



Наукові перспективи
Видавнича група

Перспективи та інновації науки



СЕРІЯ "ПЕДАГОГІКА"



СЕРІЯ "ПСИХОЛОГІЯ"



СЕРІЯ "МЕДИЦИНА"



№6(64) 2026

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Видавнича група «Наукові перспективи»

Луганський державний медичний університет

Громадська наукова організація «Система здорового довголіття в мегаполісі»

Християнська академія педагогічних наук України

Всеукраїнська асоціація педагогів і психологів з духовно-морального виховання

*за сприяння КНП "Клінічна лікарня №15 Подільського району м.Києва", Центру
дієтології Наталії Калиновської*

«Перспективи та інновації науки»

№ 6(64) 2026

СПЕЦВИПУСК

Київ – 2026

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University

Publishing Group «Scientific Perspectives»

Luhansk State Medical University

Public scientific organization "System of healthy longevity in the metropolis"

Christian Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine

**All-Ukrainian Association of Teachers and Psychologists of Spiritual and Moral
Education**

*with the assistance of the KNP "Clinical Hospital No. 15 of the Podilsky District of Kyiv", Nutrition Center of
Natalia Kalinovska*

"Prospects and innovations of science"

№ 6(64) 2026

SPECIAL EDITION

Kyiv – 2026

ISSN 2786-4952 Online

УДК 001.32:1/3](477)(02)

Ідентифікатор медіа - R40-05846

DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-6\(64\)](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-6(64))

«Перспективи та інновації науки»: журнал. 2026. № 6(64) 2026. С. 4165



**Згідно наказу Міністерства освіти і науки України від 27.09.2021
№ 1017 журналу присвоєно категорію "Б" із психології та
педагогіки**

**Згідно наказу Міністерства освіти і науки України від 27.04.2023 № 491 журналу
присвоєно категорію "Б" із медицини: спеціальність 222**

*Рекомендовано до видавництва Президією громадської наукової організації «Всеукраїнська Асамблея докторів наук з
державного управління» (Рішення від 29.05.2026, № 11/5-8-26)*

*Журнал видається за підтримки КНП "Клінічна лікарня №15 Подільського району м.Києва", Центру дієтології Наталії
Калиновської*



Журнал включено до міжнародної наукометричної бази Index
Copernicus (IC), Research Bible, міжнародної пошукової системи Google

*Електронний науковий журнал «Перспективи та інновації науки» заснований з метою висвітлення
актуальних питань теорії та практики медицини, біології, біотехнології та реабілітації в Україні, за кордоном.
Видання розраховано на науковців, викладачів, педагогів-практиків, представників органів державної влади та
місцевого самоврядування, здобувачів вищої освіти, громадсько-політичних діячів*

*Згідно Порядку формування Переліку наукових фахових видань України, затвердженого наказом МОН
України від 15.01.2018 № 32, повнотекстовий доступ до наукових статей журналу представлений на
платформі «Наукова періодика України» в Національній бібліотеці України імені В.І. Вернадського НАН України
та в Національному репозитарії академічних текстів*

Голова редакційної колегії:



Вадзюк Степан Несторович - доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри фізіології з основами біоетики та біобезпеки
Тернопільського національного медичного університету імені
І.Я.Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України (Україна)

Заступник голови редакційної колегії: Торяник Інна Іванівна - доктор медичних наук, старший
науковий співробітник, провідний науковий співробітник лабораторії вірусних інфекцій Державної
установи «Інститут мікробіології та імунології імені І.І. Мечникова Національної академії медичних наук
України» (Харків, Україна)

Редакційна колегія:

1. Алієв, Ельнур М. доктор медичних наук, професор, професор Азербайджанського медичного університету (Азербайджан)
2. Бабова Ірина Костянтинівна - доктор медичних наук, професор, старший науковий співробітник відділу економічного регулювання природокористування ДУ "Інститут ринку і економіко-екологічних досліджень Національної академії наук України", лікар ФРМ (фізичної та реабілітаційної медицини) ДУ "Територіальне медичне об'єднання МВС України по Одеській області" (Одеса, Україна)

3. Галандаров, Вагіф Календер Доктор медичних наук, доктор філософії, професор, професор кафедри хірургічних захворювань Азербайджанського медичного університету (Азербайджан)
4. Гараєв, Ельдар Абдулла доктор медичних наук, професор кафедри загальної та токсикологічної хімії, Заступник директора Азербайджанського медичного університету (Азербайджан)
5. Ельдар Елієв доктор медичних наук, професор, професор кафедри хірургічних захворювань Азербайджанського медичного університету (Азербайджан)
6. Жуков Валері, Університет Миколи Коперника в Торуні (Торунь, Польща),
7. Іншакова Ганна Вадимівна – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (Київ, Україна)
8. Кернас Андрій В'ячеславович – доктор філософії в галузі психології, кандидат психологічних наук, дійсний член Української психолгічної асоціації, магістр права, магістр педагогіки, доцент кафедри Практичної психології Одеського національного морського університету, старший викладач кафедри мовної та психолого-педагогічної підготовки Одеського національного економічного університету (Одеса, Україна)
9. Коваль Галина Миколаївна - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри мікробіології, вірусології, епідеміології з курсом інфекційних хвороб Ужгородського національного університету (Ужгород, Україна)
10. Корильчук Неоніла Іванівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії та сімейної медицини Тернопільського національного медичного університету імені І.Я.Горбачевського МОЗ України (Тернопіль, Україна)
11. Левков Анатолій Анатолійович - кандидат медичних наук, доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», доцент кафедри онкології, радіаційної медицини та радіології Полтавського державного медичного університету (Полтава, Україна)
12. Мочалов Юрій Олександрович - доктор медичних наук, професор, професор кафедри хірургічної стоматології та клінічних дисциплін ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (Ужгород, Україна)
13. Олійник Світлана Валентинівна - кандидат фармацевтичних наук, доцент, доцент кафедри аптечної технології ліків Національного фармацевтичного університету
14. Пасько Ольга Миколаївна - доктор юридичних наук, професор, професор кафедри психології та педагогіки, Одеський державний університет внутрішніх справ.(Одеса, Україна)
15. Помиткіна Любов Віталіївна — доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри авіаційної психології Національного авіаційного університету (Київ, Україна)
16. Теренда Наталія Олександрівна - доктор медичних наук, професор, т.в.о завідувача кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (Тернопіль, Україна)
17. Черська Марія Сергіївна - доктор медичних наук, завідувачка консультативно-діагностичним відділенням Державної Установи «Інститут ендокринології та обміну речовин НАМН України» (Київ, Україна)
18. Шульгай Аркадій Гаврилович - доктор медичних наук, професор, професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (Україна)

Статті розміщені в авторській редакції. Відповідальність за зміст та орфографію поданих матеріалів несуть автори.

