

PIOTR ZAPADKA

Dokumentacja medyczna jako środek dowodowy w postępowaniu karnym – ujęcie praktyczne

Szukając *antynomii* w szeroko rozumianym obszarze opieki zdrowotnej wartym uwagi jest ukazanie dwojakiego postrzegania *dokumentacji medycznej* jako środka dowodowego w postępowaniu karnym. W powszechnym rozumieniu, dominującym wśród praktykujących lekarzy, istnieje nieco intuicyjne rozumienie wysokiej wartości dowodowej, jaką winna dawać należycie sporządzona *dokumentacja medyczna*, która może przesądzać o winie albo o braku winy osób podejrzewanych o popełnienie określonych czynów zabronionych. Jednak przykłady płynące z sal sądowych przekonują, iż powszechne wśród lekarzy rozumienie istotnego znaczenia *dokumentacji medycznej* jako węzłowego dla postępowania karnego środka dowodowego może podlegać zgoła innemu postrzeganiu przez sądy orzekające w sprawach karnych, dla których tego rodzaju dowód jest tylko jednym z dowodów, jedynie wspomagającym proces orzeczniczy, a który nie posiada prymatu pierwszeństwa nad innymi dowodami. Takie ujęcie może zaskakiwać, a tym samym zagadnienie to warto jest odrębnej analizy.

Dokumentacja medyczna – słowo wprowadzenia

Pojęcie *dokumentacji medycznej*, mającej (pośrednio) nawet podstawy konstytucyjne¹, jest unormowane w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, poprzez tzw. regulację odsyłającą, polegającą na wskazaniu, iż oznacza to *dokumentację medyczną*, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: u.p.p.). Nie jest to jednak definicja legalna, a jedynie wskazane reguły wynikających z innej ustawy, do których usta-

¹ Podstaw prawnych dotyczących prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej należy doszukiwać się w art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., gdzie wskazano, że **każdy ma prawo do ochrony zdrowia**. W tym kontekście należy wskazać, że dokumentacja medyczna jako zapis przebiegu choroby pacjenta, a także wielu innych istotnych informacji o jego stanie zdrowia i podjętym leczeniu, bez wątpienia jest elementem, który pozwala na zapewnienie ochrony zdrowia, a także kontrolę i podnoszenie jakości realizacji prawa do ochrony zdrowia.

wodawca odsyła *explicite*. Ustawodawca w u.p.p. co prawda nie stworzył odrębnej definicji legalnej (pojęciowej), a jedynie zdecydował się na jej uregulowanie poprzez przyjęcie zespołu norm kreujących określone dyspozycje w sposób funkcjonalny, tj. w rozdziale 7 tejże ustawy (zatytułowanym *prawo pacjenta do dokumentacji medycznej*) poddał regulacji kwestie prowadzenia, przetwarzania i udostępniania dokumentacji medycznej². Co więcej, w art. 25 u.p.p. niejako „funkcjonalnie” określił konstrukcję dokumentacji medycznej, wskazując, co winno się w niej znajdować³. Ustawa ta dodatkowo, w art. 3 ust. 1 pkt 8-10 definiuje takie pojęcia jak: wyciąg – „skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej”; odpis – „dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem”; kopia – „dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu)”.

Dokumentacja medyczna jest chroniona rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 6 kwietnia 2020 r. (dalej: Rozporządzenie), gdzie w § 1 pkt 4 uregulowano zasady zabezpieczania dokumentacji medycznej⁴.

Kolejnym aktem prawnym, w którym dokumentacja medyczna jest chroniona, jest rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/we (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), gdzie wprowadzono definicję legalną danych dotyczących zdrowia, co oznacza „dane osobowe o zdrowiu fizycznym lub psychicznym osoby fizycznej – w tym o korzystaniu z usług opieki zdrowotnej – ujawniające informacje o stanie jej zdrowia”, natomiast w art. 9 powyż-

¹ Art. 23 ust.1 u.p.p. stanowi, że pacjent ma **prawo do dostępu do dokumentacji medycznej** dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

² Art. 25 ust. 1 u.p.p. stanowi, iż **dokumentacja medyczna** zawiera co najmniej: 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości: a) nazwisko i imię (imiona), b) datę urodzenia, c) oznaczenie płci, d) adres miejsca zamieszkania, e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania; 2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych; 3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych; 4) datę sporządzenia.

³ W Rozporządzeniu tym dokonano także podziału dokumentacji medycznej na **dokumentację indywidualną**, czyli dotyczącą poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych oraz na **dokumentację zbiorczą** dotyczącą ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych (przykładowo wykazu głównego przyjęć i wypisów, wykazu odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć lub wykazu odmów przyjęć w szpitalnym oddziale ratunkowym, wykazu chorych oddziału, wykazu raportów lekarskich). Przy czym, dokumentację indywidualną dzielimy na **dokumentację indywidualną wewnętrzną**, czyli dokumentację przeznaczoną na potrzeby podmiotu, przykładowo historia zdrowia i choroby, historia choroby, karta transportu medycznego, karta przebiegu znieczulenia, karta obserwacji, protokół operacyjny, oraz **dokumentację indywidualną zewnętrzną**, która jest przeznaczona na potrzeby pacjentów i do tej dokumentacji zaliczamy skierowanie do szpitala lub innego podmiotu, udzielającego stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, książeczka zdrowia dziecka, karta informacyjna z leczenia szpitalnego.

szezo rozporządzenia prawodawca europejski wskazał na ograniczenia w przetwarzaniu szczególnych kategorii danych osobowych do których zaliczają się dane dotyczące zdrowia⁵. W świetle § 1 ww. Rozporządzenia, w obecnym stanie pewnym dokumentacja medyczna jest co do zasady prowadzona w postaci elektronicznej⁶.

