнтів; внесок у глобальний порядок денний у сфері охорони здоров'я, включаючи Цілі сталого розвитку, шляхом розвитку інклюзивної, підзвітної та пацієнтоорієнтованої системи охорони здоров'я [20].

Законопроєкт № 5400 було відкликано, а інститут медичного омбудсмена фактично фрагментарно інтегрувався у діяльність Національної служби охорони здоров’я України, окремих сервісів для пацієнтів, пропонованих Міністерством охорони здоров’я тощо. Одночасно із цим, видається доцільним відродити ініціативу щодо запровадження Уповноваженого з питань охорони здоровя, що надасть можливість вирішити одразу декілька проблемних питань: по-перше, це підвищить ефективність надання медичних послуг, оскільки буде забезпечено додатковий контроль за діяльністю медичних працівників; по-друге, посилить захист прав пацієнтів, навіть тоді, коли це не стосується вчинення щодо них кримінальних правопорушень; по-третє, сприятиме зниженню латентності суспільно небезпечних діянь, що вчиняються у сфері медичної діяльності.

Другим заходом доцільно вважати розроблення та прийняття Закону України «Про захист прав пацієнтів». Необхідно відзначити, що подібна ініціатива була у 2007 році, а саме зареєстровано законопроєкт № 1132. Серед низки положень, запропонованих на розгляд, у проєкті визначались межі здійснення державного і громадського контролю за дотриманням прав пацієнта. Зазначено, що державний і громадський контроль за дотриманням прав пацієнта і забезпеченням його безпеки здійснюють комісії із захисту прав пацієнтів, спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади з питань охорони здоров'я та його територіальні органи, а також інші центральні і місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування та їх виконавчі комітети у межах своєї компетенції відповідно до законодавства України. Громадський контроль за дотриманням прав пацієнтів можуть здійснювати громадські об’єднання медичних (фармацевтичних) працівників, об’єднання пацієнтів та / або членів їхніх родин, інші громадські об’єднання у

межах, встановлених законодавством України. Громадські об'єднання реалізують захист прав пацієнта як самостійно, так і на основі угод з органами державної влади, органами місцевого самоврядування, учасниками системи медичного обслуговування шляхом свого представництва у громадських, консультативних і наглядових радах, утворених в органах місцевого самоврядування та при органах управління системою охорони здоров'я, а також іншими незабороненими законом способами. Громадські об'єднання мають право пред'являти позови в суди, представляти інтереси пацієнта в суді чи органах позасудового розгляду скарг і претензій пацієнта у спосіб, який не суперечить чинному законодавству. Для виконання функцій громадського контролю громадські об'єднання мають право одержувати необхідну інформацію, яка відноситься до захисту прав пацієнтів, вносити в установленому порядку пропозиції щодо поліпшення реалізації і захисту прав пацієнтів та підвищення якості медичних послуг. Нагляд за дотриманням законодавства щодо забезпечення захисту прав пацієнтів здійснюється органами прокуратури [26].

Проєктом також було передбачено створення спеціальних комісій із захисту прав пацієнтів. Вказано, що комісії із захисту прав пацієнтів створюються при територіальних органах спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади з питань охорони здоров'я і займаються усіма питаннями, пов'язаними із дотриманням і реалізацією прав пацієнтів. При спеціально уповноваженому центральному органі виконавчої влади з питань охорони здоров'я утворюється і діє Національна комісія із захисту прав пацієнтів. Комісії із захисту прав пацієнтів: перевіряють обґрунтованість скарг і звернень пацієнтів, пов'язаних з порушенням їхніх прав; вносять пропозиції до органів ліцензування про призупинення або анулювання ліцензії на медичну та фармацевтичну діяльність осіб, які вчинили протиправні дії відносно пацієнтів; направляють в органи прокуратури матеріали перевірки та висновки щодо наявності в діях медичних і фармацевтичних працівників складу злочину; звертаються з позовом до суду по всіх фактах протиправних

дій, вчинених відносно пацієнтів, у тому числі в інтересах пацієнтів; вживають заходів щодо притягнення порушників прав пацієнтів до відповідальності згідно до законодавства України [26].

Спеціалізоване законодавство у сфері захисту прав пацієнтів є у таких зарубіжних державах як *Швеція* (Patientlagen (2014:821) – має на меті в межах діяльності системи охорони здоров'я посилити та чітко визначити статус пацієнта, а також сприяти забезпеченню його недоторканності, самовизначення та участі у процесі надання медичної допомоги. Закон містить положення щодо: доступності медичної допомоги (глава 2), інформації (глава 3), згоди пацієнта (глава 4), участі пацієнта в лікуванні (глава 5), постійного медичного контакту та індивідуального планування лікування (глава 6), вибору альтернатив лікування та медичних засобів (глава 7), нового медичного обстеження / другої медичної думки (глава 8), вибору надавача медичних послуг (глава 9), персональних даних та медичних довідок (глава 10), зауважень, скарг і безпеки пацієнтів (глава 11) [223]); *Франція* – Закон LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), де зазначено, що фундаментальне право на охорону здоров'я має реалізовуватися всіма доступними засобами на користь кожної особи. Фахівці, заклади та мережі охорони здоров'я, органи медичного страхування або інші установи, що беруть участь у профілактиці та лікуванні, а також органи санітарного нагляду спільно з користувачами (пацієнтами) сприяють розвитку профілактики, забезпечують рівний доступ кожної особи до медичної допомоги, необхідної відповідно до її стану здоров'я, а також гарантують безперервність лікування та максимально можливий рівень безпеки у сфері охорони здоров'я [16] тощо.

Відповідно розробка та введення у дію спеціального законодавчого акту надасть можливість посилити віктимологічний захист пацієнтів, а також більш комплексно підійти до внесення змін та доповнень до кримінального законодавства в частині кримінальної відповідальності та покарання за суспільно небезпечні діяння, що вчиняються у сфері медичної діяльності.

Третім заходом є розробка національної стратегії медичної грамотності. Вказане вже було вдало реалізовано у 2025 році у Словенії. Дослідження показали, що майже половина дорослого населення Словенії має труднощі з розумінням медичної інформації. Це часто призводить до меншого використання профілактичних послуг, гіршого лікування хронічних захворювань та більшого навантаження на систему охорони здоров'я. Стратегія реагує на ці виклики амбітною метою – до 2035 року щонайменше 60 відсотків населення досягне достатнього або відмінного рівня медичної грамотності. Медична грамотність – це знання та навички, які дозволяють людям розуміти медичну інформацію, приймати обґрунтовані рішення щодо лікування та профілактики, а також звертатися за допомогою, коли вона потрібна. Важлива не лише відповідальність окремої людини – заклади охорони здоров’я також повинні надавати зрозумілу інформацію та створювати дружнє, підтримуюче середовище. Для досягнення цієї мети стратегія зосереджена на дев'яти підцілях: розширення прав і можливостей мешканців у прийнятті рішень щодо охорони здоров'я, зміцнення знань дітей та підлітків, краща комунікація в закладах охорони здоров'я, додаткові знання для медичних працівників, сприяння цифровій медичній грамотності, допомога вразливим групам населення та пацієнтам із хронічними захворюваннями, навчання здоров’ю протягом усього життя, більша роль громадянського суспільства та громад, інтеграція медичної грамотності в державну політику та міжнародне співробітництво. Разом зі стратегією було також прийнято перший План дій щодо медичної грамотності на 2025–2027 роки, який передбачає проведення національних кампаній, розробку рекомендацій, цифрових рішень, навчальних модулів, включення медичної грамотності до освітніх програм, проведення досліджень, розробку критеріїв організаційної грамотності та включення Словенії до міжнародних проектів. Це зміцнює системний підхід до медичної грамотності як ключового фактора покращення здоров'я та зменшення нерівності [29].

Як видається, аналогічна практика може бути запроваджена і в Україні, оскільки відповідно до результатів аналізу вироків, ухвалених у кримінальних провадженнях, що були розпочаті за фактом вчинення кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності, низка таких суспільно небезпечних діянь була пов’язана із відсутністю грамотності населення у сфері медичної діяльності. Підвищення рівня медичної грамотності також надасть можливість знизити латентність протиправних діянь у сфері медичної діяльності, шляхом підвищення частоти звернень пацієнтів (їх представників) до правоохоронних органів.

Четвертим заходом доцільно визначити інтенсифікацію незалежних опитувань пацієнтів, щодо якості надання медичних послуг в Україні. Такі опитування мають проводитись не тільки Міністерством охорони здоровя, але й Державною службою статистики України. Схожа ініціатива вже була і мала назву «Голос пацієнта». «Голос пацієнтів» і «Голос медичних працівників» – серія тематичних онлайн-опитувань протягом березня-вересня 2024 року. Їх мета –отримати актуальні дані щодо ставлення, досвіду і поведінки у питаннях, що пов‘язані з роботою системи охорони здоров‘я та її ключових компонентів. Ініціатива здійснювався МОЗ за підтримки Проєкту USAID «Підтримка реформи охорони здоров’я» [89]. Одночасно із цим, вказані опитування, по-перше, проводились МОЗ, яке є зацікавленим у позитивних результатах, а по-друге, результати онлайн-опитування так і не були оприлюднені на офіційному сайті Міністерства.

Необхідно відзначити, що у Програмі економічних реформ в Україні на 2010 – 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» було вказано, що для підвищення якості медичних послуг необхідно забезпечити: перехід до закупівлі державою послуг у закладів охорони здоров'я на контрактній основі. Закупівля обладнання й інших матеріально-технічних засобів здійснюватиметься у тому числі і за рахунок цільових бюджетних програм; повсюдне впровадження клінічних протоколів; розроблення системи індикаторів якості роботи медичних закладів, створення

незалежних центрів оцінювання якості медичних послуг; зміна системи оплати праці медичних працівників за рахунок виділення двох складників: постійного (на основі єдиної тарифної сітки), змінного залежно від обсягу і якості наданої медичної допомоги [222].

У 2025 році було затверджено Методику розробки системи індикаторів якості медичної та реабілітаційної допомоги, яка визначає механізм створення клінічних індикаторів якості медичної або реабілітаційної допомоги з метою наукового обґрунтування та розробки системи моніторингу якості медичної та реабілітаційної допомоги, а саме їх компонентів — структури, процесу, результату, при запровадженні медико-технологічних документів зі стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги (клінічних настанов, медичних та реабілітаційних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, протоколів надання реабілітаційної допомоги, клінічних маршрутів пацієнтів), діяльності закладів охорони здоров'я. Метою запровадження клінічних індикаторів якості медичної та реабілітаційної допомоги є: безперервне поліпшення якості медичної та реабілітаційної допомоги, скорочення небажаних змін якості у сфері медичного обслуговування; допомога в прийнятті рішень з медичної практики; запобігання непотрібним клінічним заходам та непотрібним витратам; забезпечення об'єктивної і кількісної оцінки клінічної та медико-економічної ефективності медичної та реабілітаційної допомоги; обґрунтування ефективного використання ресурсів з урахуванням очікувань пацієнтів; сприяння внутрішньому управлінню якістю ЗОЗ та зовнішній гарантії якості управління охорони здоров'я; оцінка досягнення рівня медичної та реабілітаційної допомоги, визначеного стандартом, протоколом медичної або реабілітаційної допомоги [167].

Отже, *удосконалення індикаторів якості надання медичних послуг є п'ятим заходом віктимологічного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності.* Наявні на сьогоднішній день індикатори, як видається, не забезпечують отримання

необхідної інформації щодо рівня задоволеності населення щодо отриманих медичних послуг, взаємодії із медичними працівниками тощо.

Пенітенціарні заходи запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності. Вчені відзначають, що запобігання кримінальним правопорушенням – система заходів, яка застосовується до кримінального правопорушника з метою його виправлення, а також усунення причин та умов, які сприяють зростанню кількісного показника кримінальних правопорушень. Традиційно більшість заходів спеціально-кримінологічного запобігання протиправним діянням учені відносять до тих, що передбачені в адміністративному, кримінальному та кримінальному процесуальному законодавстві України, а також законодавчих та нормативно-правових актах, якими регулюється діяльність суб'єктів запобігання. Такий підхід може бути визначений як не цілком аргументований у зв'язку з тим, що реалізація функції спеціальної превенції розпочинається з моменту призначення покарання та триває до погашення/зняття судимості. Отже, низка заходів спеціально-кримінологічного запобігання здійснюється Державною кримінально-виконавчою службою України під час виконання та відбування засудженими кримінальних покарань. Вказане надає підставу для виокремлення у структурі спеціально-кримінологічного запобігання пенітенціарних заходів [173, с. 185].

Здебільшого кримінально-правові норми, у яких встановлено кримінальну відповідальність за вчинення кримінальних правопорушень у сфері медичного обслуговування у санкціях передбачають покарання у виді позбавлення права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю. Останнє може бути визначено як основне або обов'язкове додаткове. Логіка такого законодавчого рішення є беззаперечною, оскільки вчинене протиправне діяння безпосередньо корелює із професійною діяльністю медичного працівника.

Необхідно відзначити, що не завжди позбавлення права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю передбачено законодавцем як додаткове покарання до покарання у виді позбавлення волі. Наприклад, у ст.

132 КК України воно є обов'язковим додатковим покаранням до штрафу, громадських робіт, виправних робіт, пробаційного нагляду, обмеження волі; у ст. 139 КК України для ч. 1 не передбачений взагалі, для ч. 2 – є обов'язковим додатковим до обмеження/позбавлення волі; у ст. 140 КК України – аналогічно; у ст. 141 не передбачений взагалі, у ст. 145 КК України є альтернативним видом основного покарання.

Відповідно до ч. 2 ст. 30 КВК України, виконання покарання у виді позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю, призначеного як додаткове покарання до арешту, обмеження волі, тримання в дисциплінарному батальйоні військовослужбовців або позбавлення волі на певний строк, під час відбування основного покарання покладається на адміністрацію кримінально-виконавчої установи, командування дисциплінарного батальйону, військової частини чи начальника гарнізону. Адміністрація кримінально-виконавчої установи, командування дисциплінарного батальйону, військової частини чи начальник гарнізону, де відбуває покарання особа, засуджена до додаткового покарання у виді позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю, не може використовувати засудженого на роботах, виконання яких йому заборонено згідно з вироком [156].

Виходячи із наведеного положення, можна зробити висновок, що якщо особі, якій було призначено покарання у виді позбавлення волі не призначалось покарання у виді позбавлення права обіймати певні посади або займатись певною діяльністю, вона має можливість залучатись до роботи, яка пов'язана із її професією чи навичками.

Відповідно до ст. 118 КВК України, засуджені до позбавлення волі мають право працювати. Праця здійснюється на добровільній основі на підставі договору цивільно-правового характеру або трудового договору, який укладається між засудженим та фізичною особою - підприємцем або юридичною особою, для яких засуджені здійснюють виконання робіт чи надання послуг. Такі договори погоджуються адміністрацією колонії та

повинні містити порядок їх виконання. Адміністрація зобов'язана створювати умови для праці засуджених за договорами цивільно-правового характеру та трудовими договорами. Засуджені до позбавлення волі, які мають заборгованість за виконавчими документами, зобов'язані працювати в місцях і на роботах, які визначаються адміністрацією колонії, до погашення такої заборгованості. Засудженим, які досягли пенсійного віку, встановленого статтею 26 Закону України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування», особам з інвалідністю першої та другої груп, хворим на активну форму туберкульозу, жінкам з вагітністю понад чотири місяці, жінкам, які мають дітей у будинках дитини при виправних колоніях, дозволяється працювати за їхнім бажанням з урахуванням висновку лікарської комісії колонії. Перелік робіт і посад, на яких забороняється використовувати засуджених до позбавлення волі, визначається нормативно-правовими актами Міністерства юстиції України [156].

У правилах внутрішнього розпорядку установ виконання покарань, затверджених Наказом Міністерства юстиції України від 28 серпня 2018 року № 2823/5 зазначено, що забороняється використовувати працю засуджених: на всіх роботах і посадах у міжрегіональних управліннях, адміністративних будівлях, у яких розміщується персонал з охорони установ виконання покарань, у розплідниках службових собак; у приміщеннях, де розміщені зброя, спеціальні засоби, система сигналізації для попередження втеч, система контролю доступом, службова документація; на роботах, пов'язаних з устаткуванням для розмноження документів, радіотелеграфною та телефонною технікою (за винятком лінійних монтерів у присутності представників адміністрації установи виконання покарань); на посадах продавців, бухгалтерів-операціоністів, касирів, завідувачів продовольчих та речових складів, комірників; на роботах, пов'язаних з обліком, зберіганням та видачею медикаментів, а також вибухових та отруйних речовин; як фотографів (крім засуджених до обмеження волі), зубопротезистів, водіїв легкових та оперативних автомобілів і мотоциклістів; на посадах з

підпорядкуванням їм вільнонайманих працівників; на роботах, пов’язаних з обслуговуванням та ремонтом технічних засобів охорони і нагляду, обробкою контрольно-слідової смуги; *на роботах, пов’язаних з наданням медичної допомоги* [213].

Таких підхід логічно може бути пояснений декількома причинами. По-перше, особа, яка займається медичною діяльністю має доступ до медикаментів, медичних інструментів та користуються довірою пацієнта. В умовах ізоляції через виконання таких обов’язків засуджений може отримати доступ до наркотичних засобів або спричинити умисну шкоду здоровя іншого засудженого, який до нього звернувся для надання медичної допомоги. До цього ж необхідно додатки і господарсько-процесуальні аспекти, а саме те, що медичною діяльністю має право займатись або особа, яка працює у державному чи приватному закладі охорони здоровя, який має відповідну ліцензію або фізична особа-підприємець, котрій надано дозвіл на надання медичних послуг. Відповідно, під час відбування покарання у виді позбавлення волі медичний працівник не є працівником закладу охорони здоров’я та не може займатись приватною медичною діяльністю, а отже, фактично, не має права працювати за фахом.

Одночасно із цим в Інструкції про умови праці та заробітну плату засуджених до обмеження волі або позбавлення волі, затвердженій Наказом Міністерства юстиції України від 07.03.2013 № 396/5 вказано, що для засуджених, зайнятих на відповідних посадах медичних працівників, яким передбачено підвищення посадових окладів за переліком установ виконання покарань (слідчих ізоляторів), їх підрозділів та посад, робота на яких дає право на підвищення посадових окладів у зв'язку з небезпечними для здоров'я та особливо важкими умовами праці, це підвищення визначається в тих самих розмірах [137].

Це положення наразі утворює колізію, оскільки Правилами внутрішнього розпорядку установ виконання покарань заборонено зайняття засудженими медичною діяльністю, а Інструкцією про умови праці та

заробітну плату засуджених до обмеження волі або позбавлення волі встановлено особливо оплати роботи таких осіб. Як видається, така колізія зумовлена тим, що Інструкція була затверджена у 2013 році, попередні Правила, які наразі втратили чинність – у 2014, а чинні – у 2018. Відповідно, під час складання Інструкції законодавець орієнтувався на положення Правил внутрішнього розпорядку установ виконання покарань, затверджених Наказом Державного департаменту України з питань виконання покарань від 25.12.2003 № 275. У документі була вказівка, що забороняється використовувати працю засуджених: а) у приміщеннях, де розміщена зброя, спецзасоби та службова документація; б) на роботах, пов'язаних з устаткуванням для множення документів, радіотелеграфною та телефонною технікою (за винятком лінійних монтерів у присутності представників адміністрації); в) на посадах продавців, бухгалтерів- операціоністів, касирів, завідувачів продовольчих та речових складів; г) на роботах, пов'язаних з обліком, зберіганням та видачею медикаментів, а також вибухових та отруйних речовин; ґ) як фотографів (крім засуджених до обмеження волі), зубопротезистів, водіїв легкових та оперативних автомобілів і мотоциклів; д)на посадах з підпорядкуванням їм вільнонайманого персоналу [214].

Отже, враховуючи вказане, видається за доцільне виключити п. 6.8.2. Інструкції про умови праці та заробітну плату засуджених до обмеження волі або позбавлення волі, затвердженої Наказом Міністерства юстиції України від 07.03.2013 № 396/5.

У контексті досліджуваного цікавою є спеціальна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини «Про стан справ щодо недопущення в Україні катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження та покарання у 2024 році», де визначено, що критичною проблемою залишається недостатня укомплектованість медичних частин і лікарень ДУ «ЦОЗ ДКВС України» кваліфікованим медичним персоналом. Попри те, що медичні частини, які обслуговують ув’язнених у слідчих ізоляторах, загалом мають

укомплектований штат, ситуація в лікувальних закладах установ виконання покарань залишається незадовільною. Значна кількість таких закладів відчуває гостру нестачу медичних працівників, зокрема лікарів-спеціалістів, молодшого медичного персоналу, психологів, що безпосередньо впливає на доступність і якість медичних послуг [237].

Уповноважений також відзначає, що під час одного відвідування НПМ встановлено, що в медичній частині № 49 філії ДУ «ЦОЗ ДКВС» в Черкаській та Кіровоградській областях медичну допомогу надає лише один лікар, який заступає на добове чергування. Водночас через нестачу лікарів та фельдшерів у медичній частині відсутні працівники, які можуть вийти на заміну цього лікаря на наступний день після його чергування для забезпечення цілодобового медичного обслуговування засуджених осіб. *Також через неналежне укомплектування штату до виконання обов'язків молодшого медичного персоналу, зокрема догляду за маломобільними пацієнтами, залучають інших засуджених осіб* [237].

Оцінюючи наведений практичний кейс, необхідно відзначити, що для оцінки наявності факту порушення правил внутрішнього розпорядку установ виконання покарань, необхідно встановити, який саме догляд здійснював засуджений. Під поняттям медична допомога, відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» необхідно розуміти діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами [131]. Отже, якщо засуджений, наприклад, допомагав маломобільним пацієнтам переміщуватись, змінював постільну білизну, прибирав за хворими – це не доцільно вважати діяльністю, пов'язаною із медичною допомогою. Якщо мова йде про ін'єкції, видання медикаментів або проведення інших медичних маніпуляцій, то у такому випадку можна констатувати порушення.

Так, наприклад, нижче у доповіді вказано, що під час відвідування медичної частини № 49 філії ДУ «ЦОЗ ДКВС» в Черкаській та Кіровоградській областях група НПМ виявила пацієнта З. зі складним переломом правої нижньої кінцівки, який вже понад пів року перебуває на ліжку в гіпсовому «чобітку», потребує додаткової консультації лікаря-травматолога та складання індивідуального плану реабілітації. *У зв'язку зі станом здоров'я пацієнт не може забезпечити належний догляд за собою та потребує сторонньої допомоги у виконанні щоденних гігієнічних процедур. Наразі доглядають за пацієнтом інші засуджені особи* [237]. Отже, наведений приклад надає підставу для констатації, що засуджені допомагали хворому забезпечити належний догляд за собою, що не вважається діяльністю, пов'язаною із наданням медичної допомоги.

Ще одним цікавим аспектом є застосування заходів запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності медичними працівниками, які працюють у медичних закладах ДУ «ЦОЗ ДКВС України».

У розглянутій вище доповіді Уповноважений вказав на потребу у проведенні таких заходів: спільно з МОЗ України розробити програму навчання медичного персоналу закладів ДУ «ЦОЗ ДКВС України» з урахуванням специфіки надання медичної допомоги у відповідних умовах (зокрема стосовно питань медичної етики та прав людини, поводження з особами, які зазнали тілесних ушкоджень, поводження з пацієнтами інфекційного та психіатричного профілю тощо) та інтегрувати її в процес безперервного професійного розвитку медичних працівників; запровадити систему, за якою ув'язнені та засуджені можуть звертатися безпосередньо до лікарів медичних частин, шляхом вкладання звернення в закриту скриньку, розташовану в місцях масового перебування ув'язнених та засуджених осіб; надати медичним працівникам ДУ «ЦОЗ ДКВС України» доступ до Електронної системи охорони здоров'я, зокрема для взаємодії з електронними медичними картками пацієнтів; забезпечити проведення первинних і

профілактичних медичних оглядів, надання належної амбулаторної медичної допомоги лікарями-спеціалістами, а також належне ведення медичної документації ув'язнених і засуджених осіб з урахуванням встановлених законодавством вимог; забезпечити медичні заклади ДУ «ЦОЗ ДКВС України» медичним обладнанням та виробами медичного призначення відповідно до наявних потреб; забезпечити конфіденційність спілкування медичного працівника з пацієнтом; припинити практику відеоспостереження в медичних кабінетах закладів ДУ «ЦОЗ ДКВС України» [237].

Одночасно із цим, однією із найбільших прогалин, які на сьогоднішній день потребують термінового усунення є те, що медичні заклади, які надають медичні послуги в установах виконання покарання підпорядковані Державній установі «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України», який, у свою чергу, належить до сфери управління Міністерства юстиції України, а, відповідно, її діяльність координується заступником Міністра юстиції України.

Роль Міністерства охорони здоровя полягає лише у встановленні загальних медичних стандартів, ліцензуванні медичної практики, атестації медичних працівників та співпраці, якщо засуджені за встановлених законодавством підстав будуть спрямовані для проходження подальшого лікування у медичні заклади, підпорядковані МОЗ.

10 березня в Міністерстві охорони здоров'я України за участю заступника міністра Олександра Лінчевського відбулась нарада щодо напрямку реформування системи охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України. У нараді взяли участь народні депутати, представники Генеральної прокуратури, Уповноваженого Верховної Ради з прав людини, Міністерства юстиції, громадських організацій. Учасники наради дійшли згоди про необхідність передачі функції організації системи охорони здоров'я ув'язнених до сфери управління Міністерства охорони здоров'я України. Представники Міністерства зазначили, що в інтересах пацієнтів передача медичної служби Державної кримінально-виконавчої

служби України до сфери управління МОЗ повинна відбутись якнайшвидше. З метою законодавчого забезпечення запропонованих змін, голова підкомітету з питань діяльності Державної пенітенціарної служби Комітету Верховної Ради з питань законодавчого забезпечення правоохоронної діяльності Юрій Мірошниченко запропонував врахувати обраний напрямок реформування медичної служби при розробці законопроекту про пенітенціарну службу. За результатом обговорення прийняли рішення про необхідність доопрацювання проекту Концепції реформування системи охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби з урахуванням напрямку реформи системи охорони здоров'я в Україні [189].

Одночасно із цим, Концепція реформування системи охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби з урахуванням напрямку реформи системи охорони здоров'я в Україні на сьогоднішній день відсутня. Однак у Стратегії реформування пенітенціарної системи на період до 2026 року, схваленій розпорядженням Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 р. № 1153-р однією з операційних цілей визначено забезпечення права на охорону здоров'я та медичну допомогу, соціальний захист в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах. Вказано, що метою стратегічної цілі є забезпечення прав засуджених та осіб, взятих під варту, на охорону здоров'я та медичну допомогу відповідно до національних і міжнародних норм, зокрема створення належних умов для лікування, забезпечення ліками, регулярний та систематичний контроль за хворими на соціально небезпечні інфекційні хвороби, а також проведення профілактичних та інформаційних заходів для запобігання підвищенню рівня захворюваності на ВІЛ/СНІД, туберкульоз або інші тяжкі хвороби. Завданнями з реалізації цієї стратегічної цілі Стратегії є: удосконалення людино-орієнтованої моделі медичної допомоги засудженим та особам, взятим під варту; розширення доступу засуджених та осіб, взятих під варту, до медичних послуг і *поетапна інтеграція пенітенціарної медицини до єдиного медичного простору*; створення належних умов для надання ефективної медичної допомоги;

підвищення рівня знань та кваліфікації медичних працівників; забезпечення протидії поширенню соціально небезпечних захворювань серед засуджених та осіб, взятих під варту; забезпечення надання належної медичної допомоги засудженим та особам, взятим під варту, із психічними та поведінковими розладами, у тому числі внаслідок вживання психоактивних речовин; забезпечення медичним обслуговуванням осіб з інвалідністю [242].

Дещо пізніше розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. № 34-р було схвалено Стратегію розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, оперативною ціллю було вказано забезпечення створення рівних умов та безперешкодного доступу населення до своєчасної, безпечної та якісної медичної допомоги. Зазначено, що реалізація оперативної цілі дасть змогу сформувати ефективну модель системи охорони здоров'я, яка буде забезпечувати збалансоване, безперервне надання якісних і безпечних послуг населенню, гарантуватиме його фінансовий захист та створюватиме відкриті можливості повноцінного доступу до медичних послуг, зокрема через розширення ролі первинної ланки, трансформацію маршрутів пацієнтів та зміну моделей надання медичної допомоги, поступову інтеграцію монопрофільних закладів охорони здоров'я до структури багатопрофільних закладів охорони здоров'я, та відповідного перерозподілу функцій між працівниками у сфері охорони здоров'я. Одним із завдань з реалізації цієї оперативної цілі Стратегії стало *розширення доступу засуджених та осіб, взятих під варту, до медичних послуг з поетапною інтеграцією пенітенціарної медицини до єдиного медичного простору* [243].

Станом на сьогоднішній день пенітенціарна медицина так і не інтегрувалась до єдиного медичного простору. Така ситуація має бути оцінена як достатньо серйозно негативна. Вказане може бути пояснено тим, що фактична «самостійність» таких медичних працівників підвищує рівень латентності кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування. Ізольованість пенітенціарної медицини та її перебування поза системою адміністративного управління МОЗ України створюють додаткові

фактори та чинники латенізації протиправних діянь через обмеженість механізмів зовнішнього контролю. Ще однією причиною є «закритий» характер роботи пенітенціарних установ, подвійна підпорядкованість медичних працівників не тільки Центру охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України, а й фактично адміністрації конкретної установи покарань. Останнє може також підвищувати ризик вчинення суспільно небезпечного діяння.

Таким чином, за результатами проведеного дослідження, можна підсумувати таке. Спеціально-кримінологічне запобігання кримінальним правопорушенням має бути диференційоване на три напрями:

1) організаційно-правові заходи, до яких віднесено: реформування інституту приватного обвинувачення у кримінальному провадженні щодо кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності; сприяння усуненню конфлікту інтересів під час проведення судово-медичної експертизи у кримінальних провадженнях щодо кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності; удосконалення окремих складів кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності з метою спрощення їх доказування.

