



UNTRUTHFUL MEDICAL CERTIFICATION AS A SUBJECT OF INTEREST OF THE PUBLIC PROSECUTOR'S OFFICE. EXPERT WITNESSING ISSUES

Elżbieta SKUPIEN¹, Filip BOLECHAŁA²

¹ *Institute of Forensic Research, Kraków, Poland*

² *Department of Forensic Medicine, Collegium Medicum of Jagiellonian University, Kraków, Poland*

Abstract

Expert reports on the correctness or incorrectness of medical practice are a part of the everyday work of experts from departments of forensic medicine in Poland. They encompass assessment of due diligence in claims proceedings and all categories of medical errors, as well as exposure to direct danger of death or serious injury in accordance with Article 160 of the Penal Code. A relatively new challenge facing experts is assessing whether a medical doctor certified untruthfully in medical documentation or in an issued certificate. The paper will discuss examples from the authors' expert witnessing practice concerning certificates of economic significance (e.g. ZUS ZLA – Statement of Fitness for Work, UK) or legal importance (medical certificates of health for judicial purposes). Observations concerning the actions of court-appointed physicians are also presented. Then, on the basis of the Penal Code definition of untruthful certification an attempt will be made to analyse to what extent Penal Code criteria correspond with other regulations concerning the practice of medicine (Medical Profession Act, Law on Protection of Mental Health, Code of Medical Ethics) and to what extent they conflict.

Key words

Medical certificate; Untruthful certification; Court-appointed physician.

Received 1 February 2011; accepted 2 March 2011

1. Introduction

Medical practice encompasses, among other things, the issuing of medical opinions and certificates. This is clearly stated in the Medical Profession Act (Article 2.1, Journal of Laws of December 5th, 1996). These opinions and certificates may serve medical purposes (e.g. documentations of the results of a specialist consultation), but more often they have a measurable economic or legal effect. Certifying that a person is not fit for work on a ZUS ZLA form (Statement of Fitness for Work, UK) – results in remuneration during illness. Certificates on state of health for social security, or for teams ascertaining disability or social assistance cen-

tres are also aimed at securing defined financial or material help for the patient. In the majority of cases these documents reflect the real health state of the patient. However, sometimes reports appear in the media suggesting that healthy persons obtain benefits to which they are not entitled on the basis of false, misleading or inaccurate medical certificates. For example, during the past year, results of monitoring conducted by ZUS social services investigative teams were published, indicating that every tenth certificate of being unfit to work was unjustified. When monitoring press reports one may find information on obtaining pensions under false pretences or even “buying” them, as well as information on blocking the administration of justice

through presentation of certificates by suspects or defendants stating inability to participate in proceedings. These types of reports, although they concern only a small percentage of medical actions, shock the public and contribute to the growing aggression towards physicians. There is also a common belief that a patient who obtains benefits to which s/he is not entitled, has to bear the financial consequences, whereas the doctor who consciously issued the “false” certificate, usually remains unpunished.

The prolongation or even blocking of judicial proceedings through presentation of a medical certificate on the health state of a defendant, preventing this person from participating in the proceedings is a separate problem. In this type of case, the situation was supposed to be rectified by the Court-Appointed Physician Act of June 15th, 2007. Cases sent to the Department of Forensic Medicine in Kraków indicate, however, that the hopes of lawyers concerning this act have not been fulfilled.

In cases concerning untruthful certification by a physician, the public prosecutor’s office usually appoints experts from scientific institutes. Analysing cases in which the authors of this article issued expert reports on this matter, the authors decided to check if and when it is possible for an expert to answer questions posed in the request for an expert opinion.

In legal terminology, the equivalent of the commonly used term “false certificate” is untruthful certification in a document. How one should understand untruthful certification is precisely defined in the Penal Code. This term should be understood as “attestation of a state of affairs which did not take place or concealing of circumstances which objectively existed and had legal significance”. Article 271 of the Penal Code provides for sanctions for untruthful attestation (certification) in the form of imprisonment for a period of from 3 months to 5 years.

Observations resulting from contacts with physicians indicate that the majority of them do not know that a certificate that has been issued not entirely in accordance with the actual state, but out of the “goodness of their heart” in order to make the patient’s life easier may be defined as being an “untruthful attestation”. Recently, there have been reports on this in the professional literature. Jurek writes more broadly on certificates issued out of the “goodness of one’s heart” [5].

From the perspective of experts who are increasingly frequently requested to prepare expert reports assessing “whether a physician attested untruthfully in a certificate issued on (...)” it can be seen that answering an apparently easy question may be difficult or sometimes even impossible, because it requires assess-

ment of a fact from the recent or distant past on the basis of evidence collected in a given case. This evidence not only consists of medical documentation, but also a whole range of other information stemming from witnesses’ testimonies and other documents of a non-medical character. These pieces of evidence are at the expert’s disposal, but usually they were not available to the physician who issued the document in question. This does not allow an unambiguous assessment as to whether a physician consciously prepared a certificate that was inconsistent with the actual state of affairs, or was misled by the patient.

2. Selected expert witnessing problems

Some examples illustrating the discussed issue are presented below.

1. A family doctor wrote a certificate in which it was stated that his patient “requires the 24-hour presence of another person”. There is no diagnosis in this certificate, but there is information that it was issued as a result of the patient’s request in order to present it in court. The patient was at the same time a nurse working together with this physician. She was in the middle of long-term divorce proceedings where she was a defendant. It is not known what the purpose of this certificate was, because from the case files it did not transpire that the defendant could benefit from it in any way. The whole of the evidence material indicated intense emotions between the trial parties. Most probably as a result of these strong emotions, the patient’s husband submitted a complaint to the public prosecutor’s office that the physician had issued a false certificate on the state of health of his wife, because he had checked that his wife had not been on sick-leave during this period, so she could not have been as ill as the physician and her employer had stated. The wife interviewed in the commenced penal case said that she felt well at work, because she felt safe there, but she could not stay alone at home because of anxiety attacks with an accompanying feeling of dying. In an expert report requested by the public prosecutor’s office, the experts indicated that the necessity of “24-hour presence” is not synonymous with necessity of “24-hour care”. Another argument of the complainant was that such a certificate should be issued by a psychiatrist, and not a family doctor. One may agree with this argument, but there is no legal regulation which defines what constitutes acceptable content of a certificate issued by a family doctor and what is not acceptable. Thus,

no premises were found for accusing the physician of consciously writing an untruth in the certificate in question.

