

Rozdział I. Uzasadnienie obowiązku zachowania tajemnicy medycznej

§ 1. Wprowadzenie

Zachowanie tajemnicy medycznej jest z jednej strony fundamentalnym obowiązkiem podmiotów udzielających świadczenia zdrowotne, z drugiej zaś – podstawowym prawem pacjenta. Zagadnieniu temu poświęca się więc we współczesnym prawie medycznym wiele miejsca. Regulacje te mają swe głębokie uzasadnienie filozoficzne i dogmatyczne. W doktrynie opracowano bowiem kilka teorii wyjaśniających potrzebę przestrzegania dyskrecji, zwłaszcza w sferze medycznej. Argumentacja ta była konstruowana zależnie od akcentów, które chcieli uwypuklić poszczególni autorzy, analizujący współczesny im stan prawny oraz zapatrywania w sferze etycznej i deontologicznej. Koncepcje te nawiązywały więc bądź to do paternalizmu medycznego i wówczas podkreślały użyteczny charakter tajemnicy medycznej, bądź do stosunków kontraktowanych łączących chorego i jego medyka. Współcześnie zaś podstaw prawa do zachowania sekretu poszukuje się w ochronie prywatności jednostki. W następnym punkcie zostaną pokrótce scharakteryzowane główne z tych teorii.

§ 2. Koncepcja konwencjonalistyczna

Według teorii konwencjonalistycznej zachowania tajemnicy wymagają względy użyteczne, praktyczne. Pacjent bowiem, mając świadomość, iż podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest związany obowiązkiem konfidencji, będzie bardziej skłonny ujawnić przed nim intymne informacje. Te z kolei są niezbędne dla zebrania prawidłowo wywiadu, a w konsekwencji – dla właściwej diagnostyki i wdrożenia odpowiedniego leczenia. W sytuacji natomiast, gdyby istniało zagrożenie, że pracownik medyczny rozpowszechni uzyskane informacje, pacjenci krępowaliby się mówić o niektórych sprawach, a w skrajnym wypadku w ogóle zrezygnowaliby z poszukiwania pomocy u takiej osoby. Przestrzeganie tajemnicy jest więc niezbędne dla rzetelnego wykonywania

zawodu medycznego i niesienia pomocy chorym. Z koncepcją tą może korespondować także nurt uzasadniający potrzebę zachowania konfidencji medycznej koniecznością budowania prestiżu danego zawodu (medycznego). Przedstawiciele tej koncepcji podnosili, że dyskrecja nie tylko chroni interesy jednostki, lecz również ma znaczenie dla odbioru społecznego danej grupy zawodowej¹. Kształtuje bowiem zaufanie do reprezentantów tej grupy, nawet wówczas gdy dana osoba nie miała z nimi jeszcze styczności. Zaufanie jest zaś ważnym elementem wpływającym na autorytet i wysoką pozycję przedstawicieli tej profesji. W celu ochrony tej wartości wprowadza się w kodeksach etyczno-deontologicznych normy nakazujące zachowanie sekretu, w wypadku zaś ich nieprzestrzegania – stosuje się odpowiedzialność zawodową (rozwiązania takie przewidziane są również na gruncie współczesnych polskich kodeksów etycznych, adresowanych do poszczególnych grup zawodowych pracowników medycznych – zob. Rozdział II).

§ 3. Teoria obowiązku wierności w stosunkach wzajemnych

Zgodnie z założeniami tej koncepcji za zachowaniem poufności przemawia konieczność dotrzymania obietnic i wykonania umowy zawartej między chorym i pracownikiem medycznym. Pacjent, ujawniając przed medykiem niejednokrotnie bardzo intymne informacje ze swego życia, może traktować go jak swojego powiernika. Może zatem oczekiwać, iż ten wywiąże się ze swych obowiązków i zachowa dyskrecję. W piśmiennictwie podkreśla się, iż taka argumentacja stanowi główny fundament moralnego obowiązku konfidencji². Wydaje się, że podobnego uzasadnienia można dopatrywać się również w tzw. teorii woli, opracowanej głównie w nauce francuskiej. Według jej założeń, obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej (w tym medycznej), wynika z umowy zawartej między chorym i pracownikiem medycznym. Umowa ta bowiem obliguje taką osobę do zachowania konfidencji. Zwolennicy tego nurtu wyjaśniają, że powinność ta nie wynika z innych źródeł, w szczególności z regulacji ustawowych. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych staje się powiernikiem ta-

