

## **Prawo konsumenta/pacjenta do informacji zawartych w dokumentacji medycznej**

### **1. Konstytucyjne aspekty prawa konsumenta/pacjenta do informacji**

Konsument może występować w różnych rolach społecznych, a jedną z nich jest rola pacjenta. Korzystając z usług medycznych<sup>1</sup>, staje się on podmiotem, który dąży do zaspokojenia swojej potrzeby związanej z zaistniałym problemem zdrowotnym. Nie dziwi więc, że zagadnienie związane z ochroną konsumentów zostało uregulowane w najwyższym akcie prawnym, a więc w Konstytucji RP (dalej: Konstytucja lub ustawa zasadnicza)<sup>2</sup>, która w art. 76 stanowi: „Władze publiczne chronią konsumentów, użytkowników i najemców przed działaniami zagrażającymi ich zdrowiu, prywatności i bezpieczeństwu oraz przed nieuczciwymi praktykami rynkowymi. Zakres tej ochrony określa ustawa”.

Jak wynika z treści zacytowanego wyżej przepisu, nie może on być „źródłem bezpośrednio zeń wynikającego prawa podmiotowego po stronie konsumentów”<sup>3</sup> – w tym przypadku występujących w roli pacjentów. Przyjęcie takiego rozwiązania nie jest jednak równoznaczne z tym, że konsumentowi nie przysługują żadne prawa. Podmiot ten może powołać się na inne przepisy ustawy zasadniczej, które statuują prawo

---

<sup>1</sup> Mając na uwadze termin „usługa”, można przyjąć, że w szerokim znaczeniu jest to „dowolne działanie, jakie jedna strona może zaoferować innej. Jest ono nienamagalne i nie prowadzi do jakiegokolwiek własności. Jej produkcja może być związana lub nie z produktem fizycznym. Jednak w przypadku świadczeń zdrowotnych o unikalności usługi decydują jej cechy odróżniające ją od „zwyczajnych” produktów (za wyjątkiem usług stomatologicznych, gdzie produktem staje się konkretny produkt, np. proteza zębowa). Usługa medyczna ma charakter procesualny, np.: psychoterapia, czasem doraźny, np.: usunięcie wyrostka robaczkowego i rozgrywa się w konkretnym czasie. Usługi medyczne cechuje znaczny poziom pracochłonności i wymagają one wysokich kwalifikacji”, A. Maciąg, I. Sakowska, *Rola i prawa pacjenta w obszarze jakości usług zdrowotnych*, „Studia i Materiały – Wydział Zarządzania UW” 2006, nr 1, [http://www.sim.wz.uw.edu.pl/sites/default/files/artykuly/sim\\_2006\\_1\\_maciag\\_sakowska.pdf](http://www.sim.wz.uw.edu.pl/sites/default/files/artykuly/sim_2006_1_maciag_sakowska.pdf) (dostęp: 27.07.2014).

<sup>2</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.

<sup>3</sup> Wyrok TK z 21 kwietnia 2004 r., K 33/03.

podmiotowe<sup>4</sup>. Z uwagi na przedmiot niniejszych rozważań, nie budzi wątpliwości, że do takich przepisów zalicza się art. 51<sup>5</sup> i art. 54 ust. 1<sup>6</sup> Konstytucji.

Odnosząc się do pierwszego ze wskazanych wyżej przepisów, tj. art. 51 dostrzeżemy, że ustrojodawca zagwarantował w nim każdemu, a więc także i pacjentowi, prawo do informacji o charakterze osobowym. Dzięki takiemu rozwiązaniu podmiot ten ma zapewnioną możliwość do samodzielnego decydowania o ujawnieniu innym informacji na swój temat, a także możliwość weryfikowania takich informacji, które są w posiadaniu innych podmiotów. Co istotne z punktu widzenia niniejszych rozważań, art. 51 ma zastosowanie nie tylko w płaszczyźnie wertykalnej (podmiot publiczny – pacjent), ale także i horyzontalnej (podmiot prywatny – pacjent). Do wniosku takiego doszedł Trybunał Konstytucyjny (dalej: Trybunał lub TK) który uznał, że „art. 51 ust. 1 Konstytucji nie określa w sposób jednoznaczny podmiotu zobowiązanego do realizacji prawa zagwarantowanego w tym przepisie. Oznacza to, że wymieniony przepis konstytucyjny dotyczy wszelkich przypadków, w których jednostka zobowiązana zostaje do ujawnienia informacji o sobie innym podmiotom, a więc także i podmiotom prywatnym”<sup>7</sup>. Poza tym nie budzi wątpliwości, że ust. 4 i 5 tego przepisu również odnosi się do relacji horyzontalnych. Trudno uznać, aby było inaczej, bowiem „[...] nie ma uzasadnienia dla wyłączenia spod ochrony konstytucyjnej jakiegokolwiek podmiotu, którego dotyczyć może niebezpieczeństwo związane z niewłaściwym zbieraniem, gromadzeniem lub udostępnianiem danych. Nie ma też żadnego uzasadnienia wyłączenie prawa żądania sprostowania oraz usunięcia nieprawdziwych, niepełnych lub zebranych w sposób sprzeczny z ustawą informacji dotyczących jakiegokolwiek podmiotu, który może mieć uzasadniony interes prawny w realizacji gwarancji konstytucyjnych”<sup>8</sup>. Podobnie jest i z ust. 5, w którym ustrojodawca w kwestii zasad i trybu gromadzenia oraz udostępniania danych odsyła do

<sup>4</sup> Zob. szerzej na ten temat J. Węgrzyn, *Prawo konsumenta do informacji w Konstytucji RP i w prawie unijnym*, Wrocław 2013, s. 101 i n.

<sup>5</sup> Art. 51 Konstytucji stanowi:

Ust. 1. „Nikt nie może być obowiązany inaczej niż na podstawie ustawy do ujawnienia informacji dotyczącej jego osoby.

Ust. 2. Władze publiczne nie mogą pozyskiwać, gromadzić i udostępniać innych informacji o obywatelach niż niezbędne w demokratycznym państwie prawnym.

Ust. 3. Każdy ma prawo dostępu do dotyczących go urzędowych dokumentów i zbiorów danych. Ograniczenie tego prawa może określić ustawa.

Ust. 4. Każdy ma prawo do żądania sprostowania oraz usunięcia informacji nieprawdziwych, niepełnych lub zebranych w sposób sprzeczny z ustawą.

Ust. 5. Zasady i tryb gromadzenia oraz udostępniania informacji określa ustawa”.

<sup>6</sup> Art. 54 Konstytucji stanowi:

Ust. 1. „Każdemu zapewnia się wolność wyrażania swoich poglądów oraz pozyskiwania i rozpowszechniania informacji”.

