

Marta Jabłońska

Uniwersytet Wrocławski, Polska

marta.jablonska1022@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4903-1652>

Tajemnica medyczna a prawo osoby bliskiej pacjenta do informacji medycznej – przyczynek do dyskusji

Medical Secrecy and the Right of a Person Close to a Patient
to Medical Information – Discussion Contribution

Abstract: The purpose of this article is to attempt to present the institution of medical law, which is medical confidentiality, to define it, to highlight the most important features, and then to contrast it with the right to medical information of a relative of a patient, as a law competing with the need to maintain medical confidentiality.

The work begins with a description of the right to privacy as a source of medical confidentiality. Then, an attempt is made to determine the subjective and objective scope of confidentiality obligations imposed on entities providing medical services, while indicating the situations in which this obligation is lifted. Medical secrecy is presented as the obligation of medical personnel reflecting the patient's right to information, with particular emphasis on the right to access medical records. The thesis was made that the patient is the only holder of information about him/her who has the right to voluntarily extend this right to other entities by authorization. In opposition, specific legal norms have been articulated for these considerations, which give the right to medical information on the patient's state of health to those close to him/her, without the consent or knowledge of the person concerned. Particular attention is paid to the regulations regarding the application of medical confidentiality after the patient's death.

In the course of the argument, doubts related to the correctness of introducing the discussed provisions into the Polish legal system are indicated.

Keywords: medical secrecy, privacy, right to information, person close to the patient

Słowa kluczowe: tajemnica medyczna, prywatność, prawo do informacji, osoba bliska pacjenta

Wprowadzenie

Pacjent to osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń

zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny¹. Powiedzieć zatem można, iż w rolę tę wstępuje się ze względu na problem zdrowotny, który zmusza do zwrócenia się o pomoc do specjalistów z zakresu medycyny. Ustawodawca, dostrzegając tę szczególną sytuację, w której znajduje się pacjent i zauważając jego słabszą pozycję w relacjach z podmiotem świadczącym usługi medyczne, specyficznie kształtuje jego sytuację prawną, tworząc szeroki katalog uprawnień, który jednocześnie jest ekwiwalentem obowiązków personelu medycznego. Analizując jednak te charakterystyczne dla dziedziny prawa medycznego uregulowania, pamiętać należy, że pacjent jest przede wszystkim człowiekiem. Bez względu więc na normy specjalistyczne, dotyczą go wszelkie zagwarantowane konstytucyjnie oraz przez akty prawa międzynarodowego prawa i wolności, w tym, między innymi, prawo do prywatności². Pojawia się zatem pytanie, czy wyjątkowość sytuacji, w której znajduje się pacjent, jest wystarczającą podstawą do tego, by tworzyć regulacje prawne uderzające w jego prawa człowieka? A może wkroczenie w sferę prywatną pacjenta jest działaniem na jego korzyść, chroniącym go właśnie ze względu na wyjątkowość sytuacji, w której się znalazł? Na te pytania nie ma łatwej i jednoznacznej odpowiedzi, gdyż w szczególnej sytuacji pacjenta, a zwłaszcza pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, mamy do czynienia z ważeniem dóbr, któremu to zadaniu nie jest łatwo sprostać.

1. Istota tajemnicy medycznej jako elementu prawa do prywatności

„(...) Cokolwiek bym podczas leczenia, czy poza nim, z życia ludzkiego ujrzał, czy usłyszał, czego nie należy na zewnątrz rozgłaszać, będę milczał, zachowując to w tajemnicy. Jeżeli dochowam tej przysięgi, i nie złamię jej, obym osiągnął pomyślność w życiu i pełnieniu tej sztuki, ciesząc się uznaniem ludzi po wszystkie czasy; jeżeli ją przekroczyć i złamię, niech mnie los przeciwny dotknie”³. Jest to fragment przysięgi Hipokratesa, składanej przez lekarzy w starożytności, przysięgi, która do tej pory ma wpływ na kształt roty ślubowania składanego przez współczesny personel medyczny. W Polsce na przykład, składając po zdanych egzaminach lekarskich wieńczących studia medyczne przyrzeczenie lekarskie, młodzi lekarze ślubują: „(...) nie nadużywać ich (chorych) zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego (...)”⁴. Z kolei jeśli chodzi o akty rangi międzynarodowej, to podobną regulację znaleźć można w przyrzeczeniu lekarskim przyjętym przez Drugie

1 Art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 1127 ze zm.).

2 Zob. M. Safjan, Prawa pacjenta, (w:) M. Safjan, L. Bosek (red.), Instytucje prawa medycznego. System prawa medycznego, t. I, wyd. 1, Warszawa 2018, s. 10, Legalis/el.

3 [http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil50/tematy/prawo_oil/hipokr\(15.11.2019\)](http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil50/tematy/prawo_oil/hipokr(15.11.2019)).

4 [https://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf\(15.11.2019\)](https://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf(15.11.2019))

Zgromadzenie Ogólne Światowego Stowarzyszenia Lekarzy w Szwajcarii w 1948 r. (tzw. Deklaracja Genewska): „(...) BĘDĘ ZACHOWYWAŁ powierzone mi tajemnice, nawet po śmierci chorego (...)”⁵. Na podanych przykładach widać zatem, jak wielki nacisk kładzie się na zachowanie tajemnicy, do której zobowiązane są osoby wykonujące zawody medyczne (z lekarzem na czele), a która wynika z prawa do prywatności pacjenta. Celowo przywołana oryginalna treść przysięgi Hipokratesa ma uzmysłwić, że prywatność i intymność pacjenta znajdowały poszanowanie jeszcze przed uchwaleniem stosownych aktów prawa międzynarodowego czy ustaw konstytucyjnych, które obecnie uznawane są za kanon podstawowych praw i wolności człowieka i z których to prawo do prywatności jest wywodzone⁶.