Warto również zauważyć, iż w treści art. 2 pkt 6 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r. (dalej: u.s.o.z.) wprowadzono definicję legalną elektronicznej dokumentacji medycznej, którą zdefiniowano, jako dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym bądź podpisem osobistym. A zatem *elektroniczna dokumentacja medyczna* opiera się na elektronicznych dokumentach, które należy rozumieć jako stanowiący odrębną całość znaczeniową zbiór danych uporządkowanych w określonej strukturze wewnętrznej i zapisany na informatycznym nośniku danych [19]⁷ i które są opatrzone odpowiednim podpisem w formie cyfrowej.

Jedynie dla przypomnienia należy zasygnalizować, iż w poprzednich latach funkcjonowała bardziej rozbudowana definicja legalna *dokumentacji medycznej* sformułowana w art. 18d ust. 1 pkt 5 uchylonej już ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, gdzie wskazano, że poprzez pojęcie *dokumentacji medycznej* należy rozumieć dane i informacje medyczne odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu w zakładzie opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych, gromadzone i udostępniane na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Poza przywołanymi powyżej ramami regulacyjnymi zastrzeżenia wymaga, iż w literaturze przedmiotu powstało kilka definicji doktrynalnych *dokumentacji medycznej*, gdzie wyrażono pogląd, że jest to „zbiór dokumentów będących nośnikami informacji o charakterze medycznym, który jest prowadzony przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w celu realizacji prawa pacjenta do informacji oraz w związku

¹ Artykuł 9 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych) ust. 1: Zabrania się przetwarzania danych osobowych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych oraz przetwarzania danych genetycznych, danych biometrycznych w celu jednoznacznego zidentyfikowania osoby fizycznej lub danych dotyczących zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej tej osoby. Ust. 1 nie ma zastosowania, jeżeli spełniony jest jeden z poniższych warunków:

i) przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z interesem publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego, takich jak ochrona przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi lub zapewnienie wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej oraz produktów leczniczych lub wyrobów medycznych, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które przewidują odpowiednie, konkretne środki ochrony praw i wolności osób, których dane dotyczą, w szczególności tajemnicę zawodową;

4. Państwa członkowskie mogą zachować lub wprowadzić dalsze warunki, w tym ograniczenia w odniesieniu do przetwarzania danych genetycznych, danych biometrycznych lub danych dotyczących zdrowia.

¹ Obecnie występują dwie przesłanki prowadzenia dokumentacji w postaci papierowej, a mianowicie (i) musi występować precyzyjna podstawa prawna lub (ii) warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej (wydaje się, że takim przypadkiem może być czasowe ograniczenie działania systemu teleinformatycznego). Przy czym, jeśli dokument jest prowadzony w jednej postaci to nie może być równocześnie prowadzony w drugiej z nich. A zatem nie można „mieszać” systemów prowadzenia dokumentacji medycznej i tym samym stałą praktyką nie może być wypełnianie papierowej dokumentacji medycznej w celu jej późniejszego przepisania do dokumentacji elektronicznej.

¹ Art. 3 pkt 2 ustawy.

z wykonywaniem przez nie określonych obowiązków” [4, s. 944]. Istnieją także definicje doktrynalne, które zamiast objaśnienia sensu tego pojęcia kładą raczej nacisk na podstawę prawną definiowania *dokumentacji medycznej* – czyli przywoływane już powyżej ramy normatywne – i wskazują na regulacje zawarte w u.p.p. i przepisach odrębnych odnoszących się do stanu zdrowia pacjenta oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, gromadzonych i udostępnianych na zasadach określonych w tej ustawie [9]⁸.

W zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej ustawodawca przewidział pewne ograniczenia podmiotowe i przedmiotowe. Jeśli chodzi o ograniczenia przedmiotowe to należy wskazać, że *dokumentacja medyczna* może być prowadzona jedynie w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że prowadzenie dokumentacji medycznej w celu ochrony zdrowia oznacza, że dane osobowe powinny być zbierane w konkretnych, wyraźnych i prawnie uzasadnionych celach i nie powinny być dalej przetwarzane w sposób niezgodny z tymi celami, o czym stanowi art. 5 ust. 1 lit. b RODO. Natomiast, jeśli chodzi o ograniczenia podmiotowe, należy zaznaczyć, iż do prowadzenia dokumentacji medycznej jest zobowiązany podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych⁹, a celem tych działań jest realizacja prawa pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej.

Zobowiązanie do prowadzenia *dokumentacji medycznej* zostało wyrażone także w art. 41 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r., gdzie wskazano, że lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycz-

¹ Komentarz do art. 23.

