

**Monika Wałachowska**

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

walachowska@umk.pl

ORCID: 0000-0002-4930-0595

<https://doi.org/10.26881/gsp.2021.1.05>

## Naruszenie prawa do dokumentacji medycznej

### I. Wstęp

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej jest jednym z najważniejszych praw<sup>1</sup> przysługujących pacjentowi w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Obok swojej funkcji potwierdzającej – przykładowo – diagnozę, dokumentacja medyczna jest wręcz – zwłaszcza po upływie dłuższego czasu od udzielenia świadczeń zdrowotnych – podstawowym źródłem informacji o stanie zdrowia pacjenta, zaleceniach, prognozach na przyszłość. Ponadto, jej prowadzenie jest jednym z najważniejszych obowiązków osób wykonujących zawody medyczne (przede wszystkim lekarza<sup>2</sup>, ale także w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych – pielęgniarki i położnej<sup>3</sup> oraz ratownika medycznego<sup>4</sup> i fizjoterapeuty<sup>5</sup>), zatem naruszenie tego obowiązku może zostać uznane za przewinienie zawodowe. Ogół przepisów dotyczących tak prowadzenia, jak i udostępniania dokumentacji medycznej pozwala twierdzić, że dokumentacja medyczna nie tylko umożliwi realizację prawa pacjenta do informacji o stanie zdrowia, ale także stanowi zbiór danych pacjenta, które w dużej mierze są danymi wrażliwymi<sup>6</sup>, a więc co do których muszą istnieć szczególne podstawy ich przetwarzania. Natomiast od strony procesowej – dokumentacja medyczna może stanowić jeden z ważniejszych dowodów. Ustawodawca, określając ramy prawne dotyczące zarówno prowadzenia

<sup>1</sup> Zob. art. 23 i n. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 849; dalej: u.p.p., ustawa o prawach pacjenta).

<sup>2</sup> Zob. art. 41 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 514; dalej: u.z.l.).

<sup>3</sup> Zob. art. 18 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 562; dalej: u.z.p.p.).

<sup>4</sup> Zob. art. 11 ust. 6–7 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie medycznym (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 882; dalej: u.p.r.m.).

<sup>5</sup> Zob. art. 9 pkt 4 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 952; dalej: u.z.f.).

<sup>6</sup> Zob. pkt 35 preambuły w zw. z art. 4 pkt 15 i art. 9 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych); (Dz.Urz.UE L Nr 119, s. 1; dalej: RODO).

dokumentacji, jej treści, jak i sposobów udostępniania połączył je z prawami pacjenta, wskazując, że pacjent ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (art. 23 ust. 1 u.p.p.). Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej zarówno w ustawie o prawach pacjenta, jak i przepisach odrębnych<sup>7</sup> (art. 23 ust. 2 u.p.p.). Prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej odpowiada obowiązek podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, udostępnienia dokumentacji medycznej (art. 26 ust. 1 u.p.p.). Ponadto w celu realizacji prawa pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w przepisach ustawy o prawach pacjenta oraz w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia<sup>8</sup>, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji. Względ na konieczność ochrony danych pacjenta, które *nota bene* mają w dużej części status danych sensytywnych<sup>9</sup>, powoduje, że przetwarzanie danych pacjenta (polegające m.in. na udostępnieniu dokumentacji medycznej) wymaga wyraźnej podstawy prawnej (lub upoważnienia – zob. art. 26 ust. 1 u.p.p.). Katalog podmiotów uprawnionych do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta, o której mowa w art. 25 ust. 1 u.p.p., w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu, przewiduje art. 24 ust. 2 i ust. 5–6 u.p.p. Co istotne, podmioty inne niż wykonujące zawody medyczne, uprawnione do przetwarzania danych pacjenta, obowiązuje tajemnica informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z np. wykonywaniem czynności pomocniczych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych czy utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja, także po śmierci pacjenta. Podmioty zaś takie, jak lekarz i pielęgniarka również zobowiązane są do zachowania w tajemnicy informacji o pacjencie także po jego śmierci, uzyskanych w związku z wykonywanym zawodem, co wynika z odpowiednich przepisów<sup>10</sup>.

<sup>7</sup> Takim przepisem jest m.in. art. 40 u.z.l. Przepis ten przewiduje obowiązek zachowania tajemnicy medycznej, m.in. danych pacjenta i danych o jego stanie zdrowia. Potwierdza to również wyrok NSA z dnia 4 marca 2016 r., II FSK 1452/14, Legalis nr 1469918; w którym sąd stwierdził, że dysponentem danych zawartych w dokumentacji medycznej jest pacjent, a ich legalne udostępnienie podmiotom innym niż pacjent, jego przedstawiciel ustawowy czy opiekun faktyczny albo pełnomocnik, jest dopuszczalne tylko w wypadkach wskazanych przepisami. Zob. też: postanowienie WSA w Warszawie z dnia 29 maja 2018 r., VII SAB/Wa 27/18, LEX nr 2557634.

<sup>8</sup> Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 702).

<sup>9</sup> Zob. też wyrok WSA w Warszawie z dnia 8 czerwca 2017 r., VII SA/Wa 605/17, Legalis nr 1674655 (w sprawie chodziło o konieczność objęcia dokumentacji szczególną ochroną w sytuacji, gdy wskutek wykreślenia podmiotu leczniczego z rejestru, inny podmiot przejmuje dokumentację pacjentów).

<sup>10</sup> Zob. art. 40 u.z.l., art. 17 u.z.p.p., art. 11 ust. 9 pkt 3 u.p.r.n.; art. 14 u.p.p.; art. 9 ust. 3 u.z.f.

## II. Ramy prawne prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej

Podstawowe zasady dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej przewidują przepisy u.p.p., rozporządzenia wykonawcze<sup>11</sup>, a także przepisy dotyczące zasad wykonywania danego zawodu medycznego. Przepisy szczegółowo określają także zasady oraz formę udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta. Przede wszystkim podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych<sup>12</sup> udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta (art. 26 ust. 1 u.p.p.). Obecnie ustawa przewiduje pięć form, w których dokumentacja medyczna może być udostępniona: do wglądu, z zapewnieniem możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć, przez sporządzenie jej wyciągu odpisu, kopii lub wydruku, przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po jej wykorzystaniu (tylko na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta), za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, na informatycznym nośniku danych (art. 27 ust. 1 pkt 1–5 u.p.p.). Szczególne zasady dotyczą zdjęć rentgenowskich oraz digitalizacji dokumentacji papierowej i jej udostępnienia (art. 27 ust. 2–3 u.p.p.). Jednocześnie podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych prowadzi wykaz dotyczący udostępnianej dokumentacji (treść wykazu określa art. 27 ust. 4 u.p.p.).

