



PENAL, CIVIL AND CORPORATE LAW ASPECTS OF THE RESPONSIBILITY OF A MEDICAL DOCTOR

Elżbieta SKUPIEŃ¹, Filip BOLECHAŁA²

¹ *Institute of Forensic Research, Krakow, Poland*

² *Chair and Department of Forensic Medicine, Collegium Medicum of Jagiellonian University, Krakow, Poland*

Abstract

Issues related to medico-legal expert opining in cases where it is necessary to assess physicians' work are discussed in the present work. Difficulties in expert opining stemming from the way medical documentation has been run or from unclear interpretation of formulations in the Penal Code have been presented, illustrated with specific examples of expert reports which have been drawn up during past two years. Differences in the manner of analysis of evidence material and formulation of conclusions depending on whether the expert opinion concerns a penal or a civil case, or if it is drawn up for the Chamber of Physicians and Dentists in relation to professional responsibility have been emphasised. Attention is also drawn to how attacking medical doctors in the media is reflected in the kinds of cases submitted to courts and the content of decisions (requests) submitted to forensic experts.

Key words

Medico-legal expert opining; Forensic expert; Malpractice; Attestation of an untruth.

Received 6 December 2007; accepted 14 December 2007

1. Introduction

As can be seen from data collected in archives of the Department of Forensic Medicine in Krakow, which concern years 1991–1995, in this period about 50 cases per annum were submitted requiring assessment as to whether in the case in question malpractice occurred. In 2000, there were 64 similar cases, so one may say that the number of such expert reports was growing. This upward tendency was maintained in the following years – in 2004, 120 expert reports on the correctness of physicians' conduct were prepared. Recently, an especially rapid growth in the number of cases where it is expected that medico-legal experts will assess the correctness of actions of their colleagues has been observed. In 2007, there were 227 cases submitted to the Department of Forensic

Medicine in Krakow by prosecutor's offices and penal departments of the courts. This phenomenon is accompanied by a quite one-sided picture of medical doctors and medical malpractice presented in the media, which is very efficient in inflaming negative emotions in society. Such media reports are falling on very fertile ground at present, with patients and their families being persuaded that the medical profession has sole responsibility for imperfections in functioning of the health service organised by the state, and financed by contributions of all citizens. One of the reasons for the growing number of such cases may be public awareness of the opportunity to obtain a specific benefit, namely compensation.

The basis for the civil responsibility of a health service institution or a particular physician is article 415 of the Civil Code, stating that everybody who is re-

sponsible for harming another person is obliged to rectify the situation. However, it is the plaintiff's responsibility to prove guilt and harm, which usually requires hiring of a barrister. Requesting that a prosecutor's office investigates "a case" provides an opportunity to prove a doctor's or a hospital's guilt without the necessity of personal or financial engagement. Referring to the findings of a criminal court or a medical court considerably simplifies further insurance claims in civil proceedings.

From the expert practice of the authors of the present article it transpires that the growth in the number of cases is not linked to a growing number of mistakes made by medical personnel.

2. Aim of the study

It was decided to analyse cases in which the authors have given opinions during last two years as experts of the Department of Forensic Medicine. The aim of this analysis was:

- to assess whether and what kinds of new expert opining problems are facing experts in relation to the constantly changing system of financing medical services and restrictions in access to these services;
- to determine which information collected in case files is of great significance for the proper drawing up of an expert report;
- to shed light on problems which should be thoroughly considered during training of doctors in the field of medical law.

3. Discussion of results

From the conducted analysis it transpires that recently new problems have appeared, both as a result of changing legal regulations and the reaction of prosecutor's offices, patients and their families to media reports.

Legal problems connected with being a medical practitioner, including treatment with and without the consent of a patient, respect for his/her rights, manner of informing the ill person and her/his relatives, or the right to access to medical documentation are the subject of comprehensive deliberations [5, 7, 9, 10], but – until now – these deliberations have only been sporadically reflected in judicial practice. The basic issue in expert reports ordered by the police, prosecutor's offices and penal department of the courts is assessment of the correctness of medical treatment.

Numerous press and television reports such as "patient dies because ambulance fails to arrive" are resulting in the increasingly common conviction that if physicians did their job properly, we would be immortal. In practice, prosecutors are also becoming "infected" with this conviction, which is reflected in the wording of filed motions: they do not enquire about the correctness of a treatment, but, instead, ask directly "at which stage of treatment did malpractice occur?", or more precisely, "which of the doctors is responsible for the death of the patient?"

In cases which have been initiated mainly as a result of media campaigns, the least problematic from the point of view of expert opining were those linked with the Corhydron scandal (it turns out that in one of the ampoules a life-threatening substance – scaline – was present instead of the medicine). A dozen or more cases from practically the whole of Poland were submitted. Only in one case were symptoms which occurred after the injection typical of application of a muscle relaxant. The ambulance team behaved professionally, conducted an effective rescue action, and the atypical effects of application of a medicine were described in the documentation in detail. In the report conclusion it was confirmed that the physician's behaviour was fully appropriate. Further correspondence was the result of the determination of a prosecutor who aimed to prepare an indictment against the doctor on the basis of article 160 of the Penal Code ("someone who exposes a person to a direct threat of loss of life or serious damage to health, is liable to a penalty of imprisonment of up to 3 years"), and it resulted in the necessity to prepare two supplementary expert reports. In the second supplementary report, experts quoted § 4 of article 160 of the Penal Code ("a person who voluntarily prevents impending danger is not liable to punishment"), which brought the case to a close.

In the remaining cases, the "information about an offence (crime)" submitted to the prosecutor's office looked similar: the complainant had received a Corhydron injection in the past, or she/he had been visited by police officers, who had been informed in a pharmacy that this person had Corhydron in his/her possession and should return all the ampoules. In this situation, the patient came to the conclusion that her/his health had worsened. In all these cases, prosecutors accused on the basis of article 160 of the Penal Code, requesting only that medico-legal experts determine who is responsible for this threat to health. In the meantime both the daily press and the TV news reported on many occasions about sudden and dramatic, versus chronic symptoms of application of the (wrong) medicine in an ampoule labelled as Corhydron. In the opinion of the

authors, in all these cases, requests for expert reports were completely groundless and a waste of money.

“Exposure to a direct threat of loss of life or serious damage to health” is the sentence which is most often present in prosecutors’ requests and which is not easy to answer [6]. Lawyers do not accept information that there was no real effect and request assessment of a hypothetical effect. However, the domain of forensic medicine is expert opining on the basis of facts, and not speculating.