2. A psychiatrist issued a certificate diagnosing “psycho-organic syndrome with profound dementia and helplessness” requiring 24-hour help and care for a 78-year old man with veteran’s rights. Several years later this certificate was used by one of the man’s sons to invalidate his father’s testament, which was drawn up on the same day as the date on the certificate. During the trial, a second son submitted a complaint to the public prosecutor’s office that the physician had attested an untruth. He stated that on that day he had accompanied his father in the settling of various matters and there had been no possibility or need for his father to be examined by a psychiatrist. At the same time he presented numerous pieces of evidence of his father’s full fitness on the day given on the certificate. One of these pieces of evidence was the fact that the allegedly demented father in the following days had been an organiser and tour guide of a pilgrimage to Monte Cassino and he had fulfilled his duties perfectly. There was no documentation from the psychiatric examination, and the physician who signed the certificate confirmed during questioning that he had issued it without examining the patient, but had done it out of “the goodness of his heart”. The son who had requested issuance of the certificate informed him that it was for the purpose of obtaining the assistance of a nurse from the Polish Red Cross. The physician thought that the age of the patient and his merits as a veteran required that he be provided with all possible assistance. In this case it was possible to assess that the physician had certified untruthfully. Additionally, he had violated Article 42 of the Medical Profession Act and Article 11 of the Law on Protection of Mental Health, which unambiguously state that a medical health certificate must be preceded by a medical examination.
3. Experts were presented with 27 volumes of medical documentation together with files relating to a case concerning obtaining benefits under false pretences from social security (ZUS). Two physicians were suspected – a pulmonologist and a neurologist. For several years they had been issuing certificates stating “not fit to work” to 25 persons employed at an agency with a very broad profile of economic activities. Each of the employees had been on sick-leave for the maximum period of 180 days, and several times this period had been prolonged to 270 days with the information that it

was prognosticated that the patient would return to work. From neurological documentation it transpired that the causes of this incapacity were diseases of the spinal column or “persistent headaches”, yet none of the patients was diagnosed in any way. In the pulmonological documentation, “pneumonia with a temperature of 40 degrees centigrade and intensive auscultatory changes” was repeatedly diagnosed. This diagnosis was made exclusively on the basis of a physical examination without radiological confirmation. While examining the case files, the authors of this paper noticed that employees interviewed during proceedings following complaints by social security (ZUS) were not able to indicate the company address of the employer, nor were they able to define where and what kind of work they had been performing, neither did they remember why they were on sick-leave. However, these data were not sufficient for the public prosecutor to prepare an indictment, because he deemed it necessary to obtain a medico-legal expert report. Collection of such a broad range of documentation, supplemented additionally by documentation from the family doctor of each of the employees took some time and involved a lot of effort and resources. Drawing up of an expert report based on such extensive evidence material was very time consuming, and the conclusions from this report could not be satisfying for the person leading the investigation. For the experts were able to assess whether the medical documentation met formal requirements and whether the physicians’ conduct – as transpired from the documentation – was consistent with the principle of due care, but could not state whether the suspected physicians had attested untruthfully.

3. Assessment of ability to stand trial

At present, the Court-Appointed Physician Act of June 15th, 2007 (Journal of Laws no. 123, item 849) is in force, according to which only such a physician has the right to issue a certificate in a case where state of health causes inability to be present in court. The Act was supposed to eliminate the earlier practice, whereby every physician could issue such a certificate to their own patient. Most physicians were not aware of the legal regulations being in force, and inability to stand trial was usually identified with inability to work. The Court-Appointed Physician Act was supposed to eliminate all the existing irregularities, and at the same time speed up judicial proceedings. As early as the stage of

drawing up guidelines for this Act, the experts' milieu submitted numerous critical comments. Hajdukiewicz [2] wrote about it extensively. Unfortunately, practice confirmed these reservations to the full. Although the court-appointed physician, according to the authors of the Act, was supposed to be chosen by the president of the court from a list presented by the Regional Chamber of Physicians, in practice, demand significantly exceeded the supply of candidates and the president of the court was forced to sign an agreement with all physicians who came forward. An even more serious problem, however, was the lack of knowledge among candidates for court-appointed physician on criteria which determine whether an examined person should be deemed unable to stand trial. In theory, Article 6, section 4 of the Court-Appointed Physician Act states that the president of the court interviews a candidate, and during this interview s/he is obliged to inform the candidate about legal regulations concerning justifying the inability of persons to take part both in penal and in civil cases, and the physician signs a declaration about being acquainted with these regulations. However, in practice, as analysis of case files shows, the majority of court-appointed physicians limit themselves to issuing an appropriate certificate based on a certificate prepared by the physician treating the patient.