Naruszenie tego prawa może rodzić zarówno odpowiedzialność odszkodowawczą<sup>13</sup>, jak i karną oraz zawodową, natomiast gdy chodzi o nieprawidłowości dotyczące udostępniania dokumentacji – może być uznane za naruszenie zbiorowych praw pacjentów (art. 59 i n. u.p.p.). Warto także przypomnieć, że kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta, m.in. w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów (art. 5 u.p.p.).

<sup>11</sup> Zob. przykładowo: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 666; dalej: rozporządzenie o dokumentacji z 2020 r.).

<sup>12</sup> W pojęciu tym mieszczą się zarówno np. podmioty lecznicze prowadzące szpitale, jak i lekarz lub wykonujący zawód w indywidualnej czy grupowej praktyce lekarskiej – zob. art. 1–4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 295).

<sup>13</sup> W wyroku SN z dnia 5 lutego 1974 r., I PR 518/73, NP 1975 nr 1, s. 142, sąd stwierdził, że lekarz, który na podstawie wyników badań chorego ma pewność, że wszelka praca jest dla niego przeciwwskazana, a mimo to wydaje zaświadczenie innej treści, odpowiada za szkodę stąd wynikłą, jeżeli zostanie wykazane, że postępowanie lekarza pozostaje w normalnym związku przyczynowym np. ze śmiercią pacjenta. Winą jest niedochowanie należytej staranności i poświadczenie nieprawdy w dokumentacji – zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2017, s. 156.

### III. Naruszenie przepisów o dokumentacji medycznej a ochrona praw pacjenta

Prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej stanowi element prawa pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia<sup>14</sup>. Naruszenie przepisów o prowadzeniu czy udostępnianiu dokumentacji może stanowić jednocześnie naruszenie prawa do prywatności i intymności pacjenta, a pośrednio niekiedy także innych osób (np. w razie ujawnienia informacji o chorobie genetycznej).

Interpretacja pojęcia praw pacjenta, w tym prawa do dokumentacji, nie może następować w oderwaniu od samej definicji pacjenta oraz faktu, że pewne interesy są chronione w związku z podejmowaniem określonych interwencji medycznych. Omawiane przepisy chronią sferę niemajątkową podmiotów, które korzystają ze świadczeń zdrowotnych. Ochrona interesów innych osób może być oparta o przepisy odrębne (w szczególności przewidujące ochronę dóbr osobistych), jednak sam fakt uczestniczenia tych osób w udzielaniu świadczeń zdrowotnych innym podmiotom nie oznacza, że osoby te uzyskują również status pacjenta. W konsekwencji, należy przyjąć, że również osoba upoważniona przez pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej nie jest pacjentem, nie przysługują jej także prawa pacjenta. Na tej zatem płaszczyźnie nie ma możliwości ochrony na podstawie ustawy o prawach pacjenta. Takiej wykładni nie zmienia również fakt, że osoba ta jest osobą bliską w rozumieniu art. 3 u.p.p., a więc ma prawo do obecności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi (art. 21 u.p.p.) czy jest uprawniona do otrzymania od lekarza informacji o stanie zdrowia pacjenta nieprzytomnego (art. 31 ust. 6 u.z.l.). Można zatem powiedzieć, że celem art. 4 ust. 1 u.p.p. w zw. z art. 448 k.c.<sup>15</sup> jest ochrona godności pacjenta, sfery jego autonomii i prawa do samostanowienia, nie zaś ochrona praw innych osób.

Ponadto, naruszenie nie wszystkich praw pacjenta może być podstawą domagania się zadośćuczynienia pieniężnego. *De lege lata* art. 4 ust. 1 u.p.p. stanowi, że w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Przepis ten niewątpliwie poszerza zakres ochrony przewidzianej w stosunku do pacjenta<sup>16</sup>, uzupełniając środki ochrony przewidziane w art. 23–24 k.c. (nie każde prawo pacjenta jest oparte o konstrukcję dobra osobistego<sup>17</sup>), zatem przepisy kodeksu cywilnego mogą uzasadniać ochronę np. w razie naruszenia prawa do wizerunku pacjenta. Wprawdzie nierzadko ich naruszenie będzie stanowiło wkroczenie

<sup>14</sup> Zob. też P. Sobolewski [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 1, *Instytucje Prawa Medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2017, s. 790–791.

<sup>15</sup> Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 1740 ze zm.; dalej: k.c., kodeks cywilny).

<sup>16</sup> Zob. też: M. Safjan, *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentowi*, PiM 2005, nr 1, s. 10; M. Nesterowicz, *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę w procesach lekarskich*, PiP 2005, z. 3, s. 15 i n.

<sup>17</sup> Zob. M. Wałachowska [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. M. Nesterowicz, Warszawa 2009, s. 12–13.

w sferę praw osobistych pacjenta (np. w związku z naruszeniem prawa do tajemnicy medycznej), to nie należy ich ze sobą utożsamiać<sup>18</sup>. Wartości te raczej pozostają ze sobą w stosunku krzyżowania<sup>19</sup>.

Zarówno na gruncie ustawy o z.o.z.<sup>20</sup>, jak i obecnie zadośćuczynienia pieniężnego nie można żądać w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta. Należy się w związku z tym zastanowić, czy podstawy do zasądzenia zadośćuczynienia można poszukiwać w innych przepisach ustawy o prawach pacjenta. Jest to o tyle istotne, że prawo do dokumentacji jest nierozłącznie związane z prawem do informacji o stanie zdrowia, a więc także z szeroko pojętym prawem do prywatności. Obecnie, skoro prawo do dokumentacji jest ściśle związane z prawem pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia, rokowaniach, a tym samym z prawem do wyrażenia tzw. świadomej zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych (lub sprzeciwu), a także z prawem do prywatności<sup>21</sup>, jedyną podstawą żądania wynagrodzenia szkody niemajątkowej wydaje się zawinione naruszenie prawa do zgody i prawa do informacji (brak dostępu do dokumentacji często będzie skutkowało naruszeniem prawa do informacji, czyli nierzadko sama zgoda będzie wadliwa), a także niekiedy sięgnięcie do przepisów kodeksu cywilnego. Wprawdzie można twierdzić, że interes pacjenta jest dostatecznie zabezpieczony poprzez możliwość żądania zadośćuczynienia za naruszenie prawa do informacji<sup>22</sup>, to jednak teza nie jest dostatecznie przekonująca. Nie można przecież wykluczyć, że informacja została wprawdzie pacjentowi udzielona, ale było to dawno, a pacjent nie pamięta wszystkich szczegółów, zatem np. nieudostępnienie pacjentowi dokumentacji medycznej może również obiektywnie naruszać jego prawa i powinno uzasadniać możliwość żądania zadośćuczynienia. Poza tym przecież fałszowanie dokumentacji medycznej<sup>23</sup> lub jej nieprawidłowe prowadzenie, będące *nota bene* przewinieniem zawodowym, może jednocześnie skutkować opóźnieniem podjęcia właściwego leczenia<sup>24</sup>, co stanowi o utracie szansy np. polepszenia stanu zdrowia i wkracza obiektywnie w sferę autonomii pacjenta. *De lege ferenda* uzasadniona wydaje się zmiana przepisów w tym zakresie.