Dlaczego tajemnica medyczna jest tak istotna, że konieczność jej zachowania przez lekarzy dostrzeżono już w starożytności? Po pierwsze, wskazuje się w doktrynie na tzw. teorię konwencjonalistyczną. Opiera się ona na przekonaniu, że poufność w kontaktach z lekarzem ułatwia komunikację ze względu na brak, a przynajmniej zmniejszone poczucie wstydu⁷. Pacjenci, mając świadomość, że to, co ujawnione w gabinecie lekarskim, tam pozostaje, łatwiej decydują się na zupełną szczerłość wobec lekarza. Prościej jest im przyznać się do swoich, czasem bardzo krępujących, dolegliwości, a także opisać nie zawsze wpisujący się w dobre obyczaje styl życia, np. posiadanie nałogów czy też wielość partnerów seksualnych. Informacje te są niezwykle ważne w procesie diagnozy, a następnie leczenia, zatem ich nieujawnienie mogłoby przynieść negatywne dla stanu zdrowia pacjenta skutki. Dodatkowo, zobowiązanie podmiotów wykonujących zawody medyczne do poufności, wpisuje się w promowany obecnie model partnerski w relacjach lekarz – pacjent⁸. Model ten oparty jest bowiem na wzajemnym zaufaniu stron nawiązanej relacji.

Kolejną z przyczyn istotności tajemnicy medycznej, tym razem ujętą w sposób normatywny, jest wspomniane już prawo do prywatności. Uznaje się, że prywatność stanowi jedną z wartości podlegających w demokratycznym państwie prawa szcze-

5 https://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0014/132530/DEKLARACJA-GENEWSKA-WMA.pdf (15.11.2019)

6 Art. 47 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483); Art. 17 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167); Art. 16 Konwencji o prawach dziecka przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. (Dz.U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526); Art. 8 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzonej w Rzymie 4 listopada 1950 r. (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284).

7 Zob. R. Kubiak, *Tajemnica lekarska*, (w:) *Prawo medyczne*, wyd. 3, Warszawa 2017, s. 213.

8 Zob. A. Zembala, *Modele komunikacyjne w relacji lekarz – pacjent*, „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ, Nauki ścisłe” 2015, nr 2. https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/27788/zembala_modele_komunikacyjne_w_relacjach_lekarz_pacjent.pdf?sequence=1&i-Allowed=y (15.11.2019).

gólnej ochronie⁹. Stąd też normy ją chroniące znaleźć można zarówno w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., jak i w aktach prawa międzynarodowego. Co więcej, zaliczana jest ona do katalogu dóbr osobistych z art. 23 kodeksu cywilnego¹⁰. Prywatność na potrzeby niniejszego artykułu rozumiem za J. Braciak jako „pewien stan niezależności, w ramach którego jednostka może decydować o zakresie i zasięgu udostępniania i komunikowania innym osobom informacji o swoim życiu”¹¹. Nie oznacza ona zatem prawa do nieujawniania pewnych osobistych informacji (choć oczywiście i takie podejście do prywatności jest w doktrynie akceptowane, a dodatkowo chronione przez literę prawa), lecz wręcz przeciwnie, prawo do swobodnego dysponowania zasobem własnych danych osobistych. Człowiek, w tym przypadku pacjent, ma zatem prawo do decydowania o tym, komu informacje na temat jego osoby mogą być udzielane. Czasem decyduje się on oczywiście, ze względu na własny interes w postaci zdrowia, podzielić się niektórymi oświadczeniami z podmiotem świadczącym usługi medyczne. Nie oznacza to jednak, że tym samym wyraża zgodę na ich rozpowszechnianie przez wspomniany podmiot. W tym tkwi właśnie istota tajemnicy medycznej.

2. Tajemnica medyczna – zakres podmiotowy i przedmiotowy

Tajemnicę medyczną uznaje się za jedną z tajemnic zawodowych. Dotyczy ona każdego wykonującego zawód medyczny, a zatem osób uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny¹². Popularne zatem określenie „tajemnica lekarska” jest pojęciem węższym, gdyż tajemnica medyczna dotyczy nie tylko lekarzy, ale i m.in. pielęgniarek, położnych, diagnostów laboratoryjnych czy fizjoterapeutów. Faktem jest, że aktów prawnych i komentarzy do nich, traktujących o tajemnicy lekarskiej, jest o wiele więcej niż tych dotyczących tajemnicy medycznej w ogólności. W konsekwencji zatem i regulacja wspomnianej instytucji jest pełniejsza. Niejako automatycznie przekłada się więc zasady i reguły ustanowione dla lekarzy na inne zawody medyczne. Postępowanie takie nie jest błędem. Takie wnioskowanie potwierdza jeden z wyroków Krajowej Izby Odwoławczej. W uzasadnieniu tego orzeczenia znajdujemy takie stwierdzenie: „Zasady wykony-

9 Zob. P. Łuków, I. Wrześniewska-Wal, Prywatność pacjenta a kształcenie medyczne, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 3, s. 12.

10 Art. 23 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 1145 ze zm.); zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 8 lipca 2009 r., I ACa 319/09.

11 J. Braciak, Prawo do prywatności, (w:) B. Banaszak, A. Preisner (red.), Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP, Warszawa 2002, s. 337.