In their practice, the authors of the present paper have often seen cases where there were several successive certificates issued by a court-appointed physician attesting to the defendant's inability to stand trial, and at the same time there were other evidences indicating that the person had an active life. In such situations, the court would send the person in question for examination at the department of forensic medicine. Analysis of such cases resulted in surprising conclusions. All the persons examined by the authors were able to participate in proceedings. After obtaining such an expert opinion, a court-appointed physician who had earlier issued a contradictory certificate would be interviewed as a witness to determine his/her motivation. In none of the cases was an argument used which would be understandable – that the state of health of the defendant got better. All the witnesses claimed that they had only confirmed the authenticity of certificates presented by the given patient, because they had no reason to question them. Such an attitude attests to a complete lack of understanding of a court-appointed physician's role. In some cases the argument was also put forward that a lack of specialization in a given discipline did not allow a court-appointed physician to verify a certificate issued by a specialist. In general, attachment of too much importance to the formal qualifications of experts can be observed among lawyers, especially attor-

neys. However, a court-appointed physician is not expected to make a precise diagnosis and determine appropriate treatment. This expert's role is to assess whether the examined person is seriously ill (bed-ridden), or whether they suffer from a mental disorder preventing them from understanding proceedings or whether they have some other, life-threatening, disease. Such an assessment can be made by any physician after several years of work, irrespective of their specialty (or lack of specialty).

A complete lack of criticism of certificates issued by other physicians may be illustrated by a case from the authors' practice, when a court-appointed physician, an expert psychiatrist, on the basis of a certificate issued by an expert surgeon several days earlier wrote that the examined person is unable to participate in three different criminal trials for 4 weeks because of disease "S 01". If this doctor had checked what type of disease is coded thus, he would have learned it was an open head injury. An open head injury is a visible symptom which should be dressed shortly after occurring and allows participation in a trial even before it has completely healed.

4. Discussion

It is not coincidental that the majority of the presented examples concern psychiatry. It is a domain of medicine perceived as subjective and connected with changeability of psychopathological symptoms. Physicians from other areas of medicine currently have a number of non-invasive diagnostic methods at their disposal, which allow them to assess the degree of damage to an organ and limitation of functioning related with this. In psychiatry there is no simple relation between the way of functioning of an examined person and results of imaging methods, and the majority of psychological methods used in clinical practice are not immune to either simulation or dissimulation [8]. Psychiatrists who often prepare expert reports are aware of this, but the majority of physicians with no expert reporting experience are not able to switch from a doctor-patient relationship, which assumes full trust, to an expert – examined person relationship, requiring a critical attitude to data obtained during the interview and to symptoms manifested by the examined person. In analysing causes of incorrect expert opinions, Pobocha [9] divided them into two groups: those containing unintentional mistakes and those containing intentional ones. If we assume that each medical certificate assessing state of health is a type of expert opinion, we may try to apply the same division to them – in

this case, each certificate that is not consistent with the actual state will be considered as “mistaken”. Analysis of those cases where the authors were required to assess a medical certificate in order to ascertain if it attested untruthfully indicates that the situation is more complex. In some of the assessed cases, the evidence material allowed us to state that a certificate submitted to social services (ZUS) in order to obtain benefits to which the claimant was not entitled or to a court in order to evade liability or to obtain satisfactory compensation was inconsistent with the actual state, because it described a state of health or results of an occurrence which do not happen in reality. However, such a conclusion does not entitle one to assume that a physician certified untruthfully. For a question concerning false certification is a question concerning the intentions of a physician. If a psychiatrist writes in a certificate that the examined person has been systematically treated by him/her since a given day, but from documentation secured in her/his office and sent by the public prosecutor’s office it transpires that the visit on that day was the first and the only one, this allows us to state that the certificate concerning systematic treatment was an untruthful attestation. However, such easy cases are a great rarity.

5. Legal regulations that are binding for a physician

According to the Code of Medical Ethics the most important ethical imperative for a physician is taking care of a patient’s welfare. However, none of articles of the Code precisely define what is meant by welfare, and such a definition is not present in any other binding legal regulations for physicians. So among physicians there is a widespread conviction that it is the patient who decides what is beneficial for her/him, and the physician is supposed to help her/him in achieving this “welfare”.

The fact that a physician is obliged to keep documentation is commonly known. The method of running documentation at each stage of dealing with a patient is thoroughly regulated by two Orders of the Minister of Health – issued on July 30, 2001 and August 10, 2001. However, they exclusively concern the type and form of this documentation, with no interest in its medical content. Some regulations can be found in the Code of Medical Ethics, but they are of a very general nature – in Article 41 it was specified that the content of each medical certificate or other document should be consistent with the knowledge and conscience of the physician.

The majority of doctors do not attach enough importance to keeping medical documentation. Admittedly in recent years there has been some progress in this matter, because the National Health Fund (NFZ) acting as a payer, has ensured that documentation is kept on the number and type of prescribed medications, but other entries are usually perfunctory and unclear. There is a widespread lack of awareness that medical documentation should enable recreation of the patient’s state of health at the time when s/he contacted a given doctor. In this way it is supposed to not only ensure that medical assistance is safely imparted to a patient, but also, when needed, it may be a source of information allowing defence of a physician against accusations of malpractice including untruthful attestation. The problems of the legibility of this documentation and its medical deficiencies have been observed both by medical experts of social services [6] and by experts opining on medical conduct [7, 10].

Both the Code of Medical Ethics and other Acts (Medical Profession Act, Law on Protection of Mental Health) mainly emphasise protection of medical confidentiality. According to Article 28 of the Code of Medical Ethics, medical documentation should only contain information needed for medical treatment. Article 51 of the Law on Protection of Mental Health specifies that in documentation concerning examinations or course of treatment, one should not record statements encompassing pleading guilty to a crime, under threat of a sanction.

Now, if we check whether the definition of untruthful certification is consistent with the above cited regulations that are legally binding for a physician, we can observe that while “confirmation of a state of affairs which did not occur” is fairly clearly accusing a physician of “concealing circumstances which existed objectively and had legal significance” is inconsistent with patient confidentiality under the Code of Medical Ethics and the Law on Protection of Mental Health.