<sup>7</sup> Wyrok TK z 19 lutego 2002 r., U 3/01.

<sup>8</sup> M. Wyrzykowski, *Status informacyjny obywatela*, [w:] *Prawo i ład społeczny. Księga jubileuszowa dedykowana Profesor Annie Turskiej*, Warszawa 2000, s. 250.

ustawy, nie dookreślając przy tym, czy zbieranie i przekazywanie informacji dotyczy tylko płaszczyzny wertykalnej, czy także horyzontalnej. Pomimo tego przyjmuje się, że przepis ten ma szeroki obszar oddziaływania. Zdaniem Trybunału „[...] przepis ten należy odnieść również do gromadzenia i udostępniania informacji przez podmioty prywatne. [...] termin „gromadzenie informacji” użyty w wymienionym przepisie obejmuje nie tylko wąsko rozumiane czynności zbierania informacji dotyczących jednostki, ale różnego rodzaju operacje przetwarzania tych informacji”<sup>9</sup>.

Jak wynika z powyższych ustaleń, pacjent – bo o nim mowa – obowiązany jest do ujawnienia informacji o sobie tylko, gdy przepisy ustaw tak stanowią. W pozostałych przypadkach to on decyduje, komu udostępni jakiegokolwiek dane na swój temat. Oczywiście w zależności od sytuacji, z jaką mamy do czynienia, np. gdy lekarz w celu ustalenia diagnozy potrzebuje od pacjenta różnego rodzaju informacji, pacjent będzie musiał dokonać wyboru między konkurującymi ze sobą interesami, tzn. czy poświęcić interes, jaki ma w nieujawnieniu informacji na temat swojej osoby, która może być informacją o charakterze intymnym, aby mieć możliwość ratowania interesu – w tym przypadku wydaje się, że dla większości osób nadrzędnego – jakim jest życie lub zdrowie, czy odmówić lekarzowi ich udostępnienia<sup>10</sup>.

Informacja od zawsze była pożądanym dobrem. Nie dziwi więc, że jeśli idzie o informację ze sfery prywatnej, jej pozyskiwanie, gromadzenie i udostępnianie jest większym stopniu ograniczone, aniżeli w przypadku informacji ze sfery publicznej. Do tej pierwszej bez wątpienia zalicza się informacje o charakterze osobowym, które – co wynika z art. 51 ust. 2 Konstytucji – mogą być przez władze publiczne pozyskiwane, gromadzone i udostępniane, gdy są one niezbędne w demokratycznym państwie prawnym. Wobec tego, na co zwrócił uwagę TK, m.in. „informacjami, których osoby fizyczne (w tym przypadku pacjenci – przyp. J.W.) nie muszą ujawniać, a (wobec tego) innym podmiotom mającym do nich dostęp nie wolno ich ujawniać i z kolei władzom publicznym nie wolno zbierać, są informacje dotyczące przebytych chorób”<sup>11</sup>.

Biorąc pod uwagę art. 51 ust. 2, dostrzeżemy, że odnosi się on wyłącznie do relacji, jakie zachodzą na płaszczyźnie wertykalnej. Z sytuacją taką mamy także do czynienia w przypadku ust. 3, w którym ustrojodawca zagwarantował każdemu, a więc także i pacjentowi, prawo dostępu do dotyczących go urzędowych dokumentów i zbiorów danych. Przy czym ograniczenie tego prawa może określić ustawa. Wobec tego, adekwatnym przepisem statuującym konstytucyjne prawo pacjenta do informacji w relacji

<sup>9</sup> Wyrok TK z 19 lutego 2002 r., U 3/01.

<sup>10</sup> M. Rusinek, *Tajemnica zawodowa i jej ochrona w polskim procesie karnym*, Lex.

<sup>11</sup> Wyrok TK z 19 maja 1998 r., K 3/97. Podają za: P. Sarnecki, *Komentarz do art. 51, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. L. Garlicki, t. III, Warszawa 2003, s. 3.

wertykalnej, tj. takiej, która zachodzi pomiędzy podmiotem publicznym (np. samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej) a pacjentem jest art. 51 ust. 3.

Jeśli idzie o drugi wymieniony już wcześniej przepis, a więc art. 54 ust. 1 Konstytucji to należy wskazać, że w świetle orzecznictwa TK jest on uznany za zwornik konstytucyjny prawa konsumenta do „bycia poinformowanym”<sup>12</sup>. Przepis ten zapewnia każdemu, a więc także i konsumentowi (pacjentowi) wolność pozyskiwania informacji. Wobec tego, „za nietrafne uznać trzeba redukowanie tego przepisu (zwłaszcza w zakresie «pozyskiwania informacji») tylko do tradycyjnie pojętego uczestnictwa w dyskursie politycznym. Nie ulega bowiem wątpliwości, że jednostka występuje w społeczeństwie w wielu rolach społecznych”<sup>13</sup>, do których można zaliczyć rolę konsumenta, jak i pacjenta. Na tle tych spostrzeżeń widzimy więc, że art. 54 ust. 1 Konstytucji w zakresie prawa pacjenta do informacji ma zastosowanie w płaszczyźnie horyzontalnej, tj. takiej, która odnosi się do relacji podmiot prywatny (lekarz świadczący usługi medyczne w ramach prowadzonej działalności gospodarczej) – pacjent.

Z przedstawionych powyżej ustaleń wynika, że konstytucyjne prawo do informacji ma szeroki zakres zastosowania, bowiem obejmuje ono nie tylko relacje wertykalne, ale także i horyzontalne. Odzwierciedlenie tego prawa widoczne jest w różnych sytuacjach, np. w procesie dokonywanych transakcji handlowych pomiędzy przedsiębiorcą a konsumentem, w procesie świadczenia przez podmiot publiczny, jak i prywatny usług medycznych, a także w dostępie do informacji zawartych w dokumentacji medycznej. Bez względu jednak na rodzaj sytuacji, dla konsumenta występującego czy to w roli pacjenta, czy pasażera ważne jest, aby przekazywane mu informacje były zrozumiałe, ponieważ warunkiem *sine qua non* realizacji kluczowego dla tych rozważań prawa jest transparentność przekazywanych informacji.

## 2. Definicja dokumentacji medycznej

Rozwinięcie konstytucyjnego prawa pacjenta do informacji zawartej w dokumentacji medycznej ma swoje odzwierciedlenie w ustawodawstwie zwykłym. Kluczowym w tym zakresie aktem prawnym, który posługuje się definicją dokumentacji medycznej jest ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>14</sup> (dalej: u.p.p.). Zgodnie z jej art. 25, dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:

- 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
  - a) nazwisko i imię (imiona);
  - b) datę urodzenia;

<sup>12</sup> Wyrok TK z 21 kwietnia 2004 r., K 33/03.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

<sup>14</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.