12 Art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.).

wania niektórych zawodów medycznych zostały uregulowane w odrębnych aktach prawnych, np. zawodu lekarza, dentystry, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, farmaceuty, felczera, diagnosty laboratoryjnego. Poza wymienionymi istnieje jednak grupa innych zawodów medycznych, dla których nie zostały określone zasady wykonywania w odrębnych przepisach. Z tego względu przyjmuje się, że pojęcie osoba wykonująca zawód medyczny obejmuje osoby wykonujące zawody, których status jest określony ustawowo, jak i zawody, które nie mają na gruncie obowiązującego prawa takiego uregulowania. Z kolei pojęcie „wykonywanie zawodu medycznego” odnosi się do osób, które fachowo, stale i w celach zarobkowych zajmują się wykonywaniem zajęcia mającego związek z medycyną i które mają odpowiednie kwalifikacje. Przez kwalifikacje należy rozumieć zasób wiedzy i umiejętności wymaganych do udzielania świadczeń zdrowotnych¹³. Zakres podmiotowy tajemnicy medycznej jest zatem bardzo szeroki, a kazuistyczne przypadki orzecznicze tylko go rozbudowują. Na przykład, za podmiot objęty tajemnicą medyczną uznano w judykaturze psychologów¹⁴ oraz psychoanalityków¹⁵.

Zakres przedmiotowy tajemnicy medycznej jest równie trudny do ustalenia. Przyjmuje się, że poufnością objęte są dane osobowe pacjenta, jego wyniki badań, postawione rozpoznanie, a także historia choroby, fakt hospitalizacji czy przyjmowane leki. Co ważne, tajemnica medyczna dotyczy nie tylko stanu zdrowia pacjenta, lecz także innych danych, z którymi personel medyczny zapoznał się przy okazji wykonywania zawodu¹⁶. Tak szerokie ujęcie zakresu tajemnicy medycznej potwierdza art. 23 Kodeksu Etyki Lekarskiej¹⁷. Stanowi się w nim bowiem, iż tajemnicą są objęte informacje o pacjencie i jego otoczeniu. Pojęcie „otoczenie” znacznie poszerza zatem zakres danych objętych poufnością, nie ograniczając się już tylko do informacji ściśle osobistych, związanych z procesem diagnostyki czy leczenia. Co jednak warto podkreślić, muszą być to informacje uzyskane w związku z wykonywaniem czynności zawodowych. Nie oznacza to oczywiście tylko prostych sytuacji rozmów w gabinecie lekarskim, ale również wszelkich innych zdarzeń jakkolwiek połączonych z pracą zawodową. Łatwiej zatem o zakres przedmiotowy tajemnicy medycznej w ujęciu negatywnym. Nie zaliczają się do niej informacje, o których osoba wykonująca zawód

13 W: Wyrok Krajowej Izby Odwoławczej z dnia 21 maja 2013 r., KIO 1058/13, SAOS/el.

14 Zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 2005 r., I KZP 6/05.

15 Zob. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 22 października 2013 r., I FSK 1628/12.

16 Zob. J. Sobczak, *Tajemnica lekarska, „Medyczna Wokanda”* 2016, nr 8, https://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0010/112015/06-Sobczak.pdf (15.11.2019).

17 Art. 23 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej”, https://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf (15.11.2019).

medyczny dowiedziała się poza swoimi czynnościami zawodowymi, w związku z życiem prywatnym.

3. Przypadki zwolnienia z konieczności zachowania tajemnicy medycznej

Naruszenie tajemnicy medycznej obwarowane jest sankcjami natury cywilnoprawnej, karnoprawnej oraz konsekwencjami będącymi pochodną odpowiedzialności zawodowej¹⁸. Od obowiązku zachowania w sekrecie informacji dotyczących pacjenta, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu, istnieją jednak wyjątki. Ich stosowanie tłumaczy się dobrem samego pacjenta, a także dobrem ogólnospołecznym. Artykuł 14 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁹ (powoływanej dalej jako ustawa o prawach pacjenta) podaje, iż wyjątki te zachodzą, gdy:

- tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
- zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
- pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
- zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie, związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń;
- toczy się postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Odstępstwa te mogą być jednak stosowane jedynie w niezbędnym do każdego przypadku zakresie. Dla przykładu, przepisem odrębnej ustawy ustanawiającym zwolnienie z zachowania tajemnicy medycznej, będącej jednocześnie tajemnicą zawodową, jest art. 180 § 1 k.p.k., zawierający kompetencje dla prokuratora do zwolnienia osoby od obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej²⁰. Za przykład normy prawnej zwalniającej z zachowania tajemnicy, choć w tym przypadku tajemnicy lekarskiej, można uznać również art. 40 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry²¹ (powoływanej dalej jako ustawa o zawodzie lekarza), zgodnie z którą, jeżeli badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji, lekarz jest obo-

18 Zob. R. Kubiak, *Tajemnica lekarska*, (w:) *Prawo medyczne*, wyd. 3, Warszawa 2017, s. 227–232.

19 Art. 14 ust. 2 i 2a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 1127 ze zm.).

20 Zob. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 10 listopada 2017 r., II FSK 305/16, LEX/el.

21 Tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 537 ze zm.

wiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje. Sytuacja taka może mieć miejsce na przykład przy badaniu kierowców na obecność alkoholu we krwi zlecone przez organy Policji.

Zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy medycznej ze względu na niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób zaistnieje z kolei na przykład w sytuacji, gdy w wyniku przeprowadzonych badań dojdzie do stwierdzenia u pacjenta zakażenia wirusem HIV, co z kolei spowoduje konieczność poinformowania o zakażeniu partnera lub partnerki seksualnej tego pacjenta, a także gdy, ze względu na zdiagnozowaną u pacjenta chorobę psychiczną, zachodzi wysokie ryzyko jego samookaleczenia się lub podjęcia przez niego próby samobójczej. W literaturze uznaje się, że w takim przypadku poinformowanie rodziny pacjenta o jego stanie zdrowia, nawet w przypadku braku jego zgody, jest dopuszczalne²².

Na uwypuklenie zasługuje również fakt, iż nie jest naruszeniem tajemnicy medycznej upublicznienie danych, które, co do zasady, podlegają ochronie w ramach tajemnicy medycznej, jednak całkowicie zanonimizowanych. Możliwe jest zatem, i jest to działanie całkowicie zgodne z prawem i zasadami etyki, podawanie do publicznej wiadomości konkretnych przypadków medycznych wraz z opisem zastosowanego leczenia i wszelkimi temu towarzyszącymi okolicznościami, chociażby dla celów edukacyjnych, jednak wyłącznie wtedy, gdy na podstawie danych przekazanych do informacji publicznej, nie będzie możliwe ustalenie tożsamości pacjenta²³.

4. Prawo pacjenta do dysponowania informacjami o swoim stanie zdrowia

Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia²⁴. Odzwierciedleniem tego uprawnienia jest powinność lekarza, który ma obowiązek poinformować pacjenta w sposób dla niego przystępny o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania wynikach leczenia oraz rokowaniu²⁵. Pacjentowi przysługuje równocześnie uprawnienie do żądania, aby personel medyczny, świadczący mu usługi medyczne, takich informacji mu nie udzielał. Wyjątkiem od obowiązku udzielenia informacji jest tzw. przywilej terapeutyczny²⁶.

22 Zob. A. Bronowska-Garncarz, J. Garncarz, *Tajemnica zawodowa w medycynie*, „Kwartalnik Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury” 2019, z. 4 (36). <https://www.kSSIP.gov.pl/node/6707> (1.05.2020).

23 Zob. R. Kubiak, *Tajemnica lekarska*, (w:) *Prawo medyczne*, wyd. 3, Warszawa 2017, s. 222.

24 Art. 9 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta.

25 Art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza.

26 Zob. Czwarty Kongres Prawników Wielkopolski, *Prawnicy dla pacjentów i lekarzy*, s. 57–60. <https://poznan.so.gov.pl/download/1-zespol-prawa-pacjenta.pdf> (23.11. 2019).

Pacjent jest, co do zasady, wyłącznie uprawniony do decydowania o zakresie rozpowszechniania wiadomości o swoim stanie zdrowia. Dyspozycja takimi danymi wraz z pełnym prawem do informacji i przywilejem terapeutycznym dotyczą jednak tylko pacjenta o pełnej zdolności do czynności prawnych. Nieco inaczej wygląda sytuacja pacjenta małoletniego lub ubezwłasnowolnionego. W ich bowiem przypadku komplet informacji udzielany jest przedstawicielowi ustawowemu. W praktyce najczęściej udziela się informacji rodzicowi w przypadku pacjentów małoletnich, choć nie jest to regułą, oraz opiekunowi prawnemu w przypadku pacjenta ubezwłasnowolnionego. Kolejne odstępstwo od normy przewidziane jest na rzecz pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat. Ten, pomimo braku pełnej zdolności do czynności prawnych, i tak ma prawo do pełnej informacji o swoim stanie zdrowia, ze względu na zakładaną przez ustawodawcę już w tym wieku dojrzałość emocjonalną i wykształconą zdolność rozeznania sytuacji²⁷.

Bez względu na to, kto jest podmiotem pierwotnie uprawnionym do otrzymywania informacji medycznej, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do wyrażenia zgody na udzielanie informacji innym osobom²⁸. Tym samym dochodzi w takiej sytuacji do urzeczywistnienia się jednej z przesłanek zwolnienia personelu medycznego z tajemnicy medycznej. Za sprawą zatem oświadczenia woli pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego ich uprawnienie ściśle osobiste, jakim jest prawo do informacji, zyskuje niejako kolejnych dysponentów w postaci osób wskazanych przez pacjenta²⁹. Z doświadczenia życiowego i praktyki wynika, że osobami upoważnionymi stają się najczęściej osoby bliskie pacjentowi. Nie jest to jednak konieczność. Każda wskazana przez pacjenta osoba zyskuje prawo do informacji o stanie zdrowia zainteresowanego. Tożsama regulacja dotyczy dostępu do dokumentacji medycznej. W tym zakresie pacjent jest również jedynym dysponentem uprawnienia w postaci dostępu do niej, lecz może upoważnić do wykonywania swoich uprawnień inną osobę³⁰.

5. Pojęcie osoby bliskiej pacjenta

Wszystkie akty prawne odnoszące się do praw pacjenta za definicję osoby bliskiej pacjenta uznają tę formułę, która została przyjęta w ustawie o prawach pacjenta³¹. Zgodnie zatem z definicją legalną osobą bliską jest małżonek pacjenta, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel

27 Art. 31 ust. 5 ustawy o zawodzie lekarza.

28 Art. 9 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta.

29 Przykładowy wzór upoważnienia przez pacjenta osoby trzeciej do dostępu do informacji oraz dokumentacji medycznej, <https://www.nzozkolmed.pl/oswiadczenie.pdf> (24.11.2019).

