

Katarzyna Syroka-Marczewska

Uniwersytet Warszawski

ORCID: 0000-0003-4177-6721

**DOSTĘP OSOBY BLISKIEJ DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
PO ŚMIERCI PACJENTA****Wprowadzenie**

Różnorodność rozwiązań przyjętych w przepisach regulujących prawa pacjenta stanowi zachętę do przeanalizowania tego zagadnienia z nieco innej perspektywy, tj. pod kątem dostępu przez osobę bliską do danych pacjenta po jego śmierci. Niniejszy tekst poświęcony jest tematyce, która w ocenie autorki ma fundamentalne znaczenie w ochronie zdrowia, czyli prawa do dokumentacji medycznej, zarysowanej z konieczności wybiórczo¹. W artykule zostanie przedstawiona analiza przepisów prawa i orzecznictwa w zakresie dostępu osoby bliskiej do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Opracowanie będzie także stanowiło próbę odpowiedzi na następujące pytania: Jakie istnieją możliwości weryfikacji, czy osoba, która zgłosiła się o udostępnienie dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta, jest osobą bliską tego pacjenta? Czy upoważnienie ze strony pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej jest wiążące dla wszystkich podmiotów medycznych, czy tylko dla tego, w którym zostało udzielone? Czy prawo pacjenta do dokumentacji medycznej może być postrzegane jako substrat prawa do autonomii/prywatności?

Zgodnie z treścią art. 23 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta² pacjent ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. W kwestii regulacji dostępu do dokumentacji medycznej należy zwrócić uwagę, że wynikającemu z art. 23 ust. 1 u.p.p. prawu pacjenta do dokumentacji medycznej odpowiadają obowiązki podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych dotyczące prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w sposób

¹ Ze względu na ograniczenia objętościowe niniejszego artykułu autorka pomija w rozważaniach kwestie dotyczące tajemnicy zawodowej.

² Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2022, poz. 1876), dalej: u.p.p.

określony w rozdziale 7 u.p.p.³, ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia⁴ oraz aktach wykonawczych⁵.

W orzecznictwie podkreśla się, że prawo dostępu do dokumentacji medycznej służy nie tylko ochronie zdrowia, ale często może decydować o ochronie życia i konieczne jest zatem bezwzględne, rygorystyczne jego przestrzeganie⁶. W ocenie Sądu Najwyższego⁷ dokumentacja stanowi dowód⁸ złożenia oświadczeń w niej zawartych przez osoby, które się pod nimi podpisały. R. Kubiak wskazuje, że niestaranne prowadzenie dokumentacji medycznej grozi nie tylko ewentualnymi trudnościami dowodowymi, ale przede wszystkim jest niezmiernie niebezpieczne dla właściwego toku leczenia⁹. Podobnie M. Boratyńska, która podkreśla, że podstawową funkcją dokumentacji medycznej jest utrwalenie wiadomości o stanie pacjenta dla celów prawidłowej opieki medycznej¹⁰. W doktrynie¹¹ trafnie zwraca się także uwagę, że obowiązek prowadzenia dokumentacji

³ D. Tykwińska-Rutkowska, *Przegląd orzecznictwa sądów administracyjnych w zakresie ochrony zbiorowych praw pacjentów do dokumentacji medycznej*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2018, nr 2, s. 18.

⁴ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2022, poz. 1555).

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2022, poz. 1304; dalej: r.r.d.) zawiera wymóg odrębnych upoważnień do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych (art. 9 ust. 3 u.p.p. i § 8 ust. 1 pkt 1 r.r.d.) oraz dokumentacji zawierającej takie informacje (art. 26 ust. 1 i 2 u.p.p. i § 8 ust. 1 pkt 2 r.r.d.). Upoważnienie zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej (czyli w historii choroby lub historii zdrowia i choroby – § 8 ust. 1 r.r.d.), jeżeli nie zostało złożone za pośrednictwem IKP. Do aktów wykonawczych regulujących tematykę dokumentacji medycznej należą także w szczególności: rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz.U. 2022, poz. 1957); rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 6 sierpnia 2021 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej (Dz.U. 2021, poz. 1825); rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 lipca 2022 r. w sprawie dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności (Dz.U. 2022, poz. 1659).

⁶ Zob. wyrok WSA w Warszawie z dnia 28 października 2015 r., sygn. VII SA/Wa 1565/15.

⁷ Wyrok SN z dnia 28 marca 2018 r., sygn. IV CSK 123/17, Legalis nr 1820068.

⁸ Szerzej na temat roli dokumentacji medycznej jako dowodu w postępowaniu sądowym w: M. Mierzwa, *Dowód z dokumentacji medycznej w sprawach cywilnych o błąd medyczny*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2022, t. XXXI, s. 184–198.

⁹ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 242.

¹⁰ M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 408.

¹¹ Szerzej na temat znaczenia i funkcji dokumentacji medycznej: U. Drozdowska, *Dokumentacja medyczna [w:] System Prawa Medycznego*, t. II, cz. 1: *Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019, s. 956–963.

medycznej stanowi formę kontroli procesu leczenia¹². Jak słusznie zauważył Rzecznik Praw Pacjenta, dokumentacja medyczna pełni różne role: wspiera proces diagnostyczno-terapeutyczny (rola kliniczna), jest podstawowym źródłem dowodowym w procesach o odszkodowanie za błędy medyczne (rola procesowa) oraz może stanowić podstawę do oszacowania poziomu ryzyka ubezpieczeniowego (rola ubezpieczeniowa)¹³.

Formy udostępniania dokumentacji medycznej

W świetle art. 27 u.p.p. udostępnienie dokumentacji medycznej może nastąpić w następujących formach: 1) do wglądu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych; 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów¹⁴, odpisów¹⁵ lub kopii¹⁶; 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji; 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej¹⁷; 5) na informatycznym nośniku danych¹⁸. Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

¹² P. Sobolewski [w:] *System Prawa Medycznego*, t. I: *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Saffjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 790.

¹³ <https://www.gov.pl/web/rpp/seniorze-poznaj-prawa-pacjenta-prawo-do-dokumentacji-medycznej> (22.09.2023).

¹⁴ Wyciąg to skróty dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej.

¹⁵ Odpis to dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem.

¹⁶ Kopia oznacza dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu). Ustawa nie wymieniła formy kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem, a więc nie jest to forma udostępnienia dokumentacji medycznej, co znajduje odzwierciedlenie w orzecznictwie, np. w wyroku WSA w Warszawie z dnia 17 listopada 2015 r. (sygn. VII SA/Wa 1861/15, LEX nr 1941355), w którym stwierdzono, że „wydać można wyciąg, odpis albo kopię i jednocześnie nie przewidziano udostępniania dokumentacji medycznej w formie kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem”.