- c) oznaczenie płci;
  - d) adres miejsca zamieszkania;
  - e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
  - f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
- 2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
  - 3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
  - 4) datę sporządzenia.

Jak wynika z treści wskazanego wyżej przepisu, ustawodawca określił w nim podstawowe dane, które składają się na dokumentację medyczną prowadzoną przez podmiot wykonujący działalność leczniczą<sup>15</sup>. Należy jednak zauważyć, że w akcie wykonawczym do u.p.p., tj. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>16</sup> (dalej: rozporządzenie), a dokładnie w § 2 wskazano, że dokumentacja medyczna dzieli się na:

- dokumentację indywidualną – odnoszącą się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych oraz
- dokumentację zbiorczą – odnoszącą się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych (np. księga główna przyjęć i wypisów, księgi chorych oddziału, księgi bloku operacyjnego, księgi pracowni diagnostycznej).

Dokumentacja indywidualna dzieli się z kolei na dokumentację indywidualną wewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (np. historia zdrowia i choroby, karta noworodka, karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej) oraz dokumentację indywidualną zewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot (np. skierowanie

---

<sup>15</sup> Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 5 u.p.p., podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych jest podmiot wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm. (dalej: u.d.l.). Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 5 u.d.l., podmiot wykonujący działalność leczniczą to podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4, oraz lekarz lub pielęgniarka wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5. Wobec tego, podmiotem leczniczym jest np. samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, fundacja lub stowarzyszenie, której/którego celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i której/którego statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, lekarz prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą.

<sup>16</sup> Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697 ze zm.

do szpitala, skierowanie na badania diagnostyczne, zaświadczenie, opinia lekarska, karta informacyjna z leczenia szpitalnego).

### 3. Podmioty uprawnione do dostępu do dokumentacji medycznej

Dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych regulują przepisy u.p.p. Przyjęte w tym akcie prawnym rozwiązania gwarantują każdemu pacjentowi pełny dostęp do informacji znajdujących się w dokumentacji medycznej. Jak się okazuje na tle art. 26 ust. 1 u.p.p., dostęp do wskazanego rodzaju dokumentacji z wyjątkiem pacjenta ma także jego przedstawiciel ustawowy bądź osoba upoważniona przez pacjenta.

Nie budzi wątpliwości, że pacjentem jest lub może być każdy z nas, a więc zarówno dzieci, jak i osoby dorosłe. Z uwagi, że w grupie tej znajdują się dzieci, ale także mogą w niej być osoby ubezwłasnowolnione całkowicie, ustawodawca nie bez znaczenia – we wskazanym wyżej art. 26 ust. 1 u.p.p. – przyznał prawo dostępu do dokumentacji medycznej przedstawicielowi ustawowemu pacjenta. W doktrynie przyjmuje się, że „prawo upoważnienia konkretnej osoby do dostępu do dokumentacji medycznej przysługuje także i przedstawicielowi ustawowemu pacjenta. Prawo tego ostatniego wynika wprost z art. 26 u.p.p., który jednocześnie nie ogranicza przecież przedstawiciela ustawowego co do dokonywania dalszej «substytucji». Powyższe jednak uzupełnić należy zastrzeżeniem, iż w sytuacji gdy pacjent ukończył lat 16, upoważnienie uczynione na rzecz osoby trzeciej przez przedstawiciela ustawowego wymaga również zgody samego pacjenta. Wniosek taki wywodzić należy pośrednio z treści przepisów art. 9<sup>17</sup> i 17<sup>18</sup> u.p.p. [...]. Przepisy te wprowadzają zatem regułę co do szczególnej pozycji małoletniego pacjenta, który ukończył lat 16. Jak się wydaje zasadnym jest rozszerzanie zakresu tejże reguły, w drodze wykładni celowościowej i systemowej, również i na czynności upoważniające osoby trzecie do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta”<sup>19</sup>.

Biorąc pod uwagę treść art. 26 ust. 1 u.p.p., dostrzeżemy, że to od decyzji pacjenta zależy kogo upoważni on do dostępu do dokumentacji medycznej. Oczywiście nie musi

<sup>17</sup> Zgodnie z rozwiązaniem przyjętym na tle art. 9 u.p.p., pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Ponadto pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie wskazanych powyżej informacji innym osobom.

<sup>18</sup> Zgodnie z rozwiązaniem przyjętym na tle art. 17 u.p.p., pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza.

<sup>19</sup> G. Ladrowska, *Prawo dostępu pacjenta i osób przez niego upoważnionych do dokumentacji medycznej*, „Prawo i Medycyna” 1/2012 (46, vol. 14), s. 17 i n.

to być osoba z rodziny. Ważne jednak jest, aby pacjent dający takie upoważnienie nie znajdował się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby nawet przemijającego, zaburzenia czynności psychicznych (np. spowodowane zażyciem środków odurzających)<sup>20</sup>. W świetle art. 82 Kodeksu cywilnego<sup>21</sup> (dalej: k.c.) mielibyśmy wówczas do czynienia z nieważnym oświadczeniem woli.

Upoważnienie przez pacjenta konkretnej osoby do dostępu do dokumentacji medycznej jest skuteczne także po śmierci pacjenta – art. 26 ust. 2 u.p.p. W kwestii tej wypowiedział się WSA w Rzeszowie który uznał, że „upoważnienie”, o którym mowa we wskazanym przepisie „stanowi odrębną instytucję stworzoną na potrzeby tej ustawy. Nie jest to rodzaj pełnomocnictwa w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego. Zasadniczą odrębnością jest to, że «upoważnienie» nie wygasa wraz ze śmiercią pacjenta, ale po jego śmierci nadal wywołuje skutki prawne, podczas gdy klasyczne pełnomocnictwo wygasa wraz ze śmiercią mocodawcy”<sup>22</sup>.

Problem pojawia się jednak w przypadku, gdy pacjent umiera, a za życia nie udzielił żadnej osobie upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej. W doktrynie w razie zaistnienia takiej sytuacji wskazuje się na dwa rozwiązania. Pierwszym jest możliwość wytoczenia przez osobę bliską powództwa o ustalenie dostępu do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta z uwagi na jej interes prawny – art. 189<sup>23</sup> Kodeksu postępowania cywilnego<sup>24</sup> (dalej: k.p.c.)<sup>25</sup>. Drugim, „wytoczenie powództwa odszkodowawczego i w procesie złożenie wniosku o dopuszczenie dowodu z dokumentacji medycznej”<sup>26</sup>. Brak w u.p.p. jakichkolwiek rozwiązań w tym zakresie powoduje spore problemy w praktyce. Wobec tego ważne jest, aby ustawodawca w sposób jednoznaczny i zrozumiały określił zasady postępowania we wskazanym wyżej przypadku.

