

Beata Janiszewska

Uniwersytet Warszawski, Polska

b.janiszewska@wpia.edu.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7202-9326>

Ochrona poufności pacjenta z perspektywy prawa cywilnego

Protection of Patient Confidentiality from a Civil Law Perspective

Abstract: The paper analyses the issue of protection of patient confidentiality by means of civil law instruments. Protection of the patient's interests related to the preservation of medical information beyond the access of unauthorized persons can be realized primarily through the protection of the patient's right to medical secrecy and the protection of human personal interests in the form of the right to privacy. The study presents the issue of the violation of the patient's confidentiality and the claims to be made in connection with such violation. A wider reflection is devoted to the issue of a claim for compensation for damage resulting from the violation of the patient's rights and the infringement of his/her personal rights, as well as the effects of the co-occurring of these claims, both in the material and procedural perspectives.

Keywords: patient, confidentiality, patient rights, medical confidentiality, right to privacy, non-pecuniary loss compensation

Słowa kluczowe: pacjent, poufność, prawa pacjenta, tajemnica medyczna, prawo do prywatności, zadośćuczynienie za krzywdę

Zagadnienia wstępne i cel opracowania

Rozwój technicznych środków utrwalania i przekazywania informacji wzmacnia potrzebę zapewnienia podmiotom prawa jurydycznych instrumentów ochrony poufności¹. Kontrola dostępu do danych, ich przechowywania, przetwarzania i udostępniania uzyskuje ogromne znaczenie w czasach, w których wiadomości mogą być w zasadzie natychmiast rozpowszechnione w skali całego świata, a skuteczną zaporą przed rozgłaszaniem nawet najbardziej intymnych treści przestały być normy postę-

1 Wyrażam podziękowania dla doc. dr Teresy Grzeszak za cenne refleksje dotyczące problematyki ochrony poufności pacjenta w prawie cywilnym.

powania (zasady współżycia), przyjęte w stosunkach społecznych. W dobie dynamicznych procesów komercjalizacji informacji i korzystania z ich ekonomicznego potencjału podstawową rolę w ochronie poufności należy zatem przypisać prawnym środkom sankcjonowania naruszenia tajemnicy.

Szczególnie doniosłe znaczenie ma zabezpieczenie danych dotyczących sytuacji zdrowotnej pacjentów oraz informacji o uwarunkowaniach osobistych i rodzinnych, ujawnianych w związku z udzielaniem pomocy medycznej. Dane obrazujące stan zdrowia człowieka cechuje wysoki stopień wrażliwości. Zainteresowany nierzadko nie dzieli się tymi wiadomościami nawet z osobami bliskimi, a lekarzowi przekazuje je wyłącznie w oczekiwaniu na wsparcie w chorobie. Gwarancja poufności ośmiela pacjentów do szczerego informowania o wszystkich okolicznościach, które mogą okazać się istotne dla skuteczności procesu terapeutycznego. Zatajanie informacji przed lekarzem w obawie przed ich upublicznieniem zwiększałoby natomiast ryzyko nietrafnej diagnozy i terapii pacjenta, opartej na niepełnych lub fałszywych danych.

Ujawnienie wrażliwych informacji o stanie zdrowia może mieć dla człowieka bardzo dotkliwe skutki w wielu sferach życia: kształtowania relacji rodzinnych, postrzegania w stosunkach społecznych, wykonywania określonych zawodów lub pełnienia funkcji, możliwości uzyskania pracy lub objęcia ochroną ubezpieczeniową. Konieczne jest zatem kompleksowe zabezpieczanie tajemnicy medycznej: za pomocą instrumentów przewidzianych w różnych dziedzinach prawa², a dobranych z uwzględnieniem wyników analizy kilku płaszczyzn tego złożonego zagadnienia: od określenia wartości wiązanych z poufnością przez formułowanie zasad służących ochronie tych wartości – aż do sprecyzowania konkretnych norm postępowania, ujętych w przepisach prawa.

Istotna rola w systemie ochrony poufności przypada prawu cywilnemu. Z perspektywy tej dziedziny prawa dążenie do zachowania informacji związanych z pacjentem, poza dostępem osób nieuprawnionych, może być realizowane na dwu podstawowych polach. Pierwsze z nich, umownie nazwane prawnomedycznym, obejmuje ochronę wartości i interesów pacjenta za pomocą charakterystycznej dla prawa medycznego instytucji praw pacjenta, uregulowanej w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³. Drugie pole ochrony poufności ma charakter *stricte* cywilnoprawny: zarówno gdy mowa o sprecyzowaniu godnych ochrony interesów człowieka jako pacjenta, jak i środków służących zapewnieniu tej ochrony.

Celem niniejszego opracowania jest zarysowanie zagadnienia cywilnoprawnych podstaw ochrony poufności pacjenta z obu wymienionych wyżej perspektyw,

2 Zagadnienie ujawniania przez osobę dotyczących jej informacji, a także pozyskiwania, gromadzenia i udostępniania informacji o obywatelach jest przedmiotem art. 51 Konstytucji RP, zamieszczonego w rozdziale poświęconym m.in. wolnościom człowieka i obywatela.

3 Dz.U. z 2019 r. poz. 1127, 1128, 1590, 1655 i 1696, dalej jako u.p.p. lub ustawa o prawach pacjenta.

określonych przepisami prawa medycznego oraz prawa cywilnego. W tym celu zostaną w pierwszym rzędzie przedstawione prawa pacjenta służące zabezpieczeniu jego poufności, a także dobra osobiste, których ochrona ma zmierzać do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem. Następnie, po zestawieniu ze sobą chronionych wartości: praw pacjenta i jego dóbr osobistych, rozważona zostanie tematyka naruszenia poufności oraz cywilnoprawnych instrumentów ochrony, przysługujących w takiej sytuacji człowiekowi będącemu pacjentem. Z uwagi na zbieżność środka ochrony w postaci roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia za krzywdę wynikłą z naruszenia praw pacjenta oraz naruszenia jego dóbr osobistych konieczna stanie się również analiza skutków współwystępowania tych roszczeń, zarówno w perspektywie materialnoprawnej, jak i procesowej.