- Кравець Р.А., Коваленко В.О., Докієнко Д.О., Маринич Л.І., Шапринський Є.В.** 1960
ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ КЛІНІЧНОМУ ВИПАДКУ МЕДІАЛЬНОЇ КРИЛОВИДНОЇ ЛОПАТКИ, СПРИЧИНЕНОЇ НЕВРОПАТІЄЮ ДОВГОГО ГРУДНОГО НЕРВА
- Кривда Г. Ф., Яворський Б.І., Ларсон Л.М., Демиденко А.М.** 1968
СУЧАСНЕ РОЗУМІННЯ МЕДИЧНИХ ПОМИЛОК ЯК СКЛАДОВОЇ ДЕФЕКТІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ
- Кутовий О.Б., Карпенко С.І., Балик Д.В.** 1986
ВПЛИВ РЕІНФУЗІЇ ЖОВЧІ НА ЕНТЕРАЛЬНУ ДИСФУНКЦІЮ ПІСЛЯ ДЕКОМПРЕСІЇ ЖОВЧНИХ ПРОТОКІВ ПРИ ТЯЖКІЙ МЕХАНІЧНІЙ ЖОВТЯНИЦІ ДОБРОЯКІСНОГО ГЕНЕЗУ
- Липовченко С.А., Бутко В.Д., Бовсуновська К.С., Корнієнко Г.А., Павлов В.А.** 1999
СИСТЕМА ПІДТРИМКИ ПРИЙНЯТТЯ ДІАГНОСТИЧНИХ РІШЕНЬ ЗАСОБАМИ ВЕЛИКИХ МОВНИХ МОДЕЛЕЙ
- Лукіянець О.О.** 2010
УСКЛАДНЕННЯ ТА ПРИЧИНИ НЕЗАДОВІЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ПІСЛЯ ОРХІОПЕКСІЇ У ДІТЕЙ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ
- Малик С.Л., Ткач В.О., Медражевська Я.А., Фік Л.О., Коцур Л.Д.** 2023
ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ У ДІТЕЙ
- Малик С.Л., Медражевська Я.А., Фік Л.О., Коцур Л.Д., Лисунець О.В., Баранюк А.А.** 2033
МІОПАТІЯ ДЮШЕНА: ЛІКУВАННЯ ТА СУЧАСНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЕТАПИ
- Мандрик О.Є., Педурару С.Г., Опаєць М. Ф., Катрич А.В.** 2045
ГОСТРА ПРОМЕНЕВА ХВОРОБА: ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ РАДІОПРОТЕКТОРІВ ТА ФАКТОРІВ РОСТУ
- Марусин О.В.** 2053
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИЙ ПОРТРЕТ ЛІТНЬОГО ПАЦІЄНТА НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
- Маслянко В.А., Гречка О.О., Вівсянник В.В.** 2063
ПРОТЕЇН КЛОТО У ПАТОГЕНЕЗІ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ: ЗНАЧЕННЯ ЯК РАННЬОГО БІОМАРКЕРА ТА ПОТЕНЦІЙНОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ МІШЕНІ
- Матвійчук О.В.** 2071
СПІЛЬНІ ПРИНЦИПИ КООРДИНАЦІЇ ТА ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ У МЕДИЧНИХ КОНСИЛІУМАХ І МУЛЬТИАГЕНТНИХ СИСТЕМАХ НА ОСНОВІ ВЕЛИКИХ МОВНИХ МОДЕЛЕЙ
- Медражевська Я.А., Фік Л.О., Малик С.Л., Коцур Л.Д., Лисунець О.В., Шульгай С.Т.** 2080
АСПЕКТИ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ НЕРВОВОЇ АНОРЕКСІЇ ТА РОЗЛАДУ ВИБІРКОВОГО СПОЖИВАННЯ ЇЖІ (ARFID) У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

УДК 614.2:34:616-08-039.57

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-6\(64\)-1968-1985](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-6(64)-1968-1985)

Кривда Г. Ф. доктор медичних наук, професор, Одеський національний медичний університет, професор кафедри гістології, цитології, ембріології та патологічної морфології з курсом судової медицини, <https://orcid.org/0000-0002-4487-184X>

Яворський Б. І. кандидат медичних наук, Одеський національний медичний університет, доцент кафедри гістології, цитології, ембріології та патологічної морфології з курсом судової медицини, <https://orcid.org/0009-0003-9251-6476>

Ларсон Л. М. Одеський національний медичний університет, асистент кафедри гістології, цитології, ембріології та патологічної морфології з курсом судової медицини, <https://orcid.org/0009-0009-6785-5971>

Демиденко А. М. головний спеціаліст відділу з питань цивільного захисту населення, оборонної роботи та взаємодії з правоохоронними органами Одеської районної державної (військової) адміністрації

СУЧАСНЕ РОЗУМІННЯ МЕДИЧНИХ ПОМИЛОК ЯК СКЛАДОВОЇ ДЕФЕКТІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ

Анотація. У статті досліджено сучасні підходи до розуміння медичних (лікарських) помилок як складової дефектів надання медичної допомоги, а також проблеми їх правової кваліфікації, профілактики та відповідальності. Проаналізовано наукові підходи представників медичного права, судової медицини та організації системи охорони здоров'я щодо визначення сутності лікарських помилок, їх співвідношення з професійною халатністю та іншими видами правопорушень у сфері медичної діяльності. Встановлено, що в сучасній правовій доктрині відсутній єдиний підхід до трактування поняття лікарської помилки та меж юридичної відповідальності медичних працівників.

Особливу увагу приділено аналізу статистичних даних судово-медичних експертиз та наукових досліджень, які свідчать про значну поширеність дефектів медичної допомоги та переважання серед них випадків, не пов'язаних із кримінально караною поведінкою медичних працівників. Обґрунтовано необхідність відмови від спрощеного підходу, за якого лікарські помилки ототожнюються з професійними правопорушеннями, а також доведено доцільність переходу до комплексної системи профілактики, що поєднує правові, організаційні, освітні та управлінські заходи.

Запропоновано чотирирівневу класифікацію дефектів медичної допомоги, яка включає нещасні випадки, лікарські помилки, злочинну професійну халатність та умисні злочини у сфері охорони здоров'я. Визначено основні напрями вдосконалення системи безпеки пацієнтів, серед яких розвиток культури безпеки, удосконалення медичної освіти, підвищення ролі судово-медичної експертизи, покращення системи реєстрації дефектів медичної допомоги та впровадження превентивних механізмів управління ризиками.

Зроблено висновок, що ефективне зниження рівня дефектів медичної допомоги можливе лише за умов поєднання правових інструментів із комплексними реформами системи охорони здоров'я.

Ключові слова: лікарська помилка, медична помилка, дефекти медичної допомоги, безпека пацієнтів, медичне право, професійна халатність, судово-медична експертиза, правове регулювання.

Kryvda G. F. doctor of medical sciences, professor, Odesa national medical university, professor of the department of histology, cytology, embryology and pathological morphology with a course in forensic medicine, <https://orcid.org/0000-0002-4487-184X>

Yavorskyi B. I. candidate of medical sciences, forensic medical expert of the highest qualification category, docent of the department of histology, cytology, embryology and pathological morphology with a course in forensic medicine, <https://orcid.org/0009-0003-9251-6476>

Larson L. M. Odesa national medical university, assistant professor of the department of histology, cytology, embryology and pathological morphology with a course in forensic medicine, <https://orcid.org/0009-0009-6785-5971>

Demydenko A. M. chief specialist of the department for civil protection of the population, defense work and interaction with law enforcement agencies of the Odesa district state (military) administration

MODERN UNDERSTANDING OF MEDICAL ERRORS AS A COMPONENT OF DEFECTS IN THE PROVISION OF MEDICAL CARE: PROBLEMS OF PREVENTION AND LEGAL REGULATION

Abstract. The article examines contemporary approaches to understanding medical errors as a component of defects in healthcare delivery and analyzes the issues of their legal qualification, prevention, and liability. Scientific approaches developed within medical law, forensic medicine, and healthcare management regarding the nature of medical errors, their distinction from professional negligence, and other offenses in the healthcare sector are reviewed. The study demonstrates that there is

currently no unified approach in legal doctrine to defining medical errors and determining the limits of healthcare professionals' legal responsibility.

Particular attention is paid to the analysis of statistical data from forensic medical examinations and scientific studies, which indicate the widespread occurrence of defects in healthcare delivery and the predominance of cases not associated with criminally punishable conduct by medical professionals. The article substantiates the need to abandon simplified approaches that equate medical errors with professional misconduct and argues for the implementation of a comprehensive prevention system combining legal, organizational, educational, and managerial measures.

