

Tajemnica lekarska po ostatnich zmianach legislacyjnych

Problem tajemnicy lekarskiej niejako w sposób naturalny wpisał się w obręb pola badawczego tych moich dociekań naukowych, które dotyczą funkcjonowania zawodów zaufania publicznego. Tajemnicy lekarskiej poświęciłem cztery artykuły² i jeden rozdział w książce *Prawo a Medycyna*. Niestety przeszły one w gruncie rzeczy bez echa, chociaż problem zakresu tej tajemnicy, podmiotów zobowiązanych do jej zachowania, źródeł w systemie prawa polskiego, europejskiego i powszechnego prawa międzynarodowego wydaje się nie do końca jasny, a wprowadzane w tym zakresie zmiany, muszą wywoływać kontrowersje, a nawet spory. Tymczasem wspomniane wyżej teksty nie zostały chyba zauważone nie tylko przez środowisko lekarzy i lekarzy dentyków, lecz także nie odnotowało ich środowisko prawników, może dlatego, że nie zostały zamieszczone, ani w wydawnictwie Wolters Kluwer, ani w wydawnictwie C.H. Beck, a jedynie w książce wydanej przez Wydawnictwa Naukowe SILVA RERUM³, chlubiącej się ostatnio uzyskaniem 80 punktów na stosownej liście Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz w specjalistycznym półroczniku „Medyczna Wokanda”, w którym publikowane są teksty dotyczące prawa medycznego. Jest to zresztą periodyk wydawany przez Naczelną Izbę Lekarską, którego niektóre numery korzystały z patronatu honorowego Polskiego Towarzystwa Prawa Medycznego.

Zastanawiało mnie dlaczego środowisko lekarskie, dość żywo reagujące na rozmaitych konferencjach i sympozjach na próby ograniczenia zakresu tajemnicy lekarskiej, niezbyt chętnie czyta prace poświęcone tym kwestiom. Jednocześnie przy tym, obserwując praktykę wymiaru sprawiedliwości, dostrzegałem, jak łatwo lekarze godzą się na naruszanie wiążącej ich tajemnicy, wtedy gdy takowe próby podejmowane są przez przedstawicieli organów ścigania, a nawet sądu. Lektura akt sądowych zdawała się przy tym wskazywać, że przesłuchujący w jakichś sprawach prokurator, a nawet sędzia nie widział nic niestosownego w pytaniu lekarza, będącego świadkiem, bądź biegłym w sprawie, a leczonego oskarżonego w szpitalu psychiatrycznym, po popełnieniu

¹ Prof. zw. dr hab. n. praw., Prodziekan Wydziału Prawa Uniwersytetu Humanistycznospołecznego SWPS, Warszawa, Sędzia Sądu Najwyższego w stanie spoczynku, ORCID 0000-0002-2231-8824.

² J. Sobczak, *Tajemnica lekarska*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8, s. 57–73; tegoż, *Tajemnica lekarska w obliczu zmian*, „Medyczna Wokanda” 2017, nr 9, s. 39–62; tegoż, *Początek końca tajemnicy lekarskiej*, „Gazeta Lekarska” 2016, nr 12; 2017 nr 1, s. 17–19; tegoż, *Zawody zaufania publicznego. Regulacja konstytucyjna i jej konsekwencje*, w: *Zawody zaufania publicznego? Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy*, red. J. Sobczak, J. Skrzypczak, M. Urbaniak, Poznań 2015, s. 15–56; tegoż, *Tajemnica lekarska*, „VII Ogólnopolskie Forum Prawniczo-Medyczne, Warszawa 1–3 grudnia 2004 r.”, s. 15 i n. Do tekstów tych nawiązywałem w referatach wygłoszonych na konferencjach „Kodeks Etyki Lekarskiej wobec wyzwań współczesności”, Poznań–Gniezno 2016 oraz na II Kongresie wyzwań zdrowotnych, Katowice 9 marca 2017 r. w tekście *Tajemnica czy „jawnica lekarska”*.

³ J. Sobczak, *Problem tajemnicy lekarskiej*, w: tegoż, *Prawo a medycyna*, Poznań 2018, s. 97–122.

przestępstwa o to, jak oskarżony np. o zabójstwo tłumaczył swoje postępowanie. Tak, jakby pytający nie zdawał sobie sprawy z tego, że te kwestie lekarz jest zobowiązany zachować w tajemnicy i że sformułowany w art. 52 ust. 1 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*⁴ zakaz dotyczy z mocy art. 52 ust. 2 teje ustawy także lekarzy, wykonujących czynności biegłego⁵. Takie pytania obnażają indolencję niektórych sędziów, którzy w toku aplikacji poznali liczne ustawy, z którymi nigdy w życiu zawodowym i tak się nie spotykają, lecz nie powzięli wiadomości dotyczących podstawowych zasad postępowania.

Lekarze wyraźnie nie zauważają, a może nie chcą zauważyć, że tajemnica lekarska nie ma charakteru jakiegoś przywileju, służącego wywyższeniu ich trudnego zawodu, zapewniającego im bezpieczeństwo, lecz została ustanowiona nie dla nich, lecz dla ich pacjentów, dla członków społeczeństwa, którzy niekoniecznie życzą sobie, aby informacje o ich stanie zdrowia, chorobach, którym ulegli, ułomnościach, których doznali, lekarstwach, które zostały im przepisane, działaniach terapeutycznych, którym zmuszeni zostali się poddać stały się wiadomościami dostępnymi dla wszystkich. Niewątpliwie tajemnica lekarska jest jedną z gwarancji prawa do prywatności⁶, na straży którego stoi art. 47 Konstytucji RP oraz liczne przepisy prawa międzynarodowego, sformułowane zarówno w powszechnym (uniwersalnym) prawie międzynarodowym publicznym, chociażby w postaci: art. 17 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych⁷, art. 8 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności⁸ oraz art. 7 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej⁹.

Brak wiedzy o treści tajemnicy lekarskiej wśród lekarzy jest zatrważający. Trudno przy tym dociec, czy jest on wynikiem nieznanomości prawa, czy lekceważenia jego przepisów. Piszący te słowa niejednokrotnie miał możliwość usłyszeć w toku podróży, w przedziale dalekobieżnego pociągu lub na pokładzie rejsowego samolotu lekarzy swobodnie dyskutujących „przypadki” znane im z praktyki, wprawdzie najczęściej bez wymieniania nazwisk takich „przypadków”, lecz w taki sposób, że słuchający relacji bez najmniejszej trudności mógł zidentyfikować tożsamość osoby będącej pacjentem, niedyskretnego doktora. Nie szukając daleko, przygotowując się do napisania tekstu o nowej postaci tajemnicy lekarskiej, piszący te słowa miał możliwość dowiedzieć się

⁴ Jt. Dz. U. 2018, poz. 1878.

⁵ Zob. w tym przedmiocie Z. Kwiatkowski, *Zakazy dowodowe w procesie karnym*, Kraków 2005, s. 182–185; tenże, *Zakazy dowodowe w postępowaniu w sprawach o wyrokzenia*, „Przegląd Sądowy” 2004, nr 1, s. 149; A. Augustynowicz, I. Wrześniewska-Wal, *Lekarz psychiatra jako świadek w postępowaniu karnym*, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 3–4, s. 89 i n.

⁶ J. D. Sieńczyło-Chłabicz, *Naruszenie prywatności osób publicznych przez prasę. Analiza cywilnoprawna*, Kraków 2006, s. 74–157; J. Sobczak, *Prawo do prywatności a wolność słowa i druku, w: Wolności i prawa jednostki oraz ich gwarancje w praktyce*, red. L. Wiśniewski, Warszawa 2006, s. 152–178; tenże, *Prawo do prywatności jako jedna z instytucjonalnych gwarancji konstytucyjnej zasady godności człowieka*, „Przegląd Politologiczny” 2005, nr 1, s. 39–72; J. Barciak, *Prawo do prywatności*, Warszawa 2004, s. 28–60; L. Bosek, *Gwarancje godności ludzkiej i ich wpływ na polskie prawo cywilne*, Warszawa 2012.

⁷ Zob. w tym przedmiocie R. Wieruszewski (red.), *Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich (osobistych i politycznych)*, Warszawa 2012, s. 371–418.

⁸ L. Garlicki, w: *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*, red. L. Garlicki, t. I: *Komentarz*, Warszawa 2010, s. 479–550.