¹ Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 5 u.p.p. jest to podmiot wykonujący działalność leczniczą o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, czyli może to być podmiot leczniczy o którym mowa w art. 4 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym do podmiotów leczniczych zaliczamy:

1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2019 r. poz. 1292 i 1495) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,

2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,

3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 357, 730 i 1590),

4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1350 i 2227),

5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,

5a) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5,

6) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania,

7) jednostki wojskowe

- w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

nej pacjenta, a sposób prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej przez lekarza określają przywołane już uprzednio przepisy u.p.p.

Elektroniczną dokumentację medyczną podpisuje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, natomiast dokumentację wewnętrzną można podpisać również przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego. Jeśli chodzi o dokumentację w postaci papierowej to należy ją opatrzyć własnoręcznym podpisem. Wpis w dokumentacji w postaci papierowej nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji. W tym miejscu warto przywołać postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 2009 r. [23] gdzie wskazano, że podpis powinien wyrażać co najmniej nazwisko. Nie jest konieczne, żeby było to nazwisko w pełnym brzmieniu, gdyż dopuszczalne jest jego skrócenie, nie musi ono być także w pełni czytelne.

Należy podkreślić, że prawidłowe podpisanie *dokumentacji medycznej* jest absolutnie kluczowe dla przypisania odpowiedzialności za wykonanie danego świadczenia zdrowotnego, a także dla uznania wpisu za prawidłowy – bez podpisu to nie jest możliwe. Przykładowo w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji powinien on dokonywać osobiście wpisu do dokumentacji medycznej, gdy samodzielnie wykona czynność medyczną, a ewentualne późniejsze „autoryzowanie” wpisu przez innego specjalistę należy zakwalifikować jako poświadczanie nieprawdy. Jeśli zaś lekarz specjalista wraz z lekarzem w trakcie specjalizacji wykonują daną czynność, wówczas wpis należy opatrzyć podpisem obydwu lekarzy. Nadto należy zaznaczyć, że osoba zatrudniona na stanowisku sekretarki medycznej nie jest uprawniona do dokonywania wpisu w dokumentacji medycznej za lekarza czy przedstawiciela innego zawodu medycznego.

W odniesieniu do dokumentacji medycznej w tradycyjnej postaci papierowej także trzeba mieć na względzie zasadę dokonywania wpisów w sposób czytelny, co oznacza zapewnienie możliwości odczytania jej przez pacjenta bądź inne uprawnione osoby i tym samym wypełnianie jej informacyjnej funkcji. Prowadzenie dokumentacji w sposób chronologiczny polega na uporządkowaniu zawartości dokumentacji medycznej i ponumerowaniu jej w kolejności odpowiadającej czasowi jej sporządzania.

Dokumentacja medyczna – problemy praktyczne

Jak wskazuje praktyka, prowadzenie *dokumentacji medycznej* zgodnie z ww. zasadami może praktykującym lekarzom dostarczać wielu trudności, a nawet czasem dochodzi do nadużyć lub błędów, co w konsekwencji może przedmiotem późniejszych wątpliwości w trakcie trwających postępowań sądowych. Oczywiście jest przy tym, iż wymiar sprawiedliwości (czy to jeszcze na etapie postępowań prokuratorskich, czy już na etapie postępowań sądowych) musi badać stopień zawinięcia przy stwierdzonych błędach w przygotowywaniu dokumentacji medycznej.

W szczególności w tym kontekście uwagę zwraca przestępstwo stypizowane w art. 271 § 1 kodeksu karnego, gdzie lekarz bądź inny podmiot na mocy ustawy obowiązany

do prowadzenia *dokumentacji medycznej* może podlegać odpowiedzialności karnej za fałszowanie dokumentacji medycznej. Sprawca takiego czynu może podlegać karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5, co jest tzw. *występkiem*, a nie *zbrodnią*¹⁰.

Dla przypomnienia podkreślić należy, iż dokonana ocena stopnia zawinienia sprawcy określonego czynu zabronionego ma dla wymiaru kary wężłowe znaczenie. Stopień winy odgrywa przy wymiarze kary podwójną rolę. Z jednej strony wina jest przede wszystkim podstawą odpowiedzialności karnej¹¹ i uzasadnia stosowanie wobec sprawcy przestępstwa zastosowanie represji karnej [12, s. 394]. Z drugiej strony, w ramach wymiaru kary stopień winy stanowi nieprzekraczalną granicę surowości kary, co określa się jako funkcję limitującą (*vide* wymiar orzeczonej kary) [12, s. 394].

Zgodnie z art. 8 kodeksu karnego *zbrodnię* można popełnić tylko umyślnie, natomiast *występek* można popełnić także nieumyślnie, jeżeli ustawa tak stanowi. O ile więc odpowiedzialność za przestępstwa umyślne jest regułą i nie wymaga wyraźnego ustawowego wskazania, o tyle odpowiedzialność karna za przestępstwa nieumyślne stanowi swoisty wyjątek, w tym sensie, że ponosi się odpowiedzialność karłą za przestępstwa nieumyślne tylko wtedy, gdy ustawa tak stanowi [12, s. 81].