Запропоновано такі зміни та доповнення до національного законодавства:

– у ст. 477 КПК України: виключити ст. ст. 132, 139 та 145 із переліку кримінальних правопорушень, кримінальні провадження щодо яких здійснюються у формі приватного обвинувачення;

– в Інструкції про проведення судово-медичної експертизи, затвердженої Міністерством охорони здоров’я України від 17.01.1995 № 6 виключити п. 2.4.1 та доповнити п. 2.5.1, який викласти таким чином: Експертизи у справах про притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення проводяться виключно у складі комісії, більшу частину членів якої мають складати представники Державної установи «Інститут судової психіатрії та судової медицини

Міністерства охорони здоров'я України». До складу такої комісії також в обов'язковому порядку мають входити не менш, ніж два професори кафедр судової медицини;

– у КК України: внести зміни до диспозиції ст. 145 КК України та викласти її таким чином: Умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, - карається…

2) віктимологічні заходи, до яких віднесено: створення інституту медичного омбудсмена; розроблення та прийняття Закону України «Про захист прав пацієнтів»; розробка національної стратегії медичної грамотності; інтенсифікацію незалежних опитувань пацієнтів, щодо якості надання медичних послуг в Україні; удосконалення індикаторів якості надання медичних послуг;

3) пенітенціарні заходи, до яких віднесено: унеможливлення залучення засуджених медичних працівників до здійснення діяльності, пов'язаної із наданням медичної допомоги в установах виконання покарань; розробка Концепції реформування системи охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби з урахуванням напрямку реформи системи охорони здоров'я в Україні; встановлення підпорядкування пенітенціарних медичних закладів Міністерству охорони здоров'я.

Запропоновано такі зміни та доповнення до національного законодавства:

– в Інструкції про умови праці та заробітну плату засуджених до обмеження волі або позбавлення волі, затвердженої Наказом Міністерства юстиції України від 07.03.2013 № 396/5 виключити п. 6.8.2.

4.3. Індивідуально-профілактичні заходи запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності в Україні

Індивідуально-профілактичне запобігання кримінальним правопорушенням є останнім – третім рівнем у загальній системі. Вчені по-різному підходять до оцінки значення та змісту таких заходів, інколи ототожнюючи їх із спеціально-кримінологічними. Одночасно із цим, із таким підходом можна не погодитись, оскільки, якщо спеціально-кримінологічні заходи мають широку сферу впливу, то індивідуально-профілактичні майже завжди спрямовані на конкретну людину. У контексті кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності заходи індивідуально-профілактичного запобігання мають особливу цінність, пов'язану із можливістю утримання особи від повторного вчинення суспільно небезпечного діяння та поступового повернення до медичної практики у встановленому законом порядку.

Вчені відзначають, що рівень індивідуально-профілактичного запобігання кримінальним правопорушенням є одним із найбільш дискусійних у кримінологічній науці, що зумовлено його непідтвердженою ефективністю. Відповідно до традиційного наукового підходу індивідуально-профілактичні заходи запобігання реалізуються за допомогою обмежувальних приписів суду, термінових заборонних приписах уповноважених підрозділів органів Національної поліції, окремих програмах індивідуального коригування правопорушуючої поведінки [37; 173, с. 219] (*цитовано за Є.С. Назимком та Т.І. Пономарьовою – прим. авт.*). Окрім цього необхідно також зазначити і те, що заходи індивідуальної профілактики також реалізуються через запобіжні заходи, передбачені Кримінальним процесуальним кодексом України. Отже, у сучасній кримінологічній практиці індивідуально-профілактичне запобігання відтворюється крізь призму: 1) заходів кримінально-правового характеру (покарання, звільнення від покарання, судимість, заходи, які є альтернативними покаранню); 2) заходи забезпечення кримінального провадження, передбачені ст. 131 КПК України; 3) обмежувальні приписи суду для осіб, які вчинили домашнє насильство [173, с. 219].

Логічно, що у випадку вчинення кримінальних правопорушень у сфері надання медичних послуг обмежувальні приписи та обмежувальні заходи до кримінальних правопорушників не застосовуються, оскільки передбачені лише для застосування до осіб, які вчинили домашнє насильство. Всі інші заходи, перелічені Є.С. Назимком та Т.І. Пономарьовою можуть бути застосовані. Одночасно із цим необхідно відзначити, що до запропонованого переліку доцільно додати ресоціалізаційні заходи, що особливо важливо у контексті професійної злочинності.

Н.В. Басараб вважає, що специфічними особливостями індивідуальної профілактики є, по-перше, те, що вона як захід боротьби зі злочинністю здійснюється лише стосовно тих осіб, які не дотримуються норм соціальної поведінки (моралі та права); по-друге, вона пов'язана не тільки із заходами виховного впливу, а й із примусом; по-третє, досягнення кінцевої мети індивідуальної профілактики здійснюється за рахунок використання заходів, як правило, гласного характеру. Обов'язковими попередніми умовами законного застосування превентивних заходів є виявлення та постановка окремих осіб на один із видів обліку (оперативно-розшукова справа, облікова справа, інформаційні системи й інформаційні картотеки оперативно-розшукового та профілактичного призначення тощо). Цей процес умовно поділяється на чотири основних етапи: виявлення й постановка, згідно із законодавством, на облік осіб, від яких через їх антигромадські погляди й поведінку можна очікувати вчинення злочинів; організація спостереження й отримання оперативної інформації про поведінку, погляди взятих на облік; організація і здійснення комплексу оперативно-розшукових та інших заходів з метою недопущення вчинення ними злочинів; організація належного аналізу ефективності заходів, своєчасне внесення змін у розміщення сил, тактику застосування оперативно-розшукових засобів і методів щодо осіб, які підлягають впливу [43].

Що стосується кримінальних правопорушень, які вчиняються у сфері медичної діяльності, варто відзначити, що здебільшого, розкриття таких

суспільно небезпечних діянь не передбачає застосування оперативно-розшукових заходів. Виключенням можуть бути, наприклад, випадки, коли медичне протиправне діяння вчиняється у складі організованої групи чи злочинної організації та для органів досудового розслідування важливим є встановлення всіх членів, які брали безпосередню участь у кримінально протиправній діяльності, а також всі кримінальні правопорушення, які були ними вчинені.

В якості підстав для застосування індивідуально-профілактичних заходів можуть слугувати дані про неодноразове вчинення особою, яке веде маргінальний спосіб життя адміністративних правопорушень або злочинів; вчинення ним діянь, що містять ознаки складу злочину; невиконання особою своїх цивільних обов'язків (несплата аліментів, заборгованість по комунальним платежам, невиконання рішень суду тощо); невиконання особою, засудженою без призначення покарання, або з відстрочкою виконання покарання обов'язків, покладених на нього вироком суду; зловживання спиртними напоями, наркотичними засобами, психотропними речовинами, а також дані про осіб, які перебувають на обліку в органах охорони здоров'я у зв'язку із захворюваннями на ВІЛ/СНІД, венеричні захворювання, психічні аномалії, у тому числі громадян, до яких застосовувалися примусові заходи медичного характеру, інші дані, які свідчать про маргінальний спосіб життя конкретної особи. У той же час, доводиться визнати, що відмічені методи індивідуально-профілактичного впливу на осіб, які ведуть маргінальний спосіб життя, більшою мірою мають лише формальний та малоефективний за своїм значенням характер. Це обумовлено низкою об'єктивних і суб'єктивних причин і, перш за все тим, що серед співробітників правоохоронних органів, і перш за все органів Національної поліції України, вкрай недостатньо фахівців, які на високому професійному рівні могли б здійснювати дану діяльність [43].

Варто зауважити, що досліджуваний вид кримінальних правопорушень рідко вчиняється особами, які знаходились у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння або мають такого роду залежності. Професійна

кримінально протиправна діяльність майже ніколи не пов’язана із маргінальним способом життя або наявністю в особи інших якостей, які її негативно характеризують.

Обставини, що виключають кримінальну протиправність діяння. Щодо медичної діяльності, необхідно відзначити, що саме у цій сфері частими є випадки, коли медичний працівник діє у стані крайньої необхідності, яка, відповідно до національного законодавства, є обставиною, що виключає кримінальну протиправність діяння.

Ю.В. Баулін вказує, що стан крайньої необхідності виникає за наявності відповідної підстави. Такою підставою визнається, зокрема, існуюча небезпека, яка безпосередньо загрожує інтересам особи (наприклад, життю, здоров’ю, власності тощо), суспільства (громадського порядку, безпеці руху, громадській безпеці тощо) або держави (порядку управління, інтересам правосуддя, обороноздатності та ін.) й яку за таких обставин особа не може усунути інакше, як вчиненням дій, що підпадають під ознаки діянь, передбачених КК. У стані крайньої необхідності наявна колізія двох охоронюваних правом інтересів: одним загрожує небезпека, а іншим завдається шкода з метою усунення цієї небезпеки. Заподіяння такої шкоди має бути останнім, єдино можливим, крайнім засобом захисту охоронюваних правом інтересів. Об’єктами, яким завдається шкода у стані крайньої необхідності, є інтереси т. з. третіх осіб, тобто фізичної або юридичної осіб, які непричетні до створення такої небезпеки, або інтереси осіб, що своїми діями чи бездіяльністю (наприклад, з необережності) спричинили небезпеку. Заподіяння шкоди завжди підпадає під зовнішні ознаки певного складу злочину, передбаченого КК. Заподіяння шкоди у стані крайньої необхідності має свої межі: фактично завдана шкода має бути рівнозначною або менш значною, ніж відвернута. З цього погляду позбавлення життя однієї людини заради врятування життя іншої за наявності усіх ознак крайньої необхідності не визнається злочином. Оцінка значущості заподіяної та відвернутої шкоди у кожному окремому випадку залежить від конкретних обставин справи, однак

в основу такої оцінки потрібно покласти якісні критерії: панівну ієрархію цінностей у суспільстві, суспільну мораль, культуру населення тощо. Умисне заподіяння шкоди, більш значної, ніж відвернена шкода, визнається перевищенням меж (ексцесом) крайньої необхідності і тягне за собою кримінальну відповідальність на загальних підставах, але при визначенні міри такої відповідальності ексцес враховується як обставина, що пом'якшує відповідальність (ч. 2 ст. 39 КК) [44, с. 422-423].

На сьогоднішній день відсутня судова практика та статистика правоохоронних органів, у яких було би висвітлено випадки, коли медичний працівник діяв у стані крайньої необхідності, що було б доведено та стало би підставою для звільнення від кримінальної відповідальності. Одночасно із цим, медична сфера – саме та, де стан крайньої необхідності виникає достатньо часто, особливо – в умовах дії особливого правового режиму воєнного стану та регулярних обстрілів державою-агресором цивільної інфраструктури, що має наслідком масові поранення громадян.

З приводу меж крайньої необхідності Верховний Суд відзначив, що у частині 1 ст. 39 КК встановлено, що не є кримінальним правопорушенням заподіяння шкоди правоохоронюваним інтересам у стані крайньої необхідності, тобто для усунення небезпеки, що безпосередньо загрожує особі чи охоронюваним законом правам цієї людини або інших осіб, 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. При цьому в частині 2 вказаної статті визначено, що перевищенням меж крайньої необхідності є умисне заподіяння шкоди правоохоронюваним інтересам, якщо така шкода є більш значною, ніж відвернена шкода. Отже, закон пов`язує правомірність заподіяної шкоди із співрозмірністю цієї шкоди небезпеці, що загрожує особі чи охоронюваним законом правам чи інтересам, де фактично заподіяна шкода повинна бути рівнозначною або менш значною, ніж потенційна шкода, яка містилася в безпосередній реальній небезпеці. КК не передбачає спеціальної

відповідальності за ексцес крайньої необхідності, і такі дії кваліфікуються на загальних підставах, проте стан крайньої необхідності має враховуватися судом як обставина, що пом`якшує покарання (п. 8 ч. 1 ст. 66 КК). Правом на заподіяння шкоди в стані крайньої необхідності особа може скористатися лише в тому разі, якщо в цій обстановці заподіяння шкоди є вимушеним, крайнім, останнім засобом усунення небезпеки. При цьому одного лише виникнення небезпеки ще недостатньо для стану крайньої необхідності. Якщо в особи є декілька засобів (шляхів) усунення небезпеки, у тому числі не пов`язаних із заподіянням шкоди охоронюваним законом відносинам, то це означає, що вона не перебуває у стані крайньої необхідності, а отже, і заподіяну нею шкоду не можна визнати правомірною. Разом із тим, це правило поширюється тільки на ті випадки, коли особа усвідомлювала наявність у неї декількох альтернативних способів усунути небезпеку (уникнути її), при тому, що не скористалася тими з них, які не пов`язані із заподіянням шкоди правоохоронюваним інтересам. Крайня необхідність припускає активну поведінку суб`єкта, доки існує стан крайньої необхідності [207].

Вчені вказують, що медична діяльність несе в собі високий рівень ризику, що іноді може призвести до юридичних наслідків для медичних працівників. Визнання обставин виправданого ризику та крайньої необхідності є ключовими для забезпечення правового захисту лікарів. Для звільнення від кримінальної відповідальності медичного працівника дії мають відповідати певним критеріям, включаючи наявність суспільно корисної мети, неможливість досягнення цієї мети без ризику, і достатньої кваліфікації медичного працівника. Виконання незаконних наказів не звільняє медичного працівника від відповідальності, особливо якщо він усвідомлює їх незаконність. Важливою є вимога до лікарів діяти згідно з законом і етикою, навіть у складних обставинах. Медичні працівники повинні бути обізнаними про юридичні аспекти своєї професійної діяльності, зокрема про обставини, які можуть унеможливити їх кримінальну відповідальність, а також про етичні норми, що регулюють вчинення ризикованих медичних дій. Законодавство

повинно забезпечувати чіткі критерії та умови для визнання дій медичних працівників, вчинених у стані обґрунтованого ризику або крайньої необхідності, законними, тим самим захищаючи їх від необґрунтованої кримінальної відповідальності [134].

Щодо виконання незаконного наказу, необхідно відзначити, що медична діяльність має свою специфіку, яка полягає, по-перше, у вимозі неухильно дотримуватись медичної та професійної етики; по-друге, виконання незаконного наказу може мати наслідком спричинення шкоди життю та здоров'ю пацієнта; по-третє, медичний працівник, як правило, завжди може оцінити, чи є наказ законним або кримінально протиправним, а тому – теоретично також може бути притягнутий до кримінальної відповідальності за його виконання.

Окремої уваги також заслуговує й виправданий ризик. Відповідно до ст. 42 КК України, не є кримінальним правопорушенням діяння (дія або бездіяльність), яке заподіяло шкоду правоохоронюваним інтересам, якщо це діяння було вчинене в умовах виправданого ризику для досягнення значної суспільно корисної мети. Ризик визнається виправданим, якщо мету, що була поставлена, не можна було досягти в даній обстановці 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 інших людей або загрозу екологічної катастрофи чи інших надзвичайних подій [154].

Виправданий ризик здійснюється задля досягнення суспільно-корисного результату, за крайньої необхідності основна мета – це усунення загрози життю чи здоров'ю людини. Ще одна істотна відмінність – тимчасовий розрив між рішенням та його реалізацією мінімальний або відсутній повністю. У медицині це означає, що необхідна допомога має бути надана негайно. У лікаря немає можливості звернутися до інших фахівців до інших медичних організацій, якщо вони не знаходяться в безпосередній близькості. Якщо при

виправданому ризику – заподіяння шкоди лише можливе, то за крайньої необхідності усунення небезпеки, що загрожує, завжди завдається шкода. Це може бути шкода здоров'ю або шкода може виявлятися в порушенні порядків або стандартів надання медичної допомоги, посадових інструкцій. Тому, наприклад, застосування незареєстрованих ліків або нового методу лікування в загрозливому житті людини ситуації як порушення закону не розглядається. Але є важливе застереження – завдана шкода завжди має бути меншою за шкоду запобіганої. Якщо шкода більша чи рівнозначна, то йдеться про перевищення меж крайньої необхідності. У цьому випадку кримінальна відповідальність настає, якщо лікар діє навмисне, необережне заподіяння шкоди в даному випадку кримінально не карається. Якщо при виправданому ризику необхідна певна кваліфікація медика, то за крайньої необхідності немає особливих вимог до лікаря, що відбиває загрозу життю та здоров'ю. Те саме стосується і вимог до медичної організації – особливих вимог надання екстреної допомоги при загрозі життя до неї не пред'являється, тобто, вона може бути іншого рівня, ніж той, що допускає вчинення конкретних видів медичних втручань. Дуже часто такі ситуації крайньої необхідності виникають, коли для врятування життя пацієнта його здоров'ю, проте, необхідно завдати шкоди. Наприклад, пацієнтці було видалено матку. Судово-медична експертиза дійшла висновку, що всі оперативні втручання були проведені з метою збереження життя хворої за екстреними показаннями, тобто видалення матки, заподіяння тяжкої шкоди її здоров'ю було меншою шкодою, ніж смерть, яка неминуче настала б, якби лікар не провів цю операцію. Судовим рішенням було встановлено, що лікар діяв у ситуації крайньої необхідності, його дії були правомірними та відповідали всім вимогам крайньої необхідності [134].

Типовим прикладом також може бути ситуація, коли медичний працівник працює в умовах масового надходження постраждалих та не має можливості одночасно надати екстрену медичну допомогу. У такому випадку особа обирає пріоритетного хворого, користуючись нормативно-правовими

актами, які регулюють діяльність у галузі надання екстреної медичної допомоги. Таким, наприклад, є стандарт екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі», затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я України 24 лютого 2022 року № 368.

У Стандарті вказано, що МСП є одним з основних принципів медицини катастроф, заснованому на необхідності надання медичної допомоги в максимально короткі терміни максимально можливій кількості постраждалих. Цей принцип відрізняється від стандартів надання допомоги одному постраждалому у звичайних ситуаціях, коли сил та засобів достатньо. Слід зазначити, що при НС існує диспропорція між кількістю постраждалих, тяжкістю їх травм та наявними медичними силами і засобами. Фактично за таких умов, одночасне та повноцінне надання медичної допомоги всім постраждалим неможливо. Для забезпечення прозорості та універсальності рекомендується формально структурована система МСП у ВЕМД у випадках масового надходження постраждалих або у випадках проведення сортування за умови дефіциту сил та засобів. У країнах з ефективною системою ефективна система екстреної медичної допомоги процеси МСП при НС, найчастіше використовуються, 4-рівневий підхід, що забезпечує розподіл постраждалих залежно від тяжкості їх стану, ґрунтуючись на визначенні таких показників як: рівень притомності свідомості, наявність та характеристики дихання, стан перфузії. Для визначення пріоритетності та об'єму надання медичної допомоги постраждалим використовуються рівні тяжкості стану та, як правило, передбачається використання кількісної шкали оцінювання з присвоєнням постраждалим певної сортувальної категорії – від категорії сортування 1 (найбільш критичний стан) до категорії сортування 4 (найменш критичний стан) [239].

Таким чином, медичний працівник обираючи найбільш складного пацієнта може залишити поза увагою іншого – менш тяжкого, який може отримати шкоду здоров'ю. Фактично, це може бути оцінено як ненадання

допомоги хворому медичним працівником або неналежне виконання професійних обов’язків. Одночасно із цим, після надання юридичної оцінки таким діям буде встановлено, що небезпека для життя першого пацієнта була очевидною та реальною, можливості надати допомогу другому не було (через відсутність іншого медичного працівника, медичної апаратури, медичних препаратів тощо); рішення було спрямоване на відвернення більшої шкоди – смерті першого пацієнта, тоді як другий отримав лише шкоду здоров’ю; медичний працівник діяв відповідно до затверджених стандартів надання екстреної медичної допомоги. Отже, наявні всі підстави вважати, що така особа діяла у стані крайньої необхідності.

Водночас, варто зауважити, що до такого медичного працівника можуть та мають бути застосовані заходи цивільно-правового характеру. Відповідно до ст. 1171 ЦКУ, шкода, завдана особі у зв'язку із вчиненням дій, спрямованих на усунення небезпеки, що загрожувала цивільним правам чи інтересам іншої фізичної або юридичної особи, якщо цю небезпеку за даних умов не можна було усунути іншими засобами (крайня необхідність), відшкодовується особою, яка її завдала. Особа, яка відшкодувала шкоду, має право пред'явити зворотну вимогу до особи, в інтересах якої вона діяла. Враховуючи обставини, за яких було завдано шкоди у стані крайньої необхідності, суд може покласти обов'язок її відшкодування на особу, в інтересах якої діяла особа, яка завдала шкоди, або зобов'язати кожного з них відшкодувати шкоду в певній частці або звільнити їх від відшкодування шкоди частково або в повному обсязі [275].

С.В. Антонов вказує, що за цивільним законодавством України, зокрема відповідно до статті 1195 ЦК, майнова шкода полягає у реальних матеріальних витратах, передусім у витратах на відновлення здоров’я та працездатності. Вважається, що до реальних матеріальних збитків при заподіянні шкоди здоров’ю належать втрачений заробіток і додаткові витрати потерпілого. Потерпілий пацієнт змушений робити додаткові витрати на купівлю ліків, протезування, плату за догляд, необхідність додаткового посиленого харчування, придбання спеціальних транспортних засобів, проходження курсу

реабілітації, які також потребують справедливої компенсації. При спричиненні смерті пацієнта майнова шкода може полягати ще й у втраті утримання, як правило, непрацездатних осіб, що були на утриманні померлого або які мали право на його утримання до дня смерті, а також у витратах на лікування, яке передувало смерті, та на поховання. Незважаючи на зазначене, українське законодавство досі не визначило чітких критеріїв розрахунку таких витрат та меж відшкодування. В інших країнах світу ситуація дещо відрізняється. У більшості країн ЄС при визначенні суми відшкодування застосовується так звана тарифна система, яка передбачає нормативно визначені суми компенсації за конкретні негативні наслідки медичних втручань. Крім того, при визначенні розміру відшкодування майнової шкоди використовуються різні критерії та коефіцієнти. Вчений також наводить приклади із досвіду зарубіжних країн (Швеція, Великобританія, США) [38].

Дослідивши досвід Швеції, можна підтримати думку С.В. Антонова, щодо можливості його запозичення та інтеграції у національне цивільне законодавство. Так, у країні існує спеціальний законодавчий акт – Закон про відшкодування шкоди пацієнтам **(**Patient Injuries Act (Patientskadelagen, 1996:799). У ст. 6 законодавчого акту визначено, що пацієнт має право на компенсацію за заподіяну йому шкоду здоров'ю, якщо існує переважна ймовірність того, що така шкода була спричинена: обстеженням, наданням медичної допомоги, лікуванням або іншими аналогічними заходами, за умови, що шкоди можна було б уникнути або шляхом іншого виконання обраного методу, або шляхом застосування іншого доступного методу, який, за результатами ретроспективної медичної оцінки, міг би забезпечити необхідну медичну допомогу з меншим ризиком; несправністю медичного виробу чи медичного обладнання, що використовувалося під час обстеження, надання медичної допомоги, лікування чи інших аналогічних заходів, або його неправильним використанням; неправильним встановленням діагнозу; передачею інфекційного збудника, що призвела до виникнення інфекції у зв'язку з проведенням обстеження, наданням медичної допомоги, лікуванням

або інших аналогічних заходів; нещасним випадком, що стався під час обстеження, надання медичної допомоги, лікування чи інших аналогічних заходів, під час медичного транспортування або у зв'язку з пожежею чи іншим пошкодженням приміщень або обладнання закладу охорони здоров'я; призначенням або відпуском лікарських засобів із порушенням вимог законодавства чи встановлених інструкцій. Під час вирішення питання про право на компенсацію відповідно до пунктів 1 і 3 цієї статті застосовується стандарт професійної діяльності, якого слід очікувати від досвідченого лікаря-спеціаліста або іншого досвідченого фахівця відповідної галузі. Право на компенсацію відповідно до пункту 4 цієї статті не виникає, якщо за конкретних обставин виникнення інфекції можна вважати таким, що його пацієнт повинен був розумно прийняти як невідворотний ризик. При цьому враховуються характер і тяжкість захворювання або травми, для лікування яких проводився відповідний медичний захід, загальний стан здоров'я пацієнта, а також можливість передбачити виникнення інфекції [24].

Виходячи із наведеного, можна підсумувати, що на відміну від України, у Швеції пацієнт не зобов’язаний доводити вину медичного працівника у шкоді, що було спричинено його здоров’ю. Другим позитивним аспектом є те, що законодавчим актом забезпечено чітку диференціацію видів шкоди, яка підлягає відшкодуванню. Третім позитивним аспектом доречно вважати систему страхування пацієнтів, яка забезпечена у державі.

У Законі України «Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування» медичне страхування визначається як вид загальнообов’язкового державного соціального страхування. Одночасно із цим, аналіз положень вказаного законодавчого акту надає підставу для констатації, що таке медичне страхування полягає у покритті витрат на лікування особи або фінансування медичної допомоги, яка їй надається. Спеціальний механізм медичного страхування пацієнта відсутній, так само як і не встановлено законодавцем страхування відповідальності надавачів медичних послуг перед пацієнтами (на відміну від Швеції, де обов’язок

укладення договору страхування пацієнтів покладено на кожного надавача медичних послуг (відповідно до ст. 12 Закону про відшкодування шкоди пацієнтам, надавачі медичної допомоги зобов'язані мати договір страхування пацієнтів, який забезпечує відшкодування шкоди, що підлягає компенсації відповідно до цього Закону. Якщо медична діяльність здійснюється приватним надавачем медичної допомоги на підставі договору з публічним надавачем медичної допомоги, обов'язок щодо укладення договору страхування покладається на публічного надавача медичної допомоги [24])).

За такого підходу компенсація виплачується страховою компанією, а не безпосередньо медичним працівником чи закладом. В Україні задля отримання компенсації пацієнт має звернутись із позовом до суду, а відшкодування відбуватиметься за рахунок особи, відповідальної за спричинену шкоду (відповідно до ст. 1172 ЦКУ, юридична або фізична особа відшкодовує шкоду, завдану їхнім працівником під час виконання ним своїх трудових (службових) обов'язків. Замовник відшкодовує шкоду, завдану іншій особі підрядником, якщо він діяв за завданням замовника. Підприємницькі товариства, кооперативи відшкодовують шкоду, завдану їхнім учасником (членом) під час здійснення ним підприємницької або іншої діяльності від імені товариства чи кооперативу [275]). У Швеції через механізм солідарної відповідальності забезпечено гарантування відшкодування шкоди – за відсутності договору страхування у надавача медичних послуг, компенсація буде виплачена страховиками, які є членами Асоціація страхування пацієнтів (відповідно до ст. 14 Якщо страхування пацієнтів відсутнє, страховики, які відповідно до статті 15 Закону про відшкодування шкоди пацієнтам є членами Асоціації страхування пацієнтів, несуть солідарну відповідальність за виплату компенсації пацієнту, яка була б належною за наявності такого страхування. У таких випадках Асоціація страхування пацієнтів представляє інтереси страховиків. Внутрішній розподіл обов'язку щодо відшкодування між страховиками здійснюється пропорційно до співвідношення сум страхових премій за договорами страхування пацієнтів, отриманих кожним із них

протягом календарного року, що безпосередньо передував року виникнення обов'язку щодо виплати компенсації [24]).

Виходячи із наведеного, видається, що в Україні має бути розроблений та прийнятий законодавчий акт, яким би було врегульовано суспільні відносини у сфері відшкодування шкоди пацієнтам.

Необхідно відзначити, що у 2016 році було розроблено проєкт Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні», який мав визначати правові та економічні принципи а також організаційні та фінансові механізми здійснення обов’язкового державного медичного страхування в Україні. У проєкті було вказано, що Загальнообов'язкове соціальне медичне страхування - це вид обов’язкового страхування, спрямований на забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров’я та реалізацію державних гарантій на одержання безоплатної медичної допомоги та медичне страхування. Загальнообов'язкове соціальне медичне страхування є формою фінансового забезпечення витрат населення України, що можуть бути понесені на лікування, діагностику, профілактику, реабілітацію, забезпечення ліками та засобами медичного призначення тощо у разі хвороби, нещасного випадку, в межах, визначених договором та Програмою загальнообов'язкового соціального медичного страхування, за рахунок грошових фондів (страхових резервів страховика та коштів Фонду загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування), що формуються шляхом сплати страхувальниками страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) за договорами загальнообов’язкового соціального медичного страхування, отримання доходів від розміщення коштів цих фондів та з інших, передбачених цим законом джерел. Метою загальнообов’язкового державного соціального медичного страхування є: 1) встановлення гарантій для захисту прав громадян на отримання безоплатної медичної допомоги на засадах соціальної рівності і доступності незалежно від віку, статі, стану здоров'я за рахунок коштів загальнообов'язкового соціального медичного страхування; 2) забезпечення рівних прав громадян на одержання безоплатної

медичної допомоги належного обсягу та якості; 3) підвищення якості надання медичної допомоги, сприяння ефективному розвитку системи охорони здоров'я та створення умов для її належного використання; 4) створення умов для розвитку ринкових відносин в системі охорони здоров'я [221].

Через три роки проєкт був відкликаний, оскільки отримав багато зауважень від Головного науково-експертного управління Верховної Ради України. Одночасно із цим, варто відзначити, що аналіз його положень надає підставу для констатації, що проблема страхування пацієнтів та відшкодування їм шкоди у ньому також не була вирішена.

Проте саме *встановлення розмірів відшкодування, які були б диференційовані в залежності від ступеня тяжкості спричинених здоров'ю наслідків, а також створення та впровадження механізму притягнення медичного працівника до цивільно-правовою відповідальності є дієвим заходом індивідуально-профілактичного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування*. Він має вважатись ефективним навіть тоді, коли медичний працівник діяв у стані крайньої необхідності.

Заходи забезпечення кримінального провадження. Відповідно до ст. 131 КПК України, заходи забезпечення кримінального провадження застосовуються з метою досягнення дієвості цього провадження. Заходами забезпечення кримінального провадження є: 1) виклик слідчим, дізнавачем, прокурором, судовий виклик і привід; 2) накладення грошового стягнення; 3) тимчасове обмеження у користуванні спеціальним правом; 4) відсторонення від посади; 4^{-1}) тимчасове відсторонення судді від здійснення правосуддя; 5) тимчасовий доступ до речей і документів; 6) тимчасове вилучення майна; 7) арешт майна; 8) затримання особи; 9) запобіжні заходи [155].

