

© Borgis

Wstęp

PRAWO MEDYCZNE W CODZIENNEJ PRAKTYCE LEKARSKIEJ

Anna Augustynowicz, Iwona Wrześniewska-Wal

Rozwój nowoczesnych technik medycznych, metod diagnostycznych i terapii oraz innych nieznanymi dotychczas dziedzin, takich jak: transplantacja, sztuczna prokreacja czy inżynieria genetyczna stawia zarówno współczesnego lekarza, jak i pacjenta przed problemami, które nie mogłyby się zrodzić jeszcze kilka lat temu. Wzrasta liczba zagrożeń i coraz to poważniejszych szkód, które mogą pojawić się w związku z leczeniem.

Zatem, w jaki sposób ma postępować lekarz, który na dodatek jest związany tajemnicą zawodową, aby nie narazić się na konflikt z prawem?

Odpowiedzi na to pytanie poszukiwali uczestnicy Letniej Szkoły Prawa Medycznego, zorganizowanej przy współpracy Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP i Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego (Letnia Szkoła dla Absolwentów Podyplomowego Studium Prawa Medycznego, Bioetyki i Socjologii Medycyny – ścieżka prawna. Przy współpracy Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i Stowarzyszenia Absolwentów Podyplomowego Studium Prawa Medycznego, Bioetyki i Socjologii Medycyny „Prabios” (25 sierpnia i 15 września 2012 r., Warszawa)).

Wśród omawianych tematów pojawiły się dwa, które pragniemy zaprezentować: *Dowody w cywilnym „procesie medycznym”* oraz *Tajemnica zawodowa lekarza*.

Dowody w cywilnym „procesie medycznym”

***Iwona Wrześniewska-Wal**

Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Kierownik Zakładu: dr hab. Dorota Cianciara

EVIDENCES IN CIVILIAN „MEDICAL PROCESS”

Summary

Article presents the characteristics of evidences in medical processes. It also discusses the possible positions of the doctor in the process.

Key words: evidence, responsibility, doctor

WSTĘP

Sądy cywilne coraz częściej wydają wyroki dotyczące wysokich kwot zadośćuczynienia i odszkodowania z tytułu szkód medycznych. Systematycznie zwiększa się liczba procesów odszkodowawczych, a długoletnie postępowanie sądowe nie zawsze kończy się pozytywnym rozstrzygnięciem dla powoda (tj. lekarza). Wzrost procesów medycznych jest zjawiskiem nie tylko polskim. Wynika to z faktu, że coraz więcej pacjentów

jest świadomych swych praw i podejmuje próby ich dochodzenia (1).

W tych procesach niezwykle istotne jest postępowanie dowodowe, gdzie inicjatywa dowodowa, czyli przedstawienie dowodów, należy do stron (powoda i pozwanego). Oznacza to, że pacjent, który domaga się odszkodowania, podczas procesu musi wskazać na podstawy prawne, które jego zdaniem naruszył lekarz, oraz przedstawić dowody na naruszenie tych reguł.

POSTĘPOWANIE DOWODOWE

Czym zatem jest dowód? Jest to informacja mająca swoje oparcie w rzeczywistości. Przedmiotem dowodu (a więc informacji zgłaszanej sądowi przez stronę) mogą być tylko fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy – art. 227 Kodeksu postępowania cywilnego (2). Przedstawienie tych faktów, czyli zgromadzenie materiału dowodowego, należy do stron, ale ocena jego przydatności należy do sądu. Odbywa się to w postępowaniu dowodowym, które toczy się przed sądem orzekającym w danej sprawie.

Sąd dopuszcza dowody zgłoszone przez strony w drodze postanowienia dowodowego, w którym oznacza: fakty podlegające stwierdzeniu (tezy dowodowe), środek dowodowy i, stosownie do okoliczności, sędziego lub sąd, który ma dowód przeprowadzić, a ponadto, jeżeli to jest możliwe, termin i miejsce przeprowadzenia dowodu. Precyzyjne oznaczenie przez sąd tezy dowodowej posiada dla procesu niezwykle istotne znaczenie, dlatego sąd nie jest związany swym postanowieniem dowodowym i może je stosownie do okoliczności uchylić lub zmienić (jednak kontroluje to sąd drugiej instancji, bo w apelacji każda ze stron może kwestionować postanowienie dowodowe sądu). Ponadto sąd orzekający może zarządzić powtórzenie lub uzupełnienie postępowania dowodowego.

