

Znaczenie dowodu z dokumentacji medycznej w sprawach cywilnych o błąd medyczny – refleksje na tle praktyki i orzecznictwa sądowego

1. Uwagi wprowadzające

Celem niniejszego artykułu jest wskazanie, że znaczenie dowodu z dokumentacji medycznej w praktyce orzecniczej wykracza poza ustalenie, iż jest to dowód z dokumentu prywatnego. Zrealizowanie tak zakreślonego celu badawczego wymusza określoną strukturę artykułu. W pierwszej kolejności należy bowiem uściślić kwestie terminologiczne, które nie są wcale intuicyjne. Problem powoduje zarówno trudność w zdefiniowaniu tego, czym jest dokumentacja medyczna, jak i rozbieżności w rozumieniu pojęcia „błędu medycznego” i w ogóle celowości posługiwania się tym pojęciem. Przed przystąpieniem do zasadniczych rozważań należy więc uściślić kwestie terminologiczne w odniesieniu do tych dwóch zagadnień. W następnej kolejności trzeba się odnieść do koncepcji postępowania dowodowego w ujęciu Kodeksu postępowania cywilnego i reguł wynikających z tej koncepcji dla spraw o błędy medyczne. W dalszej kolejności wypada omówić problemy związane z dokumentacją medyczną, które były rozstrzygane w orzecznictwie sądowym, a także dokonać przeglądu orzecznictwa sądowego w sprawach, w których omawiano znaczenie dokumentacji medycznej jako dowodu. Zwieńczeniem rozważań będzie próba wyciągnięcia wniosków z orzecznictwa oraz przedstawienie własnych refleksji odnoszących się do tego tematu.

2. Pojęcie dokumentacji medycznej

Wyrażenie „dokumentacja medyczna” jest pojęciem prawnym, które jest używane w wielu aktach prawnych. Przede wszystkim zagadnienia odnoszące się do dokumentacji medycznej uregulowano obszernie w: ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (dalej: u.p.p.)² oraz w licznych rozporządzeniach np. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia: 8 maja 2018 r. *w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej*³, 9 listopada 2015 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*⁴,

¹ Dr n. praw., radca prawny, Warszawski Uniwersytet Medyczny, II Wydział Lekarski, ORCID: 0000-0003-3710-4885.

² Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm.

³ Dz. U. poz. 941 ze zm.

⁴ Dz. U. poz. 2069 ze zm.

z dnia 29 lipca 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów⁵. Warto także podkreślić, że w co najmniej kilkudziesięciu aktach prawnych można znaleźć regulacje, które nakazują lekarzowi odnotować pewne informacje w dokumentacji medycznej⁶.

Pomimo obfitości regulacji prawnych, nie można jednak w oparciu o sferę *de lege lata* precyzyjnie ustalić czym jest dokumentacja medyczna. Wprawdzie w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷ zawarto definicję legalną dokumentacji medycznej, jednakże niewiele ona wyjaśnia. Przywołany przepis stanowi, że: „Użyte w ustawie określenia oznaczają [...] dokumentacja medyczna – dokumentację medyczną, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”. Przepis ten odsyła wprost do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która nie definiuje dokumentacji medycznej, a jedynie wskazuje, że pacjent ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej i wymienia, co powinna co najmniej zawierać dokumentacja medyczna. Z tego powodu w piśmiennictwie wskazywano, że: „dokumentację medyczną stanowią dokumenty zawierające co najmniej dane o stanie zdrowia pacjenta oraz dane o udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych”⁸. Niemniej nie wszyscy w literaturze podzielają ten pogląd – przykładowo U. Drozdowska szerzej ujmując dokumentację medyczną, pisząc, że dokumentacja medyczna to: „zbiór dokumentów, które są nośnikami informacji o charakterze medycznym”⁹.

Należy więc wrócić do centralnego pytania o to, czym jest dokumentacja medyczna i dokonać dalszej egzegezy tekstów prawnych. W pierwszej kolejności wypada odwołać się do art. 23 ust. 1 przywoływanej już ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który brzmi: „Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych”, oraz art. 23 ust. 2 tej ustawy, zgodnie z którym: „Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych”. Interpretacja tych sformułowań pozwala na sformułowanie istotnej tezy, określającej rozumienie wyrażenia „dokumentacja medyczna”: dokumentacja medyczna zawiera dane odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Za szczególnie istotne należy uznać dwie okoliczności. Z jednej strony to, że przepis przesądza, iż dokumentacja medyczna to pewien zbiór danych. Ma to o tyle znaczenie, że pojęcie „danych” należy do pod-

⁵ Dz. U. Nr 149, poz. 1002.

⁶ Zob. np. art. 31 ust. 2 i ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz. U. 2018, poz. 2190 ze zm.; art. 17 ust. 8 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, t.j. Dz. U. 2018, poz. 151 ze zm.; art. 18 ust. 2 i ust. 2a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, t.j. Dz. U. 2018, poz. 1878 ze zm.

⁷ T.j. Dz. U. 2018, poz. 2190.

⁸ L. Bielecki, P. Ruczkowski, *Dostęp osoby bliskiej do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta*, w: *Odpowiedzialność w ochronie zdrowia*, red. E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, M. Zdyb, Warszawa 2018, s. 101.

⁹ U. Drozdowska, *Pojęcie dokumentacji medycznej oraz prawa pacjenta związane z dokumentacją medyczną*, w: *Dokumentacja medyczna*, red. U. Drozdowska, Warszawa 2011, s. 22.

stawowych pojęć poznawczych i często bywa rozróżniane od informacji. Według jednej z klasycznych teorii z zakresu systemów informacyjnych, dane przetworzone w procesie interpretacji pozwalają na uzyskanie informacji¹⁰. Z drugiej zaś strony to, że przepis nie wskazuje żadnej formy dokumentacji medycznej, co pozwala przyjąć, iż może ona mieć postać: dokumentu, druku, zdjęcia czy pliku audio lub wideo.

Takie rozumienie pojęcia dokumentacji medycznej należy uzupełnić o definicję zawartą w art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o systemie informacji w ochronie zdrowia*¹¹, zgodnie z którym: „elektroniczna dokumentacja medyczna” to „dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych: a) umożliwiające usługobiorcy uzyskanie od usługodawcy świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju, z wyłączeniem zleceń na wyroby medyczne, b) określone w przepisach wydanych na podstawie”. W tym miejscu powstaje więc pytanie, czy sformułowanie „opatrzone podpisem” należy odnosić tylko do dokumentacji elektronicznej, czy szerzej należy rozumieć je jako element konstytutywny każdej dokumentacji medycznej. Jak się wydaje, odnoszenie tego wymogu do każdej dokumentacji medycznej prowadzi do wykładni sprzecznej z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przede wszystkim dlatego, że brak podpisu nie może dyskwalifikować danego nośnika informacji jako dokumentacji medycznej, ponieważ zmniejszałoby to ochronę pacjentów.