Powyższe prowadzi do wniosku, iż skoro przywołany powyżej art. 271 § 1 kodeksu karnego (fałszowanie dokumentacji) typizuje *występki*, a przepisy Kodeksu Karnego w tym przypadku nie przewidują możliwości ich nieumyślnego popełnienia, to oznacza, iż występki z art. 271 § 1 kodeksu karnego można popełnić wyłącznie umyślnie.

Zgodnie z art. 9 § 1 kodeksu karnego czyn zabroniony popełniony jest umyślnie, jeżeli sprawca ma zamiar jego popełnienia, to jest chce go popełnić (*dolus directus* – zamiar bezpośredni) albo przewidując możliwość jego popełnienia, na to się godzi (*dolus eventualis* – zamiar ewentualny).

Zamiar został zatem zdefiniowany przez ustawodawcę jako chęć popełnienia przestępstwa lub przewidywanie możliwości jego popełnienia i godzenie się na to. Rozstrzygnięcie co do zamiaru w jakim działał sprawca każdorazowo należy do sądu, który w orzeczeniu powinien wskazać, z jaką postacią dany czyn został popełniony – z zamiarem bezpośrednim, czy też zamiarem ewentualnym [38]. Jak wskazywał w jednym z orzeczeń Sąd Najwyższy, „[...] o zachowaniu *umyślnym* można mówić jedynie wtedy, gdy sprawca obejmował swoją świadomością wszystkie istotne elementy czynu, wszystkie jego podstawowe znamiona, zaś istotnym wyznacznikiem tego, że sprawca obejmuje czyn swój świadomością, a zatem i umyślnością, jest jego zamiar” [22].

Zamiar bezpośredni (*dolus directus*) polega na tym, że sprawca chce popełnić przestępstwo, gdyż ma on wyobrażenie pożądanego przez niego stanu rzeczy, do którego zmierza swoim zachowaniem – a zatem ma i świadomość i wolę popełnienia przestępstwa [12, s. 86]. Tymczasem zamiar ewentualny (*dolus eventualis*) obejmuje świadomość sprawcy co do możliwości popełnienia przestępstwa – z jednoczesnym godzeniem się na to, co jako możliwe objęte zostało jego świadomością [12, s. 89].

¹⁰ Art. 7. k.k. § 1 Przystępstwo jest zbrodnią albo występkiem. § 2 Zbrodnią jest czyn zabroniony zagrożony karą pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3 albo karą surowszą. § 3 Występkiem jest czyn zabroniony zagrożony grzywną powyżej 30 stawek dziennych albo powyżej 5 000 złotych, karą ograniczenia wolności przekraczającą miesiąc albo karą pozbawienia wolności przekraczającą miesiąc.

¹¹ Zgodnie z art. 1 § 3 k.k. nie popełnia przestępstwa sprawca czynu zabronionego, jeżeli nie można mu przypisać winy w czasie czynu.

W konsekwencji do powyższego, występki stypizowane w omawianym art. 271 § 1 kodeksu karnego (fałszowanie dokumentacji) należy oceniać mając na uwadze zarówno *zamiar bezpośredni* popełniania tego rodzaju przestępstw (sprawca świadomie popełnia czyn zabroniony), jak i *zamiar ewentualny* ich popełniania (sprawca godzi się na popełnienie czynu zabronionego), co w obu przypadkach podlega odpowiedzialności karnej.

Takie ujęcie omawianego przestępstwa musi towarzyszyć lekarzom, którzy zobowiązani są do sporządzania *dokumentacji medycznej* zgodnie z zasadami sztuki. Przy ewentualnych zarzutach prokuratorskich w zakresie przypisanego danemu lekarzowi przestępstwa fałszowania dokumentacji medycznej należy wykazać, iż opisywany czyn zabroniony był przez lekarza popełniony albo z *zamiarem bezpośrednim* albo z *zamiarem ewentualnym*, o czym była mowa powyżej.

Wydaje się, że zmieniające się co kilka lat regulacje w tym obszarze nie ułatwiają podmiotom prowadzącym *dokumentację medyczną* prowadzenia jej zgodnie z regulacjami. Częstymi naruszeniami sporządzania dokumentacji medycznej są choćby brak adnotacji o przepisanych lekach oraz o udzielonych poradach w dniu wystawienia recepty, brak oznaczenia imieniem i nazwiskiem każdej strony dokumentacji, opisu badania przedmiotowego oraz autoryzacji wpisów. Prowadzona w ten sposób dokumentacja nie daje rzetelnych informacji o osobie lekarza, który udzielił porady, osobie pacjenta, któremu porady udzielono, oraz o dokonanych badaniach i przepisanych lekach [40].

Sądy powszechne stoją na stanowisku, iż niekompletna *dokumentacja medyczna*, uzupełniona w sposób nierzetelny z pominięciem istotnych informacji określonych w przepisach prawa, nie spełnia swoich celów i w rzeczywistości nie może stanowić wiarygodnych i kompletnych informacji, co do stanu zdrowia pacjenta i udzielonych mu świadczeń [37].

Reasumując, należyce sporządzona *dokumentacja medyczna* może mieć istotne znaczenie w zakresie rzeczywistego ustalenia udzielenia bądź nieudzielenia pacjentowi określonego świadczenia zdrowotnego – a tym samym oceny prawnej wykonania (albo niewykonania) obowiązku prawnego nałożonego na lekarzy [5, s. 259].