⁹ J. Sobczak, w: *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej. Komentarz*, red. A. Wróbel, Warszawa 2013, s. 217–258.

od jednego z utytułowanych przedstawicieli zawodu medycznego, którego sondował starając się dociec jak zmiany w zakresie tajemnicy odbierają lekarze, że znają oni zakres tej tajemnicy, ale generalnie jest im niepotrzebna. Po chwili rozmówca ten odebrał w publicznym miejscu z komórki rozmowę i nie zważając na otoczenie, na to, że słyszą go inne osoby, udzielił swemu interlokutorowi porady. Po zakończeniu rozmowy głośno poinformował z kim rozmawiał przez telefon i jakie funkcje społeczne oraz zawodowe ta osoba pełni. Przekonało to niżej podpisanego, że być może należy ponownie poświęcić uwagę problemowi tajemnicy lekarskiej, aczkolwiek doświadczenie uczy, że nie ma to jednak większego sensu, gdyż przekonanie o nieomyślności i szczególnych walorach etycznych, osób wykonujących zawód lekarza wydaje się dominować w tym środowisku.

Lekarze zdają się nie dostrzegać tego, że zadaniem tajemnicy lekarskiej jest wytworzenie atmosfery wzajemnego zaufania między pacjentem a lekarzem. Cóż się zresztą dziwić, skoro korzystający z pomocy lekarza w jego oczach dawno temu przestał już być pacjentem, a stał się „przypadkiem”. Lekarz coraz rzadziej widzi w pacjencie człowieka. Coraz częściej jest to dla niego zepsuty organizm, a nawet mechanizm, który musi zreperować. Gotów jest się jedynie zdziwić, że tak powszechnie znana postać cierpi na tak banalną lub rzadką chorobę. Interesuje go jak organizm zareaguje na przepisane leki. Gotów jest się przy tym dzielić nie tylko z kolegami po fachu, ale z ludźmi dość przypadkowymi, wiadomością o tym, kim był jego pacjent, z jakimi chorobami walczył. W dobie powszechnego ekshibicjonizmu, stymulowanego przez Facebook, Instagram, Snapchat, czy Twitter, takie zachowanie wydaje się normalne, oczekiwane. Istnieją jednak osoby, które z różnych względów sobie tego nie życzą, które pozostają w błędnym, jak się okazuje przekonaniu, że starożytne, a może tylko XIX-wieczne reguły dotyczące relacji między lekarzem, a pacjentem nadal istnieją i są przestrzegane.

Nie sposób w tym miejscu przedstawiać po raz kolejny genezy i podstaw lekarskiego obowiązku, zachowania tajemnicy lekarskiej, relacjonować techniki legislacyjne, dzięki którym ustawodawcy kreują i chronią obowiązek dochowania tajemnicy lekarskiej, porównywać rozwiązania istniejące w różnych państwach, chociażby tylko europejskich, przedstawiać filozoficzne i etyczne uzasadnienia tajemnicy lekarskiej. Kwestie te były wielokrotnie przedstawiane i omawiane w doktrynie¹⁰.

Tajemnica lekarska chroniona jest w różny sposób. Niekiedy na straży jej stoją jedynie normy etyczne, czasem przepisy prawa karnego i grożące odpowiedzialnością

¹⁰ Ostatnio poświęcił temu uwagę K. Michalak, *Tajemnica lekarska i psychiatryczna a polski proces karny*, Kraków 2018. Zob. A. Huk, *Tajemnica zawodowa lekarza w polskim procesie karnym*, Warszawa 2006; M. Rusinek, *Tajemnica zawodowa i jej ochrona w polskim procesie karnym*, Warszawa 2007; R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2014; M. Safjan, *Problemy prawne tajemnicy lekarskiej*, „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 1995, z. 1, s. 6; G. Rejman, *Tajemnica lekarska*, „Studia Iuridica” 1996, nr XXXI, s. 154; J. Haberko, R. Kocyłowski, *Szczególna postać tajemnicy lekarskiej w przypadku stosowania technik wspomaganego rozrodu*, „Prawo i Medycyna” 2006, nr 2; A. Huk, *Tajemnica zawodowa lekarza*, „Prokuratura i Prawo” 2001, nr 6, s. 69–85; J. Fleszar-Szumigajowa, G. Rejman, *Tajemnica zawodowa lekarza psychiatry*, „Palestra” 1996, nr 9, s. 46–55; M. Szewczyk, *Prawnokarna ochrona tajemnicy zawodowej lekarza*, „Czasopismo Prawa Karnego” 2000, nr 1, s. 161–172; A. Zoll, *Tajemnica zawodowa lekarza*, w: *Tajemnica lekarska: materiały z posiedzenia Komisji Etyki Lekarskiej z dnia 15 listopada 1993 r.*, Kraków 1994, s. 5–13; D. Rydlichowska, *Tajemnica lekarska w postępowaniu karnym*, „Prokuratura i Prawo” 2015, nr 9, s. 37–48.

za złamanie tej tajemnicy. Bywa także i tak, że chroniona jest ona zarówno przez normy moralne, jak i przepisy zawarte w aktach normatywnych. Granice tajemnicy lekarskiej wytyczają akty normatywne, mieszczące się w płaszczyźnie prawa cywilnego, bądź administracyjnego.

Źródłem tajemnicy zawodowej mogą być przepisy ustaw, ale także zasady etyki, zwłaszcza te, które przybrały postać normatywną. Źródeł tajemnicy zawodowej można doszukiwać się także w zobowiązaniach wiążących przedstawiciela danego zawodu, wynikających z umowy cywilnoprawnej, a także z konieczności przestrzegania zasady ochrony dóbr osobistych, aczkolwiek to ostatnie rozwiązanie bywa kwestionowane w praktyce¹¹.

Tajemnica lekarska określona w treści art. 40 u.z.l., precyzowana jest dalej w tekście Kodeksu etyki lekarskiej (dalej: KEL). Już w przyrzeczeniu lekarskim, będącym niejako preambułą do tego Kodeksu, zawarto przyrzeczenie nienadużywania zaufania pacjentów i dochowania tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego. Samej tajemnicy lekarskiej dotyczą art. 23 do 29 KEL, które pozostają kompatybilne z treścią art. 40 u.z.l., powtarzając jego rozwiązania i nieco uszczegóławiając treść. Wskazano w KEL, że tajemnicą lekarską, do której zachowania lekarz jest zobowiązany, objęte są wszystkie wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywaniem zawodu. Dodano jednak w treści art. 23 KEL, że tajemnica ta dotyczy także otoczenia pacjenta.

Zwolnienia od tajemnicy lekarskiej sformułowano w treści art. 25 KEL, ograniczając to do trzech przypadków, a mianowicie: sytuacji, gdy pacjent wyrazi na to zgodę, gdy zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża życiu lub życiu pacjenta, ewentualnie innych osób oraz jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa. Takie ujęcie jest identyczne z rozwiązaniami przyjętymi w treści art. 40 u.z.l., z tym, że w tekście art. 40 ust. 2 pkt 4 u.z.l. w odniesieniu do zgody pacjenta na zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej mowa z jednej strony o tym, że wyrazić może ją nie tylko pacjent, ale także jego przedstawiciel ustawowy oraz, że powinni być oni poinformowani o niekorzystnych dla pacjenta skutkach takiego ujawnienia. W odniesieniu do sytuacji, gdy zachowanie w tajemnicy w istotny sposób zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób, kwestię tę art. 40 ust. 2 pkt 3 u.z.l. ujmuje nieco inaczej, stwierdzając, że zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta, lub innych osób. Istnieje niewątpliwie poważna różnica między „zagrożeniem życia lub zdrowia”, o czym traktuje art. 25 KEL, a „niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia”, którego to określenia użyto w treści art. 40 ust. 2 pkt 3 u.z.l.

W art. 25 KEL stwierdzono także, że zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić, jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa, gdy tymczasem w art. 40 ust. 2 pkt 1 u.z.l. napisano, „gdy tak stanowią ustawy”. Różnice te mają charakter jedynie semantyczny, aczkolwiek uregulowanie ustawowe jest bardziej precyzyjne, gdyż stawia tamę ewentualnym próbom zwalniania lekarzy z tajemnicy lekarskiej, a może nawet zobowiązania ich do ujawniania tej tajemnicy, aktami niższego rzędu niż ustawa, a więc np. rozporządzeniami. Takie niebezpieczeństwo niewątpliwie zawsze istnieje i dlatego rozwiązanie zawarte w treści art. 40 ust. 2 pkt 1 należy uznać za właściwsze.

