Prawo dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta

W artykule omówiono ewolucję zasad dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta oraz poddano ocenie aktualne zasady tego dostępu. Za życia pacjenta prawo dostępu do dokumentacji medycznej przysługuje: pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu oraz osobie upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta prawo dostępu do dokumentacji medycznej przysługuje m.in. bliskim pacjenta, których katalog został określony przez ustawodawcę, chyba że pacjent wyraził za życia sprzeciw wobec udostępnienia dokumentacji medycznej. Sprzeciw pacjenta nie ma charakteru definitywnego, sąd może zezwolić osobom bliskim na dostęp do dokumentacji mimo wyrażonego sprzeciwu. W artykule poddano analizie: katalog osób bliskich, zasady wyrażania przez pacjenta sprzeciwu wobec udostępniania dokumentacji po jego śmierci, przesłanki ewentualnego uchylecia sprzeciwu pacjenta i sposoby rozstrzygania sporów między bliskimi pacjenta.

SŁOWA KLUCZOWE: prawo medyczne, prawa pacjenta, dokumentacja medyczna, pacjent, tajemnica lekarska, podmioty lecznicze

The right of access to medical records after a patient's death

In the article the evolution of principles of access to medical records after a patient's death is discussed and current regulations thereon are evaluated. In life, the right to access to medical records is vested in: a patient, his/her statutory representative and a person authorized by the patient. After a patient's death the right of access to medical records is vested in, i.e., the patient's relatives, whose catalog had been specified by the lawmaker, unless in life the patient expressed his/her objection to disclosure of medical records. A patient's objection is not definite, as a court may allow close persons' access to a patient's records despite the patient's express objection. In the article the following are analyzed: a catalog of close persons, principles of expressing objection against disclosing patient's medical records after his/her death, prerequisites for a conceivable revoke of a patient's objection and manners of settling disputes between a patient's close persons.

KEY WORDS: medical law, patient's rights, medical records, patient, doctor–patient confidentiality, medical entities

* **Dr Przemysław Sobolewski**, Biuro Analiz Sejmowych,
przemyslaw.sobolewski@sejm.gov.pl, <https://orcid.org/0000-0002-9631-0921>

I. Wstęp

Celem artykułu jest omówienie ewolucji i aktualnych zasady dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Jednym z czynników decydujących o skuteczności terapii jest zaufanie pacjenta do lekarza, podstawą tego zaufania jest m.in. zagwarantowanie przez lekarza poufności informacji otrzymywanych od pacjenta¹, w tym informacji zawartych w dokumentacji medycznej. Prawo dostępu do dokumentacji medycznej jest jednym z praw pacjenta². Zasady prowadzenia oraz udostępniania dokumentacji medycznej zostały uregulowane w rozdziale 7 (art. 23–30 oraz art. 30a) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³ [dalej: ustawa]. Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych mają obowiązek prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną oraz zapewnić ochronę zawartych w niej informacji (art. 24 ust. 1 ustawy). Sposób prowadzenia dokumentacji doprecyzowano m.in. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania [dalej: rozporządzenie]⁴, a także w innych rozporządzeniach dotyczących podmiotów leczniczych szczególnego rodzaju⁵. Dokumentacja powinna być udostępniona podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki (§ 78 ust. 1 rozporządzenia). Na znaczenie prawa dostępu do dokumentacji medycznej wskazuje m.in. fakt, że nie może być ono ograniczone nawet w trakcie legalnej akcji protekcyjnej w szpitalu⁶. Ujawnienie informacji zawartych w dokumentacji medycznej osobie nieuprawnionej może stanowić naruszenie tajemnicy lekarskiej⁷, a także dóbr osobistych pacjenta, ponieważ dane zawarte w dokumentacji dotyczą sfery życia prywatnego⁸.

Za życia pacjenta prawo dostępu do dokumentacji medycznej przysługuje pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu oraz osobie upoważnionej przez pacjenta

¹ S.D. Pattinson, *Medical law and ethics*, London 2006, s. 173.

² P. Sobolewski, [w:] *System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego*, t. 1, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 790 i n.

³ Tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 150, 447, 730.

⁴ Dz.U. z 2015 r. poz. 2069.

⁵ Z innych rozporządzeń wskazać warto: rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 lutego 2016 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 249); rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 lutego 2016 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2016 r. poz. 258); rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 25 kwietnia 2018 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2018 r. poz. 1108).

⁶ Tak WSA w Warszawie w wyroku z 28 października 2015 r., sygn. akt VII SA/Wa 1565/15, Legalis.

⁷ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 255.

⁸ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2019, s. 296; A. Fiutak, *Prawo w medycynie*, Warszawa 2019, s. 49.

(art. 26 ust. 1 ustawy)⁹. Prawo dostępu do dokumentacji medycznej przysługuje wszystkim pacjentom, bez względu na ich wiek i stan psychiczny¹⁰. Warto zauważyć, że ustawodawca nie przyznał bliskim pacjenta (nawet tzw. bliskiej rodzinie: małżonkowi, dzieciom itd.) prawa dostępu do dokumentacji medycznej za jego życia¹¹. Możliwość wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta jest uzależniona od udzielenia przez pacjenta konkretnej osobie upoważnienia (art. 26 ust. 1 ustawy). Upoważnienie takie może zostać udzielone zarówno osobom bliskim, jak i osobom, które nie są spokrewnione z pacjentem. Uzależnienie prawa dostępu do dokumentacji od uzyskania od pacjenta upoważnienia wynika z założenia, że pacjent może być zainteresowany zachowaniem poufności informacji zawartych w dokumentacji medycznej nawet przed najbliższą rodziną. Informacje zawarte w dokumentacji medycznej mogą mieć charakter intymny, a pacjent może pozostawać w konflikcie z osobami ustawowo zaliczanymi do kręgu osób bliskich¹². Dlatego decyzję, czy i komu takie informacje mogą zostać ujawnione, pozostawiono w gestii pacjenta. W polskim prawie medycznym za życia pacjenta realizowana jest zatem zasada autonomii pacjenta w zakresie decydowania o dostępie do jego danych medycznych.

Po śmierci pacjent nie może podejmować decyzji, które osoby i w jakim zakresie mogą uzyskać dostęp do jego dokumentacji medycznej, dlatego ustawodawca musi rozstrzygnąć, czy dostęp do tej dokumentacji będzie ograniczony tylko do osób upoważnionych przez pacjenta za życia (dostęp do dokumentacji wynikający z woli pacjenta), czy wskazanym osobom zostanie przyznane ustawowe prawo dostępu do dokumentacji medycznej (dostęp do dokumentacji wynikający z upoważnienia ustawowego). W przypadku przyznania osobom bliskim prawa wglądu w dokumentację konieczne jest także określenie kręgu osób uprawnionych. Świadomość, że informacje zawarte w dokumentacji medycznej pozostaną poufne także po śmierci pacjenta, może skłonić pacjenta do większej otwartości w kontaktach z lekarzem. Obawiając się ujawnienia po swojej śmierci danych zawartych w dokumentacji, pacjent mógłby zataić niektóre informacje przed personelem medycznym.

Przykładowo w Anglii kwestia dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta została uregulowana w ustawie o dostępie do dokumentacji medycznej¹³. Zgodnie z jej art. 3 po śmierci pacjenta dostęp do dokumentacji przysługuje jego przedstawicielowi oraz osobom, którym w związku ze śmiercią pacjenta przysługują roszczenia („where the patient has died, the patient’s personal representative and any person who may have a claim arising out of the patient’s death”). Pacjentowi przysługuje także

⁹ Rozwiązanie to koresponduje z ogólną zasadą dostępu do informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, lekarz może udzielić informacji innym niż pacjent osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (art. 31 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty).

¹⁰ P. Sobolewski, [w:] *System Prawa Medycznego. Instytucje...*, s. 794.

¹¹ Trafnie zwraca na to uwagę R. Kubiak, *Prawo medyczne...*, s. 257.

¹² M. Kasińska, [w:] K. Andres *et al.*, *Ochrona danych osobowych medycznych*, Warszawa 2018, s. 62.

¹³ Access to Health Record Act 1990, UK Public General Acts 1990, c. 23, na stronie <<https://www.legislation.gov.uk>>, dostęp 10 IV 2019.

prawo do wyrażenia za życia sprzeciwu wobec ujawnienia bliskim dokumentacji po jego śmierci. W Polsce ustawowe prawo dostępu do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta przysługuje bliskim pacjenta, których katalog został określony przez ustawodawcę. Prawo to może zostać wyłączone, jeśli pacjent za życia wyrazi wolę, aby po jego śmierci informacje zawarte w dokumentacji medycznej o chorobach, na które cierpiał, i stosowanej terapii nie zostały ujawnione nawet osobom bliskim (prawo pacjenta do wyrażenia sprzeciwu wobec ujawnienia dokumentacji medycznej po jego śmierci). Prawo pacjenta do wyrażenia sprzeciwu nie ma jednak charakteru definitywnego i sąd może zezwolić bliskim pacjenta na dostęp do dokumentacji medycznej (art. 26 ust. 2b ustawy). Zasady dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta zostały istotnie zmienione ustawą z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw¹⁴, która weszła w życie 9 lutego 2019 r. Wprowadzono m.in. sądowy tryb rozstrzygania sporów między osobami bliskimi w kwestii dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Określono, jakie okoliczności sąd rozstrzygający sprawę powinien brać pod uwagę (interes uczestników postępowania, rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem, wolę zmarłego pacjenta oraz okoliczności wyrażenia sprzeciwu: art. 26 ust. 2c), jednak nie wskazano precyzyjnie kryterium rozstrzygania sporu¹⁵.