Dokumentacja medyczna – jako środek dowodowy

W pierwszej kolejności należy poczynić kilka uwag odnośnie do pojęcia dowodu w procesie karnym. W ustawie kodeks postępowania karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. [31] (dalej: k.p.k.) ustawodawca nie zdefiniował pojęcia dowodu, pomimo że pojęcie to jest wielokrotnie używane w treści przywołanej ustawy, a samo postępowanie dowodowe jest ściśle uregulowane i bez wątplenia jest jednym z najistotniejszych elementów postępowania karnego [3, s. 37-38; 8, s. 593-594; 10, s. 288-290; 35, s. 106].

Wobec powyższego w tym obszarze powstał bogaty dorobek literatury przedmiotu, gdzie m.in. zaprezentowano tezę, że dowód należy rozumieć jako tzw. podstawę dowodu, czyli pewne informacje, na podstawie których organ procesowy może wyrobić sobie pogląd o określonym stanie rzeczy (np. zeznania świadka, treść dokumentu) [15, s. 186-188]. Zgodnie z kolejnym funkcjonującym poglądem termin dowód odnosi się do zdefiniowania procesu myślowego zachodzącego w umyśle podmiotu przepro-

wadzającego dowód lub też w wyniku tego procesu, czyli pewności określonego stanu rzeczy lub przekonania o wystąpieniu pewnej okoliczności [28, s. 574].

W pojęciu dowodu zawierają się takie terminy jak źródła dowodowe i środki dowodowe. W literaturze przedmiotu źródło dowodowe definiowane jest jako osoba lub rzecz, od której pochodzi informacja stanowiąca środek dowodowy [6, s. 42; 7, s. 464]. Wśród źródeł dowodowych wyróżniamy oskarżonych, świadków, biegłych, ale także dokumenty, eksperyment procesowy. Natomiast środek dowodowy jest rozumiany jako forma przekazania informacji pochodzących ze źródła dowodowego, będącej podstawą bezpośrednich rozważań organu prowadzącego postępowanie [16, s. 174]. Tym samym dla źródła dowodowego będącego świadkiem środkiem dowodowym są jego zeznania [2, s. 328], zaś jeśli chodzi o dokument jako źródło dowodu, to w tym przypadku środkiem dowodowym będzie treść dokumentu. Przy czym, jak się podnosi w doktrynie, dokument w przypadku badania jego treści w celu określenia woli lub wiedzy osoby go sporządzającej można zaklasyfikować jako osobowe źródło dowodowe (przykładowo oskarżony, świadek).

Nadto dokument można także zakwalifikować jako źródło rzeczowe (odnoszące się do właściwości rzeczy) wówczas, gdy przedmiotem badania są właściwości dokumentu [14].

Jak wynika z powyższego, jednym z rodzajów dowodu jest dokument, przy czym pojęcie to nie ma swojej definicji legalnej w k.p.k., pomimo że ustawodawca posługuje się tym pojęciem wielokrotnie w kodeksie. Jak wskazują przedstawiciele doktryn, niejako pomocnicza w tym względzie jest definicja dokumentu zawarta w art. 115 § 14 kodeksu karnego zgodnie z którą „dokumentem jest każdy przedmiot lub inny zapisany nośnik informacji, z którym jest związane określone prawo, albo który ze względu na zawartą w nim treść stanowi dowód prawa, stosunku prawnego lub okoliczności mającej znaczenie prawne”. Pomocniczy charakter tej definicji dla omawianego zagadnienia wynika z tego, że definicja ta została sformułowana dla materialno-prawnych potrzeb kodeksu karnego i tym samym można powiedzieć, że wyznacza zakres ochrony przy przestępstwach przeciwko dokumentom [18, s. 15]. Funkcją tej definicji jest wyznaczenie zakresu pojęcia dokument, co może przełożyć się na grunt prawa karnego procesowego [18, s. 16 n.].

Pod pojęciem nośnik informacji należy rozumieć wszelkie rodzaje nośników, przy czym technika ich wykonania i sposób odczytu nie mają znaczenia, a zatem pojęcie to uwzględnia zarówno dokumentację medyczną sporządzoną w wersji papierowej, jak i elektronicznej. Nadto treść dokumentacji bez wątplenia stanowi okoliczność mającą znaczenie prawne, bowiem obejmuje ona dane dotyczące zdrowia pacjentów, które są przetwarzane w celu ochrony zdrowia jako treść podlegająca ścisłej regulacji prawnej i będącą podstawowym dowodem na okoliczność wypełniania tych obowiązków przez podmioty do tego zobowiązane. W tym miejscu warto odwołać się do orzecznictwa Sądu Najwyższego, zgodnie z którym „konieczne jest, żeby poprzez swoją treść dokument dowodził, a więc w jakiś sposób potwierdzał istnienie w określonym kształcie owego prawa, stosunku prawnego lub okoliczności mającej znaczenie prawne. Nie musi to być oczywiście jedyny dowód na istnienie danego prawa, stosunku prawnego lub okoliczności mającej znaczenie prawne” [44].

