

Marek Mierzwa

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin

marek.mierzwa@poczta.umcs.lublin.pl

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0622-0245>

Dowód z dokumentacji medycznej w sprawach cywilnych o błąd medyczny

<http://dx.doi.org/10.12775/SIT.2022.033>

1. Wprowadzenie

Złożona natura organizmu ludzkiego sprawia, że nawet przy dołożeniu najwyższej staranności i zachowaniu wszelkich standardów rezultat leczenia może odbiegać od zamierzeń personelu medycznego¹. Ryzyko niepowodzenia w leczeniu i powstania w jego wyniku uszczerbku na zdrowiu spoczywa, co do zasady, na pacjencie. To on decyduje o ochronie swojego zdrowia i życia, wyrażając zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego ze świadomością możliwych w danym przypadku powikłań². Inaczej wygląda to w sytuacji, gdy komplikacje w procesie leczenia są efektem pomyłki, nieuwagi lub niezręczności personelu medycznego bądź niewłaściwej organizacji placówki medycznej. Takie przypadki są określane mianem błędów medycznych. Według różnych szacunków mogą one dotyczyć od

¹ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2010, s. 74–77.

² Prawo do decydowania o ochronie swojego życia i zdrowia wynika z art. 47 Konstytucji RP, a prawo o obowiązku uzyskania od pacjenta świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego stanowi art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tekst jednolity: Dz.U. z 2021 r. poz. 790 oraz art. 15–19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jednolity: Dz.U. z 2020 r. poz. 849.

20 do 30 tys. pacjentów rocznie³. Zawiniony błąd medyczny, pozostający w adekwatnym związku przyczynowo-skutkowym z działaniem bądź zaniechaniem personelu medycznego, może stanowić podstawę odpowiedzialności odszkodowawczej za powstałą w jego wyniku szkodę u pacjenta.

Mimo wzrostu świadomości pacjentów w zakresie przysługujących im praw i coraz częstszego domagania się naprawienia szkody wynikającej z błędu medycznego jedynie około 20% roszczeń jest uwzględnianych w całości bądź w części⁴. Jednym z głównych czynników takiego stanu rzeczy są trudności dowodowe w tzw. sprawach medycznych. Udowodnienie przesłanek odszkodowawczych w tego typu sprawach często jest utrudnione, a niekiedy wręcz niemożliwe ze względu na specyfikę procesów biologicznych zachodzących w organizmie człowieka.

W związku z powyższym dowodzenie błędu medycznego w postępowaniu cywilnym cechuje się pewnymi odrębnościami, które ukształtowały się głównie w praktyce orzeczniczej. Zaliczają się do nich przede wszystkim instytucje łągodzące rygoryzm dowodowy, np. dowód *prima facie*, domniemania faktyczne, reguła *res ipsa loquitur*. Specyfika tzw. spraw medycznych determinuje również odpowiedni dobór środków dowodowych. W praktyce szczególne znaczenie przy dochodzeniu roszczeń z tytułu błędu medycznego mają zatem dowód z opinii biegłego z zakresu medycyny oraz dowód z dokumentacji medycznej, który stanowi podstawowe źródło informacji o przebiegu leczenia.

Zdaniem autora dowód z dokumentacji medycznej, mimo braku hierarchii dowodów w polskim procesie cywilnym, ma szczególny walor w sprawach związanych z dochodzeniem roszczeń z tytułu błędu medycznego. W praktyce stanowi on podstawowe źródło informacji w zdecydowanej większości spraw oraz punkt wyjścia

³ Zob. <https://www.sppnn.org.pl/> (dostęp: 20.09.2021 r.); https://www.rp.pl/Sluzba-zdrowia/305099931Proku_ratura-wysledzi-blad-lekarza.html (dostęp: 21.10.2021 r.).

⁴ Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Ministerstwa Sprawiedliwości: *Ewidencja spraw o odszkodowania wyrządzone przez służbę zdrowia w latach 2011–2017* oraz Raportu Najwyższej Izby Kontroli, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,18515,vp,21114.pdf> (dostęp: 22.04.2020 r.).

do sporządzania opinii przez biegłego⁵. Jednocześnie powszechnie zauważalny jest problem niewystarczającej dbałości w prowadzeniu dokumentacji, jej niekompletności i nieczytelności, która doczekała się swoistego określenia „lekarski charakter pisma”⁶. Tymczasem sposób prowadzenia dokumentacji ma istotny wpływ na wynik postępowania cywilnego, a istniejące w niej braki, czy też błędy obciążają pozwanego, który jest odpowiedzialny za jej prowadzenie⁷. Złagodzenie problemu niewłaściwie prowadzonej dokumentacji medycznej ma stanowić informatyzacja systemu opieki zdrowotnej, w tym obowiązek prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej. W niniejszym artykule autor postara się określić rolę dowodu z dokumentacji medycznej w tzw. procesach medycznych w kontekście praktyki orzeczniczej, z uwzględnieniem aktów prawnych regulujących kwestie prowadzenia dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych, sygnalizując przy tym wprowadzane i postulowane zmiany z zakresu informatyzacji.