Warto także zwrócić uwagę, że art. 26 ust. 3 ustawy przyznaje ponadto prawo dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta także innym instytucjom, m.in. podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych; organom władzy publicznej; Narodowemu Funduszowi Zdrowia; organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru; ministrowi właściwemu do spraw zdrowia; sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem (art. 26 ust. 3 ustawy). Podmioty wskazane w art. 26 ust. 3 ustawy mogą uzyskać dostęp do dokumentacji, jeśli spełniają szczególne warunki, np. podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych.

II. Konstytucyjne, międzynarodowe oraz deontologiczne aspekty ochrony dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta

Ze względu na hierarchiczny charakter systemu polskiego prawa wybór przez ustawodawcę określonego modelu dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta nie jest całkowicie swobodny. Musi on być zgodny z regulacjami zawartymi

¹⁴ Dz.U. z 2019 r., poz. 150.

¹⁵ Na celowość określenia w ustawie kryteriów ujawnienia informacji zwracała uwagę Naczelna Izba Lekarska; *vide* opinia Naczelnej Izby Lekarskiej do druku nr 1998, VIII kadencja Sejmu.

w konstytucji oraz w ratyfikowanych umowach międzynarodowych (art. 91 ust. 2 konstytucji). Warto uwzględnić także reguły zawarte w zbiorach etycznych, choć nie są one dla ustawodawcy wiążące. Ponieważ dane zawarte w dokumentacji medycznej mogą dotyczyć sfery prywatności pacjenta, ochrona tych danych przed ujawnieniem stanowi jeden z aspektów ochrony prawa do prywatności¹⁶, które jest konstytucyjnym prawem jednostki (art. 47 konstytucji), gwarantowanym także w art. 8 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności i oraz w art. 17 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych¹⁷. Trybunał Konstytucyjny zwrócił uwagę, że informacja o stanie zdrowia jednostki należy do konstytucyjnie chronionej sfery życia prywatnego¹⁸. Autonomię informacyjną jednostki, oznaczającą prawo do decydowania o ujawnieniu (albo zachowaniu w poufności) informacji na swój temat, zagwarantowano także w art. 51 ust. 1 konstytucji¹⁹. W kontekście dostępu do danych po śmierci pacjenta szczególnie istotna jest dyspozycja z art. 51 ust. 2 konstytucji, który zabrania władzom publicznym udostępniania informacji o obywatelach, jeśli udostępnienie tych informacji nie jest niezbędne w demokratycznym państwie prawnym.

Prawo poszanowania prywatności w odniesieniu do informacji dotyczących zdrowia zapewnia także art. 10 ust. 1 Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny [dalej: konwencja biomedyczna]²⁰. W wyroku z 25 listopada 2008 r. Europejski Trybunał Praw Człowieka²¹ uznał publiczne ujawnienie w prasie informacji, że mąż skarżącej był chory na AIDS (zmarł w wyniku tej choroby), za naruszenie prawa skarżącej do prywatności (art. 8 konwencji biomedycznej). Na to, że ujawnianie tajemnicy lekarskiej bez zgody pacjenta, także po jego śmierci ogranicza ochronę jego prywatności zwracał uwagę w trakcie prac legislacyjnych Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych²².

Ochronę informacji na temat terapii zagwarantowano nie tylko w przepisach prawa powszechnie obowiązującego, ale także w Kodeksie etyki lekarskiej²³. Zgodnie z dyspozycją art. 23 tego kodeksu, tajemnicą lekarską są objęte informacje o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi, a śmierć pacjenta nie zwalnia lekarza z obowiązku zachowania

¹⁶ D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 309.

¹⁷ M. Fryźlewicz, D. Olejniczak, *Opinia prawna dotycząca komisijnego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, druk nr 1998..., s. 2.

¹⁸ Wyrok TK z 19 maja 1998 r., sygn. akt U 5/97, OTK ZU 1998/4/46.

¹⁹ Wyrok TK z 19 lutego 2002 r., sygn. akt U 3/01, OTK ZU 2002/1A/3.

²⁰ Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie sporządzona w Oviedo 4 kwietnia 1997 r.; *vide* na stronie <<https://www.coe.int>>, dostęp 10 IV 2019.

²¹ Sprawa nr 36919/02, *Armonienė przeciwko Litwie*, Legalis.

²² Opinia GIODO do druku nr 1998, VIII kadencja Sejmu.

²³ Kodeks etyki lekarskiej na stronie <<https://www.nil.org.pl>>, dostęp 10 IV 2019.

tajemnicy. W tekście przysięgi lekarskiej, ustalonym w przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Światowego Stowarzyszenia Lekarzy deklaracji genewskiej²⁴, przewidziano, że lekarz zobowiązuje się zachować powierzone mu tajemnice nawet po śmierci chorego.

W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego przeważa stanowisko, zgodnie z którym norma wyrażona w art. 51 ust. 2 konstytucji nie ma charakteru samodzielnego. Do legalnego udostępnienia przez władzę informacji na temat obywatela nie wystarczy stwierdzenie, że udostępnienie tych informacji jest niezbędne w demokratycznym państwie prawa, na co mogłoby wskazywać literalne brzmienie art. 51 ust. 2. Ograniczenie autonomii informacyjnej jednostki wymaga spełnienia warunków wskazanych w art. 31 ust. 3 konstytucji²⁵, a zatem łącznie warunków: ogólnej klauzuli ograniczającej (art. 31 ust. 3) oraz szczególnej klauzuli ograniczającej (art. 51 ust. 2)²⁶. Oznacza to, że udostępnienie informacji na temat jednostki jest dopuszczalne tylko, gdy jest to konieczne w demokratycznym państwie w celu ochrony jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, ochrony środowiska, ochrony zdrowia i moralności publicznej albo wolności i praw innych osób.

Kwalifikacja ochrony informacji zawartych w dokumentacji medycznej jako jednego z aspektów konstytucyjnego prawa do prywatności oznacza, że zasady dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta muszą spełniać test proporcjonalności zgodnie z wytycznymi TK wskazanymi w wyroku z 22 lipca 2014 r., sygn. akt K 25/13. Obecne regulacje pozwalają na ujawnienie danych zawartych w dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta — mimo wyrażenia przez niego za życia sprzeciwu — w dwóch przypadkach: w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta oraz w celu ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej (art. 26 ust. 2b ustawy).

Dopuszczalność ujawnienia dokumentacji w celu ochrony zdrowia i życia osoby bliskiej nie powinna budzić wątpliwości. Ochrona zdrowia i życia to cel, który stanowi wystarczające uzasadnienie ograniczenia ochrony prywatności pacjenta. Zgodnie z dyspozycją art. 31 ust. 3 konstytucji, ochrona zdrowia jest jedną z wartości, która uzasadnia wprowadzenie ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw, a zatem także z konstytucyjnego prawa do prywatności. Ochrona życia i zdrowia gwarantowane są wprost w konstytucji (art. 38 i 68 ust. 1). Wydaje się, że w kontekście art. 26 ust. 2b ustawy ochronę zdrowia osób bliskich należy rozumieć szeroko. Pojęcie to powinno obejmować nie tylko udostępnienie dokumentacji na potrzeby prowadzonej już terapii, ale także profilaktycznie, ponieważ w przypadku chorób dziedzicznych

²⁴ Deklaracja genewska przyjęta w Genewie we wrześniu 1948 r. przez Zgromadzenie Ogólne Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (*World Medical Association*); *vide* na stronie <<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva>>, dostęp 10 IV 2019.

²⁵ Tak TK w wyroku z 22 lipca 2014 r., sygn. akt K 25/13, OTK ZU 2014/7A/76.

²⁶ *Confer* M. Szydło, [w:] *Konstytucja RP, t. I, Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, s. 772–773.

uzyskanie informacji o schorzeniach, na które cierpiał krewny, może być przydatne w celu prewencji.

Udostępnienie dokumentacji medycznej osobom bliskim, mimo wyrażenia sprzeciwu przez pacjenta w przypadku, gdy osoby bliskie żądają udostępnienia dokumentacji w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia za śmierć pacjenta, nie ma tak silnego uzasadnienia aksjologicznego, jak udostępnienie tej dokumentacji w celu ochrony zdrowia i życia osoby bliskiej. Art. 31 ust. 3 konstytucji umożliwia ograniczenie ochrony konstytucyjnych praw i wolności także w celu ochrony „wolności i praw innych osób”. Choć w treści przepisu nie doprecyzowano, że chodzi o konstytucyjne prawa i wolności, to wydaje się, że tylko prawa i wolności o randze konstytucyjnej mogą wystarczająco uzasadnić ograniczenia korzystania z konstytucyjnych wolności i praw²⁷. Prawo dostępu osób bliskich do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta nie jest prawem konstytucyjnym. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, wyrażony w art. 18 konstytucji nakaz ochrony małżeństwa, rodziny, rodzicielstwa i macierzyństwa jest podstawą rekonstrukcji normy programowej, a nie podmiotowych praw i roszczeń osób bliskich zmarłego (prawa do zachowku)²⁸. Wnioskowanie to jest trafne także w odniesieniu do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta po jego śmierci. Konstytucyjny nakaz ochrony rodziny nie oznacza, że z konstytucji wynika prawo podmiotowe osób bliskich do dostępu do informacji na temat zmarłego członka rodziny. Art. 51 ust. 3 konstytucji gwarantuje dostęp do urzędowych dokumentów i zbiorów danych tylko osobie, której dane te dotyczą.