W tym miejscu należy zaznaczyć, że w procesie karnym przedmiotem dowodu mogą być wszystkie okoliczności, jeśli mają znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy [11, s. 174].

Jest to możliwe, bowiem w procesie karnym nie obowiązuje formalna teoria dowodów, zaś postępowanie dowodowe musi uczynić zadość zasadom prawdy materialnej, czyli orzeczenie winno być oparte na ustaleniach faktycznych odpowiadających rzeczywistości [42; 46], a materiał dowodowy musi być oceniany zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów, a także postępowanie dowodowe musi uczynić zadość przepisom przewidzianym w kodeksie postępowania karnego w tym zakresie.

W art. 7 k.p.k. uregulowano zasadę swobodnej oceny dowodów [37]¹², która polega na tym, że dowodów nie różnicuje się na silniejsze i słabsze, a zatem w procedurze karnej nie wartościuje się poszczególnych dowodów [1, s. 344; 17, s. 302-303; 34, s. 258].

Przedmiotem oceny powinny być więc wszystkie przeprowadzone dowody, natomiast sposób oceny tych dowodów polega na dokonaniu jej z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego. Z regulacji tej wynika, że warunkiem prawidłowej oceny materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie jest wzięcie pod uwagę i dokonanie oceny wszystkich przeprowadzonych dowodów.

Organ procesowy dokonuje oceny dowodu z uwzględnieniem wskazań wiedzy oraz doświadczenia życiowego, a także biorąc pod uwagę wszystkie ujawnione okoliczności w toku postępowania sądowego [28, s. 117-118; 42; 45]. Jak zauważył Sąd Najwyższy w jednym z orzeczeń: „Ocena dowodów musi uwzględniać zasady prawidłowego rozumowania oraz wskazania wiedzy i doświadczenia życiowego, a rozstrzygnięcie, przy oczywistej specyfice postępowania odwoławczego, musi być oparte na całokształcie okoliczności ujawnionych w trakcie rozprawy” [48].

Co istotne, omawiana zasada swobodnej oceny dowodów w postępowaniu karnym oznacza, że organ procesowy ocenia wiarygodność dowodów i wyciąga z nich wnioski, co do ustaleń faktycznych na podstawie swojego uznania, nieskrępowany w tym względzie żadnymi regułami prawnymi. Chroni ona wolność wewnętrznego przekonania organu procesowego w kwestii oceny dowodów i wyciągania z nich racjonalnych wniosków, a tym samym wolność od schematycznych skrępowań w tym zakresie.

Niemniej jednak, jak się słusznie podnosi w doktrynie, zasada swobodnej oceny dowodów nie oznacza dowolnej oceny dowodów, bowiem sąd musi wyjaśnić, dlaczego pewne dowody uznał, zaś dowodom przeciwnym nie dał wiary. Co więcej, oceniając zgromadzone dowody, organ procesowy musi również kierować się doświadczeniem życiowym. Jest to pojęcie szerokie, a przede wszystkim indywidualnie kształtowane w świadomości każdego człowieka. Doświadczenie oznacza tyle co: ogół wiadomości i umiejętności zdobytych na podstawie obserwacji i własnych przeżyć, znajomość życia, rzeczy i ludzi. A zatem należy pamiętać, iż każdy dokonujący oceny jakiegoś fragmentu rzeczywistości posługuje się własnym systemem reguł i potencjałem doświadczenia życiowego.

Z punktu widzenia omawianej w niniejszej publikacji mocy dowodowej *dokumentacji medycznej* trzeba także zauważyć, iż zasada swobodnej oceny dowodów pozwala organowi procesowemu m.in. na: wysnucie wniosków o prawdziwości faktów na podstawie prawdopodobieństwa ich prawdziwości, uznanie spośród kilku dowodów tylko

¹ Art. 7 k.p.k. stanowi: Organy postępowania kształtują swe przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, ocenianych swobodnie z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego.

niektórych za wiarygodne, przyznanie dowodom pośrednim takiej mocy dowodowej jak dowodom bezpośrednim, wysnucie z zebranego materiału dowodowego i wyników postępowania dowodowego wniosków, jakich żadna ze stron nie wysnuła [27, s. 1164].

W tym kontekście należy wskazać, że w orzecznictwie wyrażono pogląd, iż *dokumentacja medyczna* nie posiada wyższej mocy dowodowej niż inne dowody, np. dowody osobowe. O wadze danego dowodu decydują każdorazowo okoliczności faktyczne danej sprawy [36].

Z omawianej zasady wynika bowiem jednakowe traktowanie przez ustawę wszystkich dowodów. Nie istnieją tym samym dowody „jakościowo” lepsze bądź gorsze. Przepisy nie wprowadzają różnic co do wartości dowodowej poszczególnych z nich. Podzielić należy zatem pogląd, że dowód z analizy krwi podlega – tak jak każdy inny – konfrontacji z pozostałymi dowodami zebranymi w sprawie i nie może być traktowany jako dowód szczególnego rodzaju, oceniany w oderwaniu od innych dowodów [41]. Podobnie nie mają szczególnych ustawowych preferencji takie dowody jak: wywiad środowiskowy [43], zapis monitoringu z miejsca zdarzenia oraz protokół kontroli Państwowej Inspekcji Pracy [24], dane elektroniczne [47], weksel *in blanco* [21], wykaz połączeń telefonicznych oraz rejestr miejsc logowania aparatów do stacji bazowych sieci [39].

