

УДК 343.13

Юлія Задорожко,*аспірант кафедри правосуддя
Київського національного університету імені Тараса Шевченка*

РЕЧОВІ ДОКАЗИ ТА ДОКУМЕНТИ У КРИМІНАЛЬНОМУ ПРОВАДЖЕННІ ПРО КРИМІНАЛЬНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ, ПОВ'ЯЗАНІ З НАДАННЯМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Стаття присвячена особливостям одного з виду таких важливих доказів, як речові докази і документи у кримінальному провадженні про кримінальні правопорушення, пов'язані з наданням медичної допомоги. Також здійснено короткий огляд судової практики з даного питання та акцентована увага на документах, на які слід звернути увагу для з'ясування обставин, які мають значення для даного виду провадження.

Ключові слова: кримінальне провадження, медична допомога, речові докази, документи.

Постановка проблеми. Законодавцем джерелами доказів визнаються речові докази та документи, які мають велике значення для доказування у кримінальному провадженні. З розвитком науки та техніки все більше зростає їхня роль у процесі доказування. Особливому вивченню та дослідженню підлягають речові докази і документи у кримінальному провадженні про кримінальні правопорушення, пов'язані з наданням медичної допомоги, оскільки даний вид проваджень належить до тих, які потребують застосування спеціальних знань та вивчення спеціальної літератури особами, які здійснюють досудове розслідування.

Комплексне дослідження доказів у кримінальному процесі та в їх різних аспектах здійснювалося багатьма з процесуалістів-науковців як радянської доби, так і сучасних. Істотний внесок у дослідження інституту доказів і, зокрема, речових доказів зробили Ю. Азаров, М. Видря, М. Грошевий, В. Дорохов, Л. Карнеева, Є. Коваленко, В. Крючков, В. Нор, М. Погорецький, Д. Савицький, С. Стахівський, М. Строгович, М. Якуб. Окремі аспекти особливостей речових доказів і документів у кримінальному провадженні про кримінальні правопорушення, пов'язані з наданням медичної допомоги, досліджувалися Л. Дунаєвською, Л. Омельчук, проте це питання потребує подальшого дослідження.

Виклад основного матеріалу. Стаття 98 КПК України 2012 р. визначає, що речовими доказами є матеріальні об'єкти, які були знаряддям вчинення кримінального правопорушення, зберегли на собі його сліди або містять інші відомості, які можуть бути використані як доказ факту чи обставин, що встановлюються під час кримінального провадження, в тому числі предмети, що були об'єктом кримінально протиправних дій, гроші, цінності та інші речі, набуті кримінально протиправним шляхом або отримані юридичною особою внаслідок вчинення кримінального правопорушення.

На нашу думку, застосування законодавцем терміна «матеріальні об'єкти» замість терміна

«предмети» більш точно виражає змістовий складник визначення «речові докази», оскільки є більш широким порівняно з терміном «предмети». Отже, у новому КПК України вдосконалено визначення речових доказів.

Підставами для віднесення матеріального об'єкта до числа речових доказів можуть служити:

А) відображення на ньому ознак, що характеризують особистість учасників події (які вказують на конкретну особу), знаряддя (зброю), що застосовувалась ними;

Б) відображення на ньому умов, в яких проходила подія (обстановка місця події);

В) наявність на ньому (в ньому) змін, пов'язаних із подією;

Г) належність певній особі, якщо цей факт має значення для справи;

Д) використання учасниками події;

Е) виявлення в певному місці чи в певний час, якщо цей факт має значення для справи [1, с. 638].

Предмети, які можуть бути речовими доказами, найчастіше виявляються під час проведення слідчих (розшукових) та негласних слідчих (розшукових) дій – огляду, обшуку та ін.