¹⁷ Definicja środków komunikacji elektronicznej zawarta jest w ustawie z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. 2020, poz. 344). Zgodnie z art. 2 pkt 5 tej ustawy oznaczają one rozwiązania techniczne, w tym urządzenia teleinformatyczne i współpracujące z nimi narzędzia programowe, umożliwiające indywidualne porozumiewanie się na odległość przy wykorzystaniu transmisji danych między systemami teleinformatycznymi, a w szczególności pocztę elektroniczną.

¹⁸ Przykładowymi informatycznymi nośnikami mogą być: pamięć komputera, pamięci dyskowe, urządzenia pamięciowe USB, płyty CD, DVD.

Odnosząc się do formy udostępniania dokumentacji, wskazać należy na jedno z rozstrzygnięć, w którym Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gdańsku zauważył, że „prawo wglądu” w dokumentację obejmuje również możliwość utrwalenia treści tej dokumentacji we własnym zakresie przez osobę upoważnioną – czy to w formie notatek, czy za pomocą własnego sprzętu elektronicznego, np. telefonu¹⁹.

Warto w tym kontekście zauważyć, że to osoba uprawniona do dostępu do dokumentacji medycznej ma prawo wyboru formy, w jakiej dokumentacja medyczna zostanie jej udostępniona²⁰. Jeśli chodzi o sam sposób udostępnienia dokumentacji osobie bliskiej – w jakiej formie może uzyskać dostęp do dokumentacji, w jakiej formie powinna złożyć wniosek, czy można od takiej osoby pobrać opłatę – zastosowanie znajdują zasady ogółe dotyczące tej materii, z zastrzeżeniem, że takiej osobie nie przysługuje prawo do bezpłatnego udostępnienia dokumentacji po raz pierwszy, w trybie art. 28 ust. 2a pkt 1 u.p.p.²¹ W ocenie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie udostępnianie dokumentacji osobie upoważnionej przez zmarłego pacjenta obejmuje wszystkie formy określone w art. 27 u.p.p.²²

¹⁹ Wyrok WSA w Gdańsku z dnia 24 września 2015 r., LEX nr 1955923.

²⁰ Za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii oraz na informatycznym nośniku danych podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę. Maksymalna wysokość opłaty za: 1) jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej nie może przekraczać 0,002; 2) jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej nie może przekraczać 0,00007; 3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłoszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. 2022, poz. 504), począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie. W ocenie WSA w Warszawie (wyrok z dnia 7 listopada 2019 r., sygn. VII SA/Wa 2144/19, LEX nr 3072882) „użycie przez ustawodawcę w art. 28 ust. 1 i 3 u.p.p. sformułowania *za udostępnienie dokumentacji medycznej* należy interpretować w ten sposób, że ustalona opłata za dokumentację medyczną obejmuje wszystkie czynności techniczne, jakich dokonuje podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w celu jej udostępnienia. Na proces ten składać się będą takie czynności, jak: odszukanie dokumentacji pacjenta, sporządzenie jej kopii z wykorzystaniem urządzeń kopiujących oraz przekazanie bądź wysłanie tej dokumentacji pacjentowi. Niedopuszczalne będzie zatem naliczanie odrębnych opłat za poszczególne czynności, które muszą zostać wykonane w celu udostępnienia dokumentacji. Wysłka dokumentacji, jak również wszystkie powiązane z nią działania, mieści się w pojęciu udostępniania dokumentacji medycznej i nie może być traktowana jako dodatkowo płatna usługa.

²¹ Objaśnienia prawne z dnia 3 października 2019 r. wydane przez Rzecznika Praw Pacjenta w oparciu o art. 33 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców pt. *Udostępnianie, prowadzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej – zagadnienia praktyczne*, Warszawa 2019, s. 20.

²² Wyrok WSA w Rzeszowie z dnia 13 lipca 2010 r., sygn. II SAB/Rz 29/10, LEX nr 602398. W tym rozstrzygnięciu sąd przyjął, iż nieracjonalne ze strony ustawodawcy byłoby zawężanie uprawnień do dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Niestety, sąd nie wyjaśnił bliżej swojego stanowiska, wskazując jedynie, że zawężenie możliwości dostępu do tej dokumentacji nie wynika z przepisów. Jednak w powołanym orzeczeniu poruszono tylko interesującą

Pozycja osoby bliskiej w dostępie do dokumentacji po śmierci pacjenta

Na mocy art. 26 ust. 1 u.p.p. pacjent może realizować przyznane prawo osobiste, przez przedstawiciela ustawowego bądź inną osobę upoważnioną. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Co do zasady dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, ale pod pewnymi warunkami²³. Warto wskazać, że uprawnienie do uzyskania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta przysługuje osobie bliskiej na mocy ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw²⁴. W poprzednim stanie prawnym jeśli pacjent nie upoważnił za życia innej osoby (również członka najbliższej rodziny) do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia, to taka osoba nie miała dostępu do informacji także po jego śmierci²⁵. Zmiany w tym zakresie obowiązują od 9 lutego 2019 r.

Jak już wspomniano, po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia²⁶ lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Co do zasady dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia. Przez osobę bliską²⁷ należy rozumieć małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub

kwestię udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci dziecka w przypadku braku osób upoważnionych i to trudności w wykładni na tym właśnie polu wzmacniają zdaniem sądu argumentację na korzyść pozajęzykowych metod wykładni. Zob. szerzej: J. Ciechorski, *Udostępnianie dokumentacji po śmierci pacjenta – uwagi na tle wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 17 września 2013 r. sygn. II OSK 1539/13*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 4, s. 71.

²³ Warunki dostępu osoby bliskiej do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta zostaną szczegółowo omówione w dalszej części opracowania.

²⁴ Ustawa z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2019, poz. 150).

²⁵ D. Karkowska, *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2021, s. 649 i n.

²⁶ W ocenie WSA w Warszawie (wyrok z dnia 28 marca 2019 r., sygn. VII SA/Wa 1527/18, LEX nr 3074256) prawo osób upoważnionych do dokumentacji medycznej jest prawem pochodnym od prawa przysługującemu pacjentowi. Realizacja tego prawa może zatem być kontynuowana po śmierci pacjenta. Nie wygasa ono z chwilą śmierci pacjenta. W związku z tym upoważnienie przez pacjenta konkretnej osoby do udostępnienia jej dokumentacji medycznej ma taki skutek, że w przypadku śmierci pacjenta osoba upoważniona wstępuje w jego prawa w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej.