¹ Zdaniem *M. Cieślaka*, który analizował to zagadnienie w kontekście tajemnicy adwokackiej, pełni ona podwójną funkcję. Nie tylko chroni interes konkretnej osoby, ale również służy budowaniu zaufania do adwokatury. Jej autorytet może być podważony „w oczach społeczeństwa” w sytuacji ujawnienia przez adwokata danych dyskretnych. Mogłoby do tego dojść nawet wówczas, gdyby zachowanie takie nie naruszało „żadnego konkretnego interesu”. Zob. *M. Cieślak*, Glosa do uchw. SN z 29.11.1962 r., VI KO 61/62, PIP 1963, z. 7, s. 171.

² *M. Boratyńska, P. Konieczniak*, Prawa pacjenta, Warszawa 2001, s. 330.

jemnicy właśnie na podstawie owej umowy. Konstrukcja ta implikuje dwie istotne konsekwencje. Po pierwsze, w przypadku ujawnienia danych dyskretnych możliwa jest odpowiedzialność kontraktowa (cywilna) powstała w związku z niewykonaniem (nienależytym wykonaniem) zobowiązania (na gruncie polskim znalazłyby więc zastosowanie art. 471 i n. ustawy z 23.4.1964 r. – Kodeks cywilny³). Po drugie, tajemnica zawodowa (w tym medyczna) nie ma charakteru bezwzględnego (absolutnego). Pacjent może bowiem zwolnić „powiernika” z jego obowiązku zachowania dyskrecji. W piśmiennictwie francuskim podkreśla się, że konstrukcja ta dotyczy głównie tajemnicy adwokackiej i lekarskiej⁴.

Można przyjąć, że omawiana teoria odwołuje się do potrzeby ukształtowania między podmiotami stosunku zaufania, który jest konieczny zwłaszcza w relacji pacjent – pracownik medyczny. Tylko wtedy bowiem chory będzie skłonny ujawnić przed osobą udzielającą mu pomocy informacje sekretne, jeśli będzie pewien, że zachowają one taki charakter. Zagadnienie to jest akcentowane w literaturze psychologicznej, w której podkreśla się, że „zaufanie jest podstawą każdej relacji zawodowej i pozazawodowej między psychologiem a klientem”⁵. Stanowi ono więc podwalinę tajemnicy zawodowej psychologa. Poszanowanie intymności i tworzenie atmosfery zaufania ma zaś decydujące znaczenie dla skuteczności terapii i poszanowania zasad etyczno-deontologicznych psychologa⁶. Wydaje się, że tezy te można odnieść także do innych osób udzielających świadczeń zdrowotnych⁷.

§ 4. Koncepcja ochrony prywatności

We współczesnej dogmatyce dużą popularnością cieszy się teoria, według której obowiązek przestrzegania tajemnicy medycznej ciąży na podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych i skorelowany jest z prawem pacjenta do zachowania jego prywatności.

W literaturze wskazuje się, że rozdzielenie sfery prywatnej i publicznej nastąpiło już w starożytności. Rozgraniczenia takiego można doszukiwać się w Biblii, a zwłaszcza w tych fragmentach Starego Testamentu, które stanowią o wstydzie

³ Tekst jedn. Dz.U. z 2014 r. poz. 121 ze zm.

⁴ B. Kunicka-Michalska, *Ochrona*, s. 22–23.

⁵ M. Stepulak, *Tajemnica zawodowa psychologa w relacjach osobowych*, Lublin 2002, s. 79.