Odwołując się do orzecznictwa w zakresie dostępu do dokumentacji medycznej, które mogłoby stanowić pewien wyznacznik w rozstrzyganiu pojawiających się na tle tego zagadnienia problemów, dostrzeżemy, że sądy sporadycznie spotykają się z tego

<sup>20</sup> *Ibidem*.

<sup>21</sup> Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 ze zm.

<sup>22</sup> Wyrok WSA w Rzeszowie z 13 lipca 2010 r., II SAB/Rz 29/10. Wyrok dostępny na stronie: [http://www.orzeczenia-nsa.pl/wyrok/ii-sab-rz-29-10,sprawy\\_nieobjete\\_symbolami\\_podstawowymi\\_oraz\\_od\\_dostep\\_do\\_informacji\\_publicznej\\_inne,86a3f1.html](http://www.orzeczenia-nsa.pl/wyrok/ii-sab-rz-29-10,sprawy_nieobjete_symbolami_podstawowymi_oraz_od_dostep_do_informacji_publicznej_inne,86a3f1.html) (dostęp: 31.07.2014).

<sup>23</sup> Art. 189 k.p.c. stanowi: „Powód może żądać ustalenia przez sąd istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego lub prawa, gdy ma w tym interes prawny”.

<sup>24</sup> Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, Dz. U. z 1964 r. Nr 43, poz. 296 ze zm.

<sup>25</sup> M. Nesterowicz, *Problem dostępu pacjenta i osób bliskich do dokumentacji medycznej ponownie przywołany*, „Prawo i Medycyna” 1/2012 (46, vol. 14), s. 8.

<sup>26</sup> *Ibidem*.

typu sprawami. Pomimo to warto odnieść się do wyroku NSA z dnia 17 września 2013 r., II OSK 1539/13, w którym organ ten uznał, że upoważnienie do wglądu w dokumentację medyczną jest skuteczne również w innym podmiocie leczniczym, niż zostało złożone. Sprawa dotyczyła odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej zmarłego męża. Pacjent trafił do placówki medycznej w stanie uniemożliwiającym złożenie oświadczenia o zgodzie na udostępnienie dokumentacji medycznej na wypadek śmierci, zaś w momentach odzyskania świadomości pracownicy szpitala nie dopełnili obowiązku odebrania stosowanego oświadczenia. Żona zmarłego pacjenta złożyła kopię upoważnienia do pozyskania wskazanego rodzaju dokumentacji na wypadek śmierci, udzielonego przez jej męża w poradni lekarza rodzinnego POZ. Pomimo to, Dyrektor Szpitala odmówił żonie zmarłego pacjenta dostępu do jego dokumentacji medycznej, wskazując, że upoważnienie składane jest każdorazowo w formie oświadczenia do historii choroby. NSA, rozstrzygając tę sprawę, wskazał, że zajęte przez niego stanowisko dotyczy tej konkretnej sprawy i uzasadnione jest specyficznym jej stanem faktycznym.

W ocenie NSA z art. 26 u.p.p. nie można wyprowadzić wniosku o potrzebie posiadania szczególnego upoważnienia na wypadek śmierci pacjenta. „Nie można zgodzić się w szczególności z twierdzeniem szpitala, iż w analizowanym przypadku, w sytuacji gdy mąż uczestniczki świadomie wyraził zgodę na udostępnienie jej swojej dokumentacji medycznej po śmierci, to zasadnicze znaczenie – jak wskazuje Szpital – ma fakt, iż to oświadczenie dotyczy jedynie dokumentacji wytworzonej w placówce, w której zmarły złożył stosowne oświadczenie. Takie rozumienie wskazanych przepisów prowadziłoby do nieakceptowalnej – z punktu widzenia logiki, ale i zasad wykładni systemowej i funkcjonalnej – sytuacji, że aby wskazane oświadczenie miało moc wiążącą i uczestniczka mogła skutecznie domagać się wydania spornej dokumentacji, to do zgonu jej męża musiałoby dojść w przychodni w której złożył on oświadczenie [...]. Co więcej należy zwrócić uwagę na to, że w przepisach regulujących zasady udostępnienia dokumentacji medycznej przewidziano możliwość zawarcia stosownych upoważnień w indywidualnej wewnętrznej dokumentacji lub też dołączenia do tej dokumentacji takiego oświadczenia. Z przepisów wynika zatem, że pacjent może obecnie sporządzić takie oświadczenie zarówno w ramach, jak i poza dokumentacją medyczną i tylko od jego woli zależało będzie jaką treść i jaki zakres upoważnienia obejmie to oświadczenie. Jeśli oświadczenie to przybiera najszerszą możliwą formę o upoważnieniu określonej osoby do uzyskiwania dokumentacji medycznej pacjenta po jego śmierci, i zostanie załączone do dokumentacji medycznej określonej jednostki chorobowej, w konkretnej jednostce służby zdrowia, to niezależnie od tego który podmiot medyczny będzie później świadczeniodawcą wytwarzającym dokumentację medyczną, ma obowiązek respektowania oświadczenia wskazującego upoważnioną osobę do uzyskiwania dokumentacji po

śmierci pacjenta [...]. Ustawodawca w art. 26 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta użył co prawda terminu «prawo wglądu w dokumentację medyczną», w przypadku osoby upoważnionej przez zmarłego pacjenta, jednak zakładając racjonalność ustawodawcy nie sposób uznać, jak wywodzi Szpital, że jego celem było zawężenie uprawnień do udostępnienia dokumentacji jedynie do sytuacji śmierci pacjenta w tej konkretnej placówce medycznej, w której złożył stosowne oświadczenie. Takie ograniczenie uprawnień nie wynika bowiem wprost z żadnych przepisów prawa regulujących prawo dostępu do dokumentacji medycznej<sup>27</sup>.