Ponieważ nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej lub jej nieudostępnienie lub zwłoka w udostępnieniu może pośrednio naruszać prawo pacjenta

<sup>18</sup> Zob. też: B. Janiszewska, *O zadośćuczynieniu za naruszenie praw pacjenta*, M. Praw. 2017, nr 15, s. 823.

<sup>19</sup> Zob. wyrok SA w Łodzi z dnia 10 czerwca 2016 r., I Aca 1767/15, Legalis nr 1473225; wyrok SA w Białymstoku z dnia 24 marca 2016 r., I ACa 766/15, Legalis 1446826.

<sup>20</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89), uchylona ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 295).

<sup>21</sup> Zob. M. Wałachowska [w:] *Ustawa o prawach pacjenta...*, s. 13–14.

<sup>22</sup> Tak L. Bosek [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. *idem*, komentarz do art. 4 ust. 3 u.p.p., lit. L, pkt 4–5, Legalis.

<sup>23</sup> Zob. postanowienie WSA w Warszawie z dnia 25 listopada 2008 r., II SAB/Wa 70/08, Legalis nr 712297.

<sup>24</sup> Zob. postanowienie SN z dnia 24 października 2018 r., I KK 5/18, Legalis nr 1847361.

do informacji (art. 9 u.p.p.), ale także prawo do świadczeń (art. 6 u.p.p.) oraz prawo do zgody (art. 17 u.p.p.), nie ma – moim zdaniem – przeszkód, by uzasadniając powództwo o zadośćuczynienie, wskazać właśnie na np. nieudostępnienie dokumentacji (albo jej opóźnione lub niekompletne udostępnienie) jako zdarzenie naruszające np. prawo do informacji czy do świadczeń (skoro pacjent nie wie o rozpoznaniu, nie może skorzystać np. z porady specjalisty, co może negatywnie wpłynąć na jego stan zdrowia). Przyjęcie koncepcji takiego pośredniego naruszenia stanowi *de facto* jedyną możliwość zabezpieczenia tego prawa pacjenta na drodze cywilnoprawnej. Z punktu widzenia konkretnego pacjenta nie jest przecież wystarczająco satysfakcjonujące, że praktyki danego podmiotu leczniczego, które utrudniły lub wręcz uniemożliwiły pacjentowi realizację prawa do dokumentacji, zostały uznane za praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjentów. Zasadność domagania się zadośćuczynienia z tego właśnie tytułu nie powinna budzić wątpliwości, choć *de lege lata*, jak wspomniano, samo naruszenie prawa do dokumentacji nie jest samoistną podstawą żądania. Gdyby jednak przyjąć, że np. opóźnione wydanie wyników badań narusza prawo pacjenta do informacji, a jednocześnie prawo do świadczeń, zadośćuczynienie pieniężne wydaje się zasadne i może spełniać przede wszystkim funkcję kompensacyjną, choć nie można pomijać także pozostałych (zwłaszcza wówczas, gdy mimo niepełnej<sup>25</sup> informacji i przez to – wadliwosti zgody, pacjent nie doznał uszczerbku na zdrowiu, a więc gdy chodzi w istocie o wynagrodzenie krzywdy powstałej na skutek zawinionego naruszenia prawa do szeroko pojętej autonomii pacjenta i prawa do samostanowienia, a nawet prawa do prywatności *sensu largo*). Zadośćuczynienie może być *in casu* zasadne nawet wówczas, gdy informacja jest przekazana pacjentowi w sposób ekstensywny, jednak nie jest ona przystępna (co może wynikać ze zbyt specjalistycznej terminologii używanej w dokumentacji medycznej). Nie można również wykluczyć roszczenia przysługującego pacjentowi wówczas, gdy wbrew jego woli informacja o stanie zdrowia pacjenta zawarta w dokumentacji jest udostępniana innym osobom (a więc gdy mamy jednocześnie do czynienia z naruszeniem prawa do tajemnicy medycznej). Ponieważ zadośćuczynienie pieniężne za zawinione naruszenie praw pacjenta jest niezależne od doznania szkody na osobie<sup>26</sup>, nierzadko jest ono dochodzone właśnie w razie naruszenia samego prawa do informacji<sup>27</sup> oraz prawa do zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych<sup>28</sup>. Niewadliwa zgoda musi być poprzedzona udzieleniem w przystępny sposób informacji o rozpoznaniu, proponowanych metodach leczenia, rokowaniach, a zatem zgoda nieobjaśniona jest wadliwa, nieważna z mocy prawa (art. 82 k.c.), co samo w sobie

<sup>25</sup> Zob. wyrok SA w Białymstoku z dnia 14 września 2016 r., I ACa 7/16, Legalis nr 1514718; wyrok SA w Katowicach z dnia 15 stycznia 2014 r., I ACa 922/13, OSP 2016, z. 6, poz. 56.

<sup>26</sup> Zob. wyrok SA w Krakowie z dnia 21 grudnia 2015 r., I ACa 973/13, z glosą N. Karczewskiej-Kamińskiej, Prz. Pr. Med. 2019 nr 1, s. 130 i n.; wyrok SN z dnia 27 kwietnia 2012 r., V CSK 142/11, OSP 2013, z. 6, poz. 61; M. Wałachowska, *Ubezpieczenia medyczne a ostatnie tendencje w orzecznictwie dotyczącym kompensacji szkód medycznych* [w:] *O dobre prawo dla ubezpieczeń. Księga Jubileuszowa Profesora Eugeniusza Kowalewskiego*, red. E. Bagińska, W.W. Mogilski, M. Wałachowska, Toruń 2019, s. 527.

<sup>27</sup> Zob. wyrok SA w Białymstoku z dnia 24 marca 2016 r., I ACa 766/15, Legalis nr 1446826.

<sup>28</sup> Zob. wyrok SN z dnia 31 sierpnia 2017 r., V CSK 619/16, Legalis nr 1715286; wyrok SA w Katowicach z dnia 21 marca 2017 r., I ACa 970/16, Legalis nr 2024647.

uzasadnia domaganie się zadośćuczynienia pieniężnego<sup>29</sup>, o ile naruszenie jest zawinione. Wydaje się, że w sytuacji gdy wadliwość zgody wywodzona jest z faktu nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji i przez to niedoinformowania pacjenta, dochodzenie zadośćuczynienia również powinno być uzasadnione.