Правильно у процесуальному порядку оформлений предмет завжди стає речовим доказом. У ч. 1 ст. 79 КПК України (1960 р.) зазначалося, що речові докази повинні бути уважно оглянуті, по можливості сфотографовані, докладно описані у протоколі огляду і приєднані до справи постановою особи, яка провадить дізнання, слідчого, прокурора або ухвалою суду. З набуттям чинності новим КПК України у практичних працівників слідчих підрозділів ця дія (складання постанови) здійснювалася за аналогією КПК 1960 р., але з посиланням на норми нового кодексу, а саме: п. 8 ч. 2 ст. 40; 94; ч. 2 ст. 100; ч. 3 ст. 110, – на підставі ч. 1 ст. 98 КПК.

Правильно та вчасно виявлені речові докази у разі вчинення кримінальних правопорушень, пов'язаних із наданням медичної допомоги, мають велике значення. Вилученню, залежно від

скоєного правопорушення, підлягають шприци, ампули з розчином ліків та використані ампули, вміст яких підлягає дослідженню, також беруться змиви з ампул.

Так, вироком Деснянського районного суду м. Києва у справі № 1-108/12 встановлено, що, перебуваючи на посаді лікаря гінеколога-онколога жіночої консультації Центральної районної поліклініки Деснянського району м. Києва, лікар не перевірила маркування на ампулах з лідокаїном, що були куплені та надані їй хворою, перед проведенням малого оперативного втручання (діатермокоагуляція шийки матки) і з метою місцевого знеболювання ввела токсичну дозу 10% розчину лідокаїну замість 1-2% розчину лідокаїну, чим вчинила медичну дію, яка була не показана і проведена неправильно, тобто неналежно виконала свої професійні обов'язки через недбале ставлення до них, що спричинило тяжкі наслідки для хворої, а саме призвело до стрімкого розвитку в її організмі незворотних змін – псевдоалергічного анафілактичного шоку на лідокаїн, від чого настала смерть.

У судовому засіданні підсудна свою вину у скоєнні злочину не визнала та розповіла, що 18.03.2010 в кабінет № 153 ЦРП Деснянського району м. Києва по вул. Закревського, 81/1 для проведення малого хірургічного втручання прийшла хвора, на запитання щодо алергії на медпрепарати хвора дала негативну відповідь, лікар зробила їй пробу на алергію на лідокаїн, почекала на реакцію приблизно 10 хвилин, проба була негативною, після чого хвора сіла в гінекологічне крісло для проведення операції та вона почала вводити хворій знеболювальне – розведений у шприці об'ємом 10 мл фізрозчину лідокаїну, який принесла хвора. Після введення приблизно 2,5 мл знеболювального хвора почала скаржитись на самопочуття, тому вона припинила вводити знеболювальне, дістала аптечку від анафілактичного шоку, ввела хворій ліки та послала медсестру за допомогою. До кабінету прийшли лікарі із сусіднього кабінету та кабінету невідкладної допомоги, які проводили реанімаційні заходи, однак вони не допомогли – хвора померла. Вона впевнена, що вводила хворій 2% розчин лідокаїну, який вона самостійно розводила в шприці об'ємом 10 мл – 1 ампулу ємністю 2 мл 10% лідокаїну та 8 мл фізрозчину.

Незважаючи на невизнання своєї вини у вчиненні злочину підсудною, її вина в повному обсязі доведена зібраними по справі та дослідженими в судовому засіданні доказами у їх сукупності, зокрема і речовими доказами, а саме: даними, які містяться в протоколі огляду місця події від 18.03.2010 – приміщення кабінету № 153 на першому поверсі будівлі поліклініки Деснянського району м. Києва по вул. Закревського, 81/1, фототаблицею до протоколу (під час огляду було вилучено шприци, в тому числі шприц ємністю 10 мл, заповнений рідиною, ампули, в тому числі 4 порожні ампули з написом «Лідокаїн» (а. с. 11-17 том 1); даними, які містяться у висновку експерта № 640 х від 28.05.2010, згідно з яким надана на дослідження прозора безбарвна рідина масою 3,27 г, яка міс-

титься в ін'єкційному шприці місткістю 10 мл, та змиви з ампул, які були вилучені 18.03.2010 в кабінеті №153 по вул. Закревського, 81/1 в м. Києві під час огляду місця події, містять лідокаїн (а. с. 5-6 том 2); речовими доказами у справі, якими визнані 4 пустих ампули з написом «лідокаїн 10%», одноразовий медичний шприц об'ємом 10 мл, заповнений на 2 мл прозорою рідиною, медична банка з написом «лідокаїн гідрохлорид» з порошкоподібною речовиною (а. с. 61, 62 том 2) [2].