In a commentary on the Penal Code, there is, for example, an interpretation indicating that every refusal to admit patients for hospital treatment is a threat to the life and health of a patient. On the basis of such an interpretation, in each case where an ambulance team has not taken a patient to hospital, or a doctor from an emergency room has refused to admit a person to a hospital, they could be accused on the basis of article 160 of the Penal Code, no matter if the patient suffered any damage to health or not. Yet the basic question is if at a given moment, the health condition of the patient required her/his stay in a hospital or not.

In these kinds of cases, contradictions between the testimonies of the patient and his family vs. testimonies of the medical team are always present. It should be possible to resolve such inconsistencies on the basis of properly documented medical records.

A new challenge of the present times is the necessity to assess the expert work of a physician through the verification of the content of the certificates s/he draws up or through assessment of the appropriateness of the prescribed medicines and sick leave certificates. This mainly concerns two groups of issues: attestation of an untruth or defrauding money from the National Health Fund (NFZ) or Department of Social Insurances (ZUS). The accusation of attestation of an untruth is directed against medical doctors who prepare certificates for their patients, stating their inability to participate in legal proceedings or inability to be imprisoned. Such certificates usually state that patient is on sick leave, or is being treated, and sometimes (but not always) this information is followed by a diagnosis, and a statement that she/he cannot put in an appearance. The majority of certificates which were presented for assessment to the authors of this article were neither supported by medical documentation nor by the state of health of the person in question. This observation is concordant with opinions of other experts [3]. However, it is not always possible to assess whether the certificate in question is a result of conscious attestation of an untruth, or is a result of being misinformed by a patient. Additionally, one may have the impression that the majority of physicians have no basic knowl-

edge about the fact that inability to work does not necessarily translate into inability to participate in legal proceedings, and at the same time they are not sufficiently conscious of the responsibility of a doctor signing a given medical certificate. Most physicians do not attach importance to information given in such a certificate, they do not wonder about the objective of the patient when asking for a certificate of defined content. Accused physicians usually explain that perhaps a certificate is not completely consistent with the health condition of a patient, but it was issued according to the rules of the code of medical ethics. Indeed, according to article 2 of the amended code of medical ethics “market mechanisms, social pressures and administrative requirements do not release a doctor from the ethical order of the highest importance, which is acting for the good of the patient”. However, no definition precisely defines how the “good of a patient” should be understood and whether a practical execution of this order should consist in uncritical meeting of a patient’s wishes. To illustrate the above considerations, let us look at two examples.

The first one concerns a media person who after repeatedly not appearing at a prosecutor’s office, excused by medical certificates, was summoned for examination to the department of forensic medicine. He did not turn up for this examination either, presenting a certificate from another doctor that his state of health “precluded him from turning up for the summons”. The doctor who signed this certificate later testified that he had not known the reason for this summons, but had he known it, he would have issued an identical certificate. It is difficult to understand what reasons other than a serious illness, which was not so in this case, may preclude a person from going to another doctor. Hence, there was no difficulty in answering the question concerning the inappropriateness of the conduct of the physician who had signed this certificate.

The second case is not so simple, and the discussion on conclusions in this expert report was very stormy. The case concerned a family doctor who had prepared a certificate for a nurse working with him that she needed for divorce proceedings, stating that the state of her health (retrosternal toxic goitre) requires “the presence of another person around the clock”. Because very strong emotions accompanied the case, the nurse’s husband filed a motion to punish the doctor who had attested an untruth both to the spokesperson of professional responsibility of the District Chamber of Physicians and Dentists, i.e. the professional body and to the prosecutor’s office. The authors saw the spokesman’s case files together with an expert report from which it transpired that on the basis of medical

documentation it could not be assessed if the certificate was concordant with the actual state or not. One may only state that the documentation did not meet certain requirements. During proceedings at the District Chamber of Physicians and Dentists, the physician was instructed on how the documentation should be executed, and the chamber waived punishing the medical doctor. This result of proceedings did not satisfy the nurse's husband, who in his communication to the prosecutor's office emphasised that his wife was professionally active, so she could not be as ill as transpired from the medical certificate, which is "an evident attestation of an untruth". Indeed, from the medical files provided together with the case files it did not transpire that the hyperthyroidism was of such a severe nature. If the physician under suspicion had certified that his patient required "round the clock care", then it undoubtedly would be an attestation of an untruth. Yet he wrote that she required "the presence", which is not a medical term.

Expert reports concerning defrauding benefits from the National Health Fund require a separate discussion. According to the authors it is an economic crime, with no need to request an expert report from physicians. If other evidences show that a patient, who, according to documentation, regularly, once a month, visited a specialist out-patient clinic, where his health was thoroughly described and medicines were prescribed which were then bought in a pharmacy nearby, had in fact been dead for two years; another patient, who was paralysed after a stroke, had been living with his daughter in another locality for five years, and a dozen or more others categorically claimed that they had never been treated nor had even ever heard of the medical doctor, then one might assume that such material is sufficient for prosecution. Yet prosecutors dealing with the given case obstinately negotiate for the case to be examined by medical experts and send photocopies of medical documentation of tens of patients followed by a question asking which documentation has been drawn up reliably and is consistent with the real state of health of the patient, and which seems to be falsified. Even before reading the documentation the authors were convinced that it was run irreproachably and this assumption proved to be accurate in each case. Medical documentation which is intentionally falsified according to the needs of the client is usually drawn up very carefully and contains all information required by the client.

Other problems arose when preparing a very extensive expert report concerning sick leave certificates issued on Department of Social Insurances forms (ZUS ZLA forms). Experts received decisions (requests)

concerning the necessity to assess the health state of 47 persons and to answer whether their health state really justified medical certification of inability to work for 180 days without a break, whether each of these persons could have misled a medical doctor and if currently one may observe the same symptoms of illness that were present previously. At the beginning, the authors were quite sceptical – case files consisted of 24 extensive volumes, the case had been proceeding for several years, and another difficulty was that there are no legal regulations precisely defining when it is justified to certify inability to work, and when it is not. However, after a preliminary assessment of the evidence material and becoming acquainted with prosecutor's questions it was assessed that a medico-legal expert report might be useful.

Three physicians were involved in a case of issuing sick leave certificates to employees of a private firm with a very broad area of activities: a family medicine specialist, a neurologist, and a pulmonologist. The majority of patients, after exceeding the limit of sick leave certificates signed by one physician were provided with a referral to another physician, who, after a short break, began another cycle of sick leaves. All three were questioned as suspects, but they categorically stated that these certificates were issued on the basis of the actual state. The authors were provided with the whole documentation. All notes made by the neurologist looked like the ones shown in Figure 1.