⁶ *Ibidem*, s. 82.

⁷ Przykładowo, w rocie Przyrzeczenia lekarskiego ujęto zakaz nadużywania zaufania udzielonego przez chorego. Symptomatyczne jest również to, iż w tej samej frazie znalazł się obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Można zatem wnioskować o korelacji tych dwóch norm.

przed nagością. Także w wypowiedziach antycznych filozofów przejawia się dysfunkcja między tym co publiczne i prywatne. Przykładowo według *Arystotelesa* do tej drugiej sfery należało wszystko to, co było podporządkowane domowi, rodzinie i gospodarstwu domowemu⁸. Jak jednak twierdzi *A. Mednis*, problematyka ta w starożytnej Grecji miała charakter drugorzędny, gdyż myśliciele tej epoki skupiali się głównie na kwestiach publicznych. Prywatność nie odgrywała roli również w okresie średniowiecza, cechującego się dużą ingerencją Kościoła w sprawy osobiste wiernych. Dopiero rozwój indywidualizmu, akcentującego prawa i wolności człowieka i obywatela stał się przyczynkiem do wyodrębnienia takiej wartości, jaką jest prywatność⁹. W literaturze dostrzega się, że współcześnie wartość ta może być poważnie zagrożona m.in. w wyniku rozwoju technik teleinformatycznych oraz organizacji życia społecznego, wymagającej wchodzenia w częste interakcje poszczególnych osób (np. podczas wykonywania pracy zawodowej)¹⁰.

Na gruncie prawnym problematyka prawa do prywatności i jej ochrony stała się przedmiotem dyskursu na kanwie publikacji dwóch amerykańskich prawników: *S. D. Warrena* i *L. D. Brandeisa*. W artykule pt. „Prawo do prywatności” dokonali oni przeglądu orzecznictwa sądów angielskich i amerykańskich, dotyczącego naruszania sfery prywatności. Na tej kanwie postulowali ochronę życia prywatnego, zwłaszcza przed nadużyciami ze strony prasy¹¹. Poglądy tych autorów były rozwijane w kolejnych publikacjach, w których starano się określić elementy konstrukcyjne prawa do prywatności oraz formy jego naruszenia. Pośród przejawów ingerencji w tę sferę wskazywano m.in. publiczne ujawnienie kłopotliwych faktów z życia prywatnego¹². Za immanentną cechą prywatności uznano bowiem autonomię informacyjną, przez którą można rozumieć prawo do samodzielnego i nieskrępowanego decydowania o ujawnieniu danych o sobie podmiotom postronnym. W doktrynie polskiej na omawiane uprawnienie zwrócił uwagę *A. Kopff*. Wśród przejawów naruszenia prawa do prywatności autor wskazywał m.in. na ujawnienie krępujących lub intymnych faktów z życia prywatnego oraz rozpowszechnianie wiadomości, jakie zostały przekazane zainteresowanemu w warunkach poufności¹³. Tajemnica i autonomia są atrybutami

⁸ *J. Braciak*, [w:] *B. Banaszak, A. Preisner* (red.), *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, Warszawa 2002, s. 280–282.

⁹ *A. Mednis*, *Prawo do prywatności a interes publiczny*, Kraków 2006, s. 50–51.

¹⁰ Na zagrożenia te zwracał uwagę już na początku lat 80. XX w. *A. Kopff*. Zob. *tenże*, *Ochrona sfery życia prywatnego jednostki w świetle doktryny i orzecznictwa*, ZNUJ 1982, Nr 100, s. 30.

¹¹ *J. Braciak*, [w:] *B. Banaszak, A. Preisner* (red.), *Prawa*, s. 287–289.

¹² *A. Mednis*, *Prawo do prywatności*, s. 60.