2. Dokument jako środek dowodowy w postępowaniu cywilnym*

Dokumentację medyczną należy zaliczyć do szerszej kategorii dokumentów stanowiących środek dowodowy, uregulowany jako pierwszy w Kodeksie postępowania cywilnego⁸. Definicja legalna dokumentu została zawarta w Kodeksie cywilnym, zgodnie z którym jest to „nośnik informacji umożliwiający zapoznanie się z jej

* Zob. K. Knoppek, *Dokument w procesie cywilnym*, Poznań 1993; M. Mañowska, *Dokument jako środek dowodowy w postępowaniu nakazowym*, „Prawo Spółek” 1999, nr 4; S. Dalka, *Dowód z dokumentu w sądowym postępowaniu cywilnym*, „Palestra” 1974, nr 8–9.

⁵ Wyrok SN z dnia 26 lipca 2013 r., III UK 134/12, Legalis nr 787676.

⁶ J. Przeździak, *Znaczenie dokumentacji medycznej w orzecznictwie korporacyjnym*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2007, nr 1(1), s. 79–81.

⁷ Wyrok SA w Gdańsku z dnia 27 kwietnia 2017 r., V ACa 645/16, Legalis nr 1674074.

⁸ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (tekst jednolity: Dz.U. z 2021 r. poz. 1805 ze zm.), dalej: k.p.c.

treścią” (art. 77³ Kodeksu cywilnego⁹). Na gruncie k.p.c. kategoria ta została podzielona na dwie części. Przepisy o dowodzie z dokumentu, tj. art. 243¹ i n. k.p.c., mają zastosowanie do dokumentów *sensu stricto* – zawierających tekst, umożliwiających ustalenie ich wystawców (art. 243¹ k.p.c.). Natomiast do pozostałych dokumentów (*sensu largo*), niemieszczących się w zakresie przedmiotowym art. 243¹ k.p.c., zwłaszcza nośników obrazu lub dźwięku, sąd stosuje odpowiednio przepisy o dowodzie z oględzin oraz o dowodzie z dokumentów (art. 308 k.p.c.).

Dokument jako nazwany środek dowodowy musi, po pierwsze, wyrażać informację ujętą za pomocą pisma, utrwalonego dowolną techniką, np. własnoręcznie, komputerowo czy w formie maszynopisu na dowolnym materiale¹⁰. Po drugie, jego wystawca musi być identyfikowalny. Przyjmuje się, że każdy sposób pozwalający ustalić tożsamość autora jest dopuszczalny, nawet podanie samego numeru telefonu czy adresu e-mail¹¹.

Z punktu widzenia postępowania dowodowego istotne znaczenie ma legalny podział dokumentów na urzędowe i prywatne. Pierwsza kategoria obejmuje dokumenty „sporządzone w przepisanej formie przez powołane do tego organy władzy publicznej i inne organy państwowe w zakresie ich działania” (art. 244 k.p.c.). Przepis ten ma zastosowanie również do dokumentów wystawianych m.in. przez: związki zawodowe, izby gospodarcze, organizacje rolnicze, organizacje rzemieślnicze, organizacje pracodawców, spółdzielnie i związki spółdzielcze uregulowane w ustawie Prawo spółdzielcze¹². Należy podkreślić, że walor dokumentu urzędowego mają jedynie dokumenty wystawione w zakresie kompetencji po-

⁹ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jednolity: Dz.U. z 2022 r. poz. 1360 ze zm.), dalej: k.c.

¹⁰ E. Rudkowska-Ząbczyk, *Dowód z dokumentu*, w: *Dowody i postępowanie dowodowe w sprawach cywilnych*, red. Ł. Błaszczak, K. Markiewicz, Warszawa 2015, s. 512.

¹¹ M. Rejda, w: *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*, red. A. Marciniak, Warszawa 2019, Legalis, uwagi do art. 243¹, Nb 7.

¹² M. Krakowiak, w: *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*, red. A. Góra-Błaszczkowska, Warszawa 2020, Legalis, uwagi do art. 244, Nb 1.

siadanych przez wymienione organy¹³. Pozostałe należy traktować jako dokumenty prywatne¹⁴.

Dokument prywatny, zgodnie z wcześniejszymi uwagami, można określić jako sporządzony w formie pisemnej albo elektronicznej nośnik informacji tekstowej umożliwiający zapoznanie się z jej treścią, podpisany przez jego wystawcę, niespełniający wymagań przewidzianych dla dokumentu urzędowego. Wystawcą dokumentu prywatnego może być każda osoba fizyczna, osoba prawna oraz jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną¹⁵.

Dokumenty urzędowe i prywatne, spełniające wymogi określone w Kodeksie postępowania cywilnego, korzystają z domniemania autentyczności. Jego obalenie jest możliwe przy skutecznym przeprowadzeniu dowodu przeciwności przez stronę zaprzeczającą¹⁶. Podważanie prawdziwości może polegać na sformułowaniu zarzutu sfałszowania dokumentu w całości lub w części, np. samej osnowy, czy też złożonego podpisu¹⁷. Oryginalność dokumentu z reguły jest badana przez biegłego, niemniej jednak jego powołanie stanowi prawo, a nie obowiązek sądu (art. 254 k.p.c.).