Застосований законодавцем новий термін – «заходи забезпечення кримінального провадження», призвів до постановки та необхідності вирішення досить складної проблеми щодо визначення співвідношення цих заходів та заходів кримінально-процесуального примусу. В доктрині з цього

питання є наступні позиції: 1) кримінально-процесуальний примус ширше за заходи забезпечення кримінального провадження; 2) заходи забезпечення кримінального провадження та заходи кримінально-процесуального примусу співвідносяться як загальне та часткове; 3) ототожнення цих понять. Вбачається доцільним виділення таких видів примусу, а відповідно і заходів забезпечення, в кримінальному провадженні: превентивні заходи, які передбачають попередження несприятливих дій або їх наслідків; запобіжні заходи, які спрямовані на припинення протиправних діянь або їх несприятливих на-слідків; заходи захисту, суть яких, як було зазначено вище, полягає в тому, що у вказаних в законі випадках держава застосовує примусові заходи з метою відновлення порушеного права і захисту суб'єктивних прав без притягнення порушника до відповідальності; кримінально-процесуальна відповідальність (як вид юридичної відповідальності) [171; 178, с. 281] (*цитовано за авторами Науково-практичного коментаря Кримінального процесуального кодексу України, підготовленого за редакцією С. В. Ківалова та С. І. Кравченко – прим. авт.*). Зважаючи на те, що кримінальний процес являє собою сферу широкого та інтенсивного застосування примусу, де посадові особи та державні органи, на яких покладено обов'язок ведення кримінального провадження, можуть застосовувати певні обмеження прав та інтересів осіб, які залучаються до кримінального провадження, законодавець серед завдань кримінального провадження визначив недопустимість застосування необґрунтованого процесуального примусу до жодної особи. Тому важливо, щоб застосування таких обмежень та примусових заходів було викликане реальною необхідністю розкриття правопорушення і викриття винних, за умови, що іншим шляхом таке завдання виконати неможливо та дуже важливим є те, що застосування таких заходів повинно бути пропорційним. Метою застосування заходів забезпечення кримінального провадження є досягнення дієвості кримінального провадження, що включає в себе виконання як завдань окремих стадій та проваджень, так і кримінального провадження в цілому [178, с. 281].

Аналіз положень кримінального процесуального законодавства свідчить про те, що *заходи забезпечення кримінального провадження можуть вважатись специфічним заходом індивідуально-профілактичного запобігання*. Вказане аргументується тим, що, не дивлячись на те, що за правовою природою та першочерговим значенням такі заходи мають на меті утримання особи від спроби перешкоджати досудовому розслідуванню, низка з них також має на меті або припинення кримінально протиправної діяльності, або попередження продовження вчинення кримінального правопорушення.

В.І. Фаринник вказує, що застосування запобіжних заходів переслідує дві мети: 1. Забезпечувальна – створення умов та вжиття заходів для виконання підозрюваним, обвинуваченим покладених на нього процесуальних обов'язків: 1) прибути за викликом до слідчого, прокурора, слідчого судді, суду, а в разі неможливості прибути за викликом у призначений строк – заздалегідь повідомити про це зазначених осіб; 2) виконувати обов'язки, покладені на нього рішенням про застосування запобіжних заходів; 3) підкорятися законним вимогам та розпорядженням слідчого, прокурора, слідчого судді, суду. 2. Превентивна – запобігання спробам: 1) переховуватися від органів досудового розслідування та/або суду; 2) знищити, сховати або спотворити будь-яку із речей чи документів, які мають істотне значення для встановлення обставин кримінального правопорушення; 3) незаконно впливати на потерпілого, свідка, іншого підозрюваного, обвинуваченого, експерта, спеціаліста у цьому ж кримінальному провадженні; 4) перешкоджати кримінальному провадженню іншим чином; 5) вчинити інше кримінальне правопорушення чи продовжити кримінальне правопорушення, у якому підозрюється, обвинувачується. Підставами застосування запобіжного заходу є: наявність обґрунтованої підозри у вчиненні особою кримінального правопорушення, тобто факт притягнення особи до кримінальної відповідальності, тобто виконання процесуальної дії щодо повідомлення особі про підозру; наявність ризиків, які дають достатні підстави слідчому судді, суду вважати, що підозрюваний, обвинувачений,

засуджений може не виконати покладені на нього обов'язки чи вчинити дії, які розглядаються як ризики крізь призму превентивної мети застосування запобіжних заходів, тобто наявність фактичних даних, що вказують на вчинення чи спроби вчинення дій, які перешкоджатимуть кримінальному провадженню [266].

Виходячи із положень ст. 131 КПК України, в межах забезпечення кримінального провадження, розпочатого за фактом вчинення кримінального правопорушення у сфері медичної діяльності актуальними заходами, які можуть бути оцінені як індивідуально-профілактичні є відсторонення від посади, тимчасовий доступ до речей та документів та запобіжні заходи. Наведений підхід може бути пояснений тим, що доказування суспільно небезпечних діянь, вчинених у сфері медичної діяльності, як правило, потребують отримання інформації з електронних інформаційних систем та документів. Відповідно, одним із основних способів перешкодити органам досудового розслідування є або знищення медичної інформації, або її спотворення. Тому заходи забезпечення таких кримінальних проваджень у першу чергу повинні мати на меті утримання медичних працівників від таких дій.

Відповідно до ст. 154 КПК України, відсторонення від посади може бути здійснено щодо особи, яка підозрюється або обвинувачується у вчиненні злочину. Відсторонення від посади здійснюється на підставі рішення слідчого судді під час досудового розслідування чи суду під час судового провадження на строк не більше двох місяців. Строк відсторонення від посади може бути продовжено відповідно до вимог статті 158 цього Кодексу. Питання про відсторонення від посади осіб, що призначаються Президентом України, вирішується Президентом України на підставі клопотання прокурора в порядку, встановленому законодавством. Відсторонення від посади Директора Національного антикорупційного бюро України здійснюється слідчим суддею на підставі вмотивованого клопотання Генерального прокурора в порядку, встановленому законом [155].

Аналізуючи такий захід як відсторонення від посади, А.Ф. Волобуєв вказує, що особою, до якої може застосовуватися інститут відсторонення від посади за встановленою процедурою є спеціальний суб'єкт – службова особа; відсторонення від посади може застосовуватися тільки щодо особи, яка у кримінальному провадженні має статус підозрюваного чи обвинуваченого у вчиненні злочину за вмотивованим клопотанням сторони обвинувачення (ч. 1 ст. 154, ст. 155 КПКУ); метою процесуального рішення щодо відсторонення особи від посади може бути: припинення кримінального правопорушення; припинення або запобігання перешкоджання кримінальному провадженню особою, яка перебуваючи на посаді може використовувати свої службові повноваження для знищення чи підроблення речей і документів, впливати незаконними засобами на свідків та інших учасників кримінального провадження або протиправно перешкоджати кримінальному провадженню іншим чином (ч. 1 ст. 157 КПКУ); мета відсторонення від посади може поглинатися ізоляційним запобіжним заходом (цілодобовий домашній арешт, тримання під вартою). Уповноваженим суб'єктом прийняття рішення про відсторонення особи від посади за загальним порядком є слідчий суддя під час досудового розслідування і суд під час судового провадження (ч. 2 ст. 154 КПКУ); рішення щодо відсторонення особи від посади повинно спиратися на достатні докази, які вказують на вчинення особою злочину (п. 2 ч. 2 ст. 157 КПКУ), продовження нею кримінальної діяльності або здійснення протиправного перешкоджання кримінальному провадженню чи наявності у неї такої можливості (ч. 1 ст. 157 КПКУ); під час розгляду клопотання слідчий суддя, суд має право за клопотанням сторін кримінального провадження або за власною ініціативою заслухати будь-якого свідка чи дослідити будь-які матеріали, що мають значення для вирішення питання про відсторонення від посади (ч. 3 ст. 156 КПКУ); строк відсторонення від посади не може бути більше двох місяців. Строк може бути продовжено відповідно до вимог статті 158 КПКУ (ч. 2 ст. 154 КПКУ); копія ухвали про відсторонення від посади надсилається особі, яка звернулася з відповідним клопотанням,

підозрюваному чи обвинуваченому, іншим заінтересованим особам не пізніше дня, наступного за днем її постановлення, та підлягає негайному виконанню в порядку, передбаченому для виконання судових рішень (ч. 4 ст. 157 КПКУ) [70, с. 142-144].

Відповідно до положень національного кримінального процесуального законодавства, заходи забезпечення кримінального провадження застосовуються до осіб, які вчинили нетяжкі, тяжкі або особливо тяжкі злочини. Аналіз КК України дозволяє констатувати, що до злочинів, які вчиняються у сфері медичної діяльності доцільно віднести: діяння, передбачене ст. 131 КК України – неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ч. 1 – нетяжкий злочин, ч. 2 – тяжкий); діяння, передбачене ч. 2 ст. 139 КК України – ненадання допомоги хворому медичним працівником (нетяжкий злочин); діяння, передбачене ст. 140 КК України – неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (нетяжкий злочин); діяння, передбачене ст. 141 КК України – порушення прав пацієнта (нетяжкий злочин).

Як видається, вчинення кожного із перелічених суспільно небезпечних діянь потребує відсторонення від посади до ухвалення обвинувального або виправдувального вироку у кримінальному провадженні. Одночасно із цим, необхідно додаткового проаналізувати осіб, до яких може бути застосоване відсторонення від посади. Так, наприклад, виходячи із наведеної вище думки, А.Ф. Волобуєв [70, с. 142-144] вважає, що такий захід може бути застосований виключно до службових осіб та наводить їх перелік, спираючись на ст. 18 КК України.

Розробники Науково-практичного коментаря до кримінального процесуального законодавства України вважають, що приймаючи рішення про відсторонення підозрюваного (обвинуваченого) від посади, слідчий суддя, суд мають врахувати також такі обставини як: 1) правову підставу для відсторонення від посади; 2) достатність доказів, які вказують на вчинення

особою кримінального правопорушення; 3) наслідки відсторонення від посади для інших осіб. Під правовою підставою відсторонення від посади слід розуміти сукупність таких фактичних обставин як: 1) обґрунтована підозра у вчиненні підозрюваним, обвинуваченим злочину; 2) наявність достатніх підстав вважати, що перебуваючи на певній посаді, особа може вчинити одну або декілька дій, передбачених ч. 1 даної статті; 3) обставини, які свідчать про те, що потреби досудового розслідування виправдовують такий ступінь втручання у права і свободи особи, про який ідеться у клопотанні слідчого, прокурора; 4) можливість виконання завдання, для виконання якого слідчий, прокурор звертається із клопотанням [178, с. 308].

Відповідно, наведене дає підставу вважати, що такий захід забезпечення кримінального провадження як відсторонення від посади може бути застосований не виключно до службової особи, а до спеціального суб'єкта – особи, яка вчинила кримінальне правопорушення, пов'язане з її професійною діяльністю. Вказане стосується і медичних працівників.

Так, відповідно до ухвали Дзержинського районного суду м. Кривого Рогу Дніпропетровської області від 03.10.2023 року (справа № 210/3586/23), особі повідомлено про підозру у вчиненні кримінального правопорушення, передбаченого ч. 2 ст. 319 КК України. *Обставинами, що дають підстави вважати, що перебування на посаді підозрюваного сприяло вчиненню кримінального правопорушення є те, що згідно Наказу №1 від 02.01.2023 призначений на посаду лікаря нарколога ТОВ «Клініка ВСВ», яке на підставі ліцензії Міністерства охорони здоров`я України на провадження господарської діяльності з медичної практики №1291 від 28.06.2021 та виконуючи свої службові обов`язки у які входить: забезпечення придбання, приймання з аптечних складів, зберігання, використання та облік спеціальних рецептурних бланків №3, забезпечення неухильного виконання вимог нормативних документів: наказів МОЗ України № 360, № 493, постанов КМУ № 333, № 589, призначено матеріально-відповідальною особою, яка відповідає за зберігання, облік і видачу спеціальних рецептурних бланків № 3 (Ф-3),*

лікарем, який має право виписувати наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори на спеціальних рецептурних бланків № 3 (Ф-3), входить до складу комісії з приймання спеціальних рецептурних бланків № 3 (Ф-3) від постачальників, інвентаризації спеціальних рецептурних бланків № 3 (Ф-3), знищення документації з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів по закінченню строку зберігання, знищення спеціальних рецептурних бланків № 3 (Ф-3), що були виписані з порушенням затверджених правил та поверненні аптечними закладами охорони здоров`я, як неправильно виписані, будучи обізнаним з вимогами чинного законодавства та умисно ігноруючи їх, виписував спеціальні рецептурні бланки № 3 (Ф-3) із порушенням норм закону. Обставиною, що дає підстави вважати, що підозрюваний, перебуваючи на посаді, знищить, підробить речі і документи, які мають суттєве значення для досудового розслідування є те, що ОСОБА_6 , займаючи посаду лікаря-нарколога ТОВ «Клініка ВСВ», має можливість виготовити або підробити медичну документацію щодо проведення медичних оглядів, медичних обстежень, медичні карти амбулаторних хворих, первинну облікову медичну документацію хворих, які не були відшуканні в ході проведення обшуку 17.07.2023 за місцем здійснення діяльності ОСОБА_6. Крім того, враховуючи, що 20.10.2022 відносно ОСОБА_6 до Дзержинського районного суду міста Кривого Рогу направлено обвинувальний акт за ч. 1 ст. 319, ч. 2 ст. 319 КК України є ризик, що останній може продовжити свою злочинну діяльність, направлену на незаконну видачу рецептів з корисливих мотивів. Слідчий зазначає, що, беручи до уваги вищевикладене, задля припинення та запобігання протиправній поведінці підозрюваної щодо перешкоджання кримінальному провадженню необхідно відсторонити підозрюваного ОСОБА_6 від виконання обов`язків лікар-нарколога у ТОВ «Клініка ВСВ», ідентифікаційний код юридичної особи 44194608 терміном на 60 днів та на час відсторонення від посади вилучити сертифікат № 347с-19 від 29.05.2022, відповідно до якого останньому підтверджено звання лікаря-спеціаліста за спеціальністю «Наркологія», який дійсний до 29.05.2025 [262].

Оскільки лікар-нарколог вчинив кримінальне правопорушення не проти здоровя, а проти встановленого законодавством порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів, основною підставою для застосування досліджуваного заходу стало висока ймовірність продовження кримінально протиправної діяльності. Логічно, що оскільки об'єктивна сторона кримінального правопорушення, передбаченого ст. 319 КК України, у вчиненні якого підозрюють особу не передбачає наслідку у виді шкоди життю чи здоров'ю іншої особи, внесення змін до медичної документації малоймовірно сприятиме перешкоджанню досудовому розслідуванню.

Одночасно із цим, у випадку медичних працівників, які вчиняють кримінальні правопорушення проти життя та здоровя особи, які пов'язані із медичною діяльністю органи досудового розслідування не завжди можуть спрогнозувати ймовірність спроби перешкодити розслідуванню шляхом використання професійних повноважень. Вказане сприятиме підвищенню латентності таких протиправних діянь. Одним із ефективних способів вирішення такої проблемної ситуації є удосконалення ст. 154 КПК України, в якій доцільно визначити коло осіб, до яких може бути застосоване відсторонення від посади. Отже, видається за доцільне ч. 1 ст. 154 КПК України викласти таким чином: *1. Відсторонення від посади може бути здійснено щодо особи, яка підозрюється або обвинувачується у вчиненні злочину. Відсторонення від посади може застосовуватися, коли виконання особою службових або професійних повноважень об'єктивно створює можливість використання займаного становища для перешкоджання досудовому розслідуванню або продовження протиправної діяльності…*

Щодо наступного заходу – тимчасового доступу до речей та документів, необхідно відзначити, що у випадку кримінального провадження, розпочатого за фактом вчинення кримінального правопорушення у сфері медичної діяльності, він має свою специфіку.

Так, відповідно до ст. 159 КПК України, 1. тимчасовий доступ до речей і документів полягає у наданні стороні кримінального провадження особою, у володінні якої знаходяться такі речі і документи, можливості ознайомитися з ними, зробити їх копії та вилучити їх (здійснити їх виїмку). Тимчасовий доступ до електронних інформаційних систем, комп'ютерних систем або їх частин, мобільних терміналів систем зв'язку здійснюється шляхом зняття копії інформації, що міститься в таких електронних інформаційних системах, комп'ютерних системах або їх частинах, мобільних терміналах систем зв'язку, без їх вилучення. Забороняється вилучення (виїмка) матеріальних носіїв інформації, пов'язаних із веденням Центральним депозитарієм цінних паперів та депозитарними установами системи депозитарного обліку цінних паперів, облікової системи часток товариств з обмеженою відповідальністю та товариств з додатковою відповідальністю і внесенням змін до них. Тимчасовий доступ до речей і документів здійснюється на підставі ухвали слідчого судді, суду. Відповідно до ст. 162 КПК України, до охоронюваної законом таємниці, яка міститься в речах і документах, належать: 1) інформація, що знаходиться у володінні засобу масової інформації або журналіста і надана їм за умови нерозголошення авторства або джерела інформації; 2) відомості, які можуть становити лікарську таємницю; 3) відомості, які можуть становити таємницю вчинення нотаріальних дій; 4) конфіденційна інформація, в тому числі така, що містить комерційну таємницю; 5) відомості, які можуть становити банківську таємницю; 6) особисте листування особи та інші записи особистого характеру; 7) інформація, яка знаходиться в операторів та провайдерів телекомунікацій, про зв'язок, абонента, надання телекомунікаційних послуг, у тому числі отримання послуг, їх тривалості, змісту, маршрутів передавання тощо; 8) персональні дані особи, що знаходяться у її особистому володінні або в базі персональних даних, яка знаходиться у володільця персональних даних; 9) державна таємниця; 10) таємниця фінансового моніторингу; відомості, що

становлять професійну таємницю відповідно до Закону України «Про ринки капіталу та організовані товарні ринки» [155].

Відповідно до ч. 6 ст. 163 КПК України, слідчий суддя, суд постановляє ухвалу про надання тимчасового доступу до речей і документів, які містять охоронювану законом таємницю, якщо сторона кримінального провадження, крім обставин, передбачених частиною п’ятою цієї статті, доведе можливість використання як доказів відомостей, що містяться в цих речах і документах, та неможливість іншими способами довести обставини, які передбачається довести за допомогою цих речей і документів. Доступ особи до речей і документів, які містять охоронювану законом таємницю, здійснюється в порядку, визначеному законом. Доступ до речей і документів, що містять відомості, які становлять державну таємницю, не може надаватися особі, що не має до неї допуску відповідно до вимог закону [155].

Як видається з наведеного, у випадку, коли медичний працівник вчинив кримінальне правопорушення у сфері медичної діяльності та за умови, що медична документація, яка має лікарську таємницю має важливе значення як доказ, органам досудового розслідування можуть надати до неї тимчасовий доступ. Проте, положення ч. 6 ст. 163 КПК України виглядають надто узагальнено, а вказівка на «неможливість іншими способами довести обставини, які передбачається довести за допомогою цих речей і документів» є оціночною. Відповідно визначення доцільності та можливості надання доступу до медичних документів є суто суб’єктивним правом слідчого судді чи суду. Логічно, що у кримінальних провадженнях, які здійснюються у формі приватного обвинувачення, як правило, вся необхідна медична інформація надається пацієнтом, що дозволено законодавством.

Так, у постанові Верховного Суду від 29 квітня 2026 року (справа № 308/4339/20) вказано, що в ст. 15 КПК України встановлено, що під час кримінального провадження кожному гарантується невтручання у приватне (особисте і сімейне) життя. Ніхто не може збирати, зберігати, використовувати та поширювати інформацію про приватне життя особи без її згоди, крім

випадків, передбачених цим Кодексом. Інформація про приватне життя особи, отримана в порядку, передбаченому цим Кодексом, не може бути використана інакше як для виконання завдань кримінального провадження. Отже, фізична особа, якої стосується конфіденційна інформація, серед якої і відомості, які можуть становити лікарську таємницю, має право вільно, на власний розсуд визначати порядок ознайомлення з нею інших осіб, держави та органів місцевого самоврядування, а також право на збереження її у таємниці відповідно до конституційного та законодавчого регулювання права особи на збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації, проте з урахуванням положень кримінального процесуального закону, які визначають повноваження сторін щодо збирання тих фактичних даних, які мають значення для кримінального провадження за приписами ст. 91 КПК України, а також випадків, коли сторони мають право збирати, зберігати, використовувати та поширювати інформацію про приватне життя особи без її згоди. Застосування належної юридичної процедури є не самоціллю, а важливою умовою досягнення результатів кримінального судочинства, визначених законодавцем як пріоритетні: захисту особи, суспільства та держави від злочинних посягань, охорони прав і свобод людини, забезпечення оперативного й ефективного розкриття кримінальних правопорушень і справедливого судового розгляду [205].

Однак, у випадках, коли кримінальне провадження здійснюється за ініціативою правоохоронних органів, особливо тоді, коли медичний працівник спричинив шкоду життю пацієнта питання тимчасового доступу до медичної документації такої особи може ускладнювати процес досудового розслідування, а за відсутності належних превентивних заходів – може призвести до перешкоджання досудовому розслідуванню особою, яка вчинила таке протиправне діяння або іншими медичними працівниками, які діють в межах корпоративної солідарності.

Враховуючи вказане, видається за доцільне внести зміни до ч. 6 ст. 163 КПК України та викласти її таким чином:

6. Слідчий суддя, суд постановляє ухвалу про надання тимчасового доступу до речей і документів, які містять охоронювану законом таємницю, якщо сторона кримінального провадження, крім обставин, передбачених частиною п'ятою цієї статті, доведе можливість використання як доказів відомостей, що містяться в цих речах і документах, та неможливість іншими способами довести обставини, які передбачається довести за допомогою цих речей і документів.

Підставами для надання тимчасового доступу до речей і документів, які містять охоронювану законом таємницю є:

1) речі і документи, які містять охоронювану законом таємницю необхідні для призначення або проведення судової експертизи чи експертного дослідження, які мають істотне значення для кримінального провадження;

2) речі і документи, які містять охоронювану законом таємницю є єдиним джерелом інформації, яка має істотне значення для кримінального провадження;

3) відомості не можуть бути отримані шляхом проведення інших слідчих (розшукових) або процесуальних дій без істотної втрати їх доказового значення;

4) речі чи документи містять медичну інформацію, необхідну для встановлення характеру спричиненої здоров'ю шкоди чи причини смерті особи.

При вирішенні питання про надання тимчасового доступу слідчий суддя, суд зобов'язаний забезпечити дотримання принципу пропорційності, визначивши обсяг відомостей, необхідний для досягнення мети кримінального провадження.

Останніми із досліджуваних заходів забезпечення кримінального провадження є запобіжні заходи.

Вчені вказують, що запобіжні заходи – це заходи кримінально-процесуального примусу попереджувального характеру, пов'язані з позбавленням або обмеженням свобод підозрюваного, обвинуваченого, які за

наявності підстав та у порядку, встановленому законом, застосовуються під час кримінального провадження уповноваженими на те органами та посадовими особами слідчим суддею, судом відносно підозрюваного, обвинуваченого, з метою запобігти їх спробам ухилитися від слідства і суду, перешкоджання встановленню істини, продовжити злочинну діяльність, нарешті належної процесуальної поведінки, а також для забезпечення виконання процесуальних рішень. Вони можуть застосовуватися до підозрюваних, обвинувачених, які досягли вісімнадцятирічного віку, до неповнолітніх підозрюваних, обвинувачених крім перерахованих запобіжних заходів можуть застосовуватись передання їх під нагляд батьків, опікунів та піклувальників. До підозрюваного, обвинуваченого може бути застосований лише один із передбачених законом запобіжних заходів. Система запобіжних заходів забезпечує можливість оперативного підходу до їх застосування у практиці досудового слідства і судового розгляду кримінальних справ. Запобіжні заходи розрізняють власні специфічні ознаки: мають особистий характер, оскільки обмежують особисті права суб'єктів кримінального процесу; можуть бути застосовані лише до певних суб'єктів кримінального процесу, підозрюваного і обвинуваченого; характеризуються специфічними підставами і метою застосування; мають більший, порівняно з іншими заходами ступінь примусу – обмеження прав [76].

Відповідно до ст. 176 КПК України, [3]апобіжними заходами є: 1) особисте зобов'язання; 2) особиста порука; 3) застава; 4) домашній арешт; 5) тримання під вартою. Тимчасовим запобіжним заходом є затримання особи, яке застосовується з підстав та в порядку, визначеному цим Кодексом. Слідчий суддя, суд відмовляє у застосуванні запобіжного заходу, якщо слідчий, прокурор не доведе, що встановлені під час розгляду клопотання про застосування запобіжних заходів обставини, є достатніми для переконання, що жоден із більш м'яких запобіжних заходів, передбачених частиною першою цієї статті, не може запобігти доведеним під час розгляду ризику або ризикам. При цьому найбільш м'яким запобіжним заходом є особисте

зобов’язання, а найбільш суворим - тримання під вартою. Запобіжні заходи застосовуються: під час досудового розслідування та до початку підготовчого судового засідання - слідчим суддею за клопотанням слідчого, погодженим з прокурором, або за клопотанням прокурора, а під час судового провадження - судом за клопотанням прокурора [155].

Як видається, такий захід як тримання під вартою майже не застосовується у випадках вчинення медичними працівниками кримінальних правопорушень, пов’язаних із медичною діяльністю. Основними є особисте зобов’язання та особиста порука, які є достатньо ефективними як заходи індивідуально-профілактичного запобігання.

Таким чином, проведене дослідження надало можливість з’ясувати, що основними заходами індивідуально-профілактичного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності є заходи забезпечення кримінального провадження, які дозволяють своєчасно припинити протиправне діяння, утримати медичного працівника від продовження кримінально протиправної діяльності та перешкоджання досудовому розслідуванню, а також цивільно-правові заходи, які мають на меті забезпечення відшкодування особою шкоди, спричиненої в межах професійної діяльності, навіть у випадку, коли медичний працівник дії у стані крайньої необхідності.

Аргументовано доведено доцільність:

– розроблення та прийняття законодавчого акту, яким би було врегульовано суспільні відносини у сфері відшкодування шкоди пацієнтам;

– встановлення розмірів відшкодування, які були б диференційовані в залежності від ступеня тяжкості спричинених здоров’ю наслідків, а також створення та впровадження механізму притягнення медичного працівника до цивільно-правовою відповідальності;

– внесення змін до ч. 1 ст. 154 КПК України, а саме викласти її таким чином: 1. Відсторонення від посади може бути здійснено щодо особи, яка підозрюється або обвинувачується у вчиненні злочину. Відсторонення від

посади може застосовуватися, коли виконання особою службових або професійних повноважень об’єктивно створює можливість використання займаного становища для перешкоджання досудовому розслідуванню або продовження протиправної діяльності…;

– внесення змін до ч. 6 ст. 163 КПК України, а саме викласти її таким чином: 6. Слідчий суддя, суд постановляє ухвалу про надання тимчасового доступу до речей і документів, які містять охоронювану законом таємницю, якщо сторона кримінального провадження, крім обставин, передбачених частиною п’ятою цієї статті, доведе можливість використання як доказів відомостей, що містяться в цих речах і документах, та неможливість іншими способами довести обставини, які передбачається довести за допомогою цих речей і документів.

Підставами для надання тимчасового доступу до речей і документів, які містять охоронювану законом таємницю є випадки, коли:

1) речі і документи, які містять охоронювану законом таємницю необхідні для призначення або проведення судової експертизи чи експертного дослідження, які мають істотне значення для кримінального провадження;

2) речі і документи, які містять охоронювану законом таємницю є єдиним джерелом інформації, яка має істотне значення для кримінального провадження;

3) відомості не можуть бути отримані шляхом проведення інших слідчих (розшукових) або процесуальних дій без істотної втрати їх доказового значення;

4) речі чи документи містять медичну інформацію, необхідну для встановлення характеру спричиненої здоров’ю шкоди чи причини смерті особи.

При вирішенні питання про надання тимчасового доступу слідчий суддя, суд зобов'язаний забезпечити дотримання принципу пропорційності, визначивши обсяг відомостей, необхідний для досягнення мети кримінального провадження.

Висновки до 4 розділу

1. Встановлено, що заходи загальносоціального запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності мають бути спрямовані на усунення базових чинників та фонових явищ, які призводять або роблять можливим вчинення кримінального правопорушення. До основних заходів віднесено: 1) налагодження та підвищення ефективності контролю за документообігом та електронним документообігом у сфері медичної діяльності; 2) підвищення якості формування антикорупційної культури у сфері медичної діяльності шляхом 4) запровадження регулярного моніторингу Міністерством охорони здоровя корупційних ризиків, запровадити автоматизовані індикатори корупційних ризиків, які б надавали можливість виявити випадки значної кількості виявлених підстав для встановлення інвалідності одним медичним працівником; необґрунтоване збільшення кількості позитивних рішень щодо встановлення інвалідності; занадто стислі терміни розгляду справ; 3) усунення потенційних порушень, пов'язаних із використанням Єдину інформаційну систему соціальної сфери, зокрема шляхом посилення кримінальної відповідальності; 4) обмеження повноважень медичних працівників під час користування реєстрами та інформаційними системами, пов'язаними із електронною системи охорони здоров'я (eHealth); передбачити можливість медичного працівника мати доступ виключно до тих функцій та інформації, що необхідні для виконання професійних обов'язків; 5) посилення ефективності кримінально-правового забезпечення наркополітики України шляхом удосконалення кримінальної відповідальності за незаконну видачу рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин; 7) впровадження культури нульової толерантності до медичної помилки та впровадження порядку повідомлення про такі випадки (позитивний досвід Великої Британії, Канади та Данії); 8) запровадження механізму альтернативного вирішення конфліктів, який має включати заходи, спрямовані на інтеграцію медіативних процедур,

створення при медичних закладах спеціальних служб врегулювання конфліктів (позитивний досвід США).

Вказано, що розвиток механізмів альтернативного врегулювання конфліктів між пацієнтами та медичними працівниками, які успішно застосовуються у Великій Британії, Канаді, США тощо не тільки сприяють відкритому обговоренню медичних інцидентів, зменшують кількість судових спорів і формують культуру навчання на помилках замість їх приховування, а й є ефективним способом запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються медичними працівниками шляхом застосування ризик-орієнтованого підходу. Раннє виявлення ризиків у діяльності медичного працівника можуть надати можливість своєчасно вплинути на таку ситуацію або шляхом проведення додаткового навчання, бесіди, або шляхом відсторонення такої особи від медичної практики.

Запропоновано такі зміни та доповнення до національного законодавства:

– в Інструкції з діловодства у Міністерстві охорони здоров'я України, затвердженої Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.02.2014 № 143 та Порядку використання системи електронного документообігу в Міністерстві охорони здоров’я, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров’я від 22 лютого 2023 року № 358, а саме визначити механізм забезпечення безпеки особистих ключів медичних працівників та процедуру повідомлення про їх незаконне використання (конфіденційність);

– у Кримінальному кодексі України ч. 1 ст. 319 викласти таким чином: 1. Незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин – карається…

2. Аргументовано, що спеціально-кримінологічне запобігання кримінальним правопорушенням має бути диференційоване на три напрями:

1) організаційно-правові заходи, до яких віднесено: реформування інституту приватного обвинувачення у кримінальному провадженні щодо

кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності; сприяння усуненню конфлікту інтересів під час проведення судово-медичної експертизи у кримінальних провадженнях щодо кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності; удосконалення окремих складів кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності з метою спрощення їх доказування.