30 Art. 26 ust. 1 i 2 ustawy o prawach pacjenta.

31 Art. 3 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta.

ustawowy oraz osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. Warto podkreślić, że katalog tych osób nie jest w żaden sposób powiązany z ich wiekiem lub zdolnością do czynności prawnych. W piśmiennictwie wskazuje się więc, że to od oceny przedstawiciela zawodów medycznych, a głównie lekarza, zależy ma decyzja, o przekazaniu lub odmowie przekazania informacji osobie bliskiej pacjenta, przy uwzględnieniu zdolności do zrozumienia informacji oraz stopnia dojrzałości psychicznej i emocjonalnej danej osoby³².

Problemem natury praktycznej, na który zwracają uwagę przedstawiciele doktryny, jest również kwestia identyfikacji osób bliskich pacjenta. Brak jest bowiem regulacji normatywnej, która ustanawiałaby procedurę sprawdzenia, czy dana osoba, która chce uzyskać informacje o stanie zdrowia pacjenta, mieści się w zakresie definicyjnym osoby bliskiej. Tymczasem niedopuszczalnym jest uznanie kompetencji personelu medycznego danej placówki świadczącej usługi medyczne do żądania od osoby, podającej się za osobę bliską pacjenta, przedłożenia dokumentu tożsamości, odpisów aktów stanu cywilnego lub innych dokumentów pozwalających na jej identyfikację³³. Jeszcze trudniej wyobrazić sobie sposób identyfikacji osoby pozostającej z pacjentem we wspólnym pożyciu.

Omawiana definicja legalna osoby bliskiej pacjenta jest względnie nowa, gdyż wprowadzona ustawą z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw³⁴. Jej znaczenie jest jednak ogromne. Tworzy ona katalog osób, którym za sprawą uregulowań prawnych przyznane są pewne autonomiczne uprawnienia. Kryterium ich przyznania leży w sferze pozaprawnej i wynika jedynie z pokrewieństwa, powinowactwa lub innej bliskiej z punktu widzenia socjologii relacji danej osoby z pacjentem. Wspomniana ustawa nowelizująca wprowadziła cały szereg przepisów dotyczących autonomicznych uprawnień osoby bliskiej pacjenta w kontekście jej prawa do informacji medycznej. Nowe uregulowania przedstawione zostały w dalszej części pracy.

6. Autonomiczne prawo osoby bliskiej pacjenta do informacji

Sytuacja upoważnienia wskazanej przez pacjenta osoby do informacji objętych co do zasady tajemnicą medyczną nie budzi wątpliwości natury prawnej. Na podstawie oświadczenia woli pacjenta, a zatem za sprawą jego świadomego działania,

32 Zob. K. Bączyk-Rozwadowska, Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego, „*Studia Iuridica Toruniensia*”, t. IX, <https://repozytorium.umk.pl/bitstream/handle/item/1322/SIT.2011.013%2CBaczyk-Rozwadowska.pdf?sequence=1> (1.12.2019).

33 Zob. L. Pawłowski, Osoba bliska w aspekcie przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta (część 2), „*Forum Medycyny Rodzinnej*” 2014, t. 8, nr 4, s. 195–200.

34 Art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2019 r. poz. 150).

dochodzi do przypadku legalnego ujawnienia informacji objętych tajemnicą zawodową. Problem natury etycznej pojawia się natomiast w sytuacji, gdy inna osoba fizyczna, nawet przy założeniu więzi małżeństwa, pokrewieństwa czy powinowactwa (osoba bliska), zyskuje autonomiczne, niezależne od woli pacjenta prawo do informacji o jego stanie zdrowia. Z normą prawną, zezwalającą na taki scenariusz, mamy do czynienia za sprawą art. 31 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Dowiadujemy się z niej: „Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”. W tym wypadku, wiedząc już, że tajemnica medyczna stanowi jeden z elementów wchodzących w skład prawa do prywatności zagwarantowanego konstytucyjnie, warto pochylić się nad możliwością ograniczenia konstytucyjnych wolności i praw, z którym, w mojej ocenie, mamy w przypadku omawianej regulacji do czynienia. Jednostka nie może bowiem decydować o zakresie i zasięgu udostępniania i komunikowania innym osobom informacji o swoim życiu, bo decyzja ta została niejako odgórnie podjęta już przez ustawodawcę. Naruszeniu podlega więc istota prawa do prywatności, co według uregulowań konstytucyjnych nie powinno w ogóle mieć miejsca.

Ograniczenia praw i wolności konstytucyjnych mogą być „ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw”³⁵. Przesłanka wymaganej formy ustawowej faktycznie jest w tym przypadku spełniona, natomiast co do konieczności zawarcia takiej normy w demokratycznym państwie prawa istnieją spore zastrzeżenia. Możliwy do podniesienia jest argument, że ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty jest aktem prawnym uchwalonym wcześniej aniżeli Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., jednak hierarchia aktów prawnym wskazuje, że każdy akt niższego rzędu (nawet uchwalony wcześniej) musi być zgodny z ustawą konstytucyjną³⁶. Kolejną przesłankę stanowi wymóg konieczności, zgodnie z którym ograniczenie praw konstytucyjnych jest dopuszczalne tylko przy użyciu środków prawnych, za pomocą których można zrealizować cel usprawiedliwiający ograniczenie³⁷. Pojawia się zatem pytanie, jaki był cel wprowadzenia omawianych norm do polskiego porządku prawnego? Z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, iż celem była ochrona pacjenta w szczególnej sytuacji małoletniości, utraty przytomności czy braku zrozumienia komunikatów kierowanych do niego przez personel medyczny. Wątpliwo-

35 Art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

36 Art. 8 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

37 P. Tuleja, Komentarz do art. 31, (w:) P. Tuleja (red.), Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Warszawa 2019, s. 117.