Obowiązek przedstawienia przez strony dowodów wiąże się z rozkładem ciężaru dowodu. To właśnie rozłożenie ciężaru dowodu odpowiada na pytanie, która strona i jakie fakty ma udowodnić. Według ogólnej zasady przyjętej w art. 6 Kodeksu cywilnego (3), ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne (W niektórych wypadkach prawo cywilne ustanawia inny rozkład ciężaru dowodu (np. w przypadku naruszenia dóbr osobistych jest domniemanie bezprawności – art. 24 § 1 Kodeksu cywilnego)). W tej sytuacji to pacjenta (czyli powoda) obciąża wykazanie faktów, które uzasadniają jego roszczenie (np. odszkodowanie w związku ze szkodą jakiej doznał w wyniku błędnej diagnozy). Natomiast lekarz (czyli pozwany) ma przedstawić fakty niweczące to roszczenie (np. wyniki badań laboratoryjnych potwierdzających prawidłowość diagnozy).

Za słuszne należy uznać, aby strony nie musiały dowodzić faktów powszechnie znanych każdemu przeciętnie wykształconemu, rozsądnemu człowiekowi np. ważne daty historyczne, zjawiska przyrodnicze czy procesy ekonomiczne. Podobnie fakty znane sądowi z urzędu, np. wyroki innych sądów. Nie wymagają również dowodu fakty przyznane przez stronę przeciwną, gdy przyznanie nie budzi wątpliwości co do zgodności ze stanem rzeczywistym. Ponadto, jeśli strona nie zaprzecza lub nie wypowiada się co do twierdzeń drugiej strony, sąd uznaje te fakty za prawdziwe, o ile nie przeczą temu wyniki całej rozprawy. Jest to tzw. przyznanie milczące, często spotykane w sytuacjach, gdy pozwany nie bierze lub nie chce brać udziału w sprawie i nie ustosunkował się do żądań pozwu.

DOWÓD Z URZĘDU

Nasz kodeks pozwala, aby sąd dopuścił dowód niewskazany przez strony. Jednak sąd powinien sporadycz-

nie korzystać z tej możliwości. W każdym razie należy przyjąć, że jest to niedopuszczalne w sytuacji, kiedy stroną jest reprezentowana przez profesjonalnych pełnomocników (adwokatów lub radców prawnych). Odmienne stanowisko podważa zasadę kontradiktoryjności (4).

Jednak w świetle dotychczasowego orzecznictwa przyjmuje się, iż w sprawach medycznych podjęcie aktywności dowodowej przez sąd może być uzasadnione potrzebą przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego. W jednym z orzeczeń Sąd Najwyższy stwierdził: „dowód z opinii biegłego z uwagi na składnik w postaci wiadomości specjalnych jest dowodem tego rodzaju, iż nie może być zastąpiony inną czynnością dowodową, np. przesłuchaniem świadka” (5). Podobnie w innej sprawie: „Sąd dopuszcza się naruszenia art. 232 zdanie drugie Kodeksu postępowania cywilnego, skoro z urzędu nie przeprowadza dowodu z opinii biegłego, natomiast dowód ten jest niezbędny dla miarodajnej oceny zasadności wytoczonego powództwa” (6).

CIEŻAR DOWODU PRZY ZGODZIE PACJENTA

Niewątpliwie istotnym faktem w sporach medycznych będzie zgoda pacjenta. Odbieranie od pacjentów zgody na leczenie według zasad określonych w ustawie o zawodzie lekarza (7) jest istotne nie tylko z punktu widzenia poszanowania podstawowego prawa pacjenta do samostanowienia, ale również i z tego powodu, że wykonywanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta jest czynem karalnym, ściganym na wniosek pokrzywdzonego – art. 192 Kodeksu karnego (8) – nawet wówczas, gdy jest on wykonany zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Jeśli zatem kwestia prawidłowego wyrażenia przez pacjenta zgody jest tak istotna, to powstaje pytanie, kto ponosi ciężar udowodnienia zgody pacjenta na wykonanie zabiegu medycznego. W jednym z wyroków Sąd Najwyższy odpowiada, iż: „Ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny, spoczywa na lekarzu” (9).