No assessment can be made on the basis of such documentation, on which it was impossible to even read the date of the consultation. One may only state that the documentation does not meet the requirements which should be fulfilled and does not allow assessment of which symptoms justified such long sick leaves.

On the other hand, the pulmonologist ran the medical records very conscientiously, legibly, in each patient he described pneumonia with a fever of 39 Celsius degrees, a dry cough, profuse sweating and numerous creaks in the lungs. The same symptoms were supposed to be present during each appointment that took place every 30 days. In this situation, one could ascertain not only therapeutic inactivity that was a threat to the life of patients in whom these symptoms were supposed to occur – if they really had occurred – but also exclude the possibility of misleading the physician, as he described symptoms which could be diagnosed only on the basis of a direct examination.

The majority of expert reports are still prepared for prosecutor's offices and for the penal departments of the courts. However, a growing number of cases submitted by civil departments of courts to assess requests

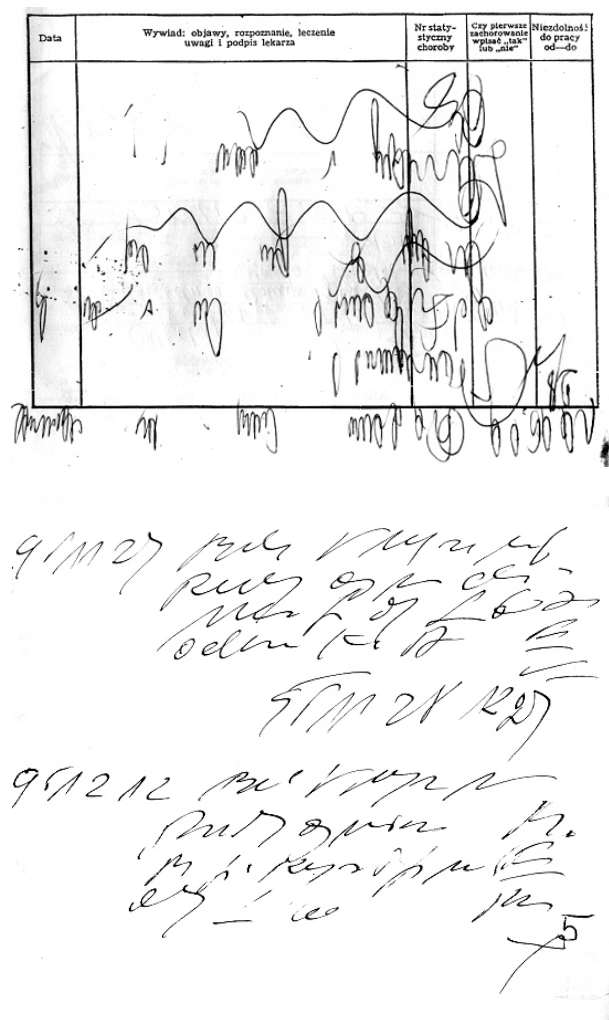


Fig. 1. Example neurological documentation.

for compensation and satisfaction can be observed. This mostly concerns cases in which the completed process of treatment did not bring satisfactory results to a patient. It should be expected that as the health service is progressively privatised, and as physicians are increasingly hired on contracts and social awareness grows, the number of civil cases will increase.

In received files, documents concerning proceedings run by a spokesperson of professional responsibility are increasingly frequently present. The Act concerning Chambers of Physicians and Dentists states that “the task of the council of physicians is in particular to be responsible for and supervise appropriate and conscientious execution of the profession of a physician”, and this task is carried out “especially through medical court proceedings in the field of professional responsibility of physicians”.

In the majority of cases, not only a forensic medical examiner, but also a specialist clinician is present in the expert team. This seemingly comfortable situation should not lead to marginalisation of the participation of the forensic medical examiner, limiting her/his actions to preparation of file abstracts and uncritical acceptance of the authority of the clinician [1, 8]. For the role of the medical examiner is to raise the awareness of the clinician concerning critical analysis of medical documentation. Leading doctors in the forensic medical field have always emphasised that the obligation of the medical examiner is to doubt and to search for confirmation [4]. An uncritical attitude towards medical documentation is a basic cause of an incorrect expert report. Sometimes experts do not pay attention to the discrepancy between the diagnosis of a dangerous illness and the described state of health of a patient, followed by a “delicate”, not very active treatment. One cannot accept lack of documentation of a physician’s reaction to changes occurring in the patient’s health. Information that some supplementary examinations were ordered is not sufficient; one should check if those examinations were really carried out, and the medical doctor became acquainted with their results and reacted accordingly. Another task of an expert, which cannot be forgotten, is to take special care over the cohesion and documentation of the expert report conclusions, to ensure that conclusions are based on the evidence, and to appropriately assess cause-effect links.

4. Penal vs. civil proceedings

The kind of case to which a medical examiner has been appointed influences the attitude towards the collected evidence. The kind and “quality” of evidence influences the quality of the expert report and the degree of certainty of the conclusions drawn. In penal cases, lawyers expect the expert report to be straightforward, precisely answering the questions posed and thoroughly presenting the course of the expert’s thinking. Information contained in case files does not always enable this. Expectations in civil cases are usually lower, although it is not unusual that the level of complexity of the expert report requires much more knowledge and better technique on the part of the expert [2, 8].

When assessing the correctness of a physician’s or a medical team’s actions in a case of insurance proceedings one should remember that according to the judgements of the High Court, these services “should correspond to at least the average level of medical ser-

vices provided by a public medical service". It is also accepted that because of the higher standard of some hospitals or clinics that hire distinguished specialists or are equipped with more modern apparatuses, a patient has the right to expect a higher standard of medical services [7].

In contrast to penal cases, in civil proceedings, witness and a plaintiff testimonies should also be included in abstracts from case files. Such a broad consideration of evidence material results from the fact that the expert report is one of the elements which helps the court to determine the amount of compensation and redress. However, experts have no right to say what extra elements of evidence material are needed, as this would upset the balance of the parties. However, when preparing an expert report in cases conducted by prosecutor's offices or penal courts, experts may file a motion to have the case files supplemented. However, there is less "room to manoeuvre" when assessing evidence material. This stems from incomplete or unreadable medical documentation, and also from contradictions between records in documentation and the testimonies of witnesses and the accused physician. Since an expert cannot assess the truthfulness of testimonies, if an equivalent attitude was adopted to all of them, it would result in each expert opinion having an alternative character. Because of this, the strategy of preparing expert reports on the basis of objective facts with omission of so-called personal evidence has been accepted. Yet often forensic experts are obliged, as a result of the initiative of the counsel for the defence, to comment on very detailed testimonies of a physician, who remembers all details excellently, or to participate in an interview with that physician. In such a situation, when listening to explanations indicating that a physician acted very carefully, an expert has no other option than to say sympathetically that is a pity that these actions are not reflected in medical documentation prepared by the physician.