1. Przedmiot ochrony poufności pacjenta z perspektywy praw pacjenta

Prawa pacjenta, czyli osoby zwracającej się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającej ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny (art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p.), służą zabezpieczeniu specyficznych interesów człowieka związanych z potrzebą uzyskania pomocy medycznej. Skutkiem unormowania praw pacjenta jest skonkretyzowanie tych interesów oraz określenie treści chroniących je praw⁴, a w konsekwencji również wyznaczenie przedmiotu i granic skorelowanych z prawami obowiązków obciążających „podmioty medyczne”. Stwierdzenie, że człowiekowi jako pacjentowi przysługują określone prawa, ma więc na celu kształtowanie u osób zobowiązanych odpowiednich postaw: z jednej strony podejmowania zachowań zmierzających do realizacji praw pacjenta, a z drugiej strony unikania zachowań powodujących naruszenie sfery interesów chronionych tymi prawami. Gdyby jednak to perswazyjno-prewencyjne oddziaływanie okazało się nieskuteczne, to w prawnomedycznym modelu ochrony została przewidziana możliwość wystąpienia z żądaniem charakterystycznym dla prawa cywilnego – zapłaty odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną wskutek zawinionego naruszenia prawa pacjenta (art. 4 ust. 1 u.p.p.).

Zagadnienie ochrony poufności jest związane przede wszystkim z materią prawa pacjenta do informacji (art. 9 u.p.p.) oraz prawa pacjenta do zachowania w tajemnicy informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu me-

4 Powstaje w związku z tym zagadnienie charakteru prawnego praw pacjenta, a zwłaszcza oceny, czy są one prawami bezwzględnymi. Pozytywna odpowiedź na to pytanie oznaczałaby, że naruszenie prawa pacjenta może mieć miejsce wskutek zachowania dowolnej osoby, nie tylko podmiotu wykonującego zawód medyczny. Konsekwencją tego stanowiska byłoby uznanie, że pacjent może żądać zapłaty zadośćuczynienia od każdej osoby będącej naruszcycielem jego prawa.

dycznego (art. 13 i art. 14 u.p.p.)⁵. Zakresy informacji, o których mowa w tych przepisach, nie są tożsame. Pierwsze z praw odnosi się bowiem wyłącznie do informacji medycznych dotyczących pacjenta (art. 9 ust. 1, ust. 2 i ust. 7 u.p.p.), natomiast drugie obejmuje szerszej ujęte informacje „związane z pacjentem”, „a uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu medycznego” (art. 13 *in fine* u.p.p.).

Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, wszystkich wyżej wymienionych informacji, zarówno dotyczących stanu swego zdrowia, jak i innych danych: o sytuacji osobistej, rodzinnej, środowiskowej, finansowej, zawodowej itd. Informacje o stanie zdrowia, jako dane o szczególnie wysokim stopniu wrażliwości, są jednak przez ustawodawcę traktowane w sposób wyjątkowy, o czym świadczy nałożenie na osoby wykonujące zawód medyczny obowiązku „zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta” (art. 14 ust. 1 u.p.p.)⁶.

Kwestia zależności między zakresem stosowania art. 9 u.p.p. oraz art. 13 u.p.p. wymaga kilku dodatkowych uwag. Zawarta w art. 9 u.p.p. regulacja prawa pacjenta do informacji medycznych obejmuje nie tylko określenie podmiotu i przedmiotu prawa oraz zakresu udzielanych informacji, lecz także wskazanie, komu innemu niż pacjent, a ponadto na jakiej podstawie, mogą być udostępniane te dane. Analiza art. 9 u.p.p. skłania do sformułowania w tej materii trzech zasad⁷.

Po pierwsze, generalnie uprawnionym do uzyskania informacji jest pacjent. Regułę tę wyraża art. 9 ust. 1 u.p.p., stanowiący, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Możliwość wyłączenia pacjenta z grona adresatów danych medycznych musi wynikać z ustawy. Takie podmiotowe ograniczenie zostało (*a contrario*) unormowane w art. 9 ust. 2 *in principio* u.p.p. w odniesieniu do pacjentów małoletnich, którzy nie ukończyli 16. roku życia. Mają oni jednak prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego (art. 9 ust. 7 u.p.p.). Moim zdaniem, przepisy nie przewidują innych podmiotowych ograniczeń udzielania pacjentowi informacji medycznych, na przykład z powodu ubezwła-

5 Z zagadnieniem udzielania informacji medycznych oraz ochrony poufności ściśle związana jest również (pominięta w tym miejscu m.in. z powodu ramowego charakteru niniejszego opracowania) problematyka dostępu do dokumentacji medycznej (art. 23 u.p.p.) i ochrony zawartych w niej danych (art. 24 ust. 1 u.p.p.), w tym zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem (art. 24 ust. 2 i ust. 3 u.p.p.; zob. również art. 24 ust. 6 u.p.p.).

6 Przepisy art. 13 i art. 14 u.p.p. znajdują odpowiednie zastosowanie do osób, które za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego uczestniczą przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego (art. 22 ust. 3 u.p.p.).

7 Przedmiotem opracowania nie będą kwestie istnienia i zakresu obowiązku informacyjnego regulowanego przepisami aktów prawnych innych niż ustawa o prawach pacjenta (np. tzw. ustawy transplantacyjnej).

snowlnienia pacjenta lub dotknięcia go zaburzeniami psychicznymi. Nieudzielenie informacji może być jedynie następstwem ograniczeń faktycznych związanych ze stanem nieprzytomności pacjenta lub stanem powodującym niezdolność do zrozumienia znaczenia informacji⁸. W takim przypadku lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. (art. 31 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁹).

Po drugie, zakres informacji, które ma prawo uzyskać pacjent, obejmuje pełne spektrum danych wymienionych w art. 9 ust. 2 u.p.p., czyli informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez daną osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami. Ograniczenie treści informacji przekazywanych pacjentowi musi mieć podstawę w przepisie ustawy lub woli pacjenta.

Przykładem ograniczenia ustawowego jest przysługujący lekarzowi tzw. przywilej terapeutyczny, uregulowany w art. 31 ust. 4 u.p.p., a umożliwiający w sytuacjach wyjątkowych ograniczenie pacjentowi informacji o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli rokowanie jest niepomysłne, a według oceny lekarza za takim ograniczeniem przemawia dobro pacjenta. Nawet jednak w razie skorzystania przez lekarza z tego przywileju, jego skutki mogą być zniweczone żądaniem pacjenta, aby lekarz udzielił mu informacji określonych w art. 9 ust. 2 u.p.p. w pełnym zakresie, czyli wraz z pominiętymi wcześniej danymi. Z kolei nieudzielenie informacji z woli pacjenta zostało przewidziane w art. 9 ust. 4 u.p.p., który stanowi, że pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2 u.p.p.