¹³ *A. Kopff*, *Koncepcja praw do intymności i do prywatności życia osobistego (zagadnienia konstrukcyjne)*, SC 1972, t. 20, s. 30.

prawa do prywatności również zdaniem *M. Safjana*¹⁴ oraz *K. W. Kubińskiego*¹⁵. Można zatem przyjąć, że w pojęciu tym mieści się także prawo do zachowania dyskrecji medycznej.

Współcześnie afirmatywnie traktuje się prawo do prywatności i ochronę autonomii informacyjnej. W piśmiennictwie akcentuje się, że prywatność należy do najistotniejszych wartości chronionych w demokratycznych państwach¹⁶, która jest zabezpieczona zarówno normami prawa cywilnego (gdzie prawo do prywatności traktowane jest jako dobro osobiste, chronione za pomocą art. 23 i 24 KC), jak i karnego (art. 266 § 1 ustawy z 6.6.1997 r. – Kodeks karny¹⁷).

W cywilistyce zabezpieczenie prywatności łączy się z tzw. teorią sfer. Wyróżnia się tzw. sferę osobistą, w której jednostka zachowuje prawo do autonomicznego kształtowania swego wizerunku w obszarze publicznym. Informacje mieszczące się w tej sferze są najmniej chronione, a tym samym dość szeroko dostępne osobom postronnym. Kolejna jest sfera prywatna, która obejmuje informacje dotyczące życia rodzinnego i spraw domowych. Korzysta ona z silniejszego zabezpieczenia przed dostępem osób trzecich, aczkolwiek ochrona nie jest w tym wypadku bezwzględna. Najsilniej zabezpieczona jest sfera intymna. Obejmuje ona bowiem wiadomości mające najbardziej osobisty charakter, które muszą być utajnione przed osobami z zewnątrz, np. dane dotyczące stanu zdrowia i życia seksualnego jednostki, jej płodności, ciąży, itd. (a zatem dane mieszczące się w obszarze dyskrecji medycznej). Ze względu na taki charakter informacji, sfera ta objęta jest bezwzględną ochroną. Wiadomości mogą być ujawnione tylko za zgodą osoby zainteresowanej¹⁸. Zapatrywania na temat takiej wzmożonej ochrony można odnaleźć także w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego, który w wyr. z 21.10.1998 r.¹⁹ uznał, że „sfera życia intymnego (w znaczeniu szerszym niż potocznie przyjęte) objęta jest pełną prawną ochroną, o tyle ochrona sfery życia prywatnego podlega pewnym ograniczeniom, uzasadnionym «usprawiedliwionym zainteresowaniem»”. Z wypowiedzi tych wynika zatem, że można wyróżnić sferę prywatności i intymności. Relacje tych pojęć nie są jednoznacznie postrzegane w doktrynie prawa cywilnego, ale można przyjąć, że intymność jest terminem węższym, wchodzącym w skład pojęcia prywatności. Stanowisko takie zajął Sąd Najwyższy w wyr. 12.9.2001 r.²⁰

¹⁴ *M. Safjan*, Prawo do ochrony życia prywatnego, [w:] *L. Wiśniewski* (red.), Podstawowe prawa jednostki i ich sądowa ochrona, Warszawa 1997, s. 127.

¹⁵ *K. W. Kubiński*, Ochrona życia prywatnego człowieka, RPEiS 1993, z. 1, s. 61.

¹⁶ *P. Łuków, I. Wrześniewska-Wal*, Prywatność pacjenta a kształcenie medyczne, PiM 2008, Nr 3, s. 12.

¹⁷ Dz.U. Nr 88, poz. 553 ze zm.

¹⁸ *J. Sieńczyło-Chlabicz*, Prawo do ochrony sfery intymności jednostki, PiP 2004, z. 11, s. 39–40.

¹⁹ K 24/98, OTK 1998, Nr 6, poz. 97.

²⁰ V CKN 440/00, OSN 2002, Nr 5, poz. 68.