Another difference in approach to penal and civil cases is the issue of standards of medical conduct. These standards, or "recommendations", are drawn up by particular scientific societies, and are constantly modified in response to developments in medical knowledge, and they are commonly applied by clinicians, who, in conclusions of expert reports often state that the defined conduct "did not fulfil normal standards of medical conduct". In civil cases, such a statement is equivalent to the conclusion that the service received by the patient did not correspond to "an average level of medical services". But if such a statement is present in an expert report prepared during penal proceedings, then one should be prepared for a ques-

tion posed by the barrister as to what legal act obliges the physician to act in accordance with the cited standard. And the expert must then admit that there is no such legal regulation.

When analysing case files of spokespersons of professional responsibility or medical courts, one may observe that testimonies of defendants and physician-witnesses are treated very seriously, and these, often after many years, supplement deficiencies in medical documentation.

5. Summary

Some important issues linked with medical documentation – its proper running by clinicians and appropriate analysis by experts – have emerged after analysing the cases. Unfortunately, knowledge of the principles of running medical documentation, and awareness of the purposes which this documentation serves is definitely insufficient among practicing medical doctors. Writing down of observations and undertaken actions is treated not as a duty, but as a difficulty, which makes work harder. Recently, a letter from a physician appeared in *Gazeta Lekarska*, complaining that he was admonished "only because he did not document a telephone consultation in medical records".

It is still very common to neglect the duty of running documentation routinely, and records are often supplemented (completed) after a varying length of time. A common formal irregularity of medical documentation is its total illegibility, leading to a situation where sometimes even its author is not able to read her/his notes. In present times, when the majority of medical actions are carried out by a team, the institution of "chief physician" is disappearing, and the decision to abolish the position of a head of the ward is drawing closer, the documentation must precisely reflect the state of the patient and undertaken actions. This is an essential prerequisite for ensuring the safety of the patient.

Properly completed documentation is also important for the physician who prepares it. Sometimes it constitutes the basic evidence enabling assessment of whether the accused physician did for her/his patient everything that s/he should and could have done in the given circumstances. Physicians should be constantly reminded that properly run medical documentation also guarantees their "legal safety", being a source of information enabling their defence in increasingly frequent cases of accusations of improper treatment, attestation of an untruth or help in obtaining social benefits under false pretences.

References

1. Berent J., Rola biegłych z zakresu medycyny sądowej w opiniowaniu dla potrzeb sądów i instytucji ubezpieczeniowych, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2005, 55, 247–250.
2. Głazek A., Opiniowanie sądowo-lekarskie i jego znaczenie w świetle potrzeb prawnych, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2007, 57, 184–188.
3. Hajdukiewicz D., Nieuprawnione zaświadczenia lekarzy psychiatrów w postępowaniu karnym, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005, 14, 371–376.
4. Jaegerman K., Opiniowanie sądowo-lekarskie, eseje o teorii, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1991.
5. Jończyk J., Prawa pacjenta i odpowiedzialność za szkodę z leczenia, *Prawo i Medycyna* 1999, 2, 27–34.
6. Jurek T., Maksymowicz K., Opiniowanie sądowo-lekarskie a ustalenie narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2005, 55, 66–73.
7. Kubicki L., Zasady odpowiedzialności prawnej lekarza w świetle nowej ustawy o zawodzie lekarza, *Prawo i Medycyna* 1999, 1, 23–28.
8. Ustjanicz B., Pozycja i rola biegłego medyka w świetle oczekiwań organu procesowego, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2007, 57, 189–192.
9. Zielińska E., Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym, *Prawo i Medycyna* 2000, 5, 73–93.
10. Żaba C., Świderski P., Żaba Z. [i in.], Leczenie na podstawie zgody pacjenta – kontrowersje, wątpliwości, niejasności, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii* 2007, 57, 122–127.

Corresponding author

Elżbieta Skupień
Instytut Ekspertyz Sądowych
ul. Westerplatte 9
31-033 Kraków
e-mail: eskupien@ies.krakow.pl

ODPOWIEDZIALNOŚĆ LEKARZA W ASPEKTCIE KARNYM, CYWILNYM I KORPORACYJNYM

1. Wstęp

Jak wynika z danych znajdujących się w archiwum krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej, a dotyczących lat 1991–1995, w tym czasie wpływało rocznie ok. 50 spraw wymagających oceny, czy w opiniowanym przypadku popełniony został błąd medyczny. W roku 2000 podobnych spraw było 64, można więc mówić o stopniowym wzroście tego typu ekspertyz. Tendencja wzrastająca utrzymywała się w kolejnych latach – w roku 2004 opracowanych zostało 120 opinii o prawidłowości postępowania lekarskiego. W ostatnim okresie obserwuje się szczególnie gwałtowny wzrost liczby spraw, w których oczekuje się od biegłych lekarzy, by dokonali oni oceny prawidłowości postępowania ich kolegów. W roku 2007 było 227 spraw skierowanych do krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej przez prokuratury oraz wydziały karne sądów. Zjawisku temu towarzyszy dość jednostronnie pokazywany w mediach obraz lekarzy i problematyki błędu medycznego, skutecznie rozpalający nastroje społeczne. Doniesienia medialne trafiają na bardzo podatny grunt w obecnych czasach, gdy pacjentom i ich rodzinom wmawia się, że to środowisko lekarskie ponosi wyłączną winę za niedoskonałości funkcjonowania zorganizowanej przez państwo, a finansowanej ze składek wszystkich obywateli, służby zdrowia. Jedną z przyczyn wzrostu liczby takich spraw może także być społeczna świadomość szansy na uzyskanie konkretnej korzyści w postaci odszkodowania.

Podstawę do odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej czy konkretnego lekarza stanowi artykuł 415 k.c., z którego wynika, że każdy, kto „z winy swej” wyrządził drugiemu szkodę, jest zobowiązany do jej naprawienia. Udowodnienie winy i szkody spoczywa jednak na stronie wnoszącej pozew, co z reguły wymaga zaangażowania adwokata. Wniesienie do prokuratury wniosku o przeprowadzenie dochodzenia „w sprawie” stwarza szansę na udowodnienie winy lekarza czy szpitala bez konieczności angażowania osobistego i finansowego. Powołanie się na ustalenia procesu karnego czy też sądu lekarskiego znacznie upraszcza późniejsze postępowanie odszkodowawcze w procesie cywilnym.