6. Summary

The problem of lack of knowledge on basic principles of expert reporting (witnessing) and lack of knowledge of basic legal regulations has been observed by various authors [1, 3, 8, 9]. The present system of appointing experts and physicians by courts is not conducive to the acquiring of such knowledge. At the same time, it is difficult to postulate the introduction of more rigorous criteria in a situation where there is a lack of volunteers to fulfil this role among physicians who are clinical specialists. On the other hand, the pool of trained

experts working at scientific institutes dealing with expert witnessing for public prosecutor's offices and courts is so small when compared to needs, that the waiting time for an expert opinion concerning assessment of medical conduct can be measured in years. Nevertheless, it seems reasonable to introduce periodic trainings for individual experts, during which they could gain both basic legal knowledge and information on principles of medico-legal reporting. This especially concerns abilities to differentiate between a doctor's attitude towards a treated patient and a doctor's attitude towards an examined person for the purposes of preparing a report. One can understand that a doctor imparting treatment is motivated by the patient's welfare and is uncritical towards data collected during an interview, which sometimes results in the issuing of certificates that are not consistent with the actual state of health [3, 4]. However, a physician summoned as an expert must be aware that s/he is obliged to analyse critically both data from the interview and notes (entries) in documentation kept by other physicians. It is worth recalling the principal here that for ethical reasons a treating doctor should not be an expert in a case concerning her/his patient. For, most often, the welfare of the patient in the form required by the patient conflicts with the good of other persons or with the public interest.

Only being aware of their own powers and remaining objective in such cases where a patient requests a certificate for purposes other than medical ones can protect doctors from legal consequences, including, accusations of false certification in a document.

References

1. Chowaniec C., Chowaniec M., Rozbieżności w opinowaniu następstw pourazowych pomiędzy psychiatrami a medykami sądowymi w sprawach karnych i cywilnych, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2009, 9, supl. 4, 121–128.
2. Hajdukiewicz D., Aktualne unormowanie ustawowe o lekarzu sądowym, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2008, 17, 77–84.
3. Hajdukiewicz D., Nieuprawnione zaświadczenia lekarzy psychiatrów w postępowaniu karnym, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005, 14, 371–376.
4. Hajdukiewicz D., Treść zaświadczeń wydawanych przez psychiatrę a pełnione funkcje, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2008, 17, 71–75.
5. Jurek T., Fałszywe zaświadczenie wydane z dobrego serca, *Medical Tribune* 2010, 13, 9.
6. Kaczmarek T., Marcinkowski J. T., Szozda R. [i in.], Jakość dokumentacji medycznej widziana z perspektywy potrzeb Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, *Orzecznictwo Lekarskie* 2010, 7, 66–73.
7. Kordel K., Prowadzenie dokumentacji medycznej – implikacje dowodowe, *Prawo i Medycyna* 2006, 24, 100–110.
8. Pobocho J., Opiniowanie w zaburzeniach psychicznych – błędy i trudności, *Orzecznictwo Lekarskie* 2010, 7, 50–60.
9. Pobocho J., Powstawanie błędów w opiniach sądowo-psychiatrycznych i ich wykrywanie, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000, 9, 49–57.
10. Skupień E., Bolechała F., Penal, civil and corporate law aspects of the responsibility of a medical doctor, *Problems of Forensic Sciences* 2007, 72, 404–415.

Corresponding author

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

POŚWIADCZENIE NIEPRAWDY PRZEZ LEKARZA JAKO PRZEDMIOT ZAINTERESOWANIA PROKURATURY. PROBLEMY OPINIODAWCZE

1. Wprowadzenie

Wykonywanie zawodu lekarza obejmuje między innymi wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich. Wynika to wyraźnie z Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (art. 2.1, Dz. U. z dnia 5 grudnia 1996 r.). Te opinie i orzeczenia mogą służyć celom medycznym (np. wynik konsultacji specjalistycznej), ale znacznie częściej mają wymierny efekt ekonomiczny lub prawny. Orzeczenie o niezdolności do pracy wydane na druku ZUS ZLA pozwala na pobieranie w czasie choroby wynagrodzenia za pracę. Zaświadczenia o stanie zdrowia wydawane dla celów ZUS, zespołów orzekających o niepełnosprawności lub ośrodków pomocy społecznej także mają na celu zapewnienie pacjentowi określonych świadczeń finansowych lub rzeczowych. W przeważającej większości dokumenty te odzwierciedlają faktyczny stan zdrowia pacjenta. Niekiedy jednak w mediach pojawiają się doniesienia sugerujące, że osoby zdrowe otrzymują nienależne świadczenia na podstawie zaświadczeń lekarskich rozmiągających się z prawdą. Na przykład w minionym roku podano do publicznej wiadomości wyniki kontroli przeprowadzonej przez organa ZUS, z której wynikało, że co dziesiąte orzeczenie o niezdolności do pracy było niezasadnione. Śledząc doniesienia prasowe, można znaleźć informacje o wyłudzeniu czy wręcz „kupowaniu” rent, a także o blokowaniu działań wymiaru sprawiedliwości poprzez zaświadczenia lekarskie o niemożności udziału w postępowaniu przedkładane przez podejrzanych czy oskarżonych. Tego typu doniesienia, chociaż dotyczą tylko znikomego odsetka działań lekarskich, bulwersują opinię publiczną i sprzyjają zjawisku narastającej agresji wobec lekarzy. Panuje przy tym powszechne przekonanie, że pacjent, który otrzymał nienależne świadczenie, ponosi konsekwencje finansowe, natomiast lekarz, który świadomie wystawił „fałszywe” zaświadczenie, z reguły zostaje bezkarny.

Odrębnym problemem jest przedłużanie, a niekiedy wręcz blokowanie procesów sądowych poprzez przedstawienie zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia oskarżonego, który rzekomo uniemożliwia udział w postępowaniu. W tego typu przypadkach sytuację miała uzdrowić Ustawa o lekarzu sądowym z dnia 15 czerwca 2007 r. Sprawy napływające do krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej wskazują jednak na to, że nadzieje prawników związane z tą ustawą nie spełniły się.