Co w szczególny sposób warto podkreślić – w literaturze przedmiotu wyrażono pogląd, że *dokumentacja medyczna* jako dokument prywatny ma wartość dowodową przeciwko podmiotowi leczniczemu, od którego pochodzi, natomiast dowód ten ma znacznie mniejszą moc dowodową, jeżeli miałby przemawiać na rzecz strony, która go sporządziła [49, s. 173].

Podsumowanie

Powyższe rozważania prowadzą do istotnego, z punktu widzenia badania *antynomii* w szeroko rozumianym obszarze opieki zdrowotnej, wniosku, że choć *dokumentację medyczną* można wykorzystać jako środek dowodowy w postępowaniu karnym, to jednak jej użycie nie oznacza pewnego „automatyzmu” w postrzeganiu tego dowodu jako „bardziej wartościowego” przez sądy.

Innymi słowy, wbrew powszechnemu, a nawet intuicyjnemu przekonaniu dużej części lekarzy, *dokumentacja medyczna* wcale nie musi być dowodem przesądzającym o winie albo o braku winy w postępowaniu karym.

Sędzia przeprowadzając postępowanie dowodowe, bierze bowiem pod uwagę *dokumentację medyczną* i analizuje ją na równi z innymi dowodami, np. zeznaniami świadków czy dowodami z opinii biegłych. Co istotne, w zakresie faktów lub okoliczności uznanych za udowodnione, sędzia kieruje się przywołaną powyżej zasadą swobodnej oceny dowodów, co powoduje, iż teoretycznie może dać wiarę np. zeznaniom świadków – zamiast (przeczącej tym zeznaniom) treści *dokumentacji medycznej*.

W praktyce zdarzają się takie przypadki, w szczególności wtedy, gdy z punktu widzenia określonego postępowania karnego niezbędnym jest ustalenie, który lekarz dokonywał danego zabiegu, a który rzeczywiście sporządził dla tego zabiegu *dokumentację medyczną* – i czy dokumentacja ta sporządzana była zgodnie ze sztuką (standardami) właściwymi dla jej sporządzania.

Tym samym, wbrew powszechnemu postrzeganiu, należy bezwzględnie pamiętać, iż *dokumentacja medyczna* nie odznacza się szczególną mocą dowodową na tle innych dowodów, ale bez wątpienia jest cennym źródłem informacji odnośnie zabiegów i osób je przeprowadzających, a tym samym pomaga w ocenie prawnokarnej ich działań, a także innych podmiotów obowiązanych do prowadzenia *dokumentacji medycznej*.

Konkluzja dla tej sprawy nasuwa się jedna, tj. w sprawach medycznych i w czynnościach związanych z codzienną praktyką lekarską zalecana jest daleko idąca ostrożność zarówno formalna (*vide* przygotowywanie *dokumentacji medycznej* zgodnie z najwyższymi standardami i wymogami regulacyjnymi), jak i konieczność ścisłego przestrzegania najwyższych standardów zawodowych w obszarze rzetelności, profesjonalizmu i uczciwości zawodowej. Z pola widzenia praktykujących lekarzy nigdy nie może bowiem zniknąć okoliczność potencjalnej weryfikacji (w ramach różnych postępowań) podejmowanych przez tychże lekarzy określonych czynności. Pomimo iż z oczywistych względów praktyka lekarska wymaga w pierwszej kolejności koncentracji na zagadnieniach medycznych, wymogi świata, w którym funkcjonujemy, w coraz większym stopniu nakładają także obowiązek „myślenia dowodowego” w wszystkich aspektach naszego profesjonalnego funkcjonowania. Stara prawnicza paremia, która brzmi „masz tyle praw – ile dowodów” ma w tym obszarze szczególne znaczenie. Lekarze winni zatem mieć na uwadze fakt, iż przywołane powyżej „myślenie dowodowe” w przypadku ich profesji i w obliczu czasów w jakich żyjemy powinno w szczególny sposób aktywizować do daleko posuniętej ostrożności i profesjonalizmu, tym bardziej, że sam fakt sporządzenia *dokumentacji medycznej* nie musi zapewniać „przewagi dowodowej” w toczących się postępowaniach.