A four-level classification of healthcare defects is proposed, including accidents, medical errors, criminal professional negligence, and intentional crimes in the healthcare sector. The study identifies the main directions for improving patient safety systems, including the development of a safety culture, enhancement of medical education, strengthening the role of forensic medical expertise, improving the registration of healthcare defects, and implementing preventive risk management mechanisms. It is concluded that effective reduction of healthcare defects is possible only through the integration of legal instruments with comprehensive reforms of the healthcare system.

Keywords: medical error, physician error, healthcare defects, patient safety, medical law, professional negligence, forensic medical examination, legal regulation.

Постановка проблеми. Дослідження «дефектів надання медичної допомоги» та «лікарських помилок» тривалий час перебуває у центрі уваги як медичної, так і юридичної науки. Незважаючи на значну кількість наукових досліджень, присвячених цим поняттям, у науковій спільноті досі відсутній єдиний підхід до визначення змісту та співвідношення зазначених категорій. Водночас більшість дослідників єдині у визнанні високої актуальності цієї проблеми, що зумовлено недостатньою ефективністю профілактичних заходів і зростанням кількості випадків неналежного надання медичної допомоги, які становлять загрозу для громадського здоров'я. При цьому підходи до оцінки причин і шляхів подолання зазначеної проблеми суттєво різняться залежно від професійної сфери дослідників. Представники юридичної науки переважно акцентують увагу на необхідності вдосконалення механізмів правового регулювання, посилення юридичної відповідальності та визначення винних осіб у випадках неналежного надання медичної допомоги. Натомість медичні фахівці схильні розглядати проблему комплексно, звертаючи увагу на недоліки професійної підготовки медичних працівників, недостатній рівень розвитку та матеріально-технічного забезпечення системи охорони здоров'я, складність патологічних станів пацієнтів, а також особливості застосування сучасних діагностичних і лікувальних технологій. Окремо підкреслюється вплив об'єктивних чинників, що нерідко перебувають поза межами повного контролю людини, однак істотно впливають на результати медичного втручання.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. З метою наглядності наведених положень доцільно звернутися до позиції, висловленої у праці Сенюти І., яка є однією з найбільш цитованих у вітчизняній медико-правовій доктрині. Зокрема, авторка зазначає: «Під дефектом надання медичної допомоги розуміємо неякісне здійснення профілактики, діагностики, лікування, реабілітації, а також організації їх надання, пов'язане з неналежним чи належним виконанням (невиконанням) медичним працівником своїх професійних обов'язків, що спричинило чи могло спричинити для пацієнта несприятливі наслідки». Водночас в наступному положенні дослідниця фактично конкретизує причини виникнення таких дефектів, зазначаючи, що «аналіз медико-правової практики дає підстави твердити, що причинами дефектів, для прикладу, є: низький рівень кваліфікації медичних працівників; недбале та несумлінне виконання медичними працівниками своїх професійних обов'язків; неналежна організація надання медичної допомоги; недотримання стандартів у сфері охорони здоров'я; формальне ставлення до пацієнта». Аналогічна позиція, висловлена у ще більш категоричній формі, міститься і у висновках зазначеної праці [1, с. 56, 65]. Наведений підхід свідчить про домінування у медико-правовій доктрині концепції, відповідно до якої дефекти надання медичної допомоги переважно пов'язуються із професійними недоліками діяльності медичних працівників або організаційними прорахунками системи охорони здоров'я.

Таким чином, по-перше, зауважимо, що на наш погляд немає медико-правової практики, є лише правова практика регулювання суспільних відносин в галузі медицини, а також медично-лікувальна практика. По-друге, у наведеному підході простежуються суперечливі подвійні формулювання: «неналежне чи належне виконання обов'язків», і це протиріччя вирішується практичною орієнтацією на встановлення фактів неналежного виконання професійних обов'язків медичними працівниками та, відповідно, на пошук ознак суб'єктивної сторони правопорушення. За таких умов закономірним видається те, що, незважаючи на запропонований поділ дефектів надання медичної допомоги на: 1) нещасні випадки; 2) лікарські помилки; 3) професійні злочини, — основний практичний висновок автора фактично зводиться до необхідності розширення диспозиції та посилення санкції ч. 1 ст. 140 Кримінальний кодекс України, яка передбачає відповідальність за неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником [2].

Щодо пропозицій стосовно підготовки інформаційного листа для судів та розроблення методичних рекомендацій із кваліфікації медичних правопорушень, слід звернути увагу на теоретичне підґрунтя, на якому такі рекомендації базуватимуться. Зокрема, якщо лікарська помилка — як найбільш поширений різновид дефектів надання медичної допомоги — визначається як «вид дефекту надання медичної допомоги, що становить неналежне виконання (невиконання) медичним працівником професійних обов'язків внаслідок суб'єктивної чи об'єктивної помилки, не пов'язане з недбалістю і несумлінністю до них ставленням,

що спричинило шкоду здоров'ю пацієнта», то очевидним є тяжіння такого підходу до пошуків суб'єктивної сторони складу правопорушення і криміналізації медичної помилки. Медичний працівник у подібних випадках вчиняє дії всупереч стандартам у сфері охорони здоров'я та локальним протоколам, помиляючись під впливом як суб'єктивних чинників (недостатній рівень кваліфікації, недооцінка або переоцінка консультаційних висновків чи результатів консилиуму тощо), так і об'єктивних обставин (тяжкість стану пацієнта, відсутність необхідного медичного обладнання тощо) [1, с. 60].

За наявності таких формулювань твердження про те, що лікарська помилка не пов'язана з недбалим чи несумлінним ставленням лікаря до виконання професійних обов'язків, фактично втрачає переконливість. Крім того, кримінальне право оперує поняттям необережної форми вини, за якої особа не передбачала настання наслідків, хоча могла і повинна була їх передбачити. Саме таким чином визначається юридична сумлінність. Суд, у свою чергу, досліджує та оцінює наявність будь-якої форми вини, а результати такої оцінки становлять основу судового рішення. Тому цілком закономірно, що судова практика містить численні приклади притягнення медичних працівників до відповідальності за діяння, кваліфіковані як лікарські помилки.

Також видається необґрунтованим твердження про те, що характерними ознаками лікарської помилки є: 1) настання цивільно-правової відповідальності за результатами правової кваліфікації діяння; 2) існування тонкої межі між лікарською помилкою та професійними злочинами залежно від обсягу заподіяної шкоди [1, с. 60]. Якщо помилка мала місце, але юридична відповідальність не настала, це не означає, що вона автоматично перетворюється на нещасний випадок. Так само і рішення компетентних органів про притягнення особи до цивільно-правової або кримінальної відповідальності, яке може відбутися через тривалий час та супроводжуватися зміною попередньої правової оцінки, не може саме по собі змінювати природу лікарської помилки. Подібний підхід виглядає формальним і методологічно недосконалим.

Крім того, у питаннях, пов'язаних із життям та здоров'ям людини, слід обережно застосовувати загальні категорії цивільного речового права. Судова практика переважно схиляється до визнання шкоди здоров'ю людини істотною або тяжкою, у зв'язку з чим концепція «тонкої межі» у подібних обставинах фактично не працює.

Того ж формально-юридичного підходу, позначеного використанням подвійних і неоднозначних формулювань, дотримується Мостовенко О., який зазначає: «Більшість учених, які досліджують поняття медичної, або, як її ще називають, лікарської, помилки, наголошують, що воно має медичний та юридичний аспекти. Ми поділяємо цю думку, водночас акцентуючи увагу на подвійній правовій природі медичної помилки, яка може виступати як причиною правопорушення, так і підставою для притягнення або звільнення від цивільно-правової відповідальності» [3, с. 37].