Dostęp do dokumentacji medycznej to jedno z zagadnień, które od pewnego czasu budzi liczne wątpliwości w praktyce. Spowodowane one są brakiem odpowiednich rozwiązań prawnych w tym zakresie oraz deficytem informacyjnym pacjentów. Przypuszczać można, że praktyka orzecznicza dopiero pokaże, jakie problemy mogą powstać na tle dostępu do dokumentacji medycznej, zwłaszcza w sytuacji, gdy pacjent za życia nie upoważni konkretnej osoby do dostępu do jego dokumentacji medycznej. Z sytuacją taką możemy mieć np. do czynienia, gdy pacjent tafia do szpitala nieprzytomny w wyniku wypadku, a następnie umiera. Problem ten jest o tyle istotny, że brak w tym zakresie regulacji prawnych sprawia dla najbliższych członków rodziny trudności w uzyskaniu dostępu do dokumentacji medycznej. Kolejnym problemem jest brak wiedzy pacjentów na temat przysługujących im praw. Deficyt informacji jaki występuje po stronie pacjenta w tym zakresie sprawia, że jego prawa są odzwierciedlone jedynie na papierze. Aby pacjent był świadomy przysługujących mu praw, niezbędne w tym celu jest przedsięwzięcie działań o charakterze informacyjno-edukacyjnym. Wydaje się, że dzięki odpowiednim staraniom podejmowanym w tym kierunku pacjenci zdawaliby sobie sprawę z konsekwencji braku – w tym przypadku – upoważnienia wybranej przez siebie osoby do dostępu do dokumentacji medycznej. Nie trzeba od razu wychodzić z takiego założenia, że jest to potrzebne tylko na wypadek śmierci. Upoważnienie danej osoby może być czasami ułatwieniem dla nas samych, kiedy potrzebujemy pewnych informacji z dokumentacji medycznej celem przedłożenia np. firmie ubezpieczeniowej lub innemu lekarzowi, z którego usług chcemy skorzystać, a nie mamy możliwości osobiście udać się do podmiotu leczniczego, w którym znajduje się nasza dokumentacja.

---

<sup>27</sup> Wyrok NSA z 17 września 2013 r., II OSK 1539/13. Wyrok dostępny na stronie: <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/C335BC0419> (dostęp: 31.07.2014).

#### 4. Forma upoważnienia przez pacjenta osoby trzeciej do dostępu do dokumentacji medycznej

Odnosząc się do kwestii związanej z formą upoważnienia osoby trzeciej do dostępu do informacji znajdujących się w dokumentacji medycznej, dostrzeżemy, że nie została ona wprost uregulowana w przepisach u.p.p. Jedynym przepisem, który wskazuje pośrednio na formę pisemną upoważnienia, jest § 8 ust. 2 rozporządzenia<sup>28</sup>. W myśl tego przepisu, w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej<sup>29</sup> do uzyskania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenia o braku takiego upoważnienia. Należy jednak pamiętać, na co zwraca uwagę Grażyna Ladrowska, że rozporządzenie to „ma jedynie charakter wykonawczy do przepisów u.p.p. i reguluje przede wszystkim kwestie organizacyjno-techniczne, a nie tworzy praw i obowiązków pacjenta w sposób odmienny od przepisów rangi ustawy”<sup>30</sup>. Zdaniem Doroty Karkowskiej, upoważnienie pacjenta może być wyrażone zarówno w formie pisemnej, elektronicznej, jak i ustnej. Może ono zostać złożone „na prywatnym dokumencie sporządzonym przez pacjenta, lub poprzez ustne złożenie oświadczenia woli, które zostaje wpisane w dokumentacji medycznej pacjenta i potwierdzone jego podpisem. Złożeniem upoważnienia może być także wypełnienie przez pacjenta specjalnego formularza i podpisanie go. Uczynienie tego z wyprzedzeniem pozwala uniknąć sytuacji, kiedy pacjent trafia do szpitala w stanie uniemożliwiającym złożenie stosownych oświadczeń z chwilą przyjęcia”<sup>31</sup>.

Z dokonanych ustaleń wynika, że w doktrynie – z uwagi na brak dookreślenia przez ustawodawcę formy upoważnienia osoby trzeciej do dostępu do dokumentacji medycznej – forma ta może być zarówno pisemna, jak i ustna, „np. z adnotacją w dokumentacji medycznej czy w innym piśmie”<sup>32</sup>, jest to bowiem wyłącznie kwestia dowodowa. Wobec tego należy przyznać rację Grażynie Ladrowskiej, która uważa, że w takiej sytuacji należy stosować art. 60<sup>33</sup> k.c.

<sup>28</sup> G. Ladrowska, *op. cit.*, s. 22.

<sup>29</sup> Przez osobę bliską należy rozumieć małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta – art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p.

<sup>30</sup> *Ibidem*.

<sup>31</sup> D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 370.

<sup>32</sup> M. Nesterowicz, *op. cit.*, s. 5.

<sup>33</sup> Art. 60 k.c. stanowi: „Z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych, wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny, w tym również przez ujawnienie tej woli w postaci elektronicznej (oświadczenie woli)”.

Hipotetycznie może zdarzyć się taka sytuacja, że pacjent przebywający w szpitalu nie upoważnił wcześniej żadnej osoby do dostępu do dokumentacji medycznej. W wyniku pogarszającego się stanu zdrowia i konieczności przeprowadzenia zabiegu, informuje on lekarza, że wyraża zgodę na udostępnienie wskazanego rodzaju dokumentacji konkretnej osobie. W takim przypadku – o ile lekarz zapamięta dane wskazanej osoby – upoważniona osoba będzie miała dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta. Patrząc na to zagadnienie z punktu widzenia praktyki, nie budzi wątpliwości, że pożądaną formą upoważnienia byłaby forma pisemna. Podmiot zobowiązany (np. szpital) miałby wówczas solidny dowód potwierdzający wyrażenie przez pacjenta zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej konkretnej osobie. Pomimo bezpieczniejszej dla podmiotu zobowiązanego formy pisemnej, nie można jednak wykluczyć formy ustnej.