Po trzecie, możliwość udzielenia informacji medycznych osobom innym niż pacjent musi wynikać z przepisu ustawy lub z woli pacjenta. Źródłem przysługiwania takiego prawa przedstawicielowi ustawowemu jest art. 9 ust. 2 u.p.p.; z kolei osobom bliskim określone informacje mogą być udzielone na podstawie art. 31 ust. 6 u.z.l.

8 Artykuł 31 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (dalej jako u.z.l.) reguluje obowiązek informacyjny lekarza w kilku przypadkach: gdy pacjent nie ukończył 16. roku życia, jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji. Co się tyczy tej ostatniej sytuacji, przepisy ustawy o prawach pacjenta nie stanowią wprost o nieudzielaniu wówczas informacji pacjentowi. Doniosłość prawa pacjenta do informacji, a także zestawienie przypadku „niezdolności” z przywołaną w tym samym przepisie sytuacją nieprzytomności pacjenta, skłaniają do zajęcia stanowiska, że lekarz zasadniczo powinien podjąć działania zmierzające do poinformowania pacjenta, a dopiero na podstawie swych obserwacji ocenić, czy z powodu „niezdolności” pacjenta zaktualizował się również obowiązek poinformowania osób bliskich. Z art. 31 ust. 6 u.z.l. wynika m.in., że w razie „niezdolności” samo poinformowanie pacjenta nie prowadzi do zwolnienia się lekarza z wypełnienia obowiązku informacyjnego.

9 Tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 514.

Innym natomiast podmiotom informacje są przekazywane w razie wyrażenia na to zgody przez pacjenta lub jego ustawowego przedstawiciela (art. 9 ust. 3 u.p.p.)¹⁰.

Z powyższego wynika, że zasadniczo informacje medyczne o pacjencie posiada on sam oraz podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osoba wykonująca zawód medyczny. Możliwość ujawnienia danych przez „stronę medyczną” innym adresatom zasadniczo¹¹ musi mieć swoje źródło w przepisach art. 9 u.p.p., określających reguły uzyskania informacji oraz ich treść. Jeśli zatem dojdzie do udostępnienia poufnych wiadomości podmiotom innym niż te, które w danej sytuacji są uprawnione do ich uzyskania, to skutkiem tego udostępnienia będzie naruszenie prawa pacjenta do zachowania w tajemnicy informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego (art. 13 u.p.p.).

Pozytywny aspekt prawa pacjenta do informacji medycznych wyraża się w uprawnieniu do uzyskania przez pacjenta lub przez inne osoby uprawnione określonych danych; z prawem tym jest skorelowany obowiązek osoby wykonującej świadczenia zdrowotne udzielenia informacji zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami (art. 9 ust. 2 *in fine* u.p.p.). Natomiast negatywny aspekt omawianego prawa polega na tym, że dotyczące pacjenta informacje medyczne nie mogą być udostępnione podmiotom innym niż te, które w danych okolicznościach są do tego uprawnione wprost na podstawie przepisów ustawy (art. 9 ust. 2 i ust. 7 u.p.p., a od strony obowiązku lekarza – art. 31 ust. 6 u.z.l.) albo wskutek wyrażenia takiej woli przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (art. 9 ust. 3 u.p.p.).

Dla ochrony wyznaczonych w ten sposób granic zgodnego z prawem udostępniania informacji medycznych, a także ochrony poufności innych treści związanych z pacjentem, prawodawca przydał pacjentowi odrębne prawo: do zachowania tych informacji w tajemnicy (art. 13 u.p.p.). Zgodnie z art. 14 ust. 1 u.p.p. w celu realizacji prawa pacjenta osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, „w szczególności ze stanem jego zdrowia”. Obrazowo rzecz ujmując, można zatem stwierdzić, że pacjent uzyskał w ten sposób „prawo do cudzego milczenia”.

10 W art. 9 u.p.p. uregulowane zostało uzyskanie informacji dotyczących pacjenta wskutek aktu poinformowania pacjenta lub innej osoby przez osoby wykonujące zawody medyczne. Do ujawnienia informacji może jednak dojść również wskutek innych zdarzeń, na przykład udostępnienia zebranych wcześniej danych zawartych w dokumentacji medycznej (w tej kwestii zob. art. 26 u.p.p.).

11 Regulacją prawną są również objęte zagadnienia niezwiązania tajemnicą medyczną (art. 14 ust. 2 u.p.p.) oraz udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta, zob. zwłaszcza art. 26 ust. 3 u.p.p., wyliczający podmioty, którym udostępniana jest dokumentacja medyczna.

2. Dobra osobiste a ochrona poufności pacjenta

Co się tyczy drugiego z wyróżnionych uprzednio, czyli *stricte* cywilnoprawnego obszaru ochrony poufności, to wypada zauważyć, że w przepisach prawa cywilnego nie jest wyodrębniane i objęte ochroną konkretne dobro lub interes człowieka w postaci poufności, a ponadto w relacjach: pacjent – osoba wykonująca zawód medyczny. W celu ustalenia, w jaki sposób poufność pacjenta może być chroniona na polu prawa cywilnego, konieczna jest zatem najpierw identyfikacja godnych ochrony dóbr, czyli określenie wartości lub interesów, które mogą być związane z poufnością, a następnie wskazanie instytucji prawa służących ochronie tych dóbr oraz sprecyzowanie przesłanek i środków udzielenia ochrony prawnej.

Wartości i interesy związane z potrzebą zapewnienia pacjentowi poufności są najbliższe cywilnoprawnej instytucji dóbr osobistych, czyli wartości o charakterze niemajątkowym, ściśle związanych z człowiekiem i pozwalających na jego samorealizację, decydujących o jego byciu, pozycji, będących przejawem jego odrębności psychicznej i fizycznej oraz możliwości twórczych, powszechnie uznane w społeczeństwie i akceptowane w danym systemie prawnym¹². Spośród dóbr osobistych wyróżnianych na obecnym etapie rozwoju stosunków społecznych z ochroną poufności najściślej związane jest dobro osobiste w postaci prawa do prywatności¹³. Ujawnienie danych objętych tajemnicą medyczną może również prowadzić do naruszenia zdrowia¹⁴.