До категоричних і значною мірою шаблонних висновків, сформульованих на підставі подвійного трактування поняття лікарської помилки як караного чи некараного діяння, дійшов також Марєєв В., зазначивши: «лікарські помилки, що мають об'єктивні причини (атипове протікання хвороби, короткочасність перебування або важкість стану пацієнта, недостатність діагностичних, матеріальних ресурсів тощо), не повинні бути кримінально караними. Лікарські помилки, пов'язані із суб'єктивними причинами (недостатність знань, непроведення чи неповне проведення необхідних методів огляду за наявної можливості, незадовільно виконана робота тощо), є винними діяннями лікаря, які повинні тягнути кримінальну відповідальність за ст. 140 КК України» [4, с. 147]. Водночас критерій «недостатності знань» є вкрай оціночним та невизначеним, що потенційно створює можливість для притягнення до відповідальності практично будь-якого медичного працівника.

Також Скриннікова К. приєдналася до шаблонної позиції, яка прив'язує лікарські (медичні) помилки до притягнення до цивільно-правової відповідальності. Але при цьому науковиця відмічає: *«Найбільш ефективним засобом попередження лікарських (медичних) помилок може стати... тільки превентивний попередній контроль всередині системи надання медичної допомоги»* [5, с. 250. 252]. Така позиція не випадкова, вона обґрунтовується високим рівнем латентності несприятливих подій у сфері медичної діяльності. У зв'язку з цим міркування щодо меж і посилення юридичної відповідальності за лікарські помилки набувають ознак відокремленого від лікувально-медичної діяльності правового конструювання та не забезпечують ефективного вирішення питань профілактики та протидії цьому явищу.

Отже, наведені подвійні формулювання та спроби шаблонного розмежування кримінальної і цивільної відповідальності, а також караності й некараності однотипних фактів і діянь, фактично сприяють тенденції до віднесення лікарських (медичних) помилок до категорії кримінально караних діянь та орієнтації їх «профілактики» переважно на засоби кримінального процесу. За таких умов поза межами кримінально-правового реагування та у сфері виключно цивільно-правової відповідальності можуть залишатися лише очевидні нещасні випадки. Водночас викликає сумнів те, що подібний підхід сприятиме захисту інтересів пацієнтів або вдосконаленню медичної практики, яка об'єктивно потребує певного рівня професійної свободи, зокрема свободи від постійного страху несправедливого покарання у майбутньому.

На наш погляд, запобігаючи подвійним юридичним формулюванням, і ураховуючи складність медично-лікувальної діяльності, необхідно відмовитися від триланкового розподілу дефектів надання медичної допомоги на категорії: 1) нещасних випадків, 2) лікарських помилок та 3) професійних злочинів і ввести чотириланковий розподіл:

- 1) нещасні випадки;
- 2) лікарські (медичні) помилки;

3) професійна (медична) халатність;

4) умисні злочини, пов'язані з хабарництвом, корупцією та іншими метаами злочинної поведінки, які суперечать цілям лікарської діяльності, і тому негативно впливають на якість медичної допомоги та призводять до погіршення несприятливих подій.

При цьому слід твердо мати на увазі, що нещасні випадки і лікарські помилки не є кримінально караними діяннями. З точки зору цивільного права та природи медичних помилок претензії щодо відшкодування збитків і шкоди здоров'ю пацієнтів, спричиненої помилками лікарів, повинні пред'являтися адміністрації закладу охорони здоров'я, якщо це не передбачено окремим договором між лікарем і пацієнтом. А вже потім настає адміністративна відповідальність медичних працівників, які скоїли ці помилки. Така конструкція сприятиме як захисту прав пацієнтів, так й профілактиці помилок, тому що в адміністрації ЗОЗ и МОЗ акумулюються дані про різноманітні несприятливі наслідки лікування, на підставі яких медична адміністрація здатна зробити висновки про недоліки знань і фактичні межі компетенції окремих лікарів та осіб медперсоналу.

Увага працівників правоохоронних органів повинна бути зосереджена на розмежуванні лікарських помилок з халатністю та іншими злочинами. При цьому неприпустимо розширювати тлумачення поняття «лікарська помилка» шляхом віднесення до неї дій, не пов'язаних із сумлінними помилками лікаря. Кара за халатність та інші злочини у сфері медицини повинна бути невідвортною.

Розмежування злочину з нещасним випадком значно простіше. Під «нещасним випадком» треба розуміти несприятливе та несподіване закінчення лікування, пов'язане з випадковими обставинами, які лікар не міг передбачити та яким не міг запобігти, а також несприятливі події, що не пов'язані з отриманим лікуванням, які сталися під час перебування пацієнта в закладі охорони здоров'я.

До речі, можливо висунути пропозицію, щоб кримінальне законодавство України на загальних підставах визнало як нещасні випадки, так і фахові помилки. Те, що стосується лікарів є актуальним в інших складних видах діяльності. Це сприяло би одноманітному та справедливому розумінню та застосуванню кримінального законодавства.

Що стосується двох останніх видів злочинних дефектів медичної допомоги: професійної халатності та умисних злочинів, тут труднощів не виникає, оскільки ці юридичні кваліфікації доповнюють одна одну. Корупція й хабарництво в медицині завжди пов'язані зі зниженням доступності та якості медичної допомоги та пов'язані з недбалим ставленням лікаря до своїх обов'язків. З метою посилення відповідальності так це й треба трактувати.

Мета роботи. Метою дослідження є комплексний аналіз сучасних підходів до розуміння лікарських (медичних) помилок як складової дефектів надання медичної допомоги, визначення меж їх правової кваліфікації та відповідальності,

а також обґрунтування концептуальних, організаційних і профілактичних засад удосконалення системи забезпечення безпеки пацієнтів та попередження дефектів медичної допомоги.

Виклад основного матеріалу. Результати проведеного дослідження свідчать про наявність у сучасній правовій доктрині суперечливих підходів до визначення сутності лікарської помилки та меж юридичної відповідальності за її наслідки. Водночас окремі наукові позиції демонструють більш наближене до практичної медицини розуміння цієї проблематики. Зокрема, А. Шевель звертає увагу на те, що в українському законодавстві досі відсутнє чітке визначення поняття «лікарська помилка». Авторка підкреслює, що у широкому розумінні лікарська помилка трактується як похибка у професійній діяльності лікаря за умови відсутності свідомої халатності чи недбалості, тобто як дефект у роботі, що виник попри сумлінне виконання медичним працівником своїх професійних обов'язків. Натомість лікарська халатність розглядається як неналежне або неповне виконання професійних обов'язків у супереч установленим стандартам медичної допомоги, що фактично становить професійне правопорушення і не може ототожнюватися з поняттям лікарської помилки. Разом із тим навіть за такого підходу простежується певна суперечність, коли питання «покарання за скоєні та доведені лікарські помилки» ставиться в один ряд із відповідальністю за халатність [6, с. 69]. Між тим покарання може бути пов'язане саме з халатністю або іншими формами винної поведінки, але не з дефектом професійної діяльності, який виник за умов сумлінного виконання лікарем своїх обов'язків.

При цьому у випадках лікарських помилок можливим є застосування цивільно-правових механізмів відповідальності, зокрема якщо медична допомога надавалася у межах договірних відносин або виникає необхідність захисту майнових чи особистих немайнових прав пацієнта. Характерно, що переважна більшість позовів про відшкодування матеріальної та моральної шкоди, завданої неналежною якістю медичної допомоги, пред'являється саме до закладів охорони здоров'я. Такий підхід видається обґрунтованим, оскільки умови праці медичного персоналу, рівень матеріально-технічного забезпечення, організація підвищення кваліфікації медичних працівників та інші чинники, які можуть сприяти виникненню лікарських помилок, значною мірою залежать від адміністрації закладів охорони здоров'я та системи управління медичною сферою.