Nie można też tracić z pola widzenia faktu, że znaczenie w pojmowaniu dokumentacji medycznej ma rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*. Przywołane rozporządzenie wylicza rodzaje dokumentacji medycznej, jednakże wskazuje, że wyszczególnione ma charakter jedynie przykładowy, co wynika ze sformułowania „w szczególności”. Rozporządzenie to jest o tyle istotne, że przesądza dwie formy prowadzenia dokumentacji medycznej: papierową oraz elektroniczną¹², a także wymienia rodzaje dokumentów, które poszczególne podmioty lecznicze muszą prowadzić¹³.

Podsumowując, interpretacja przepisów pozwala stwierdzić, że jakkolwiek prawodawcy brakuje konsekwencji co do rozumienia pojęcia dokumentacja medyczna, to dość bezpiecznie można przyjąć, iż jest to zbiór danych, zawartych w różnych dokumentach, dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych¹⁴.

¹⁰ B. Langefors, *Information systems theory*, „Information Systems” 1977, vol. 2, issue 4, p. 207–219.

¹¹ Dz. U. 2019, poz. 408 ze zm.

¹² § 1 r.d.m.

¹³ § 2 i n. r.d.m.

¹⁴ Por. R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2014, s. 180 oraz K. Cal-Całko, *Dokumentacja medyczna po śmierci pacjenta*, w: *Prawne oraz zarządcze aspekty prowadzenia dokumentacji medycznej* red. M. Śliwka, Warszawa 2015, Lex 2019.

3. Pojęcie błędu medycznego

Pojęcie błędu medycznego należy zarówno do sfery dogmatyki, jak i obrotu prawnego. Już wstępna analiza zakresów znaczeniowych przypisywanych temu wyrażeniu pozwala na stwierdzenie, że nie ma ono jednego ustalonego rozumienia, a raczej cechuje je wieloznaczność¹⁵. Poza tym wyrażenie „błąd medyczny” wielokrotnie bywa używane zamiennie za sformułowanie „błąd lekarski” czy „błąd w sztuce medycznej”, choć nie jest to poprawne i powoduje zamęt terminologiczny¹⁶. Pomimo tego zamieszania pojęciowego można przyjąć, że na gruncie prawa karnego błąd medyczny ujmuje się przeważnie jako naruszenie obowiązujących lekarza (osoby wykonujące inny zawód medyczny) reguł postępowania z dobrem prawnym pacjenta w postaci jego zdrowia i życia. Tak podchodzą, pomimo pewnych różnic, na przykład: A. Liszewska¹⁷, M. Filar¹⁸ czy R. Kędziora¹⁹. Z kolei w piśmiennictwie cywilistycznym eksponuje się, że błąd medyczny to postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej²⁰. Niektórzy autorzy wskazują jednak, że należy zarzucić pojęcie błędu medycznego, ponieważ przesłania ono problematykę odpowiedzialności lekarza²¹.

Także w orzecznictwie pojęcie błąd medyczny (błąd lekarski) jest definiowane różnie. Należy jednak odnotować, że są spotykane dwa podejścia. Pierwsze – próbuje stworzyć definicje uniwersalne, uznające, że błąd medyczny to: „działania i zaniechania lekarzy lub innego personelu medycznego będące wynikiem niezachowania należytej staranności, naruszające reguły wynikające z zasad wiedzy medycznej oraz deontologii określającej ich powinności zawodowe”²², „odstępstwo od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności

¹⁵ Por. A. Dąbek, *Rozważania nad przydatnością pojęcia błędu medycznego dla ustalenia odpowiedzialności karnej lekarza za negatywne skutki dla życia i zdrowia pacjenta powstałe w procesie leczenia na gruncie polskiej literatury i orzecznictwa*, „Acta Universitatis Lodzianis. Folia Iuridica” 2016, nr 77, s. 74.

¹⁶ Por. P. Daniluk, *Błąd w sztuce lekarskiej – wybrane problemy*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 4, s. 45–46.

¹⁷ A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 28; błąd medyczny to: „naruszenie przez lekarza (świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną) obowiązujących go w konkretnym przypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki, reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowi podstawę dla stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności”.

¹⁸ M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 110. Autor ten pisze wprawdzie o błędzie sztuki lekarskiej, który definiuje jako: „naruszenie przez lekarza wykonującego czynność leczniczą obowiązującego w relacji do tej czynności zespołu reguł i zasad postępowania zawodowego, których źródłem jest wiedza i praktyka medyczna”.

¹⁹ R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 199–200. Autorka pisze, że błąd medyczny to: „postępowanie lekarza sprzeczne z powszechnymi, obowiązującymi go w odniesieniu do konkretnej czynności medycznej zasadami postępowania zawodowego, mającymi swoją podstawę w nauce i praktyce medycznej”.

²⁰ Tak podchodzi np. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2013, s. 229; por. także M. Białkowski, *Poglądy doktryny prawa cywilnego i orzecznictwa na pojęcie błędu medycznego*, „Adam Mickiewicz University Law Review”, 2013, nr 2, s. 57 i n. oraz J. Ziółkowska, *Definiowanie i klasyfikowanie błędu medycznego*, „Zeszyty Naukowe Uczelni Warszawskiej im. Marii Skłodowskiej-Curie” 2017, nr 2, s. 56.

²¹ M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1971, s. 140.

²² Wyrok SN z dnia 27 czerwca 2017 r. (sygn. akt II CSK 69/17).

sprawcy”²³, „zachowanie sprzeczne z wiedzą i praktyką medyczną”²⁴, czy „czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym”²⁵. Drugie – które definiuje omawiane pojęcie na potrzeby konkretnej sprawy, przyjmując *a casu ad casum*, że błędem medycznym jest: „Wadliwe i nieprawidłowe postępowanie lekarzy w ocenie stanu płodu i opóźnienie porodu”²⁶, „operacja biodra, w którym na podstawie dokumentacji medycznej i opinii biegłego nie można było stwierdzić zmian chorobowych dających podstawę do dokonania zabiegu operacyjnego”²⁷ lub „przepisanie pacjentce cierpiącej na astmę oskrzelową pyralginy w postaci iniekcyjnej do zastosowania w domu drogą doustną, bez przewidzenia możliwości wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego i braku możliwości udzielenia fachowej pomocy medycznej”²⁸.

Z uwagi na problematykę poruszaną w tym artykule uznaję, że na potrzeby dalszych rozważań nie trzeba konstruować precyzyjnej definicji błędu medycznego, lecz wystarczy wskazać, że istnieje wspólne jądro definicji pojęć dotyczących błędu medycznego. W prawie wszystkich formułowanych w piśmiennictwie i orzecznictwie definicjach akcentowane jest naruszenie przez lekarza obowiązujących go w konkretnym przypadku reguł wynikających z wiedzy medycznej²⁹. Tym samym w niniejszym artykule będę odnosił się do spraw o błąd medyczny, rozumiejąc, że są to sprawy dotyczące roszczeń cywilnych wobec osób wykonujących zawody medyczne związane z nieprawidłowym postępowaniem z punktu widzenia zasad wiedzy i praktyki medycznej.