Prawo do prywatności to prawo każdej osoby do samodzielnego i wyłącznego decydowania o tym, w jakim zakresie chce zachować swą anonimowość, a w jakim udostępniać informacje o sobie osobom trzecim¹⁵. Istota tego dobra osobistego wiąże się zatem z istnieniem takiego obszaru życia, który pozostaje poza dostępem innych osób, oraz z umożliwieniem osobie zainteresowanej decydowania o tym, czy chce ujawnić należące do tego obszaru informacje¹⁶. Do sfery życia prywatnego niewątpliwie należą informacje dotyczące szeroko rozumianej kondycji zdrowotnej człowieka (stanu jego zdrowia oraz potrzeb i perspektyw diagnostycznych lub terapeutycznych), a zwykle również inne dane o sytuacji rodzinnej lub zawodowej, prze-

12 Zob. wyrok SA w Warszawie z dnia 9 kwietnia 2013 r., I ACa 1272/12.

13 Konstytucyjne osnowy ochrony życia prywatnego są wywodzone z art. 47 Konstytucji RP; zob. również art. 8 EKPCz oraz art. 17 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych. Ponadto w art. 20 u.p.p. przydano pacjentowi prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych; sposób zachowania osoby wykonującej zawód medyczny w celu realizacji tego prawa został unormowany w art. 22 u.p.p.

14 W rachubę wchodzi również naruszenie wizerunku lub tajemnicy korespondencji.

15 Wyrok SA w Poznaniu z dnia 10 stycznia 2008 r. I ACa 1048/07, wyrok SA w Warszawie z dnia 18 listopada 2013 r., VI ACa 674/13.

16 Pomijam w tym miejscu zagadnienie legalnego ingerowania w prywatność, jeśli możliwość taka wynika z innych przepisów.

kazywane przez pacjenta w związku z udzielaniem mu świadczenia zdrowotnego¹⁷. Dane medyczne obejmują częstokroć najbardziej intymne aspekty ludzkiej egzystencji, a o ich ujawnieniu: w ogóle i w określonym zakresie, człowiek decyduje, kierując się zaufaniem do adresata informacji.

W przypadku relacji lekarza z pacjentem zagrożenie poufności ma jednak szczególny wymiar, ponieważ dzielenie się informacjami w istocie nie jest dobrowolne, lecz spowodowane dążeniem pacjenta do uzyskania pomocy medycznej. Objęte tajemnicą dane nierzadko muszą objąć szeroki zakres nawet bardzo krępujących treści, a to w celu przedstawienia lekarzowi pełnego obrazu stanu pacjenta oraz minimalizacji ryzyka błędnej diagnozy i terapii. Niektóre z tych danych nigdy nie byłyby przekazane jakiegokolwiek innej osobie. Zarówno treść, jak i specyfika uwarunkowań, w których następuje przekazanie informacji medycznych, powodują zatem, że ich ujawnienie będzie mogło być uznane za ingerencję w prawo do ochrony życia prywatnego.

W analizowanej sytuacji możliwe jest także spowodowanie naruszenia dobra osobistego pacjenta w postaci zdrowia. Mowa tu w szczególności o zdrowiu psychicznym, choć nie sposób wykluczyć również oddziaływania na zdrowie fizyczne pacjenta, czyli prawidłowe funkcjonowanie układów i narządów organizmu. Co się tyczy zdrowia psychicznego, ujawnienie danych związanych z pacjentem może odciąsnąć się na kondycji emocjonalnej człowieka, w tym na jego zdolności do pokonywania stanów lęku, depresji czy agresji, a w wyjątkowych przypadkach nawet na stanie zdrowia umysłowego¹⁸. Szerokie spektrum indywidualnych reakcji na ujawnienie krępujących informacji jest uwarunkowane ich treścią i charakterem, skalą społecznego odzewu na upublicznione wiadomości (np. falą krytycznych komentarzy) oraz rozmiarem skutków, które zostały wywołane w związku z naruszeniem obowiązku strzeżenia tajemnicy medycznej.

17 Ujawnienie danych medycznych może prowadzić do utraty dobrego imienia człowieka, na przykład w związku z charakterem przyczyn zachorowania lub rodzajem interwencji medycznej, na którą zgodził się pacjent. Na podstawie tych informacji realne staje się bowiem uzyskanie przez osoby postronne wiedzy o określonym trybie życia pacjenta, mogącym kompromitować go w opinii publicznej, lub o niewiarygodności wcześniejszych deklaracji co do własnych zachowań i postaw, przekonań, wyznania, cenionych wartości życiowych itd. W razie jednak upublicznienia prawdziwych informacji o wyżej wymienionych faktach, mimo naruszenia czci zewnętrznej (dobrego imienia, dobrej sławy), nie zachodziłyby podstawy do udzielenia pacjentowi ochrony prawnej.

18 W kwestii wyróżnienia w pojęciu zdrowia psychicznego podkategorii zdrowia umysłowego i emocjonalnego zob. J. Duda, Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Warszawa 2009, s. 24–25.

3. Prawa pacjenta a dobra osobiste człowieka będącego pacjentem

Prawa pacjenta nie są tożsame z dobrami osobistymi człowieka będącego pacjentem, choć u podstaw funkcjonowania obu instytucji leży ochrona zbliżonych wartości, współcześnie wiązanych z godnością osobową – przyrodzoną i niezbywalną godnością osoby ludzkiej (art. 30 Konstytucji RP). Urzeczywistnieniu godności osobowej człowieka służy ochrona wartości niematerialnych decydujących o jego bycie i możliwości samorealizacji. Ten sam człowiek, kiedy staje się pacjentem, również oczekuje dostrzeżenia w nim osoby zachowującej swą godność, traktowanej podmiotowo w stosunkach prawnomedycznych, informowanej o swej sytuacji zdrowotnej i pytanej o zgodę na podejmowane interwencje. Przejawem szacunku dla człowieka jest poszanowanie pacjenta, który prosi o udzielenie pomocy, godząc się nawet na ujawnienie intymnych danych o sobie, jeśli okaże się to konieczne w walce o życie lub zdrowie.