Звертаючись до наукових позицій медичних фахівців, слід зазначити, що вони певною мірою також залучені до дискусії, сформованої під впливом тривалих суперечок у юридичному середовищі. У зв'язку з цим найбільшу активність у дослідженні зазначеної проблематики виявляють представники судово-медичної експертизи, професійна діяльність яких безпосередньо пов'язана з оцінкою причин смерті, визначенням ступеня тяжкості ушкоджень здоров'я, а також аналізом випадків ненадання медичної допомоги, її несвоєчасного, неправильного або недостатнього надання. Саме судово-медичним експертам

найбільшою мірою відомі реальні масштаби проблеми дефектів медичної допомоги та роль людського чинника у їх виникненні. При цьому не йдеться про те, що судово-медичні експерти займають позицію безумовного захисту медичних працівників.

Ще у 2016 році нами висловлювалася позитивна оцінка випадків притягнення медичних працівників до відповідальності за неналежне виконання професійних обов'язків. Водночас результати аналізу проведення комісійних судово-медичних експертиз у «лікарських справах» на базі Комунальної установи «Одеське обласне бюро судово-медичної експертизи» свідчили про те, що їх кількість упродовж 2011–2015 рр. становила лише незначний відсоток — від 4,2 до 5,6 % — від загальної кількості проведених експертиз, що давало підстави говорити про відсутність вираженого обвинувального припису з боку правоохоронних органів. Разом із тим відзначалося, що такі судово-медичні експертизи призначалися переважно у випадках, які призвели до смерті пацієнтів або їх інвалідизації [7, с. 46–48].

В. Франчук, звернув увагу на значну поширеність дефектів надання медичної допомоги та їх частку серед досліджених випадків. За результатами аналізу 343 справ, у межах яких проводилися комісійні судово-медичні експертизи, у 247 випадках (72,0 %) було встановлено різноманітні недоліки при наданні медичної допомоги, тоді як у 96 випадках (28,0 %) порушень виявлено не було. Дослідник також визначив перелік медичних спеціальностей, представники яких в Україні найчастіше опиняються у групі ризику щодо допущення професійних помилок та настання подальших юридичних наслідків. Найбільшу частку становили лікарі-анестезіологи та реаніматологи (33,2 %), далі — акушери-гінекологи (23,9 %), терапевти (21,0 %), хірурги (16,9 %) та педіатри (9,3 %). Така тенденція пояснюється характером і тяжкістю патологічних станів, з якими працюють представники зазначених спеціальностей, а також необхідністю застосування у лікувально-діагностичному процесі складних інструментальних засобів і технічних методик.

Водночас суб'єктивні причини, тобто чинники, пов'язані з особистісними якостями лікаря, рівнем його професійної підготовки та наслідками конкретних дій або бездіяльності, були встановлені лише у 44 випадках, що становило 17,8 % досліджених «лікарських справ» [8, с. 138, 140]. Подальші дослідження, проведені у наступні роки, засвідчили лише незначні зміни у наведених співвідношеннях [9, с. 55, 58].

Наведені статистичні показники не дають математично точної картини поширеності лікарських помилок, проте є достатньо показовими як щодо масштабів їх розповсюдження, так і щодо частки дефектів медичної допомоги, у випадках яких доцільним та ефективним є застосування засобів кримінального права і процесу. Йдеться насамперед про 17,8–18,7 % випадків, у яких простежується суб'єктивна сторона кримінально караного діяння, тобто наявність вини медичного працівника. Те, що переважна більшість лікарських помилок має не

кримінальну, а іншу природу, для усунення якої необхідні комплексні правові, організаційні та освітні заходи, підтверджується й тим, що 89,8 % лікарів, обвинувачених у неналежному наданні медичної допомоги, становлять не молоді спеціалісти, а досвідчені фахівці зрілого та старшого віку. Найчастіше це акушери-гінекологи, хірурги, терапевти, анестезіологи та анестезіологи-реаніматологи — представники найбільш складних медичних спеціальностей і тих напрямів, що передбачають найтіснішу взаємодію з пацієнтами. Як правило, такі лікарі мають вищу або першу кваліфікаційну категорію та нерідко займають адміністративні посади — завідувачів відділень, заступників головного лікаря або головних лікарів [9, с. 71; 10, с. 155–156].

Саме тому В. Франчук основний шлях вирішення проблеми дефектів медичної допомоги, зокрема лікарських помилок, вбачає у запровадженні в закладах вищої медичної освіти спеціальної навчальної дисципліни, присвяченої дефектам медичної допомоги та методам їх профілактики. На думку дослідника, це сприятиме формуванню у майбутніх лікарів необхідних професійних компетентностей, ознайомленню з типовими недоліками медичної практики та засвоєнню правових основ надання медичної допомоги [11, с. 82].

На нашу думку, зазначена ініціатива є важливою та заслуговує на підтримку. Водночас слід зауважити, що запропонована навчальна дисципліна значною мірою перетинається зі змістом курсу медичного права. При цьому критерії розмежування між уже існуючими навчальними компонентами та новою дисципліною залишаються недостатньо визначеними, оскільки автор відповідного підходу їх чітко не окреслює.

Так, відомий підручник Медичне право України містить окрему главу «Правова кваліфікація дефектів надання медичної допомоги», присвячену юридичній оцінці несприятливих результатів лікування, лікарських помилок, нещасних випадків та питанням проведення експертизи дефектів медичної допомоги. Наступна глава підручника — «Ятрогенна патологія та її медико-правове значення» — також безпосередньо стосується досліджуваної проблематики [12, с. 450–467, 467–480].

Аналізуючи авторську передмову В. Франчука до навчального посібника, можна дійти висновку, що формування у майбутніх лікарів необхідної «правової компетентності» та ознайомлення здобувачів вищої медичної освіти з основними законодавчими принципами надання медичної допомоги традиційно належить до завдань курсу медичного права. Водночас дослідник обґрунтовано наголошує на тому, що проблема дефектів медичної допомоги потребує не лише правового, а й міждисциплінарного та деонтологічного підходів. Йдеться, зокрема, про необхідність ознайомлення майбутніх медичних працівників із типовими інструментальними, психологічними, комунікаційними та іншими професійними помилками, матеріалами судово-медичних експертиз у «лікарських справах», а також із судовою практикою та її наслідками, які не охоплюються повною мірою традиційним курсом медичного права.

Крім того, проведений нами аналіз засвідчив відсутність серед юристів єдиного підходу до розуміння базових понять у цій сфері. У правовій доктрині нерідко недооцінюється складність окремих видів лікарської діяльності, недостатньо враховуються професійно-психологічні напрями медичної практики, а також простежується тенденція до розширення меж правового регулювання, посилення юридичної відповідальності та пошуку винних осіб. У зв'язку з цим формування самостійного міждисциплінарного підходу до дослідження дефектів медичної допомоги може бути корисним для більш об'єктивного переосмислення правових підходів у цій сфері.

Водночас слід підкреслити, що проблема дефектів надання медичної допомоги не може бути вирішена виключно шляхом удосконалення окремих компонентів медичної освіти. Крім того, подібні зміни об'єктивно потребують тривалого часу та не можуть бути реалізовані миттєво. З цієї точки зору навчальний посібник В. Франчука, значною мірою зосереджений на статистичних показниках досліджених справ і положеннях Кримінального кодексу України, надмірно акцентує увагу на наслідках, що певною мірою шкодить системності викладу. Внаслідок цього основний акцент переноситься з аналізу принципів і меж проблеми на кількісні показники та юридичні наслідки. Безумовно, такий підхід може сприяти підвищенню обережності окремих молодих лікарів, однак сам по собі він не здатний забезпечити комплексне вирішення проблеми [10].