²⁷ Zgadzam się z M. Drapalską-Grochowicz (*O dobrych i złych stronach „bliskości” w ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 10, s. 88 i n.), że fundamentalne znaczenie przy ustalaniu kręgu osób bliskich powinna mieć wola pacjenta. Jak słusznie zauważa D. Karkowska (*Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku*

powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu²⁸ lub osobę wskazaną przez pacjenta (art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p.)²⁹. Sprzeciw złożony przez pacjenta lub osobę bliską³⁰ powinien zostać dołączony do dokumentacji medycznej. Jeżeli został zgłoszony ustnie, wówczas ten fakt powinien zostać również odnotowany w dokumentacji medycznej.

W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej zgodę na udostępnienie wyraża sąd (chodzi o tzw. sąd spadku, czyli sąd ostatniego miejsca zwykłego pobytu spadkodawcy, a jeżeli jego miejsca zwykłego pobytu w Polsce nie da się ustalić, sąd miejsca, w którym znajduje się majątek spadkowy lub jego część)³¹. Zgoda, o której mowa powyżej, zostaje wyrażona w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może ponadto wystąpić z wnioskiem do sądu w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską. Przepisy prawa powszechnie obowiązującego nie precyzują, za pomocą jakich środków można dokonywać weryfikacji takiej osoby (lub osób) pod kątem tego, czy jest osobą bliską. Oznacza to, że w tym postępowaniu można korzystać ze środków w dowolnej formie. W ocenie Rzecznika Praw Pacjenta w zakresie sposobów, z jakich podmiot może skorzystać przy weryfikacji, czy osoba, która zgłosiła się o udostępnienie dokumentacji medycznej zmarłego

Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2016, s. 106), świadomy pacjent sam najlepiej potrafi określić, kto jest dla niego bliski. Co jednak w sytuacji, gdy pacjent nie może wyrazić woli w zakresie wskazania osoby bliskiej? Wydaje się, że wówczas pomocniczo można sięgać do katalogu osób wymienionych w art. 3 u.p.p.

²⁸ Bez względu na pleć osób pozostających we wspólnym pożyciu.

²⁹ Uściślenie dodane przy pojęciu krewnego *do drugiego stopnia* wprowadziła dopiero wspomniana już ustawa z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw. W literaturze podkreślano, że oznacza ono, że przy pokrewieństwie należy brać pod uwagę zarówno drugi stopień w linii prostej (wnuki, dziadkowie), jak i *lege non distigunte* linii bocznej, tj. rodzeństwo. Tak: M. Boratyńska, *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, „Prawo i Medycyna” 2014, nr 1, s. 61; M. Serwach, *Problematyka osoby bliskiej oraz możliwości zwolnienia lekarza z obowiązku zachowania tajemnicy medycznej w świetle nowych przepisów*, „Medycyna Praktyczna” 2019, nr 3, s. 142 i n.

³⁰ W odniesieniu do ewentualnego złożenia sprzeciwu przez inną osobę bliską po udostępnieniu przez podmiot leczniczy dokumentacji medycznej wydaje się, że decydującym momentem do oceny sprzeciwu powinien być moment udostępnienia dokumentacji i na ten moment badać należy związane z nim, a przyznane ustawą, prawa. Jeżeli zatem w momencie udostępniania dokumentacji osobie bliskiej podmiot leczniczy sprzeciwem innej osoby bliskiej nie dysponuje (lub nie ma wiedzy w tym zakresie), zobowiązany jest do wydania dokumentacji. Następcze zgłoszenie sprzeciwu nie może być decydujące (lub dowiedzenie się, że taki sprzeciw gdzieś istnieje, z zastrzeżeniem dołożenia należytej staranności przez podmiot w zakresie przeszukania własnych zasobów).

³¹ Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na możliwą rozbieżność między kręgiem spadkobierców ustawowych lub testamentowych a osobami określanymi jako osoby bliskie.

pacjenta, jest osobą bliską tego pacjenta, w pierwszej kolejności pomocne mogą być informacje o stanie rodzinnym czy też osobowym zawarte w dokumentacji medycznej (jeżeli takie dane zostały w dokumentacji umieszczone) oraz dane adresowe³². Rolą podmiotu leczniczego nie jest rozstrzygnięcie sporów między osobami bliskimi dla pacjenta co do posiadania uprawnienia lub istnienia sprzeciwu do dostępu do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta. Jak już wspomniano, ustawodawca zabezpieczył interesy podmiotów leczniczych przez możliwość skierowania sprawy do oceny sądu. W sytuacji, w której osoba wykonująca zawód medyczny ma uzasadnione wątpliwości co do tożsamości osoby bliskiej, zgodnie z dyspozycją art. 26 ust. 2a u.p.p. może wystąpić z wnioskiem do sądu o potwierdzenie tego faktu. Sąd powinien wziąć pod uwagę okoliczności towarzyszące danej sprawie, w szczególności zbadać interes uczestników postępowania, rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem, wolę zmarłego pacjenta oraz okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

Sprzeciw pacjenta wyrażony za życia może być przełamany w dwóch sytuacjach:

- w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta oraz
- dla ochrony życia lub zdrowia³³ osoby bliskiej.

O powyższym decyduje sąd w postępowaniu nieprocesowym (na wniosek osoby bliskiej). Sąd może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia.

Zakres upoważnienia do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta

Analizując kwestie dotyczące dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta, warto przywołać stanowisko Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 17 września 2013 r.³⁴ Wyrok, o którym mowa powyżej, zapadł co prawda przed nowelizacją u.p.p. z 2019 r., ale jego analiza ma na celu odpowiedź na pytanie, czy upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej jest wiążące dla wszystkich podmiotów medycznych, czy tylko dla tego, w którym zostało udzielone. We wspomnianym powyżej wyroku Naczelny Sąd Administracyjny podkreślił, że osoba, którą upoważniono do wglądu w dokumentację medyczną za życia

³² Objasnienia prawne z dnia 3 października 2019 r. wydane przez Rzecznika Praw Pacjenta w oparciu o art. 33 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców pt. *Udostępnianie, prowadzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej – zagadnienia praktyczne*, Warszawa 2019, s. 19.

³³ Pojawia się wątpliwość, o jakie zdrowie chodzi i co za tym idzie, w jaki sposób powinno być ono definiowane. Czy ustawodawca miał na myśli ochronę zdrowia psychicznego – wydaje się, że językowa wykładnia tego przepisu na to wskazuje.