Z praktyki opiniodawczej autorów niniejszego artykułu wynika, że wzrost liczby spraw nie jest związany z przyrostem liczby popełnianych przez personel medyczny błędów.

2. Cel pracy

Postanowiono dokonać analizy spraw, w których autorzy wypowiadali się jako biegli krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej w okresie ostatnich dwóch lat. Celem tej analizy miało być:

- stwierdzenie, czy i jakie nowe problemy opiniodawcze zostały postawione przed biegłymi w związku ze stałe zmieniającym się systemem finansowania usług medycznych i ograniczeniem dostępu do tych usług;
- ustalenie, które z informacji zgromadzonych w aktach sprawy mają istotne znaczenie dla prawidłowego opracowania opinii;
- naświetlenie problemów, na które należy zwrócić szczególną uwagę w procesie kształcenia lekarzy w prawie medycznym.

3. Omówienie wyników

Z przeprowadzonej analizy wynika, że istotnie w ostatnim czasie pojawiły się nowe problemy wynikające zarówno ze zmieniających się regulacji prawnych, jak i będące wynikiem reakcji prokuratur, pacjentów i ich rodzin na kampanie medialne.

Problemy prawne związane z wykonywaniem zawodu lekarza, w tym leczenie ze zgodą i bez zgody pacjenta, poszanowanie jego praw, sposób informowania chorego i jego bliskich czy też prawo dostępu do dokumentacji lekarskiej są przedmiotem obszernych rozważań [5, 7, 9, 10], jednak – jak dotychczas – te rozważania sporadycznie tylko znajdują odzwierciedlenie w praktyce sądowej. Nadal podstawowym zagadnieniem w opiniach opracowywanych na zlecenie policji, prokuratur i wydziałów karnych sądów, jest ocena prawidłowości postępowania lekarskiego.

Liczne doniesienia prasowe i telewizyjne typu „pacjent umarł, bo karetka nie dojechała” skutkują coraz szerszym przekonaniem, że gdyby lekarze prawidłowo wykonywali swoje obowiązki, to byłibyśmy nieśmiertelni. W praktyce przekonanie to udziela się prokuratorom i przekłada się na treść postanowienia, w którym nie zadają oni pytania o prawidłowość postępowania, lecz pytają wprost, „na którym etapie postępowania z pacjentem popełniono błąd medyczny”, albo jeszcze dokładniej: „który z lekarzy odpowiedzialny jest za śmierć chorego”.

W sprawach, które wynikały głównie z kampanii medialnych, najmniej problemów opiniodawczych związanych było z aferą z Corhydronem (wówczas okazało się, że w jednej z ampulek, zamiast leku, znajduje się groźna

dla życia substancja – scolina). Wpłynęło kilkanaście spraw praktycznie z terenu całej Polski. Tylko w jednym przypadku okoliczności, jakie nastąpiły po podaniu zastrzyku, były typowe, wskazujące na podanie środka zwiotczającego. Zespół pogotowia zachował się profesjonalnie, przeprowadzając skuteczną akcję ratowniczą, a nietypowe działanie podanego leku zostało szczegółowo opisane w dokumentacji. We wnioskach opinii zostało potwierdzone, iż zachowanie lekarza było w pełni prawidłowe. Dalsza korespondencja była efektem determinacji prokuratora dążącego do sporządzenia aktu oskarżenia wobec lekarza z artykułu 160 k.k. („kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”), z czego wynika konieczność opracowania dwóch dodatkowych opinii uzupełniających. W drugiej opinii uzupełniającej powołano się na § 4 art. 160 k.k. („nie podlega karze za przestępstwo sprawca, który dobrowolnie uchylił grożące niebezpieczeństwo”), co zakończyło sprawę.

W pozostałych przypadkach „doniesienie o popełnieniu przestępstwa” składane do prokuratury wyglądało podobnie: skarżący się w przeszłości otrzymał zastrzyk z Corhydronu albo też w domu odwiedzili go funkcjonariusze policji, którzy w aptece uzyskali wiedzę o posiadaniu przez niego leku, żądając wydania wszystkich ampułek. W tej sytuacji pacjent uznał, że doszło do pogorszenia jego stanu zdrowia. We wszystkich tych przypadkach prokuratorzy występowali z zarzutem z artykułu 160 k.k., żądając jedynie od biegłych lekarzy ustalenia, kto jest za to narażenie odpowiedzialny. Tymczasem zarówno prasa codzienna, jak i wiadomości telewizyjne wielokrotnie informowały o nagłych i dramatycznych, a nie przewlekłych objawach podania niewłaściwego leku w ampułce oznakowanej jako Corhydron. Zdaniem autorów w tych wszystkich przypadkach zasięganie opinii biegłych było zupełnie nieuzasadnione i sprzeczne z zasadami ekonomiki procesowej.

Problem „narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu” jest tym zdaniem, które obecnie pojawia się najczęściej w pytaniach prokuratorów i na które nie jest łatwo udzielić odpowiedzi [6]. Prawnicy bowiem nie przyjmują do wiadomości, iż nie wystąpił skutek rzeczywisty i żądają oceny skutku hipotetycznego. Domeną medycyny sądowej jest zaś opiniowanie na podstawie faktów, a nie snuć hipotez.

W komentarzu do kodeksu karnego pojawia się np. interpretacja wskazująca na to, że odmowa przyjęcia do szpitala każdorazowo stanowi narażenie życia i zdrowia chorego. W oparciu o taką interpretację w każdym przypadku, kiedy lekarz pogotowia nie zabrał chorego do szpitala lub lekarz dyżurny izby przyjęć odmówił przyjęcia, można byłoby postawić mu zarzut z artykułu 160 k.k., niezależnie od tego, czy pacjent poniósł ja-

kąkolwiek szkodę na zdrowiu, czy też nie. Tymczasem podstawowe jest pytanie, czy w danym momencie stan pacjenta wymagał jego pobytu w szpitalu.

W tego typu sprawach zawsze występuje sprzeczność pomiędzy zeznaniami chorego i jego rodziny a zeznaniami zespołu medycznego. Sprzeczność tę powinna rozstrzygnąć prawidłowo prowadzona dokumentacja lekarska.