Skutkiem naruszenia przepisów o dokumentacji medycznej (co może polegać na bezprawnym udostępnianiu dokumentacji medycznej czy niezabezpieczeniu danych zawartych w dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej<sup>30</sup>) może być także naruszenie prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych (art. 13–14 u.p.p.). Wynika to faktu, że informacje objęte tajemnicą medyczną należą zarazem do sfery prywatności pacjenta (a więc następuje tutaj zbieg z art. 23–24 k.c. w zw. z art. 448 k.c.) i jednocześnie mogą dotyczyć także osób trzecich. Jest tak dlatego, że przedmiotowy zakres tajemnicy medycznej jest znacznie szerszy niż tylko informacje o stanie zdrowia pacjenta (zgodnie z art. 40 u.z.l. i art. 13 u.p.p., tajemnicą objęte są informacje związane z pacjentem, a uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu, a więc niekoniecznie obejmujące tylko informacje dotyczące stanu zdrowia). Nierzadko informacje uzyskane w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych pośrednio dotyczą innych osób. Ustawodawca ponadto chroni tę sferę również po śmierci pacjenta, sam zaś obowiązek zachowania tajemnicy obejmuje bardzo szeroki krąg podmiotowy, podobnie zresztą, jak w przypadku tajemnicy informacji zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta (zob. art. 26 u.p.p.). Należy zauważyć, że również naruszenie przepisów o prowadzeniu i udostępnianiu dokumentacji medycznej może jednocześnie stanowić naruszenie obowiązku zachowania tajemnicy medycznej (przykładowo w razie udostępnienia dokumentacji osobie nieupoważnionej albo udostępnienie jej w sposób szerszy niż wynika to z upoważnienia ustawowego, tj. np. udostępnienie danych genetycznych ubezpieczycielowi, a więc w sposób sprzeczny z art. 38 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej<sup>31</sup>). Warto jednocześnie zauważyć, że mimo iż naruszenie prawa do tajemnicy może mieć miejsce także po śmierci pacjenta (zob. art. 13 ust. 3 u.p.p.), ustawa nie przewiduje przepisu szczególnego, w oparciu o który osoby bliskie pacjenta, na wzór art. 4 ust. 2 u.p.p., mogłyby dochodzić np. zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na cel społeczny. Oznacza to w praktyce, że w razie naruszenia tajemnicy medycznej po śmierci pacjenta roszczenia mogą być oparte jedynie o przepisy ogólne dotyczące ochrony dóbr osobistych (o ile bezprawnie ujawnione informacje objęte tajemnicą naruszają dobra osób trzecich, co może mieć miejsce choćby wskutek ujawnienia informacji na temat choroby genetycznej) czy o przewidujące odpowiedzialność dyscyplinarną za przewinienia zawodowe. Również w tym przypadku naruszenie tajemnicy może być skutkiem nieprzestrzegania przepisów dotyczących dokumentacji medycznej.

<sup>29</sup> Zob. M. Wałachowska [w:] *Ustawa o prawach pacjenta...*, s. 21.

<sup>30</sup> Zob. art. 29–30 u.p.p. oraz art. 1 ust. 4–7 rozporządzenia o dokumentacji z 2020 r.

<sup>31</sup> Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r., poz. 895).

We wszystkich powyższych sytuacjach roszczenie o zadośćuczynienie pieniędzy uzależnione jest od zawinionego naruszenia praw pacjenta. Chodzi zatem tylko o te przypadki, gdy zachowanie sprawcy można ocenić jako niewłaściwe zarówno z obiektywnego, jak i subiektywnego punktu widzenia. Biorąc pod uwagę profesjonalny, zawodowy charakter działalności osób wykonujących zawody medyczne oraz funkcjonowanie podmiotów leczniczych, w przypadku których można będzie niekiedy przyjąć winę anonimową czy organizacyjną dotyczącą np. przechowywania dokumentacji, wykazanie przesłanki winy nie wydaje się trudne. Winą może być niedbalstwo w zabezpieczeniu dokumentacji medycznej (także prowadzonej w formie elektronicznej), co może skutkować naruszeniem tajemnicy danych medycznych. Nie ma znaczenia, z jakim stopniem winy mamy do czynienia, niemniej jednak wysoki stopień winy i naganność postępowania (np. fałszowanie dokumentacji medycznej w celu ukrycia nieprawidłowości postępowania) może zwiększyć poczucie krzywdy i uzasadnić odpowiednie podwyższenie zadośćuczynienia. Najczęściej wina ma jednak postać niedbalstwa<sup>32</sup>.

#### **IV. Naruszenie prawa do dokumentacji medycznej jako naruszenie zbiorowych praw pacjentów**

Dotychczasowe orzecznictwo, które dotyczyło naruszenia prawa do dokumentacji medycznej, poruszało najczęściej zagadnienie ograniczeń w dostępie do dokumentacji medycznej. Ograniczenia te, które uznano za praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjentów (art. 59 u.p.p.), przeważnie sprowadzały się do uzależniania dostępu do dokumentacji od określonej formy wniosku o jej udostępnienie. Przykładowo, w wyroku NSA z dnia 28 września 2018 r.<sup>33</sup> uznano, że uzależnianie udostępnienia dokumentacji od wykazania celu żądania i złożenia wniosku w określonej formie (np. tylko pisemnej), a także celu uzyskania dokumentacji, narusza zbiorowe prawa pacjentów<sup>34</sup>, co w konsekwencji może wiązać się z nałożeniem kary finansowej na podmiot leczniczy (art. 68 i n. u.p.p.). W sprawie ustalono, że w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego uzależniano udostępnienie dokumentacji od złożenia wniosku w formie pisemnej (wzór przygotował sam podmiot leczniczy), samej zaś dokumentacji nie udostępniano bez zbędnej zwłoki (zob. § 78 ust. 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania z 2015 r.<sup>35</sup>, obecnie § 70 ust. 1 rozporządzenia o dokumentacji z 2020 r.), ale ustanowiono termin dwudniowy na realizację wniosku (w trakcie postępowania prowadzonego przez

<sup>32</sup> Zob. M. Wałachowska [w:] *Ustawa o prawach pacjenta...*, s. 26.

<sup>33</sup> Wyrok NSA z dnia 28 września 2018 r., II OSK 1342/18, Legalis nr 1840141.

<sup>34</sup> Sąd stwierdził również, że praktyką naruszającą zbiorowe prawa pacjentów było pobieranie 5 zł za czynność potwierdzenia za zgodność z oryginałem kopii dokumentacji medycznej.