У зв'язку з цим, перш ніж сформулювати власне бачення єдиного юридичного та практичного підходу до проблеми дефектів медичної допомоги, доцільно звернутися до аналізу загальних намірів Міністерства охорони здоров'я України та окреслити масштаб проблем, які потребують системного і виваженого вирішення. Сам масштаб цих проблем свідчить про необхідність тривалих, комплексних, чітко спрямованих і скоординованих заходів. Тому помилковим видається підхід, за якого вирішення зазначеної проблематики пов'язується виключно з правовими механізмами та посиленням юридичної відповідальності.

У «Концепції стратегії попередження дефектів надання медичної допомоги у вітчизняній системі охорони здоров'я», розробленій фахівцями Національного медичного університету імені О. О. Богомольця та Національної академії медичних наук України спільно з іншими науковими, освітніми установами та громадськими об'єднаннями України, зазначається, що, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (2017, 2019), до 8 % пацієнтів стаціонарних закладів охорони здоров'я у країнах із низьким та середнім рівнем доходу зазнають шкоди під час отримання медичної допомоги, що може спричинити тяжкі наслідки або смерть. Загалом у таких країнах щороку реєструється близько 134 млн несприятливих подій, пов'язаних із небезпечною медичною допомогою, серед яких — ускладнення оперативних втручань, інфекції, асоційовані з наданням медичної допомоги, побічні реакції на лікарські засоби тощо, що, у свою чергу, призводить до приблизно 2,6 млн випадків смерті [13].

Серед основних причин небезпечного медичного обслуговування у країнах, що розвиваються, та державах із перехідною економікою, автори концепції називають недосконалість структури лікарняних закладів, недостатній рівень їх фінансування, відсутність належної мотивації медичного персоналу до підвищення професійної кваліфікації, неналежне забезпечення якісними та доступними лікарськими засобами і виробами медичного призначення, широке використання фізично та морально застарілих медичних технологій, обладнання та апаратури, а також проблеми у сфері гігієни й санітарії.

Виникнення несприятливих подій, пов'язаних із небезпечною медичною допомогою, належить до десяти провідних причин смертності та втрати працездатності населення. Окремі дослідники навіть розглядають ненавмисну шкоду, завдану пацієнтам під час лікування, як третю за поширеністю причину смертності у світі. Водночас на усунення наслідків інцидентів, пов'язаних із безпекою пацієнтів у стаціонарних закладах охорони здоров'я, витрачається до 15 % коштів, спрямованих на стаціонарну медичну допомогу. При цьому наявні дані свідчать, що у 83 % випадків таким інцидентам можна запобігти.

Україна у цьому аспекті не є винятком. Щороку стаціонарну медичну допомогу отримують близько 10 млн громадян, понад 100 тис. з яких помирають у період її надання. Понад третину серед померлих становлять особи працездатного віку. Водночас реформи у сфері охорони здоров'я поки що не забезпечили належного зниження рівня ненавмисної шкоди пацієнтам, а в окремих випадках проблема навіть загострилася. Останніми роками спостерігається суттєве зростання показників стаціонарної та післяопераційної летальності, причому в окремих районних лікарнях рівень післяопераційної смертності збільшився у десятки разів.

За даними дослідників, у період з 2012 по 2019 рік, тобто під час реформування системи охорони здоров'я та реалізації заходів щодо підвищення якості медичних послуг, через недооцінку проблем безпеки у вітчизняних стаціонарах додатково померло 267 963 пацієнти порівняно з показниками до 2012 року. За попередніми, доволі консервативними оцінками, лише завдяки елементарним організаційним заходам щороку можна було б запобігати понад 10 тис. смертей під час надання стаціонарної медичної допомоги. При цьому прямі витрати бюджету системи охорони здоров'я на ліквідацію наслідків інцидентів безпеки пацієнтів становлять близько 1 млрд грн, а з урахуванням витрат, пов'язаних із тимчасовою непрацездатністю, інвалідністю, смертністю пацієнтів та соціальним забезпеченням членів їхніх сімей, ці суми суттєво зростають.

Окремою проблемою залишається неналежна реєстрація дефектів медичної допомоги. Зокрема, фактично не ведеться повноцінний облік випадків інфекцій, асоційованих із наданням медичної допомоги [13, с. 3–5]. Водночас є підстави вважати, що після початку повномасштабної російської агресії проти України у 2022 році зазначені проблеми лише поглибилися — як щодо лікування

цивільного населення, так і у сфері медичної допомоги пораненим захисникам України.

У зазначеній вище Стратегії визначено низку ключових проблем, що потребують системного вирішення.

По-перше, наголошується на відсутності належної реєстрації дефектів медичної допомоги у значній кількості закладів охорони здоров'я. Наслідком цього є суттєві розбіжності статистичних показників, зокрема випадки, коли рівень післяопераційної летальності у лікарнях одного профілю може відрізнятись у 30 і більше разів.

По-друге, акцентується увага на необхідності підвищення культури безпеки у сфері медичної діяльності. У Стратегії зазначається, що однією з основних причин недосконалості системи звітності та реагування на дефекти медичної допомоги є домінування так званої «культури звинувачення», орієнтованої переважно на пошук винної особи, а не на встановлення причин виникнення проблеми та визначення заходів для недопущення аналогічних випадків у майбутньому.

По-третє, підкреслюється недосконалість існуючої системи забезпечення безпеки пацієнтів. Зазначається, що в Україні переважає модель реагування, побудована за принципом «корегувальних дій», тобто реактивного підходу, тоді як система превентивних заходів залишається недостатньо розвиненою. Це, своєю чергою, зумовлює слабку профілактику небезпечних ситуацій та випадків у медичній практиці.

По-четверте, окремо виокремлюються проблеми у сфері освіти та науки. Зокрема, констатується відсутність належної системи навчання і підготовки медичного персоналу з питань безпеки пацієнтів, а також те, що наукові дослідження у цій сфері в Україні фактично перебувають лише на початковому етапі розвитку.

Загалом відсутні достатні підстави стверджувати, що в Україні проблема безпеки пацієнтів повною мірою ідентифікована як медично та соціально-економічно значуща. Зокрема, Національний план дій з безпеки пацієнтів, розроблення якого передбачалося Планом дій Ради Європи для України на 2011–2014 роки, дотепер не був остаточно доопрацьований та впроваджений [13, с. 5–6].

Водночас слід зазначити, що навіть у випадках певних позитивних зрушень зазначена проблема переважно сприймається насамперед як юридична. Однак такий підхід є обмеженим і значною мірою відірваним від реального лікувального процесу, а його недостатня ефективність вже тривалий час підтверджується практикою. Правові механізми можуть становити важливу складову комплексної системи заходів, проте вони не повинні розглядатися як єдиний або основний інструмент вирішення проблеми, особливо якщо йдеться переважно про застосування санкцій і покарань. У зв'язку з цим необхідним є не відмова від правових засобів, а їх поєднання з ширшими організаційними, освітніми та управлінськими заходами.

У Стратегії запропоновано низку основних напрямів вирішення проблем безпеки пацієнтів, серед яких: формування культури безпеки у лікарняному середовищі; інституційна та нормативна підтримка діяльності у сфері безпеки пацієнтів; розвиток освіти з питань безпеки пацієнтів; реєстрація інцидентів безпеки та навчання на основі їх аналізу; забезпечення безпечної медичної практики; розвиток наукових досліджень у сфері безпеки пацієнтів; міжнародна співпраця; а також залучення пацієнтської спільноти до відповідного діалогу [13, с. 7–13].