Nowym wyzwaniem obecnych czasów jest konieczność dokonania oceny działalności orzeczniczej lekarza poprzez weryfikację treści wystawianych przez niego zaświadczeń lub oceny zasadności przepisywanych leków i udzielanych zwolnień z pracy. Dotyczy to głównie dwóch grup zagadnień: poświadczenia nieprawdy lub też wyłudzenia środków z NFZ bądź ZUS. Zarzut poświadczenia nieprawdy stawiany jest lekarzom, którzy wypisują swoim pacjentom zaświadczenia o niezdolności do udziału w rozprawach bądź też niezdolności do odbywania kary pozbawienia wolności. Zaświadczenia takie przeważnie informują, że pacjent jest na zwolnieniu lub też pozostaje w leczeniu, niekiedy (choć nie zawsze) z podaniem rozpoznania i nie może stawić się na wezwanie. Zdecydowana większość zaświadczeń, jakie zostały przedstawione autorom niniejszego artykułu do oceny, nie miała potwierdzenia ani w dokumentacji lekarskiej, ani też w stanie zdrowia osoby, która je otrzymała. To spostrzeżenie pokrywa się ze zdaniem innych biegłych [3]. Nie zawsze jednak możliwa jest ocena, czy kwestionowane zaświadczenie wynika ze świadomego poświadczenia nieprawdy, czy też z wprowadzenia w błąd przez pacjenta. Dodatkowo można odnieść wrażenie, iż większość lekarzy nie ma podstawowej wiedzy o tym, że niezdolność do pracy nie przekłada się automatycznie na niezdolność do czynności procesowych, a jednocześnie należytej świadomości co do odpowiedzialności, jaka ciąży na lekarzu wystawiającym zaświadczenie lub orzeczenie lekarskie. Lekarze w większości nie przywiązują także wagi do udzielanych w takim zaświadczeniu informacji, nie zastanawiają się, w jakim celu pacjent zwraca się o wypisanie zaświadczenia o określonej treści. Stawiani w pozycji oskarżonych lekarze tłumaczą zwykle, że może zaświadczenie nie całkowicie jest zgodne ze stanem zdrowia pacjenta, ale zostało wydane zgodnie z zasadami kodeksu etyki lekarskiej. Istotnie, według art. 2 znowelizowanego kodeksu etyki lekarskiej, „mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z najwyższego nakazu etycznego, jakim jest działanie na rzecz dobra chorego”. Jednak żadna definicja nie precyzuje, jak należy rozumieć owo „dobro chorego” i czy praktyczna realizacja tego nakazu ma polegać na bezkrytycznym realizowaniu życzeń pacjenta. Dla ilustracji powyższych rozważań przytoczmy dwa przykłady.

Pierwszy dotyczy osoby medialnej, która po kilkakrotnym niestawieniu się w prokuraturze, usprawiedli-

wianym zaświadczeniami od lekarzy leczących, została wezwana na badania do zakładu medycyny sądowej. Tutaj także się nie zgłosiła, przedkładając zaświadczenie od kolejnego lekarza, że stan zdrowia „nie zezwala na stawienie się na wezwanie”. Lekarz podpisany pod tym zaświadczeniem zeznał, że nie wiedział, czego dotyczy wezwanie, ale gdyby wiedział, wystawiłby identyczne zaświadczenie. Trudno zrozumieć, jakie przyczyny, oprócz obłożnej choroby, która w tym przypadku nie występowała, mogą nie zezwalać na zgłoszenie się do innego lekarza. Nie było zatem trudności w udzieleniu odpowiedzi na postawione pytanie dotyczące braku prawidłowości postępowania lekarza podpisanego pod zaświadczeniem.

Drugi przypadek nie jest tak prosty, a dyskusja nad wnioskami opinii była burzliwa. Sprawa dotyczyła lekarza rodzinnego, który pracującej z nim pielęgniarkę wystawił dla celów sprawy rozwodowej zaświadczenie, iż jej stan zdrowia (wole zamostkowe toksyczne) wymaga „całodobowej obecności innej osoby”. Ponieważ nagromadzenie emocji w tej sprawie było znaczne, mąż pielęgniarki skierował wniosek o ukaranie lekarza poświadczającego nieprawdę zarówno do rzecznika odpowiedzialności zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej, czyli korporacji zawodowej, jak i do prokuratury. Autorzy dysponowali aktami rzecznika wraz z opinią biegłego, z której wynikało, że na podstawie dokumentacji lekarskiej nie można ocenić, czy zaświadczenie było zgodne ze stanem faktycznym, czy też nie. Można jedynie stwierdzić, że dokumentacja nie spełniała stawianych jej wymogów. W postępowaniu prowadzonym w Okręgowej Izbie Lekarskiej pouczono lekarza o sposobie prowadzenia dokumentacji, odstępując od jego ukarania. Taki wynik postępowania nie zadowolili męża pielęgniarki, który w doniesieniu do prokuratury podkreślał, że jego żona jest aktywna zawodowo, a zatem nie może być tak chora, jak to wynika z zaświadczenia będącego „ewidentnym poświadczeniem nieprawdy”. Z dostarczonej wraz z aktami dokumentacji lekarskiej istotnie nie wynikało, że nadczynność tarczycy posiadała ciężki przebieg. Gdyby lekarz występujący jako podejrzany napisał, że pacjentka wymaga „całodobowej opieki”, byłoby to bezspornie poświadczenie nieprawdy. Napisał jednak, że wymaga „obecności”, co nie jest terminem medycznym.

Odrębnego omówienia wymagają opinie dotyczące wyłudzenia nienależnych świadczeń z Narodowego Funduszu Zdrowia. Zdaniem autorów jest to przestępstwo ekonomiczne, przy którym zasięganie opinii biegłych lekarzy jest zbędne. Jeśli inne dowody wskazują na to, że pacjent, który według dokumentacji regularnie raz w miesiącu zgłaszał się do poradni specjalistycznej, gdzie szczegółowo opisywano jego stan i przepisywano recepty realizowane następnie w aptece najbliższej przychodni w rzeczywistości od dwóch lat nie żył, inny pacjent sparaliżowany po przebytych udarze mózgu od pię-

ciu lat przebywał u córki w odległej miejscowości, a jeszcze kilkunastu innych stanowczo twierdziło, że nigdy nie korzystali z porad i nie słyszeli nazwiska lekarza, to wydawałoby się, że jest to materiał wystarczający do postawienia zarzutów. Tymczasem prokuratorzy prowadzący postępowanie uparcie negocjują przyjęcie sprawy do opiniowania i nadsyłają kserokopie dokumentacji kilkudziesięciu pacjentów, wraz z pytaniem, która dokumentacja jest prowadzona rzetelnie i zgodnie ze stanem faktycznym pacjenta, a która nosi ślady fałszowania. Już przed zapoznaniem się z tą dokumentacją autorzy byli przekonani, że jest ona prowadzona nienagannie i to przypuszczenie w każdym przypadku okazało się trafne. Świadomie fałszowana na potrzeby płatnika dokumentacja lekarska przeważnie bowiem pisana jest starannie i zawiera te wszystkie informacje, które są przez płatnika wymagane.