W sprawach dotyczących poświadczenia nieprawdy przez lekarza prokuratura zwykle powołuje biegłych z instytucji naukowych. Analizując przypadki, w których autorzy tego artykułu wydali opinie na powyższy temat,

postanowili oni sprawdzić, czy i kiedy możliwe jest udzielenie przez biegłego odpowiedzi na pytania zadane w postanowieniu.

W języku prawniczym odpowiednikiem używanego powszechnie terminu „fałszywe zaświadczenie” jest poświadczenie nieprawdy w dokumencie. To, jak należy rozumieć poświadczenie nieprawdy, jest precyzyjnie zdefiniowane w kodeksie karnym. Pod tym pojęciem należy rozumieć „potwierdzenie stanu rzeczy, który nie miał miejsca lub zatajenie okoliczności, które obiektywnie istniały i miały znaczenie prawne”. Art. 271 k.k. przewiduje sankcje za poświadczenie nieprawdy w postaci kary pozbawienia wolności na okres od 3 miesięcy do 5 lat.

Spostrzeżenia wynikające z kontaktów z lekarzami wskazują na to, że większość z nich nie posiada wiedzy o tym, że zaświadczenie wydawane nie do końca zgodnie ze stanem faktycznym, ale „z dobrego serca”, w celu ułatwienia pacjentowi życia, może być określone jako „poświadczenie nieprawdy”. W ostatnim czasie ukazały się doniesienia na ten temat w prasie fachowej. Szerzej o zaświadczeniach wydawanych „z dobrego serca” pisze Jurek [5].

Z perspektywy biegłych, którzy coraz częściej otrzymują zlecenie opracowania opinii „na okoliczność, czy lekarz poświadczył nieprawdę w zaświadczeniu z dnia (...)”, widać, że udzielenie odpowiedzi na to pozornie proste pytanie może być trudne, a niekiedy wręcz niemożliwe, wymaga ono bowiem oceny faktu z bardziej lub mniej odległej przeszłości na podstawie zebranych w konkretnym przypadku dowodów. Dowody te stanowi nie tylko dokumentacja lekarska, ale także szereg innych informacji wynikających z zeznań świadków i innych dokumentów o charakterze niemedycznym. Dowodami tymi dysponuje biegły, natomiast zwykle nie dysponował nimi lekarz wystawiający kwestionowany dokument. Nie pozwala to na jednoznaczną ocenę, czy lekarz świadomie wypisał niezgodne ze stanem rzeczywistym zaświadczenie, czy też został wprowadzony w błąd przez pacjenta.

2. Wybrane problemy opiniodawcze

Poniżej przedstawiono przykłady ilustrujące omawiane zagadnienie.

1. Lekarz rodzinny wypisał zaświadczenie, w którym podał, że jego pacjentka „wymaga całonocnej obecności osoby drugiej”. W zaświadczeniu tym nie ma rozpoznania, natomiast znajduje się informacja, że zostało wystawione na prośbę pacjentki celem przedłożenia w sądzie. Pacjentka była jednocześnie pie-

lęgniarką pracującą wspólnie z tym lekarzem. Znajdowała się w trakcie wieloletniej sprawy rozwodowej, gdzie występowała jako pozwana. Nie wiadomo, czemu miało służyć to zaświadczenie, bowiem z akt nie wynikało, aby przy jego pomocy pozwana osiągnęła jakiegokolwiek korzyści. Całość materiału dowodowego wskazywała natomiast na znaczne nasilenie emocji pomiędzy stronami procesu. Zapewne pod wpływem tych emocji małżonek pacjentki złożył doniesienie do prokuratury o wydaniu przez lekarza fałszywego zaświadczenia o stanie zdrowia, bowiem sprawdził, że jego żona nie korzystała w tym okresie ze zwolnienia z pracy, a zatem nie mogła być tak chora, jak to napisał lekarz, jej pracodawca. Przesłuchana we wszczętej sprawie karnej żona zeznała, że w pracy czuje się dobrze, bo ma poczucie bezpieczeństwa, natomiast nie może zostać sama w domu z powodu napadów lęku z towarzyszącym uczuciem umierania. Opiniując na zlecenie prokuratury autorzy tej pracy zwrócili uwagę na to, że konieczność „całodobowej obecności” nie jest tożsama z koniecznością „całodobowej opieki”. Kolejnym argumentem skarżącego było to, że takie zaświadczenie powinno zostać wystawione przez psychiatrę, a nie lekarza rodzinnego. Można zgodzić się z tym argumentem, ale nie ma regulacji prawnych, które określałyby, jakiej treści zaświadczenie lekarz rodzinny może wypisać, a jakiej nie. Nie dopatrzone się zatem przesłanek pozwalających na postawienie lekarzowi zarzutu, że świadomie napisał nieprawdę w kwestionowanym zaświadczeniu.

2. Specjalista psychiatra wypisał 78-letniemu mężczyźnie posiadającemu uprawnienia kombatanckie zaświadczenie, w którym rozpoznał „zespół psychoorganiczny z głębokim otępieniem i bezradnością” wymagający całodobowej pomocy i opieki osób drugich. Po kilku latach zaświadczenie to zostało wykorzystane przez jednego z synów tego mężczyzny do unieważnienia testamentu ojca sporządzonego w tym samym dniu, co data na zaświadczeniu. W trakcie procesu drugi z synów złożył doniesienie do prokuratury o poświadczeniu przez lekarza nieprawdy. Podał, że w tym dniu towarzyszył ojcu w załatwianiu różnych spraw i nie było ani możliwości, ani też potrzeby, aby został on zbadany przez psychiatrę. Przedstawił przy tym szereg dowodów na pełną sprawność ojca w dniu podanym na zaświadczeniu. Jednym z tych dowodów był fakt, że rzekomo głęboko otępiąły ojciec w kolejnych dniach był organizatorem pielgrzymki na Monte Cassino, pilotem tej wyprawy i ze swoich zadań wywiązał się doskonale. Nie było żadnej dokumentacji z badania psychiatrycznego, a lekarz podpisany pod zaświadczeniem w czasie przesłuchania potwierdził, że je wypisał bez badania pacjenta, a zrobił to „z dobrego serca”. Od syna, który