Разом із тим зазначений перелік не охоплює шляхів вирішення найбільш гострих сучасних організаційних, фінансових та матеріально-технічних проблем системи охорони здоров'я, без подолання яких ефективність запропонованої стратегії неминуче залишатиметься лише частковою.

Багато авторів та дослідників протягом останніх 20–25 років неодноразово звертали увагу на значні масштаби дефектів медичної допомоги, а також на тенденції до погіршення ситуації у сфері лікарських помилок як у світі, так і в Україні, у зв'язку з чим наведення додаткових статистичних даних у межах цього дослідження не видається необхідним.

Водночас слід визнати, що в умовах економічно слабкого, організаційно та технічно недостатньо розвиненого суспільства, обтяженого корупційними проблемами та наслідками війни, забезпечення справді безпечної системи охорони здоров'я є надзвичайно складним завданням. Саме цими обставинами значною мірою пояснюється ситуація, коли відповідні стратегії та концепції розробляються, але тривалий час не впроваджуються або залишаються нереалізованими на практиці.

Наразі Міністерство охорони здоров'я України зосереджує увагу на реалізації чергової «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року», у межах якої поряд із викликами, пов'язаними з війною, основний акцент зроблено на посиленні захисту прав пацієнтів та підвищенні якості медичних послуг [14].

Водночас навіть за сучасних складних умов можливим є здійснення окремих кроків, спрямованих на забезпечення належного рівня безпеки пацієнтів та профілактику дефектів медичної допомоги, зокрема лікарських (медичних) помилок. Необхідність таких дій безпосередньо впливає з положень Конституція України, відповідно до яких кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Аналогічний підхід закріплено у ч. 2 ст. 283 Цивільного кодексу України, де зазначено, що охорона здоров'я забезпечується системною діяльністю державних та інших організацій, передбачених Конституцією України та законами. У свою чергу, Кримінальний кодекс України визначає своїм завданням правове забезпечення охорони прав і свобод людини та громадянина, а підставою кримінальної відповідальності визнає вчинення суспільно небезпечного діяння, що містить склад кримінального правопорушення, передбаченого законом. Отже, держава та суспільство несуть відповідальність перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я населення та збереження життя громадян України.

Висновки. У зв'язку з цим необхідними є насамперед концептуальні та організаційні зміни. З правової точки зору доцільною видається відмова від традиційного триланкового поділу дефектів медичної допомоги на: 1) нещасні випадки; 2) лікарські помилки; 3) професійні злочини, — та перехід до більш диференційованої чотириланкової класифікації, яка включатиме:

- нещасні випадки;
- лікарські (медичні) помилки;
- злочинну професійну (медичну) халатність;
- умисні злочини, пов'язані з хабарництвом, корупцією або іншими проти-

правними мотивами, що суперечать цілям медичної діяльності та негативно впливають на якість медичної допомоги, спричиняючи несприятливі наслідки.

При цьому принципово важливо виходити з того, що лікарські помилки не належать до кримінально караних діянь. У зв'язку з цим слід уникати подвійних і внутрішньо суперечливих формулювань на кшталт «неналежне чи належне виконання обов'язків», оскільки подібні конструкції створюють підґрунтя для обвинувального ухилу та негативно впливають на обґрунтованість і справедливість правової кваліфікації діянь, особливо у складних видах професійної діяльності та в умовах об'єктивно складних обставин.

З урахуванням правової природи медичних помилок вимоги щодо відшкодування збитків і шкоди, завданої здоров'ю пацієнтів унаслідок помилок окремих лікарів, доцільно пред'являти насамперед до адміністрації закладу охорони здоров'я, якщо інше прямо не передбачено окремим договором між лікарем і пацієнтом. Надалі, за наявності відповідних підстав, можливим є застосування адміністративної відповідальності до медичних працівників, дії яких спричинили такі помилки. Подібний підхід сприятиме як більш ефективному захисту прав пацієнтів, так і профілактиці дефектів медичної допомоги, оскільки саме на рівні адміністрації закладів охорони здоров'я та Міністерство охорони здоров'я України акумулюється інформація про різноманітні несприятливі наслідки лікування.

Водночас діяльність правоохоронних органів має бути зосереджена насамперед на чіткому розмежуванні лікарських помилок, професійної халатності та інших злочинів у сфері медичної діяльності. При цьому є неприпустимим розширене тлумачення поняття «лікарська помилка» шляхом віднесення до нього будь-яких неправомірних дій, не пов'язаних із сумлінною професійною помилкою лікаря. Натомість відповідальність за халатність та інші злочини у сфері охорони здоров'я має бути невідворотною.

Розмежування кримінального правопорушення та нещасного випадку видається значно менш проблематичним. Під нещасним випадком доцільно розуміти несприятливий і непередбачуваний результат лікування, зумовлений випадковими обставинами, які лікар об'єктивно не міг передбачити, попередити або усунути, а також несприятливі події, що сталися під час перебування пацієнта у закладі охорони здоров'я, але не були безпосередньо пов'язані з

процесом лікування. Водночас доцільним видається закріплення у кримінальному законодавстві України загального підходу до визнання як нещасних випадків, так і професійних помилок. Проблематика, характерна для медичної діяльності, є актуальною й для інших складних професійних сфер, а тому подібний підхід сприяв би більш уніфікованому та справедливому застосуванню кримінального законодавства.

Щодо двох категорій злочинних дефектів медичної допомоги, їх розмежування також не викликає суттєвих труднощів, оскільки відповідні правові кваліфікації взаємодоповнюють одна одну. Корупційні прояви та хабарництво у сфері медицини неминуче пов'язані зі зниженням доступності та якості медичної допомоги, а також свідчать про недбале ставлення медичного працівника до виконання професійних обов'язків. Саме в такому напрямі й доцільно розглядати ці діяння з позицій посилення юридичної відповідальності.

З точки зору розвитку освіти та науки важливим напрямом є впровадження та вдосконалення викладання самостійного курсу дефектології медичної допомоги у закладах медичної освіти. Такий курс може сприяти корекції суто формально-юридичних підходів до проблеми, підвищенню професійної обізнаності майбутніх лікарів, ознайомленню їх із типовими недоліками медичної практики та формуванню компетентності, необхідної для профілактики дефектів у професійній діяльності.

З організаційної точки зору необхідним є підвищення ролі, кадрового забезпечення та технічної оснащеності системи судово-медичної експертизи, яка історично виконує ключову функцію у дослідженні складних та неочевидних фактів і обставин, що надалі підлягають правовій оцінці та стають підставою для ухвалення рішень правоохоронними органами. У разі активізації роботи щодо профілактики та зменшення дефектів медичної допомоги навантаження на судово-медичних експертів неминуче зростатиме, а правоохоронна система потребуватиме якісних та обґрунтованих експертних висновків.

Саме у підрозділах судово-медичної експертизи накопичується інформація щодо лікарських помилок із найбільш тяжкими наслідками, а також здійснюється класифікація дефектів медичної допомоги за різними критеріями, зокрема: за етапами надання медичної допомоги (дефекти догоспітального, амбулаторного та стаціонарного періодів); за складовими медичної допомоги (дефекти лікування, профілактики, діагностики, реабілітації); а також за сферами медичної діяльності (діагностичні, лікувально-тактичні, лікувально-технічні, організаційні дефекти, помилки ведення медичної документації, деонтологічні порушення та помилки поведінки медичного персоналу). Надалі саме ці категорії отримують розвиток і закріплення у медичному праві.

Література:

1. Сенюта І. Я. Дефекти надання медичної допомоги: поняття і види // Медичне право, № 1(19), 2017. - С. 55-66.
2. Кримінальний кодекс України Кодекс України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>.