Prawidłowo sporządzony dokument urzędowy korzysta również z domniemania prawnego zgodności z prawdą treści w nim zaświadczonych. Zaprzeczenie prawdziwości oświadczenia organu zawartego w dokumencie urzędowym, tak jak podważenie jego autentyczności, wymaga dowodu z przeciwności (art. 252 k.p.c.)¹⁸. Dokument prywatny stanowi jedynie dowód złożenia oświadczenia zawartego w dokumencie przez osobę, która się pod nim podpisała.

Mimo że dowody w postępowaniu cywilnym w ujęciu ogólnieabstrakcyjnym mają charakter równorzędny, to jednak w przypadku

¹³ E. Rudkowska-Ząbczyk, op.cit., s. 527.

¹⁴ M. Krakowiak, op.cit., uwagi do art. 244, Nb 4.

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ E. Marszałkowska-Krześ, w: *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*, red. E. Marszałkowska-Krześ, Warszawa 2020, Legalis, uwagi do art. 252, Nb 1–7.

¹⁷ M. Krakowiak, op.cit., uwagi do art. 252, Nb 2.

¹⁸ E. Marszałkowska-Krześ, op.cit., uwagi do art. 252, Nb 8–12.

dokumentów można dostrzec pewną namiastkę hierarchiczności. Rozwijając ten wątek, trzeba zaznaczyć, że w przypadku dokonywania czynności prawnych w formie pisemnej *ad solemnitatem* albo *ad eventum* dopuszczenie dowodu ze świadków lub z przesłuchania stron na fakt ich dokonania jest dopuszczalny jedynie wtedy, gdy dokument obejmujący czynność został zagubiony, zniszczony lub zabrany przez osobę trzecią. Jeżeli forma pisemna została zastrzeżona tylko *ad probationem*, wskazane dowody mogą zostać dopuszczone także w wypadkach określonych w Kodeksie cywilnym, np. gdy obie strony wyrażą na to zgodę; żąda tego konsument w sporze z przedsiębiorcą; fakt dokonania czynności prawnej będzie uprawdopodobniony za pomocą dokumentu (art. 247 k.p.c.).

Ustawodawca przewidział również ograniczenia przy dopuszczaniu dowodu ze świadków lub z przesłuchania stron przeciwko osnowie lub ponad osnowę dokumentu, który obejmuje czynność prawną między stronami. Jest to możliwe, o ile nie będzie skutkowało obejściem przepisów o formie pisemnej *ad solemnitatem* oraz o ile sąd uzna to za konieczne ze względu na szczególne okoliczności sprawy (art. 247 k.p.c.). Nie chodzi tu o podważanie autentyczności dokumentu, lecz o jej odmienną ocenę na podstawie zeznań świadków czy też przesłuchania stron, dlatego sąd powinien ostrożnie korzystać z tego rozwiązania¹⁹. Skoro strony dokonały czynności prawnej w formie pisemnej, to w drodze domniemania faktycznego należy uznać, że dokument zawiera pełne oświadczenia stron w zgodnie ustalonym brzmieniu²⁰.

3. Dokumentacja medyczna – pojęcie, rodzaje, charakter

W polskim systemie prawnym regulacje dotyczące dokumentacji medycznej znajdują się w wielu aktach normatywnych, zarówno w ustawach, jak i w rozporządzeniach. Jako punkt wyjścia moż-

¹⁹ Postanowienie SN z dnia 23 lutego 2001 r., II CKN 392/00, Legalis nr 277376.

²⁰ M. Krakowiak, op.cit., uwagi do art. 247, Nb 2.

na potraktować ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²¹, w której art. 2 ust. 1 pkt 1 dokumentacja medyczna została zdefiniowana jako „dokumentacja medyczna, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”²². Definicja ta w zasadzie niewiele wyjaśnia i jak wskazują niektórzy autorzy, jest obarczona błędem *idem per idem*²³. Legalnej definicji dokumentacji medycznej nie ma również w u.p.p. Zostały w niej wymienione jedynie wymogi co do jej treści, na którą powinny się składać co najmniej: oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości (m.in. nazwisko i imię, data urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL); oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych; opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych; datę sporządzenia (art. 25 u.p.p.).

W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia²⁴ zdefiniowano pojęcie elektronicznej dokumentacji medycznej. Stanowią ją „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” (art. 2 ust. 1 pkt 6 u.s.i.o.z.). W skład tych dokumentów wchodzi m.in. recepty, historia choroby (informacja o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wyniki przeprowadzonych badań, przyczyna odmowy przyjęcia do szpitala, udzielone świadczenia zdrowotne oraz ewentualne zalecenia w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala); informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcą

²¹ Tekst jednolity: Dz.U. z 2022 r. poz. 633 ze zm., dalej: u.d.l.

²² Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz.U. z 2022 r. poz. 1876), dalej: u.p.p.

²³ A. Sieńko, *Definicja pojęcia dokumentacja medyczna na gruncie prawa powszechnego*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/definicja-pojecia-dokumentacja-medyczna-na-gruncie-prawa,262128.html> (dostęp: 28.10.2021 r.).

²⁴ Tekst jednolity: Dz.U. z 2022 r. poz. 1555, dalej: u.s.i.o.z.

do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych; karta informacyjna z leczenia szpitalnego²⁵. Dokumentami medycznymi od 25 kwietnia 2020 r. są również opis badań diagnostycznych, a od 25 kwietnia 2021 r. wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisem²⁶.