4. Dowód z dokumentacji medycznej w sprawach o błąd medyczny

Uściślwszy kwestie terminologiczne, należy spojrzeć z perspektywy systemowej na znaczenie dokumentacji medycznej jako dowodu³⁰. Rozważania należy zacząć od tego, że na gruncie procedury cywilnej nie ma zamkniętego katalogu dowodów. Zasadę tę na gruncie postępowania cywilnego statuuje art. 309 k.p.c., zgodnie z którym: „Sposób przeprowadzenia dowodu innymi środkami dowodowymi niż wymienione w artykułach poprzedzających określi sąd zgodnie z ich charakterem, stosując

²³ Wyrok SA w Szczecinie z dnia 12 kwietnia 2017 r. (sygn. akt I ACa 6/17).

²⁴ Wyrok SA w Poznaniu z dnia 24 maja 2017 r. (sygn. akt II AKA 59/17).

²⁵ Wyrok SN z dnia 1 kwietnia 1955 r. (sygn. akt IV CR 39/54).

²⁶ Wyrok SA w Lublinie z dnia 21 lutego 2006 r. (sygn. akt I ACa 69/06).

²⁷ Wyrok SO w Lublinie z dnia 1 lutego 2006 r. (sygn. akt I C 213/04).

²⁸ Wyrok SA w Białymstoku z dnia 27 października 2004 r. (sygn. akt I ACa 575/04).

²⁹ Por. R. Tymiński, *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 12 kwietnia 2017 r. w sprawie I ACa 6/17, „Temidium”*, https://www.temidium.pl/artukul/glosa_do_wyroku_sadu_apelacyjnego_w_szczecinie_z_12_kwietnia_2017_r_w_sprawie_i_aca_617-4836.html#_ftn9, 19 marca 2019.

³⁰ W swoich rozważaniach pomijam obszerną literaturę cywilistyczną i karnistyczną odnoszącą się do rozumienia pojęcia „dowód” z uwagi na to, że nie ma to znaczenia dla dalszych rozważań – zob. np. M. Cieślak, *Zagadnienia dowodowe w procesie karnym*, t. I, Warszawa 1955, s. 37–38; I. Brzezińska-Adrycy, *Cieężar dowodu w prawie i procesie cywilnym*, Warszawa 2015, s. 70; W. Broniewicz, *Postępowanie cywilne w zarysie*, Warszawa 2008, s. 220.

odpowiednio przepisy o dowodach”³¹. W orzecznictwie wskazuje się wręcz, że: „katalog środków dowodowych według procedury cywilnej nie jest zamknięty, a środkiem dowodowym może być każdy legalnie uzyskany nośnik wiedzy o faktach”³². Kierując się tą zasadą, Sąd Najwyższy wielokrotnie dopuszczał, a niekiedy wręcz nakazywał przeprowadzenie dowodów niewymienionych w Kodeksie postępowania cywilnego³³.

Należy również zwrócić uwagę, że przepisy Kodeksu postępowania cywilnego, nie znają również hierarchii dowodów, która nakazywałaby traktować pewne dowody jako ważniejsze niż inne³⁴. Słusznie więc wskazuje się w literaturze, że: „W procedurze cywilnej obowiązuje zasada równorzędności środków dowodowych. Oznacza to, że twierdzenia o faktach mogą być dowodzone każdym środkiem dowodowym i to zarówno z katalogu środków ustawowych, jak i środków nienazwanych. Dany fakt może zatem zostać wykazany przy użyciu każdego środka dowodowego, przy czym zastosowanie określonego dowodu powinno doprowadzić do tych samych wniosków w zakresie weryfikacji danego twierdzenia, co zastosowanie każdego innego środka dowodowego”³⁵. Z kolei inni autorzy wręcz podkreślają, że: „nie ma podstaw do przyjęcia formalnej hierarchii środków dowodowych z punktu widzenia ich wiarygodności i mocy”³⁶. Również w orzecznictwie Sądu Najwyższego wielokrotnie wprost wyrażano pogląd o tym, że: „Kodeks postępowania cywilnego nie ustanawia hierarchii dowodów (art. 244–309 k.p.c.), ponieważ żaden dowód nie wiąże sądu i podlega swobodnej ocenie sędziowskiej”³⁷.

³¹ *Nota bene* hierarchii dowodów nie zna też Kodeks postępowania karnego, z przepisów którego zasadę tę można wyinterpretować z art. 167 w związku z art. 169 i art. 170 k.p.k., które nie ograniczają możliwości złożenia wniosku dowodowego wyłącznie do dowodów wskazanych w przepisach Kodeksu postępowania karnego – por. R. Stefański, S. Zabłocki, komentarz do art. 167 w: *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, t. 2: *Komentarz do art. 167–296*, red. R. Stefański, S. Zabłocki, Warszawa 2018, s. 51; wyrok SN z dnia 21 maja 2010 r. (sygn. akt II CSK 643/09).

³² Wyrok SN z dnia 27 stycznia 2012 r. (sygn. akt I CSK 211/11); por. także wyrok SN z dnia 5 listopada 2008 r. (sygn. akt I CSK 138/08).

³³ Zob. np. dowód z badań DNA – wyrok z dnia 10 listopada 1999 r. (sygn. akt I CKN 885/99); dowód z badań antropologicznych – wyrok SN z dnia 10 stycznia 2000 r. (sygn. akt III CKN 1025/99); dowód z niepodpisanego wydruku komputerowego – wyrok SN z dnia 5 listopada 2008 r. (sygn. akt I CSK 138/08); dowód z publikacji prasowej – wyrok SN z dnia 27 stycznia 2012 r. (sygn. akt I CSK 211/11).

³⁴ Analogicznie także na gruncie procedury karnej, gdzie podkreśla się, że: „żaden dowód nie może uzyskać pozycji dominującej nad innymi dowodami. Tylko proces swobodnej ich oceny w trybie art. 7 k.p.k. pozwala na dyskwalifikację źródła dowodu i środka dowodowego”. Z. Kukuła, *Poszukiwania dowodów przestępstw gospodarczych*, Warszawa 2013, Lex 2019, część 1.3.

³⁵ E. Marszałkowska-Krześ, komentarz do art. 233 w: *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz* red. E. Marszałkowska-Krześ, Warszawa 2019, Legalis 2019, teza 10.

³⁶ K. Piasecki, *System dowodów i postępowania dowodowe w sprawach cywilnych*, Warszawa 2012, Lex 2019, rozdział VI.

