

Tajemnica lekarska w polskim systemie prawa: realne czy iluzoryczne narzędzie ochrony prywatności pacjenta?

Medical confidentiality in the Polish legal system: a real or illusory instrument of patient privacy protection?

Robert Pudło¹, Małgorzata Pudło^{2,3}, Marcin Burdzik^{2,4}

¹Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katedra Psychiatrii WNMZ,
Zakład Psychoprofilaktyki

²Centrum Psychiatrii im. dr. Krzysztofa Czumy w Katowicach

³Wydział Medyczny Akademii Śląskiej w Katowicach, Katedra Psychiatrii i Seksuologii

⁴Uniwersytet Śląski w Katowicach. Instytut Nauk Prawnych

Summary

Health information provided by patients in the doctor's office belongs to the sphere of their private life. Medical confidentiality is intended to prevent unwarranted interference with the content of this information, both by state authorities and private entities. Thus, it is an instrument to protect the individual's constitutional right to privacy and, at the same time, guarantee an effective diagnostic and therapeutic process. For these reasons, access to the information covered by medical secrecy should be exceptional, especially since this data is highly sensitive in nature. This is especially true of psychiatric confidentiality. Contrary to these seemingly obvious assumptions, the Polish legislator introduces into the legal system further legal solutions that seriously interfere in the sphere of information about an individual's health. This makes medical (psychiatric) secrecy an institution of illusory nature and violates the patient's constitutional right to privacy. It also negatively affects the effectiveness of the diagnostic and therapeutic process. The latter requires complete trust in the doctor-patient relationship and, thus, full confidentiality. The article discusses the ratio legis of medical secrecy, the interrelation of psychiatric and medical secrecy, and the prerequisites for abrogating these secrets. It then discusses the relationship between medical confidentiality and other legal duties incumbent on physicians. Against the backdrop of these considerations, legal solutions that reflect the tendency to weaken the legal protection of medical confidentiality and thus pose a real threat to the information covered by it, were analyzed.

Słowa kluczowe: tajemnica lekarska, tajemnica psychiatryczna, prawo do prywatności pacjenta

Key words: medical confidentiality, psychiatric confidentiality, patient's right to privacy

Wstęp

Tajemnica lekarska ma swoje źródła w starożytności i nawiązuje do przysięgi Hipokratesa. We współczesnych systemach prawnych tajemnica zawodowa (nie tylko lekarska, ale np. adwokacka, bankowa, czy tajemnica spowiedzi) jest ograniczeniem władzy państwa na rzecz praw jednostki. Istnienie tajemnic zawodowych można zatem traktować jako wyraz przekonania, że prywatność jest autonomiczną wartością, która podlega ochronie przed jej nieuzasadnionym naruszeniem przez organy państwa lub inne podmioty. Przekonanie to zostało wyartykułowane w wielu międzynarodowych aktach prawnych, w tym w art. 17 ratyfikowanego przez Polskę w 1977 roku Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych [1] i art. 7 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej [2]. Zagadnienie to najbardziej precyzyjnie ujmuje artykuł 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (oficjalnie Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności) [3]. Przywołany przepis stanowi, że każdy ma prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, swojego mieszkania i swojej korespondencji i niedopuszczalna jest ingerencja władzy publicznej w korzystanie z tego prawa, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez ustawę i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób. Brzmienie tego artykułu wskazuje, że jakkolwiek ochrona prywatności jest kwestią bezdyskusyjną, to zakres tej ochrony może być ograniczony z uwagi na konieczność ochrony innych dóbr prawnych, które *ad casum* pozostają w kolizji z prywatnością jednostki.

Tajemnice zawodowe stoją więc na straży określonych interesów o charakterze indywidualnym lub społecznym. Dla przykładu tajemnica adwokacka chroni szeroko pojęty interes klienta. Tajemnica obrończa stanowi egzemplifikację konstytucyjnego prawa do obrony oskarżonego, co jest jednym z integralnych elementów rzetelnego procesu, a w szerokim ujęciu leży w interesie wymiaru sprawiedliwości. Tajemnica lekarska zaś, stwarzając choremu gwarancję dyskrecji w kontaktach z lekarzem, stanowi *conditio sine qua non* skutecznego procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Pełna poufność relacji lekarz–pacjent zwiększa prawdopodobieństwo ujawnienia przez pacjenta wszelkich relewantnych informacji o jego stanie zdrowia, co jest warunkiem postawienia trafnego rozpoznania i wdrożenia adekwatnego leczenia. W szerszym ujęciu, zachowanie tajemnicy lekarskiej ma więc korzystny wpływ na zdrowie publiczne. W praktyce zakres tajemnicy zawodowej jest ustalonym na poziomie ustawowym kompromisem między (uzasadnianą interesem społecznym) władzą państwa a (uzasadnianą prawem do prywatności) autonomią jednostki.