DOWÓD *PRIMA FACIE*

Dowód *prima facie* („na pierwszy rzut oka” lub „bez zagłębiania się w sprawę”) jest uproszczonym środkiem dowodowym pozwalającym na dokonanie ustaleń faktycznych w procesie, bez konieczności przeprowadzenia postępowania dowodowego (10). Konstrukcja opiera się na założeniu, iż samo zaistnienie pewnych zdarzeń przesądza o zaistnieniu związku przyczynowo-skutkowego między tymi zdarzeniami. Innymi słowy, jeżeli wraz z okolicznością A, wystąpiła okoliczność B, to jest bardzo prawdopodobne, że A jest związane z B. Ustalenie takiego prawdopodobieństwa wynika z przeświadczenia sądu, opartego na doświadczeniu życiowym oraz wiedzy, że taki związek przeważnie występuje w typowym przebiegu zdarzeń, które po sobie nastąpiły (11).

Najistotniejszą cechą dowodu *prima facie* jest przyznanie temu dowodowi szczególnej mocy, zbliżającej jego działanie do działania domniemań prawnych (10).

Podnosi się bowiem, że w sytuacji szczególnie wyraźnej dysproporcji pozycji stron postępowania należy wesprzeć słabszą stronę sporu, obarczoną ciężarem dowodzenia faktów, które ze swej natury są bardzo trudne do wykazania. Te dwie cechy (występowanie obiektywnych trudności dowodowych i obarczenie ciężarem dowodzenia „słabszej” strony sporu) miałyby uzasadniać korzystanie z dowodu *prima facie* w sprawach o naprawienie szkody, doznanej przez pacjenta w trakcie leczenia (12).

W praktyce jest to bardzo ważne ułatwienie, bowiem pacjent nie musi precyzyjnie wskazywać momentu, w którym doszło do zdarzenia, z którego wywodzi on skutki prawne. Taka praktyka rozwinęła się w procesach o odszkodowanie za zakażenia szpitalne, gdzie ze względu na specyfikę spraw (13), sądy stosują tzw. domniemanie niedbalstwa szpitala i związku przyczynowego (14). W przypadku braku dowodu przeciwnego ze strony pozwanego szpitala, sąd korzystając z dowodu *prima facie*, przyjmuje, że do zakażenia doszło w szpitalu (15). Jest to domniemanie winy i związku przyczynowego pomiędzy pobytom pacjenta w szpitalu a zakażeniem (16). Należy podkreślić, że korzystanie przez sąd z dowodu *prima facie* w przypadku zakażeń jest ostatnio mocno krytykowane. Podstawowa wątpliwość związana z działaniem dowodu *prima facie* wynika z tego, że określenie innego niż w art. 6 Kodeksu cywilnego rozkładu ciężaru dowodu należy do ustawodawcy. Skoro jednak w sprawach medycznych, mimo niewątpliwych trudności z udowodnianiem przesłanek odpowiedzialności, ustawodawca nie użył tego instrumentu, nie można bez zmiany przepisów doprowadzić do deformacji ogólnych reguł ciężaru dowodzenia. Jest to zasadniczy argument przemawiający przeciwko stosowaniu dowodu *prima facie* w tym jego ujęciu, w którym – jak opisano poprzednio – w celu polepszenia sytuacji dowodowej pacjenta miałyby dochodzić do zmiany rozkładu ciężaru dowodu i obarczenia pozwanego szpitala ciężarem udowodnienia tego, że do zakażenia doszło w placówce innej niż pozwany szpital (12).

OPINIA BIEGŁEGO LEKARZA

W sprawach cywilnych o odszkodowanie za skutki błędu medycznego rzadko „rzecz mówi sama za siebie”, a zatem w takiej sytuacji, stwierdził Sąd Najwyższy: „Sąd nie może więc opierać się na własnych wiadomościach. Konieczne jest korzystanie z biegłych” (17). Biegły jest to osoba, która posiada wiadomości specjalne (nie tylko specjalistyczne), a więc takie, które wykraczają poza normalną, powszechną wiedzę i poza przeciętne umiejętności praktyczne (18). Są to wiadomości, które nie są powszechnie dostępne. Jednak każdy lekarz nawet bez specjalizacji spełnia to kryterium.