Запропоновано такі зміни та доповнення до національного законодавства:

– у ст. 477 КПК України: виключити ст. ст. 132, 139 та 145 із переліку кримінальних правопорушень, кримінальні провадження щодо яких здійснюються у формі приватного обвинувачення;

– в Інструкції про проведення судово-медичної експертизи, затвердженої Міністерством охорони здоров'я України від 17.01.1995 № 6 виключити п. 2.4.1 та доповнити п. 2.5.1, який викласти таким чином: Експертизи у справах про притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення проводяться виключно у складі комісії, більшу частину членів якої мають складати представники Державної установи «Інститут судової психіатрії та судової медицини Міністерства охорони здоров'я України». До складу такої комісії також в обов'язковому порядку мають входити не менш, ніж два професори кафедр судової медицини;

– у КК України: внести зміни до диспозиції ст. 145 КК України та викласти її таким чином: Умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, - карається…

2) віктимологічні заходи, до яких віднесено: створення інституту медичного омбудсмена; розроблення та прийняття Закону України «Про захист прав пацієнтів»; розробка національної стратегії медичної грамотності; інтенсифікацію незалежних опитувань пацієнтів, щодо якості надання

медичних послуг в Україні; удосконалення індикаторів якості надання медичних послуг;

3) пенітенціарні заходи, до яких віднесено: унеможливлення залучення засуджених медичних працівників до здійснення діяльності, пов'язаної із наданням медичної допомоги в установах виконання покарань; розробка Концепції реформування системи охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби з урахуванням напрямку реформи системи охорони здоров'я в Україні; встановлення підпорядкування пенітенціарних медичних закладів Міністерству охорони здоров'я.

Запропоновано такі зміни та доповнення до національного законодавства:

– в Інструкції про умови праці та заробітну плату засуджених до обмеження волі або позбавлення волі, затвердженої Наказом Міністерства юстиції України від 07.03.2013 № 396/5 виключити п. 6.8.2.

3. Доведено, що основними заходами індивідуально-профілактичного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності є заходи забезпечення кримінального провадження, які дозволяють своєчасно припинити протиправне діяння, утримати медичного працівника від продовження кримінально протиправної діяльності та перешкоджання досудовому розслідуванню, а також цивільно-правові заходи, які мають на меті забезпечення відшкодування особою шкоди, спричиненої в межах професійної діяльності, навіть у випадку, коли медичний працівник дії у стані крайньої необхідності.

Аргументовано доведено доцільність:

– розроблення та прийняття законодавчого акту, яким би було врегульовано суспільні відносини у сфері відшкодування шкоди пацієнтам;

– встановлення розмірів відшкодування, які були б диференційовані в залежності від ступеня тяжкості спричинених здоров'ю наслідків, а також створення та впровадження механізму притягнення медичного працівника до цивільно-правовою відповідальності;

– внесення змін до ч. 1 ст. 154 КПК України, а саме викласти її таким чином: 1. Відсторонення від посади може бути здійснено щодо особи, яка підозрюється або обвинувачується у вчиненні злочину. Відсторонення від посади може застосовуватися, коли виконання особою службових або професійних повноважень об'єктивно створює можливість використання займаного становища для перешкоджання досудовому розслідуванню або продовження протиправної діяльності…;

– внесення змін до ч. 6 ст. 163 КПК України, а саме викласти її таким чином: 6. Слідчий суддя, суд постановляє ухвалу про надання тимчасового доступу до речей і документів, які містять охоронювану законом таємницю, якщо сторона кримінального провадження, крім обставин, передбачених частиною п'ятою цієї статті, доведе можливість використання як доказів відомостей, що містяться в цих речах і документах, та неможливість іншими способами довести обставини, які передбачається довести за допомогою цих речей і документів.

Підставами для надання тимчасового доступу до речей і документів, які містять охоронювану законом таємницю є випадки, коли:

1) речі і документи, які містять охоронювану законом таємницю необхідні для призначення або проведення судової експертизи чи експертного дослідження, які мають істотне значення для кримінального провадження;

2) речі і документи, які містять охоронювану законом таємницю є єдиним джерелом інформації, яка має істотне значення для кримінального провадження;

3) відомості не можуть бути отримані шляхом проведення інших слідчих (розшукових) або процесуальних дій без істотної втрати їх доказового значення;

4) речі чи документи містять медичну інформацію, необхідну для встановлення характеру спричиненої здоров'ю шкоди чи причини смерті особи.

При вирішенні питання про надання тимчасового доступу слідчий суддя, суд зобов'язаний забезпечити дотримання принципу пропорційності, визначивши обсяг відомостей, необхідний для досягнення мети кримінального провадження.

РОЗДІЛ 5. МІЖНАРОДНИЙ ТА ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ЗАПОБІГАННЯ КРИМІНАЛЬНИМ ПРАВОПОРУШЕННЯМ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ

5.1. Міжнародні стандарти реалізації кримінально-правової політики у сфері охорони медичної діяльності

Забезпечення належної ефективності кримінально-правової та кримінологічної протидії кримінальним правопорушенням взагалі та тим, що вчиняються у сфері медичного обслуговування зокрема неможливе без дослідження та аналізу міжнародних та європейських стандартів такої діяльності. На сьогоднішній день в умовах активної євроінтеграції України та тих вимог, що передбачені в угодах про співробітництво між нашою державою та Європейським Союзом приведення національного кримінального законодавства та кримінологічної практики до acquis communautaire набуває особливого значення.

На підтвердження наведеної думки доцільно вказати, що, наприклад, розглядаючи передумови для розробки нового кримінального законодавства, проєкт якого оприлюднено у мережі Інтернет, члени робочої групи зауважили такі: соціальні передумови: 1) утвердження Українського народу як носія суверенітету України, єдиного джерела влади в Україні й формування політичної української нації; 2) початок формування громадянського суспільства в Україні; 3) зростання соціальної, політичної, економічної та інших форм активності населення України; 4) утвердження багатоукладності суспільного життя, плюралізму думок і свободи слова, крах системи єдиної державної ідеології; 5) зміна в ієрархії соціальних цінностей; 6) зміна соціальної структури населення Україні та поява нових суспільних груп – підприємці, самозайняте населення, громадські активісти тощо. Політичні передумови: 1) формування в Україні власної системи органів державної влади й органів місцевого самоврядування, не пов’язаної з попередньою

союзною системою; 2) формування реального багатопартійного укладу політичного життя; 3) відмова від єдиного політичного курсу й гарантування політичного плюралізму тощо. Міжнародні передумови: 1) реальне набуття Україною статусу повноправного суб'єкта міжнародних відносин; 2) укладення та ратифікація міжнародних договорів, що містили зобов'язання держави у сфері кримінального права; 3) укладення двосторонніх і багатосторонніх договорів про співпрацю у боротьбі зі злочинністю; 4) загальносвітові та регіональні (європейські) тенденції розвитку національного кримінального законодавства окремих країн. Правові передумови: 1) ухвалення Конституції України 28 червня 1996 року; 2) суттєве реформування інших так званих «регуляторних» галузей законодавства України, активізація роботи над проєктом Цивільного та інших кодексів України; 3) розвиток змісту та гарантій прав людини; 4) невідповідність КК України 1960 року вимогам часу, архаїчність багатьох його положень, наявність серйозних прогалин, системна неузгодженість з іншими нормативно-правовими актами, необхідність перегляду переліку та змісту багатьох ознак складів злочинів, гостра потреба в удосконаленні системи покарань тощо. Кримінологічні передумови: 1) різке зростання у 1990-х роках рівня злочинності, зокрема рецидивної; 2) поява нових та істотна модифікація раніше відомих форм злочинності (організована, транснаціональна, економічна, корупційна, комп'ютерна тощо); 3) поява нових, раніше невідомих чи непоширених, видів суспільно небезпечних діянь (торгівля людьми, експлуатація людей, наркотична злочинність, порушення у сфері фінансової, банківської, кредитної діяльності, сфері оподаткування тощо) [228, с. 14-15].

Можна майже беззаперечно стверджувати, що будь-яка кримінологічна діяльність починається з інтеграції у стратегію протидії кримінальним правопорушенням заходів кримінально-правового характеру та встановлення внутрішніх взаємозв'язків останніх із заходами іншого характеру (виховні, освітні, пенітенціарні тощо). Заходи кримінально-правового характеру визначені виключно у Кримінальному кодексі України, який останнім часом

все частіше піддається перегляду та змінам. Такі зміни, по-перше, пов'язані із потребою у забезпеченні посиленого захисту окремих суспільних відносин в умовах дії особливого правового режиму воєнного стану. По-друге, їх метою також є забезпечення відповідності національного кримінального права праву Європейського Союзу. Необхідно відзначити, що європейське право, у свою чергу, є залежним від міжнародного. Фактично можна говорити про наявність складного механізму впливу на національне право та кримінологічну практику, який починається із встановлення догм у міжнародному праві, інтеграції їх у європейські правові документи, які визначають орієнтири для держав, які перебувають у складі їх спільнот за напрямом правотворчої діяльності.

Вчені також відзначають, що міжнародні стандарти прав людини в широкому значенні можна розглядати в якості своєрідної моделі, «цивілізаційного орієнтиру для розвитку правової сфери держав». В цьому випадку в нього можуть бути включені не тільки норми права, закріплені в певних джерелах, а й правові ідеї і погляди. Тим самим, міжнародні стандарти в області прав людини є інтегральною категорією, яка акумулює і відображає стан права в суспільстві на певному етапі історичного розвитку. Дане поняття є узагальнене уявлення про права і свободи людини і громадянина, вираз загальних цінностей всього людства відповідно до сучасного стану права і юридичної науки, а також розвитком ідеалів законності та гуманності. Загальні правові цінності, принцип верховенства права, панування закону, визнання і дотримання прав і свобод людини – це фундаментальна основа правових стандартів сучасної світової цивілізації [176, с. 17].

В умовах сьогодення міжнародні правові стандарти надають можливість утворити належну, апробовану та уніфіковану платформу для підвищення якості правового забезпечення діяльності кожної окремої держави за всіма напрямами. Збройна агресія російської федерації проти України також актуалізувала стандарти міжнародного гуманітарного права, які за змістом, сферою та часом дії принципово відрізняються від загальних міжнародних

стандартів. Одночасно із цим, навіть в межах міжнародного гуманітарного права закріплюється беззаперечне право особи на забезпечення належних умов життя, захист здоров'я тощо. Отже, право на належне медичне обслуговування наскрізно визначено у низці міжнародних та європейських правових документів.

Міжнародні стандарти прав і свобод людини можна розглядати як загальновизнані положення міжнародних актів обов'язкового і рекомендаційного характеру, а також принципи міжнародного права, що закріплюють фундаментальні права особистості, які мають визначальне значення для захисту людини від незаконних та необгрунтованих дій з боку держави, посадових і інших осіб, які порушують або обмежують ці права, а також виконують функцію орієнтира для всіх держав при регламентації і забезпеченні прав своїх громадян. Визначаючи універсальне значення міжнародних стандартів, юристи характеризують їх як мінімальні правові вимоги, необхідні для створення основи для нормального існування міжнародної системи в цілому або в будь-якої конкретної області, як визнані світовим співтовариством і закріплені в його документах юридичні норми або моделі правових норм, встановлені угодою співтовариства держав. Іншими словами, міжнародні правові стандарти розглядаються як закріплені в загальновизнаних актах положення, в яких встановлені основні права і свободи, а також обов'язки осіб, які перебувають під юрисдикцією світової спільноти держав [176, с. 20].

Говорячи про міжнародні стандарти забезпечення права людини на належне медичне обслуговування можна виокремити такі основні документи, які регулюють медичну діяльність: 1) Загальна декларація прав людини, прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року; 2) Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права від 16.12.1966; 3) Міжнародний пакт про громадянські і політичні права від 16.12.1966.

Так, наприклад, у ст. 3 Загальної декларації прав людини, прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року вказано, що кожна людина має право на життя, на свободу і на особисту недоторканність. У ст. 25 визначено, що кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, і право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдівства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від неї обставини. Материнство і дитинство дають право на особливе піклування і допомогу. Всі діти, народжені у шлюбі або поза шлюбом, повинні користуватися однаковим соціальним захистом [126].

Аналізуючи наведене положення, можна визначити, що документ встановлює загальний орієнтир на забезпечення захисту базових потреб людини, яким є встановлення беззаперечного права на життя, особисту недоторканість та медичний огляд. Кожен із цих напрямів має бути врахований під час криміналізації суспільно небезпечних діянь, що вчиняються у сфері медичного обслуговування. Наприклад, якщо мова йде про особисту недоторканість, криміналізації підлягає проведення незаконної трансплантації, дослідів, донорства, стерилізації тощо; у випадку медичного огляду, кримінально забороненим має бути порушення прав пацієнтів, ненадання медичної допомоги тощо.

У ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права від 16.12.1966 вказано, що Держави, які беруть участь у цьому Пакті, визнають право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. Заходи, яких повинні вжити держави-учасниці цього Пакту для повного здійснення цього права, включають ті, які є необхідними для: a) забезпечення скорочення мертвонароджуваності та дитячої смертності і здорового розвитку дитини; b) поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці в промисловості; c) запобігання і лікування

епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьби з ними; d) створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби [169].

Розглядаючи це положення, варто відзначити декілька цікавих аспектів. По-перше, у документі чітко визначено перелік заходів, які мають вжити держави-учасниці задля забезпечення найвищого рівня здоров'я, тому, відповідно, можна вважати, що саме вони є базовими орієнтирами для подальшого реформування національного законодавства. По-друге, документ вказує на доцільність та потребу створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд саме **у разі хвороби.** Отже, фактично, поза увагою законодавця залишилось забезпечення захисту осіб, які звернулись до закладу охорони здоров'я для отримання послуг з естетичної пластичної хірургії.

У наказі МОЗ «Про удосконалення пластичної та реконструктивної хірургічної допомоги населенню України» від 02.04.2009 № 210 (який наразі вже втратив чинність) було визначено потребу забезпечити підготовку профільних фахівців з хірургічних спеціальностей на циклах спеціальної підготовки з пластичної хірургії. Забезпечити надання медичної допомоги населенню, що має потребу у виконанні пластичних та реконструктивних операцій за показаннями, в закладах охорони здоров'я, які будуть надавати спеціалізовану медичну допомогу з пластичної та реконструктивної хірургії за відповідним профілем [175]. Вказівка на те, що особа може отримати послуги з пластичної хірургії «за показанням», свідчить про те, що естетична операція не вважається лікування, а спрямована виключно на покращення зовнішності, що не пов'язано із усуненням аномалій/наслідків травм тощо.

Таким чином, фактично, у розглянутому положенні Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права від 16.12.1966 залишилась поза увагою проблема забезпечення права на належний рівень медичного обслуговування осіб, які звернулись для отримання послуг з естетичної пластичної хірургії.

У ст. 7 Міжнародного пакту про громадянські і політичні права від 16.12.1966 вказано, що ніякого не може бути піддано катуванню чи жорстокому, нелюдському або принижуючому гідність поводженню чи покаранню. Зокрема, жодну особу не може бути без її вільної згоди піддано медичним чи науковим дослідам [168]. У контексті заборони порушення порядку проведення дослідів на людиною також необхідно розглянути положення Гельсінської Декларації.

Так, у документі вказано, що Всесвітня медична асоціація (ВМА) розробила Гельсінську Декларацію як констатування етичних принципів медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження, включаючи дослідження на людських матеріалах та даних, які можна ідентифікувати. Декларація призначена до прочитання як єдине ціле, і жодний із параграфів, що входять до її складу, не може бути використаний без урахування всіх інших відповідних параграфів. Не дивлячись на те, що Декларація адресована в першу чергу до лікарів, ВМА заохочує інших учасників медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження слідувати цим принципам. Обов'язок лікаря – підтримувати та охороняти здоров'я пацієнтів, у тому числі й тих, котрі залучені до медичних досліджень. Знання та совість лікаря присвячені виконанню цього обов'язку. Женевська декларація зв'язує лікаря зобов'язанням: «Здоров'я мого пацієнта буде основним моїм клопотом», а Міжнародний кодекс медичної етики проголошує, що «Надаючи медичну допомогу, лікареві належить діяти виключно в інтересах пацієнта». Прогрес у медицині базується на роботах, котрі врешті решт мусять включати дослідження за участю людини у якості об'єкта дослідження. Популяції, що недостатньо представлені у медичних дослідженнях, мають бути забезпечені належним доступом до участі в дослідженнях. У медичних дослідженнях за участю людини у якості об'єкта дослідження благополуччя кожного об'єкта дослідження має бути пріоритетним серед інших інтересів. Основна мета медичного дослідження за участю людини у якості об'єкта дослідження – зрозуміти причини,

розвиток і наслідки захворювань та вдосконалити превентивні, діагностичні й терапевтичні заходи (методики, процедури та лікування). Навіть найкращі сучасні заходи мають безупинно оцінюватися за результатами дослідження їх безпечності, ефективності, результативності, загальнодоступності та якості [72].

Отже, у документі вказується на потребу у дотриманні прав пацієнта під час здійснення будь-яких медичних маніпуляцій. Зокрема саме у цьому документі визначено потребу у забезпеченні балансу між потенційно можливими та бажаними результатами наукової діяльності та ймовірною шкодою, яку може зазнати пацієнт, у випадку, якщо його буде залучено як особу, яка піддається медичним дослідам. Як видається у цьому контексті також можна говорити не тільки про встановлення кримінально-правових заборон чи розробку заходів кримінологічного впливу, а й про сприяння розвитку медичної етики.

У 2009 році в Україні було підписано Етичний кодекс лікаря України, у якому було вказано, що лікар може поєднувати дослідження з наданням медичної допомоги лише у випадках, коли дослідження обґрунтоване профілактичною, діагностичною або терапевтичною метою. Перед початком біомедичних досліджень, апробації нових лікарських препаратів, лікувально діагностичних методів та обладнання лікар повинен дістати письмову згоду на їх проведення від відповідної етичної комісії або комітету із затвердженням плану (протоколу) вказаного дослідження, в якому повинні бути чітко визначені його цілі, етичні аспекти, хід та можливі ускладнення. Наукові дослідження з участю пацієнтів лікарі можуть проводити лише при одночасному дотриманні всіх перерахованих нижче умов: якщо вони спрямовані на поліпшення здоров'я пацієнтів, які беруть участь в експерименті; якщо вони зроблять істотний внесок у медичну науку і практику; якщо результати попередніх досліджень та існуючі дані не свідчать про ризик розвитку ускладнень; за умови забезпечення усіх необхідних заходів для безпеки пацієнта [116].

Однак, із урахуванням того, що вказаний Кодекс був підписаний ще у 2009 році, а також з огляду на те, що з цього моменту у медицині відбулась низка як позитивних, так і негативних змін Етичний кодекс має бути суттєво переглянутий та оновлений. Особливої актуальності вказане набуває в умовах повномасштабної агресії російської федерації проти України та введеного особливого правового режиму воєнного стану. *Оновлення Етичного кодексу лікаря також сприятиме зниженню кількості кримінальних правопорушень, які вчиняються у сфері медичного обслуговування, шляхом внесення окремих його елементів у зміст освітньо-виховних заходів кримінологічного запобігання*.

Аналіз наведених міжнародних правових документів дозволяє систематизувати напрями запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування на такі: 1) забезпечення права на мінімально необхідний медичний догляд (Загальна декларація прав людини); 2) визначення потреби у створенні умов для отримання медичної допомоги та догляду у випадку хвороби (Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права); 3) унеможливлення залучення людини до проведення медичних дослідів без згоди (Міжнародний пакт про громадянські і політичні права); 4) визначення потреби у неухильному дотриманні медичної етики (Гельсінська Декларація).

Переходячи до розгляду європейських стандартів, варто погодитись із тим, що імплементація міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров’я в національне законодавство України передусім вимагає: систематизації та зіставлення норм міжнародно-правових стандартів із наявними нормативними актами в Україні (ЗУ «Основи законодавства про охорону здоров’я в Україні», концепції реформування фінансування системи охорони здоров’я та ін.); дослідження норм міжнародно-правових стандартів із залученням галузевих спеціалістів, науковців та юристів. Першочерговою необхідністю є застосовувати міжнародно-правові стандарти не лише для внесення змін у внутрішні нормативно-правові акти України, але й у

практичну площину функціонування медичної системи задля підвищення ефективності медичної допомоги: засад організації надання медичних послуг; протоколів лікування основних захворювань; міжнародної кваліфікації хвороб; підготовки кадрів, атестації та ліцензування діяльності тощо. Так, у цьому аспекті вже розпочато роботу щодо впровадження уніфікованих міжнародних протоколів лікування, які передбачають застосовування тих методів діагностики та лікування, що є ефективними та засновані на доказовій медицині, і фактично призначення неефективного лікування унеможливлюється. У свою чергу це значно знижує рівень захворюваності та смертності, підвищує якість медичних послуг, позаяк практикуючим лікарям пропонуються чіткі рекомендації та строюються ефективні умови надання медичної допомоги пацієнтам на усіх рівнях. Трансформація системи охорони здоров'я України буде успішною лише за умови раціонального поєднання найвагоміших національних здобутків у медичній галузі зі світовим досвідом і міжнародно-правовими стандартами – принципами та нормами, які містяться у міжнародно-правових актах з прав людини, та визначають зміст та обсяг прав людини у сфері охорони здоров'я, яких повинна дотримуватися наша держава. На сучасному етапі розвитку першочерговим завданням для України є створення такої правової бази у сфері охорони здоров'я, яка б цілком відповідала міжнародно-правовим стандартам й забезпечувала реалізацію цих прав і передбачала механізм їх захисту у разі порушення [138].

Міжнародні правові стандарти утворюють інтегровану європейську модель запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування. Після Другої світової війни та чисельних безпрецедентних злочинів, які було вчинено медичними працівниками нацистської Німеччини та створення Нюрнберзького кодексу питання захисту здоров'я суспільства особливо актуалізувалось. Подальший розвиток міжнародного права за цим напрямом відбувся із прийняттям Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод одночасно із підписанням якої було утворено Європейський суд з прав людини, метою діяльності якого стало

забезпечення дотримання державами-підписантами Конвенції. На сьогоднішній день Європейська Конвенція є основним європейським правовим документом, який визначає перелік прав людини та громадянина, захист яких має бути неухильно забезпечений.

У ст. 2 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод вказано, що право кожного на життя охороняється законом. Нікого не може бути умисно позбавлено життя інакше ніж на виконання смертного вироку суду, винесеного після визнання його винним у вчиненні злочину, за який закон передбачає таке покарання. Позбавлення життя не розглядається як таке, що вчинене на порушення цієї статті, якщо воно є наслідком виключно необхідного застосування сили: a) для захисту будь-якої особи від незаконного насильства; b) для здійснення законного арешту або для запобігання втечі особи, яку законно тримають під вартою; c) при вчиненні правомірних дій для придушення заворушення або повстання. У ст. 3 документу визначено, що нікого не може бути піддано катуванню або нелюдському чи такому, що принижує гідність, поводженню або покаранню [119].

Проте, аналізуючи вплив Конвенції на розвиток суспільних відносин у сфері медичного обслуговування, необхідно відзначити, що не завжди протиправні дії безпосередньо пов’язано із суто медичним кримінальним правопорушенням. Вказане підтверджується практикою Європейського суду з прав людини.

Наприклад, справа «Майборода проти України» (Заява № 14709/07) стосується *тверджень заявниці за статтею 8 Конвенції, що держава-відповідач не змогла захистити її право на інформовану згоду у зв’язку з нефректомією (хірургічним видаленням нирки), проведеною під час надання їй невідкладної допомоги, коли вона перебувала без свідомості, а також від приховування її лікарями у післяопераційний період інформації про видалення нирки. Суд також повторює, що право пацієнтів на інформовану згоду на медичне втручання посідає важливе місце в його практиці. Було встановлено, що держави зобов’язані запроваджувати необхідні регуляторні заходи для*

забезпечення того, аби лікарі враховували передбачувані наслідки запланованої медичної процедури для фізичної цілісності їхніх пацієнтів і заздалегідь інформували пацієнтів про ці наслідки таким чином, щоб ті могли надати інформовану згоду. З огляду на це, якщо передбачуваний ризик такого характеру реалізується, коли пацієнт не був належним чином поінформований заздалегідь лікарями, відповідна держава-учасниця потенційно може нести відповідальність за статтею 8 Конвенції за ненадання такої інформації. У конкретному контексті неналежного виконання професійних обов'язків медичним працівником зобов'язання щодо надання відшкодування за порушення прав особи за статтею 8 Конвенції може бути виконано, наприклад, якщо відповідна правова система надає зацікавленим сторонам виключно засіб юридичного захисту у цивільних судах, чи у поєднанні із засобом юридичного захисту в кримінальних судах або інших дисциплінарних органах для встановлення відповідальності медичних працівників і, якщо це необхідно, накладення відповідних цивільно-правових санкцій, як-то відшкодування шкоди та оприлюднення судового рішення. Сам факт, що провадження стосовно неналежного виконання професійних обов'язків медичним працівником не призвело до притягнення до відповідальності конкретного відповідача, сам собою не означає, що держава-відповідач не запровадила належний засіб юридичного захисту [238].

Розглядаючи наведене рішення, необхідно відзначити, що в останні роки медична помилка розглядається не тільки з точки зору професійного кримінального правопорушення, а й як повноцінне порушення права людини на належну медичну допомогу. Наразі беззаперечно можна стверджувати, що основними підставами криміналізації кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності була їх підвищена суспільна небезпечність та потреба у посиленні кримінально-правового захисту такого роду діяльності. Одночасно із цим на сьогоднішній день основна увага законодавця повинна акцентуватись на тому, що сфера кримінально

протиправного впливу таких суспільно небезпечних діянь є значно ширшою та виходить за межі сфери надання медичних послуг. В умовах активного реформування законодавства та його гуманізації, навіть передбачені кримінальним законом примусові заходи медичного характеру та примусове лікування можуть призводити до порушення прав людини.

Так, наприклад, у справі «Winterwerp v. Netherlands» ЄСПЛ систематизував критерії законної примусової госпіталізації осіб, які страждають на психічні захворювання, до яких було віднесено: встановлений психічний розлад; наявність ступеню розладу, який потребує примусового лікування; забезпечення медичного контролю за станом здоров'я особи [4]. Таким чином, порушення права особи на належне медичне обслуговування може також корелювати із порушенням інших особистих прав, зумовлених непрофесійною діяльністю медичних працівників.

У справі «Улусой проти Туреччини» (заява №.54969/09) *подружжя Улусой (Zeynep Ulusoy, Sebahattin Ulusoy) очікували народження дитини. Вагітність дружини проходила не без ускладнень. Жінка скаржилася до медичних установ на набряк і високий кров'яний тиск, проходила обстеження. Одного разу вона втратила свідомість і була доставлена в лікарню, проте повернулася додому без обстеження, оскільки (за версією держави) упереджено ставилася до обстеження лікарем-чоловіком. За словами подружжя, лікарі начебто відмовилися і призначити ультразвукове сканування та рентгенографію, запропонувавши відвідувати приватних лікарів. За десять днів до передбачуваної дати народження, пані Улусой повернулася в лікарню, де її підготовили до звичайних пологів. Виявившись нездатною народити самостійно, вона перенесла значну епізіотомію. Після народження дитини, в якої були ознаки ціанозу і асфіксії, її довелося реанімувати. Наступного дня стан здоров'я дитини погіршився і він був переведений в університетську лікарню, де лікарі помітили, що функції його мозку були порушені через відсутність насичення киснем. Як зазначається, подружжя відкривали дисциплінарне, кримінальне та адміністративне*

провадження, але безуспішно. Під час цих проваджень медична картка жінки чомусь зникла. Посилаючись на ст. 1 (обов'язок поважати права людини), ст. 3 (заборона нелюдського, або такого, що принижує гідність, поводження), ст. 6 (право на справедливий судовий розгляд) та ст. 17 (заборона зловживання правами) Конвенції про захист прав людини та основоположних свобод, подружжя Улусой звернулося до ЄСПЛ, пов'язуючи інвалідність дитини із злочинною недбалістю лікаря. Вони також скаржилися на те, що медичний персонал не був притягнутий до відповідальності через відсутність розслідування. ЄСПЛ вирішив розглянути ці скарги відповідно до ст. 8 (право на повагу до приватного життя). Досліджуючи матеріальний аспект (захист моральної та фізичної недоторканності осіб в контексті надання медичної допомоги), суд у Страсбурзі повторив рішення у справі Lopes de Sousa Fernandes проти Португалії: у випадках передбачуваної злочинної недбалості лікарів, за умови, що Договірна держава створила відповідне положення для забезпечення високих професійних стандартів серед медичних працівників та захисту життя пацієнтів, такі питання як помилка в рішенні медичного працівника або недбала координація між медичними працівниками під час лікування певного пацієнта, не були достатніми для того, щоб закликати державу відповідати з точки зору її позитивних зобов'язань відповідно до статті 8 Конвенції. Суд визначив, що позитивні зобов'язання обмежені обов'язком встановлювати нормативні правила, які б вимагали від лікарень та медичних працівників вжиття певних заходів для захисту пацієнтів. Таким чином, навіть якщо була встановлена злочинна недбалість лікарів, то Суд, як правило, виявляє лише порушення матеріального аспекту статті 8, якщо застосовна нормативно-правова база не в змозі належним чином захистити пацієнтів, або ж, якщо не були створені необхідні заходи для забезпечення ефективного впровадження чинних нормативних актів [82].

Розглядаючи місце та роль рішень ЄСПЛ у протидії злочинності, вчені вказують, що відповідно до чинного національного кримінального процесуального законодавства обов'язковими для врахування є рішення

Верховного Суду, а отже, з формально-юридичної точки зору рішення ЄСПЛ не є прецедентними, оскільки лише створюють апробовану платформу для прийняття національними судами рішень. Фактично, вони мають рекомендаційний характер, що також надає підставу для їх ігнорування. Відповідно до ст. 32 Європейської конвенції юрисдикція Суду поширюється на всі питання тлумачення і застосування Конвенції та Протоколів до неї, подані йому на розгляд згідно зі статтями 33, 34, 46 і 47129. Отже, ЄСПЛ лише тлумачить положення Конвенції та надає правову оцінку діяльності національних судів, але не створює прецедент. Про це також зазначено у Рішенні ЄСПЛ по справі «Черніка проти України» (Заява №53791/11), в якому акцентовано на тому, що перед застосовуванням відповідних принципів за обставин цієї справи Суд вважає важливим нагадати, що зосередження на загальній справедливості провадження під час оцінки є невід'ємною частиною практики щодо прав на захист, закріплених у пунктах 1 і 3 статті 6 Конвенції. Крім того, акцент на загальній справедливості відповідає ролі Суду, що полягає не в абстрактному розгляді чи уніфікації різних правових систем, які на стадіях досудового слідства та судового розгляду можуть значно відрізнятися, а у встановленні гарантій для забезпечення відповідності провадження в кожній справі вимогам справедливого судового розгляду з огляду на конкретні обставини кожного обвинуваченого [231; 173, с. 132-133] (*цитовано за Є.С. Назимком та Т.І. Пономарьовою – прим. авт.*). Отже, рішення Європейського суду з прав людини мають формально-юридичне значення, оскільки вони не є імперативними, зумовлені рішеннями, ухваленими в умовах судової дискреції та de jure є актами правозастосування та правотлумачення положень Європейської конвенції з прав людини. Водночас, незважаючи на вказане, рішення ЄСПЛ утворюють апробовану платформу для вдосконалення організаційно-правових заходів протидії злочинності через формування курсу розвитку кримінально-правової політики [173, с. 133].