³⁴ Wyrok NSA z dnia 17 września 2013 r., sygn. II OSK 1539/13, LEX nr 1396095.

pacjenta, ma również takie uprawnienie po jego śmierci. W tej sprawie wdowa po zmarłym w szpitalu mężu żądała od szpitala dostępu do jego dokumentacji medycznej. Twierdziła, że mąż trafił do szpitala w stanie uniemożliwiającym złożenie oświadczenia o zgodzie na udostępnienie dokumentacji medycznej na wypadek śmierci, a w momentach odzyskiwania świadomości pracownicy szpitala nie dopełnili obowiązku odebrania od niego stosownego oświadczenia. Jednocześnie dołączyła do swojego pisma kopię upoważnienia udzielonego dla niej przez męża 3 miesiące wcześniej w poradni lekarza rodzinnego POZ. Dyrektor szpitala, powołując się na treść art. 26 ust. 2 u.p.p., odmówił spełnienia tego żądania, uzasadniając, że upoważnienie składane jest każdorazowo w formie oświadczenia dołączonego do historii choroby w danym szpitalu. W ocenie dyrektora szpitala w relacji między prawem pacjenta do dysponowania informacjami dotyczącymi stanu jego zdrowia i podjętego leczenia a prawem rodziny (bliskich) do uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej przeważać winno prawo pacjenta do zachowania w tajemnicy informacji medycznych. Podkreślił ponadto, że w wypadku dokumentacji medycznej mamy do czynienia z prawami osobistymi szczególnej wagi i szczególnie chronionymi, a nie dziedzicznymi prawami majątkowymi. Wdowa zwróciła się o pomoc do Rzecznika Praw Pacjenta, który uznał, że dyrektor szpitala narusza prawo i pozostaje w bezczynności w udostępnieniu dokumentacji medycznej zmarłego męża wnioskodawczyni. Ponieważ szpital dalej podtrzymywał swoje stanowisko, Rzecznik zaskarżył postępowanie szpitala do sądu administracyjnego. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 13 lutego 2013 r.³⁵ stwierdził, że szpital, odmawiając udostępnienia dokumentacji medycznej wdowie, dopuścił się bezczynności z rażącym naruszeniem prawa, i zobowiązał dyrektora szpitala do wydania dokumentacji w formie odpisów lub kopii. Orzekł, że rodzina pacjenta może mieć wgląd w jego dokumentację medyczną, nawet jeśli zostawił on dla niej upoważnienie w innym szpitalu, niż zmarł. W ocenie sądu nie ma żadnego racjonalnego powodu, aby traktować oświadczenie pacjenta upoważniające osobę bliską do uzyskania jej dokumentacji jako sporządzone tylko na użytek świadczeniodawcy, który założył historię choroby, w której oświadczenie takie się znalazło. W omawianym rozstrzygnięciu sąd nie zgodził się z twierdzeniem dyrektora szpitala, że upoważnienie udzielone przez pacjenta osobie trzeciej w jednej placówce medycznej nie ma zastosowania u innego świadczeniodawcy. Taki pogląd nie znajduje bowiem zdaniem sądu żadnego oparcia w obowiązujących przepisach prawa, powodując dodatkowo trudności w uzyskaniu dokumentacji medycznej dla najbliższych członków rodziny pacjenta, którego jednoznacznie wyrażoną wolą było umożliwienie takiego dostępu. Podkreślono ponadto, że biorąc pod uwagę reguły wykładni systemowej i celowościowej oraz dobro pacjenta i jego najbliższych, należy jednoznacznie przyjąć pogląd, że oświadczenie

³⁵ Wyrok WSA w Warszawie z 13 lutego 2013 r., sygn. VII SAB/Wa 217/12, LEX nr 1267066.

pacjenta o możliwości udostępnienia dokumentacji medycznej osobie najbliższej, złożone również w innej placówce medycznej i nieodwołane w żaden sposób (wyraźny lub dorozumiany), powoduje domniemanie, że oświadczenie to zachowuje swoją moc także w innych placówkach ochrony zdrowia, skoro jest dołączane do karty choroby w ramach indywidualnej dokumentacji pacjenta.

Rozpatrując skargę kasacyjną szpitala, Naczelny Sąd Administracyjny³⁶ uznał, że beczynność nie miała charakteru rażącego naruszenia prawa, i w tej części wyrok uchylił, a w pozostałej części kasację oddalił i podtrzymał wyżej wskazane stanowisko Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie. Naczelny Sąd Administracyjny potwierdził zatem, że przepis art. 26 ust. 2 u.p.p. nie daje podstaw do kwestionowania generalnego charakteru upoważnienia i tym samym zanegował konieczność przekazywania informacji o jego udzieleniu każdemu z osobna podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych pacjentowi. Jak słusznie zauważył Naczelny Sąd Administracyjny, z przepisów wynika, że pacjent może sporządzić oświadczenie dotyczące dostępu do jego dokumentacji po śmierci 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. Sąd nie zgodził się z wywodami skarżącego szpitala, że upoważnienie przedłożone do wglądu jest skuteczne wyłącznie dla dokumentacji medycznej sporządzonej w danym (konkretnym) podmiocie leczniczym. Zdaniem Naczelnego Sądu Administracyjnego taka interpretacja przepisu prowadziłaby do sytuacji – w jego opinii nie do zaakceptowania w świetle zasad logiki oraz wykładni systemowej i funkcjonalnej – że aby takie oświadczenie zachowało moc wiążącą po śmierci pacjenta, to do zgonu pacjenta musiałyby dojść w podmiocie leczniczym, w którym je złożono. Uznano, że unormowanie art. 26 ust. 2 u.p.p. jednoznacznie przesądza, iż osoba, którą pacjent upoważnił za życia, zachowuje to prawo również po jego śmierci.

Jak słusznie zauważył M. Nesterowicz (w głosie aprobowanej), wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego³⁷ ma charakter precedensowy oraz ma istotne znaczenie w kontrowersyjnej kwestii dostępu osób bliskich do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta, ponieważ w praktyce zakłady lecznicze odmawiają osobom bliskim udostępnienia dokumentacji medycznej, jeśli pacjent nie

³⁶ Wyrok NSA z dnia 17 września 2013 r., sygn. II OSK 1539/13, LEX nr 1396095.

³⁷ Chodzi o wyrok NSA z dnia 17 września 2013 r., sygn. II OSK 1539/13, LEX nr 1396095, który był omawiany w poprzednim fragmencie niniejszego artykułu.

pozostawił w danym zakładzie (przeważnie szpitalu) upoważnienia w jakiegokolwiek formie (przez wpis do dokumentacji medycznej albo odrębnego oświadczenia na piśmie), powołując się na tajemnicę lekarską i ochronę dóbr osobistych pacjenta³⁸.