Najwięcej informacji dotyczących dokumentacji medycznej dostarcza rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r.²⁷ Na podstawie tego aktu prawnego dokumentację medyczną można podzielić na: indywidualną – dotyczącą poszczególnych pacjentów oraz zbiorczą – obejmującą dane ogółu pacjentów bądź określonych grup. Z kolei dokumentacja indywidualna dzieli się na: wewnętrzną – prowadzoną na potrzeby udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz zewnętrzną – przeznaczoną do użytku pacjenta (§ 2 ust. 1 rozp.dok.med.). Dokumentacja może być prowadzona zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej (§ 1 rozp.dok.med.).

Wskazane rozporządzenie zawiera również katalog otwartych dokumentów wchodzących w skład dokumentacji indywidualnej wewnętrznej, który tworzą: 1) historia zdrowia i choroby; 2) historia choroby; 3) karta noworodka; 4) karta indywidualnej opieki pielęgniarstwie; 5) karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną; 6) karta wizyty patronażowej; 7) karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego; 8) karta uodpornienia (§ 2 ust. 3 rozp.dok.med.). Z kolei dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią m.in. skierowanie do szpitala lub innego podmiotu; skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie; karta przebiegu ciąży; książeczka zdrowia dziecka; karta informacyjna z leczenia

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. poz. 941).

²⁶ § 1 rozporządzenia z dnia 15 października 2019 r., zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. poz. 2029).

²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. poz. 666), dalej również: rozp.dok.med.

szpitalnego; książeczka szczepień; zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska (§ 2 ust. 4 rozp.dok.med.).

Zauważalna obecnie tendencja do informatyzacji służby zdrowia nie pozostaje bez wpływu na prowadzenie dokumentacji medycznej. W 2019 r. Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt nowego rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁸. Projekt ten został wprowadzony do porządku prawnego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. Po 1 stycznia 2021 r., co do zasady, podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych powinny prowadzić dokumentację medyczną w postaci elektronicznej, ale nie muszą tego robić w przypadku braku warunków organizacyjno-technicznych. Wówczas mogą prowadzić ją w postaci papierowej²⁹. Warto wskazać, że już od 8 stycznia 2020 r. istnieje obowiązek wystawiania recept w formie elektronicznej, a od 8 stycznia 2021 r. także skierowania mogą być wstawiane jedynie w formie elektronicznej³⁰.

Przedstawione powyżej rozważania dotyczące dokumentacji medycznej należy odnieść do przepisów k.p.c. regulujących dowód z dokumentu. Z tego punktu widzenia najważniejsze jest określenie charakteru dokumentacji medycznej – czy stanowi ona dokument prywatny, czy urzędowy. Dość długo trwał na tym tle spór³¹, rozstrzygnięty ostatecznie w wyroku Sądu Najwyższego z 2018 r. SN uznał, że dokumentacja medyczna zalicza się do dokumentów prywatnych, a więc stanowi dowód złożenia oświadczeń w niej zawartych przez osoby, które się pod nimi podpisały³². Podobne stanowisko zajął Sąd Apelacyjny w Łodzi, który dodatkowo wskazał, że dokumentacja medyczna korzysta z domniemania autentyczności, lecz nie dowodzi materialnej prawdziwości zawartego w niej oświad-

²⁸ Projekt z dnia 11 października 2019 r. rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

²⁹ § 1 rozp.dok.med.

³⁰ Art. 23 ust. 4 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz.U. poz. 1590).

³¹ R. Tymiński, *Znaczenie dowodu z dokumentacji medycznej w sprawach cywilnych o błąd medyczny – refleksje na tle praktyki i orzecznictwa sądowego*, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 11, s. 130–131.

³² Wyrok SN z dnia 28 marca 2018 r., IV CSK 123/17, Legalis nr 1820068.

czenia. Jej moc dowodowa oceniana jest przez sąd zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów³³. Mimo że dokumentacja medyczna jest sporządzana w przepisanej formie, to nie sposób uznać, że udzielenie świadczeń zdrowotnych można zakwalifikować do realizowania zadań z zakresu administracji publicznej³⁴.

Jako dokument prywatny należy traktować także prywatną ekspertyzę, sporządzoną na zlecenie jednej ze stron. Może być ona sporządzona przez osobę posiadającą wiadomości specjalne, nawet przez biegłego wpisanego na listę sądową, jednak nie sposób uznać ją za dowód z opinii biegłego w rozumieniu art. 278 k.p.c. Opinia prywatna nie korzysta z kodeksowych gwarancji bezstronności, a przede wszystkim nie jest sporządzana na wniosek sądu. Jej rola sprowadza się do oceny szansy powodzenia powództwa, oszacowania ewentualnego zysku oraz ryzyka niepowodzenia – opinia prywatna stanowi więc dla strony merytoryczne wsparcie przy podejmowaniu decyzji o dochodzeniu roszczeń na drodze sądowej oraz ewentualnie przy ukierunkowaniu czynności procesowych³⁵. Strona może domagać się dopuszczenia dowodu z prywatnej opinii, traktując ją jako część swojej własnej argumentacji. Nie zastąpi to jednak dowodu z opinii biegłego w rozumieniu art. 278 k.p.c. i będzie służyło jedynie wykazaniu, że osoba, która podpisała się pod ekspertyzą, złożyła oświadczenie zawarte w jej treści³⁶.