W praktyce zauważyć można, że dominującą formą upoważnienia jest jednak forma pisemna. Z taką najczęściej mamy do czynienia w razie przyjęcia pacjenta do szpitala. Wówczas pacjentowi przekazuje się wniosek, w którym upoważnia on wybraną przez siebie osobę do dostępu do dokumentacji medycznej, bądź odmawia udzielenia takiego upoważnienia. Spory problem pojawia się, gdy pacjent w czasie przyjęcia do szpitala nie jest w stanie udzielić upoważnienia, np. jest nieprzytomny, pod wpływem środków odurzających, a następnie pomimo wykonanych jemu badań i postawienia diagnozy umiera. Z uwagi na brak m.in. w takich przypadkach regulacji prawnych, widzimy jak bardzo przepisy prawa medycznego są niedoskonałe. Oczywiście można zasugerować pewne rozwiązanie, ale wymaga ono wiedzy ze strony pacjenta. Polegałoby ono na tym, że pacjent mógłby upoważnić konkretną osobę do dostępu do sporządzonej zarówno przed udzieleniem upoważnienia, jak i sporządzonej w przyszłości dokumentacji medycznej każdego podmiotu leczniczego, z podpisem notarialnie poświadczonym. Takie upoważnienie wyeliminowałoby trudności, z jakimi borykają się osoby najbliższe w razie jego braku. Podpis notarialny stanowiłby w takiej sytuacji „barierę ochronną” zarówno dla pacjenta, osoby przez niego upoważnionej, jak i dla podmiotu leczniczego, który miałby wówczas pewność, że podpis pacjenta nie został sfalszowany. Aby stało się to możliwe, konieczne byłoby upowszechnienie wiedzy na ten temat. Mając na względzie dobro pacjenta, przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej (np. w środkach masowego przekazu, jak i w postaci broszur) byłoby pożądane. W parze z tymi działaniami powinny iść jednak zmiany w obecnie obowiązującym prawie, które np. przewidywałyby rozwiązania w razie śmierci pacjenta i braku udzielonego przez niego upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej. Rozwiązanie w tym zakresie sugeruje Mirosław Nestorowicz. Polegałoby ono na uzupełnieniu art. 26 ust. 2 u.p.p. o zdanie: „W braku upoważnienia, w razie śmierci pacjenta prawo dostępu do dokumentacji medycznej

przysługuje małżonkowi, zstępnym, rodzicom, rodzeństwu oraz osobie pozostającej w wspólnym pożyciu, chyba że pacjent dokonał odpowiedniego zastrzeżenia<sup>34</sup>.

## 5. Sposoby udostępnienia dokumentacji medycznej

W myśl art. 27 u.p.p., dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii<sup>35</sup>;
- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

Jak wynika z treści powyższego przepisu, pacjent ma możliwość wyboru jednej z form udostępnienia dokumentacji medycznej. Ważne jednak jest, aby żądając dostępu do informacji znajdujących się we wskazanego rodzaju dokumentacji, określił jaką postacią dostępu jest zainteresowany<sup>36</sup>. Pewne wątpliwości co do formy udostępnienia pojawiają się na tle art. 26 ust. 2 u.p.p., w którym ustawodawca przewidział, że osoba upoważniona za życia pacjenta po jego śmierci ma jedynie prawo wglądu w dokumentację medyczną. To z kolei oznacza, że w razie śmierci pacjenta pozostałe formy, o których mowa w art. 27 pkt 2 i 3, nie będą miały zastosowania. Jak się okazuje rozwiązanie przyjęte w art. 26 ust. 2 u.p.p. nie spotkało się z aprobatą zarówno doktryny, jak i orzecznictwa. W kwestii tej wypowiedziała się m.in. Dorota Karkowska: „Przyjęcie takiego rozwiązania budzi poważne zastrzeżenia. Za życia pacjenta osobie przez niego upoważnionej dokumentacja medyczna jest udostępniana na trzy sposoby przewidziane w art. 27 u.p.p., a po śmierci pacjenta ustawodawca ogranicza to upoważnienie do jednego sposobu wglądu. Jest to zachowanie całkowicie nieracjonalne i niechroniące należycie dóbr osobistych zmarłego pacjenta oraz naruszające uprawnienia procesowe osób bliskich pacjentowi. W szczególności utrudnia to osobom bliskim zebranie materiału dowodowego w przypadku istnienia okoliczności uzasadniających podejrzenie o niestandardne udzielanie świadczeń zdrowotnych, naruszenie prawa pacjenta do godnej śmierci czy popełnienie przestępstwa<sup>37</sup>”.

<sup>34</sup> M. Nesterowicz, *op. cit.*, s. 8.

<sup>35</sup> W tym miejscu warto wspomnieć, że za udostępnienie dokumentacji medycznej we wskazany sposób podmiot leczniczy może pobierać opłatę. Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 u.p.p.

<sup>36</sup> G. Ladrowska, *op. cit.*, s. 19.

<sup>37</sup> D. Karkowska, *op. cit.*, s. 371. Zob. także G. Ladrowska, *op. cit.*, s. 20 i n.

W praktyce orzeczniczej stanowisko zajął WSA w Rzeszowie, uznając, że udostępnienie dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta upoważnionej przez niego osobie „obejmuje wszystkie formy określone w art. 27 ustawy o prawach pacjenta, a więc – wgląd, sporządzenie kopii, wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu. Na takie szerokie rozumienie tego pojęcia wskazuje wykładnia systemowa i funkcjonalna, do których należy sięgnąć w niniejszej sprawie, bowiem wykładnia językowa nasuwa wątpliwości. Ustawodawca w art. 26 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta użył co prawda terminu «prawo wglądu w dokumentację medyczną», w przypadku osoby upoważnionej przez zmarłego pacjenta, jednak zakładając racjonalność ustawodawcy nie sposób uznać, jak wywodzi organ, że jego celem było zawężenie uprawnień do udostępnienia dokumentacji jedynie do zapoznania się z nią przez osobę upoważnioną przez zmarłego pacjenta. Takie ograniczenie uprawnień nie wynika bowiem z żadnych innych przepisów<sup>38</sup>.

Biorąc pod uwagę treść art. 26 ust. 2 u.p.p., dostrzeżemy, że ustawodawca dokonał budzącego wątpliwości zróżnicowania w dostępie do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta, osoby upoważnionej przez niego za życia. Trudno powiedzieć, jaki ustawodawca miał w tym cel. Z założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw wynika, że intencją ustawodawcy nie było wprowadzenie we wskazanym zakresie takich ograniczeń. Świadczy o tym następująca treść: „Ze względu na wątpliwości interpretacyjne proponuje się doprecyzowanie brzmienia ustawy, polegające na jednoznacznym wskazaniu, że w razie śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana we wszystkich przewidzianych w ustawie formach. Obecne brzmienie przepisu jest odczytywane jako prawo wyłącznie do wglądu, bez możliwości sporządzenia kopii dokumentacji medycznej, co nie jest zgodne z intencją ustawodawcy w tym zakresie<sup>39</sup>.”

Odnosząc się do zagadnienia związanego z formą udostępniania dokumentacji medycznej, należy mieć na uwadze, że kwestię tę reguluje także § 78 rozporządzenia. W przepisie tym postanowiono, że podmiot leczniczy udostępnia dokumentację medyczną podmiotom uprawnionym bez zbędnej zwłoki. W przypadku zaś udostępnienia dokumentacji w sposób określony w art. 27 ust. 3 u.p.p. podmiot leczniczy powinien pozostawić sobie kopię lub pełny odpis dokumentacji.