¹¹ M. Rusinek, *Tajemnica zawodowa...*, s. 51–53; M. Safian, *Problemy prawne tajemnicy lekarskiej*, „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 1995, s. 13.

Zawarte w treści art. 24 KEL stwierdzenie uznające, że nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej „przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjenta innemu lekarzowi, jeżeli to jest niezbędne dla dalszego leczenia lub wydania orzeczenia o stanie zdrowia pacjenta”, jest w gruncie rzeczy zgodne z art. 40 ust. 2 pkt 6 u.z.l., z tym, że regulacja ustawowa obejmuje swoją treścią nie tylko sytuacje ujawniania tajemnicy innemu lekarzowi, lecz także innym uprawnionym osobom, uczestniczącym w udzieleniu świadczeń zdrowotnych.

Istotnym rozszerzeniem w stosunku do art. 40 u.z.l. jest treść art. 26 KEL, w którym wyraźnie stwierdzono, że nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej przekazanie wyników badania, przeprowadzonego na zlecenie upoważnionego z mocy prawa organu, zlecającemu takie badanie. Koniecznym jest jednak, aby lekarz poinformował o tym osobę, która ma być zbadana. Ważnym jest także i to, że wszelkie informacje, które nie są konieczne dla uzasadnienia wniosków wynikających z takowego badania, winny być nadal objęte tajemnicą lekarską. Rozszerzający charakter ma także treść art. 27 KEL, w którym stwierdzono, że lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka.

Na lekarzy nałożono także obowiązek czuwania nad tym, aby osoby asystujące mu lub pomagające w pracy przestrzegały tajemnicy zawodowej. Tajemnica ta może mieć np. charakter tajemnicy dziennikarskiej, aczkolwiek wypada wyrazić pogląd, że osoby stanowiące personel medyczny, które powzięły z racji swych obowiązków informację chronioną tajemnicą lekarską, zobowiązane są do przestrzegania takiej tajemnicy, mimo, że nie są lekarzami. Analogiczna sytuacja istnieje w odniesieniu do pracowników redakcji niebędących dziennikarzami, którzy jednak z mocy art. 15 ust. 3 ustawy z 26 stycznia 1984 r.¹² mają obowiązek przestrzegania tajemnicy dziennikarskiej. W treści art. 28 KEL stwierdzono przy tym wyraźnie, że dopuszczenie osób niebędących lekarzami do tajemnicy lekarskiej powinno obejmować wyłącznie informacje w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania czynności zawodowych. Zobowiązano także lekarzy do prawidłowego prowadzenia dokumentacji lekarskiej oraz zabezpieczenia jej przed ujawnieniem¹³. Dokumentacja ta powinna zawierać wyłącznie informacje potrzebne do postępowania lekarskiego. Wypada w tym miejscu zauważyć, że nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji lekarskiej, nieodnotowywanie w jej treści faktu badania, informacji przekazywanych przez chorego stanowi naruszenie obowiązków i może rodzić odpowiedzialność dyscyplinarną. Sposób prowadzenia dokumentacji lekarskiej w myśl art. 41 ust. 2 u.z.l. określają przepisy ustawy z 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i rzeczników praw pacjenta*¹⁴. Udostępnianie dokumentacji

¹² Dz. U. 1984, Nr 5, poz. 24 ze zm.

¹³ Kwestia ujawnienia dokumentacji medycznej wydaje się istotna w świetle art. 225 oraz art. 226 k.p.k. Zob. w tym przedmiocie R. A. Stefański, *Wykorzystanie dokumentów zawierających tajemnicę państwową, służbową lub zawodową w nowym kodeksie postępowania karnego*, „Prokuratura i Prawo” 1998, nr 5, s. 113–117; P. Pochopień, T. Banaś, T. Filarski, M. Mikos, *Dokumentacja medyczna...*, s. 195–230; M. Jackowski, *Ochrona danych medycznych*, Warszawa 2002, zwłaszcza s. 207–230.

¹⁴ J.t. Dz. U. 2016, poz. 186. W świetle poglądów judykatury nie ulega wątpliwości, że prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta przez lekarza wiąże się z wykonywaniem zawodu lekarza. Zob. postanowienie Sądu Najwyższego z 24 maja 2007 r. I KZP 11/07 OSNKW 2007, nr 6, poz. 48. W kwestii prowadzenia dokumentacji medycznej zob. M. Kwiatkowska, *Ordyn-*

lekarskiej zarówno pacjentowi, jak i innym osobom budzić może rozliczne wątpliwości zwłaszcza w zakresie kodowego określania chorób na zwolnieniach lekarskich, a nawet kodów charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego¹⁵.

Istotnym postanowieniem KEL jest zawarty w treści art. 29 obowiązek nałożony na lekarza i współpracujące z nim osoby zabezpieczenia poufności informacji zawartych w materiale genetycznym pacjentów i ich rodzin. Z zalem należy tu zauważyć, że ten niewątpliwie ważny obowiązek nie został opatrzony sankcjami karnymi w ustawie o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Trybunał Konstytucyjny w postanowieniu z dnia 7 października 1992 r.¹⁶ uznał, że stanowienie norm deontologicznych nie należy do właściwości organów państwa. Normy deontologiczne same przez się nie posiadają charakteru prawnego, mieszczą się bowiem w niezależnym od prawa zbiorze norm etycznych. Odwołanie zawarte w ustawach do norm deontologicznych jest jedynie ustawowym potwierdzeniem powszechnie uznanego prawa korporacji lekarskiej, a także innych korporacji zawodowych do określania zasad deontologicznych. Zauważono, że zbiory norm prawnych i etycznych nie pokrywają się ze sobą i tworzą dwa niezależne od siebie kręgi, podkreślając, że normy etyczne mogą być przez akt prawny inkorporowane do systemu obowiązującego prawa. Stało to się, jak podkreślono poprzez ustawę o izbach lekarskich¹⁷.

nacja lekarska w świetle kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia, „Komentarz praktyczny ABC”, nr 213866, cz. 2. Zob. także G. Ladrowska, *Prawo dostępu pacjenta i osób przez niego upoważnionych do dokumentacji medycznej*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 1, s. 20–21.

¹⁵ Zob. w tym przedmiocie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania, Dz. U. 2012, poz. 594. Por. M. Łokaj, M. Narolski, *Rejestracja podmiotów prowadzących działalność leczniczą w rejestrach działalności regulowanej*, „Komentarz praktyczny ABC” nr 145358; A. Pietraszewska-Macheta, *Rozporządzenie w sprawie kodów resortowych – wpływ na umowę NFZ*, „Komentarz Praktyczny ABC” nr 153860. Por. także E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 585–603.

¹⁶ Sygn. akt U 1/92, OTK ZU 1992, poz. 38.

¹⁷ W uzasadnieniu wspomnianego postanowienia podkreślono, że ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza w art. 14 ust. 2 zwalnia lekarza od obowiązku zachowania tajemnicy poza wypadkami określonymi w normach deontologicznych Kodeksu etyki lekarskiej, także w przypadku, gdy z mocy szczególnych przepisów lekarz jest obowiązany donieść władzom o określonych okolicznościach. Zauważono, że taki obowiązek istnieje np. z mocy art. 13 pkt a ustawy o zawodzie lekarza, który zobowiązuje, aby lekarz w ciągu 24 godz. zawiadomił władze powołane do ścigania o każdym przypadku zabójstwa, ciężkiego uszkodzenia ciała, samobójstwa lub zatrucia oraz pozostającego związku z przestępstwem, lekkiego uszkodzenia ciała, gdy powziął o tych przypadkach wiadomość podczas wykonywaniu zawodu. Pamiętać jednak należy, że rozważania Trybunału odnoszą się do ustawy z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 1989, Nr 30, poz. 158), która obecnie już nie obowiązuje, gdyż utraciła moc w oparciu o art. 122 ustawy z 2 grudnia 2009 r. (Dz. U. 2009, Nr 219, poz. 1708 ze zm.; j.t. Dz. U. 2016, poz. 522). Na marginesie wypada w tym miejscu zauważyć, że w obowiązującym tekście art. 51 ust. 4 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, wskazano jednoznacznie, że nie stanowi naruszenia tajemnicy lekarskiej, składanie przez lekarza zeznań i wyjaśnień w zakresie okoliczności objętych postępowaniem, w trakcie toczącego się postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Jednocześnie w art. 79 wskazano, że sąd lekarski wyłącza m.in. jawność rozprawy, jeżeli jawność mogłaby naruszyć tajemnicę lekarską, o której mowa w art. 40 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (j.t. Dz. U. 2015, poz. 464). Wypada zauważyć, że w odniesieniu do wspomnianego postanowienia Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 1992 r., 4 sędziów złożyło zdanie odrębne, przy czym sędzia TK