Zbieżne ogólne założenia uzasadniająca udzielenie ochrony dobrom osobistym i prawom pacjenta nie niweczą różnic między tymi instytucjami. Według dominującej koncepcji dobra osobiste są chronione prawami podmiotowymi osobistymi, o charakterze bezwzględnym, czyli skutecznymi *erga omnes* („względem wszystkich”). Wyróżnienie dóbr osobistych ma na celu zasadniczo wykluczenie ingerencji innych podmiotów w sferę wartości i interesów idealnych ściśle związanych z osobą uprawnioną. Ochrona tych dóbr jest oparta na konstrukcji ochrony negatoryjnej, zmierzającej do przywrócenia zgodnego z prawem stanu „nieingerencji” w sferę objętą dobrem osobistym. Jedyne zachowanie oczekiwane od „wszystkich” polega więc na powstrzymaniu się od takiej ingerencji, a nie na działaniu lub zaniechaniu, które stanowiłoby spełnienie określonego „świadczenia” na rzecz uprawnionego.

Z kolei prawa pacjenta mają wymiar bardziej operatywny. Przysługiwanie tych praw ma umożliwić realizację potrzeb i interesów człowieka jako pacjenta, a środkiem do osiągnięcia tego celu jest określone zachowanie innych osób: udzielenie przez nie informacji stanowiących podłoże podjęcia decyzji medycznej, zwrócenie się o wyrażenie zgody na wykonanie świadczenia zdrowotnego czy zachowanie w poufności danych związanych z pacjentem.

W najbardziej doniosłym społecznie przypadku wykonywania zawodu lekarza prawodawca zdecydował o wyraźnym unormowaniu niektórych obowiązków lekarza¹⁹ skorelowanych z prawami pacjenta²⁰. W przypadku natomiast innych zawodów medycznych, nieposiadających takiej symetrycznej regulacji, istnienie obowiązku

19 Mowa tu o regulacji obowiązku informacyjnego, obowiązków lekarza skorelowanych z przysługiwaniem pacjentowi prawa do wyrażenia albo odmowy zgody, do tajemnicy medycznej oraz do dokumentacji medycznej.

20 Także w przypadku niektórych innych zawodów medycznych (pielęgniarek i położnych oraz ratowników medycznych) uregulowane zostały niektóre obowiązki odpowiadające prawom pacjenta (zob. art. 16 pkt 2 i art. 17 ustawy z dnia 17 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej,

jest uznawane za korelat danego prawa pacjenta. Uprawniony uzyskuje zatem instrument pozwalający na wywołanie pożądaných postaw i zachowań innych osób, a cel unormowania praw pacjenta nie zostałby osiągnięty, gdyby – jak to się dzieje w modelu ochrony dóbr osobistych – przysługiwanie prawa pacjenta miało sprowadzać się wyłącznie do oczekiwania nieingerencji w sferę chronioną prawem.

4. Naruszenie poufności pacjenta

Odrębność praw pacjenta i dóbr osobistych człowieka będącego pacjentem obliguje do tego, aby na każdym etapie analizy prawnej przeprowadzać ocenę skutków ingerencji w te dobra i prawa z uwzględnieniem przepisów właściwych dla danej instytucji: począwszy od ustalenia, czy doszło do naruszenia chronionych wartości, przez skonkretyzowanie następstw dokonanego naruszenia aż do zbadania, czy powstały określone roszczenia ochronne²¹.

W kwestii naruszenia dobra osobistego i prawa pacjenta wypada podkreślić istotną odmienność konstrukcyjną. Z art. 24 §1 zd. 1 k.c. wynika, że ochrona środkami niemajątkowymi w postaci na przykład złożenia oświadczenia odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie jest udzielana w razie wykazania przez powoda, że doszło do naruszenia dobra osobistego, jeśli pozwany, który dopuścił się ingerencji, nie udowodni, że działanie naruszające nie było bezprawne. Pozwany naruszciciel może bronić się przed odpowiedzialnością, dowodząc, że wykonywał własne prawo podmiotowe, że uzyskał zgodę uprawnionego na ingerencję w sferę jego dóbr osobistych, działał w granicach porządku prawnego albo w przeważającym interesie społecznym lub osobistym.

Udowodnienie choć jednej z tych okoliczności powoduje, że zachowanie naruszciciela nie jest uznawane za bezprawne. Mimo naruszenia dobra osobistego nie dochodzi zatem do naruszenia prawa podmiotowego osobistego, a w konsekwencji nie powstają roszczenia ochronne, w tym odszkodowawcze: o naprawienie szkody majątkowej czy kompensację krzywdy zapłatą zadośćuczynienia lub odpowiedniej sumy na wskazany cel społeczny. Pozwany, który zdoła wykazać wystąpienie okoliczności świadczących o braku bezprawności, unika więc odpowiedzialności cywilnej za naruszenie dobra osobistego nie tylko w zakresie roszczeń niemajątkowych (art. 24 § 1 zd. 1 i 2 k.c.), lecz także majątkowych, zmierzających do kompensacji szkody i krzywdy.

Z kolei w przypadku naruszenia prawa pacjenta środkiem ochrony jest wyłącznie roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (art. 4 ust. 1 u.p.p.). Na powodzie (pacjencie) spoczywa ciężar dowodu zawinionego naruszenia przy-

tekst, jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 562, 567 oraz art. 11 ust. 9 pkt 2 i 4 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 993 ze zm.).

21 W kwestii odrębności roszczeń ochronnych zob. także B. Janiszewska, O zadośćuczynieniu za naruszenie praw pacjenta, „Monitor Prawniczy” 2017, nr 15.

sługującego mu prawa, czyli nie tylko wystąpienia skutku ingerencji w postaci naruszenia, lecz także spowodowania go zawinionym zachowaniem, w obiektywnym (tożsamym z bezprawnością) i subiektywnym ujęciu winy. Nie występuje tu jednak charakterystyczna dla materii dóbr osobistych „dwuetapowość” badania podstaw ochrony, oddzielająca naruszenie dobra od naruszenia prawa podmiotowego. Pozwany naruszytel, w odróżnieniu od modelu ochrony dóbr osobistych, nie może zatem uniknąć obowiązku kompensacji krzywdy doznanej przez pacjenta z powołaniem się na przykład na ochronę interesu społecznego lub osobistego, zaliczaną do okoliczności uchylających bezprawność naruszenia dobra osobistego (art. 24 § 1 zd. 1 *in fine* k.c.)²².