ści pojawić się mogą natomiast przy odpowiedzi na pytanie, czy zastosowany środek prawny w postaci przyznania autonomicznego prawa do informacji osobie bliskiej pacjenta jest środkiem jak najmniej dotkliwym, spełniającym tym samym wymóg proporcjonalności, a zatem czy przyjęcie przez ustawodawcę, że w interesie pacjenta jest przekazanie jego osobie bliskiej informacji o stanie zdrowia – z naruszeniem tym samym jego prawa do prywatności – jest uzasadnione i konieczne w demokratycznym państwie prawa. Dochodzi bowiem w tym przypadku do ograniczenia konstytucyjnego prawa do prywatności pacjenta, w sytuacji gdy brak jest zagrożenia dla bezpieczeństwa demokratycznego państwa prawa, porządku prawnego, środowiska, zdrowia i moralności publicznej oraz praw i wolności innych osób. Ustawodawca ogranicza więc jedno z przysługujących pacjentowi praw człowieka w celu, jak można się domyślać, ochrony jego interesów, co nie jest przesłanką mieszczącą się w zakresie dopuszczalnych ograniczeń konstytucyjnych wolności i praw, a więc i prawa do prywatności. Przesłankę taką stanowi bowiem jedynie ochrona wolności i praw innych osób.

Jeśli analizuje się problem autonomicznego prawa do informacji medycznej przysługującego osobie bliskiej pacjenta od strony bardziej humanitarnej aniżeli formalnej (zgodności omawianych norm prawnych z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej), zrozumiałym staje się potrzeba ograniczania prawa do prywatności pacjenta na rzecz prawa do informacji osób mu bliskich, w szczególnych, wyliczonych ustawowo sytuacjach, jednak obecnie obowiązujące regulacje nie spełniają wymogu konieczności w demokratycznym państwie prawa ani proporcjonalności w stosunku do celu, jaki mają z założenia osiągnąć. Pacjenci będący poniżej 16 roku życia co do zasady pozostają pod władzą rodzicielską, sprawowaną w znacznej większości przypadków przez rodziców, którzy tym samym stają się ich przedstawicielami ustawowymi, a więc tymi, którym przysługuje prawo do informacji o stanie zdrowia pacjentów małoletnich. Władza rodzicielska uznawana jest w piśmiennictwie (gdyż brak jest jej definicji legalnej) za całość uprawnień i obowiązków rodziców względem małoletniego dziecka, mających na celu zapewnienie pieczy nad jego osobą i majątkiem³⁸. Czynności dokonywane przez rodziców posiadających władzę rodzicielską z mocy prawa nakierowane być zatem muszą na ochronę osoby dziecka – pacjenta, gdyż w przeciwnym razie możliwe jest pozbawienie rodziców władzy rodzicielskiej ze względu na rażące zaniedbanie obowiązków³⁹. Stanowi to swoistego rodzaju zapórę przed sprzecznym z prawem wykorzystywaniem informacji o stanie zdrowia pacjenta małoletniego.

Podobnym tokiem rozumowania posłużyć się można w przypadku pacjentów niezdolnych do zrozumienia znaczenia informacji, kierowanych do nich przez personel medyczny, a także małoletnich, wobec których władzy rodzicielskiej nie sprawują

38 Zob. T. Smoczyński, *Prawo rodzinne i opiekuńcze. Analiza i wykładnia*, Warszawa 2001, s. 288.

39 Zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 19 czerwca 1997 r., III CKN 122/97, LEX/el.

rodzice. Osoby te, ze względu na swoją niedojrzałość emocjonalną i niezdolność rozumienia komunikatów wydawanych przez lekarzy i innych przedstawicieli zawodów medycznych, powodowane na przykład wiekiem lub niepełnosprawnością, w bardzo wielu przypadkach posiadają opiekuna lub kuratora. Ustanawiany jest on najczęściej właśnie spośród osób mu bliskich⁴⁰. Opiekun czy kurator podobnie jak rodzic posiadający władzę rodzicielską obowiązany jest do dbałości o interesy osobiste i majątkowe swojego podopiecznego.

W związku z tym, że w zdecydowanej większości przypadków pacjenci znajdujący się w szczególnej sytuacji małoletniości i niezdolności do zrozumienia znaczenia informacji dotyczących ich stanu zdrowia nie są pozostawieni sami sobie, ponieważ prawo do informacji przysługuje ich przedstawicielom ustawowym, którzy mocą ustawy zobowiązani są do działania chroniącego osobę i majątek podopiecznego, niezrozumiałym i nadmiernym w stosunku do celu, który ma osiągnąć, wydaje mi się środek prawny w postaci przydania osobom bliskim pacjenta autonomicznego prawa do informacji medycznej. W ich przypadku brak jest bowiem tego typu barier zabezpieczających, które chroniłyby informacje poufne pacjenta przed niezgodnym z prawem wykorzystaniem. Osoba bliska, niebędąca przedstawicielem ustawowym pacjenta, uzyskująca informację o jego stanie zdrowia nie jest zobowiązana do pozyskiwania jej ze względu na dbałość o interesy osobiste i majątkowe pacjenta.