---

<sup>38</sup> Wyrok WSA w Rzeszowie z 13 lipca 2010 r., II SAB/Rz 29/10. Wyrok dostępny na stronie: [http://www.orzeczenia-nsa.pl/wyrok/ii-sab-rz-29-10,sprawy\\_nieobjete\\_symbolami\\_podstawowymi\\_oraz\\_od\\_dostep\\_do\\_informacji\\_publicznej\\_inne,86a3f1.html](http://www.orzeczenia-nsa.pl/wyrok/ii-sab-rz-29-10,sprawy_nieobjete_symbolami_podstawowymi_oraz_od_dostep_do_informacji_publicznej_inne,86a3f1.html) (dostęp: 01.08.2014).

<sup>39</sup> Założenia do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Warszawa, październik 2013), [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/projekt\\_zalozprojektustaw\\_20131104.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/projekt_zalozprojektustaw_20131104.pdf) (dostęp: 01.08.2014).

Z wyjątkiem wskazanej wyżej formy, tj. papierowej, dokumentację medyczną prowadzi się także w formie elektronicznej<sup>40</sup>. W wyniku nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia<sup>41</sup>, do dnia 31 lipca 2017 r. dokumentację medyczną można prowadzić w postaci papierowej lub elektronicznej. Zmiana tego aktu była potrzebna do wydłużenia okresu przejściowego, tj. z 31 lipca 2014 r. do 31 lipca 2017 r., ponieważ pozwoli ona „wszystkim podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych na kompleksowe przygotowanie procesu wdrożenia, w tym przeprowadzenie niezbędnych zmian w systemach informatycznych i szkoleń dla pracowników, oraz optymalne,

<sup>40</sup> Zgodnie z § 80 rozporządzenia, dokumentacja elektroniczna może być prowadzona pod warunkiem prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym:

- 1) zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą;
- 2) zachowanie integralności i wiarygodności dokumentacji;
- 3) stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
- 4) identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i dokonywanych przez te osoby zmian, w szczególności dla odpowiednich rodzajów dokumentacji przyporządkowanie cech informacyjnych, zgodnie z § 10 ust. 2;
- 5) udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie XML i PDF;
- 6) eksport całości danych w formacie XML, w sposób zapewniający możliwość odtworzenia tej dokumentacji w innym systemie teleinformatycznym;
- 7) wydrukowanie dokumentacji w formach określonych w rozporządzeniu.

W tym miejscu warto dodać, że w przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji. W przypadku takiego odwzorowania cyfrowego, dokumentacja jest wydawana na życzenie pacjenta albo niszczone w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta – § 81. Ponadto, co wynika z § 86 rozporządzenia, dokumentację medyczną prowadzoną w postaci elektronicznej uważa się za zabezpieczoną, jeżeli w sposób ciągły są spełnione łącznie następujące warunki:

- 1) jest zapewniona jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych;
- 2) jest chroniona przed przypadkowym lub nieuprawnionym zniszczeniem;
- 3) są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana.

Zabezpieczenie, o którym mowa wymaga w szczególności:

- 1) systematycznego dokonywania analizy zagrożeń,
- 2) opracowania i stosowania procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania,
- 3) stosowania środków bezpieczeństwa adekwatnych do zagrożeń,
- 4) bieżącego kontrolowania funkcjonowania wszystkich organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia, a także okresowego dokonywania oceny tych sposobów,
- 5) przygotowania i realizacji planów przechowywania dokumentacji w długim czasie, w tym jej przenoszenia na nowe informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji.

<sup>41</sup> Ustawa z dnia 26 czerwca 2014 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, Dz. U. z 2014 r., poz. 998.

z punktu widzenia sytuacji ekonomicznej, rozłożenie kosztów zmian, w tym możliwość pozyskania środków finansowych na ich wprowadzenie [...]”<sup>42</sup>.

Zgodnie z § 83 rozporządzenia, udostępnianie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej następuje przez:

- 1) przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną dokumentacją;
- 2) dokonanie elektronicznej transmisji dokumentacji;
- 3) przekazanie papierowych wydruków – na żądanie uprawnionych podmiotów lub organów;

z zachowaniem jej integralności oraz ochrony danych osobowych. W przypadku gdy dokumentacja medyczna prowadzona w postaci elektronicznej jest udostępniana w postaci papierowych wydruków, osoba upoważniona przez podmiot potwierdza ich zgodność z dokumentacją elektroniczną i opatruje swoim oznaczeniem, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia. Dokumentacja wydrukowana powinna umożliwić identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z ust. 2 wskazanej jednostki redakcyjnej.

## **6. Środki ochrony prawnej przysługujące osobom uprawnionym do dostępu do dokumentacji medycznej w razie odmowy jej udostępnienia**

Biorąc pod uwagę kwestie dotyczące odmowy dostępu do dokumentacji medycznej, dostrzeżemy, że zagadnienie to nie zostało uregulowane w u.p.p. Skoro więc ustawodawca przyjął, że udostępnienie wskazanego rodzaju dokumentacji jest prawem pacjenta, to odmowa jej udostępnienia powinna nastąpić wyłącznie w sytuacji, gdy o dostęp będzie ubiegała się osoba nieuprawniona, tj. nieupoważniona przez pacjenta. W takim przypadku – co wprost wynika z § 79 rozporządzenia – odmowa wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.

Niewykluczone jednak jest, że podmiot zobowiązany do udostępnienia dokumentacji medycznej odmówi dostępu osobie upoważnionej. Wówczas osoba taka może skorzystać z pomocy Rzecznika Praw Pacjenta<sup>43</sup>, do którego zakresu działania należy m.in. prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Przez praktykę taką rozumie się m.in. bezprawne zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych – art. 59 u.p.p. Wobec tego,

---

<sup>42</sup> Druk nr 2477, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/C14D2A506368AB0BC1257CF30031B0BA/%24File/2477.pdf> (dostęp: 04.08.2014).

<sup>43</sup> Rzecznik Praw Pacjenta to centralny organ administracji rządowej ustanowiony w celu ochrony praw pacjenta określonych w u.p.p. oraz w przepisach odrębnych. Zob. art. 41–58 u.p.p.

nie budzi wątpliwości, że praktyką naruszającą zbiorowe prawa pacjentów jest w tym przypadku odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej osobie uprawnionej.