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej jako substrat prawa do autonomii/prywatności

Kontynuując rozważania dotyczące prawa pacjenta do dokumentacji medycznej, warto zastanowić się, czy wskazana regulacja to substrat prawa do autonomii/prywatności. Klasyczne pojęcie autonomii można rozważać z różnych perspektyw – jedną z nich jest perspektywa ontologiczna, zgodnie z którą autonomia jawi się jako podstawa możliwości działania moralnego³⁹. I tu ujawnia się druga perspektywa – etyczna, w której chodzi o faktyczną możliwość dokonywania wyborów w sprawach dotyczących własnej osoby, przy czym autonomia nie oznacza tylko możliwości, ale także powinność działania zgodnego z rozpoznaną przez rozum właściwą miarą⁴⁰. I. Kant argumentował, że szacunek dla autonomii płynie z uznania, iż osoby są wartościowe same w sobie, bo mogą kierować swoim losem, a moralny imperatyw płynący z uznania czyjejś autonomii nakazuje nam traktować osoby jako cele, a nie jako środki⁴¹. Autonomia to jego zdaniem własna praworządność. J.S. Mill z kolei zakładał, że wyrazem szacunku dla autonomii powinno być nienaruszanie czyjejś wolności i pozytywne jej wzmacnianie⁴².

Dane zawarte w dokumentacji medycznej należą do sfery prywatności pacjenta, dlatego ochrona tych danych przed ujawnieniem stanowi przejaw ochrony prawa pacjenta do prywatności⁴³ i zagwarantowana jest przez art. 47 Konstytucji RP oraz art. 8 EKPC⁴⁴. Natomiast dostęp do dokumentacji medycznej w publicznych

³⁸ M. Nesterowicz, *Dostęp osób bliskich do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Glosa do wyroku NSA z dnia 17 września 2013 r., II OSK 1539/13*, „Przegląd Sądowy” 2015, nr 6, s. 141 i n.

³⁹ M. Machinek, *O granicach autonomii w sytuacjach konfliktu między lekarzem a pacjentem*, „Medycyna Praktyczna” 2012 nr 6, s. 105.

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ I. Kant, *Uzasadnienie metafizyki moralności*, Warszawa 1984, s. 123.

⁴² J.S. Mill, *O wolności*, Warszawa 1959, rozdz. I.

⁴³ P. Sobolewski [w:] *System Prawa Medycznego*, t. I: *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Saffjan, L. Bosek, s. 790–791.

⁴⁴ Wyrok ETPC z 25 listopada 2008 r. w sprawie Biriuk vs. Litwa, skarga nr 23373/03. W tej sprawie skarżąca podniosła przed ETPC, że Litwa uchybiła ciążącemu na niej obowiązkowi zapewnienia poszanowania jej prawa do życia prywatnego. Sprawa dotyczyła największej na Litwie gazety codziennej, która na pierwszej stronie opublikowała artykuł informujący, że skarżąca jest nosicielką wirusa HIV. Europejski Trybunał Praw Człowieka przypomniał, że ochrona danych osobowych, w szczególności danych medycznych ma na mocy EKPC fundamentalne znaczenie dla prawa do poszanowania życia prywatnego. Poufność danych dotyczących zdrowia jest szczególnie

placówkach udzielających świadczeń zdrowotnych gwarantowany jest przez art. 51 ust. 3 Konstytucji RP⁴⁵. Zgodnie ze stanowiskiem Trybunału Konstytucyjnego „art. 47 Konstytucji określa prawo każdego do ochrony życia prywatnego i rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym. Oznacza, iż państwo zobowiązuje się z jednej strony do nieingerencji w konstytucyjnie określony zakres życia jednostek, a z drugiej strony zapewnia stosowną ochronę w przypadku, gdy działania takie zostały już podjęte”⁴⁶.

Jak słusznie podkreśla K. Miaskowska-Daszkiewicz, jednym z komponentów prawa do prywatności w szerokim znaczeniu, przyjętym w art. 47 Konstytucji RP, jest autonomia informacyjna wskazana w art. 51 Konstytucji RP⁴⁷. W konsekwencji art. 47 i 51 Konstytucji RP pozostają w określonej relacji wzajemnej: prawo do prywatności, statuowane w art. 47, zagwarantowane jest m.in. w aspekcie ochrony danych osobowych przewidzianej w art. 51⁴⁸.

Prowadzenie dokumentacji medycznej jest częścią działalności medycznej i wiąże się nieodłącznie z ingerencją w najbardziej wrażliwe sfery życia człowieka⁴⁹. Przepisy ustawy zasadniczej, o których była mowa powyżej, wyznaczają zatem standard konstytucyjny prawa dostępu do dokumentacji medycznej.

Jak już wspomniano, dokumentacja medyczna odzwierciedla dane dotyczące zdrowia pacjenta. Ujawnienie informacji z dokumentacji medycznej mogłoby narużyć prawo do prywatności pacjenta, w związku z tym zgodnie z art. 24 ust. 2 u.p.p. podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zobligowany jest do ochrony tych danych. W literaturze wskazuje się, że należytą ochronę dokumentacji medycznej, która stanowi materialny nośnik informacji objętych tajemnicą medyczną, należy postrzegać jako korelat prawa do prywatności⁵⁰.

Zakres podmiotowy prawa do dokumentacji medycznej obejmuje również osoby upoważnione przez pacjenta, bowiem jest on dysponentem dobra w postaci autonomii informacyjnej i może wskazać dowolną osobę, ale też może nikogo

ważna, ponieważ ujawnienie danych medycznych (w tym przypadku statusu serologicznego skarżącej) może mieć dramatyczny wpływ na życie prywatne i rodzinne danej osoby, jej sytuację zawodową i włączenie społeczne. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-coe-edps-2018-handbook-data-protection_pl.pdf (16.11.2023), s. 67.

⁴⁵ Postanowienie NSA z dnia 8 listopada 2012 r., sygn. II OZ 958/12, LEX nr 1248512.

⁴⁶ Wyrok TK z dnia 2 kwietnia 2001 r., sygn. SK 10/00. Por. wyrok TK z dnia 9 lipca 2009 r., sygn. SK 48/05.

⁴⁷ K. Miaskowska-Daszkiewicz, *Prywatność pacjenta – uwarunkowania prawne* [w:] *Etyczno-prawne uwarunkowania opieki nad pacjentem*, red. E. Baum, D. Karkowska, A. Nowak, R. Staszewski, Poznań 2023, s. 173. Zob. szerzej wyroki TK z dnia: 20 marca 2006 r., sygn. K 17/05; 22 lipca 2014 r., sygn. K 25/13; 18 grudnia 2014 r., sygn. K33/13; 11 października 2016 r., sygn. SK 28/15.

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ U. Drozdowska *System Prawa Medycznego*, t. II, cz. 1: *Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, s. 985.