W uzasadnieniu do niego wskazał, że „Sfera ta [prywatności – dop. aut.] nie jest jednak jednolita. Obejmuje bowiem sferę intymną, która chroniona jest bezwzględnie przed dostępem do niej osób trzecich”. Teza taka jest artykułowana także w piśmiennictwie. Zdaniem *J. Sieńczyło-Chlabicz*, „sfera prywatności jest nadrzędnym dobrem osobistym, które obejmuje obok sfery życia prywatnego również sferę intymności”²¹. Z wypowiedzi tych wynika więc, że medyczne dane dyskretne mieszczą się w obszarze intymności, która stanowi element prawa do prywatności i jest silnie chroniona. Nieco inne uzasadnienie takiego zabezpieczenia prezentuje *M. Wild*. Opowiada się on za subiektywnym kryterium ustalenia, czy pewne wiadomości powinny być objęte wzmożoną ochroną. Propaguje bowiem teorię tzw. barier informacyjnych. Wywodzi, że Konstytucja RP proklamuje prawo do decydowania o swoich sprawach osobistych. Zdaniem autora, jednym z „komponentów tak rozumianego prawa do prywatności jest samookreślenie informacyjne”²². Jednostka, korzystająca z tego uprawnienia, może zatem autonomicznie zdecydować, jakie informacje i komu udzieli, a które chce zachować w sekrecie. Może więc budować bariery informacyjne i samodzielnie je kształtować. W takim ujęciu o ustaleniu sfery dyskrekcji nie decyduje treść informacji, lecz wola osoby, której one dotyczą. Wiadomości, nawet bardzo osobiste, mogą zostać odtajnione, jeśli zainteresowany nie zadba dostatecznie o ich pozostawienie w sekrecie i nie zastosuje odpowiednich środków ostrożności. „Ograniczenie ochrony może więc nastąpić w wyniku braku bariery informacyjnej, co należy traktować jako zadysponowanie przez jednostkę poufnością danych informacji”²³. Przy czym w przypadku pewnych wiadomości można przyjąć domniemanie, że osoba chce pozostawić je w sekrecie. Zdaniem *M. Wilda* autonomia informacyjna może być naruszona poprzez zapoznanie się z danymi poufnymi lub ich rozpowszechnienie. W tym drugim wypadku naruszający może wejść w posiadanie takich wiadomości nielegalnie i je następnie rozpowszechnić, bądź też może mieć legalny do nich dostęp. Naruszenie wówczas może polegać na nieuprawnionym ich rozpowszechnieniu. Ta druga sytuacja występuje m.in. w odniesieniu do tajemnicy medycznej. Osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych może przekroczyć barierę informacyjną, lecz ze względu na szczególnie stosunek łączący ją z pacjentem, oparty na zaufaniu, nie jest uprawniona do dalszej dystrybucji takich informacji. *M. Wild* dostrzega także, iż sfera ochrony w tym wypadku nie zależy od treści informacji, lecz dorozumianej woli pacjenta, który chce roztoczyć dyskrekcję na te wiadomości.

²¹ *J. Sieńczyło-Chlabicz*, Prawo do ochrony, s. 37.

²² *M. Wild*, Ochrona prywatności w prawie cywilnym (koncepcja sfer a prawo podmiotowe), PiP 2001, z. 4, s. 58.

²³ *Ibidem*, s. 70.