Отже, в цілому погоджуючись із ученими, видається за доцільне визначити, що напрями запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування, визначені у європейських документах, можуть бути диференційовані на такі: 1) забезпечення прав пацієнтів щодо інформованої згоди та лікарської таємниці; 2) дотримання стандартів біоетики та гуманності до особистої недоторканості людини; 3) реформування системи охорони здоров'я; 4) налагодження міжінституційної співпраці.

У ст. 11 Європейської соціальної хартії вказано, що з метою забезпечення ефективного здійснення права на охорону здоров'я Сторони зобов'язуються самостійно або у співробітництві з громадськими чи приватними організаціями вживати відповідних заходів для того, щоб, серед іншого: усунути, у міру можливості, причини слабкого здоров'я; забезпечити діяльність консультативно-просвітницьких служб, які сприяли б поліпшенню здоров'я і підвищенню особистої відповідальності у питаннях здоров'я; запобігати, у міру можливості, епідемічним, ендемічним та іншим захворюванням, а також нещасним випадкам [120].

Отже, розвиток кримінально-правового та кримінологічного захисту сфери медичного обслуговування неможливе без розвитку останньої. Співпраця із Європейським Союзом потребує вирішення проблеми незадовільної якості надання медичних послуг в України, про що визначається у низці правових документів, зокрема тих, що підготовлені на виконання угоди про асоціацію з Європейським Союзом. Одним із таких документів є Дорожня карта з питань верховенства права.

У Карті вказано, що вона є всеохоплюючим стратегічним документом, що визначає комплекс реформ у межах переговорного процесу щодо членства України в ЄС за переговорними Розділом 23 «Судова влада та основоположні права» та Розділом 24 «Юстиція, свобода і безпека». Цей документ є однією з ключових передумов відкриття офіційних переговорів про вступ України до ЄС у межах Кластера 1 «Основи процесу вступу до ЄС», що відкривається

першим і закривається останнім. Його розробка та подальше виконання свідчать про готовність України відповідати стандартам ЄС, зміцнюють довіру з боку держав-членів та підсилюють статус України як надійного партнера. При розробці Дорожньої карти Україна керувалася acquis ЄС, а у сферах, де воно відсутнє, – документами та стандартами Ради Європи, а також найкращими практиками держав-членів ЄС, адаптованими до національного контексту та реалій війни. Документ визначає широкий спектр заходів, спрямованих на посилення правових інституцій, подальше вдосконалення судової системи, підвищення ефективності антикорупційної політики, покращення захисту прав людини та зміцнення безпеки й правопорядку. Розробка Дорожньої карти відбувалася в інклюзивний та прозорий спосіб. До процесу були залучені ключові органи державної влади, представники громадянського суспільства та міжнародні експерти. Консультації з Європейською Комісією та тісна співпраця з міжнародними партнерами сприяли підвищенню якості документа та його відповідності найкращим європейським практикам [88]. За напрямом удосконалення медичної галузі у Карті вказані такі заходи:

– визначення та створення механізму передачі або розподілу відповідальності за охорону здоров'я у пенітенціарній системі України від Мін'юсту до МОЗ, зокрема за результатами проведення експериментального проєкту щодо надання медичної допомоги засудженим та особам, узятим під варту, які тримаються в державній установі «Білоцерківська виправна колонія (№ 35)», у єдиному медичному просторі, для прийняття рішення щодо подальшої інтеграції функцій надання медичної допомоги в пенітенціарних закладах від державної установи «Центр охорони здоров’я Державної кримінально-виконавчої служби України» до МОЗ;

– імплементація Стратегії реформування психоневрологічних, інших інтернатних закладів та деінституціалізації догляду за повнолітніми особами з інвалідністю та особами старшого віку до 2034 року та Операційного плану заходів з реалізації Стратегії у 2025-2027 р. роках, спрямованого на:

забезпечення повної інтеграції осіб з інвалідністю в економічне життя, у тому числі можливості здобути професію; у забезпеченні безбар'єрного доступу осіб з інвалідністю та осіб старшого віку до необхідних їм послуг (освітніх, культурних, соціальних, правничих), медичної, соціальної та психологічної допомоги, що сприятиме забезпеченню незалежного життя та включенню до територіальної громади; запровадження механізму поступового переходу від цілодобового стаціонарного догляду осіб похилого віку, осіб з інвалідністю до надання соціальних послуг підтриманого проживання, денного догляду в громаді відповідно до положень Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, Конвенції Ради Європи про захист прав людини і основоположних свобод;

– схвалення Стратегії державної наркополітики на період до 2030 року, що має на меті популяризацію здорового способу життя, зменшення попиту на наркотичні засоби, протидію незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, ефективний епідеміологічний нагляд, а також надання якісних медичних та соціальних послуг особам, які їх вживають, вдосконалення порядку знищення наркотиків, узгодження системи передачі зразків контрольованих речовин, та затвердження операційного плану з її реалізації на 2025–2027 роки;

– розроблення та прийняття закону з метою внесення змін до законодавства, спрямованих на посилення захисту прав вразливих категорій мігрантів, запровадження доступу до медичної та психологічної допомоги, а також правової підтримки, забезпечення гідних умов та можливостей для інтеграції [88].

Фактично поза увагою залишився механізм притягнення до кримінальної відповідальності за порушення порядку надання медичних послуг у пенітенціарній системі, психіатричних установах тощо. Гарантія реалізації принципу інформованої згоди, яка є ключовим міжнародним та європейським стандартом, підкресленим у згаданому вищі рішенні Європейським судом з прав людини також чітко не визначена у нормативних документах, що призвело до ігнорування її у кримінальному законодавстві.

Уваги також потребує удосконалення антикорупційних механізмів у сфері охорони здоров’я.

Таким чином, за результатами проведеного дослідження можна підсумувати таке. На сьогоднішній день в умовах активного реформування національного законодавства, спрямованого на забезпечення його відповідності законодавству Європейського Союзу, інтеграція міжнародних та європейських стандартів є обов’язковою вимогою для подальшої євроінтеграції України. Дорожньою картою з верховенства права визначено низку пріоритетних заходів, метою яких є підвищення ефективності надання медичної допомоги та медичних послуг. Одночасно із цим заходам кримінально-правового та кримінологічного характеру, які б забезпечували запобігання та протидію кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування увага майже не була приділена.

Проте в межах розроблення та прийняття закону з метою внесення змін до законодавства, спрямованих на посилення захисту прав вразливих категорій мігрантів, запровадження доступу до медичної та психологічної допомоги, а також правової підтримки, забезпечення гідних умов та можливостей для інтеграції можна запропонувати внести зміни до кримінального законодавства України, зокрема – до ст. 139 КК України, яку видається доцільним викласти у такій редакції:

Стаття 139. Ненадання допомоги хворому медичним працівником

1. Ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником, який зобов'язаний, згідно з установленими правилами, надати таку допомогу, якщо йому завідомо відомо, що це може мати тяжкі наслідки для хворого, -

карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або громадськими роботами на строк до двохсот годин, або виправними роботами на строк до двох років, або пробаційним наглядом 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.

3. Дії, передбачені частинами першою і другою цієї статті, вчинені щодо вразливих категорій мігрантів, -

карається позбавленням волі на строк до п’яти років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

Примітка. Для цілей цієї статті під вразливими категоріями мігрантів необхідно розуміти малолітніх та неповнолітніх осіб, вагітних жінок, осіб із інвалідністю, осіб похилого віку, біженців та жертв торгівлі людьми.

5.2. Зарубіжний досвід кримінологічного захисту прав громадян на належне медичне обслуговування

Формування механізму запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності передбачає аналіз та інтеграцію найкращих зарубіжних практик. Використання компаративного методу надає можливість не тільки проаналізувати кримінальне законодавство щодо наявності або відсутності криміналізації суспільно небезпечних діянь, що вчиняються у сфері медичного обслуговування, а й прослідкувати зв'язок між кримінально-правовими нормами та кримінологічними заходами впливу на кримінально протиправну діяльність у досліджуваній сфері. В межах обраного предмета дослідження використання компаративного методу є особливо цінним, оскільки на сьогоднішній день, ймовірно через відсутність негативної динаміки таких суспільно небезпечних діянь кримінально-правова та кримінологічна практика залишається статичною, що свідчить про потребу у

виявленні позитивного зарубіжного досвіду, гідного для запозичення та інтеграції на національному рівні.

У цьому контексті заслуговує на увагу думка М.І. Хавронюка, який відзначає, що у порівняльному кримінальному праві порівняльний метод полягає у зіставленні схожих інститутів кримінального права різних держав, їхніх основних принципів і категорій, вивченні їхньої ґенези і закономірностей розвитку. За допомогою компаративного методу можуть бути визначені найбільш досконалі з техніко-юридичного боку, науково обґрунтовані, апробовані на практиці та актуальні положення кримінального законодавства держав континентальної Європи, частиною якої є Україна, під кутом зору як їх можливого врахування під час подальшого удосконалення КК України, так і загалом гармонізації кримінального законодавства європейських держав. Сьогодні це особливо важливо у випадках, коли вивчаються положення кримінального законодавства держав, що є молодими членами Євросоюзу, які змінювали його саме з метою імплементувати до вимог ЄС [271].

Цінність наведеного також пояснюється з точки зору того, що формування практики протидії кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування розпочалось саме у зарубіжних державах, здебільшого, – у Німеччині одночасно зі створенням Міжнародного військового трибуналу, до складу якого зокрема входили й представники таких держав як Велика Британія, Франція тощо. Логічно, що створення Нюрнберзького кодексу зумовлювалось потребою у попередженні проведення дослідів над людиною, а його положення, фактично, не були сприйняті та повноцінно інтегровані у законодавство2, однак саме викриття незаконної

2 Навіть стислий перелік принципів, викладених у Нюрнберзькому кодексі, свідчить про значний прогрес у вирішенні питання нормативного врегулювання діяльності по проведенню дослідів над людьми. Хоча принципи, викладені в Кодексі, були не вимогами закону, а нормами моралі і не носили обов'язкового характеру, однак цей документ став першим свідоцтвом можливості і необхідності етичних обмежень наукової діяльності. Незважаючи на позитивний характер Нюрнберзького кодексу, медичне співтовариство зі зневагою віднеслося до цього документу. Більшість медиків наголошувало на тому, що нелюдськість була характерна лише для нацистських лікарів і не має ніякого відношення

діяльності, яка здійснювалась медичними працівниками заклало підґрунтя для поступового формування відповідних механізмів запобігання.

Вчені також відзначають, що практична цінність порівняльного методу в правовій науці полягає в тому, що він дозволяє знаходити оптимальні способи для вирішення соціальних проблем. Він дозволяє зрозуміти, чому одна й та ж дія в правовій культурі однієї держави є правомірною, а іншої – злочинною. Методи порівняльного підходу включають різні способи порівняння: функціональний, що дозволяє зіставляти функції, які виконує той чи інший інститут держави; нормативний, що використовує терміни і категорії специфічних правових систем з метою аналізу норм права та законодавчих рішень; проблемний, який порівнює вирішення певних правових розбіжностей у рамках законодавчої системи та аналізує можливість застосування цих рішень у рамках свого законодавства; текстуальний, який аналізує, яке текстове оформлення найбільш продуктивно впливає на реалізацію правових норм у національному масштабі. Порівняльне правознавство розглядається в спеціалізованій літературі в трьох основних аспектах: як порівняльний метод дослідження; як галузь самостійної науки; як поєднання методу і окремої наукової дисципліни. Більш сучасним вважається третій підхід, оскільки він визнає, що порівняльне правознавство може бути окремим методом всієї юридичної науки, який дозволяє вивчати перелічені питання, а також може бути самостійною наукою, оскільки має свій предмет дослідження, сферу застосування та практичне значення [183].

У межах цього дослідження видається доцільним проаналізувати досвід таких європейських країн як Німеччина, Італія, Франція, Польща. Окрему увагу також буде приділено досвіду Японії.

У кримінальному законодавстві ***Німеччини***, на відміну від України, передбачено лише декілька норм, у яких встановлено відповідальність за

до досліджень у цивілізованих умовах, а отже і вимоги, що містяться у Кодексі, поширюються лише на практику нацизму. Як бачимо, лікарі не взяли до уваги те, що суд розглядав не лише факти вбивств і мучень, а й питання про межі наукових досліджень [122]

окремі види кримінальних правопорушень, які вчиняються медичними працівниками. Так, зокрема у ст. 218b встановлено заборону на аборт без медичного висновку або надання неправдивого медичного висновку. У статті вказано, що той, хто перериває вагітність без наявності відповідного письмового висновку лікаря, карається позбавленням волі на строк до одного року або штрафом, якщо діяння не підлягає покаранню за § 218. Лікар, який умисно складає неправдивий висновок щодо наявності підстав для переривання вагітності карається позбавленням волі на строк до двох років або штрафом, якщо діяння не підлягає покаранню за § 218. Лікар не має права надавати медичний висновок, якщо компетентний орган заборонив йому це через те, що він був остаточно засуджений за протиправне діяння, передбачене абзацом 1, §§ 218 або 219b, або за інше протиправне діяння, вчинене у зв'язку з перериванням вагітності. Компетентний орган може тимчасово заборонити лікарю надавати висновки відповідно до § 218a абз. 2 та 3, якщо щодо нього відкрито основне судове провадження за підозрою у вчиненні одного з протиправних діянь, зазначених у реченні 1 [30].

Наведене кримінальне правопорушення є схожим із суспільно небезпечним діянням, передбаченим ст. 134 КК України – незаконне проведення аборту або стерилізації. Одночасно із цим необхідно відмітити, що у німецькому кримінальному законодавстві суб'єктом такого діяння є виключно медичний працівник. У національному КК ним можуть бути: 1) лікарі, тобто особи, які отримали вищу медичну освіту, однак не мають спеціальної медичної підготовки і за характером своєї професійної діяльності не уповноважені на проведення операцій із штучного переривання вагітності (наприклад, лікарі-стоматологи, окулісти); 2) особи середнього медичного персоналу (медичні сестри, акушерки, фельдшери тощо) або студенти медичних навчальних закладів (проте сказане не стосується випускників медичних вузів, які, будучи лікарями-інтернами, у встановленому порядку здобувають практичні навички за лікарською спеціальністю «акушерство і гінекологія»); 3) особи, які не мають жодного стосунку до медицини [177, с.

407]. Основною вимогою до суб’єкта, яка передбачена у ч. 1 ст. 133 КК України є відсутність спеціальної медичної освіти.

У ст. 218c КК Німеччини вказано, що той, хто здійснює переривання вагітності: не надавши жінці можливості викласти причини її вимоги щодо переривання вагітності; не провівши з вагітною медичної консультації щодо змісту та значення втручання, зокрема його перебігу, наслідків, ризиків, а також можливих фізичних і психічних впливів; не переконавшись попередньо шляхом медичного обстеження у випадках, передбачених § 218a абз. 1 і 3, у строках вагітності карається позбавленням волі на строк до одного року або штрафом, якщо діяння не підлягає покаранню за § 218 [30].

Отже, фактично, у німецькому кримінальному законодавстві у двох нормах забезпечено диференційований підхід до встановлення кримінальної відповідальності за порушення порядку проведення аборту. Що стосується спричинення медичними працівниками іншої шкоди, як видається із аналізу КК Німеччини, такі дії охоплені загальними положеннями.

Так, наприклад, відповідно до ст. 222, той, хто з необережності спричинив смерть людини, карається позбавленням волі на строк до п'яти років або штрафом. У ст. 223 вказано, що той, хто фізично знущається над іншою особою або завдає шкоди її здоров'ю, карається позбавленням волі на строк до п'яти років або штрафом. Замах на вчинення цього правопорушення карається. Відповідно до ст. 224 карається будь-хто, хто заподіяв тілесні ушкодження шляхом введення отрути або інших речовин, шкідливих для здоров'я, за допомогою зброї або іншого небезпечного знаряддя, за допомогою підступної засідки, спільно з іншим учасником *або шляхом лікування, що загрожує життю.* Кожен, хто вчинить цей злочин, каратиметься позбавленням волі на строк від шести місяців до десяти років, у менш тяжких випадках – позбавленням волі на строк від трьох місяців до п'яти років. Замах на вчинення цього правопорушення карається. Відповідно до ст. 226, якщо тілесні ушкодження призвели до того, що потерпіла особа втрачає зір на одному або обох очах, слух, мову або репродуктивні здібності, втрачає

важливу кінцівку тіла або назавжди не може нею користуватися, або отримує значну постійну каліцтву або впадає у стан хвороби, паралічу, психічного захворювання чи інвалідності, покарання передбачає позбавлення волі на строк від одного до десяти років. Якщо правопорушник навмисно або свідомо спричиняє один із наслідків, зазначених у пункті 1, покаранням є позбавлення волі на строк не менше трьох років. У менш тяжких випадках, передбачених пунктом 1, покаранням є позбавлення волі на строк від шести місяців до п'яти років; у менш тяжких випадках, передбачених пунктом 2, покаранням є позбавлення волі на строк від одного року до десяти років. У ст. 227 зазначено, що якщо правопорушник спричинив смерть потерпілої особи тілесними ушкодженнями (статті 223–226a), покаранням є позбавлення волі на строк не менше трьох років. У менш тяжких випадках покаранням є позбавлення волі на строк від одного до десяти років. Відповідно до ст. 228, той, хто вчиняє тілесні ушкодження за згодою потерпілої особи, діє незаконно лише тоді, коли це діяння порушує державний порядок, незважаючи на згоду [30].

Окрему увагу законодавцем приділено криміналізації підроблення медичної документації. Так, зокрема відповідно до ст. 277, той, хто з наміром ввести в оману в юридичних операціях видає довідку про стан свого здоров'я або здоров'я іншої особи під назвою лікаря чи іншої ліцензованої медичної особи, на яку він не має права, карається позбавленням волі на строк до одного року або штрафом, якщо це діяння не підлягає суворішому покаранню згідно з іншими положеннями цієї статті. В особливо тяжких випадках покаранням є позбавлення волі на строк від трьох місяців до п'яти років. Особливо тяжким випадком, як правило, вважається випадок, коли правопорушник на комерційній основі або як член банди, яка змовилася з метою неодноразової видачі незаконних медичних довідок, незаконно видає сертифікати про вакцинацію або сертифікати про аналізи, що стосуються інфекційних захворювань. У ст. 278 вказано, що будь-хто, хто як лікар або інший ліцензований медичний працівник видає неправдиву довідку про стан здоров'я особи з наміром ввести її в оману в юридичних операціях, карається

позбавленням волі на строк до двох років або штрафом. В особливо тяжких випадках покаранням є позбавлення волі на строк від трьох місяців до п'яти років. Особливо тяжким випадком, як правило, вважається випадок, коли правопорушник на комерційній основі або як член банди, яка змовилася для неодноразової видачі фальшивих медичних довідок, фальшиво видає довідки про вакцинацію або довідки про аналізи на інфекційні захворювання. У ст. 279 вказано, що той, хто використовує медичну довідку типу, описаного у статтях 277 та 278, для обману в юридичних операціях, карається позбавленням волі на строк до одного року або штрафом, якщо за це діяння не передбачено суворішого покарання згідно з іншими положеннями цієї статті [30].

Необхідно відзначити, що у Німеччині також є окремий нормативно-правовий акт – Закон «Про професійну медичну практику без ліцензії», в якому зазначено, що будь-хто, хто бажає займатися медичною практикою, не маючи ліцензії лікаря, повинен отримати на це дозвіл. Медична практика у значенні цього Закону – це будь-яка діяльність, що здійснюється професійно або комерційно для діагностики, лікування або полегшення захворювань, недуг чи фізичних травм у людей, навіть якщо вона здійснюється на благо інших осіб. Будь-хто, хто раніше займався медичною професійною практикою та бажає продовжувати займатися, повинен отримати дозвіл відповідно до імплементаційних положень; він повинен використовувати професійне звання «Heilpraktiker». Будь-яка особа, яка раніше не займалася професійною медичною практикою, не маючи ліцензії лікаря, може в майбутньому отримати дозвіл згідно з Розділом 1 відповідно до правових та адміністративних норм, виданих відповідно до Розділу 7, які, зокрема, повинні містити вимоги щодо знань та навичок як частини рішення про надання дозволу. Будь-хто, хто переконливо продемонструє свою здатність до медичної практики особливими досягненнями, за клопотанням *міністра внутрішніх справ Рейху буде допущений до вивчення медицини міністром науки, освіти та національної культури Рейху* на спрощених умовах, якщо доведе свою придатність для проведення медичних досліджень [8].

Отже, підсумовуючи викладене, можна зауважити, що, не дивлячись на те, що саме Німеччина заклала підґрунтя для формування та розвитку медичного права та кримінально-правового забезпечення медичної діяльності, наразі кримінальне законодавство та практику запобігання таким діянням не можна оцінити як ефективні. Як видається, відсутність кримінально-правових норм, якими б було встановлено кримінальну відповідальність за вчинення суто медичних кримінальних правопорушень негативним чином впливає на кримінальну політику держави.

Більш позитивно можна оцінити досвід Італії. Цікавим є те, що у кримінальному законодавстві держави, як і у Німеччині відсутні спеціальні норми, спрямовані на протидію кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування. Більше того, законодавцем в межах Кримінального кодексу також було декриміналізовано таке діяння, як незаконне переривання вагітності та визнано такими, що втратили чинність інші норми, які визначали окремі положення щодо обтяження відповідальності за незаконне переривання вагітності.

Одночасно із цим в ***Італії*** було прийнято Закон «Про соціальний захист материнства та добровільного переривання вагітності», у ст. 18 якого визначено, що той, хто з необережності змушує жінку перервати вагітність, карається позбавленням волі на строк від трьох місяців до двох років. Той, хто з необережності спричиняє передчасні пологи у жінки, карається покаранням, передбаченим попереднім пунктом, зменшеним до половини. У випадках, передбачених попередніми пунктами, якщо діяння вчинене з порушенням правил, встановлених для охорони зайнятості, покарання збільшується. У ст. 18 вказано, що будь-хто, хто спричиняє переривання вагітності без згоди жінки, карається позбавленням волі на строк від чотирьох до восьми років. Згода, отримана шляхом насильства або погроз, або отримана шляхом обману, вважається відсутністю згоди. Таке ж покарання застосовується до будь-кого, хто спричиняє переривання вагітності діями, спрямованими на заподіяння шкоди жінці. Це покарання зменшується наполовину, якщо такі травми

призводять до прискореного розродження. Якщо дії, зазначені в першому та другому абзацах, призвели до смерті жінки, покарання становить від восьми до шістнадцяти років позбавлення волі; якщо це призвело до дуже тяжких тілесних ушкоджень, покарання становить від шести до дванадцяти років позбавлення волі; якщо тілесні ушкодження є серйозними, останнє покарання зменшується. Покарання, встановлені у попередніх пунктах, збільшуються, якщо жінці не виповнилося вісімнадцяти років [12].

Отже, в Італії проблема кримінально-правового захисту суспільних відносин у сфері забезпечення нормального перебігу вагітності та пологів вирішується в межах окремого законодавчого акту.

У ст. 19 вказано, що той, хто спричиняє добровільне переривання вагітності без дотримання процедур, зазначених у статтях 5 або 8, карається позбавленням волі на строк до трьох років. Жінці загрожує штраф у розмірі до ста тисяч лір. Якщо добровільне переривання вагітності відбувається без медичного обстеження у випадках, передбачених пунктами a) та b) статті 6, або в будь-якому випадку без дотримання процедур, викладених у статті 7, той, хто це спричинив, карається позбавленням волі на строк від одного до чотирьох років. Жінці загрожує позбавлення волі на строк до шести місяців. Коли добровільне переривання вагітності відбувається у жінки, яка не досягла вісімнадцяти років, або під забороною, поза випадками або без дотримання процедур, викладених у статтях 12 та 13, особа, яка це спричинила, карається відповідно до покарання, передбаченого попередніми пунктами, збільшеним до половини. Жінка не підлягає покаранню. Якщо дії, зазначені в попередніх пунктах, призвели до смерті жінки, застосовується покарання у вигляді позбавлення волі на строк від трьох до семи років; якщо це призвело до заподіяння дуже серйозних тілесних ушкоджень, застосовується покарання у вигляді позбавлення волі на строк від двох до п'яти років; якщо тілесні ушкодження є серйозними, останнє покарання пом'якшується. Покарання, встановлені у попередньому пункті, збільшуються, якщо смерть або каліцтво жінки настали внаслідок фактів, передбачених у п'ятому пункті. У ст. 21

зазначено, що будь-хто, хто поза випадками, передбаченими статтею 326 Кримінального кодексу, дізнавшись про це з професійних або службових міркувань, розкриває особу – або в будь-якому разі розголошує інформацію, здатну її розкрити – особи, яка вдалася до процедур або втручань, передбачених цим законом, карається відповідно до статті 622 Кримінального кодексу [12].

Безпосередньо діяльність медичних працівників також регулюється в межах самостійного законодавчого акту – Положення щодо безпеки медичного обслуговування та особи, за якою надається догляд, а також щодо професійної відповідальності медичних працівників.

Так, у вказаному нормативно-правовому документі вказано, що безпека медичної допомоги є невід'ємною частиною права на здоров'я та забезпечується в інтересах окремої особи та громади. Безпека медичної допомоги також досягається завдяки всім видам діяльності, спрямованим на запобігання та управління ризиками, пов'язаними з наданням медичних послуг, та належним використанням структурних, технологічних та організаційних ресурсів. Усі співробітники, включаючи фрілансерів, які працюють за угодою з Національною службою охорони здоров'я, зобов'язані брати участь у заходах з профілактики ризиків, що здійснюються державними та приватними закладами охорони здоров'я та соціального забезпечення [14].

У цьому ж законодавчому акті вказано, що після статті 590-quinquies Кримінального кодексу додається наступне: «Стаття 590-sexies (Відповідальність через недбалість за смерть або тілесне ушкодження у сфері охорони здоров'я). Якщо дії, зазначені у статтях 589 та 590, вчинені під час здійснення професії у сфері охорони здоров'я, застосовуються передбачені в них покарання, за винятком випадків, передбачених у другому абзаці. Якщо подія сталася внаслідок некомпетентності, відповідальність за покарання виключається, коли дотримуються рекомендацій, викладених у керівних принципах, визначених та опублікованих відповідно до закону, або, за їх відсутності, належної клінічної та медичної практики, за умови, що

рекомендації, викладені у вищезгаданих керівних принципах, відповідають специфіки конкретного випадку» [14].

Для України практика встановлення кримінальної відповідальності за окремі види кримінальних правопорушень в окремих законодавчих актах (окрім Кримінального кодексу) заборонено – відповідно до ст. 3 КК України, законодавство України про кримінальну відповідальність становить Кримінальний кодекс України, який ґрунтується на Конституції України та загальновизнаних принципах і нормах міжнародного права. Кримінальна протиправність діяння, а також його караність та інші кримінально-правові наслідки визначаються тільки цим Кодексом [154]. Як видається, створення розгалуженої системи нормативно-правових документів, які визначають межі кримінальної відповідальності та покарання ускладнюють формування ефективного механізму кримінально-правової протидії, оскільки непоодинокими є випадки появи конкуренцій норм та колізій. Це може утворювати додаткові підстави для законного уникнення особами кримінальної відповідальності та покарання. Відповідно, наведене дозволяє констатувати, що досвід Італії, не дивлячись на те, що він є більш позитивним, ніж досвід Німеччини недоцільно запозичувати для інтеграції у національне кримінальне законодавство та кримінологічну практику.

У ***Франції*** існує спеціальний законодавчий акт – Кодекс громадського здоров'я, у якому зокрема також передбачено межі кримінальної відповідальності за кримінальні правопорушення, що вчиняються у сфері медичної діяльності. У вказаному документі вказано, що карається будь-яка особа, яка постійно або систематично бере участь, навіть у присутності лікаря, у встановленні діагнозу або лікуванні вроджених чи набутих, реальних або уявних захворювань шляхом вчинення особистих дій, надання усних чи письмових консультацій або будь-якими іншими способами, чи складає один із професійних медичних актів, передбачених номенклатурою, затвердженою наказом міністра охорони здоров'я після консультації з Національною медичною академією, не маючи диплома, сертифіката або іншого документа,

зазначеного у статті L. 4131-1 і необхідного для здійснення лікарської діяльності, або не користуючись спеціальними положеннями, передбаченими статтями L. 4111-2 – L. 4111-4, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 – L. 4131-5. Підлягає кримінальній відповідальності також будь-яка особа, яка здійснює діяльність, визначену у пункті 1°, не відповідаючи вимогам, встановленим пунктом 2° статті L. 4111-1, з урахуванням винятків, передбачених цією книгою, зокрема статтями L. 4111-7 та L. 4131-4-1; будь-яка особа, яка, маючи належний професійний статус, виходить за межі повноважень, наданих їй законом, зокрема сприяючи особам, зазначеним у пунктах 1° та 2°, з метою уникнення застосування положень цього розділу; будь-який лікар, який має диплом, сертифікат або інший документ лікаря та здійснює медичну практику без внесення до реєстру лікарської палати, створеної відповідно до глави II розділу I цієї книги, або під час дії тимчасової заборони на професійну діяльність, передбаченої статтею L. 4124-6, за винятком осіб, зазначених у статтях L. 4112-6 та L. 4112-7; будь-який лікар, зазначений у статті L. 4112-7, який виконує професійні дії без дотримання умов або виконання обов’язків, передбачених цією статтею. Положення цієї статті не застосовуються до студентів-медиків, акушерок, фармацевтів-біологів під час здійснення медико-біологічних досліджень або взяття цервіко-вагінальних мазків у межах скринінгу раку шийки матки, а також до фармацевтів, які призначають вакцини або проводять вакцинацію, до медсестер, які проводять медсестринські консультації в умовах, передбачених декретом Державної ради, або призначають медичні засоби та обстеження чи виконують професійні дії та догляд, включені до переліку, передбаченого статтею L. 4311-1. Також ці положення не застосовуються до фармацевтів, які відпускають лікарські засоби без рецепта або беруть участь в оцінці та веденні клінічних ситуацій відповідно до пунктів b і c 9° статті L. 5125-1-1 A; до консультантів з генетики, які призначають медико-біологічні дослідження відповідно до статті L. 1132-1; до медичних фізиків; до медсестер або доглядальників, які діють як помічники лікаря або яких лікар направляє до

своїх пацієнтів. Крім того, ці положення не застосовуються до осіб, які мають професійну кваліфікацію, включену до переліку, затвердженого наказом міністра охорони здоров’я, та здійснюють діяльність медичного асистента в межах своєї підготовки; до середнього медичного персоналу, який здійснює розширену практику відповідно до статті L. 4301-1; а також до осіб, які виконують професійні дії на умовах, передбачених декретом Державної ради, прийнятим після консультації з Національною медичною академією, якщо перелік таких дій установлено цим самим декретом [5].