Pacjent ma zapewnione prawo dostępu do dokumentacji medycznej związanej z udzielanymi mu świadczeniami zdrowotnymi (art. 23 u.p.p.). Placówka medyczna jest zobowiązana wydać kopię dokumentacji pacjentowi lub innej upoważnionej osobie na jego życzenie (art. 26 ust. 1 u.p.p.). Z praktycznego punktu widzenia zasadne jest uzyskanie kopii dokumentacji przez pacjenta przed

³³ Wyrok SA w Łodzi z dnia 23 kwietnia 2018 r., I ACa 1074/17, Legalis nr 1782975.

³⁴ Wyrok SA w Krakowie z dnia 17 września 2013 r., I ACa 763/13, Legalis nr 1091994.

³⁵ U. Drozdowska, *Dopuszczalność wykorzystania tzw. opinii prywatnych w cywilnych procesach medycznych – uwagi na tle prawa pacjenta do dokumentacji medycznej*, „Białostockie Studia Prawnicze”, 2017, t. 22, nr 2, s. 123–124, <https://doi.org/10.15290/bsp.2017.22.02.09>.

³⁶ Wyrok SN z dnia 9 sierpnia 2019 r., II CSK 352/18, Legalis nr 2235924.

wszczęciem postępowania cywilnego i dołączenie jej do pozwu jako dowodu w sprawie³⁷. Na podstawie jej analizy można ocenić prawdopodobieństwo wystąpienia błędu medycznego, braki w dokumentacji, a tym samym szanse dochodzenia roszczeń przed sądem³⁸. Ponadto posiadana kopia dokumentacji może stanowić materiał porównawczy w przypadku podejrzenia sfałszowania, podrobienia bądź przerobienia dokumentacji medycznej.

4. Dowód z dokumentacji medycznej w orzecznictwie

Rola dowodu z dokumentacji medycznej w sprawach dotyczących roszczeń związanych z błędem medycznym jest powszechnie podkreślana w orzecznictwie. Analiza orzecznictwa prowadzi do wniosku, że dokumentacja medyczna stanowi, obok opinii biegłych, kluczowy dowód pozwalający na rekonstrukcję procesu leczenia i wykrycie ewentualnych nieprawidłowości³⁹. Dokumentacja medyczna z reguły powstaje przed wystąpieniem zdarzenia wywołującego szkodę, co wpływa na jej trudny do podważenia obiektywizm⁴⁰. Cechuje ją także weryfikowalność, którą zapewniają: zasada dublowania informacji i miejsc przechowywania danych, równoległość dokumentacji sporządzanej przez lekarzy i pielęgniarki, wymóg chronologii wpisów, prowadzenie dokumentacji zbiorczej, zawierającej dane wszystkich bądź określonej grupy pacjentów, np. rejestr zabiegów, rejestr zakażeń szpitalnych. W związku z powyższym „celowe poprawianie, usuwanie czy preparowanie dokumentu medycznego jest obarczone możliwością wykrycia tego procederu z uwagi na istnienie tych samych wpisów (bądź informacji świadczących

³⁷ E. Wasilewska, *Metodyka pracy adwokata i radcy prawnego w sprawach medycznych o zadośćuczynienie*, Warszawa 2020, Legalis.

³⁸ Ibidem.

³⁹ Wyrok SN z dnia 26 kwietnia 2016 r., IV CSK 396/15, Legalis nr 1472797.

⁴⁰ E. Wasilewska, op.cit.

o wpisach) w różnych dokumentach, prowadzonych przez różne osoby w różnych miejscach zakładu”⁴¹.

Moc dowodowa dokumentacji medycznej zależy od jej treści merytorycznej, sposobu prowadzenia, braku poprawek, uszkodzeń itp. Rozstrzyga o niej sąd według zasady swobodnej oceny dowodów, biorąc pod uwagę całość zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego. 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”⁴². Ocena tego typu dokumentów wiąże się z odpowiednim stosowaniem przepisów o dowodzie z dokumentu na podstawie art. 309 k.p.c. W związku z tym brak podpisu lekarza bądź innej osoby uprawnionej do wystawienia dokumentu nie pozbawiają go waloru dowodu, o ile nie był on wymagany przez przepisy regulujące formę i treść dokumentacji medycznej.

Podobne wnioski sformułował Sąd Apelacyjny w Warszawie, dopuszczając jako dowód niepoświadczony za zgodność z oryginałem kserokopie dokumentów, uznając je za inny środek dowodowy w rozumieniu art. 309 k.p.c. W uzasadnieniu sąd wskazał, że poświadczenie kserokopii dokumentu za zgodność z oryginałem nie jest warunkiem *sine qua non* dopuszczenia go jako dowodu w postępowaniu cywilnym. Oczywiście brak ten wpływa na jego moc dowodową, która uzależniona jest również od innych zgromadzonych w sprawie dowodów.