³⁷ Wyrok SN z dnia 14 stycznia 1998 r. (sygn. akt I CKN 412/97); zob. także postanowienia SN z dnia: 14 maja 2013 r. (sygn. akt I UK 23/13); 9 lipca 2013 r. (sygn. akt III UK 11/13). Na odnotowanie zasługuje jednak to, że niekiedy przepisy wskazują pewne odstępstwa od zasady równego traktowania dowodów na rzecz pewnej ich hierarchii – przykładowo art. 11 k.p.c., zgodnie z którym: „Ustalenia wydanego w postępowaniu karnym prawomocnego wyroku skazującego co do popełnienia przestępstwa wiążą sąd w postępowaniu cywilnym. Jednakże osoba, która nie była oskarżona, może powoływać się w postępowaniu cywilnym na wszelkie okoliczności wyłączające lub ograniczające jej odpowiedzialność cywilną”.

Brak determinowanej prawem hierarchii dowodów wynika z przyjęcia systemowego założenia, że polskie prawo oparte jest na zasadzie swobodnej, a nie legalnej oceny dowodów. Ta swobodna ocena dowodów znajduje odzwierciedlenie w art. 233 § 1 k.p.c., który brzmi: „Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału”³⁸. Istota swobodnej oceny dowodów sprowadza się do tego, że organ: „[...] w sposób bezstronny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych, ważąc ich moc i wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego”³⁹. Swobodna ocena ma zatem miejsce jedynie wówczas, gdy organ poddał rzeczowej, logicznej i bardzo wnikliwej analizie wszystkie dowody zgromadzone w toku postępowania – w tym również źródła osobowe i rzeczowe⁴⁰.

Jak już wielokrotnie wskazywano w judykaturze Sądu Najwyższego, przekonanie sądu o wiarygodności jednych dowodów i niewiarygodności innych pozostaje pod ochroną przepisów: o ile: jest poprzedzone ujawnieniem w toku rozprawy głównej całokształtu okoliczności sprawy; stanowi wyraz rozważenia wszystkich okoliczności przemawiających zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść oskarżonego lub pozwanego; jest zgodne ze wskazaniami wiedzy i doświadczenia życiowego, a nadto zostało wyczerpująco i logicznie uargumentowane w uzasadnieniu wyroku⁴¹.

Powyższe uwagi można zatem skonkludować w ten sposób, że *de lege lata* w żadnej procedurze nie ma podstaw do przypisywania dowodowi z dokumentacji medycznej roli innej niż jednego ze środków dowodowych.

³⁸ Na gruncie procedury karnej jest to: art. 7 k.p.k. „Organy postępowania kształtują swe przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, ocenianych swobodnie z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego”, zaś w postępowaniu zawodowym lekarzy art. 61 ust. 3 u.i.l. „Organy prowadzące postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy kształtują swoje przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, ocenianych swobodnie z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego”.

³⁹ Wyrok SN z dnia 10 czerwca 1999 r. (sygn. akt II UKN 685/98); por: postanowienie SN z dnia 8 maja 2013 r. (sygn. akt V KK 349/12); postanowienie SN z dnia 24 kwietnia 2013 r. (sygn. akt IV KK 28/13).

⁴⁰ Postanowienie SN z dnia 9 lipca 2014 r. (sygn. akt II KK 134/14); por. wyrok SN z dnia 10 kwietnia 2000 r. (sygn. akt V CKN 17/00); postanowienie SN z dnia 18 grudnia 2012 r. (sygn. akt III KK 298/12); por. także uchwała pełnego składu Izby Cywilnej SN z dnia 9 czerwca 1976 r. (sygn. akt III CZP 46/75), w której wskazano, że: „Możliwość skorzystania z dowodów przyrodniczych nie zwalnia sądu od przeprowadzenia innych dowodów, a mianowicie dowodu z zeznań świadków i stron. Dowody te z reguły dostarczają faktów istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (np. dających podstawę do domniemania ojcostwa przewidzianego w art. 85 k.r.o.), a nadto wyniki ich mogą uzasadnić ocenę, że dowód z grupowego badania krwi powinien być powtórzony”. W uchwale tej podkreślono, że podstawą ustaleń może być wyłącznie wszechstronnie zgromadzony i oceniony materiał dowodowy.

⁴¹ Myśl tę SN wyrażał w całym szeregu orzeczeń – zob. np. postanowienie SN z dnia: 28 czerwca 2007 r. (sygn. akt II KK 20/07); 1 września 2010 r. (sygn. akt IV KK 78/10); 12 grudnia 2014 r. (sygn. akt SDI 43/14); por. także: H. Pietrzykowski, *Czynności procesowe zawodowego pełnomocnika w sprawach cywilnych*, Warszawa 2017, s. 681 i n.; J. Skorupka, *komentarz do art. 7, w: Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, Warszawa 2018, część II, teza 1, Legalis 2019; A. Sakowicz, *komentarz do art. 7 w: Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, red. A. Sakowicz, K. Boratyńska, P. Czarnecki, A. Górski, M. Królikowski, M. Warchoń, A. Ważny, Warszawa 2018, Legalis 2019, teza 13.

5. Kwestie sporne związane z dokumentacją

Rozważania poświęcone problematyce dokumentacji medycznej należy zacząć od wskazania kwestii spornych, odnoszących się do dokumentacji medycznej, które zostały rozstrzygnięte w judykaturze. Spory wokół dokumentacji koncentrowały się bowiem wokół dwóch kwestii. Po pierwsze, tego, czy dokumentacja medyczna ma charakter dokumentu urzędowego, któremu przysługuje domniemanie prawdziwości w zakresie tego, co zostało w nich urzędowo zaświadczone, czy też dokumentu prywatnego, który dowodzi jedynie tego, że określona osoba złożyła oświadczenie o treści wskazanej w dokumencie⁴². Kwestia ta była bardzo ważna, ponieważ przyjęcie pierwszej koncepcji oznacza, że dowód z dokumentacji medycznej ma jednak walor szczególny. Po drugie, tego, czy można przypisywać dokumentacji medycznej walor większej mocy dowodowej niż innym dowodom ze względu na specyfikę spraw o błędy medyczne. Należy zwrócić uwagę, że niekiedy – pomimo braku formalnej hierarchii dowodów – w praktyce sądowej przypisuje się niektórym dowodom w specyficznych rodzajach spraw sądowych walor szczególnej mocy dowodowej. Przykładowo w sprawach o ustalenie ojcostwa Sąd Najwyższy *explicite* wskazuje, że dowód z badań DNA ma szczególny walor dowodowy, gdy wyniki tych badań wykluczają ustalenie ojcostwa⁴³.

Problem pierwszy rozstrzygnięto stosunkowo niedawno w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 28 marca 2018 r. (sygn. akt IV CSK 123/17). W sprawie tej Sąd Najwyższy stwierdził, że: „Przedstawiona przez powoda dokumentacja medyczna stanowi dokumenty prywatne, których wartość dowodowa polega na tym, że dowodzą tego, iż osoba, która je podpisała, złożyła zawarte w nich oświadczenie. Nie towarzyszy im domniemanie prawdziwości ani zgodności z prawdą”. Jakkolwiek orzeczenia idące w tym kierunku pojawiały się już wcześniej⁴⁴, to stanowisko najwyższej instancji przesądza, że obecnie charakter dowodu z dokumentacji medycznej nie jest sporny⁴⁵.