Цікавим є те, що у країні диференційовано межі кримінальної відповідальності за незаконну лікувальну діяльність в залежності від напряму медичної діяльності. Як видається, такий підхід зумовлений різним ступенем суспільної небезпечності таких правопорушень.

Так, наприклад, у законодавстві встановлено окрему відповідальність за незаконну стоматологічну практику. В нормі вказано, що карається Будь-яка особа, яка регулярно або послідовно займається стоматологічною практикою, навіть у присутності лікаря, шляхом консультації, особистої дії чи будь-яких інших процедур, включаючи протетичні: без наявності диплома, сертифіката чи іншої кваліфікації, необхідної для здійснення професії лікаря або стоматолога-хірурга; будь-яка особа, яка, маючи дійсний титул, перевищує повноваження, надані їй законом; будь-який лікар, будь-який стоматолог-хірург, який практикує стоматологію протягом періоду тимчасової заборони; будь-який лікар або стоматолог, який виконує професійні дії без дотримання умов або зобов'язань, передбачених цією статтею [5]. Аналогічно карається і незаконна акушерська діяльність – будь-яка особа, яка зазвичай виконує дії без виконання умов, що вимагаються цією книгою для практики лікаря або акушерки; будь-яка особа, яка, маючи дійсний титул, перевищує повноваження, надані їй законом; будь-який лікар або акушерка, які виконують вищезазначені дії протягом періоду тимчасового відсторонення; будь-який лікар або акушерка, яка здійснює перелічені дії без виконання умов або виконання зобов'язань [5].

Одночасно із цим, положення кримінального законодавства, як і у вже розглянутих кримінальних законодавствах спрямовані на протидію загально-кримінальним суспільно небезпечним діянням, таким як, наприклад, заподіяння необережних тяжких тілесних ушкоджень, іншого виду шкоди здоров'ю, а також вбивство з необережності. Фактично у французькому законодавстві передбачено відповідальність виключно за незаконну лікувальну діяльність, а також розповсюдження медичної інформації.

Той, хто не надає допомоги особі, яка перебуває без захисту та в очевидній і серйозній небезпеці, коли може це зробити без ризику для себе чи третіх осіб, карається штрафом на строк від трьох до дванадцяти місяців. Такому ж покаранню підлягає особа, яка, не маючи можливості надати допомогу особисто, терміново не звернеться по допомогу до інших осіб. Якщо потерпілий постраждав унаслідок випадкового нещасного випадку, спричиненого особою, яка не надала допомоги, покаранням є позбавлення волі на строк від шести до вісімнадцяти місяців; якщо ж нещасний випадок стався через необережність, позбавлення волі на строк від шести місяців до чотирьох років. Фахівець (професіонал), який, будучи зобов'язаним це зробити, відмовляє у наданні медичної допомоги або залишає медичну службу, якщо така відмова чи залишення створює серйозну небезпеку для здоров'я людей, карається покараннями, передбаченими попередньою статтею, у їх верхній межі, а також спеціальною забороною обіймати державні посади, займатися професією чи ремеслом на строк від шести місяців до трьох років [27].

Законодавство Польщі є наближеним до українського, однак також відображає підхід інших розглянутих європейських держав. Так, наприклад, у кримінальному законодавстві країни передбачено, що той, хто здійснює медичне втручання (лікувальну процедуру) без згоди пацієнта, карається штрафом, обмеженням волі або позбавленням волі на строк до 2 років. Кримінальне переслідування здійснюється за заявою потерпілого [10]. Всі інші суспільно небезпечні діяння криміналізовані у статтях, якими

встановлено кримінально правову заборону на тяжкі тілесні ушкодження, вбивство, ненадання допомоги особі, яка перебуває у небезпеці тощо.

Вчені відзначають, що у деяких випадках лікар може нести кримінальну відповідальність за злочини проти життя і здоров'я, передбачені статтями 155 КК, 156 § 1 КК, 157 § 1 і 2 КК. Кримінальна відповідальність за невчинення медичної дії, тобто за ненадання допомоги, формується по-різному, і правова оцінка поведінки лікаря залежить від того, який зв'язок його поєднує з конкретним пацієнтом. Йдеться про те, чи є лікар особою, яка має особливий обов'язок піклування про пацієнта, чи ні. Щодо лікаря, на якого не покладено спеціального обов'язку піклування про конкретну особу, його відповідальність обмежується складом ненадання допомоги людині в небезпеці, тобто за ст. 162 КК. Натомість лікар, який є гарантом безпеки пацієнта, несе відповідальність за ст. 160 КК, а якщо його поведінка спричинила негативні наслідки – залежно від результату може відповідати за відповідні злочини проти життя і здоров'я. У випадку лікаря-гаранта безпеки необхідною умовою кримінальної відповідальності є наявність спеціального юридичного обов'язку, який ґрунтується на добровільно прийнятому зобов'язанні надання медичних послуг. Таке зобов'язання випливає або з трудових відносин (чергування в лікарні, приймальне відділення, швидка допомога), або з договору з пацієнтом [23].

Лікар, який має особливий обов'язок піклування про конкретну особу, не має права відмовити у наданні медичної допомоги навіть тоді, коли це ставить під загрозу його власне життя або здоров'я. Він також не може посилатися на стан крайньої необхідності, на який можуть посилатися інші особи або лікар, який не є гарантом безпеки. Перш за все необхідно довести порушення з боку лікаря, яке спричинило нараження пацієнта на безпосередню небезпеку, щоб можна було застосувати ст. 160 КК. Крім того, для складу злочину не обов'язково, щоб лікар створив небезпеку з нуля – відповідальність можлива і тоді, коли пацієнт уже перебував у небезпечному стані. Згідно з положеннями кримінального кодексу, цей злочин може бути

вчинений як умисно, так і з необережності. Якщо лікар діяв умисно, тобто усвідомлював і бажав або допускав настання небезпеки для життя чи здоров'я пацієнта через свою бездіяльність, його дії кваліфікуються за ст. 160 § 2 КК. У такому випадку потрібно довести, що лікар усвідомлював свій обов'язок гаранта безпеки і свідомо допустив ненадання допомоги. Якщо ж дія була необережною – тобто лікар не усвідомлював небезпеки або не передбачив наслідків, – тоді застосовується ст. 160 § 3 КК. Під час розслідування слід встановити: факт бездіяльності, порушення правил обережності, причинний зв'язок між бездіяльністю та наслідками, тяжкість наслідків, а також чи міг і повинен був лікар передбачити ризик для життя або здоров'я пацієнта. Лікар, який не є гарантом безпеки пацієнта, може нести відповідальність за ненадання допомоги на тих самих підставах, що й інші особи. Він має загальний обов'язок допомоги як будь-яка людина. Це стосується ситуацій, коли лікар у момент події не виконує професійні обов'язки і є лише випадковим свідком небезпеки. Такий лікар зобов'язаний надати загальну допомогу, але відрізняється від інших осіб професійною підготовкою. Якщо він не є гарантом безпеки, його відповідальність оцінюється за ст. 162 КК [23].

У ***Японії*** діє Закон «Про лікарів», у якому вказано, що особа, яка підпадає під будь-який із наведених нижче пунктів, карається позбавленням волі з примусовою працею на строк до трьох років, штрафом у розмірі до одного мільйона єн або обома видами покарання одночасно: особа, яка порушила положення статті 17; або особа, яка отримала ліцензію лікаря на підставі неправдивих або незаконних відомостей. Якщо особа, яка вчинила злочин, передбачений пунктом 1 частини першої цієї статті, використовувала звання лікаря або подібне звання, вона карається позбавленням волі з примусовою працею на строк до трьох років, штрафом у розмірі до двох мільйонів єн або обома видами покарання одночасно. Особа, щодо якої було застосовано заборону на медичну практику відповідно до положень статті 7 частини 2 та яка здійснювала медичну практику під час строку такої заборони, карається позбавленням волі з примусовою працею на строк до одного року,

штрафом у розмірі до п’ятисот тисяч єн або обома видами покарання одночасно. Особа, яка порушила положення статті 30 та умисно або через грубу необережність заздалегідь розголосила екзаменаційні питання або умисно й неправомірно оцінювала результати іспитів, карається позбавленням волі з примусовою працею на строк до одного року або штрафом у розмірі до п’ятисот тисяч єн. Особа, яка підпадає під будь-який із наведених нижче пунктів, карається штрафом у розмірі до п’ятисот тисяч єн: особа, яка порушила положення статті 6 частини 3, статті 18, статей 20–22 або статті 24; особа, яка не пройшла повторне професійне навчання всупереч наказу, виданому відповідно до статті 7-2 частини 1; або особа, яка не надала пояснення чи звіт, надала неправдиві пояснення чи звіт, не подала предмети або відмовилася, перешкоджала чи ухилялася від проведення перевірки відповідно до статті 7-3 частини 1. Якщо представник юридичної особи, агент, працівник або інший співробітник юридичної чи фізичної особи порушує положення пункту 3 статті 33-2 у зв’язку з діяльністю цієї юридичної чи фізичної особи, то штраф, передбачений зазначеною статтею, накладається не лише на правопорушника, а й на відповідну юридичну або фізичну особу [18].

Необхідно також відзначити, що на сьогоднішній день у більшості держав також прийняті спеціальні законодавчі акти, які регулюють фармацевтичну діяльність та обіг лікарських препаратів. Не дивлячись на те, що такі нормативно-правові акти мають на меті захист здоров’я населення, вони майже ніколи не визначають межі юридичної відповідальності медичних працівників.

Таким чином, проведене дослідження дозволило визначити таке: 1) більшість зарубіжних держав здійснюють кримінально-правове регулювання медичної діяльності через окремі нормативно-правові акти. Здебільшого, до останніх відносяться кодекси громадського здоров’я або законодавство, яким урегульовано лікарську діяльність; 2) кримінальні законодавства проаналізованих держав встановлюють кримінальну відповідальність медичних працівників, як правило, за порушення правил документообігу,

підробку документів тощо. Одночасно із цим норми, у яких криміналізовано різного ступеня тілесні ушкодження (як умисні, так і необережні), а також вбивство через необережність також розповсюджуються і на медичних працівників (як правило, без виокремлення їх у категорію суб'єктів, які мають нести кваліфіковану кримінальну відповідальність); 3) позитивно має бути відзначена практика Франції, у законодавстві якої встановлено диференційовану кримінальну відповідальність за незаконну лікувальну діяльність. В цілому, такий підхід може бути запозичений в українське кримінальне законодавство, але в межах нового Кримінального кодексу. Проте видається доцільним в Україні також прийняти окремий законодавчий акт, у якому викласти межі кримінальної відповідальності медичних працівників із наступним внесенням відповідних змін до національного кримінального законодавства.

Висновки до 5 розділу

1. Встановлено, що на сьогоднішній день в умовах активного реформування національного законодавства, спрямованого на забезпечення його відповідності законодавству Європейського Союзу, інтеграція міжнародних та європейських стандартів є обов'язковою вимогою для подальшої євроінтеграції України. Дорожньою картою з верховенства права визначено низку пріоритетних заходів, метою яких є підвищення ефективності надання медичної допомоги та медичних послуг. Одночасно із цим заходам кримінально-правового та кримінологічного характеру, які б забезпечували запобігання та протидію кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування увага майже не була приділена. В межах розроблення та прийняття закону з метою внесення змін до законодавства, спрямованих на посилення захисту прав вразливих категорій мігрантів, запровадження доступу до медичної та психологічної допомоги, а також правової підтримки, забезпечення гідних умов та можливостей для інтеграції

запропоновано внести зміни до кримінального законодавства України, зокрема – до ст. 139 КК України, яку визнано доцільним викласти у такій редакції:

Стаття 139. Ненадання допомоги хворому медичним працівником

1. Ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником, який зобов'язаний, згідно з установленими правилами, надати таку допомогу, якщо йому завідомо відомо, що це може мати тяжкі наслідки для хворого, -

карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або громадськими роботами на строк до двохсот годин, або виправними роботами на строк до двох років, або пробаційним наглядом 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.

3. Дії, передбачені частинами першою і другою цієї статті, вчинені щодо вразливих категорій мігрантів, -

карається позбавленням волі на строк до п’яти років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

Примітка. Для цілей цієї статті під вразливими категоріями мігрантів необхідно розуміти малолітніх та неповнолітніх осіб, вагітних жінок, осіб із інвалідністю, осіб похилого віку, біженців та жертв торгівлі людьми.

2. Визначено, що більшість зарубіжних держав здійснюють кримінально-правове регулювання медичної діяльності через окремі нормативно-правові акти. Здебільшого, до останніх відносяться кодекси громадського здоров’я або законодавство, яким урегульовано лікарську

діяльність; 2) кримінальні законодавства проаналізованих держав встановлюють кримінальну відповідальність медичних працівників, як правило, за порушення правил документообігу, підробку документів тощо. Одночасно із цим норми, у яких криміналізовано різного ступеня тілесні ушкодження (як умисні, так і необережні), а також вбивство через необережність також розповсюджуються і на медичних працівників (як правило, без виокремлення їх у категорію суб'єктів, які мають нести кваліфіковану кримінальну відповідальність); 3) позитивно відзначено практику Франції, у законодавстві якої встановлено диференційовану кримінальну відповідальність за незаконну лікувальну діяльність. В цілому, такий підхід може бути запозичений в українське кримінальне законодавство, але в межах нового Кримінального кодексу. Визнано доцільним в Україні також прийняти окремий законодавчий акт, у якому викласти межі кримінальної відповідальності медичних працівників із наступним внесенням відповідних змін до національного кримінального законодавства.

ВИСНОВКИ

Дисертація є завершеною науковою працею, в якій викладено концептуальні положення, спрямовані на розв'язання важливої наукової проблеми виявлення, обґрунтування та унормування нових теоретичних, правових та праксеологічних положень щодо запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичного обслуговування в Україні та розроблення науково обґрунтованих пропозицій і рекомендацій, спрямованих на удосконалення національного законодавства та кримінологічної практики. У ході проведеного дослідження отримано такі основні результати:

1. Констатовано, що медицина як наука почала своє становлення у найдавнішій період, тоді як її активний розвиток відбувся у період середньовіччя. Водночас примітивне уявлення про перелік заборонених діянь у сфері медичної діяльності сформувалось разом із появою клятви Гіппократа, яка визначала межі відповідальності лікаря за спричинення шкоди пацієнту. Незважаючи на те, що перманентно на різних етапах розвитку держави та суспільства у правових документах з'являлись положення, які визначали межі відповідальності за кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності, більш системний підхід було реалізовано лише у XXI столітті – з прийняттям кримінального законодавства України 2001 року. Аналіз контрольного тексту проєкту нового кримінального законодавства України надало підставу для констатації, що вчені забезпечили посилення кримінальної відповідальності за досліджуваний вид кримінальних правопорушень шляхом об'єднання таких діянь відповідно до родового об'єкта в одному розділі.

2. Визначено, що основною обставиною соціальної обумовленості кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності є неможливість забезпечити ефективний захист таких суспільних відносин іншими юридичними засобами, окрім кримінально-правових. На сьогодні в Україні наявний послідовний механізм, який забезпечує диференційовану відповідальність за такого роду протиправні діяння. Доведено, що напрямами удосконалення

національного законодавства мають бути такі: 1) удосконалення положень Кодексу України про адміністративні правопорушення в частині уточнення видів адміністративних деліктів, які вчиняються медичними працівниками та їх систематизації відповідно до родового об'єкта; 2) удосконалення положень КПК України шляхом виключення кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності з переліку тих, кримінальне провадження щодо яких вчиняється у формі приватного обвинувачення; 3) створення методики розслідування кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності.

3. Диференційовано наукові дослідження проблем запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності таким чином: 1) дослідження, в яких розв'язуються проблеми кримінальної відповідальності та покарання за конкретний вид кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності; 2) дослідження, в яких розглядаються елементи складу/складів кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності; 3) дослідження, присвячені особливостям кримінально-правової кваліфікації кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності; 4) дослідження, присвячені розвитку кримінально-правової політики у сфері протидії медичній злочинності; 5) компаративні дослідження, присвячені порівняльному аналізу меж кримінально-правової протидії медичним кримінальним правопорушенням в України та зарубіжних країнах. Доведено, що наразі майже відсутні комплексні монографічні дослідження, присвячені особливостям кримінологічної протидії та запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності.

4. Встановлено, що родовим об'єктом кримінальних правопорушень, що вчиняються у медичній сфері, є суспільні відносини із забезпечення прав людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; суспільні відносини у сфері забезпечення прав громадян на невтручання в особисте та сімейне життя; суспільні відносини у сфері забезпечення встановленого законом порядку обігу лікарських засобів. Безпосередні об'єкти визначені у диспозиціях кримінально-правових норм та відображають конкретні цінності та блага, які зазнають протиправного впливу. Потерпілі спеціальні – це особи, які отримують

медичні послуги, пацієнти або клієнти медичних установ, а також всі інші особи, які беруть участь у медичних маніпуляціях.

Об'єктивна сторона кримінальних правопорушень, які вчиняються у медичній сфері, як правило, може характеризуватись як вчиненням активних дій, так і бездіяльністю. Остання часто полягає у неналежному виконанні професійних обов'язків (кримінально протиправна недбалість). Більшість складів кримінальних правопорушень є формальними та не передбачають обов'язкового настання суспільно небезпечних наслідків, а вважаються закінченими з моменту вчинення дії. В окремих випадках для таких складів обов'язковою ознакою об'єктивної сторони є спосіб вчинення.

5. Доведено, що суб'єкт кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності та діяльності, пов'язаної із наданням медичних послуг, є спеціальним. Суб'єктивна сторона, як правило, передбачає наявність необережної або змішаної форми вини.

6. Аргументовано, що санкції кримінально-правових норм, в яких встановлено кримінальну відповідальність за кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності та діяльності, пов'язаної із наданням медичних послуг, потребують удосконалення в частині видів покарань. Недоцільними та неефективними видами покарання визнано громадські та виправні роботи, а також пробаційний нагляд, оскільки вони не відповідають змісту та особливостям вчинення досліджуваного виду кримінальних правопорушень.

7. Констатовано, що наразі кількісно-якісна характеристика кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності, є в цілому задовільною. У структурі кримінальних правопорушень переважає діяння, передбачене ст. 140 КК України, що можна пояснити тим, що воно не відноситься до переліку кримінальних проваджень, що здійснюються у формі приватного обвинувачення, та має незначний ступінь латентності, зумовлений зацікавленістю засобів медіа. Відзначено, що за відсутності змін до кримінального та кримінального процесуального законодавства зростання кількісного показника кримінальних правопорушень, передбачених ст. 140 КК України, триватиме.

8. Аргументовано, що на сьогодні детермінанти кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування, можна диференціювати таким чином: соціально-економічні: 1) недостатнє фінансування системи охорони здоров'я – дефіцит фінансування медичних закладів зумовлює стимулювання корупції, прагнення до заволодіння майном, розкрадання гуманітарної допомоги тощо; 2) масове внутрішнє переміщення населення та міграція за кордон – створення додаткового навантаження на медичних працівників ускладнює контроль за якістю надання медичних послуг; 3) психологічне виснаження медичних працівників – виконання професійних обов'язків в умовах дії особливого правового режиму воєнного стану призводять до формування стресу та зниження концентрації, що може мати наслідком недбале ставлення до виконання професійних обов'язків; 4) загальне погіршення економічного становища населення – зниження рівня доходів впливає на рівень корупційних ризиків та кримінальних правопорушень проти власності, підтвердженням чого є вище наведена статистика; організаційно-правові: 1) високий ступінь латентності, обумовлений недоліками кримінально-правового та кримінального процесуального забезпечення механізму запобігання суспільно небезпечним діянням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування; 2) відсутність спеціальних методик розслідування кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування; військово-політичні: 1) зниження якості навчання здобувачів вищої освіти через перехід на дистанційну/змішану форму навчання; 2) брак кадрів, зумовлений поступовим розбронюванням медичних працівників; 3) медичний колабораціонізм; культурно-ідеологічні: 1) непрофесійне ставлення до обов'язків медичного працівника; 2) відсутність належного розуміння норм етики.

9. Доведено, що оскільки досліджувані суспільно небезпечні діяння безпосередньо пов'язані із професійною діяльністю особи, яка їх вчиняє, соціально-демографічні ознаки не дозволяють виокремити особливості особистості кримінального правопорушника. Більшість детермінант пов'язані з морально-психологічними ознаками. Відсутність кримінально-правових ознак

можна пояснити такими причинами: 1) більшість санкцій кримінально-правових норм, у яких встановлено кримінальну відповідальність за протиправні діяння, що вчиняються у сфері медичної діяльності, передбачають як основний чи додатковий вид покарання позбавлення права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю, що фактично унеможливлює таку ознаку, як повторність чи рецидив, оскільки більшість засуджених осіб не повертаються до медичної практики; 2) особливості досліджуваного виду кримінальних правопорушень здебільшого не потребують вчинення їх у співучасті (за винятком, можливо, лише незаконної лікувальної діяльності); 3) такі діяння майже ніколи не вчиняються у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння через специфіку реалізації кримінально протиправного умислу.

10. Визначено, що типовими кримінологічними ознаками жертви кримінального правопорушення, що вчиняється у сфері медичної діяльності, є: 1) низький рівень обізнаності у сфері охорони здоров'я; 2) низький рівень правової освіти; 3) середній ступінь віктимності; 4) високий ступінь ризику вторинної віктимізації.

11. Встановлено, що заходи загальносоціального запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності, мають бути спрямовані на усунення базових чинників та фонових явищ, які призводять або роблять можливим вчинення кримінального правопорушення. До основних заходів віднесено: 1) налагодження та підвищення ефективності контролю за документообігом та електронним документообігом у сфері медичної діяльності; 2) підвищення якості формування антикорупційної культури у сфері медичної діяльності; 3) усунення потенційних порушень, пов'язаних із використанням Єдиної інформаційної системи соціальної сфери; 4) обмеження повноважень медичних працівників під час користування реєстрами та інформаційними системами, пов'язаними з електронною системи охорони здоров'я (eHealth); 5) посилення ефективності кримінально-правового забезпечення наркополітики України; 7) впровадження культури нульової толерантності до медичної помилки та впровадження порядку повідомлення про такі випадки (позитивний досвід

Великої Британії, Канади та Данії); 8) запровадження механізму альтернативного вирішення конфліктів, який має включати заходи, спрямовані на інтеграцію медіативних процедур, створення при медичних закладах спеціальних служб врегулювання конфліктів (позитивний досвід США).

12. Аргументовано, що спеціально-кримінологічне запобігання кримінальним правопорушенням має бути диференційоване на три напрями: 1) організаційно-правові заходи, до яких віднесено: реформування інституту приватного обвинувачення у кримінальному провадженні щодо кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності; сприяння усуненню конфлікту інтересів під час проведення судово-медичної експертизи у кримінальних провадженнях щодо кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності; удосконалення окремих складів кримінальних правопорушень у сфері медичної діяльності з метою спрощення їх доказування; 2) віктимологічні заходи, до яких віднесено: створення інституту медичного омбудсмена; розроблення та прийняття Закону України «Про захист прав пацієнтів»; розробку національної стратегії медичної грамотності; інтенсифікацію незалежних опитувань пацієнтів, щодо якості надання медичних послуг в Україні; удосконалення індикаторів якості надання медичних послуг; 3) пенітенціарні заходи, до яких віднесено: унеможливлення залучення засуджених медичних працівників до здійснення діяльності, пов’язаної із наданням медичної допомоги в установах виконання покарань; розробку Концепції реформування системи охорони здоров’я Державної кримінально-виконавчої служби з урахуванням напрямку реформи системи охорони здоров’я в Україні; встановлення підпорядкування пенітенціарних медичних закладів Міністерству охорони здоров’я.

13. Доведено, що основними заходами індивідуально-профілактичного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності, є заходи забезпечення кримінального провадження, які дозволяють своєчасно припинити протиправне діяння, утримати медичного працівника від продовження кримінально протиправної діяльності та перешкоджання досудовому розслідуванню, а також цивільно-правові заходи, які мають на меті

забезпечення відшкодування особою шкоди, спричиненої в межах професійної діяльності, навіть у випадку, коли медичний працівник діє у стані крайньої необхідності.

14. Встановлено, що в умовах активного реформування національного законодавства, спрямованого на забезпечення його відповідності законодавству Європейського Союзу, інтеграція міжнародних та європейських стандартів є обов'язковою вимогою для подальшої євроінтеграції України. Дорожньою картою з верховенства права визначено низку пріоритетних заходів, метою яких є підвищення ефективності надання медичної допомоги та медичних послуг. Водночас заходам кримінально-правового та кримінологічного характеру, які б забезпечували запобігання та протидію кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності, увага майже не була приділена.

15. Визначено, що більшість зарубіжних держав здійснюють кримінально-правове регулювання медичної діяльності через окремі нормативно-правові акти. Здебільшого до останніх відносяться кодекси громадського здоров'я або законодавство, яким урегульовано лікарську діяльність. Кримінальні законодавства проаналізованих держав встановлюють кримінальну відповідальність медичних працівників, як правило, за порушення правил документообігу, підробку документів тощо. Позитивно відзначено практику Франції, у законодавстві якої встановлено диференційовану кримінальну відповідальність за незаконну лікувальну діяльність.

16. Запропоновано такі зміни та доповнення до національного законодавства:

– в Інструкції з діловодства у Міністерстві охорони здоров'я України, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.02.2014 № 143, та Порядку використання системи електронного документообігу в Міністерстві охорони здоров'я, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я від 22 лютого 2023 року № 358, а саме визначити механізм забезпечення безпеки особистих ключів медичних працівників та процедуру повідомлення про їх незаконне використання (конфіденційність);

– у Кримінальному кодексі України: ч. 1 ст. 319 викласти таким чином: 1. Незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин – карається…; внести зміни до диспозиції ст. 145 КК України та викласти її таким чином: Умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, - карається…;

– у Кримінальному процесуальному кодексі України в ст. 477 виключити ст. ст. 132, 139 та 145 із переліку кримінальних правопорушень, кримінальні провадження щодо яких здійснюються у формі приватного обвинувачення; ч. 1 ст. 154 КПК України викласти таким чином: 1. Відсторонення від посади може бути здійснено щодо особи, яка підозрюється або обвинувачується у вчиненні злочину. Відсторонення від посади може застосовуватися, коли виконання особою службових або професійних повноважень об'єктивно створює можливість використання займаного становища для перешкоджання досудовому розслідуванню або продовження протиправної діяльності…; ч. 6 ст. 163 КПК України викласти таким чином: 6. Слідчий суддя, суд постановляє ухвалу про надання тимчасового доступу до речей і документів, які містять охоронювану законом таємницю, якщо сторона кримінального провадження, крім обставин, передбачених частиною п'ятою цієї статті, доведе можливість використання як доказів відомостей, що містяться в цих речах і документах, та неможливість іншими способами довести обставини, які передбачається довести за допомогою цих речей і документів. Підставами для надання тимчасового доступу до речей і документів, які містять охоронювану законом таємницю, є випадки, коли: 1) речі і документи, які містять охоронювану законом таємницю, необхідні для призначення або проведення судової експертизи чи експертного дослідження, які мають істотне значення для кримінального провадження; 2) речі і документи, які містять охоронювану законом таємницю, є єдиним джерелом інформації, яка має істотне значення для кримінального провадження; 3) відомості не можуть бути отримані шляхом проведення інших слідчих (розшукових) або процесуальних дій без істотної втрати їх доказового

значення; 4) речі чи документи містять медичну інформацію, необхідну для встановлення характеру спричиненої здоров'ю шкоди чи причини смерті особи. При вирішенні питання про надання тимчасового доступу слідчий суддя, суд зобов'язаний забезпечити дотримання принципу пропорційності, визначивши обсяг відомостей, необхідний для досягнення мети кримінального провадження;

– в Інструкції про проведення судово-медичної експертизи, затвердженої Міністерством охорони здоров'я України від 17.01.1995 № 6, виключити п. 2.4.1 та доповнити п. 2.5.1, який викласти таким чином: Експертизи у справах про притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення проводяться виключно у складі комісії, більшу частину членів якої мають складати представники Державної установи «Інститут судової психіатрії та судової медицини Міністерства охорони здоров'я України». До складу такої комісії також в обов'язковому порядку мають входити не менш ніж два професори кафедр судової медицини;

– в Інструкції про умови праці та заробітну плату засуджених до обмеження волі або позбавлення волі, затвердженої наказом Міністерства юстиції України від 07.03.2013 № 396/5, виключити п. 6.8.2.

Аргументовано доведено доцільність:

– розроблення та прийняття законодавчого акта, яким би було врегульовано суспільні відносини у сфері відшкодування шкоди пацієнтам;

– встановлення розмірів відшкодування, які були б диференційовані залежно від ступеня тяжкості спричинених здоров'ю наслідків, а також створення та впровадження механізму притягнення медичного працівника до цивільно-правової відповідальності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. «Фронтові» за службу в тилу: ДБР викрило посадовців медичної служби, які незаконно виплатили підлеглій понад 2,3 млн грн. URL: https://dbr.gov.ua/news/frontovi-za-sluzhbu-v-tilu-dbr-vikrilo-posadovciv-medichnoi-sluzhbi-yaki-nezakonno-viplatili-pidleglij-ponad-2-3-mln-grn

2. American Health Law Association. Mediation. URL: https://www.americanhealthlaw.org/dispute-resolution-services/mediation

3. Birkeland S. F. Patient complaint cases in general practice: PhD thesis. University of Southern Denmark Research Unit of General Practice Institute of Public Health University of Southern Denmark, Odense. 2011. 158 c.