Tajemnicę lekarską obecnie określa art. 40 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* z 5 grudnia 1996 r.¹⁸ Nie był to jednak pierwszy z aktów normatywnych, odnoszących się do tej kwestii. W okresie międzywojennym tajemnicę lekarską statuował początkowo art. 11 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. *w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w państwie polskim*¹⁹. W jego treści stwierdzono, że „lekarz jest obowiązany do zachowania w tajemnicy wszystkiego, co spostrzeże, usłyszy lub przeniknie podczas i na skutek wykonywania swego zawodu”. Wskazano także 5 wyjątków od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, zauważając, że należą do nich sytuacje: „w których powierzający tajemnicę, dotyczącą tylko jego samego, lub jego ustawowy zastępca (opiekun, kurator itp.) zezwolą na jej ujawnienie, a lekarz nie dostrzeże w jej ujawnieniu krzywdy chorego; w tych wypadkach wyjawienie tajemnicy może być dokonane jedynie osobie, przez nich wskazanej; w których powierzający tajemnicę jest niewłasnowolnym; w tych wypadkach lekarz, o ile nie dostrzeże w ujawnieniu powierzonej mu tajemnicy krzywdy chorego, winien na żądanie ustawowego zastępcy tegoż wyjawić powierzoną mu tajemnicę; w których zastosowanie tajemnicy może spowodować niebezpieczeństwo dla otoczenia pod względem zdrowia i życia; kiedy lekarz o pomocy udzielonej przez siebie członkom Kas Chorych na zlecenie i rachunek tychże będzie zapytany w drodze urzędowej przez władze lekarskie Kas Chorych, które są obowiązane do bezwzględного zachowania tajemnicy lekarskiej”. W ostatnim z akapitów stwierdzono, że w zakresie „obowiązku świadczenia wobec władz lub doniesienia do władz pozostają w mocy istniejące przepisy prawne”.

Ustawa w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej, została uchylona przez art. 31 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. *o wykonywaniu praktyki lekarskiej*²⁰. W art. 15 ust. 1 tego rozporządzenia stwierdzono, że „lekarz obowiązany jest do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym poweźmie wiadomość podczas i wskutek wykonywania zawodu lekarskiego”. W ust. 2 tegoż artykułu wyliczono wyjątki od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej. Zaliczono do nich sytuacje: „kiedy lekarz obowiązany jest z mocy przepisów prawnych donosić władzom o zachorowaniach; w których leczony lub jego prawny zastępca (opiekun, kurator itp.) zezwolą na jej ujawnienie; w których powierzający lekarzowi tajemnicę jest niewłasnowolny – w tych przypadkach lekarz, o ile nie dostrzeże w ujawnieniu powierzonej mu tajemnicy krzywdy chorego, może wyjawić powierzoną mu tajemnicę prawnemu zastępcy tegoż; w której zachowanie tajemnicy lekarskiej powodować może istotne niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia leczonego lub otoczenia; kiedy na skutek żądania uprawnionych władz, urzędów, bądź też instytucyj państwowych, samorządowych lub publiczno-prawnych lekarz występuje jako biegły; kiedy badanie lekarskie zostało zarządzone na żądanie uprawnionych do tego władz, urzędów i in-

prof. K. Działocha wyraził przekonanie, że Kodeks etyki lekarskiej, jako ustanowiony przez samorząd lekarski na podstawie normy kompetencyjnej, udzielonej przez państwo i w drodze zinstytucjonalizowanego przez ustawę trybu, należy do systemu prawa. Pogląd taki w znaczący sposób podzielił sędzia TK Henryk Groszyk, stwierdzając, że KEL jest aktem stanowiącym normy prawne.

¹⁸ J.t. Dz. U. 2018, poz. 617.

¹⁹ Dz. U. RP 1921, Nr 105, poz. 762.

²⁰ Dz. U. RP 1932, Nr 81, poz. 712.

stytucyj państwowych, samorządowych i publiczno-prawnych”. Rozwiązania te legły u podstaw późniejszych regulacji.

Kolejnym aktem normatywnym regulującym m.in. kwestie tajemnicy lekarskiej była ustawa z 28 października 1950 r. *o zawodzie lekarza*²¹. W art. 14 tejże ustawy zauważono, że „lekarz jest obowiązany do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym poweźmie wiadomość w związku z wykonywaniem zawodu”, a więc kwestie tajemnicy potraktowano nieco wężej niż w poprzedzających tę ustawę aktach normatywnych. Inaczej także uregulowano kwestie zwolnienia lekarza od obowiązku zachowania w tajemnicy, stwierdzając, że jest od niej zwolniony w przypadkach gdy: „z mocy szczególnych przepisów jest obowiązany donieść władzom o określonych okolicznościach, a także wtedy, gdy osoba korzystająca z pomocy lekarza lub jej prawny zastępca zezwoli na ujawnienie tajemnicy, wreszcie, gdy zachowanie tajemnicy może spowodować istotne niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia osoby leczonej lub dla otoczenia, a także wtedy, gdy ma on obowiązek donieść uprawnionej władzy urzędowi lub instytucji prawa publicznego o wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego na jej żądanie”.

W doktrynie odnosząc się do kwestii tajemnicy lekarskiej w świetle regulacji wspomnianej ustawy z 28 października 1950 r. podkreślano, że należy odróżnić sytuację, kiedy lekarz uzyskał informację w związku z wykonywanym zawodem i podjętymi czynnościami leczniczymi od przypadków, gdy określone wiadomości powzięte zostały przez niego, przy wykonywaniu czynności jako biegłego, bądź eksperta²².

Ustawa z dnia 28 października 1950 r. *o zawodzie lekarza* została zastąpiona przez wejście w życie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*²³. W art. 40 ust. 1 tej ustawy wielokrotnie zmienianym i uzupełnianym w czasie jej długoletniego obowiązywania, uregulowano kwestię tajemnicy lekarskiej. W pierwotnym tekście²⁴ stwierdzono w art. 40 ust. 1, że lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. W ust. 2 tego przepisu wskazano, że przepisu ust. 1 art. 40 nie stosuje się, gdy: tak stanowią ustawy (pkt 1 ust. 2 art. 40), badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje (pkt 2 ust. 2 art. 40), zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób (pkt 3 ust. 2 art. 40), pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia (pkt 4 ust. 2 art. 40), zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń (pkt 5 ust. 2 art. 40), jest to niezbędne do praktycznej nauki zawodów medycznych (pkt 6 ust. 2 art. 40), jest to niezbędne dla celów naukowych; ujawnienie tajemnicy może nastąpić

²¹ Dz. U. 1950, Nr 50, poz. 458.

²² Zob. R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 24.

²³ J.t. Dz. U. 2018, poz. 617 ze zm.

²⁴ Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152.

wyłącznie w niezbędnym zakresie (pkt 7 ust. 2 art. 40). W końcowej części pierwotnego art. 40 ust. 2 dodano klauzulę w brzmieniu: „ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie”. Treść tej klauzuli wydaje się odnosić do wszystkich punktów zawartych w ust. 2 art. 40, czyli do wszystkich sytuacji, w których lekarz nie jest związany obowiązkiem zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem. W ust. 3 art. 40 zawarowano, że lekarz jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta, a w kolejnym ust. 4 art. 40 te same ustawy, że nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody.

Z mocy art. 24 ustawy z dnia 15 czerwca 2007 r. *o lekarzu sądowym*²⁵ uzupełniono wyliczenie sytuacji, w których lekarz nie ma obowiązku zachowania tajemnicy, dodając pkt 8 w treści ust. 2 art. 40 *ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, w myśl którego lekarz nie ma obowiązku zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, wówczas, gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu.