Źródła tajemnicy lekarskiej w prawie polskim

Normatywnych źródeł tajemnicy lekarskiej można upatrywać bezpośrednio w przepisach Konstytucji RP z 2 kwietnia 1997 r. [4], które gwarantują jednostce ochronę życia prywatnego (art. 47), ochronę tajemnicy komunikowania się (art. 49)

oraz ochronę jej danych osobowych (art. 51 ust. 1). Warto zaznaczyć, że przepisy poprzedniej Konstytucji PRL z 22 lipca 1952 r. [5] zwanej stalinowską, przewidywały jedynie prawo do nienaruszalności mieszkania i tajemnicę korespondencji. Niemniej, jeszcze w czasie obowiązywania ww. ustawy zasadniczej, bo w 1984 r., Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, że sfera życia prywatnego, rodzinnego i sfera intymności jednostki należą do jej dóbr osobistych, a co za tym idzie podlegają ochronie na gruncie art. 23 i 24 ustawy z 1964 r. – Kodeks cywilny [6, 7].

Chronologicznie pierwszym z obecnie obowiązujących aktów prawnych regulujących kwestie tajemnicy lekarskiej jest ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (dalej u.z.l.) [8], która w art. 40 ust. 1 stanowi, że „Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu”. Kodeks etyki lekarskiej (KEL) [9] uchwalony na Nadzwyczajnym II Krajowym Zjeździe Izb Lekarskich w 1991 roku, a nowelizowany w 1993 roku i 2003 roku zawiera podobne uregulowania, zaopatrzone dodatkowo w zapis: „Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej” (art. 23 KEL). Natomiast ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej u.p.p.) [10] w art. 13 i 14 rozszerza podmiotowo obowiązek zachowania tajemnicy, odnosząc go do wszystkich osób wykonujących zawód medyczny i stanowiąc tym samym normatywny źródło tzw. tajemnicy medycznej.

Szczególnym rodzajem tajemnicy lekarskiej jest tajemnica psychiatryczna, uregulowana w art. 50, 51 i 52 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (dalej u.o.z.p.) [11], które zobowiązują osoby wykonujące czynności wynikające z tej ustawy do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności (art. 50 ust. 1 u.o.z.p.). Zwraca tu uwagę dalsze rozszerzenie grona osób zobowiązanych do zachowania tajemnicy, z osób wykonujących zawody medyczne na wszystkie wykonujące czynności opisane ustawą. Wspomniana ustawa zabrania też utrwalania w dokumentacji oświadczeń obejmujących przyznanie się do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary (art. 51 u.o.z.p.), a także przesłuchiwanie osób obowiązanych do zachowania tajemnicy jako świadków na okoliczność wypowiedzi osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z tej ustawy, co do popełnienia przez nią czynu zabronionego pod groźbą kary (art. 52 ust. 1 u.o.z.p.). Zakaz ten stosuje się odpowiednio do lekarzy wykonujących czynności biegłego (art. 52 ust. 2 u.o.z.p.).

Wyjątki od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej

Z oczywistych powodów akty prawne ustanawiające tajemnicę lekarską regulują także sytuacje wyjątkowe, w których ujawnienie informacji nią objętych jest dopuszczalne. Dotyczy to sytuacji, w których zachowanie tajemnicy stoi w sprzeczności z innym, zdaniem ustawodawcy ważniejszym interesem społecznym lub indywidualnym. Jednak nawet w tych przypadkach tajemnica może zostać ujawniona jedynie wobec uprawnionych osób lub instytucji. *De lege lata*, sytuacje te zostały określone w art. 40 ust. 2 u.z.l. Uchylenie tajemnicy jest możliwe, gdy: tak stanowią inne ustawy, badanie

lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych organów, zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża na to zgodę (w zakresie ustalonym przez pacjenta, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia), bądź zachodzi potrzeba przekazania informacji lekarzowi sądowemu lub innemu lekarzowi udzielającemu pacjentowi świadczeń. Analogiczne zapisy znajdują się w art. 24, 25 i 26 Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz art. 14 u.p.p., przy czym w tym ostatnim akcie zniesiono także obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej (medycznej) na potrzeby postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (art. 14 ust. 2a u.p.p.). Pierwotna wersja art. 14 ust. 3 stanowiła, też że „osoby wykonujące zawód medyczny są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta”. Obecne brzmienie tego ustępu zostanie omówione w dalszej części opracowania.

Katalog wyjątków od obowiązku zachowania tajemnicy psychiatrycznej został sformułowany odmiennie. Zgodnie z art. 50 ust. 2 u.o.z.p., obowiązek ten ulega uchyleniu, jeżeli zachodzi konieczność przekazania informacji objętych tajemnicą lekarzowi sprawującemu opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi, organom administracji rządowej lub samorządowej i pracownikom opieki społecznej (w zakresie niezbędnym do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej), funkcjonariuszom służb specjalnych (w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych) oraz policjantowi, upoważnionemu pisemnie przez kierownika jednostki organizacyjnej Policji dla potrzeb poszukiwań i identyfikacji osób.