Odmienność konstrukcji ochrony dóbr osobistych i praw pacjenta ma istotne znaczenie z tej przyczyny, że do naruszenia „dóbr” i „praw” może prowadzić to samo zachowanie. Jednak, mimo wystąpienia obu naruszeń, tylko drugie z nich – naruszenie prawa pacjenta, może spotkać się z sankcją prawną, jeśli w sferze ochrony dóbr osobistych pozwany zdoła udowodnić, że jego działanie nie było bezprawne w rozumieniu art. 24 § 1 zd. 1 *in fine* k.c.

Na tym tle częściowo wyróżnia się model ochrony tajemnicy medycznej, w którym ustawodawca w kilku przypadkach wyłączył obowiązek zachowania poufności (art. 14 ust. 2 w zw. z ust. 1 u.p.p.), m.in. w razie wyrażenia przez pacjenta zgody na ujawnienie tajemnicy albo gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób. Wyłączenia te są istotą nawiązującą do okoliczności uchylających bezprawność działania naruszającego dobra osobiste, jednak sama konstrukcja prawna odpowiedzialności wydaje się odmienna. Wystąpienie wyłączeń określonych w art. 14 ust. 2 u.p.p. powoduje bowiem ten skutek, że osoba wykonująca zawód medyczny nie ma obowiązku zachowania poufności danych, wobec czego ich ujawnienie nie stanowi w ogóle naruszenia prawa pacjenta, a nie, jak w modelu ochrony dóbr osobistych: naruszenie, które jednak nie jest bezprawne.

22 Może się wydawać, że sytuacja prawna pozwanego jest dogodniejsza w sprawach o ochronę praw pacjenta, ponieważ to powoda (pacjenta) obarcza ciężar dowodu bezprawności naruszenia. Obserwacja praktyki prowadzi jednak do wniosku, że spełnienie przesłanki bezprawności jest w tym przypadku w zasadzie utożsamiane z ustaleniem faktu naruszenia, po którym następuje badanie winy w rozumieniu subiektywnym. Pozwany, który na przykład ujawnił dane w przypadku nieprzewidzianym wprawdzie przepisami prawa, lecz motywowanym istotnym interesem społecznym, nie ma więc możliwości skutecznego podniesienia tych argumentów w celu uniknięcia obowiązku kompensacji krzywdy. Może jedynie ewentualnie liczyć na uznanie przez sąd, że zachowanie naruszydca nie było zawinione – co jednak wydaje się wątpliwe w sytuacjach celowego („umyślnego”) ujawnienia informacji.

5. Środki ochrony poufności pacjenta

Z perspektywy pacjenta, który doznał naruszenia tajemnicy informacji z nim związanych, podstawowe znaczenie ma określenie wynikających z tego faktu roszczeń ochronnych. Upřednio wspomniano już, że wskutek naruszenia prawa pacjenta uprawnionemu może przysługiwać jedynie roszczenie o zasądzenie („przyznanie” przez sąd) odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę doznaną wskutek zawinionego naruszenia prawa pacjenta „na podstawie art. 448 k.c.”. Mimo jednak sugestywnego brzmienia art. 4 ust. 1 u.p.p. należy uznać, że do zasądzenia zadośćuczynienia nie jest konieczne współwystępowanie w danym przypadku obu naruszeń: prawa pacjenta i dobra osobistego człowieka będącego pacjentem. Naruszenie prawa pacjenta może rodzić roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia także wówczas, gdy nie doszło jednocześnie do naruszenia dobra osobistego człowieka będącego pacjentem.

Artykuł 4 ust. 1 u.p.p. stanowi wprawdzie, że sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę zadośćuczynienia „na podstawie art. 448 k.c.”²³, lecz tezie uznającej wskazane ostatnio unormowanie za podstawę roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia przeczy fakt, iż art. 4 ust. 1 u.p.p. ma własną treść normatywną. Jego roli nie można więc sprowadzić wyłącznie do odesłania do stosowania art. 448 k.c., wraz z zawartą w nim przesłanką naruszenia dobra osobistego.

Własna treść normatywna art. 4 ust. 1 u.p.p. wyraża się, po pierwsze, w sformułowaniu przesłanki zawinienia, która nie została wprost wyrażona w art. 448 k.c.²⁴ Po drugie, art. 4 ust. 1 u.p.p. wiąże przyznanie zadośćuczynienia z faktem naruszenia prawa pacjenta (a nie jego dobra osobistego) oraz z doznaniem krzywdy konkretnie wskutek tego naruszenia, a nie innych zdarzeń, w tym naruszenia dóbr osobistych, o których mowa w art. 448 k.c. Po trzecie, zachowanie powodujące naruszenie prawa

23 Sformułowanie art. 4 ust. 1 u.p.p. stwarza w analizowanym fragmencie wątpliwości interpretacyjne. Wydaje się, że istota odesłania sprowadza się do wykorzystania wypracowanego na tle wykładni art. 448 k.c. modelu rozstrzygnięcia o „przyznaniu (...) odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia” – czego nie można jednak utożsamiać z uznaniem art. 448 k.c. za podstawę prawną roszczenia. Odczytanie normy wynikającej z art. 4 ust. 1 u.p.p. prowadzi do wniosku, że przesłankami roszczenia są (1) naruszenie prawa pacjenta (w miejsce naruszenia dobra osobistego), (2) zawinione (w ujęciu obiektywnym i subiektywnym) zachowanie, które spowodowało naruszenie, (3) adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem i naruszeniem, (4) krzywda będąca skutkiem naruszenia danego prawa pacjenta.

24 W wykładni art. 448 k.c. sporne jest nie tylko zagadnienie przesłanek, lecz przede wszystkim – konstrukcji prawnej odpowiedzialności. Powstaje bowiem pytanie, czy art. 448 k.c. (1) stanowi samodzielną podstawę odpowiedzialności (i w ramach tej koncepcji – czy jej przesłanką jest zawinione naruszenie dobra osobistego, mimo że w art. 448 k.c. przesłanka winy nie została wprost przywołana), czy (2) stanowi on jedynie o możliwości kompensacji krzywdy (do czego niezbędna jest odrębna podstawa prawna, gdyż możliwość taka nie wynika z ogólnej normy art. 361 § 2 k.c.), natomiast zasądzenie zadośćuczynienia może nastąpić dopiero w razie wykazania, że doszło do deliktowego (art. 415–436 k.c.) naruszenia dobra osobistego.