Dalsze zmiany treści art. 40 zostały wprowadzone przez art. 5 ustawy z dnia 24 kwietnia 2009 r. przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia²⁶. W uzasadnieniu ustawy zwrócono uwagę m.in. na fakt, że ustawa ta ma za zadanie wprowadzić w życie trzy ustawy, a mianowicie: po pierwsze, ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, po drugie, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz po trzecie, ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia. Zauważono przy tym, że istnieje konieczność zmian w ustawach: *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* z 5 grudnia 1996 r.; *o zawodach pielęgniarki i położnej* z dnia 5 lipca 1996 r.²⁷; *o diagnostyce laboratoryjnej* z 27 lipca 2001 r.²⁸ Zmiany te winny dostosować te ustawy do regulacji zawartych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dotyczących dokumentacji medycznej oraz do wyrażania przez pacjenta zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, a także w kwestii tajemnicy lekarskiej.

W myśl art. 5 ustawy z dnia 24 kwietnia 2009 r. zmieniono treść art. 40 ust. 2 formułując na nowo sytuacje, w których lekarz nie ma obowiązku zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Ograniczono liczbę takich sytuacji jedynie do sześciu, zachowując bez zmian cztery pierwsze dotychczasowe punkty ust. 2 art. 40 *ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, a przemodelowując następne. W myśl pkt 5 ust. 2 art. 40 lekarz nie jest związany tajemnicą, gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu. Ten punkt połączył w swojej treści dotychczasowy tekst art. 40 ust. 2 pkt 5 z art. 40 ust. 2 pkt 8 wspomnianej ustawy. W dotychczasowym pkt 5 ust. 2 art. 40 skreślono słowa „związanych z udzieleniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub osobom uprawnionym uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń”. Przejęto natomiast w nowej treści art. 40 ust. 2 pkt 5 część dotychczasowego pkt 8 ust. 2 art. 40, z którego wynikało, że lekarz nie jest związany obowiązkiem

²⁵ Dz. U. 2007, Nr 123, poz. 849.

²⁶ Dz. U. 2009, Nr 76, poz. 641.

²⁷ Dz. U. 1996, Nr 91, poz. 410.

²⁸ Dz. U. 2001, Nr 100, poz. 1083.

zachowania tajemnicy informacji związanych z pacjentem, wtedy, „gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu”.

Dokonując przemodelowania ust. 2 art. 40 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, skreślono treści zawarte w dotychczasowych pkt 6, 7 i 8. Skutki tych zmian nie zostały zauważone w doktrynie. Tymczasem skreślenie pkt 6 i 7 można interpretować w ten sposób, że lekarz nie jest już zwolniony od obowiązku zachowywania tajemnicy, gdy jest to niezbędne do praktycznej nauki zawodów medycznych (pkt 6 ust. 2 art. 40), ani niezbędne dla celów naukowych, czyli innymi słowy w obu tych sytuacjach lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem. Tym samym skutki wprowadzonych zmian są niezwykle doniosłe.

Zmiana wprowadzona w art. 5 ustawy z dnia 24 kwietnia 2009 r. przecięła ewentualnie wątpliwości, co do tego czy ujawnienie przez lekarza tajemnicy w sytuacjach określonych w art. 40 ust. 2 dotyczy wszystkich sytuacji wymienionych w treści tego przepisu, gdyż do tekstu art. 40 wprowadzono nowy ust. 2a, zgodnie z którym „w sytuacjach, o których mowa w ust. 2, ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie”. Oczywiście otwiera to pole do interpretacji pojęcia „niezbędny zakres”. Jednoznacznie także w trakcie nowelizacji art. 40 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, przesądzono o tym, że tajemnica lekarska wiąże także lekarza po śmierci pacjenta (art. 40 ust. 3 w nowym brzmieniu). Problem podawania do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta został rozwiązany w ten sposób, że znowelizowano art. 41 ust. 2, a w nowym brzmieniu tego przepisu stwierdzono, że sposób prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej przez lekarza, określają ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. W ten sposób jednak rozerwano kwestie dotyczące tajemnicy lekarskiej między dwie ustawy. Zawarowano jednocześnie jednak, że lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody, recypując w tym zakresie tekst pierwotny ustawy.

Dalsze zmiany art. 40 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* wprowadziła ustawa z 10 czerwca 2016 r. *o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*²⁹. W art. 2 wspomnianej ustawy z 10 czerwca 2016 r. zmieniono dotychczasową treść ust. 2a i 3 art. 40, dodając jednocześnie ust. 3a art. 40 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*.

W nowym brzmieniu ust. 2a art. 40 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* tekst, że sytuacja, o których mowa w ust. 2 „ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie” uzupełniono stwierdzeniem „w sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 4 zakres ujawnienia tajemnicy może określić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy”. Ponadto nadano nowe brzmienie ust. 3 art. 40 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, w ten sposób, że dotychczasowy tekst głoszący, że lekarz jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta, uzupełniono stwierdzeniem „chyba, że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska, w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*”. Wskazano także w dalszym zdaniu ust. 3 art. 40, że „Osoba bliska wyrażająca

²⁹ Dz. U. 2016, poz. 1070.

zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia, o którym mowa w ust. 2a”. Dodano także nowy ust. 3a, w którym stwierdzono, że „zwolnienia z tajemnicy lekarskiej, o którym mowa w ust. 3 nie stosuje się, jeśli ujawnienia tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”.

W art. 3 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. dokonano zmian w ustawie z 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*³⁰ wprowadzając w art. 14 nowe brzmienie ust. 3 o treści: „osoby wykonujące zawód medyczny z wyjątkiem przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 1–3 i ust. 2a są związane również po śmierci pacjenta, chyba, że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska”. Dodano jednocześnie w art. 14 nowy ust. 4, w którym stwierdzono, że „zwolnienia z tajemnicy, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska”.

Konsekwencją omówionych zmian była nowelizacja przepisów Kodeksu postępowania karnego, odnoszących się do zwolnień z tajemnicy lekarskiej art. 181 k.p.k. i przyjęcie nowego brzmienia art. 181 § 1 k.p.k.. Do dotychczasowego brzmienia tego przepisu dodano tekst: „nie dotyczy to wypadku, gdy zwolnienie z tajemnicy nastąpiło na podstawie art. 40 ust. 2 pkt 4 oraz art. 40 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz art. 14 ust. 2 pkt 3 lub art. 14 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, w przewidzianym przez te ustawy zakresie i przy braku wskazanego w nich sprzeciwu”. Rozwiązanie to pozwala w zupełności „podeptać” wolę zmarłego pacjenta, który zobowiązywał swojego lekarza do zachowania tajemnicy lekarskiej. Przydana temu nowa klauzula sformułowania zawartego w nowym § 1a art. 181 k.p.k., w myśl której „jeżeli zwolnienie z tajemnicy nastąpiło na podstawie i na zasadach, o których mowa w § 1 zd. 2” (a więc w kwestii do której odnosi się nowelizacja) to „okoliczności objęte tajemnicą, które zostały ujawnione na rozprawie z wyłączeniem jawności, mogą być rozpowszechniane publicznie przez osobę, której zgoda była wymagana do zwolnienia z tej tajemnicy”. To rozwiązanie czyni „pośmiertną tajemnicę lekarską” całkowicie iluzoryczną. Osoba bliska z punktu widzenia ustawowego nie zawsze jest osobą, z którą zmarły jest związany uczuciowo. Sądom znane są przypadki, że mimo trwania małżeństwa małżonkowie nie kontaktują się ze sobą, a ich dzieci często z innych „nieformalnych” związków nawet nie wiedzą o tym, że rodzice są faktycznie osobami pozostającymi w związku małżeńskim.