zgłosił się z prośbą o wypisanie zaświadczenia, uzyskał informację, że miało ono służyć uzyskaniu opieki pielęgniarki PCK. Lekarz uważał, że wiek pacjenta i jego zasługi jako kombatananta wymagają udzielenia mu wszelkiej możliwej pomocy. W tym przypadku można było ocenić, że lekarz poświadczył nieprawdę. Dodatkowo naruszył art. 42 Ustawy o zawodzie lekarza oraz art. 11 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, które jednoznacznie określają, że zaświadczenie o stanie zdrowia powinno być poprzedzone badaniem lekarskim.

3. Biegli otrzymali 27 tomów dokumentacji lekarskiej wraz z aktami sprawy o wyłudzenie z ZUS nienależnych świadczeń. Podejrzanych było dwóch lekarzy – specjaliści: pulmonolog i neurolog. Wystawiali oni przez kilka lat druki o niezdolności do pracy 25 osobom zatrudnionym w agencji o bardzo szerokim profilu działalności gospodarczej. Każdy z pracowników przebywał na zwolnieniu przez maksymalny okres 180 dni, kilkakrotnie okres ten przedłużano do 270 dni z informacją, że chory rokuje powrót do pracy. Z dokumentacji neurologicznej wynikało, że powodem tej niezdolności były schorzenia kręgosłupa lub „uporczywe bóle głowy”, przy czym żaden z pacjentów nie miał wdrożonej jakiegokolwiek diagnostyki. W dokumentacji pulmonologicznej powtarzało się rozpoznanie „zapalenia płuc z temperaturą 40 stopni i nasilonymi zmianami osłuchowymi”. Rozpoznanie takie stawiane było wyłącznie na podstawie badania fizykalnego, bez potwierdzenia radiologicznego. Zapoznając się z aktami autorzy tej pracy zauważyli, że pracownicy przesłuchiwni po wszczęciu postępowania z doniesienia ZUS nie potrafili wskazać siedziby pracodawcy, nie potrafili określić, gdzie i jakie prace wykonywali; nie pamiętali także, z jakiego powodu przebywali na zwolnieniach. Te dane nie wystarczyły jednak prokuratorowi do sporządzenia aktu oskarżenia, uważał bowiem za konieczne uzyskanie opinii medyczno-sądowej. Zgromadzenie tak obszernej dokumentacji uzupełnionej dodatkowo o dokumentację od lekarza rodzinnego każdego z pracowników, wymagało czasu, a także zaangażowania znacznych sił i środków. Opracowanie opinii opartej na tak obszernym materiale dowodowym było bardzo czasochłonne, zaś wnioski z tej opinii nie mogły być satysfakcjonujące dla prowadzącego postępowanie. Biegli mogli bowiem ocenić, czy dokumentacja lekarska odpowiada wymogom formalnym, czy postępowanie lekarzy wynikające z tej dokumentacji wskazuje na to, że było ono zgodne z zasadą dołożenia należytej staranności, ale nie mogli stwierdzić, że podejrzani lekarze poświadczyli nieprawdę.

3. Ocena zdolności do czynności procesowych

Obecnie obowiązuje Ustawa o lekarzu sądowym z dnia 15 czerwca 2007 r. (Dz. U. nr 123, poz. 849), zgodnie z którą tylko ten właśnie lekarz uprawniony jest do wystawienia zaświadczenia w przypadku, kiedy stan zdrowia powoduje niezdolność stawienia się na wezwanie organu procesowego. Miała ona zlikwidować wcześniej stosowaną praktykę, zgodnie z którą każdy leczący lekarz mógł wystawić swojemu pacjentowi takie zaświadczenie. Większość lekarzy nie orientowała się w obowiązujących regulacjach prawnych, a niezdolność do udziału w rozprawie zwykle utożsamiana była z niezdolnością do pracy. Ustawa o lekarzu sądowym miała usunąć występujące nieprawidłowości, a tym samym przyspieszyć postępowania sądowe. Już w trakcie opracowywania założeń do tej ustawy środowisko biegłych zgłaszało szereg uwag krytycznych. Pisała o tym szerzej Hajdukiewicz [2]. Niestety praktyka w całej rozciągłości potwierdziła te zastrzeżenia. Wprawdzie lekarz sądowy w założeniach twórców ustawy miał być wybierany przez prezesa sądu z listy przedstawionej przez Okręgową Izbę Lekarską, ale w praktyce zapotrzebowanie znacznie przekraczało liczbę przedstawionych kandydatów i prezes sądu zmuszony był do podpisania umowy ze wszystkimi lekarzami, którzy się zgłosili. Znacznie poważniejszym problemem był jednak brak wiedzy kandydatów na lekarza sądowego o tym, jakie kryteria decydują o uznaniu osoby badanej za niezdolną do udziału w czynnościach procesowych. W teorii art. 6 ust. 4 Ustawy o lekarzu sądowym określa, że prezes przeprowadza z kandydatem rozmowę, w której zobowiązany jest do poinformowania go o przepisach dotyczących usprawiedliwiania niezdolności uczestników postępowania zarówno w sprawach karnych, jak cywilnych, zaś lekarz podpisuje oświadczenie o znajomości tych przepisów. W praktyce jednak, jak wskazuje na to analiza akt, większość lekarzy sądowych ogranicza się do wypisania stosownego zaświadczenia w oparciu o przedłożone przez badanego zaświadczenie lekarza leczącego.