Nieco inaczej sprawa przedstawiała się w wyjątkowo obszernej opinii dotyczącej wystawiania zwolnień na drukach ZUS ZLA. Otrzymano postanowienia dotyczące konieczności oceny stanu zdrowia 47 osób i udzielenia odpowiedzi na pytania, czy istotnie stan ten uzasadniał orzekanie niezdolności do pracy nieprzerwanie przez 180 dni, czy każda z tych osób mogła wprowadzić lekarza w błąd i czy obecnie stwierdza się te objawy chorobowe, które występowały w przeszłości. Początkowo autorzy podeszli do zagadnienia bardzo sceptycznie – akta składały się z 24 obszernych tomów, sprawa była przedmiotem postępowania od kilku lat, a dodatkową trudność stanowił fakt, że nie ma regulacji prawnych określających precyzyjnie, kiedy uzasadnione jest orzekanie niezdolności do pracy, a kiedy nie. Jednak po wstępnej ocenie materiału dowodowego i zapoznaniu się z pytaniami prokuratora uznano, że opinia biegłych może być przydatna.

W sprawę wystawiania zwolnień dla pracowników prywatnej firmy o bardzo szerokim profilu działalności zaangażowanych było trzech lekarzy: specjalista medycyny rodzinnej, neurolog i pulmonolog. Większość pacjentów po wyczerpaniu limitu zwolnień u jednego lekarza otrzymywała od niego skierowanie do następnego, który po krótkiej przerwie rozpoczynał następny cykl zwolnień. Wszyscy trzej przesłuchani w charakterze podejrzanych stanowczo twierdzili, że zwolnienia wypisywali zgodnie ze stanem faktycznym. Autorzy otrzymali do wglądu całość dokumentacji. Wszystkie zapisy neurologa wyglądały tak, jak na rycinie 1.

Na podstawie takiej dokumentacji, z której nie dało się odczytać nawet daty porady, nie można dokonać żadnej oceny. Można jedynie stwierdzić, że dokumentacja nie spełnia wymogów, jakim powinna odpowiadać i nie pozwala na ocenę, jakie objawy uzasadniały pozostawianie na długotrwałym zwolnieniu.

Z kolei pulmonolog prowadził dokumentację bardzo staranną, czytelną, u każdego z pacjentów opisując ob-

jawy zapalenia płuc, z temperaturą 39 stopni Celsjusza, z suchym kaszlem, zlewnymi potami i licznymi trzeszczeniami w płucach. Te same objawy miały występować przy każdej kolejnej wizycie odbywającej się regularnie co 30 dni. Tutaj już można było ocenić nie tylko bezczynność terapeutyczną stanowiącą zagrożenie życia pacjentów, u których miały występować opisywane objawy, gdyby one istotnie występowały, ale i wykluczyć możliwość wprowadzenia lekarza w błąd, bowiem opisywał on objawy, które mógł stwierdzić jedynie na podstawie przeprowadzonego przez siebie badania.

Nadal większość opinii wydawana jest dla potrzeb prokuratur i wydziałów karnych sądów. Daje się jednak zauważyć napływ coraz większej liczby spraw kierowanych przez wydziały cywilne do oceny roszczenia o odszkodowanie i zadośćuczynienie. Dotyczy to głównie spraw, w których zakończony proces leczenia nie przyniósł efektów satysfakcjonujących pacjenta. Należy się spodziewać, że w miarę postępującej prywatyzacji służby zdrowia, zatrudniania lekarzy w systemie kontraktowym oraz rosnącej świadomości społecznej, ilość spraw z powodztwa cywilnego będzie wzrastać.

W otrzymywanych aktach coraz częściej także znajdują się dokumenty dotyczące postępowania prowadzonego przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Ustawa o izbach lekarskich określa, że „zadaniem samorządu lekarzy jest w szczególności sprawowanie pieczy i nadzoru nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza”, a zadanie to wykonuje on „w szczególności poprzez sprawowanie sądownictwa lekarskiego w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy”.

W większości spraw w skład zespołu opiniującego oprócz lekarza sądowego wchodzi także specjalista klinicysta. Ta pozornie wygodna sytuacja nie powinna jednak prowadzić do marginalizowania udziału medyka sądowego, ograniczając jego działania wyłącznie do sporządzenia wyciągu z akt oraz bezkrytycznego zaakceptowania opinii autorytetu klinicznego [1, 8]. Rolą medyka sądowego jest bowiem uczulanie klinicysty na krytyczną analizę dokumentacji medycznej. Nestorzy medycyny sądowej zawsze powtarzali, że powinnością medyka sądowego jest wątpić i szukać potwierdzenia [4]. Bez-krytyczne podchodzenie do zapisów w dokumentacji medycznej jest podstawową przyczyną opracowywania błędnych opinii. Zdarza się, iż biegli nie zwracają uwagi na dysproporcję pomiędzy postawionym rozpoznaniem ciężkiego przebiegu choroby a opisanym stanem zdrowia pacjenta, któremu towarzyszy „delikatne”, mało aktywne leczenie. Nie można przechodzić do porządku dziennego nad brakiem udokumentowania reakcji lekarza na zachodzące zmiany w stanie zdrowia pacjenta. Nie jest wystarczającą informacją, że zlecono odpowiednie badania pomocnicze, należy przekonać się, czy badania te zostały wykonane, a lekarz zapoznał się z ich wynikami i zareagował adekwatnie do sytuacji. Kolejnym zadaniem bie-

głego, o którym nie można zapominać, jest czuwanie nad spójnością i udokumentowaniem wniosków opinii, umocowaniem konkluzji w materiale dowodowym, czy też prawidłową oceną związków przyczynowo-skutkowych.