<sup>35</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069; zastąpione rozporządzeniem o dokumentacji z 2020 r.).



Rzecznika Praw Pacjenta – RPP, zmieniono ten fragment regulaminu, wpisując zwrot „niezwłocznie”). Od wnioskodawcy wymagano także wskazania celu żądania dostępu do dokumentacji.

Podobnie orzekł WSA w Warszawie<sup>36</sup>, uznając uzależnianie dostępności do dokumentacji medycznej od formy pisemnej wniosku za godzące w prawa pacjenta. Ustalono, że w dniu 2 stycznia 2015 r. podmiot prowadzący przychodnię stosował niedozwoloną praktykę polegającą na ograniczeniu dostępu do dokumentacji medycznej, spowodowaną zaprzestaniem udzielania świadczeń zdrowotnych w wyniku niezawarcia umowy z NFZ i zamknięciem przychodni w związku z protestem lekarzy (przychodnię ponownie otwarto 5 stycznia 2015 r. – wyznaczono osobę dyżurującą, zaś umowa z NFZ została podpisana dwa dni później). W tym czasie pacjenci nie mogli w ogóle złożyć wniosku o udostępnienie dokumentacji w siedzibie przychodni. Sąd uznał to za praktykę bezprawną, podobnie jak praktykę polegającą na udostępnianiu dokumentacji medycznej – osobie upoważnionej przez pacjenta – jedynie za okazaniem upoważnienia na piśmie. Rzecznik nałożył we wrześniu 2015 r. na podmiot 25 tys. zł kary pieniężnej z uwagi na brak zaniechania tej drugiej praktyki, a sąd tę decyzję utrzymał.

Orzeczenia sądów dotyczące przerwy w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych w związku z prowadzoną w nich akcją protestacyjną mogą stanowić pewne odniesienie dla stanów faktycznych, w których przerwa czy ograniczenie w funkcjonowaniu podmiotu związane są z okresem pandemii COVID-19. Wprawdzie kierownik podmiotu może ograniczyć korzystanie z niektórych praw pacjenta z uwagi na zagrożenie epidemiczne (art. 5 u.p.p.), to – jak pokazują przykłady z orzecznictwa – nie może wyłączyć możliwości wykonywania tych praw<sup>37</sup>. Przykładowo, w sprawie zakończonej wyrokiem NSA z dnia 19 kwietnia 2016 r.<sup>38</sup> ustalono, że w ciągu jednego dnia (2 stycznia 2015 r.) niemożliwe było ustne złożenie wniosku o udostępnienie dokumentacji, co uznano za naruszenia prawa. Podobnie, WSA w Warszawie w wyroku z dnia 28 października 2015 r.<sup>39</sup> podkreślił, że realizacja prawa dostępu pacjenta do dokumentacji medycznej nie może być w żaden sposób ograniczona bądź utrudniona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, także w sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych w wyniku uczestniczenia w legalnej akcji protestacyjnej. Konieczność bezwzględnego, rygorystycznego przestrzegania tego prawa pacjenta wynika stąd, że służy ono nie tylko ochronie zdrowia, ale często może decydować o ochronie życia, np. w sytuacji nagłej operacji czy konieczności kontynuowania ściśle określonego leczenia, wyłącznie w oparciu o dane z dokumentacji medycznej. Rzecznika Praw Pacjenta oraz sądu nie przekonał argument podmiotu leczniczego, że mimo iż w ciągu dwóch dni nie udzielał on świadczeń, to przychodnia była otwarta i na miejscu były obecne dyżurująca pielęgniarka i sekretarka. Uznano, że obowiązkiem tych osób nie było rozpatrywanie wniosków o udostępnienie dokumentacji (nie posiadały upoważnienia

<sup>36</sup> Wyrok WSA w Warszawie z dnia 20 lipca 2016 r., VII SA/Wa 340/16, Legalis nr 1547983.

<sup>37</sup> Tak w szczególności: wyrok NSA z dnia 8 września 2016 r., II OSK 1134/16, Legalis nr 1512199.

<sup>38</sup> Wyrok NSA z dnia 19 kwietnia 2016 r., II OSK 3019/15, Legalis nr 1455608.

<sup>39</sup> Wyrok WSA w Warszawie z dnia 28 października 2015 r., VII SA/Wa 1565/15, Legalis nr 1364470.

od kierownika podmiotu, który – zgodnie z regulaminem przychodni – jako jedyny posiadał takie kompetencje). Rzecznik zwrócił również uwagę, że podmiot leczniczy ograniczał dostęp do dokumentacji medycznej pacjentom zmieniającym podmiot wykonujący działalność leczniczą w ten sposób, że nie dawał im prawa do wglądu w dokumentację medyczną w siedzibie podmiotu, jak również nie udostępniał oryginału dokumentacji medycznej za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu. Zgodnie z regulaminem podmiotu, pacjentowi zmieniającemu zakład opieki zdrowotnej wydawano tylko kserokopię dokumentacji medycznej.

W dobie pandemii z pewnością sposób wykonywania prawa pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej (ale i upoważnienia do dostępu innych osób) musi podlegać istotnym zmianom. Niewątpliwie same ograniczenia w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych związane z obowiązującym stanem epidemii (np. zakaz odwiedzin) nie mogą same przez siebie prowadzić do niemożności wykonywania prawa pacjenta do dokumentacji. Wydaje się, że obecnie forma udostępnienia dokumentacji w formie elektronicznej (np. w formie skanów wyników badań) będzie w wielu przypadkach najbardziej praktycznym rozwiązaniem (choć oczywiście nie można jej narzucać wszystkim pacjentom – samo to mogłoby być paradoksalnie uznane za praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów, co dotyczyć by mogło w szczególności pacjentów starszych czy niemających na co dzień dostępu do Internetu lub komputera).