pacjenta może w pewnych przypadkach prowadzić do szkody na osobie, czyli uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia²⁵. Gdyby zatem uznać, że zasądzenie zadośćuczynienia w razie naruszenia prawa pacjenta jest dokonywane „na podstawie art. 448 k.c.”, to powstawałby dysonans interpretacyjny, gdyż krzywda wynikła z naruszenia zdrowia jest kompensowana na własnej podstawie: art. 415–436 k.c. w zw. z art. 444 § 1 i art. 445 § 1 k.c.²⁶

Większe spektrum roszczeń przysługuje uprawnionemu w przypadku naruszenia jego dóbr osobistych; obejmuje ono bowiem, oprócz roszczeń majątkowych, także roszczenia zakazowe i niemajątkowe roszczenia zmierzające do usunięcia skutków naruszenia. Jeśli zatem pacjent zapłatę zadośćuczynienia na podstawie art. 4 ust. 1 u.p.p. uznaje w danej sytuacji za środek niewystarczający lub wręcz nieadekwatny, to w celu uzyskania ochrony w szerszym zakresie powinien wykazać, że zachowanie pozwanego doprowadziło do naruszenia któregoś z przysługujących pacjentowi dóbr osobistych.

W ochronie poufności istotną rolę mogą odgrywać zwłaszcza roszczenia prewencyjne, przysługujące w razie zagrożenia dobra osobistego naruszeniem lub powstania ryzyka dalszych naruszeń. Żądanie zaniechania określonych działań służy w tym przypadku uniknięciu – częstokroć realnie nieodwracalnych – skutków dokonanej już ingerencji w sferę chronioną prawem podmiotowym osobistym. Wprawdzie w art. 24 § 1 zd. 2 k.c. przewidziana została możliwość nakazania osobie, która dopuściła się naruszenia dobra osobistego, aby dopełniła czynności potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia, w szczególności przez złożenie oświadczenia odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie, jednak zastosowanie tych środków w pewnych przypadkach faktycznie nie usuwa następstw samego naruszenia, a jedynie nowym oświadczeniem koryguje obraz lub wydźwięk poprzednich zdarzeń. Ma to szczególne znaczenie w razie ujawnienia danych objętych tajemnicą medyczną, które z chwilą upublicznienia nieodwracalnie tracą swój poufny charakter. Następczym

25 Wydaje się, że naruszenie prawa pacjentki do informacji uznano za źródło szkody na osobie w przypadku nieprzekazania pacjentce wyników badań wskazujących na rozpoznanie choroby nowotworowej; zob. wyrok SA w Szczecinie z dnia 11 sierpnia 2016 r., I ACa 300/16, wraz z głosem M. Nesterowicza, Prawo pacjenta do informacji, OSP 2020, nr 2, poz. 11. Kwestia ta wymagałaby jednak szerszego, odrębnego omówienia z uwzględnieniem dwu punktów: istnienia po stronie lekarza obowiązku dotarcia do pacjentki z wynikami nieodebranych przez nią badań oraz zakresu skutków, które miałyby być objęte kompensacją zadośćuczynieniem (art. 4 ust. 1 u.p.p.) – co jest uzależnione od przypisania temu zadośćuczynieniu określonej funkcji (o czym mowa w głównym nurcie tekstu).

26 Także względem na wyniki systemowej i funkcjonalnej wykładni art. 4 ust. 1 u.p.p. przemawia przeciwko tezie, że uznając prawa pacjenta za przedmiot ochrony, ustawodawca powstanie roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia uzależnił nie tylko od zawinionego naruszenia prawa pacjenta (o czym mowa w art. 4 ust. 1 u.p.p.), lecz także od jednoczesnego naruszenia dobra osobistego (czego dotyczy art. 448 k.c.) – które to naruszenie może wszak samo w sobie być źródłem roszczenia kompensującego doznaną z tego powodu krzywdę.

środkiem ochrony dóbr osobistych, przysługującym w razie dokonanego już naruszenia, są także roszczenia o odszkodowanie za wyrządzoną szkodę majątkową oraz o zapłatę zadośćuczynienia za krzywdę lub zapłatę odpowiedniej sumy na wskazany cel społeczny (art. 444 w zw. z art. 445 k.c. i art. 448 k.c.).

6. Zadośćuczynienie za krzywdę doznaną wskutek naruszenia poufności

Skoro z wcześniejszych rozważań wynika, że roszczenie, o którym mowa w art. 4 ust. 1 u.p.p., cechuje odrębność od roszczenia wywołanego naruszeniem dóbr osobistych (art. 444 w zw. z art. 445 k.c. i art. 448 k.c.), powstaje pytanie o relację między tymi roszczeniami. Zagadnienie to ma nie tylko wymiar teoretyczny, lecz również dużą doniosłość praktyczną; jego rozstrzygnięcie decyduje bowiem o kwalifikacji zbiegu odpowiedzialności i o możliwości kumulacji roszczeń o zapłatę zadośćuczynienia.

Wydaje się, że zasadniczo nie jest wykluczone skuteczne dochodzenie wszystkich wyżej wymienionych roszczeń, jeśli jedno zachowanie pozwanego samo w sobie wyczerpie przesłanki ich powstania lub, w granicach normalnych następstw, spowoduje dalsze skutki wymagające naprawienia²⁷. Zbieżność podstawowego „zrębu” nazwy: „zadośćuczynienie”, nie przekreśla bowiem odrębności roszczeń wynikłych z (1) naruszenia prawa pacjenta, (2) uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia lub (3) naruszenia innego dobra osobistego. Każde z tych naruszeń odnosi się do innego przedmiotu: praw pacjenta lub określonych dóbr osobistych człowieka będącego pacjentem, a krzywda kompensowana zadośćuczynieniem ma być każdorazowo następstwem odmiennego (punkty 1–3) naruszenia. W ujęciu modelowym ból i cierpienie doznane przez pacjenta powinny być przypisane „indywidualnie” do każdego z tych naruszeń, a ustalenie odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego powinno zmierzać do kompensacji skonkretyzowanej w ten sposób krzywdy.

W przypadku jednak naruszenia prawa do tajemnicy medycznej kwestia odróżnienia krzywdy wynikłej ze współwystępujących naruszeń zdrowia lub prywatności wydaje się szczególnie skomplikowana. Rzecz w tym, że ujawnienie poufnych danych powoduje cierpienia człowieka, które trudno jednoznacznie zakwalifikować jako wynikłe konkretnie z naruszenia prawa pacjenta albo jego dobra osobistego. Pomocne jest tu wprawdzie kryterium związku krzywdy z danym naruszeniem, jednak i ono zawodzi, jeśli uprzednio nie zostanie skonkretyzowana funkcja zadośćuczynienia unormowanego w art. 4 ust. 1 u.p.p.