Zdaniem Sądu Najwyższego: „Przedmiotem opinii biegłego nie jest przedstawienie faktów, lecz ich ocena na podstawie wiedzy fachowej”. Ze względu na ten poziom fachowości biegły musi dawać rękojmię prawidłowego wykonywania zawodu (19). Proces cywilny, którego przedmiotem jest szkoda lub krzywda w postaci utraty zdrowia lub życia, w zasadniczy sposób różni się od postępowania karnego. Równość i kontrydiktoryjność procesu cywilnego wyznacza w pewien specyficzny sposób i granice, w jakich może poruszać się biegły. Zadaniem lekarza, będącego biegłym, jest nie tylko ustalenie rodzaju szkody na zdrowiu i sprawności fizycznej poszkodowanego, ale często także określenie wysokości kosztów leczenia, ustalenie utraty zdolności do pracy zarobkowej, stwierdzenie zwiększonych potrzeb życiowych, np. dodatkowe odżywianie lub opieka specjalistów. Ocena stanu szkody polega najczęściej na ustaleniu doznanego uszczerbku na zdrowiu. □

Piśmiennictwo

1. Serwach M: Praktyczne szkolenie dla lekarzy z zakresu nowych praw i ubezpieczeń w ochronie zdrowia: Konferencja Health Project Management, Warszawa 4 lutego 2012 r.
2. Ustawa z 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 1964 r., Nr 43, poz. 296 z późn. zm.).
3. Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.).
4. A. Zieliński: Postępowanie cywilne – kompendium. Warszawa 1996 r., s. 19 oraz 117-118.
5. Wyrok Sądu Najwyższego z 24 listopada 1999 r. (I CKN 223/98, Wokanda 2000/3/7).
6. Wyrok Sądu Najwyższego z 7 października 1998 r. (II UKN 246/98, OSNP 1999/20/664).
7. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze zm.).
8. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).
9. Wyrok Sądu Najwyższego z 17 grudnia 2004 r. (II CK 303/04, OSP 2005/11/131).
10. Marszałkowska-Krześ E: Postępowanie cywilne. Warszawa 2007, 85, 86.
11. Tymiński R: Ciężar dowodu w sprawach medycznych, czyli co komu należy udowodnić. Publikacje Polskiego Centrum Edukacji, www.prawomedyczne.com/index.php?option=com_content.
12. Janiszewska B: Praktyka sądowa w sprawach cywilnych o zakażenia szpitalne (dowodzenie przesłanek odpowiedzialności oraz roszczenia przysługujące pacjentowi). Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Zakażenia szpitalne – aspekty prawne, ubezpieczeniowe i wizerunkowe”, Warszawa 26-27 lutego 2009 r.
13. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 9 maja 2002 r. (ACa 221/02 z glosą aprobowaną: M. Nestorowicz, Prawo i Medycyna nr 14 z 2004 r.).
14. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 9 lutego 2000 r. (IACa 69/00, Prawo i Medycyna, Nr 11 z 2002 r.).
15. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 21 marca 1997 r. (IACa 107/97, Wokanda nr 7/1998).
16. Dalkowska A: Roszczenia pacjenta – konsekwencje cywilnoprawne zakażeń. I Konferencja Bezpieczny Szpital, Warszawa 25 maj 2007 r.
17. Wyrok SN, Izba Cywilna z dnia 19 lutego 2004 r. (IV CK 82/2003) LexPolonica nr 365813, Lewandowska I, Rzeczpospolita z 29 lutego 2004 r., 50 str. C2.
18. Turek J: Biegły sądowy i jego czynności. Monitor Prawniczy 2007; 24.
19. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 12 lutego 2009 r. (VI SA Wa 730/08. Orzecznictwo Naczelnego Sądu Administracyjnego, www.orzeczenia.nsa.gov.pl).

nadesłano: 30.08.2012
zaakceptowano do druku: 26.09.2012

Adres do korespondencji:
*Iwona Wrześniewska-Wal
Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania
Szkoła Zdrowia Publicznego, CMKP
ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa
tel.: +48 (22) 560-11-40
e-mail: idrwa@yahoo.com