Ustawodawca nie sprecyzował, jaka relacja zachodzi pomiędzy przytoczonymi powyżej katalogami wyjątków, zawartymi w ustawie psychiatrycznej i pozostałych aktach prawnych. Jeśli bowiem traktować ten pierwszy akt jako *lex specialis*, wobec pozostałych norm kreujących wyjątki od obowiązku lekarskiej poufności, to ujawnienie informacji byłoby niemożliwe w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, a także na żądanie sądu. Jeśli zaś katalogi te należałoby traktować jako uzupełniające się, to tajemnica psychiatryczna byłaby chroniona w stopniu mniejszym niż pozostałe informacje o stanie zdrowia. Wykładnia systemowa, uwzględniająca pozostałe przepisy u.o.z.p., oraz ich *ratio legis* nakazuje przyjąć, że słabsza ochrona tajemnicy psychiatrycznej nie była intencją ustawodawcy. Brak jest jednak konsensualnego stanowiska doktryny w tej materii [12–17].

Zagadnieniem, które w sensie faktycznym, jeśli nie formalnym, pozostaje w ścisłym związku z ujawnianiem tajemnicy lekarskiej, jest udostępnianie dokumentacji medycznej uprawnionym podmiotom. Ich lista została zawarta w art. 26 u.p.p. Warto zaznaczyć, że w chwili uchwalenia tego aktu w 2008 r. (Dz.U. z 2009 r. Nr 52 poz. 417) obejmowała ona – poza pacjentem, jego przedstawicielem ustawowym bądź osobą upoważnioną przez pacjenta (ust. 1) – 20 pozycji, wśród których znajdowały się m.in.: podmioty udzielające pacjentowi innych świadczeń zdrowotnych, organy władzy publicznej (niestety bliżej nie zdefiniowane), NFZ, konsultanci krajowi i wojewódzcy, samorządy zawodów medycznych, Minister Zdrowia, sądy, prokuratury, organy uprawnione (jeśli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek), organy rentowe

i zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności, podmioty prowadzące rejestry usług medycznych, zakłady ubezpieczeń za zgodą pacjenta (zapis zbędny, skoro pacjent może ujawnić swoją dokumentację dowolnemu podmiotowi) oraz osoby wykonujące zawody medyczne w ramach procedury akredytacyjnej (ust. 3). Wykaz ten już pierwotnie budził pewne wątpliwości, np. w zakresie umieszczenia w nim organów rentowych, którym przyznano uprawnienia szersze niż zakładom ubezpieczeń. W następnych latach lista ta była jedynie poszerzana i obecnie obejmuje 30 pozycji. Kolejne podmioty, które się na niej znalazły, to przede wszystkim instytucje kontrolne (tj. Rzecznik Praw Pacjenta, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, instytucje powołane przez Ministra Zdrowia do prowadzenia kontroli, w tym w zakresie przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, czy ciała kontrolne powołane przez podmiot założycielski zakładu leczniczego, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Agencja Badań Medycznych), a także komisje lekarskie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, czy wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych oraz spadkobiercy pacjenta w związku z postępowaniem przed tą komisją. Podkreślić należy, że uprawnienia te nie zostały w żaden sposób uzależnione od decyzji pacjenta, którego dotyczy dokumentacja.

Szczególony charakter tajemnicy psychiatrycznej, podkreślany w doktrynie [12,16,18,19], budzi także wątpliwości w kontekście omówionych powyżej przepisów odnoszących się do udostępniania dokumentacji medycznej. Jedyny zawarty w u.o.z.p. przepis dotyczący tej dokumentacji to przytoczony już powyżej zakaz utrwalania w dokumentacji oświadczeń obejmujących przyznanie się do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary (art. 51 u.o.z.p). Poza tym jednym wyjątkiem, sposób postępowania z dokumentacją psychiatryczną jest analogiczny do postępowania z każdą inną dokumentacją medyczną. Zważywszy na uregulowania art. 26 u.p.p. i niezwykle szeroki katalog podmiotów uzyskujących na jego podstawie dostęp także do dokumentacji psychiatrycznej, przyjmując należy, że szczególna ochrona tajemnicy psychiatrycznej ma w tym zakresie charakter iluzoryczny.

Kolejnym zagadnieniem, budzącym wiele dyskusji w środowisku zarówno medycznym, jak i prawniczym, jest kolizja pomiędzy obowiązkiem zachowania tajemnicy lekarskiej, a zapisami regulującymi obowiązek denuncjacji czynów zabronionych. Jeżeli lekarz w trakcie wykonywania czynności zawodowych dowie się o zamiarze popełnienia przez pacjenta czynu zabronionego, który może stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta lub innej osoby, to fakt ten, na podstawie art. 40 ust. 2 pkt 3 u.z.l., skutkuje uchynieniem tajemnicy lekarskiej i nakłada na lekarza obowiązek zgłoszenia takiego zamiaru organom ścigania. Taka sytuacja nie budzi większych wątpliwości.