4. Case of Winterwerp v. The Netherlands (article 50) (Application no. 6301/73). URL: https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22display%22:[%220%22],%22languageisocode%22:[%22ENG%22],%22appno%22:[%226301/73%22],%22documentcollectionid2%22:[%22CHAMBER%22],%22itemid%22:[%22001-57596%22]}

5. Code de la santé publique. URL: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155061/#LEGISCTA000006155061

6. Creating a just culture policy. URL: https://justculture.hqa.ca/creating-a-just-culture-policy/

7. Dekker S. The criminalization of human error in aviation and healthcare. URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0925753510002419

8. Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz). URL: https://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/BJNR002510939.html

9. Kobets, Y., Diakur, M., Kyslyi, A., Shulga, M., Toropchyna, I. (2024). The Influence of the Digital State on Preventing and Detecting Corruption in

Ukraine. *Theoretical And Practical Research In Economic Fields*. № 15(2). P. 365-374.

10. Kodeks karny. URL: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970880553/U/D19970553Lj.pdf

11. Kolosov I. V. Medical law development in Kievan Rus. URL: https://www.vestnik-pravo.mgu.od.ua/archive/juspradenc62/13.pdf?

12. L. 22 maggio 1978, n. 194. URL: https://www.altalex.com/documents/news/2013/07/16/dei-delitti-contro-la-integrita-e-la-sanita-della-stirpe

13. Learn from patient safety events (LFPSE) service. URL: https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-insight/learning-from-patient-safety-events/learn-from-patient-safety-events-service/#support

14. Legge 8 marzo 2017, n. 24. URL: https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2017-03-08;24!vig=

15. Lex Aquilia. URL: http://legalhistorysources.com/Law508/Roman%20Law/LexAquilia.html

16. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). URL: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/

17. McGrath, C. P. M. (2017). The Development of Medical Liability in Germany 1800–1945. Apollo - University of Cambridge Repository. URL: https://doi.org/10.17863/CAM.13711

18. Medical Practitioners' Act. URL: https://www.japaneselawtranslation.go.jp/en/laws/view/3992/en

19. Methangkool E., Brook K. Medical Errors Should Not Be Criminalized. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12042641/

20. Mission and Vision. World Patients Alliance. URL: https://www.worldpatientsalliance.org/mission-and-vision/

21. National Library of medicine.URL: https://www.nlm.nih.gov/

22. Novikov D.O Historical models and legal regulation of health care practice in Kievan Rus. URL: https://dspace.hnpu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/f56aee7c-1062-46f5-b557-52e7f3f64cd1/content

23. Odpowiedzialność karna lekarza za błąd medyczny. URL: https://www.rp.pl/zawody-prawnicze/art6680181-odpowiedzialnosc-karna-lekarza-za-blad-medyczny

24. Patient Injuries Act (Patientskadelagen, 1996:799). URL: https://lof.se/filer/PSL-from-2021-07-01.pdf

25. Patientenfürsprache im Krankenhaus. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/BMG_PFS_im_KH_2022_bf.pdf

26. Patientlagen (2014:821). URL: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/#K1

27. Penal Code (Organic Law No. 10/1995 of November 23, 1995, as amended up to Organic Law No. 2/2019 of March 1, 2019). URL: https://www.wipo.int/wipolex/ru/legislation/details/18760

28. Primary care information on the new national learn from patient safety events service. URL: https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-insight/learning-from-patient-safety-events/learn-from-patient-safety-events-service/primary-care-information/

29. Sprejeta Nacionalna strategija za izboljšanje zdravstvene pismenosti. URL: https://www.gov.si/novice/2025-07-17-sprejeta-nacionalna-strategija-za-izboljsanje-zdravstvene-pismenosti

30. Strafgesetzbuch. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/

31. Technical assistance for establishing a patient safety system in Estonia Mission report. URL: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cda6d784-dea8-4b14-bf96-c3f93da80fdb/content

32. The Code of Hammurabi. Translated by L. W. King. URL: https://avalon.law.yale.edu/ancient/hamframe.asp

33. Tsyganii, S., Shyian, D., Diakur, M., Areshonkov, V., Hospodarenko, V. (2022). Criminal Law Transformation in the Context of COVID-19: The Experience of the European Union and Ukraine. *Cuestiones Politicas*. № 40 (73). P. 52-70.

34. Valihura, H., Novikov, I., Diakur, M., Yushchyk, O., Kutsenko, V. (2025). The use of innovative technologies for the prevention and detection of crimes related to document forgery. *Journal of Theoretical and Applied Information Technology*. № 103 (14). P. 5070–5081.

35. Watson A. Three: Medical Malpractice Law in Ancient Rome. URL: https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.9783/9781512821574-006

36. What is PALS (Patient Advice and Liaison Service)? URL: https://www.nhs.uk/nhs-services/hospitals/what-is-pals-patient-advice-and-liaison-service/

37. Александров Ю.В., Гель А.П., Семаков Г.С. Кримінологія: курс лекцій. Київ: МАУП, 2002. 296 с.

38. Антонов С.В. Особливості відшкодування шкоди, заподіяної пацієнтові невдалим медичним втручанням. URL: http://www.medlawcenter.com.ua/ua/publications/76.html

39. Байда А. Незаконна лікувальна діяльність та шахрайство у сфері медичного обслуговування. Співвідношення й питання кваліфікації. URL: https://dspace.nlu.edu.ua/bitstream/123456789/6492/1/Bayda_82-87.pdf

40. Байда А. О. Кримінально-правовий захист життя і здоров'я пацієнтів від незаконної лікувальної діяльності. URL: https://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_012_01.pdf

41. Балабко В. В. Кримінальна відповідальність медичних працівників за злочини проти життя та здоров'я особи: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08. К., 2012. 315 с.

42. Балобанова Д.О. Теорія криміналізації: автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук за спеціальністю 12.00.08: кримінальне право та кримінологія, кримінально-виконавче право. Одеса: Одеська національна юридична академія, 2007. 18 с.

43. Басараб Н.В. Індивідуально-профілактичні заходи запобігання розбоям в Україні. URL: https://lsej.org.ua/10_2022/132.pdf

44. Баулін Ю.В. Крайня необхідність. *Вісник Асоціації кримінального права України*. 2016, № 1(6). С. 422-424

45. Баулін Ю.В. Кримінальні правопорушення проти здоров'я людини у системі особливої частини проєкту нового КК України. *Кримінальні правопорушення проти публічного здоров'я в проєкті Кримінального кодексу України* : матеріали наук.-практ. вебінару, 25 трав. 2021 р. / уклад.: А. О. Гаркуша, Ю. Ю. Забуга, Т. О. Михайліченко ; НДІ вивчення проблем злочинності ім. акад. В. В. Сташиса та ін.. Харків : Право, 2021. С. 13-16

46. Берило О.Г. Кримінальна відповідальність за ненадання допомоги хворому медичним працівником : дис. … канд. юрид. наук : 12.00.08 «Кримінальне право та кримінологія; кримінально-виконавче право». Нац. акад. внутр. справ. Київ, 2018. 246 с.

47. Білоус В.І. Історія медицини і лікувального мистецтва. Медицина України. Чернівці, 2022. 300 с.

48. Блага А.Б. Особливості стану та динаміки злочинності у період трансформацій, демократичних революцій та боротьби за незалежність України. *Питання боротьби зі злочинністю*. Випуск 50. 2025. С. 121-131

49. Бурдін В.М. Особливості кримінальної відповідальності неповнолітніх в Україні. К.: Атіка, 2004. 240 с.

50. В Одесі правоохоронці викрили працівників медцентру у незаконній видачі рецептів на право придбання наркотичних засобів та психотропів. URL: https://mvs.gov.ua/press-center/news/V_Odesi_pravoohoronci_vikrili_pracivnikiv_medcentru_u_nezakonni

y_vidachi_receptiv_na_pravo_pridbannya_narkotichnih_zasobiv_ta_psihotropiv_37583

51. В Україні виявлено 5 випадків незаконної лікувальної діяльності. URL: https://varta1.com.ua/news/v-ukrayini-vyyavleno-5-vypadkiv-nezakonnoyi-likuvalnoyi-diyalnosti_157399.html

52. Вереша Р. В. Поняття вини як елемент змісту кримінального права України : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.08. ; Київ. нац. ун-т імені Тараса Шевченка. Київ, 2004. 188 с.

53. Вереша Р.В., Сулима І.В. Історія розвитку інституту кримінальної відповідальності медичних та фармацевтичних працівників. *Вісник Академії адвокатури України*. 2013. № 2. С. 63-69.

54. Вирок Білопільського районного суду Сумської області 01 жовтня 2021 року (справа № 573/1021/19). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/100053629

55. Вирок Деснянського районного суду міста Чернігова від 27 березня 2025 року (справа № 750/271/23). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/126142658

56. Вирок Житомирського районного суду Житомирської області від 07 червня 2023 року (справа № 280/490/17). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/111369681

57. Вирок Індустріального районного суду міста Дніпропетровська від 30 грудня 2021 року (справа № 202/2463/14-к). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/102373510

58. Вирок Кам`янець-Подільського міськрайонного суду від 03 квітня 2026 року (справа № 676/1652/26). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/135373982

59. Вирок Кіцманського районного суду Чернівецької області від 05.03.2021 (провадження №1-кп/718/67/20). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/95337129

60. Вирок Комунарського районного суду м. Запоріжжя від 11 вересня 2023 року (справа № 333/847/23). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/113520368

61. Вирок Комунарського районного суду м. Запоріжжя від 04.04.2024 (провадження № 1-кп /333/578/24). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/121898345

62. Вирок Миколаївського районного суду Львівської області від 12.05.2022 (справа № 443/284/19). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/104278718

63. Вирок Орджонікідзевський районний суд м. Запоріжжя від 21 травня 2021 року (справа № 335/4396/21). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/97131145

64. Вирок Приморського районного суду м. Одеси від 19 травня 2025 року (справа № 522/12379/21). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/127433165

65. Вирок Приморського районного суду м. Одеси від 4 грудня 2024 року (справа №522/1522/24). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/123548811

66. Вирок Рожнятівського районного суду Івано-Франківської області від 17 вересня 2021 року (справа № 350/1980/20). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/99688506

67. Вирок Хотинського районного суду Чернівецької області від 29 грудня 2020 року (справа № 724/1704/19). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/93899216

68. Висновок Головного науково-експертного управління Верховної Ради України. URL: https://w2.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?pf3516=9700&skl=7

69. Відповідальність медичних працівників : Лист Департаменту конституційного, адміністративного та соціального законодавства управління соціального, трудового та гуманітарного законодавства Міністерства юстиції

України від 20.06.2011 р. URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/n0040323-11

70. Волобуєв А.Ф. Критерії прийняття та оцінки рішення про відсторонення особи від посади у кримінальному провадженні. *Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство»*. Випуск № 04, 2025, частина 3. С. 141-145

71. Вороненко Ю. В. Історія виникнення, становлення та розвитку правового регулювання медичної діяльності на теренах України. URL: http://www.umj.com.ua/wp/wp-ontent/uploads/archive/57/pdf/158_ukr.pdf?upload

72. Гельсинська декларація Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_005#Text

73. Голіна В.В. Кримінологічна культура і питання запобігання злочинності. *Злочинність в Україні: сучасний стан та погляд у майбутнє* : матеріали заоч. наук.-практ. круглого столу (6 трав. 2025 р.) : електрон. наук. вид. / уклад. А. В. Калініна; НДІ вивч. проблем злочинності ім. акад. В. В. Сташиса НАПрН України. Харків : Право, 2025. С. 14-16

74. Головкін Б.М. Поняття латентної жертви злочину у віктимології. URL: https://dspace.nlu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/8c56ac6d-f0ad-435f-a070-26b63aadfb71/content

75. Головкін Б.М. Про детермінацію злочинності. URL: https://chasprava.com.ua/index.php/journal/article/view/301/286

76. Горбачевський В.Я. Запобіжні заходи у сучасному правосудді. URL: https://elar.navs.edu.ua/server/api/core/bitstreams/d70c380b-6518-44a9-ad67-51823611492b/content

77. Гринчак С. В. Порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини: підстави кримінальної відповідальності: дис... канд. юрид. наук. Харків, 2007. 218 с.

78. Гудима В.В. Порівняльний аналіз повноважень СБУ, ДБР та НАБУ в досудовому розслідуванні. URL: https://ppdnz.com.ua/index.php/home/article/view/561/458

79. Гуторова Н.О. Кримінальні правопорушення проти права людини на охорону здоров'я в проекті кримінального кодексу України. *Кримінальні правопорушення проти публічного здоров'я в проєкті Кримінального кодексу України* : матеріали наук.-практ. вебінару, 25 трав. 2021 р. / уклад.: А. О. Гаркуша, Ю. Ю. Забуга, Т. О. Михайліченко ; НДІ вивчення проблем злочинності ім. акад. В. В. Сташиса та ін.. Харків : Право, 2021. С. 41-44

80. Давиденко В.Л. Провокуюча поведінка жертви насильницького злочину. URL: https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/4d389df4-0720-4244-9da5-1d5db5830beb/content

81. ДБР завершило розслідування щодо постачання війську неякісних аптечок на понад 18 млн гривень. URL: https://dbr.gov.ua/news/dbr-zavershilo-rozsliduvannya-shhodo-postachannya-vijsku-neyakisnih-aptechok-na-ponad-18-mln-griven

82. Держава не відповідає за звичайну медичну помилку або недбалість лікарів, - ЄСПЛ. URL: https://ymp.su.court.gov.ua/sud1820/pres-centr/news/747209/

83. Державна антикорупційна програма, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 4 березня 2023 р. № 220. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/220-2023-%D0%BF#Text

84. Державна служба зайнятості: Статистика. URL: https://www.dcz.gov.ua/stat/statfile

85. Джужа А. О., Тичина Д. М. Роль потерпілого (жертви) в механізмі вчинення злочину. URL: https://lawscience.com.ua/web/uploads/pdf/%D0%9C%D0%B0%D0%BA%D0%B5%D1%82%20%D0%B2%D1%96%D1%81%D0%BD%D0%B8%D0%BA%204-2017-87-98.pdf

86. Джужа А.О. Інтеракція (взаємодія) між злочинцем і жертвою злочину. *Правовий часопис Донбасу*. № 3–4 (61). 2017. С. 137-142

87. Долгий О.А., Мудряк Т.О., Омельчук Л.В. Жертва злочину як головний елемент віктимології. *Міжнародний юридичний вісник: актуальні проблеми сучасності (теорія та практика)*. Вип. 1 (5). 2017. С. 28-33

88. Дорожня карта з питань верховенства права, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 14 травня 2025 р. № 475-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/475-2025-%D1%80#Text

89. Друга хвиля всеукраїнського онлайн-опитування пацієнтів. URL: https://moz.gov.ua/uk/druga-hvilya-vseukrayinskogo-onlajn-opituvannya-paciyentiv?__cf_chl_f_tk=H8LIDJFKK5QxX_v71jFGz2kTxWvf8385lFANNZClj5E-1782896859-1.0.1.1-.fkkgl2wPFvhexfpyVxtcwShJE7P08XBtA2lFHFijcI

90. Дякур М. Д. Відсторонення від посади медичного працівника як захід індивідуально-профілактичного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності. *Advances in law: the view of domestic and foreign scholars* (October 3–4, 2024. Riga, the Republic of Latvia) : International scientific conference. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2024. С. 468-470.

91. Дякур М. Д. Відшкодування шкоди як цивільно-правовий захід індивідуально-профілактичного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності в Україні. *Галицькі студії Юридичні науки*. 2025. № 9. С. 72-77.

92. Дякур М. Д. Військово-політичні детермінанти кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності в Україні. *Теоретичні та практичні проблеми реалізації норм права* : матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції, м. Кременчук, 5 грудня 2025 р. Львів – Торунь : Liha-Pres, 2025. С. 291-294

93. Дякур М. Д. Віктимологічна характеристика жертви кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності в Україні. *Галицькі студії*. Юридичні науки. 2025. № 11. С. 60-65.

94. Дякур М. Д. До питання щодо цінності інтеграції зарубіжного досвіду кримінально-правової протидії кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності у національну кримінологічну практику. International scientific conference "*Theoretical foundations of law, public management and practice of their application*" : conference proceedings (December 25–26, 2024. Riga, the Republic of Latvia). Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2024. С. 442-444. D

95. Дякур М. Д. Європейські підходи до запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2025. № 6. С. 345-350.

96. Дякур М. Д. Заходи віктимологічного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування в Україні: аналіз стану та шляхи удосконалення. *Правові новели*. 2025. № 27. С. 455-462.

97. Дякур М. Д. Значення антикорупційної культури у сфері медичної діяльності для удосконалення загальносоціального запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються медичними працівниками. *Current Challenges in the Development of Law and Public Management and Administration* (March 4–5, 2026. Riga, the Republic of Latvia) : International scientific conference. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2026. С. 283-285.

98. Дякур М. Д. Кримінально-правова протидія незаконній видачі рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин у системі запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються медичними працівниками. *European Integration as a Factor in the Renewal of Legal Science in Ukraine* (April 16–17, 2026. Riga, the Republic of Latvia) : International scientific conference. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2026. С. 125-128.

99. Дякур М. Д. Кримінологічні ознаки осіб, що вчиняють кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності в Україні. *Галицькі студії*: Юридичні науки. 2025. № 12. С. 91-95.

100. Дякур М. Д. Міжнародні стандарти реалізації кримінально-правової політики у сфері охорони медичної діяльності. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2025. № 5. С. 398-402.

101. Дякур М. Д. Окремі проблеми удосконалення заходів загальносоціального запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності в Україні. *Галицькі студії.* Юридичні науки. 2025. № 10. С. 49-54.

102. Дякур М. Д. Організаційно-правові детермінанти кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування в Україні. *Правові новели*. 2025. № 25. С. 571-577.

103. Дякур М. Д. Організаційно-правові заходи у системі спеціально-кримінологічного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності: стан та перспективи. *Правові новели*. 2025. № 26. С. 554-561.

104. Дякур М. Д. Пенітенціарні заходи у системі спеціально-кримінологічного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2025. № 3. С. 311-317.

105. Дякур М. Д. Родовий об’єкт та класифікація кримінальних правопорушень, що вчиняються медичними працівниками в України. *Київський часопис права*, (3), 2023. С. 272–277.

106. Дякур М. Д. Стан та тенденції кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2025. № 4. С. 321-325.

107. Дякур М.Д. Кримінально-правова характеристика суб’єктивної сторони кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2025. № 1. С. 259-263.

108. Дякур М.Д. Соціально-економічні детермінанти, котрі впливають на кількість кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного

обслуговування в умовах воєнного стану. *Права людини та публічне врядування*: IX Міжнародний правничий форум, 29 травня 2026 р. С. 276-280

109. Дякур, М. Д. До питання щодо визначення ознак об'єктивної сторони кримінального правопорушення, передбаченого статтею 138 Кримінального кодексу України (незаконна лікувальна діяльність). *Juris Europensis Scientia*. Випуск 4, 2025. С. 156-160

110. Дякур, М. Д. До питання щодо удосконалення санкцій кримінально-правових норм, у яких встановлено відповідальність за медичні правопорушення. *Юридичний науковий електронний журнал*. № 12. 2025. С. 397-400

111. Дякур, М. Д. Еволюція наукових підходів до визначення особливостей кримінальної відповідальності та покарання за кримінальні правопорушення, передбачені ст. 142 та ст. 143 Кримінального кодексу України. *Правові новели*. № 23. Том 2. 2024. С. 79-84

112. Дякур, М. Д. Історико-правовий аналіз становлення та розвитку відповідальності за медичні кримінальні правопорушення в античних державах. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2025. № 5. С. 3-7.

113. Дякур, М. Д. Кримінальна відповідальність за протиправні діяння у медичній сфері: сучасний стан дослідження та проблемні аспекти. *Право та державне управління*. 2024 р., № 3. С. 434-439

114. Дякур, М. Д. Межі юридичної відповідальності медичних працівників у системі соціальної обумовленості криміналізації правопорушень у сфері медичної діяльності. *Юридичний науковий електронний журнал*. № 2/2025. С. 678-680

115. Дякур, М. Д. Становлення та розвиток відповідальності за медичні кримінальні правопорушення у стародавньому праві. *Право і суспільство*. № 4. 2024. С. 859-864

116. Етичний кодекс лікаря України від 27.09.2009. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text

117. Євдокімова О. В. Проблеми удосконалення видів покарань в умовах воєнного стану. *Українська воєнна та повоєнна кримінальна юстиція*: матеріали IX (XXII) Львівського форуму кримінальної юстиції (м. Львів, 26–27 жовт. 2023 р.) / упоряд. І. Б. Газдайка-Василишин. Львів: ЛьвДУВС, 2023. С. 111–114.

118. Євдокімова О.В. Особливості призначення позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю. URL: https://juris.vernadskyjournals.in.ua/journals/2023/2_2023/23.pdf

119. Європейська конвенція з прав людини. Міжнародний документ, Протокол від 04.11.1950. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text

120. Європейська соціальна хартія. Міжнародний документ від 03.05.1996. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text

121. Євтушенко Ю.О. Професійно-етична культура лікаря: у пошуках гармонії етики й майстерності. URL: https://www.innovpedagogy.od.ua/archives/2025/81/part_1/29.pdf

122. Єгорова В. О. Криміналізація незаконного проведення дослідів над людиною та його кримінально-правові ознаки : дис. канд. юрид. наук : 12.00.08. Київ, 2010. 226 с.

123. Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: https://reyestr.court.gov.ua/Page/2

124. Забзалюк Д. Реформування канонічного права в добу європейського Середньовіччя (XI–XIII ст.): історико-правовий аналіз. URL: https://ena.lpnu.ua:8443/server/api/core/bitstreams/7e3ded65-8ab3-448b-b4b4-e4c3329bc08a/content

125. Заволодіння понад 231 млн грн на медобладнанні для онкохворих: викрито злочинну організацію. URL: https://nabu.gov.ua/news/zavolodinnia-ponad-231-mln-grn-na-medobladnanni-dlia-onkokhvorykh-vykryto-zlochynnu-organizatciiu/

126. Загальна декларація прав людини, прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text

127. Закон України від 04.04.1996 № 123/96-ВР «Про лікарські засоби». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Text

128. Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text

129. Закон України від 17.05.2018 № 2427-VIII «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19#Text

130. Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text

131. Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров’я». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text

132. Закон України від 22.02.2000 № 1489-III «Про психіатричну допомогу». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text

133. Залікували до смерті: у Тернополі розслідують медичну помилку. URL: https://terminovo.te.ua/news/60855/

134. Іванова (Кедик) В. П., Берш А. Я. Обставини, що виключають кримінальну відповідальність медичного працівника. URL: https://vestnik-pravo.mgu.od.ua/archive/juspradenc68/17.pdf

135. Інструкція з діловодства у Міністерстві охорони здоров'я України, затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.02.2014 № 143. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0143282-14#Text

136. Інструкція про проведення судово-медичної експертизи, затверджена Міністерством охорони здоров’я України від 17.01.1995 № 6. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0254-95#Text

137. Інструкція про умови праці та заробітну плату засуджених до обмеження волі або позбавлення волі, затверджена Наказом Міністерства юстиції України від 07.03.2013 № 396/5. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0387-13#Text

138. Капітан О.І., Різенко О.В. Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я: проблеми імплементації у національне законодавство України. URL: https://lsej.org.ua/10_2024/121.pdf

139. Касумова А.Б. Адміністративні правопорушення, суб'єктом вчинення яких є медичні працівники. URL: https://dspace.uzhnu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/db5d43c5-d90b-4be9-922e-66790bfbb29b/content

140. Кириченко Г. Детермінація медико-правових кримінальних правопорушень, вчинених медичними працівниками у воєнний час. URL: https://er.dduvs.edu.ua/bitstream/123456789/11609/1/46.pdf

141. Колодін Д. О, Степаненко О. В. Порівняльний метод в кримінально-правовому дослідженні. URL: http://apnl.dnu.in.ua/1_2022/30.pdf

142. Колодяжний М.Г. Детермінація злочинності в Україні під час війни крізь призму глобалізації у сучасному світі. URL: https://pbz.nlu.edu.ua/issue/view/20424/13941

143. Комплексний стратегічний план реформування органів правопорядку як частини сектору безпеки і оборони, схвалений Указом Президента України від 11 травня 2023 року № 273/2023. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/273/2023#Text

144. Конвенція Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_a91#Text

145. Конституція України. Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text

146. Контрольний текст проєкту Кримінального кодексу України (станом на 15.10.2025 року). URL:

https://newcriminalcode.org.ua/upload/media/2025/11/12/00-kontrolnyj-proyekt-kk-15-10-2025-eksperty-frn.pdf

147. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text

148. Корупція в Україні 2025: розуміння, сприйняття, поширеність. URL: https://dap.nazk.gov.ua/uploads/osr-13/zahid-1308/sources/808-1691206579-6a02da812eecd.pdf

149. Корупція на медзакупівлях у Запорізькій області: слідство завершено. URL: https://nabu.gov.ua/news/koruptciia-na-medzakupivliakh-u-zaporiz-kiyi-oblasti-slidstvo-zaversheno/

150. Корягіна А.М. Визначення взаємовідносин жертви та злочинця. URL: https://dspace.uzhnu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/33c7dbb8-6875-4fbe-85d7-291ffba92bdd/content

151. Кримінальне право України: Загальна частина : підручник / за ред. проф. В. В. Сташиса, В. Я. Тація. 4-те вид., переробл. і допов. Х. : Право, 2010. 456 с.

152. Кримінальний кодекс України (редакція станом на 02.08.2017). https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14/ed20170802#Text

153. Кримінальний кодекс України від 28.12.1960. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2001-05#Text

154. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 № 2341-III. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text

155. Кримінальний процесуальний кодекс України від 13.04.2012 № 4651-VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4651-17#n1081

156. Кримінально-виконавчий кодекс України від 11.07.2003 № 1129-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1129-15#Text

157. Кримінально-процесуальний кодекс України від 28.12.1960 № 1001-05. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1001-05#Text

158. Кримінологія: Підручник / За заг. ред. Л. С. Сміяна, Ю. В. Нікітіна. К.: Національна академія управління, 2010. 496 с.

159. Кулик Л.М кримінологічна характеристика особистості озброєних злочинців, які вчинюють агресивно-насильницькі кримінальні правопорушення. URL: https://lsej.org.ua/5_2023/72.pdf

160. Лемеха Р.І. Медичний працівник як спеціальний суб'єкт корупційного злочину. URL: https://doi.org/10.25040/medicallaw2019.02.047

161. Лікарка, підозрювана у смерті 5-річного хлопчика під час лікування зубів, мобілізувалася в ЗСУ: розслідування справи можуть призупинити. URL: https://www.obozrevatel.com/ukr/rozsliduvannya/likarka-pidozryuvana-u-smerti-5-richnogo-hlopchika-pid-chas-likuvannya-zubiv-mobilizuvalasya-v-zsu-rozsliduvannya-spravi-mozhut-prizupiniti.htm

162. Лікар-колаборант з Ізюма напередодні звільнення міста втік до РФ. URL: https://www.newsroom.kh.ua/ua/news/likar-kolaborant-z-izyuma-pislya-zvilnennya-mista-vtik-do-rf

163. Лікарська помилка чи професійна халатність? URL: https://yur-gazeta.com/publications/practice/medichne-pravo-farmacevtika/likarska-pomilka-chi-profesiyna-halatnist.html

164. Ліховіцький Я.О. Запобігання злочинності (кримінальним правопорушенням) у сфері охоронної діяльності. DOI https://doi.org/10.24144/2307-3322.2024.84.3.49

165. Любавіна В.П. Вина як кримінально-правова категорія та її вплив на кваліфікацію злочину. «*Молодий вчений*». № 6 (94), 2021. С. 68-71

166. Марєєв В.В. Об'єкт злочинів, що посягають на права пацієнтів, його види та ознаки. URL: http://app.nuoua.od.ua/archive/41_2011/30.pdf

167. Методика розробки системи індикаторів якості медичної та реабілітаційної допомоги, затверджена Наказом Міністерства охорони

здоров’я України 28 вересня 2012 року № 751 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров’я України від 30 січня 2025 року № 175). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0361-25#Text

168. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права від 16.12.1966. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_043#Text

169. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права від 16.12.1966. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042#Text

170. Міністерство оборони України: Запит щодо розбронювання медиків не є масовим і стосується лише точкового доукомплектування медичних підрозділів ЗСУ. URL: https://mod.gov.ua/news/zapit-shhodo-rozbronyuvannya-medikiv-ne-ye-masovim-i-stosuyetsya-lishe-tochkovogo-doukomplektuvannya-medichnih-pidrozdiliv-zsu

171. Мурзановська А. В. Кримінально-процесуальна відповідальність за Кримінальним процесуальним кодексом України 2012 року : монографія. Одеса : «Гельветика», 2018. 192 с.

172. На Одещині СБУ викрила керівництво "оновленої МСЕК" на схемі з фіктивними довідками. URL: https://www.pravda.com.ua/news/2025/09/25/7532472/

173. Назимко Є.С., Пономарьова Т.І. Запобігання кримінальним правопорушенням у сучасній кримінології: теорія та практика: монографія. Вид. 2-е, переробл. та доповн. Київ : ВД «Дакор», 2024. 312 с.

174. Назимко Є.С., Пономарьова Т.І., Петренко В.О. Пробаційний нагляд як вид покарання у кримінальному праві України. *Центральноукраїнський вісник права та публічного управління.* Випуск 2 (10), 2025. С. 83-90

175. Наказ МОЗ «Про удосконалення пластичної та реконструктивної хірургічної допомоги населенню України» від 02.04.2009 № 210. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0210282-09#Text

176. Наливайко Л. Р., Степаненко К. В. Міжнародно-правові стандарти прав людини: навч. посібник. Дніпро: ДДУВС, 2019. 184 с.

177. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України / за ред. М. І. Мельника, М. І. Хавронюка. 10-те вид., переробл. та допов. Київ : ВД «Дакор», 2018. 1368 с.

178. Науково-практичний коментар Кримінального процесуального кодексу України / За редакцією С. В. Ківалова та С. І. Кравченко. Одеса : Фенікс, 2020. 924 с.

179. Національна поліція України: Звіт про результати діяльності у 2025 році. URL: https://npu.gov.ua/static-objects/npu/sites/1/zvit-npu-2025.pdf

180. Оболенцев В.Ф. Обгрунтування факторів злочинності на засадах системного підходу. URL: https://lsej.org.ua/7_2023/86.pdf

181. Офіс Генерального прокурора. Статистика. https://www.gp.gov.ua/ua/posts/pro-robotu-organiv-dosudovogo-rozsliduvannya

182. Офіс Генерального прокурора. Статистика. URL: https://gp.gov.ua/ua/posts/statistika

183. Павліченко Є., Стець О., Шелудяков Р. Методологічні засади компаративного аналізу в системі юридичних досліджень. URL: https://pgp-journal.kiev.ua/archive/2021/4/33.pdf

184. Павлова Т.О. Правова природа заохочувальних заходів кримінально-правового характеру. Вісник ОНУ імені І. І. Мечникова. *Правознавство*. 2019. Т. 24. Вип. 2(35). С. 76-84

185. Палагнюк К.В. Юридична відповідальність за корупційні правопорушення в медичній сфері України. URL: https://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/article/view/743/666

186. Парамонова О.С. Правове регулювання медичної діяльності на українських землях у X–XIX ст. URL: https://history-ejournal.cdu.edu.ua/article/view/2503/2602

187. Пащенко О. О. Соціальна обумовленість закону про кримінальну відповідальність : монографія. Харків: Юрайт, 2018. 446 с.