Dokonując nowelizacji wspomnianych ustaw, ustawodawca – jak wynika z uzasadnienia projektu ustawy – stawiał sobie za cel zwiększenie transparentności procesu karnego poprzez wzmocnienie konstytucyjnej zasady jawności rozprawy. Arbitralnie przyjął w uzasadnieniu projektu, że zakres tajemnicy lekarskiej jest ujęty zbyt szeroko, uniemożliwiając często osobom najbliższym wobec zmarłego pacjenta dochodzenie roszczeń lub odpowiedzialności osób, które mogły przyczynić się do śmierci pacjenta. W efekcie, jak stwierdza się w uzasadnieniu projektu ustawy, tajemnica lekarska może być w jednostkowych przypadkach wykorzystywana do ukrywania błędów w leczeniu wbrew interesowi pacjenta. Projektodawcy nie zauważyli jednak, że w interesie

³⁰ J.t. Dz. U. 2016, poz. 186 ze zm.

pacjenta może być nieujawnianie przebiegu jego choroby, a nawet tego, na co w rzeczywistości chorował. W projekcie zakłada się, że przyjęta w nowelizacjach konstrukcja umożliwi osobom najbliższym poznanie całokształtu okoliczności związanych ze stanem zdrowia pacjenta i może poprzedzać decyzję o złożeniu zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Z nieuzasadnioną naiwnością przyjmuje się przy tym, że w wielu przypadkach ujawnienie tajemnicy będzie wystarczające dla osób najbliższych „do naprawienia krzywdy w przypadku przyczynienia się do śmierci pacjenta”. W uzasadnieniu przyjęto również, że w przypadku częściowego uchylecia tajemnicy lekarskiej może dojść do pojawienia się nowych okoliczności, konieczność poszukiwania nowych dowodów lub choćby uzasadnionego podejrzenia, że zebrany materiał dowodowy zawiera znaczne braki, które wymagają uzupełnienia w postępowaniu przygotowawczym³¹. Rozwiązanie to jest niezrozumiałe, zważywszy, że dostęp do dokumentacji medycznej przed nowelizacją dla prokuratora i sądu nie był praktycznie ograniczony. Czemu więc miała służyć nowelizacja, trudno dociec. Społeczne skutki jej wprowadzenia trudne są jednak do ogarnięcia. Dotkną one zarówno pacjentów, jak i osoby dla nich bliskie, lekarzy i osoby wykonujące zawody medyczne, doprowadzić mogą i doprowadzą do skłócenia rodzin, wywołania stanu podejrzliwości wobec lekarzy, staną się także źródłem mitręgi administracyjnej.

Zauważyć należy, że w wyniku przeprowadzonej nowelizacji w sposób znaczący został ograniczony obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta, a procedura zwalniania lekarza z tajemnicy lekarskiej została sformułowana nadzwyczaj nieprecyzyjnie. Podkreślić także należy, że dokonane zmiany niekoniecznie były potrzebne dla umożliwienia dochodzenia odpowiedzialności za błąd medyczny. W stanie prawnym poprzedzającym nowelizację takie możliwości już istniały i mogły być realizowane za pośrednictwem prokuratora. Przeprowadzona nowelizacja mogłaby jedynie poprawić sytuację osób pragnących wystąpić z roszczeniami odszkodowawczymi z racji śmierci osoby najbliższej. Wątpliwości jednak budzi to, czy była ona konieczna, zwłaszcza w sytuacji, kiedy krąg podmiotów upoważnionych do domagania się, aby lekarz złamał tajemnicę lekarską został określony nader szeroko, przy czym nie zróżnicowano ich pozycji ani ewentualnego pierwszeństwa w zakresie decydowania o zwolnieniu lekarza z tajemnicy. Godzi się podnieść, że kształt przeprowadzonej nowelizacji zasadza się na niezrozumieniu celu i istoty tajemnicy lekarskiej oraz tego, że to wola pacjenta winna mieć decydujące znaczenie w określeniu kręgu podmiotów, którym można udostępnić dane objęte tajemnicą. Dodać do tego należy, że dokonując nowelizacji ustawodawca nie uzasadnił w sposób należyty proporcjonalności wprowadzonych zmian³².

³¹ *Uzasadnienie projektu ustawy*, Druk sejmowy, Sejm VIII Kadencji nr 451.

³² Brzmienie znowelizowanych przepisów, ze względu na swoją niejednoznaczność, wywoływało duże obawy wśród osób wykonujących zawody medyczne. Dostrzegają one ogromne ryzyko nieświadomego naruszenia ustawy poprzez udostępnienie informacji o zmarłym pacjentce osobie nieuprawnionej. Wskazywano, że ustawa uznaje za osobę bliską m.in. małżonka oraz krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej – nie wskazuje jednak na podstawie jakich dokumentów osoba wykonująca zawód medyczny ma to pokrewieństwo badać. Podkreślić należy, że ustawa uznaje za osobę bliską osobę pozostającą we wspólnym pożyciu – nie wskazuje jednak w jaki sposób lekarz, do którego zgłasza się osoba twierdząca, że pozostawała we wspólnym pożyciu ze zmarłym pacjentem, miałyby sprawdzić i udokumentować prawdziwość takiego twierdzenia. Usta-

Chcąc rozwiązać zaistniałą w wyniku nowelizacji sytuację, wyjątkowo niekomfortową dla lekarzy, Naczelna Rada Lekarska zwróciła się 28 października 2016 r. z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności art. 40 ust. 3 i 3a ustawy z 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* oraz art. 14 ust. 3 i 4 ustawy z 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* z art. 30, 40, 47 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji oraz art. 8 ust. 1 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzonej w Rzymie 4 listopada 1950 r.

Zarządzeniem z 23 listopada 2016 r. Trybunał Konstytucyjny wezwał wnioskodawcę do usunięcia, w terminie 7 dni od daty doręczenia zarządzenia, braków formalnych wniosków przez: szczegółowe uzasadnienie, w jaki sposób zakwestionowane przypisy naruszają art. 30 i 47 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji oraz art. 8 ust. 1 Konwencji – w odniesieniu do członków samorządu lekarskiego, a także o doręczenie wyciągu z protokołu posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, na którym podjęto uchwałę nr 17/16/VII z 2 września 2016 r. w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego. Protokół ten został nadesłany Trybunałowi jeszcze przed doręczeniem wezwania do uzupełnienia braków.

W piśmie z 5 grudnia 2016 r. wnioskodawca przedstawił ogólnie cechy zawodu zaufania publicznego, odnosząc je do środowiska lekarskiego. Podkreślił, że sformułowane we wniosku skierowanym do Trybunału Konstytucyjnego zarzuty zostały sformułowane w interesie środowiska lekarskiego i w związku z tym wnioskodawca reprezentujący to środowisko miał legitymację do złożenia wniosku. Dodano jednocześnie, że zarzut naruszenia prawa jednostki do decydowania o zakresie udostępnienia innym informacji o sobie został postawiony przez wnioskodawcę dlatego, że „z jednej strony to właśnie lekarzy i lekarzy dentystrów kwestionowane przepisy obligują do naruszania prywatności pacjentów oraz ich woli, a z drugiej strony skutki tych regulacji w postaci istotnego osłabienia ochrony tajemnicy lekarskiej w znaczny sposób utrudniają lekarzom i lekarzom dentystrów należyte wykonywanie ich zawodów”. Wnioskodawca wywiódł, że zakwestionowane przepisy mogą powodować u pacjentów uzasadnioną obawę, że po ich śmierci dojdzie – wbrew ich woli – do udostępnienia informacji objętych tajemnicą lekarską, co będzie skłaniać pacjentów do zatajenia przed lekarzem informacji mogących mieć znaczenie w procesie leczenia. Taka sytuacja może jak stwierdził wnioskodawca doprowadzić do naruszenia więzi łączącej lekarza z pacjentem i spowodowania nieufności pacjenta wobec lekarza.

Zdaniem wnioskodawcy, zakwestionowane we wniosku przepisy dotyczą jednej z najważniejszych zasad wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry. Stwierdził, że „należyte ukształtowanie normatywne zasad wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry oraz obowiązków osób wykonujących te zawody w stosunku do pacjentów leży w interesie samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystrów”. Wnio-

wa przyznaje osobie bliskiej prawo sprzeciwu w kwestii ujawnienia tajemnicy, nie rozwiązuje jednak problemu, czy w przypadku gdy zgłasza się pierwsza osoba należy czekać na ewentualne późniejszy sprzeciw (jeśli tak to jak długo) albo czy po śmierci osoby zgłaszającej sprzeciw ta swoista „blokada” zostaje zdjęta. Najważniejszym mankamentem jest jednak to, że z lekarza wspomniane rozwiązanie stara się uczynić urzędnika, a może nawet detektywa, który w żmudny sposób stara się dociec wzajemnych powiązań między osobami, które twierdzą, że są bliskimi zmarłego. Szerzej w tej kwestii zob. J. Sobczak, *Problem tajemnicy lekarskiej...*, s. 112–122.

skodawca podkreślił w końcu, że „istnienie w przedmiotowym postępowaniu interesu publicznego w rozpoznaniu podniesionych we wniosku zarzutów niekonstytucyjności wyłącza interes samorządu lekarskiego działającego w imieniu i na rzecz lekarzy i lekarzy dentyków”. Stwierdził także, że kwestionowane przepisy wręcz obligują lekarzy do naruszania prawa do prywatności i godności swoich pacjentów, a związku z tym „w sposób niepodważalny dotyczą wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry oraz związanych z tym obciążeń”. Złożony wniosek, jak na koniec stwierdzono, winien przywrócić lekarzom i lekarzom dentydom możliwości wykonywania ich zawodów w sposób zapewniający poszanowanie praw pacjentów.