Inaczej ma się rzecz w przypadku czynów zabronionych już popełnionych. Obowiązek denuncjacji wynika wówczas z art. 240 ustawy z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (dalej k.k.) [20] w zakresie wymienionych enumeratywnie w tym przepisie czynów zabronionych o znacznym ciężarze gatunkowym (obejmujących takie przestępstwa jak zabójstwo, tortury, kwalifikowane postacie zgwałcenia, terroryzm). Dla porządku wskazać należy, że obowiązek denuncjacji aktualizuje się już w fazie przygotowania (pod warunkiem, że jest ono karalne – art. 16 §2 k.k.), a w pozostałych przypadkach

w zakresie usiłowania (art. 13 k.k.). Drugim przepisem, z którego wynika obowiązek zawiadomienia o popełnionym przestępstwie jest art. 304 ustawy z 6.06.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (dalej k.p.k.) [21], znajdujący zastosowanie do wszystkich przestępstw ściganych z urzędu, a więc także w przypadkach mniejszej wagi. Pierwszy z wymienionych przepisów kreuje obowiązek prawny, którego niewypełnienie jest zagrożone karą pozbawienia wolności do 3 lat, a drugi – obowiązek społeczny. Doktryna co do zasady, zgodnie stoi na stanowisku, że w drugim przypadku obowiązek społeczny ustępuje prawnemu obowiązkowi zachowania tajemnicy lekarskiej [np. 12, 22]. Brakuje natomiast takiej jasności w przypadku czynów stypizowanych w art. 240 kk. Np. zdaniem R. Kubiaka [23] powinność denuncjacji zyskuje w tym przypadku przewagę nad uregulowaniami dotyczącymi tajemnicy lekarskiej. Rozumowanie takie, podzielane także przez innych autorów, opiera się na literalnej konstrukcji art. 40 ust. 2 u.z.l., uchylającego obowiązek zachowania tajemnicy „gdy tak stanowią ustawy” [22, 24–30]. Z kolei E. Plebanek, a także inni cytowani przez nią autorzy stoją na stanowisku, że obowiązek denuncjacji opisany w art. 240 k.k. nie stanowi samoistnej przesłanki uchylenia ustawowego obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i za jej ujawnienie grozi lekarzowi odpowiedzialność z art. 266 §1 k.k. [31–36].

Odnosząc się do ww. problemu warto zwrócić uwagę na stanowisko wyrażone niegdyś przez M. Filara [37]. Autor ten słusznie zauważył, że w omawianej powyżej sytuacji, dochodzi *de facto* do kolizji dwóch obowiązków prawnych, z których tylko jeden może być spełniony. Tym samym to lekarz, uwzględniając całokształt znanych mu okoliczności faktycznych, powinien podjąć autonomiczną decyzję, który z obowiązków (denuncjacji czy zachowania tajemnicy) spełni. Niezależnie od podjętej decyzji, nie powinien on ponosić konsekwencji prawnych naruszenia drugiego z obowiązków, gdyż w takiej sytuacji zastosowanie znajduje norma z art. 26 §5 k.k. [12].

Większa zgodność poglądów doktryny panuje w przypadku tajemnicy psychiatrycznej. Powszechnie sądzi się, że z uwagi na bezwzględny charakter tej tajemnicy, zapisy u.o.z.p., w odróżnieniu od ogólnych uregulowań dotyczących tajemnicy lekarskiej, powodują zniesienie obowiązku denuncjacji również w stosunku do czynów stypizowanych w art. 240 k.k. [15, 38, 39]. Zdanie odrębne autorzy odnaleźli jedynie w opinii prawnej Kancelarii Prawnej Radwan-Rohrenscheff, zamieszczonej na stronie Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego [40].

Nie sposób w tym miejscu ustrzec się wątpliwości dotyczących zakresu „tajemnicy psychiatrycznej”. Zgodnie z definicją ustawową dotyczy ona wszystkich czynności wynikających z tej ustawy, niezależnie od zawodu osoby, która daną czynność wykonuje. Zakres przedmiotowy nie ogranicza się zatem do lekarza. Większe wątpliwości budzi zakres przedmiotowy, zwłaszcza w odniesieniu do seksuologii. Nie ulega wątpliwości, że informacje uzyskiwane przez lekarza w trakcie badania seksuologicznego należą do najbardziej intymnych i objętych prawem do prywatności. Czy jednak takie badanie jest czynnością wynikającą z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego? Takie stanowisko zajmuje np. D. Obara [13] uzasadniając je klasyfikowaniem zaburzeń seksualnych w rozdziale „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania” klasyfikacji ICD-10. Należy jednak zauważyć, że w klasyfikacji ICD-11 ww. zaburzenia znajdują się już w osobnym rozdziale poświęconym zdrowiu seksualnemu („Conditions rela-

ted to sexual health”), uzasadnienie przyjęte przez D. Obarę teoretycznie ulega więc dezaktualizacji. Zachodzi jednak pytanie, czy owa zmiana klasyfikacyjna pozwala na wąskie interpretowanie pojęcia „czynności wynikające z ustawy” (u.o.z.p.), w sposób wyłączający z tego zakresu zaburzenia seksualne? Czy może rozstrzygające są wówczas inne elementy przeprowadzonego badania, tj. zebrany jednocześnie wywiad dotyczący ewentualnych zaburzeń psychicznych? Autorzy niniejszej pracy stoją na stanowisku, że zdrowie seksualne stanowi część szeroko rozumianego zdrowia psychicznego, tym samym przez czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego należy rozumieć także czynności podejmowane wobec osób z zaburzeniami seksualnymi.