Inną alternatywą w razie naruszenia prawa dostępu do dokumentacji medycznej jest złożenie przez osobę uprawnioną skargi na bezczynność organu – art. 3<sup>44</sup> § 2 pkt 8 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi<sup>45</sup>. Aby stało się to możliwe konieczne jest ziszczenie się pewnych przesłanek z art. 52 przywołanej ustawy. Należy jednak mieć na uwadze, że w praktyce orzeczniczej przyjęto, iż „podobnie jak w przypadku stosowania ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112, poz. 1198 ze zm.), udostępnienie dokumentacji medycznej na podstawie ustawy o prawach pacjenta, następuje w formie czynności materialnotechnicznej. W tym zakresie nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, bowiem w ustawie o prawach pacjenta brak jest stosownego odesłania (ustawa ta odsyła do k.p.a. jedynie w zakresie postępowania prowadzonego przez Rzecznika Praw Pacjenta). W tej sytuacji art. 37 § 1 k.p.a., przewidujący możliwość wniesienia zażalenia na niezałatwienie sprawy w terminie do organu administracji publicznej wyższego stopnia, nie ma zastosowania. Pogląd taki został zaprezentowany i szeroko omówiony w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 24.05.2006 r., I OSK 601/05, System orzecznictwa LEX Nr 236545, a Sąd pogląd ten w pełni podziela. Należy także zgodzić się z dokonaną w tym wyroku wykładnią art. 52 § 3 i § 4 P.p.s.a., uzależniającego możliwość wniesienia skargi od uprzedniego wezwania właściwego organu do usunięcia naruszenia prawa. Wykładnia ta upoważnia do stwierdzenia, że wskazany przepis odnosi się do skarg na akty i czynności, a nie na bezczynność w zakresie wydawania aktów. W przypadku, gdy ustawodawca uzależnia zaskarżenie bezczynności od wniesienia środka zaskarżenia, czyni to w sposób wyraźny, np. art. 37 k.p.a., art. 101 a ust. 1 w zw. z art. 101 ust. 3 ustawy o samorządzie

<sup>44</sup> Art. 3 § 2. „Kontrola działalności administracji publicznej przez sądy administracyjne obejmuje orzekanie w sprawach skarg na:

- 1) decyzje administracyjne;
- 2) postanowienia wydane w postępowaniu administracyjnym, na które służy zażalenie albo kończące postępowanie, a także na postanowienia rozstrzygające sprawę co do istoty;
- 3) postanowienia wydane w postępowaniu egzekucyjnym i zabezpieczającym, na które służy zażalenie;
- 4) inne niż określone w pkt 1–3 akty lub czynności z zakresu administracji publicznej dotyczące uprawnień lub obowiązków wynikających z przepisów prawa;
  - 4a) pisemne interpretacje przepisów prawa podatkowego wydane w indywidualnych sprawach;
- 5) akty prawa miejscowego organów jednostek samorządu terytorialnego i terenowych organów administracji rządowej;
- 6) akty organów jednostek samorządu terytorialnego i ich związków, inne niż określone w pkt 5, podejmowane w sprawach z zakresu administracji publicznej;
- 7) akty nadzoru nad działalnością organów jednostek samorządu terytorialnego;
- 8) bezczynność lub przewlekłe prowadzenie postępowania w przypadkach określonych w pkt 1–4a”.

<sup>45</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 270 ze zm.

gminnym. Jeśli zatem przepisy nie stawiają dodatkowych warunków do wniesienia skargi na bezczynność w zakresie udostępnienia dokumentacji medycznej pacjenta, skarga taka może być wniesiona do sądu administracyjnego bez żadnych dodatkowych warunków<sup>746</sup>.

Wobec powyższego, nie budzi wątpliwości, że w razie odmowy dostępu do dokumentacji medycznej osobom uprawnionym, mogą one od razu skorzystać z drogi sądowno-administracyjnej. Niemniej wydaje się, że w pierwszej kolejności warto zwrócić się o pomoc do Rzecznika Praw Pacjenta, bowiem postępowanie przed sądem może okazać się bardziej długotrwałe.

## **7. Zakończenie**

Od pewnego czasu możemy zauważyć, że dostęp do informacji zawartych w dokumentacji medycznej stał się przedmiotem szczególnego zainteresowania doktryny. Spowodowane to jest w głównej mierze pojawiającymi się na tle tego zagadnienia problemami, które wynikają z braku jasnych, zrozumiałych i dostosowanych do rzeczywistości przepisów. Za przykład może nam posłużyć sytuacja, gdy pacjent umiera, a za życia nie upoważnia żadnej osoby do dostępu do dokumentacji medycznej lub jest nieprzytomny, a po odzyskaniu przytomności znajduje się w stanie wyłączającym świadome powzięcie decyzji (np. na skutek wypadku pacjent stał się niepełnosprawny umysłowo), albo nie jest możliwe w ogóle odzyskanie przez pacjenta przytomności (np. z powodu wypadku nastąpił uraz mózgu).

Inaczej jest w przypadku, gdy pacjent jest nieprzytomny lub pod wpływem środków odurzających, bowiem kiedy odzyska on przytomność lub ustaną zaburzenia czynności psychicznych, może on upoważnić wybraną przez siebie osobę do dostępu do wskazanego rodzaju dokumentacji. Aby stało się to jednak możliwe, pacjent musi dysponować wiedzą na temat przysługujących mu praw i zdawać sobie sprawę ze skutków, jakie mogą mieć miejsce w przypadku braku takiego upoważnienia. Wobec tego warto zastanowić się nad przeprowadzeniem działań informacyjno-edukacyjnych dla pacjentów, które dążyłyby do wyeliminowania ich deficytu informacyjnego.

Z wyjątkiem wskazanego rodzaju działań, konieczne jest dostosowanie przepisów prawa medycznego do potrzeb wynikających z praktyki. Chodzi tu nie tylko o rozwiązania we wskazanych wyżej sytuacjach, ale także o doprecyzowanie kwestii „formy udzielonego upoważnienia, skutków jej niedochowania oraz zakresu udzielonego upoważnienia (za

---

<sup>46</sup> Wyrok NSA z 13 lipca 2010 r., II SAB/Rz 29/10. Wyrok dostępny na stronie: [http://www.orzeczenia-nsa.pl/wyrok/ii-sab-rz-29-10,sprawy\\_nicobjete\\_symbolami\\_podstawowymi\\_oraz\\_od\\_dostep\\_do\\_informacji\\_publicznej\\_inne,86a3f1.html](http://www.orzeczenia-nsa.pl/wyrok/ii-sab-rz-29-10,sprawy_nicobjete_symbolami_podstawowymi_oraz_od_dostep_do_informacji_publicznej_inne,86a3f1.html) (dostęp: 08.08.2014).

życia pacjenta i po śmierci pacjenta)<sup>47</sup>. Zmiany o których mowa, są warunkiem koniecznym do zapobieżenia licznym problemom, jakie pojawiają się w obszarze zagadnienia związanego z dostępem do dokumentacji medycznej.

---

<sup>47</sup> G. Ladrowska, *op. cit.*, s. 29.