Велике значення як доказ має медична документація – система обліково-звітних документів, призначених для записування та аналізу даних, що характеризують стан здоров'я окремих осіб і різних груп населення, обсяг, зміст і якість медичної допомоги, а також діяльність лікувально-профілактичних закладів.

Медична документація складається з двох основних груп:

- 1) документація первинного обліку;
- 2) звітні документи.

Кожному обліковому і звітному документу призначають порядковий номер. Нові форми документів первинної облікової документації лікувально-профілактичних закладів єдині для всієї країни, і їх запроваджують лише після затвердження МОЗ України.

Документація первинного медичного обліку підрозділяється на: оперативно-технологічну, облікову, що її призначають для контролю своєчасного і повного спостереження за хворими і зв'язку в одному або між різними лікувальними закладами; облікову документацію, що характеризує обсяг роботи, виконаної лікарем і медичною сестрою, всім закладом або окремим підрозділом.

Медичну документацію використовують переважно всередині служби охорони здоров'я, але є низка документів, що їх застосовують поза службою охорони здоров'я. Це «Лікарське посвідчення про смерть», «Фельдшерська довідка про смерть», «Свідчення про смерть у перинатальний період», «Довідка про народження», що є підставою для реєстрації в органах РАГСу випадків народження й смерті.

В Україні триває вдосконалення медичної документації для оперативного планування й контролю, практикується переклад їх на електронні носії, здійснюються спроби формалізації всієї карти стаціонарного хворого.

Більшість медичних документів підписує лікар, який відповідальний за них. Медична сестра допомагає йому в оформленні документації.

Основним медичним документом у поліклініці вважають індивідуальну амбулаторну карту хворого, в яку лікар заносить усі відомості про нього: анамнез, результати об'єктивного обстеження, призначення тощо. Амбулаторна карта зберігається в реєстратурі, а коли хворого записують на прийом до якогось фахівця, її передають у відповідний кабінет.

Усі виконані оперативні втручання записують у журнал операцій. Є і журнал обліку планових операцій та витрат перев'язного матеріалу, високовартісних медикаментів. Ці журнали

веде медична сестра. У процедурному кабінеті поліклініки медична сестра веде журнал реєстрації витрат наркотиків.

Важливим медичним документом є талони черговості на прийом до лікаря, в яких зазначається номер кабінету, номер черги, дата й час, коли хворий має з'явитися на прийом до лікаря.

У медичних об'єднаннях разом із хворим у стаціонар доставляють і амбулаторну карту. Лікар має змогу з нею ознайомитися, а під час виписування зі стаціонару в амбулаторну карту вписують епікриз і результати обстеження хворого. Після цього її передають у поліклініку.

За межами медичних об'єднань застосовують амбулаторну обмінну карту, до якої вносять основні відомості про хворого і лікар стаціонару вписує результати стаціонарного обстеження та лікування хворого.

У приймальному відділенні медична сестра веде журнал прийому й виписування хворих. У ньому містяться паспортні дані хворого, яка установа і з яким діагнозом його направила, з яким діагнозом госпіталізований, у яке відділення і яку палату, куди переведений, коли виписаний, а якщо помер, то коли. Цим журналом послуговується медична сестра під час видачі довідок родичам і знайомим хворого тощо.