Niewątpliwie zagadnienie to wymaga dalszej dyskusji. Jest ono szczególnie istotne w kontekście przeprowadzonej w 2017 r. nowelizacji art. 240 k.k., na skutek której art. 200 k.k., dotyczący przestępstwa pedofilii, został objęty prawnym obowiązkiem denuncjacji.

Zagrożenia dla informacji objętych tajemnicą lekarską

Niektóre, obowiązujące obecnie przepisy ingerujące w obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej budzą poważne wątpliwości, m.in. ze względu na swoją konstrukcję czy miejsce w systemie prawa. Kryteria, jakimi posłużyli się autorzy wyodrębniając takie unormowania to:

- niska ranga aktu prawnego, którym uchylono ustawowy obowiązek zachowania tajemnicy,
- spójność normy (a raczej jej brak) z całokształtem systemu prawnego,
- *ratio legis* danego przepisu, w tym waga interesu społecznego (indywidualnego), któremu służy jego wprowadzenie w zestawieniu z konstytucyjnie zagwarantowanym prawem pacjenta do prywatności,
- czytelność przepisu dla przeciętnej osoby, która ma przepisy prawne stosować.

Pierwszym chronologicznie przepisem, który można zakwalifikować do tej grupy, jest art. 226 k.p.k. W pierwotnej wersji do zwolnienia z tajemnicy lekarskiej oraz wyrażenia zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej w postępowaniu przygotowawczym uprawniony był jedynie sąd na wniosek prokuratora. Stan ten uległ zmianie na mocy ustawy z dnia 10 stycznia 2003 r. o zmianie ustawy – kodeks postępowania karnego, ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks Postępowania Karnego, ustawy o świadku koronnym oraz ustawy o ochronie informacji niejawnych [41]. W art. 226 dodano zdanie drugie w brzmieniu: „Jednakże w postępowaniu przygotowawczym o wykorzystaniu, jako dowodów, dokumentów zawierających tajemnicę lekarską decyduje prokurator”. Skutkiem tej zmiany, mającej w zamyśle prawodawcy przyspieszyć prowadzenie postępowania, było powstanie sytuacji, w której prokurator wprawdzie nie jest uprawniony do przesłuchania lekarza na okoliczności objęte tajemnicą lekarską bez zgody sądu, ale ma nieskrępowane prawo wglądu do dokumentacji medycznej, która zawiera w zasadzie bardzo zbliżone (a często tożsame) informacje o stanie zdrowia

pacjenta. Zwłaszcza, że lekarz ma obowiązek dokonywania wpisów w dokumentacji medycznej niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego (§4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6.04.2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania [42]).

Kolejną tego rodzaju zmianą przepisów były rozwiązania wprowadzone 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 Pacjenta [43], który do wcześniejszych uregulowań, mówiących o bezwzględnej ochronie tajemnicy po śmierci pacjenta dodał frazę: „chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska” (art. 40 ust. 3 u.z.l; art. 14 ust. 3 u.p.p.). Wskazany zabieg legislacyjny przekreślił absolutny charakter tajemnicy w jej aspekcie temporalnym [12].

Protesty i niejasności związane z tymi zapisem wymusiły dwa lata później uchwalenie kolejnej zmiany w tym zakresie. Ustawą z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw [44], wprowadzono rozwiązania, stanowiące, iż zwolnienia z tajemnicy, co do zasady nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia (odpowiednio art. 40 ust. 3a u.z.l.; oraz art. 14 ust. 4 u.p.p.). Wprowadzono także zasadę rozstrzygania ewentualnych sporów osób bliskich przez sąd (art. 14 ust. 6 u.p.p., art. 40 ust. 3b u.z.l.). Tym samym aktem wprowadzono także możliwość przełamania sprzeciwu zmarłego pacjenta z odwołaniem do ocennych kryteriów interesu uczestników postępowania, rzeczywistej ich więzi ze zmarłym pacjentem i okoliczności wyrażenia sprzeciwu (art. 14 ust. 7-8 u.p.p., art. 40 ust. 3c-3d u.z.l.). Położono zatem na szali wolę zmarłego i jego prawo do prywatności oraz interes (nierządki finansowy) osób bliskich pacjenta, pozostawiając te kwestie do oceny sądu [45–47]. Efektem ubocznym tych zmian było wyraźne pogorszenie czytelności tych przepisów dla medyków, którzy co do zasady nie mają wykształcenia prawniczego.