Bibliografia

- [1] Cieślak M., *Polska procedura karna : podstawowe założenia teoretyczne*, wyd. 2, Warszawa 1973.
- [2] Cieślak M., *Polska procedura karna: podstawowe założenia teoretyczne*, wyd. 3, Warszawa 1984.
- [3] Cieślak M., *Zagadnienia dowodowe w procesie karnym*, t. 1, Warszawa 1955.
- [4] Drozdowska U., *Dokumentacja medyczna*, [w:] System Prawa Medycznego, t. II, cz. II, red. nac. E. Zielińska, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019.
- [5] Filar M., Krześ S., Marszałkowska-Krześ E., Zaborowski P., *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004.
- [6] Gaberle A., *Dowody w sądowym procesie karnym : teoria i praktyka*, wyd. 2, Kraków 2010.
- [7] Grzegorzczak T., Tylman J., *Polskie postępowanie karne*, Warszawa 1998.
- [8] Horoszowski P., *Nazwa i pojęcie „dowodu” w teorii i praktyce prawa sądowego*, Państwo i Prawo, 1956, nr 10, s. 593-617.
- [9] Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta : komentarz*, Warszawa 2016.
- [10] Klejnowska M., *Dowód, ślad, informacja – wyjaśnienia znaczenia pojęć w procesie dowodzenia w sprawie karnej*, [w:] *Węzłowe problemy procesu karnego*, red. P. Hofmański, Warszawa 2010, s. 288-312.
- [11] Kmiecik R., *Dowód ścisły w procesie karnym*, Lublin 1983.
- [12] *Kodeks karny : komentarz*, red. A. Grześkowiak, K. Wiak, Warszawa 2012.
- [13] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Dziennik Ustaw, 1997, poz. 483.
- [14] Kulesza C., *Art. 167*, [w:] *Kodeks postępowania karnego : komentarz*, wyd. 2, red. K. Dudka, Warszawa 2020.
- [15] Kulesza C., Starzyński P., *Postępowanie karne*, Warszawa 2017.
- [16] Marszał K., *Proces karny*, Katowice 1992.
- [17] Murzynowski A., *Istota i zasady procesu karnego*, wyd. 3, Warszawa 1994.

- [18] Nowak T., *Dowód z dokumentu w polskim procesie karnym*, Warszawa 1982.
- [19] *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 28 stycznia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne*, Dziennik Ustaw, 2020, poz. 346.
- [20] *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 16 marca 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej*, Dziennik Ustaw, 2021, poz. 711.
- [21] Postanowienie SA w Katowicach, z 20.02.2013 r., II AKz 34/13, LEX nr 1342004.
- [22] Postanowienie SN z dnia 6 listopada 2007, V KK 30/07, niepublikowane.
- [23] Postanowienie SN z dnia 17 czerwca 2009, IV CSK 78/09, LEX nr 512010.
- [24] Postanowienie SN z dnia 6 lutego 2015, V KK 378/14, LEX nr 1656531.
- [25] *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*, Dziennik Ustaw, 2020, poz. 666.
- [26] *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/we (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)*, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, 2016, L 119/1.
- [27] Skorupka J., *Zasada swobodnej oceny dowodów i zasada legalnej oceny dowodów [w:] System Prawa Karnego Procesowego*, red. P. Hofmański, t. 3, *Zasady procesu karnego*, cz. 2, red. P. Wiliński, Warszawa 2014.
- [28] Śliwiński S., *Polski proces karny przed sądem powszechnym : zasady ogólne*, Warszawa 1948.
- [29] *Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej*, Dziennik Ustaw, 1991, poz. 408.
- [30] *Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza*, Dziennik Ustaw, 1997, poz. 152.
- [31] *Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny*, Dziennik Ustaw, 1997, poz. 553.
- [32] *Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Dziennik Ustaw, 2009, poz. 417.
- [33] *Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia*, Dziennik Ustaw, 2011, poz. 657.
- [34] Waltoś S., *Proces karny : zarys systemu*, wyd. 9, Warszawa 2008.
- [35] Woźniewski K., *Prawo karne procesowe. Zarys instytucji*, Gdańsk 2013.
- [36] Wyrok SA w Krakowie z dnia 17 września 2013, I ACa 763/13, Legalis.
- [37] Wyrok SA w Krakowie z dnia 8 kwietnia 2016, I ACa 1830.
- [38] Wyrok SA w Lublinie z dnia 7 lutego 2002, II AKa 307/01, OSA 2003, Nr 1, poz. 5.
- [39] Wyrok SA w Warszawie z dnia 15 grudnia 2010, II AKa 356/10, KZS 2012/1, poz. 63.
- [40] Wyrok SA w Warszawie z dnia 23 listopada 2012, VI ACa 535/11.
- [41] Wyrok SN z dnia 9 kwietnia 1973, Rw 316/73, OSNKW 1973/9, poz. 116.
- [42] Wyrok SN z dnia 11 lipca 1977, V KR 92/77, OSNKW 1978, Nr 6, poz. 67, z aprobującą glosą J. Waszczyńskiego, NP 1979, Nr 4, poz. 138.
- [43] Wyrok SN z dnia 25 września 1978, Rw 283/78, OSNKW 1978/12, poz. 148.
- [44] Wyrok SN z dnia 15 października 2002, III KKN 90/00, Prokuratura i Prawo – wkł. 2003, nr 4, poz. 2.
- [45] Wyrok SN z dnia 14 stycznia 2004, III KK 222/03, OSNwSK 2004, Nr 1, poz. 97.
- [46] Wyrok SN z dnia 28 października 2004, III KK 51/04, OSNKW 2005, Nr 1, poz. 4.
- [47] Wyrok SN z dnia 20 czerwca 2013, III KK 12/13, OSP 2015/6, poz. 60.
- [48] Wyrok SN z dnia 4 grudnia 2018, II KK 102/18, LEX nr 2586254.
- [49] Zimna T., *Dowód z dokumentacji medycznej w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, [w:] *Prawne i zarządcze aspekty prowadzenia dokumentacji medycznej*, red. M. Śliwka, Warszawa 2015, s. 171-188.