Na płaszczyźnie konstytucyjnej możliwe jest jednak zrekonstruowanie argumentacji za udostępnieniem osobom bliskim dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta w celu dochodzenia roszczeń wynikających z jego śmierci. Trybunał Konstytucyjny w swoim orzecznictwie zwraca uwagę, że dekodowana na podstawie art. 2 konstytucji zasada zaufania obywatela do państwa i stanowionego przez nie prawa obejmuje zakaz tworzenia instytucji pozornych, czyli praw, których w praktyce nie można realizować (*nudum ius*)²⁹. Wyłączenie dostępu do dokumentacji medycznej mogłoby powodować, że roszczeń odszkodowawczych osób bliskich, wynikających np. z art. 446 kodeksu cywilnego [dalej: k.c.], w niektórych przypadkach nie można by dochodzić ze względu na trudności dowodowe (brak możliwości przeprowadzenia dowodu co do okoliczności śmierci pacjenta). Słusznie podnosi się, że dostęp do dokumentacji medycznej może mieć znaczenie w kontekście określenia okoliczności śmierci pacjenta³⁰, a możliwość wglądu w dokumentację medyczną stanowi jedną z form kontroli procesu leczenia³¹. Ochrona praw majątkowych, w tym roszczeń, jest zagwarantowana w art. 64 ust. 1 konstytucji.

²⁷ M. Szydło, *op. cit.*, s. 789.

²⁸ Wyrok TK z 25 lipca 2013 r., sygn. akt P 56/11, OTK ZU 2013/6A/85.

²⁹ Wyrok TK z 19 grudnia 2002 r., sygn. akt K 33/02, OTK ZU 2002/7A/97.

³⁰ Zwrócono na to uwagę w uzasadnieniu projektu ustawy; druk nr 1998...

³¹ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Warszawa 2010, s. 172.

III. Ewolucja zasad dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta

Do 5 sierpnia 2016 r. osoby wykonujące zawody medyczne były zobowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, szczególnie o stanie zdrowia, także po jego śmierci (art. 14 ust. 3 ustawy). W pierwotnym brzmieniu art. 26 ust. 2 ustawy przyznano prawo wglądu — a nie jak obecnie dostępu — do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta tylko osobie upoważnionej przez pacjenta za życia. Art. 26 ust. 2 w dawnym brzmieniu opierał się na założeniu, że podstawowym kryterium decydującym o przyznaniu prawa dostępu do dokumentacji po śmierci pacjenta była wola tego pacjenta wyrażona za życia w postaci upoważnienia. Przepis realizował zatem model pełnej ochrony autonomii pacjenta. Jeśli na podstawie art. 26 ust. 2 ustawy pacjent nie upoważnił innej osoby, w tym rodziny, do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia, to osoby te nie miały dostępu do dokumentacji także po jego śmierci. Istotna zmiana zasad dostępu do dokumentacji medycznej została wprowadzona ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy — Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³². W art. 14 ust. 3 ustawy, w brzmieniu nadanym nowelizacją, bliskim pacjenta przyznano prawo do wyrażenia zgody na ujawnienie tajemnicy medycznej po jego śmierci. Tą samą ustawą z 2016 r. przyznano innym osobom bliskim prawo wyrażenia sprzeciwu wobec ujawnienia tajemnicy (dodany w nowelizacji art. 14 ust. 4 ustawy). Nie ustanowiono natomiast mechanizmu rozstrzygania przez sąd sporów w przypadku skorzystania z prawa do wyrażenia sprzeciwu. Celem nowelizacji było ograniczenie zakresu tajemnicy lekarskiej, która — na co zwrócono uwagę w uzasadnieniu — może być wykorzystana do ukrycia błędów w leczeniu³³. W uzasadnieniu zmian podniesiono także, że dostęp do informacji na temat leczenia umożliwi bliskim zmarłego pacjenta zapoznanie się z okolicznościami jego śmierci i ewentualne złożenie zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Ustawa realizowała założenie, że to osoby bliskie powinny być dysponentami tajemnicy lekarskiej dotyczącej zmarłego, ponieważ łączył je z nim węzeł szczególnego zaufania. Jeśli jedna z osób bliskich uzna, że ujawnienie informacji nie było uzasadnione, mogła wyrazić sprzeciw.

Zmiany dokonane nowelą z 2016 r. istotnie zmodyfikowały zasady ujawnienia tajemnicy medycznej po śmierci pacjenta, jednak nowelizacja nie była wystarczająco precyzyjna, aby rozwiązać wszystkie problemy, dlatego wskazane było dalsze doprecyzowanie przepisów³⁴. Wprowadzone tą ustawą zmiany były krytykowane jako ograniczające swobodę pacjenta w zakresie decydowania, kto uzyska dostęp do informacji

³² Dz.U. z 2016 r. poz. 1070.

³³ Projekt ustawy o zmianie ustawy — Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw, druk nr 451, VIII kadencja Sejmu, s. 12.

³⁴ G. Ciura, *Opinia merytoryczna do komisijnego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, druk nr 1998, VIII kadencja Sejmu.

o nim po jego śmierci. Zwracano uwagę, że — zgodnie z nowelizacją — o dostępie do informacji o pacjencie po jego śmierci decydowały osoby bliskie, a nie sam pacjent³⁵. Krytyczne stanowisko zajęło także Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, podnosząc, że przyznanie każdej osobie bliskiej uprawnienia do dostępu do informacji objętych tajemnicą lekarską po śmierci pacjenta połączone z brakiem możliwości wyrażenia przez pacjenta sprzeciwu za życia podważa ochronę informacji dotyczących zdrowia pacjenta³⁶. Wyrażano także zastrzeżenia dotyczące zgodności nowych przepisów z konstytucją, czy umożliwienie osobom bliskim zwolnienia z tajemnicy medycznej dotyczącej zmarłego pacjenta nie stanowi nadmiernego i nieproporcjonalnego w odniesieniu do art. 31 ust. 3 konstytucji ograniczenia prawa prywatności pacjenta (art. 47 konstytucji)³⁷.

Rozszerzenie katalogu osób upoważnionych do uzyskania dostępu, a nie jedynie wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta po jego śmierci nastąpiło w wyniku zmian wprowadzonych ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw³⁸. Zmiana ta polegała na rozszerzeniu katalogu osób upoważnionych do wglądu w dokumentację medyczną po śmierci pacjenta o osobę, która w chwili śmierci pacjenta legitymowała się statusem jego przedstawiciela ustawowego. Ponadto w celu uniknięcia wątpliwości ustawodawca jednoznacznie rozstrzygnął, że po śmierci pacjenta osoba przez niego upoważniona oraz przedstawiciel ustawowy mają prawo żądać udostępnienia im dokumentacji, a nie jedynie wglądu do niej³⁹.

Zasady dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta po jego śmierci uległy dalszym modyfikacjom w wyniku nowelizacji z 6 grudnia 2018 r. Zachowano dotychczasowe reguły dotyczące możliwości upoważnienia przez pacjenta za życia innych osób do dostępu do dokumentacji oraz prawa dostępu przedstawiciela ustawowego (art. 26 ust. 2 ustawy). Nowelizacją zmieniono także katalog osób bliskich, upoważnionych po śmierci pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej. Zgodnie z nowym brzmieniem art. 3 ust. 2 ustawy, osobami bliskimi są: małżonek, krewni do drugiego stopnia lub powinowaci do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu oraz osoba wskazana przez pacjenta⁴⁰. Ograniczenie katalogu osób bliskich do krewnych do drugiego stopnia oznacza, że np. w katalogu tym nie mieszczą się prawnuki (trzeci stopień pokrewieństwa) oraz dzieci rodzeństwa (również trzeci stopień pokrewieństwa). Ponadto nowelizacja przewiduje instytucję sprzeciwu wobec

³⁵ M. Krasieńska, [w:] K. Andres *et al.*, *Ochrona danych osobowych...*, s. 62.

³⁶ *Vide* stanowisko nr 27/16/P-VII Prezydium Naczelnej Izby Lekarskiej z 20 maja 2016 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy — Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw, druk nr 451, VIII kadencja Sejmu.

³⁷ R. Kubiak, [w:] *System Prawa Medycznego. Regulacja prawna czynności medycznych*, t. II, cz. 1, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019, s. 266.

³⁸ Dz.U. z 2017 r. poz. 836.

³⁹ Uzasadnienie do ustawy, druk nr 1218, VIII kadencja Sejmu.

⁴⁰ Przed nowelizacją do katalogu osób bliskich ustawodawca zaliczał krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta.

udostępnienia dokumentacji medycznej osobom bliskim. Może go wyrazić pacjent za życia lub inna bliska mu osoba po jego śmierci. W przypadku wyrażenia sprzeciwu wobec ujawnienia dokumentacji medycznej (przez osobę bliską lub przez pacjenta za życia) ustawa przewiduje procedurę sądowego rozstrzygnięcia tego rodzaju sporów. Należą one do kognicji sądów cywilnych i są rozstrzygane w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny (art. 26 ust. 2a ustawy). Ustawodawca umożliwił także uchylenie przez sąd sprzeciwu samego pacjenta: sąd może wyrazić zgodę na ujawnienie dokumentacji medycznej na wniosek osoby bliskiej mimo wyrażenia przez pacjenta sprzeciwu za życia, jeśli jest to niezbędne w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta bądź ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej (art. 26 ust. 2b ustawy). W przypadku sporu między osobami bliskimi o dopuszczalność ujawnienia dokumentacji medycznej albo sądowej kontroli sprzeciwu zmarłego pacjenta wobec ujawnienia jego dokumentacji sąd, rozstrzygając sprawę, bierze pod uwagę interes uczestników postępowania, rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem, wolę zmarłego pacjenta oraz okoliczności wyrażenia sprzeciwu. Nowe przepisy upoważniają także osobę wykonującą zawód medyczny do wystąpienia do sądu z wnioskiem w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba żądająca udostępnienia dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską zmarłego pacjenta (art. 14 ust. 6 ustawy).