⁵⁰ R. Kubiak, *Tajemnica medyczna*, Warszawa 2015, s. 261 i n.

nie upoważniać⁵¹. W związku z tym jeżeli pacjent za życia wyraził zgodę na udzielenie informacji i dostęp do danych medycznych, to po jego śmierci upoważniona osoba nadal ma prawa, jakie miała przed śmiercią pacjenta. Wydaje się zatem, że dochodzi do konwersji prawa pacjenta do dokumentacji medycznej za jego życia w prawo osoby bliskiej do danych medycznych po jego śmierci.

Jak już wspomniano, wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego⁵² dotyczy sytuacji, w których pacjent złożył upoważnienie do dostępu do jego dokumentacji medycznej w jakimkolwiek podmiocie prowadzącym działalność leczniczą (szpitalu czy nawet w przychodni)⁵³. Wydaje się zatem, że orzeczenie to jest uniwersalne

⁵¹ M. Boratyńska, *Autonomia pacjenta...*, s. 61 i n.

⁵² Chodzi o wyrok NSA z dnia 17 września 2013 r., II OSK 1539/13, LEX nr 1396095, który był omawiany w poprzednim fragmencie niniejszego artykułu.

⁵³ Wyrok ten ma charakter precedensowy. Przez ten wyrok zostaje odrzucone stanowisko Ministra Zdrowia, że: „nie można przyjąć, że oświadczenie o upoważnieniu do dokumentacji medycznej złożone w jednym zakładzie opieki zdrowotnej, obowiązuje także w innych placówkach”. Za: M. Nesterowicz, Z pisma Ministra Zdrowia z 26 kwietnia 2011 r. do Rzecznika Praw Pacjenta MZ-0ZZ0201–24146–6/AWI/11 – odpowiedź Ministerstwa Zdrowia z 26 kwietnia 2011 r. na wystąpienie Rzecznika Praw Pacjenta, http://www.bpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/wystapienia_rzecznika/zpr-076-7-1-jk-11-26.04.11.pdf (16.11.2023). W innym rozstrzygnięciu (wyrok z dnia 15 grudnia 2016 r., sygn. VII SAB/Wa 19/16, LEX nr 2294231), dla którego inspiracją mogły być przytoczone dotychczas wyroki, WSA w Warszawie podkreślił, że biorąc pod uwagę reguły wykładni systemowej i celowościowej oraz dobro pacjenta i jego najbliższych należy jednoznacznie przyjąć pogląd, że oświadczenie pacjenta o możliwości udostępnienia dokumentacji medycznej osobie najbliższej, złożone również w innej placówce medycznej i nieodwołane w żaden sposób (wyraźny lub dorozumiany), powoduje, że oświadczenie to zachowuje swoją moc również w innych placówkach ochrony zdrowia, skoro jest dołączane do karty choroby w ramach indywidualnej dokumentacji pacjenta, i przyjęcie innego rozumowania prowadziłoby do nieakceptowalnych z punktu widzenia wykładni prawa, ale i zasad logicznego rozumowania, sytuacji. W orzecznictwie sądów administracyjnych przyjmuje się, iż podmioty prowadzące działalność leczniczą są zakładami administracyjnymi, które z uwagi na unormowania stanowiące podstawę tworzenia i działalności tego rodzaju zakładów w określonym zakresie wykonują funkcje z dziedziny administracji publicznej. Stosunek prawny pomiędzy takim zakładem a pacjentem w zakresie udostępniania pacjentowi dotyczącej jego osoby dokumentacji medycznej jest stosunkiem administracyjnoprawnym, udostępnienie zaś tej dokumentacji następuje w drodze działania (czynności) zakładu, które może być przedmiotem skargi do sądu administracyjnego. Zob. wyrok WSA w Warszawie z dnia 28 marca 2019 r., sygn. VII SA/Wa 1527/18, LEX nr 3074256. W obecnym stanie prawnym obowiązek, jaki ciąży na podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych, podlega zatem kontroli sprawowanej przez sądy administracyjne. W ocenie NSA (postanowienie z dnia 8 listopada 2012 r., sygn. II OZ 958/12), mając na uwadze wynikające z art. 51 ust. 3 Konstytucji RP prawo dostępu każdego do dotyczących go urzędowych dokumentów i zbiorów danych, należy przyjąć, że możliwość szerokiego dysponowania powyższymi informacjami sprawia, iż w tym zakresie podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych należy zaliczyć do kategorii władzy publicznej. Z tego względu działania placówki medycznej w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej podlegają kontroli sądów administracyjnych, w tym w zakresie bezczynności w udostępnieniu tej dokumentacji, przy czym skarga na niepodjęcie czynności w zakresie wydania dokumentacji medycznej jako czynności materialno-technicznej nie musi być poprzedzona żadnym

dla wielu stanów prawnych, jednak odpowiedź na rodzące się w tym obszarze pytania⁵⁴ jest zdeterminowana przez analizę wartości prawnie chronionych w zakresie prawa dostępu do dokumentacji medycznej. Z jednej strony mamy autonomię pacjenta i upoważnienie konkretnych osób do dostępu do dokumentacji medycznych po jego śmierci oraz prawo do prywatności, z drugiej zaś prawo spadkobierców (którzy takiego upoważnienia nie otrzymali od zmarłego pacjenta) do sądu, o którym mowa w art. 45 Konstytucji RP. Warto w tym kontekście zwrócić uwagę, że przepisy dotyczące ochrony danych osobowych odnoszą się jedynie do osób żyjących i nie mają zastosowania do osób zmarłych. Do rozważenia pozostaje zestawienie wartości, jakimi są autonomia pacjenta i upoważnienie konkretnych osób do dostępu do dokumentacji medycznych po jego śmierci, z prawem do prywatności oraz z prawem spadkobierców (którzy takiego upoważnienia nie otrzymali od zmarłego pacjenta) do sądu, o którym mowa w art. 45 Konstytucji RP. Bez wątplenia brak dostępu przez spadkobierców do dokumentacji medycznej generowałaby olbrzymie trudności w kwestionowaniu prawidłowości leczenia i dochodzeniu ewentualnych szkód wywołanych błędami w sztuce lekarskiej w przypadku, gdy przed wywiedzeniem pozwu powód nie ma dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta. Jednocześnie brak takiego upoważnienia nie pozbawia całkowicie osoby bliskie możliwości realizacji własnych praw podmiotowych, do których wykazania niezbędne są informacje zawarte w dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta, ponieważ mogą one skorzystać z drogi postępowania sądowego. Pojawia się zatem pytanie, jak pogodzić w przepisach prawa autonomię zmarłej osoby, której sprzeciw może zostać przełamany przez sąd w granicach określonych u.p.p. (czyli sprzeciw może zostać przełamany 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta oraz 2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej), z prawem, o którym mowa w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP. Zgodnie z treścią wyżej wymienionego przepisu każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Bez wątplenia czym innym jest potrzeba ochrony

środkiem zaskarżenia na drodze administracyjnej i nie wymaga uprzedniego wezwania do usunięcia naruszenia prawa. Zob. wyrok NSA z dnia 15 lipca 2011 r., sygn. I OSK 667/11. Udostępnianie informacji pacjentowi, jak i innym upoważnionym osobom w ocenie sądów jest obowiązkiem publicznoprawnym, a jego realizacja podlega kontroli sądownoadministracyjnej. I. Sierpowska, *Śmierć w ujęciu prawa administracyjnego*, Warszawa 2020, s. 119.