Trybunał Konstytucyjny postanowieniem z 20 kwietnia 2017 r. wydanym na posiedzeniu niejawnym, w składzie jednego sędziego, Julii Przyłębskiej, postanowił odmówić dalszego biegu wnioskowi uznając, że podmiot ograniczonej rzeczowo zdolności wnioskowej nie może dowolnie wskazywać wzorców kontroli zaskarżonego przepisu, gdyż wymaga się, aby kwestionowane przez niego przepisy dotyczyły spraw objętych zakresem działania podmiotu legitymowanego do złożenia wniosku oraz, aby wskazane we wniosku wzorce kontroli dotyczyły spraw objętych zakresem działania wnioskodawcy. Odmawiając nadania dalszego biegu wnioskowi Trybunał wywiódł, że podane we wniosku wzorce kontroli nie dotyczą zasad wykonywania zawodu zaufania publicznego, jakim jest zawód lekarza lub lekarza dentystry. Przywołane wzorce mają na celu ochronę interesów wszystkich obywateli, niezależnie od tego, jaki zawód wykonują. Ich przywołanie we wniosku zmierza zatem do realizacji celów ogólnospołecznych i wykracza poza zakres działania wnioskodawcy. Nie wykluczył przy tym, że zakwestionowane we wniosku przepisy mogłyby być przedmiotem merytorycznej kontroli, gdyby przywołane zostały w jego treści inne wzorce kontroli konstytucyjności, jest jednak związany zakresem zaskarżenia wskazanym we wniosku³³.

Stanowisko zawarte w treści uzasadnienia musiało budzić stanowczy sprzeciw. Opierało się bowiem na założeniu, że zasady wykonywania zawodu zaufania publicznego, jakim jest zawód lekarza lub lekarza dentystry i wynikająca z tych zasad tajemnica lekarska dotyczy interesów wszystkich obywateli, a nie interesów lekarzy i lekarzy dentyków. Niewątpliwie tajemnica lekarska służy wszystkim obywatelom, którzy są jej beneficjentami, ale w pierwszym rzędzie jest to prawo i obowiązek lekarzy. We wniosku wyraźnie wskazywano, że „regulacje prawne dotyczące zakresu spraw objętych tajemnicą pozostają w bezpośrednim związku z interesem tej grupy zawodowej, na której ciąży obowiązek jej zachowania”. Wywodzono, że tajemnica lekarska jest jedną z najważniejszych podczas wykonywania zawodu i ważnym elementem więzi

³³ Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 20 kwietnia 2017 r. sygn. akt TW24/16. W uzasadnieniu postanowienia przywołano na poparcie stanowiska, że podmiot o ograniczonej rzeczowo zdolności wnioskowej nie może dowolnie wskazywać wzorców kontroli zaskarżonego przepisu, postanowienia Trybunału Konstytucyjnego z 9 maja 2014 r. i 9 lipca 2014 r. TW 13/13 OTK – ZU 111B/2014, a w dalszej części postanowienie z 7 września 2005 r. dotyczące wniosku Krajowej Rady Radców Prawnych TW 31/05 OTK – ZU 2005, nr 5/B, poz. 184. Nie zauważając, że przywołane sprawy są podobne do rozpatrywanej, jedynie z tego względu, że dotyczą podmiotu o ograniczonej rzeczowo zdolności wnioskowej, różnią się jednak tym, że sprawa z wniosku Naczelnej Rady Lekarskiej wyraźnie dotyczy zasad wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry i ma na celu ochronę tych właśnie zasad.

łączących lekarza z pacjentem, opartej na zaufaniu. Zauważono, że bez tego zaufania wynikającego z tajemnicy lekarskiej, lekarz nie może sprawnie leczyć.

Odmowa nadania dalszego biegu wnioskowi oparta o przytoczoną argumentację stanowi przykry przykład ekwilibrystyki prawnej, na której nie sposób oprzeć zaufania ani ogółu obywateli, ani przedstawicieli konkretnej grupy zawodowej do sądu. Jest to przykład „uniku”, „ucieczki” od rozwiązania problemu, skrycia się za rzekomymi, bo przecież nieprawdziwymi, przeszkodami natury proceduralnej. Postanowienie wydane w sprawie z wniosku Naczelnej Rady Lekarskiej pozostawiło lekarzy i lekarzy dentyków w stanie niepewności prawnej i odbierane być może, jako jawne lekceważenie ich samorządu zawodowego, który jest przecież samorządem organizacji zaufania publicznego.

Kolejna zmiana treści art. 40 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentydy* została dokonana treścią art. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. *o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentydy oraz niektórych innych ustaw*³⁴. Ustawą tą zmieniono także przepisy ustawy z 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*³⁵. W myśl przywołanego przepisu ust. 3a art. 40 otrzymał nowe brzmienie, zgodnie z którym „zwolnienia z tajemnicy lekarskiej, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* lub sprzeciwił się temu, zgodnie z art. 14 ust. 4 tej ustawy, pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust. 3b i 3c. Sprzeciw dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta”.

W uzasadnieniu projektu ustawy wywiedziono, że w stanie prawnym obowiązującym przed 5 sierpnia 2016 r., jeśli pacjent nie upoważnił za życia innej osoby (także członka najbliższej rodziny) do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia, to taka osoba nie miała do niej dostępu także po jego śmierci. Nowelizacja z dnia 10 czerwca 2016 r. zliberalizowała dotychczasowy model ochrony prywatności pacjenta po jego śmierci. Obecnie osoby wykonujące zawód medyczny są związane tajemnicą po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska. Ustawa uznaje za osobę bliską małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta.

Tak więc po śmierci pacjenta osoby bliskie stają się uprawnione do podejmowania decyzji w sprawie ochrony jego prywatności, nawet jeśli za życia nie miały takiej możliwości. Dotyczy to nawet osób, które zostały przez pacjenta uznane za niegodne dziedziczenia, wbrew jego woli postępowaly w sposób sprzeczny z zasadami współżycia społecznego, dopuściły się względem niego (albo osób mu najbliższych) umyślnego przestępstwa przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności albo rażącej obrazy czci, albo też uporczywie nie dopełniały względem niego obowiązków rodzinnych. Ponadto obowiązujące przepisy przewidują, że jeśli choć jedna z osób bliskich zgłosi sprzeciw wobec ujawnienia informacji objętej obowiązkiem zachowania tajemnicy, to osoba wykonująca zawód medyczny jest zobowiązana do zachowania tajemnicy. Przykładowo – tylko z powodu pokrewieństwa osoba niemająca żadnych związków

³⁴ Dz. U. 2019, poz. 150.

³⁵ J.t. Dz. U. 2017, poz. 1318 ze zm.

emocjonalnych z pacjentem może pozbawić dostępu do dokumentacji medycznej osobę najbliższą, która przez lata sprawowała nad pacjentem opiekę i która za życia była upoważniona przez niego do dostępu do tej dokumentacji³⁶.

Przypomnieć w tym miejscu należy, że w myśl art. 13 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*³⁷ pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego³⁸. Zgodnie z treścią art. 14 ustawy z 6 listopada 2008 r. osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta, jednak w myśl art. 14 ust. 2 przepisu tego nie stosuje się, gdy tak stanowią przepisy innych ustaw; gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta, lub innych osób; gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, wreszcie, kiedy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzieleniem świadczeń zdrowotnych innym osobom, wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń³⁹.

W myśl art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. w treści art. 14 ustawy o *prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta* wprowadzono nowy ust. 2b, w którego treści stwierdzono, że w sytuacjach, o których mowa w ust. 2 tegoż artykułu, a więc wtedy, kiedy nie stosuje się ust. 1 art. 14 ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie. Dodano, że wtedy, gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyrażą zgodę na ujawnienie tajemnicy, to mogą również określić zakres ujawnienia tajemnicy. Ponadto na mocy art. 3 ustawy z 6 grudnia 2018 r. dodano w treści ust. 3 art. 14, że osoba bliska wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia. Bardzo głęboko zmieniony został ust. 4 art. 14. Do jego dotychczasowego brzmienia, z którego wynika, że „zwolnienia z tajemnicy nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska”, dodano treść „lub sprzeciwił się temu pacjent za życia z zastrzeżeniem ust. 6 i 7”, przy czym „Sprzeciw dołącza się do dokumentacji pacjenta”.