Ustawa z 6 grudnia 2018 r. została uchwalona w wyniku inicjatywy ustawodawczej podjętej przez Komisję do Spraw Petycji⁴¹. Inicjatywa ustawodawcza stanowiła odpowiedź na petycję Lubelskiego Związku Lekarzy Rodzinnych — Pracodawców. Celem petycji było uregulowanie dostępu osób bliskich do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Zdaniem wnioskodawców dostęp ten powinien zostać poddany kontroli sądowej w celu ochrony prywatności pacjenta po jego śmierci. W uzasadnieniu zwrócono także uwagę, że w obowiązującym przed nowelizacją stanie prawnym do podejmowania decyzji po śmierci pacjenta uprawnione były nawet osoby bliskie, które zostały przez pacjenta uznane za niegodne dziedziczenia, postępowały wobec niego w sposób sprzeczny z zasadami współżycia społecznego, dopuściły się względem niego przestępstwa przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności albo uporczywie nie dopełniały obowiązków rodzinnych. W projekcie nowelizacji, zawartym w druku sejmowym nr 1998, przewidziano uzależnienie dostępu bliskich do dokumentacji po śmierci pacjenta od zezwolenia sądu (art. 26 ust. 2 ustawy w brzmieniu proponowanym w projekcie). Od propozycji tej odstąpiono w trakcie prac sejmowych na rzecz przyznania osobom bliskim prawa wglądu w dokumentację medyczną z mocy prawa, chyba że inna osoba bliska wyrazi sprzeciw. W przypadku sporu sprawę ma rozstrzygać sąd (art. art. 26 ust. 2 i 2a ustawy). W trakcie prac legislacyjnych na zbytnią uciążliwość uzależnienia dostępu do dokumentacji medycznej od zgody sądu zwracało uwagę Biuro Analiz Sejmowych⁴². Sygnalizowano także potrzebę doprecyzowania procedury

⁴¹ Druk nr 1998...

⁴² *Ibidem*.

postępowania lekarzy i podmiotów leczniczych w przypadku wystąpienia osób bliskich z wnioskiem o dostęp do dokumentacji medycznej⁴³.

Lex specialis w stosunku do zasad ogólnych dostępu do dokumentacji medycznej, zawartych w ustawie o prawach pacjenta, stanowi art. 57 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich⁴⁴. Według przywołanego przepisu prawo dostępu do dokumentacji medycznej na potrzeby postępowania dyscyplinarnego w przypadku śmierci pacjenta ma: małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu.

IV. Osoby uprawnione do dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta

W obowiązującym art. 26 ust. 2 ustawy wskazano trzy kategorie podmiotów uprawnionych do dostępu do dokumentacji medycznej po jego śmierci: (1) osoby upoważnione przez pacjenta za życia; (2) osoba, która była przedstawicielem ustawowym pacjenta w chwili jego śmierci; (3) osoby bliskie. Ponadto w ust. 3 tego artykułu wskazano podmioty uprawnione — w szczególnych okolicznościach — do dostępu do dokumentacji medycznej.

1. Choć w piśmiennictwie postulowano możliwość skorzystania z art. 189 kodeksu postępowania cywilnego [dalej: k.p.c.] w celu wystąpienia do sądu powszechnego o ustalenie prawa dostępu do dokumentacji medycznej⁴⁵, wydaje się, że udzielenie upoważnienia do wglądu w dokumentację medyczną należy kwalifikować nie jako zdarzenie cywilnoprawne, ale jako administracyjnoprawne. Wynika to z charakteru obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej, który nie jest obowiązkiem podmiotu leczniczego wobec pacjenta, ale administracyjnym obowiązkiem podmiotów leczniczych. Konsekwencją administracyjnoprawnego charakteru tego obowiązku jest poddanie jego realizacji kognicji sądów administracyjnych, a nie cywilnych⁴⁶. W orzecznictwie sądów administracyjnych zwraca się uwagę, że „stosunek prawny pomiędzy takim zakładem a pacjentem, w zakresie udostępniania pacjentowi dotyczącej jego osoby dokumentacji medycznej jest stosunkiem administracyjnoprawnym”⁴⁷. Ze względu na kwalifikację żądania udostępnienia dokumentacji jako zdarzenia administracyjnoprawnego, a nie cywilnoprawnego udzielenie przez pacjenta upoważnienia do wglądu w jego dokumentację

⁴³ G. Ciura, *Opinia merytoryczna do sprawozdania o komisyjnym projekcie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (druk sejmowy nr 1998) z uwzględnieniem stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej oraz stanowiska i poprawek Rzecznika Praw Pacjenta*; druk nr 1998...

⁴⁴ Tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 965.

⁴⁵ R. Kubiak, *Prawo medyczne...*, s. 257.

⁴⁶ Postanowienie NSA z 8 listopada 2012 r., sygn. akt. II OZ 958/12, Legalis.

⁴⁷ Tak WSA w Gorzowie Wielkopolskim w wyroku z 12 stycznia 2017 r., sygn. akt II SAB/Go 156/16, Legalis.

medyczną po śmierci nie powinno być kwalifikowane jako udzielenie pełnomocnictwa w trybie art. 95 i n. kodeksu cywilnego⁴⁸. Choć upoważnienie osoby do uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta nie jest czynnością prawną, można je porównać do cywilnoprawnej czynności na wypadek śmierci (*mortis causa*), jaką jest np. sporządzenie testamentu. Podobieństwo to wynika z faktu, że upoważnienie to wywołuje skutki prawne dopiero z chwilą śmierci pacjenta. Upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta nie upoważnia osoby upoważnionej do uzyskania dostępu do tej dokumentacji za jego życia, ale staje się skuteczne dopiero po jego śmierci.

Potencjalny zakres podmiotowy upoważnienia jest nieograniczony. Upoważnienie do wglądu w dokumentację medyczną może być udzielone każdemu podmiotowi prawa, nie tylko osobom fizycznym, ale także osobom prawnym, np. fundacji lub stowarzyszeniu, których celem jest ochrona praw pacjentów, oraz tzw. ułomnym osobom prawnym, o których mowa w art. 33¹ k.c. W przypadku udzielenia upoważnienia osobie prawnej mogą je wykonywać osoby fizyczne, uprawnione do reprezentowania tej osoby prawnej (art. 38 k.c.). Nie powinno budzić wątpliwości, że upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta może zostać udzielone dowolnej liczbie osób jednocześnie w taki sposób, że każda z nich może samodzielnie wykonywać to prawo⁴⁹. Upoważnienie do wglądu w dokumentację medyczną po śmierci pacjenta może być przez tego pacjenta w każdej chwili odwołane. Odwołanie upoważnienia, tak jak jego udzielenie, jest jednostronną decyzją pacjenta.

Literalne brzmienie przepisu zdawałoby się wskazywać, że upoważnienie zawsze skutkuje nieograniczonym prawem dostępu do dokumentacji osoby, której jest ono udzielane. Choć udzielenie upoważnienia do wglądu w dokumentację nie jest czynnością cywilnoprawną i nie ma do niego zastosowania cywilnoprawna zasada swobody umów, można bronić poglądu, zgodnie z którym swoboda pacjenta udzielającego upoważnienia obejmuje nie tylko możliwość udzielenia upoważnienia pełnego, ale także ograniczonego. W doktrynie zwraca się uwagę, że upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej w trakcie życia pacjenta, udzielane na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy, może dotyczyć całej dokumentacji lub tylko jej fragmentu⁵⁰. Tak samo wnioskowanie można odnieść do upoważnienia udzielanego na wypadek śmierci pacjenta. Za umożliwieniem udzielania ograniczonego upoważnienia przemawia podstawowa dla prawa medycznego dyrektywa zapewnienia jak najszerzego zakresu autonomii pacjenta, którego jednym z aspektów jest zasada autonomii informacyjnej, zgodnie z którą to pacjent powinien być dysponentem dotyczących go informacji. Jeśli pacjent może upoważnić dowolną osobę do uzyskania dostępu do dokumentacji, powinien móc także upoważnić wybraną osobę do dostępu do części tej dokumentacji.

⁴⁸ P. Sobolewski, [w:] *System prawa medycznego. Instytucje...*, s. 795.

⁴⁹ R. Kubiak, *Prawo medyczne...*, s. 257. Stanowisko to zostało wyrażone w związku z upoważnieniem z art. 26 ust. 1, jednak wydaje się aktualne także w odniesieniu do upoważnienia z art. 26 ust. 2.

⁵⁰ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta...*, s. 174.