Основним документом стаціонару є історія хвороби, що містить такі основні частини: паспортна, скарги хворого, історія справжнього захворювання і його життя, відомості про стан хворого в момент госпіталізації, отримані лікарем після об'єктивного обстеження хворого, щоденники, обґрунтування необхідності проведення оперативного лікування, опис проведеної операції та епікриз. У разі летального кінця дається обґрунтування причини смерті. В історію хвороби вклеюють температурний листок і листок лікарських призначень, які веде медсестра. В обов'язки медичної сестри входить заповнення паспортної частини історії хвороби, ведення температурного листка з оцінюванням температури тіла, пульсу, артеріального тиску, діурезу, стікань зі шлунку, наявності і характеру випорожнень тощо залежно від профілю стаціонару. Листок лікарських призначень медична сестра має вести акуратно, оцінювати виконання призначених маніпуляцій, процедур і необхідного обстеження.

Медична сестра має акуратно й у хронологічному порядку вклеювати в історію хвороби результати клінічного і лабораторного обстеження хворого.

Слід зазначити, що історія хвороби і амбулаторна карта – це юридичний документ, в якому не можна нічого дописувати, підклеювати, витирати. Усі виправлення мають бути завірені відповідальною особою.

Історія хвороби є основним медичним документом, який дозволяє зробити висновки про правильність діагностики й лікування, має значення не лише в лікувальному та науковому, але й у правовому відношенні [3, с. 122]. Правове значення медичної документації у разі надання медичної допомоги визначається тим фактом, що такі документи можуть використовуватися як джерело доказів у кримінальному

судочинстві. Нерідко саме відомості, отримані під час дослідження медичної документації, є підставою для встановлення правопорушення. У свою чергу, лікарі, які надають медичну допомогу відповідно до визначених вимог, можуть бути застраховані від безпідставного обвинувачення в неналежному її наданні.

Правове значення історії хвороби зумовлено тим, що вона дозволяє зробити висновки про правильність проведеного діагностичного процесу; показує динаміку стану здоров'я пацієнта; свідчить про належне ставлення до законних прав пацієнта під час надання медичної допомоги; є джерелом доказів у кримінальній справі; відіграє суттєву роль у цивільних справах, пов'язаних із втратою працездатності.

Таким чином, відомості про порушення у роботі медичного персоналу можна отримати з медичної документації. Порушення можуть бути пов'язані і з недбалим або неграмотним веденням історії хвороби, і з помилками у наданні медичної допомоги.

А. П. Громов слушно звертає увагу на те, що трапляються випадки неправильного, занадто короткого й неохайного складання медичних документів [4, с. 55]. Це пояснюється намаганням «впорядкувати» документацію, зменшити непотрібну «писанину» й не є прийнятним. Причинами недоліків в історіях хвороби є несприятливі об'єктивні умови й недосвідченість лікаря, халатність, яка виявляється в неохайних і малограмотних записах, різноманітних виправленнях, підчистках, дописуваннях, а також у неправдивих відомостях про хворого [3, с. 123].

Правильно складені історії хвороби та інші медичні документи надають можливість розібратися в обставинах, за яких відбуваються так звані лікарські помилки та правопорушення. На підставі цих документів вивчаються не лише діяння лікаря, але й іншого медичного персоналу, а також поведінка самого хворого. Історію хвороби або медичну карту амбулаторного хворого в таких випадках ретельно досліджують слідчі й судові органи, а також судово-медичні експертні комісії. Подекуди медичні документи є основним джерелом доказів, тому їх оформлення повинне бути дуже ретельним. Проте факти свідчать про часті випадки недбалого, неуважного ставлення до їх оформлення. Так, для того, щоб уникнути відповідальності, деякі лікарі підчищають, виправляють, доповнюють, а іноді навіть повністю переписують історію хвороби. Органи слідства такі дії можуть розглядати як фальсифікацію. Саме допомога експерта-криміналіста в галузі дослідження документів може бути використана для з'ясування ознак фальсифікації документів. Осіб, які відповідають за збереження документів, слідчий повинен допитати для з'ясування таких питань: чи забирав хто-небудь ці документи зі сховища; якщо так, то хто саме і з якою метою; чи мають інші працівники доступ до документів.