Kolejnym rozwiązaniem normatywnym, ingerującym w prawo pacjenta do prywatności, był wprowadzony od 1 stycznia 2019 r. (z powołaniem się na §10 ust. 2 rozporządzenia MZ z 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept [48]) obowiązek elektronicznego otaksowania recept w postaci papierowej, wymagający podania do każdej recepty numeru PESEL pacjenta. Ten akt rangi podustawowej i sprawiający wrażenie aktu czysto administracyjnego spowodował, że szerokiemu gronu osób (pracownicy aptek, obsługa informatyczna) stały się dostępne dane pozwalające na przypisanie do każdego pacjenta rozpoznania jego choroby. Nietrudno bowiem odgadnąć, że mężczyzna przyjmujący sildenafil cierpi na zaburzenia erekcji, a osoba otrzymująca refundowany risperidon – na schizofrenię.

Jeszcze poważniejszym i wciąż powiększającym się zagrożeniem dla informacji objętych tajemnicą lekarską są rozwiązania przewidziane w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [49], oraz wydanymi na jej podstawie aktami wykonawczymi – tj. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej [50] i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych

zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej – (dalej SIM) [51]. Na podstawie tych przepisów, dostęp do obszernego zbioru informacji o stanie zdrowia pacjenta został przyznany licznym podmiotom, także niebezpośrednio związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Przytoczenie pełnego katalogu tych danych i instytucji z uwagi na ograniczone ramy opracowania nie wydaje się celowe, a z uwagi na konieczność zachowania jasności wyводу, także dalece niepraktyczne. Jedyne tytułem przykładu, można wskazać, że dane medyczne obejmują m.in. rozpoznania główne i współistniejące, epikryzy zawarte w kartach wypisowych i kartach odmowy z izb przyjęć, przeprowadzone procedury medyczne, czas przebywania na przepustce ze szpitala, informacje o wadze i wzroście pacjenta, używaniu przez niego wyrobów tytoniowych, numerze telefonu i adresie poczty elektronicznej.

Lista instytucji uprawnionych do pełnego wglądu do danych zawartych w SIM, niezależnie od zgody pacjenta, obejmuje m.in. lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej, każdego pracownika medycznego w sytuacji zagrożenia życia pacjenta, a także instytucje finansujące leczenie. Dostęp do danych zawartych w SIM w zakresie ograniczonym mają lekarze oraz inni pracownicy medycznych komisji lekarskich czy jednostki samorządu terytorialnego. Nie można też pominąć faktu, że – skoro dane są przetwarzane w postaci elektronicznej – to, z oczywistych względów, dostęp taki mają także pracownicy obsługi informatycznej wszystkich wymienionych instytucji. Podkreślić należy, że sprzeciw pacjenta nie ma żadnego znaczenia i nie znosi obowiązku przesyłania elektronicznej dokumentacji medycznej do Systemu Informacji Medycznej.

Warto też zwrócić uwagę, że analiza ww. przepisów jest bardzo trudna dla osoby niezajmującej się zawodowo prawem medycznym ze względu na niezwykle obszerne listy danych, których udostępnienie w postaci elektronicznej jest wymagane i równie obszerne listy instytucji uprawnionych do ich uzyskiwania, a także bardzo dużą liczbę odesłań (do innych jednostek redakcyjnych w poszczególnych aktach prawnych), co ogranicza zrozumiałość tych norm.

Równie niepokojące, jeśli nie bardziej, są przepisy, które pojawiają się w aktach prawnych regulujących zasady działania służb specjalnych. Dla przykładu, zgodnie z art. 22a ustawy z 9.06.2006 r. o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym [52], CBA może przetwarzać dane osobowe, w tym m.in. dane genetyczne, biometryczne, dotyczące zdrowia, seksualności i orientacji seksualnej osoby fizycznej, bez wiedzy i zgody tej osoby. W celu realizacji tego uprawnienia, CBA może korzystać ze zbiorów danych osobowych, prowadzonych przez organy władzy publicznej oraz państwowe lub samorządowe jednostki organizacyjne, czyli np. z danych NFZ (art. 22a ust. 2 ww. ustawy). Co więcej, zgodnie z ust. 5 omawianego przepisu, dane te mogą być uzyskiwane drogą elektroniczną, bez konieczności składania każdorazowo pisemnych wniosków o ich udostępnienie, a więc bez ograniczeń.