Wyrażony powyżej pogląd nie jest bezdyskusyjny. Przeciwno umożliwieniu pacjentom udzielania ograniczonych upoważnień przemawiają jednak dwa argumenty. Po pierwsze, porównanie brzmienia art. 26 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta oraz art. 40 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty⁵¹. Zgodnie z art. 40 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza, dotyczącym ujawnienia tajemnicy lekarskiej, osoba bliska wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy lekarskiej może określić zakres jej ujawnienia. Natomiast art. 26 ust. 2 ustawy stanowi tylko o upoważnieniu do udostępnienia dokumentacji medycznej, bez dookreślenia zakresu dostępu. Porównanie tych przepisów mogłoby sugerować, że upoważnienie udzielane na podstawie art. 26 ust. 2 nie może być ograniczane. Argumentacja taka zdecydowanie nie jest rozstrzygająca. Pominięcie w treści art. 26 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta możliwości określania zakresu upoważnienia nie musi oznaczać woli ustawodawcy, aby wykluczyć określenie przez pacjenta tego zakresu. Brak takiego sformułowania może być spowodowany faktem, że problem ten nie był rozważany w trakcie prac sejmowych. Za niedopuszczalnością ograniczenia zakresu upoważnienia przemawia jednak także istotniejszy argument, że ograniczenie przez pacjenta zakresu upoważnienia powoduje powstanie po stronie podmiotu udostępniającego dokumentację dodatkowego obowiązku w formie dostosowania zakresu udostępnianych informacji do treści upoważnienia. W przypadku upoważnienia udzielanego bez ograniczeń podmiot udostępniający dokumentację dokonuje jedynie prostej czynności technicznej polegającej na jej udostępnieniu, natomiast w przypadku udzielenia upoważnienia wraz z ograniczeniem konieczne jest dokonanie przez podmiot dysponujący dokumentacją analizy tej dokumentacji w celu weryfikacji, które informacje mogą być ujawnione zgodnie z wolą pacjenta.

Uwzględniając przedstawione argumenty, można ostrożnie opowiedzieć się za stanowiskiem, zgodnie z którym udzielenie przez pacjenta ograniczonego upoważnienia jest — co do zasady — dopuszczalne, jednak podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępniający dokumentację medyczną nie jest zobowiązany do udostępniania dokumentacji zgodnie z dyrektywami pacjenta w zakresie, w jakim realizacja tych dyrektyw wymagałaby istotnego przetworzenia danych zawartych w dokumentacji. Potencjalne ograniczenie upoważnienia może mieć charakter przedmiotowy, czasowy lub podmiotowy. Ograniczenie przedmiotowe oznaczałoby, że pacjent wskazuje, które informacje zawarte w dokumentacji medycznej mogą być przekazane upoważnionemu, a które nie podlegają ujawnieniu⁵². Udzielenie takiego upoważnienia pozwoliłoby pacjentowi zachować poufność danych, których nie chce ujawnić, umożliwiając jednocześnie upoważnionemu uzyskanie dostęp do pozostałych informacji zawartych w dokumentacji. Przedmiotowe ograniczenie upoważnienia powodowałoby konieczność podejmowania przez podmiot udostępniający dokumentację dodatkowych — w porównaniu do nieograniczonego upoważnienia do dostępu do pełnej dokumentacji — działań w celu sprawdzenia, czy udostępniane informacje objęte są upoważnieniem. Ograniczenie

⁵¹ Tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 537, 577, 730.

⁵² Wyrok TK z 19 grudnia 2002 r., sygn. akt K 33/02, OTK ZU 2002/7A/97.

czasowe polegałoby na wskazaniu terminu, w jakim prawo wglądu w dokumentację medyczną może być wykonywane. Tego typu ograniczenie nie wymagałoby ze strony podmiotu udostępniającego dokumentację dodatkowych czynności, poza weryfikacją, czy termin skuteczności upoważnienia nie upłynął. Ograniczenie podmiotowe polegałoby na udzieleniu dwóm lub większej liczbie osób upoważnienia łącznego, uprawniającego upoważnionych do wglądu w dokumentację łącznie, a nie samodzielnie przez każdego upoważnionego. Tego rodzaju ograniczenie również nie wymagałoby dodatkowych czynności ze strony podmiotu udostępniającego dokumentację. Ponadto warto zaznaczyć, że jeżeli z treści upoważnienia nie wynika jego ograniczenie, należy przyjąć, że ma ono charakter nieograniczony: przedmiotowo, podmiotowo i czasowo.

Upoważnienie do wglądu w dokumentację medyczną może być udzielone w dowolnej formie, w przepisach nie zawarto bowiem wymogu udzielenia tego upoważnienia w konkretny sposób (np. pisemnie), choć ze względów dowodowych preferowana jest forma pisemna⁵³. Za swobodą formy upoważnienia przemawia także zasada swobody formy żądania dostępu do dokumentacji medycznej. W wyroku z 8 września 2016 r. Naczelny Sąd Administracyjny stwierdził, że ustawa o prawach pacjenta nie zawiera przepisów, które mogłyby stanowić podstawę prawną dla wymogu zachowania konkretnej formy żądania dostępu do dokumentacji medycznej, dlatego żądanie takie może być zgłoszone w dowolnej formie⁵⁴. Jeśli żądanie dostępu do dokumentacji może być zgłoszone w dowolnej formie, upoważnienie do zgłoszenia takiego żądania również nie wymaga szczególnej formy. Stanowisko o swobodzie formy upoważnienia prezentowane jest także w literaturze, choć ze względów dowodowych preferowana jest forma pisemna⁵⁵.

Zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta zamieszcza się lub dołącza do tej dokumentacji oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej. Choć w przywołanym przepisie przewidziano dołączenie do dokumentacji oświadczenia pacjenta, co może wskazywać na pisemną formę tego oświadczenia, nie wydaje się, aby przepis ten stanowił wystarczającą podstawą do rekonstruowania wymogu udzielenia upoważnienia w formie pisemnej. Przywołany przepis jest adresowany do podmiotów leczniczych, a nie do pacjentów i określa sposób prowadzenia dokumentacji, tak więc norma nakazująca zachowanie pisemnej formy oświadczenia pacjenta mogłaby być rekonstruowana z tego przepisu jedynie pośrednio. Przepisy dotyczące udostępniania dokumentacji zostały zawarte w rozdziale 8 rozporządzenia (§ 78–79). Mimo że rozdział dotyczący udostępniania dokumentacji również wydaje się adresowany do podmiotów

⁵³ K. Włodarczyk, *Tajemnica medyczna wiąże lekarza także po śmierci pacjenta*, „Dokumentacja Medyczna w Praktyce” 2019, nr 4, s. 14.

⁵⁴ Wyrok NSA z 8 września 2016., sygn. akt II OSK 1134/16, Legalis.

⁵⁵ A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta...*, s. 174.

lecniczych, a nie do pacjentów, ewentualne wymogi dotyczące formy oświadczenia powinny być raczej zawarte w tym rozdziale, a nie w § 8 dotyczącym zawartości dokumentacji. Rekonstrukcja normy nakazującej zachowanie formy pisemnej wymagałaby uznania, że skoro upoważnienie pacjenta powinno być dołączone do dokumentacji, to powinno być ono wyrażone na piśmie. Wnioskowanie takie oznaczałoby nałożenie na pacjenta obowiązku zachowania formy pisemnej ze względu na konieczność realizacji obowiązku nałożonego nie na pacjenta, ale na podmioty lecznicze. Ponadto warto zauważyć, że w § 8 przewidziano, że oświadczenie pacjenta o udzieleniu upoważnienia może być zamieszczone lub dołączone do dokumentacji medycznej, co oznacza, że nie musi ono mieć formy dodatkowego dokumentu. Przywołany przepis można także odczytać jako nałożenie obowiązku dołączenia oświadczenia pacjenta do dokumentacji, jeśli oświadczenie to ma formę pozwalającą na jego dołączenie.

Warto także zwrócić uwagę, że biorąc pod uwagę zakres upoważnienia do wydania rozporządzenia zawarty w art. 30 ust. 1 ustawy, wątpliwe jest, czy rozporządzenie to może zawierać przepis nakazujący pacjentom zachowanie szczególnej formy upoważnienia. Według przywołanego przepisu ustawy w rozporządzeniu należy określić rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, sposób jej przetwarzania oraz wzory określonych rodzajów dokumentacji medycznej, w szczególności wzór książeczki zdrowia dziecka. Wydając rozporządzenie, minister powinien uwzględnić rodzaje podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, a także konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia, ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz jednolitych wzorów dokumentacji medycznej istotnej w kontekście szybkiego i skutecznego udzielania świadczeń zdrowotnych. Wobec tak sformułowanego upoważnienia określenie w rozporządzeniu wymogów formalnych, jakie spełniać powinno oświadczenie pacjenta, budzi wątpliwości. Wynikająca z art. 30 ust. 1 obowiązek zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej ma precyzować sposób jej prowadzenia. Nie wydaje się, aby sformułowanie to upoważniało ministra do określania formy, w jakiej pacjent może składać oświadczenie. Ewentualne wymogi formalne dotyczące oświadczeń pacjenta powinny zostać określone w ustawie, a nie w rozporządzeniach (por. art. 17 ust. 4, art. 18 ust. 1 ustawy).

Osoba upoważniona przez pacjenta do dostępu do dokumentacji po jego śmierci nie może sama udzielić kolejnego upoważnienia innej osobie. Ponieważ prawo dostępu do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta wynikające z upoważnienia nie jest prawem cywilnym, nie podlega ono dziedziczeniu i nie przechodzi na spadkobierców upoważnionego w chwili jego śmierci. Jeśli śmierć osoby, która została upoważniona, nastąpi przed śmiercią pacjenta, który udzielił takiego upoważnienia, nie będzie ono skuteczne. Ponieważ upoważnienie do dostępu do dokumentacji udzielone przez pacjenta opiera się na jego woli, a nie na pokrewieństwie, ma ono „silniejszą” moc prawną niż ustawowe prawo osób bliskich. Różnica między prawem dostępu wynikającym z upoważnienia udzielonego przez pacjenta a prawem osób bliskich wynikającym z ustawy przejawia się w fakcie, że skuteczność upoważnienia dokonanego przez pacjenta nie

może być wyłączona przez sprzeciw osób bliskich, wyrażony za życia lub po śmierci pacjenta. Ze względu na tę różnicę w praktyce można sugerować udzielanie przez pacjentów upoważnień do dostępu do dokumentacji medycznej także członkom rodziny, którym prawo takie przysługuje z mocy ustawy. Pozycja prawna członka rodziny, który uzyska takie upoważnienie od pacjenta, będzie dzięki temu silniejsza, ponieważ inni krewni nie będą mogli zablokować prawa tej osoby do wglądu do dokumentacji medycznej.