Wartą rozważenia jest również ostatnia z sytuacji przydających osobie bliskiej pacjenta autonomicznego prawa do informacji, a więc sytuacja nieprzytomności pacjenta, który może być pełnoletni i w ogólności wykazujący zdolność rozumienia informacji przekazywanych przez personel medyczny. Czasowy brak możliwości pokierowania przez niego swoim postępowaniem, spowodowany utratą przytomności, stanowi w tym przypadku podstawę do ograniczenia jego prawa do prywatności w taki sposób, że dysponentami informacji o nim i jego stanie zdrowia stają się osoby bliskie pacjenta. Jest to moim zdaniem regulacja, która może rodzić wątpliwości natury prawnej i etycznej, szczególnie, że jak już zostało wcześniej wskazane, istnieje spory praktyczny problem związany z identyfikacją osób podających się za osoby bliskie ze względu na brak właściwych regulacji normatywnych umożliwiających osobie wykonującej zawód medyczny wylegitymowanie osoby, która dąży do uzyskania informacji o pacjencie.

7. Kwestia zachowania tajemnicy medycznej po śmierci pacjenta

Zdarzenie prawne, jakim jest śmierć pacjenta, powoduje wygaśnięcie jego osobistego prawa do informacji. Brak jest bowiem w takiej sytuacji dysponenta tego prawa. Pojawia się zatem pytanie: co wtedy? Czy nikt nie ma już dostępu do takiej informa-

40 Zob. art. 149 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 2086 ze zm.).

cji? Takie rozwiązanie byłoby mocno niepraktyczne i w efekcie krzywdzące dla pacjenta. Łatwo sobie bowiem wyobrazić sytuację, w której pacjent umiera za sprawą błędu popełnionego przez członka personelu medycznego. Brak dostępu do informacji, a szczególnie do dokumentacji medycznej, powodowałby brak możliwości roszczenia odszkodowawczego z tego tytułu. Nie byłoby bowiem żadnego dowodu na popełnienie błędów czy zaniechanie.

Istnieją zatem regulacje prawne normujące sytuację informacji medycznych po śmierci pacjenta. W przypadku, gdy jeszcze za życia pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy upoważnił kogoś do dostępu do dokumentacji medycznej, będącej elementem szeroko rozumianego prawa do informacji, upoważnienie takie pozostaje skuteczne również po śmierci pacjenta⁴¹. Jest to zrozumiałe, ponieważ, po raz kolejny, wynika z woli pacjenta przedstawionej jeszcze za życia. Dostęp do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta niejako z mocy prawa ma jednak również osoba bliska pacjenta, chyba że sprzeciwi się temu inna osoba bliska lub zrobi to za życia sam pacjent. „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 postępowały 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”⁴². Jest to więc autonomiczne, ponieważ nieuzależnione od woli samego pacjenta, uprawnienie, przyznane bliskiej mu osobie. Uprawnienie to nie ma jednak charakteru bezwzględnego, gdyż wprowadzone jest tu zastrzeżenie, że w przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej zgodę na jej udostępnienie wyraża sąd ostatniego miejsca zwykłego pobytu pacjenta⁴³.

Co ciekawe, i z założenia mające działać na korzyść zmarłego pacjenta, możliwy jest również dostęp do dokumentacji medycznej przez osobę bliską pomimo sprzeciwu pacjenta wyrażonego za życia. Zgodę taką może bowiem wyrazić właściwy sąd, określając zakres dostępu, jeżeli jest to niezbędne w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta lub dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej⁴⁴. W tym przypadku mamy więc do czynienia wręcz z działaniem sprzecznym z wolą pacjenta wyrażoną za życia, a korzystanie z autonomicznego

41 Art. 26 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta; zob. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 17 września 2013 r., II OSK 1539/13, [Legalis/el](https://legalis.el).

42 J. Sobczak, Tajemnica lekarska po ostatnich zmianach legislacyjnych, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 11, https://nil.org.pl/uploaded_files/1579520030_01-sobczak.pdf (4.03.2020).

43 Art. 26 ust. 2a ustawy o prawach pacjenta.

44 Art. 26 ust. 2b ustawy o prawach pacjenta.

prawa do dostępu do dokumentacji medycznej, należące do osoby bliskiej pacjenta, skutkuje ograniczeniem prawa do prywatności samego zainteresowanego.

Na tle zachowania tajemnicy medycznej pomiędzy dostępem do dokumentacji medycznej a zachowaniem samej tajemnicy rysują się pewne odmienności. W przypadku tajemnicy lekarskiej, lekarz, po śmierci pacjenta, ciągle jest zobowiązany do dyskrecji (z wyjątkiem sytuacji ustawowo wskazanych zwolnień⁴⁵). Może zostać jednak z niej zwolniony przez osobę bliską zmarłego⁴⁶. Ta wyznaczyć może również zakres „zgody zwalniającej”. W przypadku dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta osoba bliska z mocy prawa uprawniona jest do nieograniczonego dostępu. Brak tam wskazania jakiegokolwiek zakresu. Zgoda udzielona lekarzowi przez osobę bliską nie jest jednak skuteczna, gdy sprzeciwi się temu inna osoba bliska lub sam pacjent jeszcze za swojego życia. W przypadku sporów konflikt rozwiązuje sąd.