Potencjalne zagrożenia dla informacji objętych tajemnicą lekarską, w analizowanych tu przypadkach, wynikają przede wszystkim z bardzo szerokiego (i sukcesywnie rozszerzanego) katalogu podmiotów uzyskujących dostęp do danych o stanie zdrowia pacjenta, bez zgody tego ostatniego, jak również z równoległego poszerzania kata-

logu przesłanek (sytuacji) warunkujących dostęp do takich informacji. W praktyce ingerencja w konstytucyjne prawo do prywatności pacjenta uzasadniana jest niekiedy wymogami, które wynikają z aktów rangi podustawowej, co stoi w sprzeczności z postanowieniami art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Kwestią, którą należy wziąć pod uwagę jest też niespójność wprowadzanych regulacji oraz potencjalna niezrozumiałość tych przepisów dla osób zobligowanych do zachowania tajemnicy medycznej. Błędna interpretacja przepisu może skutkować ujawnieniem danych medycznych, w szerszym (niż wymagany) zakresie, bądź ujawnienie ich osobie nieuprawnionej.

Przedstawiony powyżej przegląd przepisów czyniących wyłom w tajemnicy lekarskiej nie ma oczywiście charakteru kompletnego. Z uwagi na mnogość tego rodzaju rozwiązań, ich holistyczne przedstawienie znacząco przekroczyłoby ramy niniejszego opracowania. Autorzy żywią jednak nadzieję, że wnioski tu poczynione będą stanowić asumpt do dalszej dyskusji nad przedstawionym zagadnieniem.

Podsumowanie

Tajemnica lekarska jest powszechnie uważana za integralne narzędzie ochrony prywatności pacjenta. Taka funkcja tajemnicy lekarskiej wynika z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, czy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a także z Kodeksu Etyki Lekarskiej. W tych samych aktach prawnych, w dość czytelny sposób, zdefiniowano też wyjątki od obowiązku zachowania tej tajemnicy. Mimo to, liczne akty prawne różnej rangi zawierają odrębne przepisy pozwalające na dostęp wielu osób i instytucji do danych objętych omawianą tu tajemnicą. Sposób rozmieszczenia tych przepisów w systemie prawa, ich niejasność i niski poziom precyzji znacznie utrudniają uzyskanie wiedzy o cyrkulacji danych wrażliwych. W konsekwencji liczne dane wrażliwe mogą być przetwarzane przez różne osoby i instytucje bez kontroli, a nawet bez wiedzy, osoby zainteresowanej i poza kontrolą sądową, a dane z dokumentacji lekarskiej mogą być ujawniane po śmierci pacjenta nawet wbrew jego wyraźnemu sprzeciwowi wyrażonemu za życia.

Autorzy stoją na stanowisku, że potrzebna jest jawna i merytoryczna dyskusja na temat równowagi pomiędzy interesem społecznym czy interesem wymiaru sprawiedliwości a prywatnością pacjenta. Równie ważna jest dyskusja na temat równowagi pomiędzy potrzebą zachowania bezpieczeństwa zdrowotnego, a wspomnianą prywatnością. Decyzja, ile prywatności warto „oddać” za obietnicę bezpieczeństwa nie jest bowiem prostym zabiegiem administracyjnym, ale jednym z najbardziej fundamentalnych dylematów aksjonormatywnych współczesnego państwa.

Piśmiennictwo

1. *Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z 16 grudnia 1966 r.* (Dz.U. 1977, nr 38, poz. 167).
2. *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej z 7 grudnia 2000 r.* (Dz.Urz.UE C 326/391).
3. *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 4 listopada 1950 r.* (Dz.U. z 1993 r. nr 61 poz. 284).
4. *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r.* (Dz.U. z 1997 r. nr 78 poz. 483).
5. *Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z 22 lipca 1952 r.* (Dz.U. z 1952 r. nr 33 poz. 232).
6. *Judgment of Polish Supreme Court of 18 January 1984*, I CR 400/83, LEX No. 2997
7. *Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny* (ówczesnie Dz.U. z 1964 r. nr 16 poz. 93).
8. *Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz.U. z 2022 r. poz. 1731).
9. *Kodeks Etyki Lekarskiej*; <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>.
10. *Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz.U. z 2022 r. poz. 1876).
11. *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz.U. z 2022 r. poz. 2123).
12. Burdzik M. *Lekarz w procesie karnym jako gwarant tajemnicy lekarskiej*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2021.
13. Obara D. *Tajemnica zawodowa w praktyce lekarza seksuologa*. Przegl. Seks. 2016, 1(45): 35–44.
14. Michalak K. *Tajemnica lekarska i psychiatryczna a polski proces karny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2018.
15. Ładoś S. *Pozycja prawna oskarżonego z zaburzeniami psychicznymi*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2013.
16. Chorbot P. *Tajemnica psychiatryczna*. Monitor Praw. 2014, 14; <https://czasopisma.beck.pl/monitor-prawniczy/artukul/tajemnica-psychiatryczna>.
17. Rusinek M. *Tajemnica zawodowa i jej ochrona w polskim procesie karnym*. Łódź: Oficyna; 2007.
18. Kmiecik B. *Problem tajemnicy psychiatrycznej w kontekście dostępu pracowników niemedycznych do informacji o pacjencie*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2014, 14(1): 50–54.
19. Schmid D, Appelbaum PS, Roth LH, Lidz Ch. *Confidentiality in psychiatry: a study of the patient's view*. Hosp. Comm. Psychiatr. 1983; 34(4): 353–355.
20. *Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny* (Dz.U. z 2022 r. poz. 1138).
21. *Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego* (Dz.U. z 2022 r. poz. 1375).
22. Dukiet-Nagórska T. *Lekarski obowiązek współdziałania z organami ścigania a tajemnica lekarska*. Prawo i Medycyna 2002, 12: 4–19.
23. Kubiak R. *Prawny lekarski obowiązek zawiadomienia o ujawnionym czynie zabronionym po nowelizacji Kodeksu karnego*. Med. Prakt. 2017; 11: 117–123.
24. Huk A. *Tajemnica zawodowa lekarza*. Prokuratura i Prawo; 2001; 6: 197–214.
25. Wilk L. *Obowiązek denuncjacji w prawie karnym (art. 240 k.k.)*. Prokuratura i Prawo 1999; 1: 21–40.
26. Kunicka-Michalska B, red. *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do artykułów 222–316*, tom II, Warszawa: CH Beck; 2014.