2. Następną kategorią osób upoważnionych do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta po jego śmierci jest jego przedstawiciel ustawowy. Zgodnie z dyspozycją art. 96 k.c. przedstawicielem ustawowym jest osoba, której umocowanie do działania w cudzym imieniu wynika z ustawy, a nie z oświadczenia woli reprezentowanego. W piśmiennictwie zwraca się uwagę, że pojęcie to obejmuje rodziców małoletniego oraz ustanowionego przez sąd opiekuna lub kuratora⁵⁶. Zgodnie z art. 98 § 1 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego [dalej: k.r.o.] przedstawicielami ustawowymi dziecka podlegającego władzy rodzicielskiej są jego rodzice. Przedstawicielem ustawowym dziecka pozostającego pod opieką jest opiekun (art. 158 § 2 k.r.o.). Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest także opiekun (art. 13 § 2 k.c.)⁵⁷. Dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo ustanawia się natomiast kuratora (art. 16 § 1 k.c.). W zakresie nieuregulowanym przez przepisy, które przewidują ustanowienie kuratora, do kurateli stosuje się odpowiednio przepisy o opiece (art. 178 § 2 k.r.o.). Kurator osoby ubezwłasnowolnionej częściowo nie zawsze będzie miał statusu jej przedstawiciela ustawowego, będzie to zależać od decyzji sądu. Zgodnie z art. 181 § 1 k.r.o., kurator osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest powołany do jej reprezentowania i do zarządu jej majątkiem tylko wtedy, gdy sąd opiekuńczy tak postanowił.

Podstawowa trudność związana z prawami przedstawiciela ustawowego dotyczy możliwości odwołania się przy wykładni przepisów ustawy do pojęcia „przedstawicielstwo ustawowe” użytego w art. 96 k.c. Jak już wspomniano, udzielenie upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta stanowi czynność administracyjnoprawną, a nie cywilnoprawną. Do czynności tej nie znajdują zastosowania przepisy kodeksu cywilnego. Zastosowanie zawartej w jego przepisach definicji przedstawicielstwa ustawowego jest dopuszczalne nie ze względu na charakter prawny upoważnienia, ale ze względu na świadome użycie w treści przepisu terminu, który ma w nauce prawa utrwalone znaczenie. Jeśli ustawodawca w treści art. 26 ust. 1 i 2 ustawy świadomie używa terminu cywilnoprawnego, mimo administracyjnego charakteru czynności udzielenia upoważnienia, odwołanie się do ustawowej definicji przedstawicielstwa ustawowego zawartej w kodeksie cywilnym wydaje się uzasadnione.

⁵⁶ R. Kubiak, *Prawo medyczne...*, s. 257.

⁵⁷ Przywołany przepis stanowi jedynie, że dla całkowicie ubezwłasnowolnionego ustanawia się opiekę, jednak ponieważ opiekun dokonuje czynności prawnych w imieniu i z skutkiem dla ubezwłasnowolnionego, ma on status przedstawiciela ustawowego.

3. Trzecią kategorią osób upoważnionych do wglądu w dokumentację medyczną po śmierci pacjenta są osoby mu bliskie, wyliczone enumeratywnie w art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy, czyli: małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. Warto zwrócić uwagę, że wobec kreowanego w ustawie modelu dostępu do dokumentacji medycznej, polegającego na przyznaniu osobom bliskim ustawowego prawa dostępu do dokumentacji po śmierci pacjenta, chyba że wyraził on sprzeciw, zgłosił wątpliwości Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych. Jego zdaniem pacjent może nie być świadomy, że jego bliskim będzie po jego śmierci przysługiwać ustawowe prawo dostępu do jego dokumentacji i ze względu na brak wiedzy takiego sprzeciwu nie zgłosić⁵⁸.

Użyte w ustawie pojęcie osób bliskich nie jest tożsame z użytym w art. 446 § 3 k.c. pojęciem najbliższych członków rodziny, uprawnionych na podstawie tego przepisu do odszkodowania po śmierci pacjenta. Analizując katalog osób bliskich, warto zwrócić uwagę, że w pierwszej kolejności ustawodawca przyznaje prawo dostępu do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta jego małżonkowi. Uprawniona do dostępu do dokumentacji będzie osoba, która legitymowała się statusem małżonka w chwili śmierci pacjenta. Pozostawanie w separacji w chwili śmierci pacjenta lub wniesienie pozwu rozwodowego za jego życia nie pozbawia małżonka prawa dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Zdarzeniem pozbawiającym prawa dostępu do dokumentacji byłoby jedynie orzeczenie rozwodu lub stwierdzenie nieważności małżeństwa. *De lege lata* warto rozważyć, czy orzeczenie separacji nie powinno skutkować utratą prawa dostępu do dokumentacji medycznej, biorąc pod uwagę, że separacja pozbawia małżonka prawa do dziedziczenia na podstawie ustawy (art. 935¹ k.c.).

Istotne wątpliwości może budzić ograniczenie katalogu osób bliskich jedynie do krewnych do drugiego stopnia. Ograniczenie to oznacza, że nawet zstępni w linii prostej, ale pozostający w dalszym stopniu pokrewieństwa niż drugi, czyli prawnuki czy praprawnuki nie będą miały prawa dostępu do dokumentacji medycznej zmarłego. Uzyskanie przez bezpośrednich zstępnych dostępu do dokumentacji medycznej wstępnego może mieć znaczenie ze względu na leczenie tych osób (kwestia chorób dziedzicznych). Zastosowanie przez ustawodawcę formalnego kryterium drugiego stopnia pokrewieństwa opiera się na założeniu istnienia między takimi osobami silniejszej więzi emocjonalnej. Nie kwestionując tego założenia, warto jednak zwrócić uwagę, że w kontekście wskazań medycznych uzyskanie informacji o chorobach dziedzicznych może być istotne także dla dalszych krewnych.

Podstawową trudnością związaną ze stosowaniem przepisu jest brak możliwości zweryfikowania przez podmioty lecznicze tego, czy konkretna osoba rzeczywiście jest dla pacjenta osobą bliską⁵⁹. Choć stosunek pokrewieństwa ma charakter obiektywny, personel szpitala może nie być w stanie sprawdzić, czy konkretna osoba rze-

⁵⁸ *Vide* stanowisko GIODO do druku nr 1998...

⁵⁹ Na trudności w weryfikacji, czy konkretna osoba jest osobą bliską zwraca uwagę R. Kubiak, [w:] *System Prawa Medycznego. Regulacja...*, s. 240.

czywiście jest spokrewniona ze zmarłym pacjentem. Zgodnie z dyspozycją § 79 rozporządzenia, w każdym przypadku odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej obligatoryjne jest podanie przyczyny odmowy. Przepisu tego nie należy odczytywać jako przerzucenia na podmiot leczniczy obowiązku dokonania weryfikacji, czy osoba żądająca dostępu do dokumentacji zmarłego pacjenta ze względu na pokrewieństwo faktycznie jest z pacjentem spokrewniona. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest dla pacjenta osobą bliską (art. 26 ust. 2a zdanie drugie ustawy). Choć nie wynika to wprost z przepisu, wystąpienie przez osobę bliską do sądu z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji wstrzymuje wykonanie obowiązku jej udostępnienia do czasu rozstrzygnięcia sprawy przez sąd. Mimo że postępowanie o udostępnienie dokumentacji medycznej nie jest postępowaniem administracyjnym, można do niego zastosować — poprzez analogię — art. 97 § 1 ust. 1 kodeksu postępowania administracyjnego, zgodnie z którym organ administracji zawiesza postępowanie, jeśli rozpoznanie sprawy i wydanie decyzji zależy od uprzedniego rozstrzygnięcia zagadnienia wstępnego przez inny organ lub sąd.

W przeciwieństwie do małżonka, którego status wynika z zawarcia — ważnego w chwili śmierci pacjenta — związku małżeńskiego, status „osoby pozostającej we wspólnym pożyciu” opiera się na kryterium faktycznym, którego istnienia albo braku personel szpitala nie jest w stanie zweryfikować. W szczególności niejasne jest, jak długo musi trwać stan pozostawania we wspólnym pożyciu. W uzasadnieniu do projektu nowelizacji ustawy zwrócono m.in. uwagę, że ustawodawca za bliskich pacjenta uznaje nie tylko krewnych i powinowatych, ale także osoby pozostające we wspólnym pożyciu z pacjentem, czego lekarz nie może w żaden sposób zweryfikować⁶⁰. W przypadku zaistnienia uzasadnionych okoliczności osoba wykonująca zawód medyczny może — zgodnie z art. 26 ust. 2a ustawy — wystąpić do sądu z wnioskiem o zbadanie, czy osoba żądająca udostępnienia dokumentacji medycznej rzeczywiście jest dla pacjenta osobą bliską. Jako wskazówki istnienia między dwoma osobami wspólnego pożycia można wskazać cztery elementy związku: wspólne życie psychiczne i fizyczne, wspólnotę ekonomiczną i trwałość związku⁶¹. W uchwale siedmiu sędziów SN z dnia 25 lutego 2016 r. osoby pozostające we wspólnym pożyciu zostały zdefiniowane jako osoby pozostające w faktycznej relacji, w której między tymi osobami istnieją równocześnie więzi duchowe (emocjonalne), fizyczne oraz gospodarcze (wspólne gospodarstwo domowe)⁶². Ponieważ przywołana uchwała dotyczyła wykładni kodeksu karnego, nie powinna być stosowana wprost do przepisów prawa medycznego, jednak może stanowić wskazówkę co do interpretacji pojęcia „osoba pozostająca we wspólnym pożyciu”.