Uregulowania dotyczące tajemnicy medycznej i lekarskiej po śmierci pacjenta są efektem ustawy nowelizującej ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentystry, o której była już mowa w toku niniejszego wywodu. Wprowadzone przez nią zmiany zostały pozytywnie przyjęte przez środowisko lekarzy ze względu na fakt, że co do poprzednio obowiązujących przepisów, wprowadzonych w październiku 2016 r., Naczelna Rada Lekarska złożyła wniosek do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie zbadania ich zgodności z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej. Postanowieniem z dnia 20 kwietnia 2017 r. Trybunał Konstytucyjny odmówił jednak nadania wnioskowi Naczelnej Rady Lekarskiej dalszego biegu⁴⁷. Krytyczne nastawienie środowisk lekarskich do poprzednio obowiązujących regulacji spowodowane było faktem zbyt mocnego osłabienia tajemnicy lekarskiej, a tym samym nałożenia na lekarzy zbyt wielkiej odpowiedzialności za naruszenie podstawowych praw człowieka. Możliwość ujawnienia tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta ograniczono wtedy jedynie brakiem sprzeciwu innej osoby bliskiej. Nowelizacja z 2018 r. wprowadziła w tej kwestii interwencję sądu w przypadku spraw spornych, co jest uważane w środowiskach lekarskich za krok w stronę praworządności i przekłada ciężar odpowiedzialności za ochronę danych poufnych zmarłego pacjenta na barki sądu⁴⁸.

Wnioski

Tajemnica medyczna była i jest instytucją konieczną do prawidłowego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, co dostrzeżono już w starożytności. Chroni

45 Art. 14 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza.

46 Art. 40 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza.

47 <https://izba-lekarska.pl/monitor-lekarski/nrl-apeluje-do-rpo-by-interweniowal-ws-przepisow-dot-tajemnicy-lekarskiej/> (16.11.2019).

48 Zob. W. Idaszak, Tajemnica lekarska – najnowsze zmiany, „Gazeta Lekarska” 2019, nr 3, s. 25.

ona prywatność pacjentów jako ludzi i zapewnia im intymność w związku z wykonywaniem świadczeń medycznych. Jej przestrzeganie stanowi obowiązek każdego wykonującego zawód medyczny. Pomimo problemów w ustalaniu zakresu przedmiotowego i podmiotowego tajemnicy medycznej nie ulega wątpliwości, że w demokratycznym państwie prawa jest ona niezbędna, a jej rola praktyczna – nieoceniona.

Zgodnie z uregulowaniami prawnymi pacjent jest jedynym dysponentem informacji o swoim stanie zdrowia i tylko on może decydować komu i w jakim zakresie informacje te (o ile w ogóle) będą przekazywane. Podmioty wykonujące świadczenia medyczne nie mają w wymienionym zakresie autonomii i opierać muszą swoje działania na oświadczeniu woli pacjenta. W szczególnych przypadkach – małoletniości, utraty przytomności bądź braku zrozumienia informacji przez pacjenta – prawo do informacji staje się jednak autonomicznym prawem osoby mu bliskiej. Regulacje takie budzić mogą zastrzeżenia natury etycznej oraz prawnej. Pojawia się bowiem pytanie, czy wprowadzenie ich do polskiego porządku prawnego nie jest zbyt daleko idącym ograniczeniem konstytucyjnego prawa do prywatności.

Problematyczne pod względem poufności danych o pacjencie są również uregulowania dotyczące obowiązywania tajemnicy medycznej oraz dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. W tym przypadku również osoby mu bliskie z mocy prawa stają się dysponentami wymienionych uprawnień, ze szczególnym uprawnieniem sądu do rozstrzygnięcia spraw spornych.

Po zarysowaniu tej problematyki można dojść do wniosku, że tajemnica medyczna jest regułą, podstawą poszanowania praw pacjenta jako człowieka, natomiast autonomiczne prawo do informacji osoby bliskiej pacjentowi jest wyjątkiem od tej reguły. Ogranicza on prawo do prywatności pacjenta w szczególnych sytuacjach, ze względu na szeroko rozumiane dobro pacjenta, choć co do zakresu tego ograniczenia, w kontekście konstytucyjnie wymaganej konieczności, można mieć uzasadnione wątpliwości.

BIBLIOGRAFIA

- Bączyk-Rozwadowska K., Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego, „Studia Iuridica Toruniensia”, t. IX.
- Braciak J., Prawo do prywatności, (w:) B. Banaszak, A. Preisner (red.), Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP, Warszawa 2002.
- Bronowska-Garnarcz A., Garnarcz J., Tajemnica zawodowa w medycynie, „Kwartalnik Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury” 2019, z. 4 (36).
- Idaszak W., Tajemnica lekarska – najnowsze zmiany, „Gazeta Lekarska” 2019, nr 3.
- Kubiak R., Prawo medyczne, wyd. 3, Warszawa 2017.
- Łuków P., Wrześniewska-Wal I., Prywatność pacjenta a kształcenie medyczne, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 3.

- Pawłowski L., Osoba bliska w aspekcie przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta (część 2), „Forum Medycyny Rodzinnej” 2014, t. 8, nr 4.
- Safjan M., Prawa pacjenta, (w:) M. Safjan, L. Bosek (red.), Instytucje prawa medycznego. System prawa medycznego, t. I, wyd. 1, Warszawa 2018.
- Sobczak J., Tajemnica lekarska, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8.
- Sobczak J., Tajemnica lekarska po ostatnich zmianach legislacyjnych, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 11.
- Smyczyński T., Prawo rodzinne i opiekuńcze. Analiza i wykładnia, Warszawa 2001.
- Tuleja P., Komentarz do art. 31, (w:) P. Tuleja (red.), Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Warszawa 2019.
- Zembala A., Modele komunikacyjne w relacji lekarz – pacjent, „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ, Nauki ścisłe” 2015, nr 2.