⁵⁴ Poniżej przykładowe pytania: Czy argumenty, na które powołały się sądy, są również możliwe do zastosowania, gdyby upoważnienie pacjenta było udzielone nie żonie, ale innej osobie bliskiej, która pomogła pacjentowi dojechać do szpitala? Do rozważania pozostają kwestie, czy takie domniemanie powinno być ograniczone i czy wówczas można by domniemywać, że upoważnienie to również jest wiążące dla innych szpitali? Czy takie domniemanie jest jakoś ograniczone w czasie? Co w sytuacji, kiedy pacjent udzielał upoważnień małżonkom, a doszło do rozwodu? Czy rodzaj placówki medycznej albo rodzaj leczenia może mieć wpływ na ważność takiego upoważnienia (np. czy upoważnienie wydane dla przychodni POZ jest skuteczne w szpitalu psychiatrycznym)?

zdrowia osoby bliskiej, a czym innym chęć dochodzenia roszczeń z tytułu śmierci pacjenta. Do rozważenia pozostaje ponadto, czy powody przełamania sprzeciwu znajdują dostateczne umocowanie w postulatcie proporcjonalności ochrony. Jak słusznie zauważyła M. Świdarska, w pierwszym przypadku interes majątkowy osób trzecich został wysunięty ponad ochronę autonomii woli samego pacjenta i o ile można zaakceptować swoistą przepustkę do zadowalającego procesu dla osób bliskich w razie braku oświadczenia woli pacjenta, to system sądowego przełamania sprzeciwu osoby bezpośrednio zainteresowanej wydaje się, że idzie za daleko. Dlatego niezwykle istotne jest, aby w praktyce orzeczniczej były uwzględniane jak najdokładniej wszystkie okoliczności sprawy, w której sprzeciw pacjenta ma zostać przełamany.

Podsumowanie

Nieodłącznym elementem leczenia jest prowadzona dokumentacja medyczna, która odzwierciedla proces udzielania świadczeń zdrowotnych. Prawo pacjenta oraz osób upoważnionych do dokumentacji medycznej jest jednym z najważniejszych praw, ponieważ obok swojej funkcji potwierdzającej (np. diagnozę) dokumentacja medyczna jest wręcz (zwłaszcza po upływie dłuższego czasu od udzielenia świadczeń zdrowotnych) podstawowym źródłem informacji o stanie zdrowia pacjenta, zaleceniach, przebiegu choroby i stosowanych metodach leczenia⁵⁵. Jednocześnie wskazać należy, iż prawo pacjenta w zakresie dostępu do dokumentacji medycznej stanowi w pewnym stopniu emanację szerszego prawa do informacji o jego stanie zdrowia oraz jeden z kluczowych aspektów prawa człowieka do prywatności⁵⁶.

Trzeba zauważyć, że przepisy dotyczące ochrony danych pacjenta, a także upoważnienia innych podmiotów do zapoznania się z dokumentacją medyczną podlegały dosyć długiej i znaczącej ewolucji⁵⁷. Dotyczy to szczególnie

⁵⁵ M. Wałachowska, *Naruszenie prawa do dokumentacji medycznej*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2021, nr 1, s. 85.

⁵⁶ D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, ABC 2010, s. 122, za: G. Ladrowska, *Prawo dostępu pacjenta i osób przez niego upoważnionych do dokumentacji medycznej*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 1, s. 15.

⁵⁷ Warto w tym kontekście zwrócić uwagę także na nowelizację przepisów dotyczące dostępu pacjenta i osób z nim spokrewnionych do danych chronionych tajemnicą lekarską w procesie dochodzenia odpowiedzialności zawodowej za błędy wyrządzone przy leczeniu. Na podstawie art. 57 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. 2021, poz. 1342) w razie śmierci pokrzywdzonego jego prawa w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, w tym prawo dostępu do informacji medycznej oraz dokumentacji medycznej, może wykonywać 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. W przypadku gdy organ prowadzący postępowanie dysponuje informacjami o tych osobach, powinien pouczyć o przysługujących uprawnieniach co najmniej jedną z nich.

treści art. 18 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, następnie u.p.p. Bardzo istotne zmiany zaszły też w regulacjach wykonawczych⁵⁸. Obecnie obowiązujące przepisy u.p.p. przewidują, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta (art. 26 ust. 1 u.p.p.). W art. 26 ust. 2 u.p.p. sformułowano odmiennie, niż to miało miejsce w dotychczas obowiązujących przepisach. Po zmianach na mocy ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw brzmi on następująco: „po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym⁵⁹. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust. 2a i 2b”. Ponadto warto podkreślić, że reguła wynikająca z art. 26 ust. 2 u.p.p., określająca uprawnienie do dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta, ma zastosowanie do wszystkich podmiotów wymienionych w art. 26 ust. 3 tej ustawy⁶⁰.

Bibliografia

- Boratyńska M., *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, „Prawo i Medycyna” 2014, nr 1.
- Boratyńska M., *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012.
- Ciechorski J., *Udostępnianie dokumentacji po śmierci pacjenta – uwagi na tle wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 17 września 2013 r. sygn. II OSK 1539/13*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 4.

⁵⁸ Zgodnie z § 12 nieobowiązującego już rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. nr 247, poz. 1819 ze zm.) historia choroby w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala zawierała dane określone w § 6 ust. 1 pkt 1–5 oraz dodatkowo m.in. pisemne oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci ze wskazaniem osoby upoważnionej albo pisemne oświadczenie pacjenta o braku takiego upoważnienia (pkt 9). Zapis taki umieszczono jako realizację delegacji zawartej w ust. 8 art. 18 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

⁵⁹ Postulaty M. Nesterowicza z 2012 r., który proponował następujące brzmienie przepisu: „w braku upoważnienia, w razie śmierci pacjenta prawo dostępu do dokumentacji medycznej przysługuje małżonkowi, zstępny, rodzicom, rodzeństwu oraz osobie pozostającej w wspólnym pożyciu, chyba że pacjent dokonał odpowiedniego zastrzeżenia”, wydaje się, że zostały uwzględnione przez ustawodawcę, ale dopiero w 2019 r. Zob. M. Nesterowicz, *Problem dostępu pacjenta i osób bliskich do dokumentacji medycznej ponownie przywołany*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 1, s. 8.