Jednocześnie, problemy praktyczne może budzić – w związku z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na elektronicznym nośniku danych (zob. art. 27 ust. 1 pkt 4–5 u.p.p.) – to, w jakiej formie taki wniosek powinien zostać złożony. Jak już bowiem wspomniano, z jednej strony forma wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej może być dowolna, lecz z drugiej – z uwagi na konieczność ochrony danych pacjenta, zwłaszcza tych sensytywnych, oraz ogólny obowiązek zachowania tajemnicy medycznej, podmiot leczniczy powinien mieć możliwość weryfikacji tego, czy z wnioskiem o udostępnienie zwraca się uprawniony podmiot. Na zagadnienie to zwrócił uwagę NSA w wyroku z dnia 17 czerwca 2015 r.<sup>40</sup>, w którym orzekł, że pacjent, przedstawiciel ustawowy pacjenta oraz osoba upoważniona, zgłaszając wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej, ma obowiązek wylegitymowania swojej tożsamości. W sprawie ustalono, że wniosek o udostępnienie dokumentacji został złożony za pośrednictwem operatora pocztowego. Ponieważ pacjent nie potwierdził swojej tożsamości, podmiot leczniczy prowadzący szpital odmówił mu udostępnienia dokumentacji. Sądy uznały, że podmiot leczniczy zachował należytą staranność, domagając się potwierdzenia tożsamości osoby będącej jego pacjentem (szpital zaproponował złożenie wniosku osobiście albo przesłanie kopii dokumentu tożsamości potwierdzonej za zgodność z oryginałem lub poświadczonego notarialnie skarżącego podpisu umożliwiającego potwierdzenie, że skarżący jest osobą uprawnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej oznaczonej danymi: „P.S.”). Również w okresie pandemii powyższa teza NSA jest aktualna, co oznacza, że podmiot składający wniosek o udostępnienie dokumentacji, zwłaszcza

<sup>40</sup> Wyrok NSA z dnia 17 czerwca 2015 r., II OSK 2770/13, Legalis nr 1331553.

gdy wniosek ten ma formę pisemną czy elektroniczną, a nawet telefoniczną, powinien podać pewne dane tak, aby możliwa była weryfikacja jego tożsamości. Wydaje się, że podmiot leczniczy takiego sprawdzenia dokonać może, żądając podania nr PESEL, nr dowodu osobistego czy np. imion rodziców pacjenta.

Również w wyroku z dnia 8 września 2016 r. NSA orzekł<sup>41</sup>, że uzależnianie dostępu do dokumentacji od złożenia wniosku w formie szczególnej (np. na piśmie, w emailu czy przez telefon) narusza zbiorowe prawa pacjentów<sup>42</sup>. Sąd stwierdził, że wybór formy żądania, w tym podstawowej formy – formy ustnej – należy do pacjenta. W sprawie ustalono, że w przychodni w dniach 2 i 5 stycznia 2015 r. ograniczono prawa pacjentów do dokumentacji medycznej, co było spowodowane zamknięciem podmiotu leczniczego (również w tym przypadku miała miejsce akcja protestacyjna i nie zawarto umowy z NFZ)<sup>43</sup>. W konsekwencji, pacjenci mogli złożyć wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej, tylko przesyłając na adres pocztowy przychodni wniosek w formie pisemnej; mogli również złożyć wniosek telefonicznie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej. Praktyki tej zaniechano 7 stycznia, po zakończeniu akcji protestacyjnej i podpisaniu umowy z NFZ. Zdaniem sądu, ponieważ przepisy prawa nie określają, w jaki sposób należy złożyć wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej, należy uznać, że może to być dowolny sposób. Zatem podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie może ograniczać sposobu przyjmowania wniosków o udostępnienie tej dokumentacji jedynie do formy pisemnej, telefonicznej bądź elektronicznej. Ponieważ przychodnia nie zapewniła w ciągu dwóch dni dyżuru upoważnionej osoby, nie były możliwe – wgląd do dokumentacji, sporządzenie notatek czy kopii, ani złożenie wniosku w formie ustnej.

Na jeszcze wyższy stopień naruszenia wskazano w wyroku WSA w Warszawie z dnia 1 września 2015 r.<sup>44</sup>, w którym ustalono, że pacjent chcący udzielić upoważnienia do dostępu do jego dokumentacji medycznej, musiał składać stosowne oświadczenie w obecności pracownika podmiotu leczniczego lub w formie aktu notarialnego albo formie pisemnej z podpisem poświadczonym urzędowo. Taki sposób ograniczeń pacjenta w wykonywaniu jego prawa niewątpliwie musiał zostać oceniony negatywnie. Za niedozwolone uznano również stosowanie w regulaminie przychodni postanowienia, zgodnie z którym prawo do wglądu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta przysługiwało osobie upoważnionej przez pacjenta za życia jedynie wówczas, gdy pisemne upoważnienie zawierało zastrzeżenie, że jest udzielone również na wypadek śmierci<sup>45</sup>.

<sup>41</sup> Wyrok NSA z dnia 8 września 2016 r., II OSK 1134/16, Legalis nr 1512199.

<sup>42</sup> Zob. też wyrok NSA z dnia 4 grudnia 2018 r., II OSK 3024/18, Legalis nr 1877462.

<sup>43</sup> Zob. też wyrok NSA z dnia 12 maja 2016 r., II OSK 116/16, Legalis nr 1485562.

<sup>44</sup> Wyrok WSA w Warszawie z dnia 1 września 2015 r., VII SA/Wa 1189/15, Legalis nr 1363738.

<sup>45</sup> Warto wskazać, że przed nowelizacją ustawy o u.p.p. z 2019 r. wątpliwości wywoływała treść art. 26. Zgodnie jednak z poglądem wyrażonym w wyroku NSA z dnia 17 września 2013 r., II OSK 1539/13, Legalis nr 741986, upoważnienie udzielone za życia zachowywało moc także po śmierci pacjenta (tak samo również wyrok WSA w Warszawie z dnia 2 marca 2015 r., VII SA/Wa 1369/14, Legalis nr 1244937). Zgodnie z obecną treścią art. 26 ust. 2 u.p.p. (po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana m.in. osobie upoważnionej przez pacjenta za życia), nie wymaga się wyraźnego

Ciekawym wątkiem w orzecznictwie, dotyczącym ograniczania dostępu do dokumentacji medycznej, jest uzależnianie udostępnienia dokumentacji od tego, czy uprzednio z wynikami badań zapoznał się lekarz zlecający badania. W sprawie zakończonej wyrokiem NSA z dnia 12 grudnia 2017 r.<sup>46</sup> uznano, że uzależnianie udostępnienia np. kopii dokumentacji od faktu uprzedniego zapoznania się z wynikami przez lekarza zlecającego może naruszać zbiorowe prawa pacjentów. Ponadto, w sprawie ustalono, że prawo do wglądu, wykonanie kopii lub wydanie oryginału dokumentacji były uzależnione od złożenia wniosku w formie pisemnej, co jak wspomniano, jest bezprawne. Podobnie orzekł WSA w Warszawie w wyroku z dnia 14 września 2017 r.<sup>47</sup>, w którym stwierdził, że pacjent nie może być „przymuszany” do oczekiwania na wizytę lekarską, aby uzyskać np. wydruk z dokumentacji elektronicznej. Ustalono, że wyniki badań przed wizytą u lekarza udostępniane były pacjentowi lub osobie upoważnionej wyłącznie do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Taka praktyka naruszała zbiorowe prawa pacjentów tym bardziej, że skoro pacjent ma prawo wyboru podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, to po wykonaniu badania nie musi kontynuować leczenia w danej placówce.