Zagadnienie dotyczące mocy dowodowej dokumentacji medycznej rozważano w wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 17 września 2013 r. (sygn. akt I ACa 763/13). W orzeczeniu tym rozstrzygnięto ten problem dość jednoznacznie, w sposób, który można uznać za przekonujący. Wyrok ten zapadł w sprawie, w której powódka i jej mąż twierdzili, iż wykonano u niej zabieg Kristellera, podczas gdy lekarze wskazywali, że nie miało to miejsca, ponieważ nie zostało odnotowane w dokumentacji medycznej. Odnosząc się do tego problemu, sąd podkreślił, że: „nie sposób podzielić

⁴² Zgodnie bowiem z art. 244 § 1 k.p.c. „Dokumenty urzędowe, sporządzone w przepisanej formie przez powołane do tego organy władzy publicznej i inne organy państwowe w zakresie ich działania, stanowią dowód tego, co zostało w nich urzędowo zaświadczone”, zaś stosownie do treści art. 245 k.p.c. „Dokument prywatny sporządzony w formie pisemnej albo elektronicznej stanowi dowód tego, że osoba, która go podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w dokumencie”.

⁴³ Wyrok z dnia 14 stycznia 1998 r. (sygn. akt I CKN 412/97).

⁴⁴ Zob. np. wyrok SO w Łodzi z dnia 25 listopada 2015 r. (sygn. akt III Ca 820/14).

⁴⁵ Na marginesie jednak dodam, że kwestie związane z dokumentami powinny jednak doczekać się kompleksowej nowelizacji, ponieważ należy rozróżnić nie tylko dokumenty prywatne i urzędowe, lecz także dokumenty, które nie są tworzone swobodnie, lecz według ściśle określonych reguł, co odróżnia ją od innych oświadczeń wiedzy (np. dokumentacja medyczna, dokumentacja projektowa).

argumentacji strony pozwanej, mającej na celu wywiedzenie, że dokumentacja medyczna powinna stanowić decydujący dowód przebiegu porodu powódki. Co prawda, w istocie w dokumentacji tej powinny znaleźć się wszystkie wykonywane na pacjencie zabiegi, jednak brak zapisu świadczącego o dokonaniu pewnych czynności nie stanowi miarodajnego dowodu, że takiej czynności nie było, a co najwyżej dowód nierzetelnego prowadzenia dokumentacji. Żadne z przepisów prawa materialnego, powołane przez stronę skarżącą, nie nakazują nadawania dokumentacji medycznej wyższej mocy dowodowej niż dowodom osobowym”. Szczegółowa analiza uzasadnienia tego orzeczenia pozwala na wywiedzenie z niego ważnej tezy: brak odnotowania czegoś w dokumentacji medycznej nie przesądza, iż nie doszło do pewnego zdarzenia w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Tym samym informacje zawarte w dokumentacji medycznej nie są dowodem rozstrzygającym, ponieważ mogą być uzupełnione, a nawet zakwestionowane na podstawie innych dowodów.

Omówienie tych dwóch kwestii spornych, które zostały rozwiązane w orzecznictwie, pozwala na dokonanie szerszej analizy judykatury w zakresie problemów związanych z dokumentacją medyczną.

6. Przegląd orzecznictwa z zakresu dokumentacji medycznej

O ile z perspektywy dogmatycznej nie można przypisywać dokumentacji medycznej szczególnej roli dowodowej, o tyle analiza dorobku judykacyjnego nie pozwala już na tak jednoznaczne stwierdzenie. Z uwagi na ilość orzeczeń dotyczących błędów medycznych nie sposób odnieść się do nich wszystkich. Niemniej kilka orzeczeń zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ dość charakterystycznie ujmują istotę znaczenia dokumentacji medycznej dla odpowiedzialności cywilnej lekarza lub podmiotu leczniczego w sprawach o błąd medyczny.

W pierwszej kolejności wypada zwrócić uwagę na stanowisko Sądu Najwyższego zawarte w wyroku z dnia 15 października 1997 r. (sygn. akt III CKN 226/97). Sprawa zapadła w następującej sytuacji procesowej: sąd I instancji oddalił roszczenia pacjentki, podczas gdy biegły sądowy w opinii podkreślił, iż nie może w pełnym zakresie ocenić prawidłowości postępowania lekarza z pozwanego szpitala, ponieważ w dokumentacji medycznej brakuje informacji na jakiej podstawie jako rozpoznanie wpisano stare pęknięcie krocza i pęknięcie mięśnia zwieracza odbytu, które nie zostało odnotowane w protokole operacyjnym. Odnosząc się do orzeczenia sądu apelacyjnego, utrzymującego w mocy wyrok sądu I instancji, Sąd Najwyższy podkreślił, że: „ewentualne nie dające się usunąć braki w dokumentacji lekarskiej nie mogą być wykorzystywane w procesie na niekorzyść pacjenta”. Myśl ta jest o tyle istotna, że Sąd Najwyższy uznał w tej sprawie, że korzystna opinia biegłego dla pozwanego wynikała z widocznych braków dokumentacji medycznej, co skłoniło go do uchylecia zaskarżonego orzeczenia. W tym samym duchu wypowiadają się także sądy apelacyjne. Przykładowo, Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w wyroku z dnia 18 września 2013 r. (sygn. akt I ACa 841/13) odnosił się do argumentacji pełnomocnika szpitala, że zadośćuczynienie zasądzone przez sąd I instancji jest zawyżone, ponieważ cierpienia psychiczne pacjenta nie zostały odnotowane w dokumentacji medycznej. Odrzucając tę argumentację, sąd

apelacyjny podkreślił, iż: „Okoliczność, że stan psychiczny powoda nie był objęty dokumentacją medyczną, nie oznacza automatycznie, że Sąd orzekając o wysokości zadośćuczynienia nie może brać pod uwagę również cierpienie powoda w sferze psychicznej. Wręcz przeciwnie okoliczności tego rodzaju uwzględniać musi”. Cytowane orzeczenie potwierdza nie tylko tezę, że braki w dokumentacji medycznej nie mogą być odczytywane na niekorzyść pacjenta, lecz także dowodzi tego, iż powinny one być uzupełniane innymi środkami dowodowymi.