27. Augustynowicz A. *Tajemnica zawodowa lekarza a współdziałanie z organami ścigania*. Prawo i Medycyna 2008, 4: 83–98.
28. Augustynowicz A, Wrześniewska-Wal I. *Zawiadomienie przez lekarza o popełnieniu przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności a obowiązki zachowania tajemnicy zawodowej*. Prawo i Medycyna 2013, 3–4: 107–119.
29. Kubiak R. *Tajemnica medyczna*. Warszawa: CH Beck; 2015.
30. Górski A. *Wykonywanie zawodu lekarza prawo karne*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2019.
31. Plebanek E. *Zachowanie i ujawnianie tajemnicy lekarskiej i pielęgniarskiej – kolizja obowiązków i próba jej rozwiązania*. Palestra 2020, 6: 137–156.
32. Plebanek E. *Ujawnienie tajemnicy lekarskiej w procesie karnym a odpowiedzialność karna lekarza*. Białostockie Studia Prawnicze. 2020, 25 (2): 65–98.
33. Safjan M. *Prawo i medycyna*. Warszawa: Oficyna Naukowa; 1998.
34. Plebanek E, Rusinek M. *Ujawnienie tajemnicy zawodowej w procesie karnym a odpowiedzialność karna*. Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych. 2007, 1: 73–99.
35. Zawłocki W. Komentarz do art. 240 k.k. W: Królikowski M, Zawłocki R, red. *Kodeks karny, część szczególna, tom II*. Warszawa: CH Beck; 2017.
36. Wróbel W, Zoll A, red. *Kodeks karny, część szczególna, tom II, część II, Komentarz do art. 212–277d*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2017.
37. Filar M. *Lekarskie prawo karne*. Kraków: Zakamycze; 2000.
38. Bobińska K, Eichstaedt K, Gałęcki P. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2016.
39. Augustynowicz A, Wrześniewska-Wal I. *Lekarz psychiatra jako świadek w postępowaniu karnym*. Prawo i Med. 2013, (3–4): 89–106.
40. <http://www.sekcjapsychoterapii.pl/opinia-prawna-na-temat-tajemnicy-zawodowej-w-psychoterapii/>
41. *Ustawa z dnia 10 stycznia 2003 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks Postępowania Karnego, ustawy o świadku koronnym oraz ustawy o ochronie informacji niejawnych (Dz.U. z 2003 r. nr 17 poz. 155)*.
42. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2022 r. poz. 1304)*.
43. *Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2016 r. poz. 1070)*.
44. *Ustawa z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2019 r. poz. 150)*.
45. Burdzik M, Nowak A, Chowaniec Cz. *Tajemnica lekarska w świetle nowelizacji kodeksu postępowania karnego z 10.06.2016 r.* Państwo i Prawo 2019, (9): 128–145.
46. Sobczak J. *Tajemnica lekarska po ostatnich zmianach legislacyjnych*. Medyczna Wokanda. 2018, 11: 7–24.
47. Świdarska M. *Zgoda osoby bliskiej na ujawnienie tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta (po nowelizacji)*. Przegląd Prawa Medycznego 2019, (1): 7–15.
48. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept (Dz.U. z 2018 r. poz. 745)*.
49. *Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2022 r. poz. 1555)*.

50. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1153).*
51. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1253).*
52. *Ustawa z 9 czerwca 2006 r. o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym (Dz.U. z 2022 r. poz. 1900).*

Adres: Marcin Burdzik
Centrum Psychiatrii im. dr K. Czumy w Katowicach
Uniwersytet Śląski w Katowicach
e-mail: marcin.burdzik@us.edu.pl

Otrzymano: 28.02.2023
Zrecenzowano: 26.04.2023
Otrzymano po poprawie: 12.05.2023
Przyjęto do druku: 15.05.2023