Naruszenie prawa do dokumentacji medycznej może być także skutkiem jej niewłaściwego przechowywania lub nieprzechowywania w ogóle i przez to uniemożliwienia dostępu do niej. Takiego przypadku dotyczył wyrok WSA w Warszawie z dnia 21 stycznia 2020 r.<sup>48</sup> W sprawie ustalono, że przez niemal trzy miesiące po zaprzestaniu działalności leczniczej przez spółkę dokumentacja medyczna pacjentów, którzy zakończyli w podmiocie leczenie, nie była właściwie przechowywana i udostępniana pacjentom. Ustalono, że działalność zakończyła stacja dializ wchodząca w skład spółki jako jej komórka organizacyjna, a jej zadania przejął szpital. Oba podmioty zawarły porozumienie, na podstawie którego całość dokumentacji dotychczasowych pacjentów stacji dializ miała być przechowywana w dotychczasowym miejscu, w wydzielonym pomieszczeniu. Spółka wyraziła zgodę na dostęp i korzystanie z ww. dokumentacji przez szpital w celu zachowania ciągłości leczenia. Pomimo tego postanowienia, dostęp do dokumentacji medycznej – niezależnie od tego, czy dotyczyła ona pacjentów, którzy zakończyli już leczenie, czy też nadal kontynuowali leczenie w szpitalu – mieli pracownicy szpitala (spółka nie zatrudniła w tym okresie osoby, której zadaniem byłoby udostępnianie dokumentacji medycznej pacjentów stacji dializ). Dopiero po trzech

---

zastrzeżenia w upoważnieniu, że ma ono moc również po śmierci pacjenta. Zachowanie jego skuteczności także po śmierci pacjenta było intencją ustawodawcy, co podkreślono w uzasadnieniu projektu nowelizacji (zob. druk sejmowy nr VIII.1998 z dnia 25 października 2017 r.) oraz art. 2 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2019 r., poz. 150; przepisy weszły w życie dnia 9 lutego 2019 r.). Zob. też: M. Nesterowicz, *Dostęp osób bliskich do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Glosa do wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z 17 września 2013 r. (II OSK 1539/13)*, PS 2015, nr 6, s. 140 i n.; T. Zimna, *Udostępnienie dokumentacji medycznej małżonkowi zmarłego. Glosa do wyroku WSA w Rzeszowie z dnia 13 lipca 2010 r., II SAB/Rz 29/10, GSP-PO 2011, nr 4, s. 59 i n.*

<sup>46</sup> Wyrok NSA z dnia 12 grudnia 2017 r., II OSK 2188/17, Legalis nr 1723599.

<sup>47</sup> Wyrok WSA w Warszawie z dnia 14 września 2017 r., VII SA/Wa 1295/17, Legalis nr 1844794.

<sup>48</sup> Wyrok WSA w Warszawie z dnia 21 stycznia 2020 r., VII SA/Wa 2670/19, Legalis nr 2394045.

miesiącach dokumentacja medyczna została przekazana przez szpital spółce. Zdaniem sądu, ponieważ spółka zaprzestała udzielania świadczeń zdrowotnych w stacji dializ, dokumentacja medyczna wytworzona przez podmiot leczniczy w tym zakresie podlegała uregulowaniom ustawy o prawach pacjenta i z tego względu powinna „podążać” za spółką, tj. być dalej przechowywana przez ten podmiot oraz udostępniana adekwatnie do przepisów ustawy i rozporządzenia wykonawczego. Sąd podkreślił, że prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej oznacza nie tylko prawo fizycznego w nią wglądu, także po zakończeniu leczenia, ale również prawo do zapewnienia, by dokumentacja była odpowiednio przechowywana oraz zabezpieczona w okresie, w jakim przepisy prawa wymagają, by zachowana była do niej pełna dostępność. Sąd uznał, że ponieważ spółka nie zaprzestała działalności leczniczej w ogóle, ale tylko w zakresie określonych świadczeń zdrowotnych, nie powstał obowiązek przeniesienia dokumentacji do innego podmiotu. Obowiązkiem spółki jest zatem nadal przechowywanie dokumentacji medycznej (a więc także fizyczne władztwo nad nią), w tym także tej, która ma związek ze świadczeniami udzielonymi wcześniej. Oznacza to, że prawny obowiązek przechowywania dokumentacji medycznej nie może zostać uznany za spełniony w przypadku, w którym podmiot wykonujący działalność leczniczą doprowadził do wyzbycia się władztwa nad dokumentacją na rzecz innego podmiotu, który nie powinien mieć do niej dostępu, przy jednoczesnej utracie kontroli nad tym, w jaki sposób faktycznie dokumentacja medyczna jest przechowywana i zabezpieczona.

We wszystkich praktycznie przytoczonych orzeczeniach sądy odnosiły się również do zagadnienia czasu, w którym dokumentacja medyczna powinna być udostępniona. Zasadą jest bowiem, że powinno to nastąpić bez zbędnej zwłoki<sup>49</sup> (zob. § 70 ust. 1 rozporządzenia o dokumentacji z 2020 r.), a więc wyznaczanie w regulaminach wewnętrznych podmiotów leczniczych terminu np. siedmiodniowego czy dwutygodniowego samo w sobie może być uznane za praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów. W wyroku NSA z dnia 9 lutego 2016 r.<sup>50</sup> sąd uznał, że przychodnia powinna zorganizować swoją działalność w taki sposób, aby dokumentacja medyczna była udostępniana pacjentom bez zbędnej zwłoki, a więc nawet niezależnie od tego, że w przychodni trwała legalna akcja protestacyjna. Taka teza mogłaby również dotyczyć przypadków reorganizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych w związku ze stanem epidemii.

Powyższe tezy rozstrzygnięć prowadzą do wniosku, że wobec braku wyraźnej podstawy prawnej żądania zadośćuczynienia za zawinione naruszenie prawa pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej<sup>51</sup>, zainteresowani kierują skargi do RPP, który ma prawo nałożyć na podmiot leczniczy karę finansową, w razie niepodjęcia działań określonych w decyzji stwierdzającej naruszenie (art. 64 ust. 1)<sup>52</sup>. Jej wysokość maksymalną

<sup>49</sup> Wyjątkiem jest art. 38 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z 2015 r., zgodnie z którym podmiot leczniczy powinien udostępnić odpłatnie dokumentację medyczną zakładowi ubezpieczeń w terminie 14 dni.

<sup>50</sup> Wyrok NSA z dnia 9 lutego 2016 r., II OSK 2843/15, Legalis nr 1408546.

<sup>51</sup> Nie wyklucza to, moim zdaniem, żądania zadośćuczynienia na innej podstawie, a więc gdy pośrednio doszło do naruszenia innych praw pacjenta albo dóbr osobistych w rozumieniu prawa cywilnego.