Z powodu wskazania konsekwencji nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej za niezwykle istotny trzeba uznać wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 27 kwietnia 2017 r. (sygn. akt V ACa 645/16). W sprawie tej dotyczącej porodu bezspornie ustalono, że dokumentacja medyczna stoi w sprzeczności ze stanem klinicznym dziecka i twierdzeniami jego matki. Jak bowiem wynikało z opinii biegłych, uszkodzenie spłotu barkowego jest uszkodzeniem mechanicznym, a czas trwania II okresu porodu i stan dziecka wskazuje, iż w przebiegu porodu musiało dojść do powikłań. W tym stanie rzeczy sąd apelacyjny wskazał, że: „To, że zaistniałe powikłania i sposób reakcji na nie, nie zostały uwidocznione w dokumentacji bezwzględnie obciąża pozwanego, który za jej prowadzenie odpowiada. Ponadto, poród został zakończony przy pomocy zabiegu Kristellera, którego stosowanie jest w położnictwie zabronione. Wprawdzie dokumentacja medyczna w ogóle nie wskazuje czy w trakcie porodu doszło do dystocji barkowej i czy prawidłowo wytoczono barki dziecka i tym samym czy zaistniałe u dziecka porażenie spłotu barkowego należy traktować jako powikłanie zaistniałej sytuacji położniczej, jednakże z całą stanowczością stwierdzić należy, że brak wskazanej chociażby z uwagi na duży przyrost masy ciała matki powoda diagnostyki, na co wprost wskazują biegli w obydwu opiniach, z całą stanowczością obciąża powoda”. Orzeczenie to jest ważne z uwagi na to, że sąd na kanwie danej sprawy *expressis verbis* przyjął konstrukcję, zgodnie z którą nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej nie tylko nie może być odczytane na niekorzyść pacjenta, lecz jest okolicznością obciążającą podmiot odpowiedzialny za jej prowadzenie.

Jeszcze dalej idące następstwa nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej, wskazał Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 16 stycznia 2019 r. (sygn. akt I ACa 1306/17), w którym stwierdził, że: „wady sposobu prowadzenia dokumentacji powodowały, że nie było wiadomo czy odkażono ranę przy przyjęciu, nieczytelne były zalecenia co do leczenia, brak informacji o czasie i dawce podanego leku uniemożliwiały weryfikację czy i kiedy zalecenie zostało wykonane (k. 703), brak było też opisanego godziny podania antybiotyku, w związku z czym nie wiadomo czy był on prawidłowo stosowany. Powyższe zagadnienia wiążą się z wymaganym poziomem świadczeń medycznych, których pozwana placówka nie zapewniła”. W wyroku tym, jak się wydaje, posłużono się następującym rozumowaniem: skoro w dokumentacji medycznej nie odnotowano wykonania pewnych zabiegów (a nie ma innych przekonywujących dowodów na ich wykonanie), to należy przyjąć, iż ich nie wykonano. Tego rodzaju rozumowanie jest najdalej idącą konsekwencją stwierdzenia braków w dokumentacji medycznej, gdyż jest swoistym domniemaniem faktycznym na korzyść strony, która się na daną okoliczność powołuje. Domniemanie to można ująć następująco: brak odnotowania w dokumentacji medycznej wykonania określo-

nych czynności medycznych wskazuje na ich niewykonanie, przy braku dowodów przeciwnych⁴⁶.

Powyższe rozważania warto uzupełnić o odwołanie do wyroku Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 13 sierpnia 2013 r. (sygn. akt II AKa 221/13), w którym rozpatrywano sprawę lekarza oskarżonego o przeprowadzenie nielegalnego zabiegu przerywania ciąży u małoletniej pacjentki, podkreślono, że: „przeprowadzenie dowodu z dokumentacji medycznej dotyczącej rozpoznawanej sprawy miało istotne znaczenie dla oceny zasadności przedstawionego oskarżonemu zarzutu popełnienia przestępstwa”, ponieważ „dokumentacja wcześniej nie została zaewidencjonowana, pomimo takiego obowiązku, zabezpieczono ją po ponad 5-cio miesięcznym, wcześniejszym pobycie pacjentki w przychodni, znajdowała się w specjalnie oznakowanej imieniem pacjentki kopercie, w miejscu do tego nieprzeznaczonym. Z notatki służbowej nie wynika aby w tym miejscu znajdowała się również inna dokumentacja lekarska”. Powyższe doprowadziło sąd do wniosku, że nie można uznać tej dokumentacji za wiarygodną, gdyż: „Wynik każdego badania lekarskiego, a także przeprowadzane u pacjenta zabiegi winny znaleźć odzwierciedlenie w zapisach dokonanych w dokumentacji. Takiego wymogu nie spełniał oskarżony, a «odnaleziona» w szafkach dokumentacja, wraz z szeregiem wad i nieścisłości, podważa jej wiarygodność”. Jakkolwiek to orzeczenie zostało wydane w sprawie karnej, to samo rozumowanie zdaje się zmierzać w kierunku zbieżnym z opisanymi powyżej orzeczeniami sądów w sprawach cywilnych. Teza wynikająca z tego orzeczenia jest bowiem taka, że pewnego rodzaju nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej całkowicie pozbawiają ją wiarygodności.

Dla kompletności obrazu należy jeszcze zwrócić również uwagę na te orzeczenia, które dotyczą skutków procesowych prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej. W orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2016 r. (sygn. akt IV CSK 396/15) w dość ciekawy sposób odniesiono się do tego zagadnienia, rozważając je na tle sprawy pacjentki, u której przeprowadzono operację całkowitego usunięcia gruczołu tarczycowego z powodu raka brodawkowego bez przerzutów do węzłów chłonnych, uzupełnionej usunięciem węzłów chłonnych regionalnych, poszerzonej o tracheotomię (usunięcie części tchawicy). Zdaniem pacjentki operację przeprowadzono błędnie, czego skutkiem było m.in. porażenie obu nerwów krtaniowych wstecznych. W opiniach wydanych w tej sprawie biegli wskazywali, że elementem operacji usunięcia gruczołu tarczycowego jest identyfikacja nerwów krtaniowych wstecznych, która nie została odzwierciedlona w dokumentacji medycznej. Szpital zaś bronił się, że fakt braku odnotowania tych czynności nie oznacza ich nieprzeprowadzenia. Rozstrzygając te wątpliwości Sąd Najwyższy podkreślił, że: „dokumentacja medyczna, sporządzona w sposób zgodny z przepisami prawa, stanowi środek dowodowy służący ustalaniu przebiegu i wyników leczenia, mimo, że nie wszystkie jej składniki odpowiadają wymaganiom stawianym dokumentom przez przepisy kodeksu postępowania cywilnego [...] Treść zapisów zawartych w tej dokumentacji nie jest jedynym dowodem przebiegu operacji, dopuszczalne jest również wykorzystywanie osobowych

⁴⁶ Oczywiście rozumowanie takie ma oparcie w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego, który pozwala na budowanie domniemań faktycznych w art. 231, zgodnie z którym: „Sąd może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić z innych ustalonych faktów (domniemanie faktyczne)”.

środków dowodowych”. Stwierdzenie to ma istotne znaczenie, ponieważ Sąd Najwyższy dość jednoznacznie wskazał, że wyłącznie dokumentacja medyczna prawidłowa pod względem formalnoprawnym stanowi środek dowodowy, dzięki któremu można ustalić okoliczności mające znaczenie w danej sprawie.