W praktyce opiniodawczej autorzy niniejszej pracy nierzadko spotykali się z przypadkami, gdy istniało kilka kolejnych zaświadczeń lekarza sądowego świadczących o niemożności stawiennictwa oskarżonego przed sądem, a jednocześnie występowały inne dowody wskazujące na to, że prowadzi on aktywny tryb życia. W takich sytuacjach organ procesowy kierował daną osobę do badania w zakładzie medycyny sądowej. Analiza podobnych spraw doprowadziła do zaskakujących wniosków. Wszystkie badane przez autorów osoby były zdolne do udziału w postępowaniu. Po otrzymaniu takiej opinii lekarz sądowy wystawiający wcześniej odmienne zaświadczenia był przesłuchiwany jako świadek na okoliczność tego, czym się kierował. W żadnym przypadku nie został wytoczony argument, który byłby zrozumiały – o poprawie stanu

zdrowia. Wszyscy świadkowie twierdzili, że tylko potwierdzali prawdziwość zaświadczeń przedkładanych przez pacjenta, bo przecież nie mieli podstaw, żeby je kwestionować. Taka postawa świadczy o całkowitym niezrozumieniu roli lekarza sądowego. W niektórych przypadkach podnoszony był także argument, że brak specjalizacji z danej dziedziny nie pozwalał lekarzowi sądowemu na weryfikację zaświadczenia specjalisty. Ogólnie zauważa się wśród prawników, głównie adwokatów, przywiązywanie nadmiernej wagi do formalnych kwalifikacji biegłych. Tymczasem od lekarza sądowego nie wymaga się postawienia precyzyjnej diagnozy i ustalenia właściwego leczenia. Jego zadaniem jest ocena, czy badany cierpi na chorobę obłąkną, chorobę psychiczną uniemożliwiającą rozumienie toku postępowania lub inną chorobę zagrażającą życiu. Taką ocenę potrafi przeprowadzić każdy lekarz po kilku latach pracy, niezależnie od posiadanej specjalizacji czy jej braku.

Całkowity brak krytycyzmu wobec zaświadczeń innych lekarzy może ilustrować przypadek z praktyki autorów, kiedy to lekarz sądowy, specjalista psychiatra, na podstawie zaświadczenia od specjalisty chirurga sprzed kilku dni napisał, że badany jest przez najbliższe 4 tygodnie niezdolny do udziału w trzech różnych sprawach karnych z powodu jednostki chorobowej „S 01”. Gdyby zainteresował się, jaka jednostka chorobowa kryje się pod tym symbolem, dowiedziałby się, że jest to otwarta rana głowy. Otwarta rana głowy jest zaś objawem widocznym, powinna być zaopatrzona w czasie możliwie krótkim po jej powstaniu i pozwala na udział w rozprawach także przed jej ostatecznym wygojeniem.

4. Omówienie

Nieprzypadkowo większość przytoczonych przykładów dotyczy psychiatrii. Jest to bowiem dziedzina medycyny postrzegana jako subiektywna, jak i związana ze zmiennością objawów psychopatologicznych. Lekarze reprezentujący inne dziedziny medycyny dysponują obecnie szeregiem nieinwazyjnych metod badawczych, które pozwalają na stwierdzenie stopnia uszkodzenia narządu i związanego z tym ograniczenia funkcji. W psychiatrii nie ma prostej zależności pomiędzy sposobem funkcjonowania badanego a wynikami badań obrazowych, zaś większość badań psychologicznych stosowanych w praktyce klinicznej daje możliwość zarówno symulacji, jak i dysymulacji [8]. Lekarze psychiatry często podejmujący się opiniowania są tego świadomi, natomiast większość lekarzy bez doświadczenia orzeczniczego nie potrafi zmienić relacji łączących lekarza z pacjentem, zakładającej pełne zaufanie, na relację biegły – opiniowany, wymagającą krytycznego podejścia do danych z wywiadu i demonstrowanych przez badanego objawów. Pobochoa [9], analizując przyczyny błędnych opinii,

podzielił je na dwie grupy: zawierające błędy niezamierzone i zawierające błędy celowe. Jeżeli przyjmiemy, że każde zaświadczenie lekarskie dokonujące oceny stanu zdrowia jest rodzajem opinii, można podjąć próbę zastosowania wobec nich tego samego podziału przy założeniu, że pod pojęciem „błędne” rozumiemy będziemy zaświadczenie niezgodne ze stanem faktycznym. Analiza tych przypadków, w których zadaniem autorów było dokonanie oceny zaświadczenia lekarskiego w celu stwierdzenia, czy poświadczono w nim nieprawdę, wskazuje, że sytuacja jest bardziej złożona. W części z opiniowanych przypadków materiał dowodowy pozwalał na stwierdzenie, że zaświadczenie przedłożone do ZUS w celu otrzymania nienależnego świadczenia czy też sądowni w celu uniknięcia odpowiedzialności lub otrzymania satysfakcjonującego odszkodowania jest niezgodne ze stanem faktycznym, ponieważ podaje stan zdrowia lub skutki zdarzenia, które w rzeczywistości nie występują. Takie stwierdzenie nie uprawnia jednak do przyjęcia, że lekarz poświadczyl nieprawdę. Pytanie o poświadczenie nieprawdy jest bowiem pytaniem o intencje kierujące lekarzem. Jeżeli lekarz psychiatra, uznany specjalista z tytułem naukowym pisze w zaświadczeniu, że badany pozostaje w jego systematycznym leczeniu od podanego dnia, a z nadesłanej przez prokuraturę dokumentacji z gabinetu tego lekarza wynika, że wizyta w tym dniu była pierwszą i jedyną, to uprawnia to do stwierdzenia, że zaświadczenie o systematycznym leczeniu było poświadczaniem nieprawdy. Tak komfortowa sytuacja opiniodawcza jest jednak czymś zupełnie wyjątkowym.