Strona może kwestionować autentyczność lub prawidłowość sporządzonej dokumentacji medycznej, jednak do jej oceny na ogół wymagane jest posiadanie wiadomości specjalnych. W takiej sytuacji sąd powinien dopuścić dowód z opinii biegłego, chyba że dowód taki, zgodnie z art. 235² k.p.c., może zostać pominięty, np. ze względu na brak znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy⁴³.

⁴¹ Wyrok SO w Poznaniu z dnia 16 czerwca 2016 r., IV Ka 396/16, Legalis nr 2113463.

⁴² Wyrok SN z dnia 21 maja 2010 r., II CSK 643/09, Legalis nr 381546.

⁴³ Wyrok SN z dnia 24 października 2013 r., IV CSK 64/13, Legalis

Dobrym przykładem obrazującym sposób podważania dowodu z dokumentacji medycznej oraz jego relacje z innymi środkami dowodowymi jest wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 28 lipca 2017 r.⁴⁴ W przedmiotowej sprawie powód reprezentowany przez swoją matkę wystąpił z roszczeniem o zasądzenie na jego rzecz zadośćuczynienia i odszkodowania za doznaną krzywdę i szkodę na skutek nieprawidłowej opieki okołoporodowej, która doprowadziła do powstania zamartwicy, stanu po obrzęku mózgu oraz encefalopatii niedotlenieniowo-niedokrwiennej. Stan ten powstał w związku z długotrwałym niedotlenieniem dziecka podczas porodu. Przedstawicielka ustawowa powoda zarzucała lekarzom popełnienie błędu medycznego w postaci „braku monitorowania tętna płodu za pomocą KTG (badanie kardiotokograficzne monitorujące czynność serca płodu) w okresie całego porodu oraz niepodjęcie decyzji o wcześniejszym zakończeniu porodu”. Pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości, powołując się na dokumentację porodu, w której widniał zapis o odmowie poddania się badaniu KTG przez matkę powoda. Przedstawicielka ustawowa powoda zakwestionowała prawdziwość dokumentu, podnosząc, że dopiski o braku zgody rodzącej na badanie KTG zostały naniesione później. W tej sytuacji sąd wydał postanowienie o dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego z zakresu ginekologii, przesłuchał w charakterze świadków personel medyczny uczestniczący w porodzie powoda oraz dopuścił dowód z zeznań przedstawicielki ustawowej powoda. Na podstawie tak zgromadzonego materiału dowodowego sąd uznał, że dokumentacja medyczna została sfalszowana, a lekarze popełnili szereg błędów medycznych. Wynikało to ze stwierdzonych przez biegłego sprzecznych i przeczących nauce zapisów w dokumentacji (np. „zapis o ciężkiej zamartwicy nie koresponduje z akcją serca 140/min i różową skórą noworodka. To jest nieprawdopodobne”), jej istotnych braków (np. „w przypadku zamartwicy stan noworodka winien być oceniany po 1, 3, 5 i 10 minutach. W tym wypadku brak takiej oceny”). Ponadto sąd odmówił wiary świadkom, uznając

nr 877730.

⁴⁴ Wyrok SO w Łodzi z dnia 28 lipca 2017 r., II C 1837/12, Legalis nr 2064898.

ich zeznania za równie sprzeczne wewnętrznie i nielogiczne jak adnotacje w dokumentach. Nierzetelne prowadzenie dokumentacji uniemożliwiło pełne odtworzenie przebiegu porodu i ocenę prawidłowości zachowania personelu medycznego. Niemniej ustalone nieprawidłowości wystarczyły do przypisania placówce medycznej odpowiedzialności na gruncie art. 430 k.c. oraz jej ubezpieczeniu na podstawie art. 822 § 1 k.c.

W orzecznictwie powszechny jest pogląd, że pojawiające się, tak jak w powyższej sprawie, niedające się usunąć braki czy też nieprawidłowości w dokumentacji medycznej nie powinny być wykorzystywane na niekorzyść pacjenta⁴⁵. W przeciwnym razie uniemożliwiłoby to pacjentowi-powodowi wykazanie przesłanek odpowiedzialności podmiotu leczniczego. Podwyższony stopień staranności wymagany od personelu medycznego obejmuje cały obszar jego działalności, w tym prawidłowe dokumentowanie podejmowanych czynności⁴⁶. Co prawda dokumentacja nie jest jedynym źródłem dostarczającym informacji o przebiegu procesu leczenia⁴⁷, jednak zaniedbania w jej prowadzeniu mogą stanowić przesłankę do przyjęcia niedbalstwa placówki medycznej w drodze domniemania faktycznego. Wtedy to na pozwanym będzie ciążył obowiązek wykazania, że czynności medyczne były prawidłowe, zgodne z najnowszą wiedzą i sztuką medyczną⁴⁸.

Dokumentacja medyczna odgrywa szczególnie istotną rolę w przypadku, gdy dochodzone przez pacjenta roszczenia wynikają z zakażeń szpitalnych. Ze względu na trudności dowodowe w tego typu sprawach często stosowane są domniemania faktyczne oraz dowód *prima facie*. Wykorzystywanie tych konstrukcji łagodzących rygoryzm dowodowy opiera się w głównej mierze na wskazywaniu

⁴⁵ Wyrok SN z dnia 15 października 1997 r., III CKN 226/97, Legalis nr 156754; wyrok SN z dnia 21 maja 2010 r., II CSK 643/09, Legalis nr 381546; wyrok SN z dnia 6 września 2018 r., V CSK 608/17, Legalis nr 1823750.