<sup>52</sup> Natomiast w razie nieprzekazania, na żądanie RPP, dokumentów oraz informacji, o których mowa w art. 61, RPP nakłada karę w wysokości do 50 tys. zł (art. 69 ust. 2 u.p.p.).

(500 tys. zł) przewiduje się w art. 68 u.p.p., wskazując jednocześnie kryteria, jakimi powinien kierować się RPP (art. 70 u.p.p.). Do problemu tego odniósł się WSA w Warszawie, który w wyroku z dnia 21 czerwca 2017 r.<sup>53</sup> wskazał na warunki nałożenia kary finansowej przez RPP, podkreślając, że w przypadku stwierdzenia naruszenia, RPP nie dysponuje swobodnym uznaniem w podjęciu decyzji o nałożeniu kary pieniężnej (RPP „nakłada” karę – zob. art. 68 u.p.p.), jeśli podmiot nie zastosował się do jego decyzji (nie zaniechał stosowania określonych praktyk). Z kolei w art. 70 u.p.p. ustawodawca wskazuje, że przy określaniu wysokości kary należy wziąć pod uwagę w szczególności okres, stopień oraz okoliczności naruszenia przepisów ustawy, a także fakt uprzedniego naruszenia przepisów. W sprawie ustalono, że RPP nałożył na prowadzącego praktykę lekarza rodzinnego 30 tys. zł kary za niepodjęcie działań polegających na zaniechaniu praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów, poprzez rozpoczęcie udostępniania pacjentom odpisów, wypisów lub kopii dokumentacji medycznej bez konieczności składania pisemnego wniosku przez osobę uprawnioną. Dodatkowo zobowiązano podmiot do udostępniania dokumentacji bez zbędnej zwłoki (w regulaminie przewidziano siedem dni roboczych od daty złożenia wniosku). Ponieważ podmiot nie złożył informacji o stopniu realizacji niezbędnych działań w terminie 30 dni, RPP wszczął postępowanie w przedmiocie nałożenia kary pieniężnej. Wprawdzie przychodnia usunęła z regulaminu postanowienie o siedmiu dniach roboczych, ale nadal wymagała pisemnego wniosku o udostępnienie dokumentacji<sup>54</sup>. Rzecznik uznał, że nadal stosowano zabronione praktyki i ocenił je jako „poważne”, trwające dłużej niż rok, co uzasadniało taką wysokość kary. Sąd utrzymał decyzję w mocy tak co do stwierdzenia faktu naruszenia, jak i wysokości kary.

## V. Podsumowanie i wnioski

Przedstawione stany faktyczne oraz formy naruszeń prawa do dokumentacji medycznej prowadzą do wniosku, że obecna regulacja prawna dotycząca cywilnoprawnych konsekwencji naruszenia prawa pacjenta do dokumentacji w niewystarczający sposób chroni pacjenta. Brak wyraźnej podstawy prawnej przewidującej możliwość żądania zadośćuczynienia za doznaną krzywdę należy ocenić negatywnie i postulować poszerzenie katalogu praw, których zawinione naruszenie daje prawo domagania się kompensacji. Droga postępowania administracyjnego dotycząca naruszenia zbiorowych praw pacjentów nie zabezpiecza w sposób dostateczny indywidualnych interesów pacjenta związanych ze sferą jego autonomii i prywatności.

<sup>53</sup> Wyrok WSA w Warszawie z dnia 21 czerwca 2017 r., VII SA/Wa 1769/16, Legalis nr 1674971.

<sup>54</sup> Wymóg wniosku w formie pisemnej za niedozwoloną praktykę uznał także NSA w wyroku z dnia 9 lutego 2016 r., II OSK 2843/15, Legalis nr 1408546 oraz WSA w Warszawie w wyroku z dnia 14 lutego 2020 r., VII SA/Wa 2920/19, Legalis nr 2514857.

## Literatura

- Janiszewska B., *O zadośćuczynieniu za naruszenie praw pacjenta*, M. Praw. 2017, nr 15.
- Karczevska-Kamińska N., *Glosa do wyroku SA w Krakowie z 21.12.2015 r., I ACa 973/13*, Prz. Pr. Med. 2019, nr 1.
- Nesterowicz M., *Dostęp osób bliskich do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Glosa do wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z 17 września 2013 r. (II OSK 1539/13)*, PS 2015, nr 6.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2017.
- Nesterowicz M., *Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę w procesach lekarskich*, PiP 2005, z. 3.
- Safjan M., *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentowi*, PiM 2005, nr 1.
- Sobolewski P. [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 1, *Instytucje Prawa Medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2017.
- Wałachowska M. [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. M. Nesterowicz, Warszawa 2009.
- Wałachowska M., *Ubezpieczenia medyczne a ostatnie tendencje w orzecznictwie dotyczącym kompensacji szkód medycznych* [w:] *O dobre prawo dla ubezpieczeń. Księga Jubileuszowa Profesora Eugeniusza Kowalewskiego*, red. E. Bagińska, W.W. Mogiński, M. Wałachowska, Toruń 2019.
- Zimna T., *Udostępnienie dokumentacji medycznej małżonkowi zmarłego. Glosa do wyroku WSA w Rzeszowie z dnia 13 lipca 2010 r., II SAB/Rz 29/10, GSP-PO 2011, nr 4.*

## Streszczenie

*Monika Wałachowska*

### Naruszenie prawa do dokumentacji medycznej

W artykule przedstawiono ramy prawne prowadzenia i udostępniania dokumentacji, a także skutki naruszenia prawa do dokumentacji medycznej. Ponieważ naruszenie tego prawa wyłączono z katalogu naruszeń dających możliwość domagania się zadośćuczynienia pieniężnego, wskazano na możliwe inne podstawy prawne uzasadniające dochodzenie roszczenia o wynagrodzenie doznanej krzywdy. Przedstawiono również orzecznictwo sądów administracyjnych, w którym uznano naruszenia przepisów o dokumentacji medycznej za naruszenie zbiorowych praw pacjentów.

**Słowa kluczowe:** dokumentacja medyczna; prawa pacjenta; zbiorowe prawa pacjenta.

## Summary

*Monika Wałachowska*

### Violation of the Right to Medical Records

The article aims to present the legal framework for keeping and sharing medical records and the legal consequences of violating the right to medical records. Since the law does not include this violation in the catalog of infringements that open the possibility to claim pecuniary compensation for immaterial loss, the author indicates other possible legal grounds that could serve as a basis for the claim for compensation for non-pecuniary loss. The author also presents the case-law of administrative courts that found violations of legal provisions on medical records as violations of collective patients' rights.

**Keywords:** medical records; patient's rights; collective patients' rights.