3. Мостовенко О. Поняття, ознаки та класифікація лікарських помилок // Цивільне право і процес, № 10, 2018. – С. 37-40.
4. Марєєв В. Кримінально-правове значення лікарської помилки // Національний юридичний журнал: Теорія і практика. № 2, 2015. – С. 144-147.
5. Скриннікова К.О. Кваліфікація лікарських (медичних) помилок // Науковий вісник Ужгородського Національного Університету, Серія ПРАВО. Випуск 80: ч. 1. 2023. – С. 246-252.
6. Шевель А.В., Дубров С.О., Лісун Ю.Б. «Лікарська помилка» і «лікарська халатність»? Межі відповідальності // Pain, Anaesthesia & Intensiv Care, № 2, 2023, - С. 68-73.
7. Кривда Г.Ф., Плевінські П.В., Кривда Р.Г. Аналіз розповсюдженості дефектів надання медичної допомоги за результатами проведених судово-медичних комісійних експертиз в Одеському регіоні протягом 2011–2015 рр. // Досягнення біології та медицини, № 3, 2016. – С. 45-48.
8. Франчук В.В. Лікарська помилка: сучасний погляд на проблему з позиції судово-медичної експертної практики // Здобутки клінічної і експериментальної медицини, № 2, 2018. – С. 137-143.
9. Франчук В.В. Дефекти медичної допомоги в практиці лікаря: навч. посіб. Тернопіль: ТНМУ, 2025. – 168 с.
10. Франчук В.В. Особливості дефектів медичної допомоги в анестезіології-реаніматології (за матеріалами судово-слідчих справ) // Вісник наукових досліджень, № 2, 2018. – С. 155-160.
11. Франчук В.В. Сельський П.Р. «Дефекти медичної допомоги: види, причини, наслідки» – нова елективна дисципліна в системі підготовки фахівців на другому (магістерському) рівні вищої медичної освіти: Досвід Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України // Український освітньо-науковий медичний простір, № 2(3), 2024. - С. 79-86.
12. Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я. «Медичне право України»: підручник. Київ: «ПРАВОВА ЄДНІСТЬ». Всеукраїнська Асоціація Видавців. 2008. – 507 с.
13. Концепція стратегії попередження дефектів надання медичної допомоги у вітчизняній системі охорони здоров'я. Київ, 2021. – 15 с.
14. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року: представлено ключові результати реалізації за 2025 рік. URL: <https://moz.gov.ua/uk/strategiya-rozvitku-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-do-2030-roku-predstavleno-klyuchovi-rezultati-realizaciyi-za-2025-rik> Дата доступу 16.04.2026

References:

1. Seniuta, I. Ya. (2017). Defekty nadannia medychnoi dopomohy: poniattia i vydy [Defects in medical care: Concepts and types]. *Medychne pravo (Medical Law)*, 1(19), 55–66. [in Ukrainian].
2. Verkhovna Rada of Ukraine. (2001). *Kryminalnyi kodeks Ukrainy* [Criminal Code of Ukraine]. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>
3. Mostovenko, O. (2018). Poniattia, oznaky ta klasyfikatsiia likarskykh pomylok [Concept, features and classification of medical errors]. *Tsyvilne pravo i protses (Civil Law and Procedure)*, 10, 37–40. [in Ukrainian].
4. Marieiev, V. (2015). Kryminalno-pravove znachennia likarskoi pomylyky [Criminal law significance of medical error]. *Natsionalnyi yurydychnyi zhurnal: Teoriia i praktyka (National Legal Journal: Theory and Practice)*, 2, 144–147. [in Ukrainian].
5. Skrynnykova, K. O. (2023). Kvalifikatsiia likarskykh (medychnykh) pomylok [Qualification of medical errors]. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho natsionalnoho universytetu. Serii Pravo (Uzhhorod National University Herald. Law Series)*, 80(1), 246–252. [in Ukrainian].

6. Shevel, A. V., Dubrov, S. O., & Lisun, Yu. B. (2023). «Likarska pomyłka» i «likarska khalatnist»? : mezhi vidpovidalnosti [“Medical error” and “medical negligence”? : Limits of liability]. *Pain, Anaesthesia & Intensive Care*, 2, 68–73. [in Ukrainian].
7. Kryvda, H. F., Plevinskis, P. V., & Kryvda, R. H. (2016). Analiz rozpovsiudzhenosti defektiv nadannia medychnoi dopomohy za rezultaty provedenykh sudovo-medychnykh komisiinykh ekspertyz v Odeskomu rehioni protiahom 2011–2015 rr. [Analysis of the prevalence of medical care defects according to forensic medical commission examinations in the Odesa region during 2011–2015]. *Dosiagnennia biologii ta medytsyny (Achievements of Biology and Medicine)*, 3, 45–48. [in Ukrainian].
8. Franchuk, V. V. (2018). Likarska pomyłka: suchasnyi pohliad na problemu z pozytsii sudovo-medychnoi ekspertnoi praktyky [Medical error: A modern view of the problem from the standpoint of forensic medical practice]. *Zdobutky klinichnoi i eksperymentalnoi medytsyny (Achievements of Clinical and Experimental Medicine)*, 2, 137–143. [in Ukrainian].
9. Franchuk, V. V. (2025). *Defekty medychnoi dopomohy v praktytsi likaria* [Defects of medical care in physician practice]. Ternopil: Ternopil National Medical University. [in Ukrainian].
10. Franchuk, V. V. (2018). Osoblyvosti defektiv medychnoi dopomohy v anesteziologii-reanimatologii (za materialamy sudovo-slidchykh sprav) [Features of medical care defects in anesthesiology and intensive care medicine (based on forensic investigation materials)]. *Visnyk naukovykh doslidzhen (Bulletin of Scientific Research)*, 2, 155–160. [in Ukrainian].
11. Franchuk, V. V., & Selskyi, P. R. (2024). «Defekty medychnoi dopomohy: vydy, prychny, naslidky» – nova elektyvna dystsyplina v systemi pidhotovky fakhivtsiv na druhomu (mahisterskomu) rivni vyshchoi medychnoi osvity: dosvid Ternopilskoho natsionalnoho medychnoho universytetu imeni I. Ya. Horbachevskoho MOZ Ukrainy [“Defects of medical care: Types, causes, consequences” as a new elective discipline in master's medical education: Experience of I. Horbachevsky Ternopil National Medical University]. *Ukrainskyi osvitho-naukovy medychnyi prostir (Ukrainian Educational and Scientific Medical Space)*, 2(3), 79–86. [in Ukrainian].
12. Stetsenko, S. H., Stetsenko, V. Yu., & Seniuta, I. Ya. (2008). *Medychno pravo Ukrainy* [Medical Law of Ukraine]. Kyiv: Pravova Yednist. [in Ukrainian].
13. Kontseptsiiia stratehii poperedzhennia defektiv nadannia medychnoi dopomohy u vitchyznianskii systemi okhorony zdorovia [Concept of the strategy for preventing defects in medical care in the national healthcare system]. (2021). Kyiv. [in Ukrainian].
14. Ministry of Health of Ukraine. (2026). *Stratehiia rozvytku systemy okhorony zdorovia do 2030 roku: predstavleno kliuchovi rezultaty realizatsii za 2025 rik* [Healthcare system development strategy until 2030: Key implementation results for 2025]. Retrieved April 16, 2026, from <https://moz.gov.ua/uk/strategiya-rozvitku-sistemi-okhorony-zdorov-ya-do-2030-roku-predstavleno-klyuchovi-rezultati-realizatsiyi-za-2025-rik>

Дата першого надходження статті до видання: 15.05.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 30.05.2026