Interpretując przytoczone stanowisko Sądu Najwyższego, można stwierdzić, że wynika z niej ważna teza, że prawidłowo prowadzona dokumentacja medyczna może być podstawą przyjęcia ustaleń faktycznych nawet wbrew innym dowodom. Przykładem takiego rozumowania może być wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 9 marca 2018 r. (sygn. akt VI ACa 1211/16) w sprawie, dotyczącej pacjentki, która zgłosiła się na izbę przyjęć pozwanego szpitala z powodu obfitego krwawienia z dróg rodnych. Pacjentce zalecono farmakoterapię (jeden lek przez 5 dni, drugi przez 24 dni) oraz konsultację endokrynologiczną. Pacjentka przyjmowała lek przeciwkrwotoczny przez około rok, po czym wystąpiła u niej zakrzepica. Powódka twierdziła, że pozwany niewłaściwie prowadził dokumentację, ponieważ nie odnotował, iż kazał jej zażywać lek przez rok. Oceniając tę argumentację, sąd apelacyjny stwierdził, że nie zasługuje ona na uwzględnienie, ponieważ: „Z dokumentacji medycznej w sposób jednoznaczny wynika, iż lekarz dyżurny przepisał jedno opakowanie leku, co przy codziennym stosowaniu powinno wystarczać na miesiąc kuracji. Powódka natomiast, mimo potwierdzenia ciągłego zażywania leku przez blisko pół roku, nie potrafiła wskazać, w jaki sposób uzyskała dostęp do leku, który lekarz jej go przepisywał i gdzie realizowała recepty. [...] Podkreślić należy, że długotrwałe zażywanie leku [...] nie było skutkiem niewłaściwego zaordynowania leczenia farmakologicznego przez pozwanego szpital”. Jak widać, dokładne odnotowanie przyczyn przepisania określonego leku, jego dawki oraz ilości pozwoliło na oddalenie roszczeń pacjentki, pomimo jej twierdzeń o brakach w dokumentacji medycznej.

W orzecnictwie Sądu Najwyższego przewija się również wątek odnoszący się do dokumentacji medycznej jako podstawy do oceny prawidłowości postępowania medycznego. W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 24 października 2013 r. (sygn. akt IV CSK 64/13) w sprawie dotyczącej pacjenta, u którego wykonano elektroresekcję zmiany guzowej w pęcherzu moczowym z uwagi na stwierdzoną wysoką złośliwość zmiany. W sprawie tej powód wskazywał, że doszło do błędu medycznego polegającego na podjęciu decyzji o operacji na podstawie badań dotyczących innego pacjenta. Odnosząc się do argumentacji powoda, Sąd Najwyższy wskazał, że: „ocena, czy diagnoza stwierdzająca u powoda nowotwór o najwyższej złośliwości była właściwa, a w konsekwencji, czy prawidłowa była decyzja o całkowitej resekcji pęcherza moczowego, jest uzależniona przede wszystkim od tego, czy jej podstawą była prawidłowa dokumentacja medyczna i czy były prawidłowe rozpoznania przedoperacyjne. Powód zarzuca błąd w sztuce lekarskiej nie tyle polegający na zawinionej błędnej diagnozie lekarzy decydujących o operacji, ile polegający bądź na dołączeniu dokumentacji (badań histopatologicznych) dotyczącej innej osoby, bądź na błędnym rozpoznaniu lekarza patomorfologa, które stanowiło podstawę decyzji lekarzy operatorów”. Z orzeczenia tego można wnosić, że prawidłowo zgromadzona dokumentacja medyczna, dotycząca danego pacjenta, zawierająca konieczne wyniki badań i konsultacji, jest wystarczającym uzasadnieniem dla decyzji o konieczności podjęcia pewnego rodzaju zabiegu operacyjnego.

Na koniec rozważań odnoszących się do dokumentacji medycznej warto zwrócić uwagę, że ocena jej prowadzenia może mieć wymiar ogólniejszy i świadczyć o docho- waniu bądź niedochowaniu należytej staranności w procesie leczenia pacjenta. Kon- strukcję taką przyjęto w wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 15 maja 2015 r. (sygn. akt I ACa 1077/14), który wydano na tle ciekawego stanu faktycznego: małoletni powód zgłosił się do szpitala z powodu uszkodzenia ręki w sieczkarni. W szpitalu założono mu gips z powodu rozpoznanego złamania podstawy kciuka. Po kilkunastu dniach zdjęto gips i okazało się, że wdała się martwica, konieczna była amputacja kciuka. Z analizy biegłych wynikało, że dokumentacja medyczna nie za- wieriała informacji pozwalających na ustalenie: jak wyglądała rana, w którym miejscu była, jak wyglądało ukrwienie kciuka, co zostało wykonane oprócz chirurgicznego opracowania i szycia rany, nie wskazano, czy szyte było ścięgno zginacza długiego kciuka, nie dokonano wpisu o ewaluacji kończyny górnej, wykonywaniu ćwiczeń, ob- serwacji ukrwienia kciuka, zaleceniu zgłoszenia się na kontrolę. Analizując tę sprawę sąd apelacyjny stwierdził, że: „O niedochowaniu należytej staranności przez perso- nel medyczny szpitala w [...] może świadczyć to, że wizyta powoda w tej placówce w dniu 28 września 2011 roku nie została należycie udokumentowana, w dokumen- tacji medycznej nie wpisano bowiem jak wyglądało ukrwienie i unerwienie kciuka oraz nie wykonano kontrolnego zdjęcia radiologicznego złamanego kciuka, który był nastawiony i unieruchomiony w opatrunku gipsowym”. W moim przekonaniu orze- czenie to statuuje kolejne domniemanie faktyczne, które może być wykorzystywane przede wszystkim przez stronę powodową procesów o błąd medyczny. Istota tego do- mniemania wyraża się w tym, że: niestaranność w prowadzeniu dokumentacji me- dycznej dowodzi naruszenia zasad staranności postępowania medycznego, przy braku dowodów przeciwnych.

6. Wnioski – praktyczne znaczenie dowodu z dokumentacji medycznej

Z powyżej zrekapitulowanego orzecznictwa sądowego można wywieść kilka wnio- sków, które mogą okazać się użyteczne dla praktyki procesowej oraz rozumienia znaczenia dokumentacji medycznej. Przede wszystkim prawidłowo prowadzona do- kumentacja medyczna może być ważnym dowodem w sprawach o błąd medyczny, a poważne wady formalnoprawne dokumentacji medycznej mogą prowadzić do cał- kowitego zdyskwalifikowania jej jako wiarygodnego środka dowodowego. Równie ważna wydaje się konstatacja, że braki w dokumentacji medycznej nie mogą być od- czytywane na niekorzyść pacjenta, a sposób prowadzenia dokumentacji medycznej może świadczyć o staranności zawodowej lekarza.