Jak wskazano wcześniej, zaliczenie danych medycznych do sfery intymności skutkuje ich szczególną, bezwzględną ochroną. Jednakże takie ujęcie powodowałoby całkowity zakaz przekazywania wiadomości dyskretnych osobom trzecim, a jedynym czynnikiem legalizującym mogłaby być zgoda pacjenta (ewentualnie innych podmiotów uprawnionych). *M. Wild* wskazuje jednak, że prawo do samodzielnego decydowania o swych sprawach (wyprowadzane z art. 47 Konstytucji RP) może być przez ustawodawcę niekiedy ograniczone (np. sfera stosunków seksualnych – art. 201 KK penalizuje kazirodcze obcowanie płciowe, które jest konsensualne i następuje między osobami posiadającymi pełną zdolność do czynności prawnych). Autor wywodzi więc, że limitowi takiemu może podlegać również autonomia informacyjna, a tym samym prawo do kreowania barier informacyjnych. „Prywatności, tak jak i innym wartościom konstytucyjnym, przysługuje ochrona, jednakże w odniesieniu do wszelkich informacji nie może ona być absolutna”²⁴. Granica dopuszczalności ujawnienia danych dyskretnych nie jest jednak wyznaczana treścią informacji (mogą zatem być one bardzo intymne), lecz poszanowaniem godności oraz koniecznością ochrony praw i wolności innych osób (zgodnie z zasadą proporcjonalności, wyrażoną w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP). Stworzone bariery informacyjne, dekodowane z wyraźnej albo dorozumianej woli jednostki, mogą więc zostać ustawowo ograniczone, bądź też uznane za nadużycie prawa do prywatności²⁵. Wydaje się, że tezę tę można odnieść do tajemnicy medycznej. Jej absolutne przestrzeganie może bowiem prowadzić do naruszenia praw i wolności innych osób. Wola pacjenta zachowania w sekrecie pewnych danych nie będzie więc wystarczającym uzasadnieniem do zachowania ich w poufności. Ustawodawca, kierując się potrzebą ochrony innych wartości konstytucyjnych, może zatem zdefiniować dyspensę od przestrzegania dyskrekcji. Mając jednak na względzie zasadę proporcjonalności, o której stanowi art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, zezwolenie takie musi być głęboko usprawiedliwione koniecznością zabezpieczenia innych istotnych praw i wolności osób trzecich.

Z przedstawionego wywodu wynika zatem, że sfera prywatności, a tym bardziej intymności, podlega silnej ochronie i tylko wyjątkowo może być naruszona. Uzasadnienia tak wzmożonego zabezpieczenia tego dobra można doszukać się w aspektach psychologicznych potrzeby prywatności. Według tzw. regulacyjnej teorii prywatności *Altmana*, człowiek dąży do uzyskania optymalnej sytuacji społecznej, która wymaga z jednej strony zbliżenia się do innych ludzi, z drugiej zaś – pewnej izolacji. Aby osiągnąć homeostazę, każdy musi zatem stosować mechanizmy kontroli tych zachowań, a zatem zdecydować, z kim chce

²⁴ *Ibidem*, s. 63.

²⁵ *M. Wild*, *Ochrona*, s. 71.

pozostawać w kontaktach²⁶. Osoba może więc rozstrzygnąć, jakie informacje ujawni wobec poszczególnych ludzi, by osiągnąć planowany cel. Wydaje się, że takie ujęcie ma również istotne znaczenie dla treści objętych tajemnicą medyczną. Niejednokrotnie odnoszą się one do sfery intymnej, wewnętrznej, ale chory musi je ujawnić przed pracownikiem medycznym, by uzyskać zamierzony rezultat, czyli skuteczną terapię.

Wraz z rozwojem cywilizacyjnym i postępem technologicznym prywatność jest coraz bardziej zagrożona. Gromadzenie i przesyłanie danych za pomocą systemów teleinformatycznych naraża je na udostępnienie osobom nieuprawnionym. Tezę tę można odnieść także do informacji objętych tajemnicą medyczną, znajdujących się w elektronicznej dokumentacji medycznej. Poza tym szeroki dostęp do tych danych różnych podmiotów potęguje niebezpieczeństwo w tej sferze (np. licznych pracowników administracyjnych, informatyków, itd.). Prawo do prywatności i mieszcząca się w nim autonomia informacyjna, musi więc pozostawać pod ochroną prawa. Znajduje to swój oddźwięk w licznych aktach międzynarodowych, ukierunkowanych głównie na prawa i wolności człowieka. Dla przykładu można podać choćby art. 12 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka²⁷, który gwarantuje każdemu ochronę przed samowolnym wkraczaniem w życie prywatne. W podobnym duchu został sformułowany także art. 17 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych z 19.12.1966 r.²⁸ oraz art. 8 ust. 1 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 4.11.1950 r.²⁹ Ten ostatni przepis zapewnia każdemu „prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, swojego mieszkania i swojej korespondencji”. W orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka prawo do życia prywatnego rozumiane jest jako prawo do życia zgodnie ze swą wolą i bez rozgłosu³⁰. Pod ochroną na podstawie omawianej regulacji pozostają więc również dane osobowe, w tym medyczne. Strony Konwencji powinny zatem wprowadzić do swych porządków wewnętrznych mechanizmy prawne gwarantujące bezpieczeństwo takich informacji. Mogą one zostać ujawnione jedynie wówczas, gdy jest to uzasadnione przeważającym interesem publicznym, np. potrzebą ścigania przestępstw i jawności po-