188. Пащенко О.О. Криміналізація та соціальна обумовленість. *Вісник Асоціації кримінального права України*, 2017, № 1(8). С. 41-76

189. Пенітенціарні установи повинні бути невід'ємною частиною системи охорони здоров'я. URL: https://moz.gov.ua/uk/penitenciarni-ustanovi-povinni-buti-nevidemnoju-chastinoju-sistemi-ohoroni-zdorovja?__cf_chl_f_tk=B4eKmbdnC9pvnhAxBm460zh_UQb7flin3bzIVp3rjJ4-1782981642-1.0.1.1-nivFy0Vmtu2NkuHRw647nrsTqTzd0O9pZxuuXLTSrWQ

190. Письменський Є.О. Кримінально-правова політика України під впливом факторів воєнного характеру та її відзеркалення в експертній думці: монографія. Київ: Норма права, 2025. 212 с.

191. План заходів, спрямованих на виконання Комплексного стратегічного плану реформування органів правопорядку як частини сектору безпеки і оборони України на 2023-2027 роки, затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 23 серпня 2024 р. № 792-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/792-2024-%D1%80#n12

192. Поліція викрила голову Центральної МСЕК та його спільників на схемі фіктивних інвалідностей. URL: https://npu.gov.ua/news/politsiia-vykryla-holovu-tsentralnoi-msek-ta-ioho-spilnykiv-na-skhemi-fiktyvnykh-invalidnostei

193. Пономаренко Ю. А. Загальна теорія визначення караності кримінальних правопорушень. Харків: Право, 2020. С. 560–564

194. Пономаренко Ю. А. Штраф як вид покарання у кримінальному праві України (за результатами реформи 2011 р.) : наук. нарис; наук. ред. Ю. В. Баулін. Х. : Право, 2012. 80 с.

195. Пономаренко Ю.А. Пеналізація кримінально-правова. *Вісник Асоціації кримінального права України*. 2016, № 2(7). С. 310-314

196. Пономаренко Ю.А. Пробаційний нагляд як вид покарання за кримінальним правом України. *Вісник Асоціації кримінального права України*. 2024. № 2(22). С. 166–188

197. Пономарьова Т. І. Теоретико-прикладні засади становлення та розвитку ювенальної віктимології в Україні : монографія / за заг. ред. Є. С. Назимка. Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2022. 368 с.

198. Попрас В. О. Штраф як вид покарання за кримінальним правом України. Х.: Право, 2009. 224 с.

199. Порядок використання електронних довірчих послуг в органах державної влади, органах місцевого самоврядування, підприємствах, установах та організаціях державної форми власності, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2023 р. № 798. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/798-2023-%D0%BF#Text

200. Порядок використання системи електронного документообігу в Міністерстві охорони здоров'я України, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я від 22 лютого 2023 року № 358. URL: https://moz.gov.ua/uploads/8/44199-dn_22022023_358_dod.pdf

201. Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text

202. Постанова Верховного Суду від 12 травня 2026 року (справа № 320/16100/23). URL: https://iplex.com.ua/doc.php?regnum=136452080

203. Постанова Верховного Суду від 18 березня 2026 року (справа № 237/2797/16). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/135083017

204. Постанова Верховного Суду від 21 січня 2026 року (справа № 953/5793/23). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/133509757

205. Постанова Верховного Суду від 29 квітня 2026 року (справа № 308/4339/20). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/136237047

206. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 січня 2023 р. № 76 «Деякі питання реалізації положень Закону України «Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію» щодо бронювання військовозобов'язаних на період мобілізації та на воєнний час». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/76-2023-%D0%BF#n14

207. Постанова ККС ВС від 07.02.2024 р. (справа №461/3474/22). URL: https://kma.court.gov.ua/sud4820/gromadyanam/1/nezak_povodgenny_zbroeu

208. Постанова Першої судової палати Касаційного кримінального суду від 16 січня 2020 року (*справа № 161/18755/13-к, провадження № 51-10046км18*). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/87144551

209. Пояснювальна записка до проекту Закону України про внесення змін до статті 11 Закону України «Про військовий обов'язок і військову службу» щодо військової підготовки громадян України за програмою підготовки офіцерів запасу медичної служби. URL: blob:https://itd.rada.gov.ua/0237c42b-bb25-474c-a6cc-967d7dbc646a

210. Пояснювальна записка до проєкту Закону України «Про внесення змін до Кримінального, Кримінального процесуального кодексів України та інших законодавчих актів України щодо удосконалення видів кримінальних покарань в умовах воєнного стану». URL: blob:https://itd.rada.gov.ua/a4fe58cb-8a1a-43c6-8262-4f0143a032d6

211. Пояснювальна записка до проєкту Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування медико-соціальної експертизи та впровадження оцінювання повсякденного функціонування особи». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/4170-20

212. Пояснювальна записка до проєкту Кримінального процесуального кодексу України. URL: https://w2.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?pf3516=9700&skl=7

213. Правила внутрішнього розпорядку установ виконання покарань, затверджені Наказом Міністерства юстиції України від 28 серпня 2018 року № 2823/5. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1010-18

214. Правила внутрішнього розпорядку установ виконання покарань, затверджені Наказом Державного департаменту України з питань виконання покарань від 25.12.2003 № 275. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1277-03#Text

215. Про військовий обов'язок і військову службу: Закон України від 25.03.1992 № 2232-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2232-12#Text

216. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо спрощення досудового розслідування окремих категорій кримінальних правопорушень: Закон України від 22.11.2018 № 2617-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2617-19#n281

217. Про внесення змін до Кримінального та Кримінально-процесуального кодексів України щодо гуманізації кримінальної відповідальності: Закон України від 15.04.2008 № 270-VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/270-17#Text

218. Про внесення змін до Кримінального, Кримінального процесуального кодексів України та інших законодавчих актів України щодо удосконалення видів кримінальних покарань: Закон України від 23.08.2023 № 3342-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3342-20#n59

219. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text

220. Про Єдину інформаційну систему соціальної сфери: Закон України від 18.09.2025 № 4607-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/en/4607-20?lang=uk#Text

221. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні: проєкт Закону України № 4981-2 від 02.08.2016. URL: https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=59862

222. Програма економічних реформ в Україні на 2010 – 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0004100-10

223. Проект Закону про захист прав пацієнтів № 1132 від 06.12.2007. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=30982

224. Проєкт Закону про Уповноваженого з медичних питань. URL: https://itd.rada.gov.ua/billinfo/Bills/Card/26367

225. Проєкт Кримінального кодексу України. URL: https://newcriminalcode.org.ua/upload/media/2026/05/02/00000-kontrolnyj-proyekt-kk-01-05-2026.pdf

226. Проєкт нового Кримінального кодексу України. URL: https://newcriminalcode.org.ua/upload/media/2025/08/20/00-kontrolnyj-proyekt-kk-21-07-2025.pdf

227. Проєкт нового Кримінального кодексу України. URL: https://newcriminalcode.org.ua/upload/media/2026/02/24/kryminalnyj-kodeks-22-02-2026-ukr.pdf

228. Проєкт нового Кримінального кодексу України: передумови розробки, концептуальні засади, основні положення: монографія. Андрушко П.П., Бакумов О.С., Баулін Ю.В., Бурдін В.М., Вишневська І.А., Горох О.П., Гуторова Н.О., Марчук Н.О., Навроцький В.О., Пономаренко Ю.А., Стрельцов Є.Л., Хавронюк М.І. // За заг. ред. Ю.В. Бауліна, М.І. Хавронюка. К.: Компанія ВАІТЕ. 494 с.

229. Радиш Я. Ф. Історія військової медицини : навч. посіб. К., 1997. 148 с.

230. Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні», схвалені постановою Кабінету Міністрів України від 21 квітня 2016 року № 1338-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-19#Text

231. Рішення ЄСПЛ по справі «Черніка проти України» (Заява №53791/11). URL: https://zakon. rada.gov.ua/laws/show/974_f16#Text

232. Рішення Слов`янський міськрайонний суд Донецької області від 27 вересня 2021 року (справа № 243/4952/20). URL: https://youcontrol.com.ua/catalog/court-document/99942469/

233. Рішення Чернігівського апеляційного суду від 15 травня 2023 (справа № 744/315/16-к). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/110834755

234. Скриннікова К.О. Окремі аспекти цивільно-правової відповідальності лікарів (медичних працівників). URL: http://visnyk-pravo.uzhnu.edu.ua/article/view/288612/282259

235. Смоловий А.В. Правові аспекти цивільно-правової відповідальності медичних працівників за порушення прав пацієнтів при наданні медичних послуг: сучасні виклики та перспективи вдосконалення законодавства. URL: https://app-journal.in.ua/wp-content/uploads/2024/10/39.pdf?

236. Солтисюк А.П. Оптимізація процесу розслідування неналежного виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником. URL: https://cuj.dnuvs.ukr.education/index.php/cuj/article/view/80/76

237. Спеціальна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини «Про стан справ щодо недопущення в Україні катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження та покарання у 2024 році». URL: https://www.ombudsman.gov.ua/storage/app/media/%D0%A1%D0%BF%D0%B5%D1%86%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%8C%202024.pdf

238. Справа «Майборода проти України» (Заява № 14709/07). URL: https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-228474%22]}

239. Стандарт екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі», затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я України 24 лютого 2022 року № 368. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/03/2022_368_ms_.pdf

240. Стеценко С. Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я. Медичне право України : підручник / За заг. ред. д.ю.н., проф. С. Г. Стеценка. К. : Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. 507 с.

241. Стратегія наркополітики на період до 2030 року, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 20 серпня 2025 р. № 920-р.

242. Стратегія реформування пенітенціарної системи на період до 2026 року, схваленій розпорядженням Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 р. № 1153-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1153-2022-%D1%80#Text

243. Стратегія розвитку системи охорони здоров’я на період до 2030 року, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. № 34-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text

244. Судова влада. Статистика: https://court.gov.ua/inshe/sudova_statystyka/

245. Судова статистика. URL: https://court.gov.ua/inshe/sudova_statystyka/

246. Сфера охорони здоров'я та соціальний захист: виконання заходів Державної антикорупційної програми. URL: https://nazk.gov.ua/uk/sfera-ohorony-zdorov-ya-ta-sotsialnyy-zahyst-vykonannya-zahodiv-derzhavnoi-antykoruptsiynoi-programy/

247. Тарасевич Т. Ю. Медичний працівник як спеціальний суб'єкт злочину: дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.08; Нац. акад. наук України, Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького. К., 2011. 232 с.

248. Тарасевич Т.Ю. Кримінальна відповідальність спеціального суб’єкта злочину. Наукові праці МАУП, 2006. Вип. 1(13). С. 176–181

249. Таційй В.Я., Пономаренко Ю.А. Об’єкт кримінального правопорушення. *Вісник Асоціації кримінального права України*. 2022. № 2(18). С. 207-210

250. Ткаченко В.В. Основні аспекти кримінологічної характеристики (аналізу) злочинності під час воєнного стану. URL: https://visnyk-juris-uzhnu.com/wp-content/uploads/2025/05/29-2.pdf

251. Ткаченко І.М. Співвідношення потерпілої особи і жертви кримінального правопорушення. URL: https://visnyk-pravo.uzhnu.edu.ua/article/view/286273/280209

252. Товт Ю.М. Кримінальна відповідальність за порушення встановленого порядку обігу лікарських засобів в Україні: дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 081 «Право». Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 244 с.

253. Толкач А.М., Стеченко К.Л. Співвідношення поняття «особа злочинця» із суміжними поняттями юридичних наук: «особа, винна у скоєнні кримінального правопорушення», «суб'єкт кримінального правопорушення», «обвинувачений». URL: https://app-journal.in.ua/wp-content/uploads/2025/12/19-2.pdf

254. Топчій В.В. Напрями вдосконалення розслідування злочинів у медичній сфері. URL: https://api-ir.dpu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/99e1bc91-ad3d-4ee4-8dbd-1e3d1b9d21b8/content

255. Трофимлюк О. Пастирська допомога хворим: історія співпраці церкви та медицини у Візантії та Русі-Україні. *Труди Київської Духовної Академії*. № 17 (189). 2017. С. 337-353

256. Тютюгін В.І. Позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю. *Вісник Асоціації кримінального права України*. 2016. № 1(6). С. 429-432

257. У Києві судитимуть Голову гарнізонної ВЛК Держприкордонслужби, який за гроші переводив військових з передової у тилові підрозділи. URL: https://dbr.gov.ua/news/u-kievi-suditimut-golovu-garnizonnoi-vlk-derzhprikordonsluzhbi-yakij-za-groshi-perevodiv-vijskovih-z-peredovoi-u-tilovi-pidrozdili

258. У медзакладах по всій країні проходять обшуки – поліція. URL: https://www.pravda.com.ua/news/2026/03/20/8026388/

259. Ус О.В. Ознака, що обтяжує відповідальність і впливає на кваліфікацію кримінального правопорушення: правова природа та поняття. *Вісник Асоціації кримінального права України*. 2023. № 2(20). С. 26-47

260. Ус О.В. Кваліфікація злочину за ознаками суб'єктивної сторони складу злочину. URL: https://dspace.uzhnu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/7043773b-3fe3-470d-931c-4bc5f261e626/content

261. Ус О.В. Кримінально-правовий вплив: сутність і зміст. URL: https://dspace.nlu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/3e224cdc-d426-4261-8240-5847446f11b4/content

262. Ухвала Дзержинського районного суду м. Кривого Рогу Дніпропетровської області від 03.10.2023 року (справа № 210/3586/23). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/113979924

263. Ухвала Ківерцівського районного суду Волинської області від 17.07.2019 (справа № 158/705/19). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/83180273

264. Ухвала Харківського апеляційного суду від 13.02.2023 (справа № 952/47/23). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/109002556

265. Ухвала Харківського апеляційного суду від 9 січня 2025 року (№638/11128/21). URL: https://reyestr.court.gov.ua/Review/124450232

266. Фаринник В.І. Заходи забезпечення кримінального провадження у новому кримінальному процесуальному законодавстві: сутність та класифікація. URL: https://vkslaw.com.ua/index.php/journal/article/view/438/406

267. Фесенко Є.В. Проблеми структури об'єкта як елемента складу злочину. *Вісник Академії адвокатури України*. 2009. Число 1. С. 234-236

268. Фіалка М.І. Кримінологічна характеристика та кримінологічний портрет особистості злочинця: сутність і співвідношення понять. URL: https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/d50d39ac-2b50-40fd-95a9-6ef34c80b7b0/content

269. Фокін Я.Ф. Пробаційний нагляд у кримінальному праві України та зарубіжних країн: порівняльно-правовий аспект. URL: https://ojs.dpu.edu.ua/index.php/irplegchr/article/view/344/355

270. Фортунатова М.Г., Мусієнко А. В. Актуальні аспекти запобігання латентній злочинності. URL: https://df.duit.in.ua/index.php/dictum/article/view/366/329

271. Хавронюк М.І. Компаративний метод у сучасному кримінально-правовому дослідженні: мета застосування. URL: https://newcriminalcode.org.ua/upload/media/2020/07/24/havronyuk-m-i-komparatyvnyj-metod-u-suchasnomu-kryminalno-pravovomu-doslidzhenni.pdf

272. Халатність та підробка причини смерті: у Києві судитимуть трьох лікарів через загибель пацієнтки. URL: https://vechirniy.kyiv.ua/news/51163/

273. Хрестоматія з історії держави і права України. Том 1. З найдавніших часів до початку XX ст. : навч. посіб. для юрид. вищих навч. закладів і фак. : У 2 т. / В. Д. Гончаренко, А. Й. Рогожин, О. Д. Святоцький ; за ред. члена кореспондента Академії правових наук України В. Д. Гончаренка. К. : Ін Юре, 199 с.

274. Хряпінський П.В. Заохочувальні санкції в системі заходів кримінально-правового характеру. URL: https://law.stateandregions.zp.ua/archive/2_2016/20.pdf

275. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text

276. Чеботарьова Г.В. Кримінально-правова охорона правопорядку у сфері медичної діяльності : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.08; НАН України, Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького. К., 2011. 459 с.

277. Чеботарьова Г.В. Кримінально-правові проблеми трансплантації органів або тканин людини та донорства крові :. дис... канд. юрид. наук: 12.00.08. НАН України. Ін-т держави і права ім. В.М.Корецького. К., 2003. 222 с.

278. Шайтуро О.П. Криміналістична характеристика неналежного виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.09. Харків, 2013. 20 с. URL: https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/312462dc-c379-42db-8b82-77163a2d3f21/content

279. Шаповал Р.В. Зарубіжний досвід та напрямки удосконалення, запобігання і виявлення корупційних ризиків у сфері охорони здоров'я: кримінально-правовий аспект. URL: https://pravo.cusu.edu.ua/index.php/pravo/article/view/730/763

280. Шопіна Ю. О. Кримінальна відповідальність медичного або фармацевтичного працівника за вчинення злочину, пов'язаного з виконанням професійних обов'язків : дис. … канд. юрид. наук : 12.00.08. Київ, 2020. 213 с.

281. Шопіна Ю.О. Об'єкт злочинів, передбачених ст. ст. 131, 132, 134, 139–145 Кримінального кодексу України. URL: https://www.vestnik-pravo.mgu.od.ua/archive/juspradenc42/part_2/30.pdf

ДОДАТКИ

Додаток А

Акти впровадження

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

ЗАТВЕРДЖУЮ
Перший проректор
кандидат юридичних наук, професор
_____ **Олена ВОЛОБУЄВА**
«13» ____ 2026 р.

АКТ
впровадження результатів дисертаційного дослідження
в освітній процес Донецького державного університету внутрішніх справ

1. Комісія у складі:
Голова комісії: Ганна БУГА, начальник відділу організації наукової діяльності, доктор юридичних наук, доцент
Члени комісії: 1. Ольга ГАПОНЮК, начальник відділу забезпечення якості освіти, кандидат економічних наук, доцент
2. Ольга КОВАЛЬОВА, гарант освітньо-наукової програми «Право» третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти за спеціальністю D8 Право, галузь знань D Бізнес, адміністрування та право
3. Юлія ДАНИЛЕВСЬКА, завідувач відділення аспірантури (ад'юнктури) і докторантури, кандидат юридичних наук, старший науковий співробітник

2. Комісія встановила:
Результати дисертаційного дослідження Дякур Марії Дмитрівни на тему: «Теорія та практика запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності» використовуються в освітньому процесі Донецького державного університету внутрішніх справ при викладанні освітнього компоненту «Кримінологія», а також при підготовці лекцій і навчальних посібників із цієї дисципліни. Зокрема в частині:
– визначеної системи детермінант кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності, які диференційовані на такі групи: соціально-економічні: 1) недостатнє фінансування системи охорони здоров'я; 2) масове внутрішнє переміщення населення та міграція за кордон; 3) психологічне виснаження медичних працівників; 4) загальне погіршення економічного становища населення; організаційно-правові: 1) високий ступінь латентності, обумовлений недоліками кримінально-правового та кримінального

процесуального забезпечення механізму запобігання суспільно небезпечним діянням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування; 2) відсутність спеціальних методик розслідування кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування; військово-політичні: 1) зниження якості навчання здобувачів вищої освіти через перехід на дистанційну/змішану форму навчання; 2) брак кадрів; 3) медичний колабораціонізм; культурно-ідеологічні: 1) непрофесійне ставлення до обов'язків медичного працівника; 2) відсутність належного розуміння норм етики;

– запропонованої типології жертв кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування. Авторкою доведено, що із загальноприйнятої у доктрині віктимології класифікації жертв доцільно виокремити такі типи як: 1) активні жертви; 2) пасивні жертви; 3) провокативні жертви; 4) латентні жертви. Аргументовано, що найбільш часто жертви кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності відносяться до латентного типу;

– узагальнених типових кримінологічних ознак жертви кримінального правопорушення, що вчиняється у сфері медичної діяльності, до яких віднесено: 1) низький рівень обізнаності у сфері охорони здоров'я; 2) низький рівень правової освіти; 3) середній ступінь віктимності; 4) високий ступінь ризику вторинної віктимізації.

Голова комісії:

_____ Ганна БУГА

Члени комісії:

_____ Ольга ГАПОНЮК

_____ Ольга КОВАЛЬОВА

_____ Юлія ДАНИЛЕВСЬКА

ЗАРЕЄСТРОВАНО
в журналі обліку актів впровадження результатів наукових досліджень в освітній процес
Донецького державного університету внутрішніх справ
«13» 07 2026р.
Науковий співробітник ВОНР
Т.С. Буга
(підпис, прізвище)

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

ЗАТВЕРДЖУЮ
Перший проректор
кандидат юридичних наук, професор
_____ **Олена ВОЛОБУЄВА**
«16» 04 2026 р.

АКТ
впровадження результатів дисертаційного дослідження в науково-дослідну діяльність Донецького державного університету внутрішніх справ

1. Комісія у складі:

Голова комісії: Ганна БУГА, начальник відділу організації наукової діяльності, доктор юридичних наук, доцент

Члени комісії: 1. Тетяна ПОНОМАРЬОВА, завідувач науково-дослідної лабораторії з проблем запобігання кримінальним правопорушенням навчально-наукового інституту підготовки фахівців для підрозділів кримінальної поліції імені Е.О. Дідоренка, доктор юридичних наук, старший дослідник

2. Юлія ДАНИЛЕВСЬКА, завідувач відділення аспірантури (ад'юнктури) і докторантури, кандидат юридичних наук, старший науковий співробітник

3. Андрій УДОД, завідувач кафедри кримінального права та кримінології факультету підготовки фахівців для органів досудового розслідування Національної поліції України, кандидат юридичних наук, доцент

2. Комісія встановила:

Результати дисертаційного дослідження Дякур Марії Дмитрівни на тему: «Теорія та практика запобігання кримінальним правопорушенням у сфері медичної діяльності» використовуються в науково-дослідній діяльності Донецького державного університету внутрішніх справ під час проведення кримінально-правових досліджень.

У науково-дослідній роботі Донецького державного університету внутрішніх справ використовуються положення щодо:

– виявлення способів виконання заходу, передбаченого у пункті 3.2.2.4 розділу III Дорожньої карти з питань верховенства права, схваленої Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 14 травня 2025 р. № 475-р

шляхом обґрунтування потреби у схваленні Концепції реформування системи охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби та встановлення підпорядкування пенітенціарних медичних закладів Міністерству охорони здоров'я;

– доцільності активного застосування до медичних працівників, які вчинили кримінальні правопорушення у сфері професійної діяльності такого заходу забезпечення кримінального провадження як відсторонення від посади. Аргументовано, що в окремих випадках незастосування такого заходу може спрощувати перешкоджання підозрюваними досудовому розслідуванню;

– доцільності розробки та прийняття законодавчого акту, який би регулював відносини між медичними працівниками та пацієнтами, а також встановлював би права пацієнтів та механізм їх захисту.

Голова комісії: _____ Ганна БУГА

Члени комісії:

_____ Тетяна ПОНОМАРЬОВА

_____ Юлія ДАНИЛЕВСЬКА

_____ Андрій УДОД

ЗАРЕЄСТРОВАНО
в журналі обліку актів впровадження результатів наукових досліджень в науково-дослідну діяльність
Донецького державного університету внутрішніх справ
«13» 07 2026 р.
Науковий співробітник ВОНР
_____ Г.С. Буга
(підпис, прізвище)

Додаток Б

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:

в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

Статті в наукових фахових виданнях України та виданнях, що індексуються у міжнародних наукометричних базах даних

1. Дякур М. Д. Відшкодування шкоди як цивільно-правовий захід індивідуально-профілактичного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності в Україні. *Галицькі студії Юридичні науки*. 2025. № 9. С. 72-77.
2. Дякур М. Д. Віктимологічна характеристика жертви кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності в Україні. *Галицькі студії Юридичні науки*. 2025. № 11. С. 60-65.
3. Дякур М. Д. Європейські підходи до запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2025. № 6. С. 345-350.
4. Дякур М. Д. Заходи віктимологічного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування в Україні: аналіз стану та шляхи удосконалення. *Правові новели*. 2025. № 27. С. 455-462.
5. Дякур М. Д. Кримінологічні ознаки осіб, що вчиняють кримінальні правопорушення у сфері медичної діяльності в Україні. *Галицькі студії: Юридичні науки*. 2025. № 12. С. 91-95.
6. Дякур М. Д. Міжнародні стандарти реалізації кримінально-правової політики у сфері охорони медичної діяльності. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2025. № 5. С. 398-402.

7. Дякур М. Д. Окремі проблеми удосконалення заходів загальносоціального запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності в Україні. *Галицькі студії Юридичні науки*. 2025. № 10. С. 49-54.

8. Дякур М. Д. Організаційно-правові детермінанти кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування в Україні. *Правові новели*. 2025. № 25. С. 571-577.

9. Дякур М. Д. Організаційно-правові заходи у системі спеціально-кримінологічного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності: стан та перспективи. *Правові новели*. 2025. № 26. С. 554-561.

10. Дякур М. Д. Пенітенціарні заходи у системі спеціально-кримінологічного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичного обслуговування. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2025. № 3. С. 311-317.

11. Дякур М. Д. Родовий об’єкт та класифікація кримінальних правопорушень, що вчиняються медичними працівниками в України. *Київський часопис права*. № 3. 2023. С. 272–277.

12. Дякур М. Д. Стан та тенденції кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2025. № 4. С. 321-325.

13. Дякур М.Д. Кримінально-правова характеристика суб’єктивної сторони кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2025. № 1. С. 259-263.

14. Дякур, М. Д. До питання щодо визначення ознак об’єктивної сторони кримінального правопорушення, передбаченого статтею 138 Кримінального кодексу України (незаконна лікувальна діяльність). *Juris Europensis Scientia*. Випуск 4. 2025. С. 156-160.

15. Дякур М. Д. До питання щодо удосконалення санкцій кримінально-правових норм, у яких встановлено відповідальність за медичні правопорушення. *Юридичний науковий електронний журнал*. № 12. 2025. С. 397-400.

16. Дякур М. Д. Еволюція наукових підходів до визначення особливостей кримінальної відповідальності та покарання за кримінальні правопорушення, передбачені ст. 142 та ст. 143 Кримінального кодексу України. *Правові новели*. № 23. Том 2. 2024. С. 79-84.

17. Дякур М. Д. Історико-правовий аналіз становлення та розвитку відповідальності за медичні кримінальні правопорушення в античних державах. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2025. № 5. С. 3-7.

18. Дякур М. Д. Кримінальна відповідальність за протиправні діяння у медичній сфері: сучасний стан дослідження та проблемні аспекти. *Право та державне управління*. 2024. № 3. С. 434-439.

19. Дякур М. Д. Межі юридичної відповідальності медичних працівників у системі соціальної обумовленості криміналізації правопорушень у сфері медичної діяльності. *Юридичний науковий електронний журнал*. № 2. 2025. С. 678-680.

20. Дякур М. Д. Становлення та розвиток відповідальності за медичні кримінальні правопорушення у стародавньому праві. *Право і суспільство*. № 4. 2024. С. 859-864.

21. Kobets, Y., Diakur, M., Kyslyi, A., Shulga, M., Toropchyna, I. (2024). The Influence of the Digital State on Preventing and Detecting Corruption in Ukraine. *Theoretical And Practical Research In Economic Fields*. № 15(2). P. 365-374.

(*Особистий внесок здобувача: аргументовано значення інтеграції цифрових стратегій у комплексну державну антикорупційну політику з метою максимального підвищення їхньої ефективності та забезпечення позитивного впливу на суспільство*)

22. Tsyganii, S., Shyian, D., Diakur, M., Areshonkov, V., Hospodarenko, V. (2022). Criminal Law Transformation in the Context of COVID-19: The Experience of the European Union and Ukraine. *Cuestiones Politicas*. № 40 (73). P. 52-70.

(*Особистий внесок здобувача: наведено аргументи на користь думки, що криміналізація діянь, пов'язаних із COVID-19 та встановлення покарань за їх вчинення розглядаються як складові державної політики протидії пандемії*)

23. Valihura, H., Novikov, I., Diakur, M., Yushchyk, O., Kutsenko, V. (2025). The use of innovative technologies for the prevention and detection of crimes related to document forgery. *Journal of Theoretical and Applied Information Technology*. № 103 (14). P. 5070–5081.

(Особистий внесок здобувача: оцінено ефективність оптимізованої моделі запобігання кримінальним правопорушенням шляхом імітаційного прогнозування).

Праці апробаційного характеру

1. Дякур М. Д. Відсторонення від посади медичного працівника як захід індивідуально-профілактичного запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються у сфері медичної діяльності. *Advances in law: the view of domestic and foreign scholars:* International scientific conference (October 3–4, 2024. Riga, the Republic of Latvia): Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2024. С. 468-470.

2. Дякур М. Д. Військово-політичні детермінанти кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичної діяльності в Україні. *Теоретичні та практичні проблеми реалізації норм права* : матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції, м. Кременчук, 5 грудня 2025 р. Львів – Торунь : Liha-Pres, 2025. С. 291-294.

3. Дякур М. Д. До питання щодо цінності інтеграції зарубіжного досвіду кримінально-правової протидії кримінальним правопорушенням, що

вчиняються у сфері медичної діяльності у національну кримінологічну практику. *Theoretical foundations of law, public management and practice of their application*: International scientific conference (December 25–26, 2024. Riga, the Republic of Latvia). Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2024. С. 442-444.

4. Дякур М. Д. Значення антикорупційної культури у сфері медичної діяльності для удосконалення загальносоціального запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються медичними працівниками. *Current Challenges in the Development of Law and Public Management and Administration* (March 4–5, 2026. Riga, the Republic of Latvia) : International scientific conference. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2026. С. 283-285.

5. Дякур М. Д. Кримінально-правова протидія незаконній видачі рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин у системі запобігання кримінальним правопорушенням, що вчиняються медичними працівниками. *European Integration as a Factor in the Renewal of Legal Science in Ukraine:* International scientific conference (April 16–17, 2026. Riga, the Republic of Latvia) : Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2026. С. 125-128.

6. Дякур М.Д. Соціально-економічні детермінанти, котрі впливають на кількість кримінальних правопорушень, що вчиняються у сфері медичного обслуговування в умовах воєнного стану. *Права людини та публічне врядування*: IX Міжнародний правничий форум, 29 травня 2026 р. С. 276-280