⁶⁰ Druk nr 1998...

⁶¹ Wyrok SN z 12 listopada 1975 r., sygn. akt V KR 203/75, OSPiKA 1976, nr 10, poz. 187.

⁶² Uchwała SN z 25 lutego 2016 r., sygn. akt I KZP 20/15, OSNKW 2016, nr 3, poz. 19.

Katalog osób bliskich jest w ustawie szerszy niż katalog osób, na rzecz których posiadacz rachunku bankowego może — na podstawie art. 56 ust. 1 prawa bankowego — złożyć dyspozycję wypłaty na wypadek śmierci (dyspozycja taka może być poczyniona na rzecz małżonka, wstępnych, zstępnych lub rodzeństwa). Nie można dokonać dyspozycji wkładem na wypadek śmierci na rzecz osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub powinowatego. Zaskakująca jest decyzja ustawodawcy w sprawie przyznania ustawowego prawa do wglądu w dokumentację medyczną szerszej grupie osób niż grupa osób, które na podstawie decyzji osoby fizycznej mogą otrzymać część środków zgromadzonych przez tę osobę na rachunkach bankowych.

V. Sprzeciw wobec udostępniania dokumentacji medycznej

Zgodnie z art. 26 ust. 2 zdanie drugiej ustawy, pacjentowi za życia oraz jego bliskim po jego śmierci przysługuje prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec wglądu innej osoby bliskiej w dokumentację medyczną pacjenta. Ani pacjent, ani osoba bliska nie mogą natomiast wyrazić sprzeciwu skutecznego wobec przedstawiciela ustawowego pacjenta i w ten sposób pozbawić tego przedstawiciela prawa wglądu w dokumentację medyczną. Jak już zauważono, osoby bliskie nie mogą też wyrazić sprzeciwu skutecznego wobec osoby upoważnionej przez pacjenta do wglądu w jego dokumentację medyczną.

Wyrażenie sprzeciwu, podobnie jak upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta, nie jest zdarzeniem cywilnoprawnym, ale administracyjnoprawnym. W ustawie nie określono formy sprzeciwu, co oznacza, że może być on wyrażony w dowolnej formie, także ustnie. W stosunku do podmiotu leczniczego, który dysponuje dokumentacją, sprzeciw jest skuteczny, jeśli został temu podmiotowi zakomunikowany. Podmiot przechowujący dokumentację nie ma obowiązku kontaktowania się z osobami bliskimi w celu sprawdzenia, czy wyrażają oni sprzeciw wobec ujawnienia dokumentacji po śmierci pacjenta. Podmiot leczniczy nie ma także obowiązku informowania innych osób bliskich o wystąpieniu z żądaniem dostępu do dokumentacji medycznej. Personel szpitala nie ma ani obowiązku, ani możliwości skontaktowania się ze wszystkimi osobami bliskimi w celu weryfikacji, czy nie wyrażają one sprzeciwu wobec udostępnienia dokumentacji medycznej konkretnej osobie. Sprzeciw może być w każdym czasie wycofany przez osobę, która go wyraziła.

Zarówno wykładnia literalna, jak i funkcjonalna przemawiają za dopuszczalnością tzw. sprzeciwu abstrakcyjnego — sprzeciwu wobec dostępu do dokumentacji medycznej odnoszącego się do wszystkich osób bliskich. Zgodnie z wykładnią literalną za takim wnioskiem przemawia użyte w przepisie sformułowanie „udostępnieniu sprzeciwi się”, z którego nie wynika, aby sprzeciw musiał odnosić się do konkretnej, oznaczonej indywidualnie osoby. Przepis wskazuje na możliwość wyrażenia sprzeciwu bez dookreślenia, czy z perspektywy podmiotowej ma on być konkretny czy abstrakcyjny. Zgodnie z wykładnią funkcjonalną należy zwrócić uwagę, że osoba bliska może nie

znać wszystkich osób potencjalnie uprawnionych do dostępu do dokumentacji, dlatego wymóg, aby sprzeciw dotyczył konkretnej osoby, mógłby powodować, że sprzeciw nie mógłby zostać skutecznie wyrażony w stosunku do osób, których dane nie są znane osobie wyrażającej sprzeciw. Podobnie jak upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej, udzielane przez pacjenta, które, jak zaznaczono wcześniej, może mieć charakter ograniczony (podmiotowo, przedmiotowo lub czasowo), również sprzeciw może mieć charakter ograniczony i dotyczyć tylko niektórych informacji lub pewnego okresu (np. sprzeciw wobec ujawniania informacji na temat określonej choroby albo sprzeciw wobec ujawniania informacji przez rok od śmierci pacjenta). Wyrażenie sprzeciwu jest czynnością osobistą o charakterze administracyjnoprawnym, a nie cywilnoprawnym, dlatego pacjent lub inna osoba upoważniona do wyrażenia sprzeciwu nie może udzielić innej osobie pełnomocnictwa do wyrażenia w swoim imieniu sprzeciwu. Ponieważ wyrażenie sprzeciwu nie jest czynnością cywilnoprawną, w imieniu pacjenta sprzeciwu nie może wyrazić także jego przedstawiciel ustawowy.

Warto też odnotować, że zgodnie z dyspozycją art. 11 ustawy jednym z praw pacjenta jest prawo do informacji o prawach określonych w tej ustawie oraz w przepisach odrębnych. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany do udostępnienia tej informacji w formie pisemnej poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu w ogólnodostępnym miejscu. Ponieważ jednym z praw pacjenta jest — wynikające z art. 26 ust. 2 zdanie drugie ustawy — prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec udostępnienia dokumentacji po jego śmierci, informacja o możliwości skorzystania z tego uprawnienia powinna zostać udostępniona w sposób wskazany w art. 11 ustawy.

VI. Rozstrzyganie sporów przez sąd

Spór między osobami bliskimi dotyczący udostępnienia dokumentacji medycznej rozstrzyga sąd ustalany zgodnie z dyspozycją art. 628 k.p.c.⁶³ w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny (art. 26 ust. 2a ustawy). Samookreślony w taki sam sposób sąd może wyrazić zgodę na udostępnienie osobie bliskiej dokumentacji medycznej, nawet jeśli pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji po jego śmierci (art. 26 ust. 2b ustawy). Udostępnienie dokumentacji osobie bliskiej jest dopuszczalne tylko wtedy, gdy dokumentacja jest niezbędna do dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta lub do ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej. W art. 26 ust. 2c ustawy ustawodawca wskazał kryteria, jakie sąd powinien uwzględnić, rozstrzygając o udostępnieniu lub odmowie udostępnienia dokumentacji, czyli interes uczestników postępowania, rzeczywista więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem, wola zmarłego pacjenta oraz okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

⁶³ Sąd ostatniego miejsca zwykłego pobytu zmarłego pacjenta, a jeżeli jego miejsca zwykłego pobytu w Polsce nie da się ustalić, sąd miejsca, w którym znajduje się majątek spadkowy lub jego część. W przypadku braku powyższych właściwy będzie sąd rejonowy dla m.st. Warszawy

Trzy wskazane w przepisie przesłanki udostępnienia dokumentacji nie są równorzędne, ponieważ służą ochronie innych wartości. Udostępnienie dokumentacji w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia ma na celu przede wszystkim ochronę interesów majątkowych, a także — w drugiej kolejności — ewentualne pociągnięcie do odpowiedzialności osoby, która spowodowała śmierć pacjenta. Zdrowie i życie to wartości zajmujące wyższe miejsce w hierarchii wartości konstytucyjnych niż prawa majątkowe, dlatego żądanie udostępnienia dokumentacji w celu ich ochrony posiada znacznie silniejsze uzasadnienie aksjologiczne niż żądanie udostępnienia dokumentacji w celu realizacji roszczeń majątkowych. W przypadku takiego żądania odmowa jego uwzględnienia przez sąd powinna być orzekana tylko w wyjątkowych okolicznościach. Ograniczenie ochrony prywatności pacjenta w zakresie danych zawartych w dokumentacji ze względu na ochronę zdrowia i życia innych osób jest dopuszczalne na podstawie art. 31 ust. 3 konstytucji. Ponadto uzyskanie dostępu do dokumentacji medycznej w celu ochrony życia i zdrowia nie powinno być ograniczone tylko do krewnych maksymalnie drugiego stopnia pokrewieństwa. Uzyskanie informacji o chorobach dziedzicznych może być kluczowe dla wszystkich zstępnych, także prawnuków zmarłego pacjenta.

Odnosząc się do dopuszczalności udostępnienia dokumentacji, jeśli jest ona niezbędna do dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta, warto zauważyć, że sądy (w tym sądy dyscyplinarne) oraz prokuratorzy, lekarze sądowi i rzecznicy dyscyplinarni są upoważnieni do dostępu do tej dokumentacji w związku z prowadzonym postępowaniem na podstawie art. 26 ust. 3 pkt 3 ustawy. Oznacza to, że sąd z własnej inicjatywy może uzyskać dostęp do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta w toku postępowania o odszkodowanie lub zadośćuczynienie spowodowane jego śmiercią. To uprawnienie sądu nie czyni bezprzedmiotowym uprawnienia osób bliskich do żądania udostępnienia dokumentacji w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia. Za możliwością udostępnienia tej dokumentacji przemawia, po pierwsze, zasada ekonomii procesowej. Jeśli z dokumentacji wynika, że żądanie zadośćuczynienia lub odszkodowania jest bezprzedmiotowe, uzyskanie takiej informacji przed procesem może zapobiec wytoczeniu powództwa i w ten sposób odciążyć sądy. Po drugie, jeśli osobom bliskim zmarłego pacjenta przysługują roszczenia, osoby te powinny mieć faktyczną możliwość przygotowania się do postępowania sądowego przed jego rozpoczęciem.