²⁶ Z. Zalewski, Prawo do prywatności – aspekty psychologiczne, [w:] K. Motyka (red.), Prawo do prywatności. Aspekty prawne i psychologiczne, Lublin 2001, s. 107, za: A. Mednis, Prawo do prywatności, s. 41.

²⁷ http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf.

²⁸ Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167 – załącznik. Przepis ten stanowi: „Nikt nie może być narażony na samowolną lub bezprawną ingerencję w jego życie prywatne, rodzinne, dom czy korespondencję, ani też na bezprawne zamachy na jego cześć i dobre imię”.

²⁹ Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.

³⁰ A. Mednis, Prawo do prywatności, s. 80.

stępowania sądowego³¹. Przykładem sprawy, w której ETPC uznał, iż doszło do naruszenia prawa do prywatności poprzez ujawnienie danych objętych tajemnicą medyczną, jest przypadek kobiety, której dane medyczne zostały przekazane szwedzkiemu Biuru Ubezpieczeń Społecznych. Kobieta ta w 1985 r. poddała się aborcji w klinice, do której trafiła następnie po wypadku przy pracy. W związku z nim poszkodowana wystąpiła z roszczeniami cywilnoprawnym do Biura Ubezpieczeń Społecznych. Instytucja ta zwróciła się wówczas do wspomnianej kliniki o przekazanie informacji w celu ustalenia zasadności tych roszczeń. W przekazanych dokumentach znajdowały się dane poufne, m.in. na temat wspomnianego zabiegu aborcyjnego. Trybunał uznał, że informacje ujęte w dokumentacji medycznej były gromadzone do innych celów (terapeutycznych) i w związku z tym nie mogły być przekazane temu Biuru na potrzeby postępowania cywilnego. W ten sposób bowiem dane dyskretne zostały ujawnione osobom postronnym, licznym pracownikom tego Urzędu, na co zainteresowana nie wyrażała zgody. Trybunał orzekł zatem, że doszło do pogwałcenia jej prawa do życia prywatnego, choć uznał, że było to usprawiedliwione w świetle art. 8 ust. 2 EKPC. W myśl tego przepisu wyjątkowo dopuszczalne jest ingerowanie przez władze publiczne w prawo do życia prywatnego. Może to nastąpić jednak tylko wówczas, gdy przewiduje tak ustawa i jest to konieczne w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób. W analizowanej sprawie ETPC ocenił, że działania kliniki i Biura były poddane ograniczeniom, skutecznie chroniącymi przed nadużyciami. Przekazanie dokumentacji medycznej było zaś poważnie uzasadnione. Dane zawarte w tych dokumentach, w tym dotyczące przerwania ciąży, miały bowiem znaczenie dla ustalenia stanu zdrowia zainteresowanej, a tym samym były niezbędne dla oceny zasadności jej roszczeń. Trybunał doszedł więc do wniosku, że użyte środki były proporcjonalne do osiągnięcia ważnego celu, a tym samym, wkroczenie w sferę prywatności było dopuszczalne³².