Отже правильне заповнення історії хвороби має велике значення. Порядок її заповнення встановлений Інструкцією щодо заповнення форми первинної облікової документації

№ 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № ...», затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 № 110 [5].

У кожному стаціонарі старша медична сестра веде журнал госпіталізації і виписування хворого, в якому фіксується паспортна частина, діагноз під час госпіталізації виписування, ліжко-день, номер лікарняного листка та на який термін його видано. В обов'язки старшої медсестри входить ведення інвентарної книжки, в яку фіксуються витрати медикаментів. Палатні й чергові медсестри ведуть журнал лікарських призначень, індивідуальні схеми на хворих, які отримують медикаменти по годинно, враховують витрати наркотиків та отруйних речовин упродовж зміни, кожному хворому виписують порційні страви.

Основні форми первинної облікової документації, яка підлягає вилученню слідчим, та правила її заповнення затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я від 29.05.2013 № 435 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності». Це журнал відмовлянь від госпіталізації – 001-1/о, журнал запису амбулаторних операцій – 069/о, журнал запису звертань про невідкладну медичну допомогу – 115/о, журнал запису оперативних втручань у стаціонарі – 008/о, журнал запису пологів у стаціонарі – 010/о, журнал запису пологової допомоги вдома – 032/о, журнал запису рентгенологічних досліджень – 050/о, журнал обліку випадків перинатальної смерті – 153/о, журнал обліку новонароджених у відділенні (палаті) – 102/о, журнал обліку новонароджених – 152/о, медична карта переривання вагітності – 003-1/о, медична карта стаціонарного хворого – 003/о, медична карта стоматологічного хворого – 043/о, книга запису викликів лікарів додому – 031/о, акт про вилучення органів і тканин у донора-

трупа для трансплантації – 033/о, журнал запису рентгенологічних досліджень – 050/о, журнал обліку вилучення донорських органів та тканин з метою подальшої трансплантації – 059/о, листок призначень лікарями наркотичних і психотропних лікарських засобів та виконання цих призначень – 091/о, індивідуальна карта вагітної і породіллі – 111/о, карта обліку процедур гемодіалізу – 150/о.

Велике значення має правильне заповнення, крім історії хвороби, й іншої документації, оскільки виходячи з даних, які в ній містяться, можна встановити наявність або відсутність правопорушень у діях медичного працівника.

Висновки

Отже, вилучення необхідних речових доказів та документів сприяє виконанню завдань кримінального провадження про кримінальні правопорушення, пов'язані з наданням медичної допомоги.

Список використаних джерел:

1. Теория доказательств в советском уголовном процессе. – М., 1973. – 735 с.
2. Рішення Деснянського районного суду м. Києва у справі № 1-108/12 від 07.06.2012. // Єдиний державний реєстр судових рішень [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/24456332>.
3. Огарков И. Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них / И. Ф. Огарков. – Л.: Медицина, 1966. – 196 с.
4. Громов А. П. Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников / А. П. Громов. – М.: Медицина, 1969. – 80 с.
5. Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 № 110 // Офіційний веб-сайт Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0661-12>.

Статья посвящена особенностям одного из вида таких важных доказательств, как вещественные доказательства и документы в уголовном производстве об уголовных правонарушениях, связанных с оказанием медицинской помощи. Также осуществлен краткий обзор судебной практики по данному вопросу и акцентировано внимание на документах, на которые следует обратить внимание для выяснения обстоятельств, имеющих значение для данного вида производства.

Ключевые слова: уголовное производство, медицинская помощь, вещественные доказательства, документы.

The article is devoted to the features of one of the types of such important evidence as evidence and documents in criminal proceedings concerning criminal offenses related to the provision of medical care. A brief overview of the case-law on this issue has also been made, and attention has been focused on the document, which should be drawn to the circumstances relevant for this type of proceedings.

Key words: criminal proceedings, medical aid, material evidence, documents.