⁴⁶ Wyrok SA w Łodzi z dnia 21 marca 2017 r., I ACa 1437/14, Legalis nr 2055792.

⁴⁷ Wyrok SA w Łodzi z dnia 9 marca 2016 r., I ACa 1282/15, Legalis nr 1446443.

⁴⁸ Wyrok SN z dnia 6 września 2018 r., V CSK 608/17, Legalis nr 1823750.

nieprawidłowości organizacyjnych w funkcjonowaniu placówki medycznej. Punktem wyjścia do ustalania zaniedbań powinna być analiza wewnętrznej dokumentacji medycznej, w tym procedur postępowania w celu zapobiegania zakażeniom szpitalnym (np. dotyczących dezynfekcji narzędzi, mycia rąk przez personel medyczny, zmiany opatrunków, postępowania z odpadami medycznymi), zasad monitorowania zakażeń szpitalnych (np. powołanie organu kontrolującego zakażenia szpitalne, system rejestrowania zakażeń, przeprowadzanie wewnętrznych kontroli, opracowywanie raportów o sytuacji epidemiologicznej w placówce medycznej⁴⁹). Informacji o sytuacji sanitarno-epidemiologicznej w danej placówce dostarczają również raporty z kontroli zewnętrznej, dokonywanej np. przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.

W opiniach biegli zazwyczaj wskazują, że błąd organizacyjny wiąże się z brakiem programu kontroli zakażeń szpitalnych, posiadaniem przestarzałego bądź nieadekwatnego programu, stosowaniem rozwiązań sprzyjających zakażeniom, np. oszczędzanie na środkach dezynfekujących, sprzęcie jednorazowego użytku. Dość powszechną praktyką jest ukrywanie przez placówki medyczne powikłań związanych z zakażeniami, co niekiedy może zostać uznane za błąd diagnostyczny⁵⁰. Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 20 listopada 2014 r. uznał, że źle wystawiona rejestracja zakażeń szpitalnych (wskazywano 2% takich zakażeń, podczas gdy na całym świecie, nawet w USA, procent zakażeń szpitalnych wynosi 8–12%), wykazane podczas kontroli problemy z zaopatrzeniem w ręczniki jednorazowe, mydło i inne środki czystości oraz zeznania pacjentki, że zarówno na salach, jak i w toaletach nie było czysto, nie było również podziału na tzw. czysty i brudny oddział, stanowią wystarczające przesłanki, aby zastosować domniemanie winy organizacyjnej po stronie szpitala⁵¹.

⁴⁹ Wyrok SR w Łodzi z dnia 28 grudnia 2017 r., II C 553/14, Legalis nr 2081126.

⁵⁰ A. Drzewiecki, *Wybrane problemy opiniowania sądowno-lekarskiego w bakteryjnych zakażeniach szpitalnych*, Kraków 2008, s. 24.

⁵¹ Wyrok SA w Łodzi z dnia 20 listopada 2014 r., I ACa 621/14, Legalis nr 1185887.

5. Podsumowanie

Podsumowując problematykę poruszoną w niniejszym artykule, należy z całą stanowczością podkreślić, że mimo braku hierarchii środków dowodowych w polskim postępowaniu cywilnym dowód z dokumentacji medycznej ma szczególne znaczenie w praktyce orzeczniczej, zwłaszcza w procesach o odszkodowanie i zadośćuczynienie za szkodę wynikającą z zakażeń szpitalnych. Niekiedy można obserwować wręcz nadmierne skupienie na badaniu prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej i ocenie przez jej pryzmat prawidłowości procesu leczenia. Takie podejście może paradoksalnie obniżyć jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych z uwagi na biurokracizm oraz strach młodych lekarzy przed podejmowaniem specjalizacji zabiegowych, obarczonych wysokim ryzykiem niepowodzenia, a tym samym zwiększonym prawdopodobieństwem oskarżenia o popełnienie błędu medycznego.

Lekarz zobowiązany jest do wypełniania wielu dokumentów, takich jak książeczki zdrowia, bilanse czy dokumentacja elektroniczna, a zawarte w nich informacje są multiplikowane. Jak pokazują badania Najwyższej Izby Kontroli, blisko jedną trzecią czasu porady lekarskiej zajmuje prowadzenie dokumentacji medycznej oraz wykonywanie czynności administracyjnych. W trakcie teleporady jest jeszcze gorzej – na samo świadczenie medyczne pozostaje jeszcze mniej, bo tylko 57 proc. czasu⁵². Aż 86 proc. skontrolowanych przez NIK podmiotów nie wykorzystało możliwości odciążenia pracy lekarzy poprzez nadanie asystantom medycznym odpowiednich uprawnień do wystawiania e-zwolnień, e-recept i e-skierowań. Dużym problemem pozostaje też spełnianie wymagań związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, m.in. z powodu nieufności wobec narzędzi informatycznych, braku mobilnych urządzeń do ewidencji danych medycznych lub braku niezbędnych modułów w użytkowanych systemach informatycznych⁵³.