³⁶ Uzasadnienie projektu ustawy Sejm RP VIII kadencji, numer druku 1998.

³⁷ J.t. Dz. U. 2017, poz. 1318 ze zm.

³⁸ J. Haberko, *Uwagi ogólne na temat obowiązku zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem*, w: tejsze, *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa 2010; D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, wyd. 2, Warszawa 2009, s. 18, 84, 137–140, 193 i 200–207, 444–455; A. Śniecikowska, W. Śniecikowski, *Prawo pacjenta do utrzymania w tajemnicy informacji z nim związanych*, w: *Organizacja administracji publicznej z perspektywy powierzonych jej zadań*, red. T. Bąkowski, Warszawa 2017. Por. także D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Warszawa 2016, komentarz do art. 13 ustawy.

³⁹ Zob. D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, wyd. 2, Warszawa 2009, s. 444–450; D. Karkowska, W. C. Włodarczyk, *Tajemnica pielęgniarstwa a ochrona interesu publicznego; Przekazywanie informacji o pacjencie innym osobom uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych*, w: *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, red. D. Karkowska, W. C. Włodarczyk, Warszawa 2013. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 3 września 2015 r. I ACa 679/15, LEX nr 1927548. Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 25 lutego 1997 r. 22009/93, LEX nr 79809, w którym stwierdzono, że interes pacjenta w zachowaniu poufności danych medycznych dotyczących go może zostać przeważony przez interes społeczności w ściganiu przestępczości oraz w jawności postępowania sądowego.

Wspomnianym art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. wprowadzono do treści art. 14 ustawy *o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta*, nowe ust. 5, 6, 7 i 8⁴⁰. Wprowadzone zmiany mają niezwykle istotne znaczenie dla tajemnicy lekarskiej, zdejmują bowiem z lekarza obowiązek i potrzebę rozstrzygnięcia sporu między osobami bliskimi zmarłego, w kwestii ujawnienia tajemnicy lekarskiej, a także z zakresu ujawnienia tej tajemnicy. Kwestie te z mocy ust. 6 art. 14 ustawy *o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta* ma odtąd rozstrzygać sąd właściwy dla ostatniego miejsca zwykłego pobytu spadkodawcy – a więc zmarłego pacjenta – czyli sąd wskazany w art. 628 k.p.c., a jeżeli jego miejsca zwykłego pobytu w Polsce nie da się ustalić, sąd miejsca, w którym znajduje się majątek spadkowy lub jego część, czyli sąd spadku. W braku tych podstaw sądem spadku, czyli sądem właściwym rozstrzygnięcia sporu w zakresie tajemnicy staje się sąd rejonowy dla m.st. Warszawy. Sąd ten jest także właściwy, gdy pacjent za życia sprzeciwił się ujawnieniu tajemnicy. W dalszej treści zmienionego tekstu wskazano, jakie okoliczności winien sąd w tej sytuacji badać.

Przeprowadzone zmiany treści art. 14 ustawy *o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta* z dnia 6 grudnia 2018 r. należy powitać z zadowoleniem. Czynią one zadość postulatowi środowiska lekarskiego, kończą walkę Naczelnej Izby Lekarskiej o właściwy kształt tajemnicy lekarskiej i wychodzą naprzeciw postulatowi doktryny. Wypada jedynie wyrazić żal, że obecne władze Naczelnej Izby Lekarskiej niedoceniają tego gestu ustawodawcy, nie chcą przyjąć do wiadomości, iż w interesie lekarzy zaangażowało się wiele autorytetów prawnych, zabiegając o zdjęcie z barków lekarzy, wykonujących ten trudny i odpowiedzialny zawód, nałożonych na nich obowiązków o charakterze administracyjnym. W ten sposób lekarz z powrotem może poświęcić się swojemu powołaniu, jakim jest ratowanie zdrowia i życia pacjenta. Jednocześnie dokonana zmiana, która dowodzi rozsądku władzy wykonawczej i ustawodawczej na powrót przywraca zgodność między Kodeksem etyki lekarskiej a treścią niektórych ustaw regulujących wykonywanie zawodu przez lekarza.

⁴⁰ W treści tych ustępów stwierdzono: „5. Przed wyrażeniem sprzeciwu, o którym mowa w ust. 4, pacjent ma prawo do uzyskania informacji o skutkach złożenia sprzeciwu. 6. W przypadku sporu między osobami bliskimi o ujawnienie tajemnicy lub o zakres jej ujawnienia, zgodę na ujawnienie tajemnicy wyraża sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – *Kodeks postępowania cywilnego* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1360, z późn. zm.), w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o ujawnienie tajemnicy lub sprzeciwiająca się jej ujawnieniu jest osobą bliską. Sąd, wyrażając zgodę na ujawnienie tajemnicy, może określić zakres jej ujawnienia, o którym mowa w ust. 2b. 7. W przypadku, gdy pacjent za życia sprzeciwił się ujawnieniu tajemnicy, o której mowa w ust. 4, sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – *Kodeks postępowania cywilnego*, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na ujawnienie tajemnicy i określić zakres jej ujawnienia, jeżeli jest to niezbędne: 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta; 2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej. 8. W przypadku wystąpienia do sądu z wnioskiem, o którym mowa w ust. 6 albo 7, sąd bada: 1) interes uczestników postępowania; 2) rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem; 3) wolę zmarłego pacjenta; 4) okoliczności wyrażenia sprzeciwu”.

Streszczenie

Wprowadzone na mocy art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. zmiany do treści art. 14 ustawy o *prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta*, mają niezwykle istotne znaczenie dla tajemnicy lekarskiej, zdejmują bowiem z lekarza obowiązek i potrzebę rozstrzygnięcia sporu między osobami bliskimi zmarłego, w kwestii ujawnienia tajemnicy lekarskiej, a także z zakresu ujawnienia tej tajemnicy. Kwestie te z mocy ust. 6 art. 14 ustawy o *prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta* ma odtąd rozstrzygać sąd właściwy dla ostatniego miejsca zwykłego pobytu spadkodawcy – a więc zmarłego pacjenta. Przeprowadzone zmiany treści art. 14 ustawy o *prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta* z dnia 6 grudnia 2018 r. należy powitać z zadowoleniem. Czynią one zadość postulatowi środowiska lekarskiego, kończą walkę Naczelnej Izby Lekarskiej o właściwy kształt tajemnicy lekarskiej i wychodzą naprzeciw postulatowi doktryny. W ten sposób lekarz z powrotem może poświęcić się swojemu powołaniu, jakim jest ratowanie zdrowia i życia pacjenta. Jednocześnie dokonana zmiana, która dowodzi rozsądku władzy wykonawczej i ustawodawczej na powrót przywraca zgodność między Kodeksem etyki lekarskiej a treścią niektórych ustaw regulujących wykonywanie zawodu przez lekarza.

Słowa kluczowe: tajemnica lekarska, prawa pacjenta

Medical secrecy after recent legislative changes

Summary

Introduced pursuant to Art. 2 para. 2 of the Act of 6 December, 2018 amendments to the content of Art. 14 of the Act on Patient's Rights and the Patient's Rights Ombudsman, they are extremely important for medical confidentiality, because they remove from the physician the obligation and the need to settle the dispute between the relatives of the deceased, regarding the disclosure of medical secrecy and of the extent of this secrecy. Pursuant to para. 6 Art. 14 of the Act on Patient's Rights and the Patient's Rights Ombudsman, the court competent for the last habitual residence of the testator, i.e. the deceased patient – is henceforth to decide these issues. Changes to the content of Art. 14 of the Act on Patient's Rights and the Patient's Rights Ombudsman of 6 December, 2018 should be welcomed. They fulfil the demands of the medical community, end the Supreme Medical Chamber's fight for the proper shape of medical confidentiality and meet the postulates of doctrine. In this way, the physician can devote himself/herself to his/her calling, which is to save the patient's health and life. At the same time, the change that proves the **judiciousness** of the executive and legislative capacity, restores the correspondence between the Code of Medical Ethics, and the content of certain acts regulating the practice of the profession by a physician.

Key words: medical secrecy, patient's rights