4. Proces karny a cywilny

Rodzaj sprawy, w której powołano biegłego lekarza, determinuje podejście do materiału dowodowego. Od rodzaju i „jakości” tego materiału zależy jakość opinii i stopień pewności wynikających z niej wniosków. W sprawach karnych prawnicy oczekują, aby opinia była jednoznaczna, precyzyjnie odpowiadająca na postawione pytania oraz szczegółowo przedstawiająca tok myślenia biegłego. Informacje zawarte w aktach nie zawsze na to pozwalają. Oczekiwania w sprawach cywilnych są zwykle mniejsze, chociaż niejednokrotnie stopień skomplikowania opinii wymaga od biegłego znacznie większej wiedzy i doskonalszego warsztatu [2, 8].

Oceniając prawidłowość postępowania lekarza czy zespołu lekarzy w przypadku postępowania odszkodowawczego, należy kierować się tym, że zgodnie z orzeczeniami SN, świadczenia te „muszą odpowiadać co najmniej przeciętnemu poziomowi usług medycznych świadczonych w publicznej służbie zdrowia”. Przyjęto także, że ze względu na wyższy poziom niektórych szpitali czy klinik zatrudniających wybitnych specjalistów lub wyposażonych w bardziej nowoczesną aparaturę, pacjent ma prawo oczekiwać wyższego standardu świadczeń medycznych [7].

W przeciwiństwie do spraw karnych, w postępowaniu cywilnym w wyciągu z akt uwzględnia się także zeznania świadków i samego powoda. Takie szerokie uwzględnienie materiału dowodowego wynika z faktu, że opinia biegłych jest jednym z elementów pozwalających sądowi na ustalenie wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia. Biegli nie mają jednak prawa wypowiadać się na temat tego, o jakie elementy należałoby poszerzyć materiał dowodowy, bowiem naruszałoby to równowagę procesową stron. Opiniując w sprawach prowadzonych przez prokuratury czy sądy karne, można natomiast wnioskować o uzupełnienie akt. Istnieje jednak znacznie mniejszy komfort przy ocenie materiału dowodowego. Wynika to przede wszystkim z niepełnej bądź nieczytelnej dokumentacji lekarskiej, ale także ze sprzeczności pomiędzy zapisami w dokumentacji a zeznaniami świadków i obwinionego lekarza. Ponieważ biegły nie może oceniać prawdziwości zeznań, to przy równoważnym ich traktowaniu praktycznie każda opinia musiałaby mieć charakter alternatywny. Dlatego przyjęto strategię opiniowania na podstawie obiektywnych faktów z pominięciem tzw. dowodów osobowych. Często jednak na wniosek obrońcy biegli są obligowani, by odnieść się do bardzo szczegółowych zeznań składanych

przez świetnie pamiętającego każdy szczegół lekarza czy też o udział w przesłuchaniu tego lekarza. W takiej sytuacji, słuchając zeznań wskazujących na to, że lekarz dołożył w swoim postępowaniu niezwykle wręcz staranności, biegły nie ma innej możliwości niż wyrażenie ubolewania, że działania te nie znalazły odzwierciedlenia w dokumentacji sporządzonej przez zeznającego lekarza.

Kolejną różnicą w podejściu do spraw karnych i cywilnych jest problem standardów postępowania medycznego. Standardy te, czy też „rekomendacje” opracowywane przez poszczególne towarzystwa naukowe, a wobec postępu wiedzy medycznej na bieżąco modyfikowane, są powszechnie stosowane przez klinicystów, którzy we wnioskach z opinii często posługują się zwrotem, że określone postępowanie „nie mieści się w standardach postępowania medycznego”. W sprawach cywilnych takie stwierdzenie jest równoznaczne z wnioskiem, iż świadczenie, jakie otrzymał pacjent, nie odpowiada „przeciętnemu poziomowi usług medycznych”. Jeśli jednak takie stwierdzenie znajdzie się w opinii opracowanej na potrzeby procesu karnego, to należy liczyć się z pytaniem obrońcy, jaki akt prawny zobowiązuje lekarza do postępowania zgodnie z przytoczonym standardem. Biegły musi wówczas przyznać, że takiej regulacji prawnej nie ma.

Analizując akta rzeczników odpowiedzialności zawodowej czy też sądów lekarskich zauważyć można, iż bardzo poważnie traktowane są zeznania obwinionych i świadków-lekarzy, uzupełniające, często po latach, braki w dokumentacji.

5. Podsumowanie

Z analizowanych spraw zdecydowanie na pierwszy plan wyłoniły się istotne problemy związane z dokumentacją medyczną – jej prawidłowym prowadzeniem przez lekarzy klinicystów oraz właściwą analizą przez biegłych. Niestety znajomość zasad prowadzenia dokumentacji medycznej oraz świadomość celów, jakim może ona służyć, jest wśród praktykujących lekarzy zdecydowanie niewystarczająca. Dokumentowanie swoich spostrzeżeń i podejmowanych działań traktowane jest nie jako obowiązek, a uciążliwość, która utrudnia wykonywanie pracy. Ostatnio w *Gazecie Lekarskiej* znalazł się list jednego z lekarzy, który skarżył się, że został ukarany upomnieniem „za to tylko, że nie wpisał do dokumentacji konsultacji telefonicznej”.

Nadal powszechne jest lekceważenie obowiązku prowadzenia dokumentacji na bieżąco i uzupełnianie zapisów po pewnym, różnie długim czasie. Jedną z powszechnych nieprawidłowości o charakterze formalnym przy sporządzaniu dokumentacji medycznej jest jej kompletna nieczytelność prowadząca do sytuacji, iż niekiedy nawet sam autor nie jest w stanie odszyfrować swoich

zapisów. W czasach, kiedy większość działań terapeutycznych wobec chorego wykonywana jest zespołowo, zanika instytucja „lekarza prowadzącego” i coraz bliższa jest decyzja o likwidacji stanowiska ordynatora oddziału, dokumentacja musi precyzyjnie odtwarzać stan pacjenta i podejmowane wobec niego działania. Jest to nieodzowny warunek zapewnienia bezpieczeństwa choremu.

Nie mniej istotne znaczenie ma prawidłowo prowadzona dokumentacja dla lekarza, który ją tworzy. Bywa ona podstawowym dowodem pozwalającym na dokonanie oceny, czy obwiniany lekarz zrobił dla chorego wszystko, co w danych okolicznościach powinien i mógł zrobić. O tym, że prawidłowo prowadzona dokumentacja medyczna gwarantuje również „prawne bezpieczeństwo” lekarza, stanowiąc źródło informacji pozwalających na jego obronę w przypadkach coraz częściej stawianych zarzutów o niewłaściwe leczenie, poświadczanie nieprawdy czy też pomoc w uzyskaniu nienależnych świadczeń, trzeba nieustannie przypominać.