Kwestia zgodności z konstytucją ograniczenia prawa pacjenta do prywatności przez umożliwienie przełamania jego sprzeciwu wobec ujawniania dokumentacji medycznej po jego śmierci w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia przez osoby mu bliskie może budzić wątpliwości. Rozważając to zagadnienie, warto przypomnieć, że bliskim zmarłego mogą przysługiwać własne, nieodziedziczone po zmarłym roszczenia o odszkodowanie i zadośćuczynienie związane z jego śmiercią (art. 446 k.c.). Ponieważ roszczenia te są roszczeniami osób bliskich, a nie zmarłego pacjenta, mogą być one kwalifikowane jako prawa innych osób, o których mowa w art. 31 ust. 3 konstytucji i których ochrona może uzasadniać ograniczenie prawa pacjenta do prywatności. Z tej

perspektywy wyłączenie praktycznej możliwości realizacji tych roszczeń ze względu na sprzeciw pacjenta wobec ujawniania dokumentacji po jego śmierci mogłoby sprawić, że uprawnienia osób bliskich staną się iluzoryczne. Jednak biorąc pod uwagę wskazaną możliwość uzyskania dostępu do dokumentacji przez sądy, odmowa udostępnienia dokumentacji osobom bliskim nie musi oznaczać wyłączenia możliwości dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, co może stawiać pod znakiem zapytania wymaganą — zgodnie z art. 31 ust. 3 konstytucji — przesłankę konieczności ograniczenia prawa pacjenta do prywatności.

Odnosząc się do kwestii kryteriów rozstrzygania sprawy przez sąd, przede wszystkim należy zaznaczyć, że sąd zobowiązany jest uwzględniać interes wszystkich uczestników postępowania, ale nie jest zobowiązany do ustalenia stanowiska wszystkich osób bliskich. Warto przypomnieć, że w trakcie prac nad nowelizacją ustawy z 6 grudnia 2018 r. Naczelna Izba Lekarska postulowała, aby rozstrzygnięcie sądu zapadało po jego zapoznaniu się ze stanowiskiem wszystkich osób bliskich zmarłego⁶⁴. Badając interesy uczestników postępowania, sąd powinien rozważyć, jakiego typu jest to interes (majątkowy czy niemajątkowy) i czy w kontekście społecznie akceptowanych wartości zasługuje on na ochronę⁶⁵. Choć w art. 26 ust. 2c ustawy wskazano kryteria, jakie sąd powinien brać pod uwagę, nie rozstrzygnięto, jaka jest waga poszczególnych kryteriów. W szczególności kryterium wymienione jako pierwsze, czyli interes uczestników postępowania, nie wydaje się najistotniejsze. Nie wydaje się także, aby kolejność wskazania kryteriów w przepisie mogła stanowić wskazówkę na temat ich wagi. Ze względu na dominującą zasadę autonomii pacjenta najważniejszym kryterium jest wola pacjenta, która będzie mogła zostać przełamana tylko w wyjątkowych okolicznościach, np. konieczności ochrony zdrowia lub życia innych osób.

Na zdecydowanie pozytywną ocenę zasługuje kryterium rzeczywistej więzi osoby bliskiej z pacjentem. Osoba o formalnie dalszym stopniu pokrewieństwa w praktyce może być w bliższych relacjach z pacjentem i być bardziej świadoma jego życzeń niż osoba o bliższym stopniu pokrewieństwa. Ponieważ wyrażenie przez pacjenta sprzeciwu wobec udostępnienia po śmierci jego dokumentacji nie jest czynnością prawną, zgłoszenie sprzeciwu nie jest uzależnione od posiadania pełnej zdolności do czynności prawnych. Nie oznacza to, że wiek i stan świadomości pacjenta są czynnikami irrelewanтными w kontekście skuteczności sprzeciwu. Obowiązek uwzględnienia przez sąd okoliczności wyrażenia sprzeciwu oznacza, że sąd powinien zbadać, czy pacjent wyrażając sprzeciw, był świadomy skutków tego oświadczenia, w szczególności czy pacjent zdawał sobie sprawę z konsekwencji wyrażenia sprzeciwu oraz był w stanie zrozumieć te konsekwencje.

⁶⁴ *Vide* opinia Naczelnej Izby Lekarskiej do druku nr 1998...

⁶⁵ P. Sobolewski, *Opinia prawna dotycząca sprawozdania o komisijnym projekcie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (druk nr 1998) z uwzględnieniem stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej oraz stanowiska i poprawek Rzecznika Praw Pacjenta*; *vide* opinie do druku 1998, VIII kadencja Sejmu.

Bibliografia

ŹRÓDŁA

A k t y p r a w n e

- Access to Health Record Act 1990, UK Public General Acts 1990, c. 23, <<https://www.legislation.gov.uk>>.
- Deklaracja genewska przyjęta Genewie we wrześniu 1948 r. przez Zgromadzenie Ogólne Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, <<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva>>.
- Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie sporządzona w Oviedo 4 kwietnia 1997 r., <<https://www.coe.int>>.
- Kodeks etyki lekarskiej, <<https://www.nil.org.pl>>.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 537, 577, 730).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2006 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 150, 447, 730).
- Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 965).
- Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy — Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2016 r. poz. 1070).
- Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. ustawą o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2017 r. poz. 836).
- Ustawa z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2019 r., poz. 150).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069).
- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 lutego 2016 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 249).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 lutego 2016 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2016 r. poz. 258).
- Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 25 kwietnia 2018 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2018 r. poz. 1108).

P o s t a n o w i e n i a s ą d ó w

- Postanowienie NSA z 8 listopada 2012 r., sygn. akt II OZ 958/12, Legalis.
- Uchwała siedmiu sędziów SN z 25 lutego 2016 r., sygn. akt I KZP 20/15, OSNKW 2016, nr 3, poz. 19.
- Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z 25 listopada 2008 r., sprawa nr 36919/02, Armonienė przeciwko Litwie, Legalis.
- Wyrok NSA z 8 września 2016 r., sygn. akt II OSK 1134/16, Legalis.
- Wyrok SN z 12 listopada 1975 r., sygn. akt V KR 203/75, OSPiKA 1976, nr 10, poz. 187.
- Wyrok TK z 19 maja 1998 r., sygn. akt U 5/97, OTK ZU 1998/4/46.
- Wyrok TK z 19 lutego 2002 r., sygn. akt U 3/01, OTK ZU 2002/1A/3.

Wyrok TK z 25 lipca 2013 r., sygn. akt P 56/11, OTK ZU 2013/6A/85.

Wyrok TK z 22 lipca 2014 r., sygn. akt K 25/13, OTK ZU 2014/7A/76.

Wyrok WSA w Gorzowie Wielkopolskim z 12 stycznia 2017 r., sygn. akt II SAB/Go 156/16, Legalis.

Wyrok WSA w Warszawie z 28 października 2015 r., sygn. akt VII SA/Wa 1565/15, Legalis.

PIŚMIENNICTWO

Andres K. *et al.*, *Ochrona danych osobowych medycznych*, C.H. Beck, Warszawa 2018.

Augustynowicz A., Budziszewska-Makulska A., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, CeDeWu, Warszawa 2010.

Ciura G., *Opinia merytoryczna do komisijnego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, druk nr 1998, VIII kadencja Sejmu.

Ciura G., *Opinia merytoryczna do sprawozdania o komisijnym projekcie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (druk sejmowy nr 1998) z uwzględnieniem stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej oraz stanowiska i poprawek Rzecznika Praw Pacjenta*, druk nr 1998, VIII kadencja Sejmu.

Fiutak A., *Prawo w medycynie*, C.H. Beck, Warszawa 2019.

Fryźlewicz M., D. Olejniczak, *Opinia prawna dotycząca komisijnego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (druk nr 1998)*, druk nr 1998, VIII kadencja Sejmu.

Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010.

Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2010.

Kubiak R., [w:] *System Prawa Medycznego. Regulacja prawna czynności medycznych*, t. II, cz. II, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Wolters Kluwer, Warszawa 2019.

Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, C.H. Beck, Toruń 2019.

Opinia GİODO do druku nr 1998, DOLIS-023-508/17/BG, druk nr 1998, VIII kadencja Sejmu.

Opinia Naczelnej Izby Lekarskiej do druku nr 1998 z dnia 1 grudnia 2017 r., druk nr 1998, VIII kadencja Sejmu.

Pattinson S.D., *Medical law and ethics*, Sweet & Maxwell, London 2006.

Sobolewski P., [w:] *System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego*, t. I, red. M. Safjan, L. Bosek, C.H. Beck, Warszawa 2018.

Sobolewski P., *Opinia prawna dotycząca sprawozdania o komisijnym projekcie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (druk nr 1998) z uwzględnieniem stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej oraz stanowiska i poprawek Rzecznika Praw Pacjenta*, BAS-WAP-1651/18, druk nr 1998, VIII kadencja Sejmu.

Szydło M., [w:] *Konstytucja RP*, t. I, *Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, C.H. Beck, Warszawa 2016.

Stanowisko nr 27/16/P-VII Prezydium Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 20 maja 2016 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy — Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw, druk nr 451, VIII kadencja Sejmu.

Włodarczyk K., *Tajemnica medyczna wiąże lekarza także po śmierci pacjenta*, „Dokumentacja Medyczna w Praktyce” 2019, nr 4.