⁵² Najwyższa Izba Kontroli, *Organizacja pracy i zakres obowiązków administracyjnych personelu medycznego w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej*, Warszawa 2021, s. 12.

⁵³ Ibidem.

W minimalizowaniu błędów i uchybień przy prowadzeniu dokumentacji medycznej, co mogłoby mieć później przełożenie na przypisanie odpowiedzialności za błąd medyczny, ważną rolę powinna odgrywać informatyzacja i automatyzacja czynności administracyjnych. Tradycyjną dokumentację należy stopniowo zastępować dokumentacją elektroniczną. Przy odpowiednim przeszkoleniu personelu i wypracowaniu odpowiednich rozwiązań technicznych może ona usprawnić codzienną pracę lekarzy i zarządzanie podmiotem leczniczym. Dokumentacja prowadzona w sposób elektroniczny jest dużo bardziej czytelna, zapisy są ustrukturyzowane, umożliwia to szybki dostęp do informacji administracyjnych oraz zdrowotnych pacjentów. Dzięki temu następuje poprawa bezpieczeństwa pacjenta (dane są czytelne, uporządkowane i chronione) i jednocześnie poprawa bezpieczeństwa pracy lekarza (przejrzystość zapisu danych, alerty, inne narzędzia wsparcia dla diagnostyki i terapii).

Można zakładać, że przedstawione zmiany w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej nie pozostaną bez wpływu na jej znaczenie jako środka dowodowego w tzw. sprawach medycznych. Elektroniczna dokumentacja medyczna z założenia ma być bowiem mniej podatna na fałszowanie, wtórne modyfikacje, dopiski. Jest również bardziej czytelna i przejrzysta, w związku z czym jej praktyczna wartość dowodowa powinna się zwiększyć. Ponadto prawidłowo i obszernie sporządzona dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej umożliwi pacjentom bardziej racjonalną ocenę szans udanego dochodzenia roszczeń z tytułu błędów medycznych.

STRESZCZENIE

Dowód z dokumentacji medycznej w sprawach cywilnych o błąd medyczny

Dowodzenie błędu medycznego w postępowaniu cywilnym charakteryzuje się pewnymi odrębnościami, które ukształtowały się głównie w praktyce orzeczniczej. Cechuje je przede wszystkim złagodzony rygor dowodowy oraz szczególne znaczenie niektórych środków dowodowych. Wśród nich należy wskazać dowód z dokumentacji medycznej, który w niniejszym tekście zostanie poddany analizie z perspektywy praktyki orzeczniczej oraz

w kontekście regulacji określających sposób prowadzenia tej dokumentacji. Wyciągnięte w ten sposób wnioski zostaną skonfrontowane z praktyką prowadzenia dokumentacji medycznej z perspektywy podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz postulatami informatyzacji systemu opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: proces medyczny; postępowanie cywilne; dowód; dokumentacja medyczna

SUMMARY

Evidence from medical records in civil cases for a medical error

Proving a medical error in civil proceedings is characterized by certain differences, which have been shaped mainly in judicial practice. They are characterized, first of all, by a reduced rigor of evidence and the special importance of certain evidence. Among them, one should mention evidence from medical records, which in this text will be analyzed from the perspective of jurisprudence and in the context of regulations defining the manner of keeping this documentation. The conclusions drawn in this way will be confronted with the practice of keeping medical records from the perspective of the entity providing health services and the postulates of informatization of the health care system.

Keywords: medical trial; civil proceedings; evidence; medical documentation

BIBLIOGRAFIA

- Dalka S., *Dowód z dokumentu w sądowym postępowaniu cywilnym*, „Pa-lestra” 1974, nr 8–9.
- Dowody i postępowanie dowodowe w sprawach cywilnych*, red. Ł. Błaszczak, K. Markiewicz, Warszawa 2015.
- Drozdowska U., *Dopuszczalność wykorzystania tzw. opinii prywatnych w cywilnych procesach medycznych – uwagi na tle prawa pacjenta do dokumentacji medycznej*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2017, t. 22, nr 2.

- Drzewiecki A., *Wybrane problemy opiniowania sądowo-lekarskiego w bakteryjnych zakażeniach szpitalnych*, Kraków 2008.
- Knoppek K., *Dokument w procesie cywilnym*, Poznań 1993.
- Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*, red. A. Góra-Błaszczkowska, Warszawa 2020.
- Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*, red. A. Marciniak, Warszawa 2019.
- Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*, red. A. Zieliński, Warszawa 2019.
- Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*, red. E. Marszałkowska-Krześ, Warszawa 2020.
- Manowska M., *Dokument jako środek dowodowy w postępowaniu nakazowym*, „Prawo Spółek” 1999, nr 4.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2010.
- Przeździak J., *Znaczenie dokumentacji medycznej w orzecznictwie korporacyjnym*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2007, nr 1(1).
- Tymiński R., *Znaczenie dowodu z dokumentacji medycznej w sprawach cywilnych o błąd medyczny – refleksje na tle praktyki i orzecznictwa sądowego*, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 11.
- Wasilewska E., *Metodyka pracy adwokata i radcy prawnego w sprawach medycznych o zadośćuczynienie*, Warszawa 2020.