Przedstawione regulacje prawne i ich interpretacja powinny być wskazówką także dla polskich unormowań i ich wykładni, pozwalających na wejście w obszar prywatności, który jest zabezpieczony m.in. tajemnicą medyczną.

Także w prawie polskim prywatność jest silnie chroniona. Jako dobro przynależne człowiekowi, została ona bowiem podniesiona do rangi konstytucyjnej.

³¹ J. Braciak, [w:] B. Banaszak, A. Preisner (red.), *Prawa*, s. 312–313 i orzecznictwo ETPC tam podane.

³² M. A. Nowicki, *Europejski Trybunał Praw Człowieka. Orzecznictwo*, t. 2, *Prawo do życia i inne prawa*, Kraków 2002, s. 677–680.

Zgodnie z art. 47 Konstytucji RP, każdy ma prawo do **ochrony prawnej życia prywatnego**, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz **do decydowania o swoim życiu osobistym**. W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego prywatność rozumie się jako prawo „do życia własnym życiem, układanym według własnej woli z ograniczeniem do niezbędnego minimum wszelkiej ingerencji zewnętrznej”. Prawo do prywatności „odnosi się między innymi do życia osobistego (a więc także zdrowia jednostki)”³³. Podobnie definiuje się to pojęcie w piśmiennictwie, wskazując, że prawo to wytycza obszar wolny „od zewnętrznej ciekawości i wścibstwa i innego rodzaju ingerencji [...] prawo do bycia pozostawionym w samotności oraz niezwykle ważny nowy komponent – autonomię informacyjną jednostki”³⁴. Elementem prawa do prywatności jest prawo do odosobnienia, które obejmuje uprawnienie jednostki do takiego ukształtowania sfery swego życia, by była ona niedostępna dla osób trzecich i wolna od ich ingerencji³⁵. Prywatność odnosi się także do ochrony informacji o danej osobie, prawo do prywatności gwarantuje zaś m.in. „pewien stan niezależności, w ramach którego jednostka może decydować o zakresie i zasięgu udostępniania i komunikowania innym osobom informacji o swoim życiu”³⁶. Niewątpliwie więc w grupie takich informacji znajdują się dane dotyczące stanu zdrowia, przebytych chorób, ich leczenia, itd.³⁷ Teza ta znajduje swe potwierdzenie także w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego. W wyr. z 19.5.1998 r. Trybunał uznał bowiem, że „informacja o stanie zdrowia (rodzaju schorzenia), podana w zaświadczeniu lekarskim w postaci numeru statystycznego choroby, należy do sfery życia prywatnego jednostki”³⁸. Ingerencja w prawa i wolności obywatelskie, w tym prawo do prywatności, może – w myśl art. 31 ust. 3 Konstytucji RP – nastąpić tylko wówczas, gdy jest to 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 takie muszą być jednak określone ustawowo oraz nie mogą naruszać istoty wolności i praw. Wszelkie dyspensy od poszanowania dyskrekcji medycznej muszą zatem być silnie uzasadnione podanymi powodami. Ustawodawca wprowadzając rozwiązania pozwalające na dostęp do danych dyskretnych (w tym na możliwość udostępniania dokumentacji medycznej), powinien więc kierować się wspo-

³³ Wyr. TK z 11.10.2011 r. (K 16/10, OTK-A 2011, Nr 8, poz. 80).

³⁴ R. *Stefanicki*, Cywilnoprawna ochrona prywatności osób podejmujących działalność publiczną, SP 2004, Nr 1, s. 25.

³⁵ J. *Braciak*, [w:] B. *Banaszak*, A. *Preisner* (red.), Prawa, s. 289.

³⁶ *Ibidem*, s. 337.

³⁷ P. *Łuków*, I. *Wrześniewska-Wal*, Prywatność, s. 13; K. W. *Kubiński*, Ochrona, s. 65.

³⁸ U 5/97, OTK 1998, Nr 4, poz. 46. Por także: L. *Garlicki*, Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu, Warszawa 2009, s. 104.