5. Akty prawne obowiązujące lekarza

Zgodnie z kodeksem etyki lekarskiej najważniejszym nakazem etycznym dla lekarza jest dbanie o dobro chorego. Żaden z artykułów tego kodeksu nie precyzuje zaś pojęcia tego dobra, a definicji takiej nie ma również w żadnym innym obowiązującym lekarzy akcie prawnym. Wśród lekarzy powszechnie panuje zatem przekonanie, że to pacjent decyduje o tym, co jest dla niego korzystne, a lekarz zobowiązany jest mu pomóc w osiągnięciu tego „dobra”.

To, że lekarz zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji, jest faktem powszechnie znanym. Sposób prowadzenia dokumentacji lekarskiej na każdym z etapów postępowania z pacjentem szczegółowo regulują dwa rozporządzenia ministra zdrowia – z dnia 30 lipca 2001 r. i 10 sierpnia 2001 r. Dotyczą one jednak wyłącznie rodzaju i formy tej dokumentacji, nie zajmując się jej treścią merytoryczną. Pewne regulacje znajdują się w kodeksie etyki lekarskiej, mają one jednak wysoki stopień ogólności – w art. 41 sprecyzowano, że treść każdego zaświadczenia lekarskiego lub innego dokumentu powinna być zgodna z wiedzą i sumieniem lekarza.

Większość lekarzy do prowadzenia dokumentacji nie przywiązuje należytej wagi. Wprawdzie w ostatnich latach zaznaczył się pewien postęp w tej kwestii, ponieważ NFZ, działając z pozycji płatnika, spowodował, że dokumentacja zawiera dane dotyczące ilości i rodzaju przepisywanych leków, ale pozostałe zapisy z reguły są zdawkowe i nieczytelne. Powszechny jest brak świadomości, że dokumentacja medyczna powinna pozwolić na odtworzenie obrazu stanu zdrowia pacjenta w czasie kontaktu z lekarzem. W ten sposób ma ona na celu nie tylko zapewnić bezpieczne udzielanie świadczenia medycznego pacjentowi, ale także, w razie potrzeby, może być źródłem informacji pozwalających na obronę lekarza wobec zarzutów o nieprawidłowe postępowanie, w tym – o poświadczenie nieprawdy. Problem czytelności tej dokumentacji i jej braków merytorycznych zauważany jest zarówno przez lekarzy orzeczników ZUS [6], jak i przez biegłych opiniujących o postępowaniu lekarskim [7, 10].

Zarówno kodeks etyki lekarskiej, jak i inne ustawy (Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego) kładą nacisk głównie na dochowanie tajemnicy lekarskiej. Zgodnie z art. 28 kodeksu etyki lekarskiej dokumentacja lekarska powinna zawierać wyłącznie informacje potrzebne dla postępowania lekarskiego. Artykuł 51 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego precyzuje, że w dokumentacji dotyczącej badań lub przebiegu leczenia nie utrwała się oświadczeń obejmujących przyznanie się do czynu zabronionego pod groźbą kary.

Zestawiając definicję poświadczenia nieprawdy z przytoczonymi wyżej regulacjami obowiązującymi lekarza, zauważamy, że o ile „potwierdzenie stanu rzeczy, który nie miał miejsca” nie powinno budzić szczególnych dyskusji, o tyle ewentualny zarzut o „zatajenie okoliczności, które obiektywnie istniały i miały znaczenie prawne” pozostaje w sprzeczności zarówno z kodeksem etyki lekarskiej, jak i z Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego.

6. Podsumowanie

Problem braku wiedzy o podstawowych zasadach opiniowania i braku znajomości podstawowych unormowań prawnych został zauważony przez różnych autorów [1, 3, 8, 9]. Obecny system naboru kandydatów na biegłych i lekarzy sądowych nie sprzyja zdobywaniu tej wiedzy. Jednocześnie trudno postulować wprowadzenie ostrzejszych kryteriów w sytuacji, kiedy brak jest chętnych do pełnienia tej funkcji wśród lekarzy – specjalistów klinicznych. Natomiast kadra wyszkolonych biegłych skupiona w instytutach naukowych zajmujących się opiniowaniem dla potrzeb prokuratur i sądów jest tak nieliczna w stosunku do potrzeb, że czas oczekiwania na opinię dotyczącą oceny postępowania lekarskiego liczony jest w latach. Tym niemniej wydaje się celowe wpro-

wadzenie okresowych szkoleń dla biegłych indywidualnych, na których mogliby otrzymać zarówno podstawową wiedzę prawną, jak i informacje o zasadach opiniowania sądowo-lekarskiego. Dotyczy to w szczególności umiejętności rozróżniania postawy lekarza wobec leczącego pacjenta od postawy wobec osoby badanej w celu wydania opinii. Można zrozumieć, że lekarz leczący kieruje się wyłącznie dobrem chorego i bezkrytycznie podchodzi do danych z wywiadu, co niekiedy owocuje wydawaniem zaświadczeń nie mających pokrycia w rzeczywistym stanie zdrowia [3, 4]. Jednak lekarz powołany w charakterze biegłego musi mieć świadomość, że obowiązuje go krytyczna analiza zarówno danych z wywiadu, jak i zapisów w dokumentacji prowadzonej przez innych lekarzy. Należy tu przypomnieć zasadę, że z przyczyn etycznych lekarz leczący nie powinien być biegłym w sprawie swojego pacjenta. Najczęściej bowiem dobro chorego w takim kształcie, jaki jest pożądanym przez tego pacjenta, pozostaje w sprzeczności z dobrem innych osób lub też z interesem społecznym.

Tylko znajomość własnych uprawnień i zachowanie obiektywizmu w tych przypadkach, w których pacjent zwraca się o wypisanie zaświadczenia mającego służyć celom innym niż medyczne, może uchronić lekarza przed konsekwencjami prawnymi, również – przed zarzutem poświadczenia nieprawdy w dokumencie.