Powyższe ustalenia nie oddają jednakże w pełni roli dokumentacji medycznej w procesie sądowym. Nie można bowiem tracić z pola widzenia dwóch istotnych fak- tów. Po pierwsze, dokumentacja medyczna jest dowodem, który powstał zanim doszło do sporu pomiędzy pacjentem a lekarzem – w tym sensie dokumentacja medyczna może być przedstawiona jako dowód zbiektywizowany, tj. taki, który oddaje stan faktyczny w sposób niezniekształcony intencjami procesowymi stron. Należy bowiem mieć na uwadze, że zeznania stron procesu są zawsze składane w sytuacji, w któ-

rej są one zainteresowane pewnym rozstrzygnięciem, co rzutuje na ich ocenę. Także świadkowie mogą być postrzegani jako zainteresowani konkretnym orzeczeniem (np. rodzina pacjenta czy personel szpitala). Z tego powodu w praktyce prawidłowo prowadzona i staranna dokumentacja medyczna może być dowodem o wiarygodności z natury rzeczy większej niż zeznania stron czy świadków. Co ważne, tego rodzaju oceny nie podważa w ogóle fakt, że dokumentacja medyczna została sporządzona przez jedną ze stron procesu – trzeba bowiem pamiętać, iż pacjent ma na każdym etapie prawo wglądu do dokumentacji medycznej i prawo do jej zakwestionowania. Jeżeli w toku procesu ustalono, że pacjent lub jego rodzina nie korzystali z tych praw, to można wnioskować, iż w toku udzielania świadczeń zdrowotnych nie widziano do tego podstaw. Ustalenie, czy pacjent kwestionował dokumentację medyczną na etapie udzielania świadczeń zdrowotnych lub tuż po nim, powinno stanowić ważny element oceny wiarygodności dokumentacji medycznej w postępowaniu sądowym.

Po drugie, stwierdzenia zawarte w prawidłowo prowadzonej i starannej dokumentacji medycznej są w praktyce bardzo trudne do podważenia. Jak bowiem ktoś po kilku latach miałby udowodnić, że wbrew temu co zanotowano w dokumentacji u pacjenta wystąpił albo nie wystąpił określony objaw (np. tachykardia). Jak wykazać, że leczenie nie przyniosło poprawy, gdy w dokumentacji medycznej odnotowano poprawę stanu zdrowia? Udowodnienie, że dokumentacja medyczna nie oddaje rzeczywistości wymaga wykazania, że została sporządzona niezgodnie ze stanem klinicznym pacjenta lub sfalszowana. W praktyce jest to sytuacja, z którą można się spotkać niezwykle rzadko.

Podsumowując, jakkolwiek w świetle obowiązującego prawa nie można stwierdzić, że dokumentacja medyczna ma walor dowodowy większy niż inne środki dowodowe, to w praktyce znaczenie jej wykracza poza proste przyjęcie, iż jest to dowód z dokumentu prywatnego. Co więcej, wydaje się, że w orzecznictwie rysuje się pewna ambiwalencja w stosunku do dokumentacji medycznej. Z jednej bowiem strony jest ona uznawana za dowód taki, jak każdy inny, z drugiej zaś na jej podstawie konstruuje się coraz częściej domniemania faktyczne, wykraczające niekiedy nawet poza sferę oceny tego dowodu.

7. Podsumowanie

W najbliższych latach orzecznictwo nadal będzie ewoluować, coraz wyraźniej modyfikując rolę i znaczenie dowodu z dokumentacji medycznej. W mojej ocenie rola dowodu z dokumentacji medycznej stopniowo będzie wzrastać. Widzę tutaj dwa główne powody tego zjawiska. Pierwszym jest informatyzacja służby zdrowia, która powoduje, że wiarygodność dokumentacji coraz łatwiej wykazać za pomocą przedstawienia zapisanej na elektronicznych nośnikach danych historii zmian w treści dokumentacji medycznej (tzw. logi systemowe). Z jednej strony niewątpliwie wyeliminuje to – a przynajmniej poważnie ograniczy – możliwość manipulowania dokumentacją medyczną przez osoby uprawnione do jej edytowania, z drugiej wykluczy w zasadzie możliwość racjonalnego sformułowania zarzutu przez stronę powodową, że coś zostało „dopisane” w celu uniknięcia odpowiedzialności prawnej, co obecnie jest dość

częste. Drugim jest to, że wraz z rozwojem rynku usług prawnych nakierowanych na pozywanie osób wykonujących zawody medyczne i podmiotów leczniczych, rośnie świadomość prawna pozywanych i standardy prowadzenia dokumentacji medycznej. Bezsprene powoduje to, że osoby uprawnione do wprowadzania treści do dokumentacji medycznej robią to coraz obszerniej i coraz bardziej opisowo. Co istotne, w piśmiennictwie medycznym publikuje się regularnie badania, wskazujące, że jednym z podstawowych sposobów uniknięcia roszczeń pacjentów jest prawidłowe i dokładne prowadzenie dokumentacji medycznej⁴⁷. Te dwa zjawiska implikują moim zdaniem to, że orzecznictwo wkrótce dostrzeże i ustali, iż dokumentacja medyczna jest dowodem o szczególnym charakterze, któremu należy przyznać prymat w przypadku rozbieżności z innymi dowodami.

Streszczenie

Prezentowany artykuł dotyczy znaczenia dowodu z dokumentacji medycznej w sprawach cywilnych o błąd medyczny. Jest to problem dość ważny, ponieważ w świetle obowiązującego prawa nie można stwierdzić, że dokumentacja medyczna ma walor dowodowy większy niż inne środki dowodowe. W praktyce jednak znaczenie dokumentacji medycznej wykracza poza proste przyjęcie, iż jest to dowód z dokumentu prywatnego, ponieważ sądy często na podstawie dokumentacji medycznej konstruują liczne domniemania faktyczne oraz oceniają staranność lekarza. Należy przypuszczać, że w najbliższych latach orzecznictwo nadal będzie ewoluować, modyfikując rolę i znaczenie dowodu z dokumentacji medycznej.

Słowa kluczowe: orzecznictwo sądowe, błąd medyczny, dokumentacja medyczna, dowód

Significance of medical documentation evidence in medical error court cases

Summary

The article is about the significance of medical documentation evidence in medical error court cases. This is a quite important issue, as in the light of the binding law we cannot say that medical documentation is of evidentiary value greater than other evidentiary means. Yet in fact, the significance of medical documentation goes beyond a simple assumption that this is private document evidence, because on the grounds of medical documentation, courts often make numerous presumptions of facts and assess the physician's diligence. Judicial decisions should be supposed to still evolve in the forthcoming years, modifying the role and significance of medical documentation evidence.

Key words: judicial decisions, medical error, medical documentation, evidence

⁴⁷ Zob. np. S. Achar, W. Wu, *How to Reduce Your Malpractice Risk*, „Fam Pract Manag.” 2012 Jul–Aug, 19(4), s. 21–26; G. Panting, *How to avoid being sued in clinical practice*, „Postgraduate Medical Journal” 2003, vol. 80, issue 941, 165, s. 168.