⁶⁰ Zgodnie z wyrokiem NSA z dnia 18 listopada 2015 r. (sygn. II OSK 730/15, ONSAiWSA 2016, nr 6, poz. 107) na podstawie art. 26 ust. 3 pkt 7 u.p.p. zakład ubezpieczeń może korzystać z dostępu do dokumentacji medycznej, za zgodą pacjenta, również po śmierci pacjenta.

- Drapalska-Grochowicz M., *O dobrych i złych stronach „bliskości” w ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 10.
- Drozdowska U., *Dokumentacja medyczna [w:] System Prawa Medycznego*, t. II, cz. 1: *Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019.
- Kant I., *Uzasadnienie metafizyki moralności*, Warszawa 1984.
- Karkowska D., *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2021.
- Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2010.
- Kubiak R., *Tajemnica medyczna*, Warszawa 2015.
- Kubiak R., *Zachowanie tajemnicy medycznej po śmierci pacjenta [w:] System Prawa Medycznego*, t. II, cz. 1: *Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019.
- Ladrowska L., *Prawo dostępu pacjenta i osób przez niego upoważnionych do dokumentacji medycznej*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 1.
- Machinek M., *O granicach autonomii w sytuacjach konfliktu między lekarzem a pacjentem*, „Medycyna Praktyczna” 2012, nr 6.
- Miaskowska-Daszkiwicz K., *Prywatność pacjenta – uwarunkowania prawne [w:] Etyczno-prawne uwarunkowania opieki nad pacjentem*, red. E. Baum, D. Karkowska, A. Nowak, R. Staszewski, Poznań 2023.
- Mierzwa M., *Dowód z dokumentacji medycznej w sprawach cywilnych o błąd medyczny*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2022, t. XXXI.
- Mill J.S., *O wolności*, Warszawa 1959.
- Nesterowicz M., *Dostęp osób bliskich do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Glosa do wyroku NSA z dnia 17 września 2013 r., II OSK 1539/13*, „Przebieg Sądowy” 2015, nr 6.
- Nesterowicz M., *Problem dostępu pacjenta i osób bliskich do dokumentacji medycznej ponownie przywołany*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 1.
- Prawne oraz zarządcze aspekty prowadzenia dokumentacji medycznej*, red. M. Śliwka, Warszawa 2015.
- Serwach M., *Problematyka osoby bliskiej oraz możliwości zwolnienia lekarza z obowiązku zachowania tajemnicy medycznej w świetle nowych przepisów*, „Medycyna Praktyczna” 2019, nr 3.
- Sierpowska I., *Śmierć w ujęciu prawa administracyjnego*, Warszawa 2020.
- Sobolewski P., *Prawo dostępu do dokumentacji medycznej [w:] System Prawa Medycznego*, t. I: *Institucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018.
- Świdarska M., *Zgoda osoby bliskiej na ujawnienie tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta (po nowelizacji)*, „Przebieg Prawa Medycznego” 2019, nr 1.
- Tykwińska-Rutkowska D., *Przebieg orzecznictwa sądów administracyjnych w zakresie ochrony zbiorowych praw pacjentów do dokumentacji medycznej*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2018, nr 2.
- Tymiński R., *Wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentystry. Aspekty administracyjnoprawne*, Warszawa 2019.
- Wałachowska M., *Naruszenie prawa do dokumentacji medycznej*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2021, nr 1.
- Zimna T., *Udostępnienie dokumentacji medycznej małżonkowi zmarłego. Glosa do wyroku WSA z dnia 13 lipca 2010 r., II SAB/Rz 29/10*, „Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa” 2011, nr 4.

Streszczenie

Nieodłącznym elementem leczenia jest dokumentacja medyczna, która odzwierciedla proces udzielania świadczeń zdrowotnych. Prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej ma fundamentalne znaczenie w opiece zdrowotnej. Przedmiotem opracowania jest analiza regulacji

prawnych oraz orzecznictwa dotyczących dostępu do dokumentacji medycznej dla bliskich po śmierci pacjenta. W takiej sytuacji prawo przewiduje możliwość zapewnienia dostępu osobie upoważnionej przez pacjenta za jego życia lub osobie, która w chwili śmierci pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Co do zasady dokumentację medyczną udostępnia się również osobie bliskiej, chyba że inna bliska osoba sprzeciwi się jej udostępnieniu lub pacjent za życia sprzeciwi się jej udostępnieniu. Sprzeciw pacjenta może zostać uwzględniony w dwóch sytuacjach, tj. w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia za śmierć pacjenta oraz w celu ochrony życia lub zdrowia bliskiej osoby. O powyższym rozstrzyga sąd w postępowaniu nieprocesowym. Może on wyrazić zgodę na ujawnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia. W niniejszym artykule przedstawiono analizę przepisów prawa i orzecznictwa w zakresie dostępu osoby bliskiej do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Artykuł stanowi także próbę odpowiedzi na następujące pytania: Jakie istnieją możliwości weryfikacji, czy osoba, która zgłosiła się o udostępnienie dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta, jest osobą bliską tego pacjenta? Czy upoważnienie ze strony pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej jest wiążące dla wszystkich podmiotów medycznych, czy tylko dla tego, w którym zostało udzielone? Czy prawo pacjenta do dokumentacji medycznej może być postrzegane jako substrat prawa do autonomii/prywatności?

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, dokumentacja medyczna, śmierć

ACCESS OF A RELATIVE TO MEDICAL RECORDS AFTER THE PATIENT'S DEATH

Summary

An inseparable element of treatment is medical documentation, which reflects the process of providing health services. The patient's right to access medical records is of fundamental importance in health care. The subject of the study is to present access to medical documentation for relative after the patient's death. In such a situation, the law provides for the possibility of providing access to a person authorized by the patient during his lifetime or to a person who was his statutory representative at the time of death of the patient. As a rule, medical documentation is also made available to a close person, unless another close person objects to making it available or the patient objects to it during his lifetime. The patient's objection may be overcome in two situations, i.e. in order to seek compensation or reparation, for the patient's death, and to protect the life or health of a close person. The above is decided by the court in non-litigious proceedings. The court may consent to the disclosure of medical documentation and specify the scope of its disclosure. This article will present an analysis of legal provisions and case law regarding access of a close person to medical records after the patient's death. The article will also be an attempt to answer the following questions: What are the possibilities of verifying whether the person who requested access to the medical records of a deceased patient is a relative of that patient? Whether the patient's authorization to access medical records is binding on all medical entities or only the one in which it was granted? Whether the patient's right to medical records can be perceived as a substrate of the right to autonomy/privacy?

Keywords: patient's rights, medical documentation, death