27 Zob. przywołany uprzednio wyrok SA w Szczecinie z dnia 11 sierpnia 2016 r., I ACa 300/16, wraz z głosem M. Nesterowicza, Prawo pacjenta do informacji, OSP 2020, nr 2, poz. 11. Rozstrzygnięcie tej kwestii jest jednak zależne m.in. od przypisania zadośćuczynieniu (art. 4 ust. 1 u.p.p.) funkcji kompensacji określonej krzywdy.

Możliwe wydaje się zaprezentowanie w tym punkcie dwóch poglądów. Zgodnie z pierwszym z nich, wyżej wymienione zadośćuczynienie służy kompensacji wszystkich odczuć bólu i cierpienia wywołanych zachowaniem naruszającym dane prawo pacjenta. Z ujawnieniem danych medycznych wiąże się zwykle wiele skutków wywołujących poczucie krzywdy, na przykład rozgoryczenie w związku z postawą lekarza, w tym z lekceważącym, przedmiotowym potraktowaniem, lecz również poczucie wstydu i zażenowania pacjenta wywołanego świadomością, że otoczeniu znane są intymne szczegóły informacji o jego stanie zdrowia. W tym przypadku zdecydowanie niewykluczone będzie „nakładanie się” na siebie (w sensie prawnym) odczucia krzywdy wywołanej naruszeniem prawa pacjenta oraz spowodowanej ingerencją w dobra osobiste człowieka będącego pacjentem.

Zwłaszcza w razie wystąpienia zarówno o ochronę dóbr osobistych, jak i o ochronę praw pacjenta, opis różnych przejawów cierpienia stanowiących element podstawy faktycznej zgłoszonych roszczeń rodziłby konieczność odpowiedniego przypisania określonych skutków (aspektów krzywdy) do naruszeń konkretnych dóbr lub praw, z których wywodzone są roszczenia. Przed sądem rozpoznającym sprawę wyzwanie takie stawałoby z co najmniej dwóch przyczyn. Po pierwsze, zapłata zadośćuczynienia w każdym z tych przypadków pełni przede wszystkim funkcję kompensacyjną, więc ta sama krzywda nie mogłaby podlegać dwukrotnie naprawieniu (złagodzeniu) przez zasądzenie odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego – nawet jeśli w sensie prawnym niewykluczone byłoby wiązanie jej z naruszeniem i dóbr osobistych, i praw pacjenta. Po drugie, analizowane konstrukcje ochrony prawnej nie są jednakowe, toteż powiązanie krzywdy z danym naruszeniem: prawa lub dobra osobistego pacjenta mogłoby w pewnych przypadkach decydować o tym, czy żądanie zapłaty zostanie w ogóle uznane za zasadne, na przykład w razie wykazania przez pozwanego okoliczności uchylającej bezprawność działania naruszającego dobro osobiste.

Alternatywą dla powyższego stanowiska byłyby uznanie, że zadośćuczynienie zasądzone na podstawie art. 4 ust. 1 u.p.p. kompensuje wyłącznie krzywdę rozumianą jako cierpienie pacjenta wywołane poczuciem zlekceważenia go i przedmiotowego potraktowania przez osobę wykonującą zawód medyczny. Instytucja praw pacjenta ma bowiem na celu upodmiotowienie chorego w relacjach z lekarzem i zerwanie z paternalistycznym modelem tych relacji. W razie naruszenia prawa pacjenta zasądzenie zadośćuczynienia powinno więc realizować funkcje usunięcia negatywnych przeżyć wywołanych zachowaniem sprzecznym z ideą unormowania praw pacjenta. Znaczenie ma również ten argument, że może być wątpliwe, czy w art. 4 ust. 1 u.p.p. ustawodawca zamierzałby wprowadzić drugi, obok ochrony dóbr osobistych, środek kompensacji tożsamej krzywdy.

Aprobata dla tego poglądu oznaczałaby, że pacjent tytułem zadośćuczynienia należnego w razie naruszenia prawa pacjenta mógłby uzyskać jedynie sumę odpowiednią do rozmiarów tak zakreślonego cierpienia, wywołanego naruszeniem prawa

służącego zabezpieczeniu interesów człowieka. związanych z udzielaniem mu pomocy medycznej. Pozostałe konsekwencje zachowania podmiotu wykonującego zawód medyczny byłyby, w razie spełnienia odpowiednich przesłanek, usuwane na właściwych dla nich zasadach, w szczególności środkami ochrony dóbr osobistych²⁸. Zaakceptowanie zarysowanej tu koncepcji pozwalałoby na rozdzielenie następstw naruszenia poufności pacjenta w postaci cierpienia wywołanego poczuciem zlekceważenia (art. 4 ust. 1 u.p.p.), bólu spowodowanego rozstrojem zdrowia (art. 444 § 1 w zw. z art. 445 § 1 k.c.) czy skrępowania lub upokorzenia w związku z ujawnieniem osobom trzecim intymnych szczegółów stanu zdrowia pacjenta (art. 448 k.c.).

Przykładem może być celowe zamieszczenie na stronie internetowej placówki medycznej skanu wyników badań pacjenta, wskazujących na dotknięcie go zaburzeniami psychicznymi. Takie postępowanie, świadczące o zawinionym naruszeniu prawa do tajemnicy medycznej, może przemawiać za zasądzeniem zadośćuczynienia, jeśli pacjent doznał krzywdy wskutek naruszenia swego prawa (art. 4 ust. 1 u.p.p.) – poczuł się zlekceważony i rozczarowany zachowaniem placówki, w której dyskrecję wierzył, poddając się badaniom. Roszczenie to przysługiwałoby pacjentowi także wówczas, gdyby reakcją otoczenia na ujawnienie wiadomości było okazanie mu wsparcia, zrozumienia, chęci niesienia pomocy itd. Jeśli to samo zachowanie placówki medycznej skutkowałoby naruszeniem prywatności pacjenta, mógłby on dochodzić ochrony dóbr osobistych roszczeniami, dla których podstawą prawną jest art. 24 § 1 zd. 1 i 2 k.c., czyli zakazowymi i o usunięcie skutków naruszenia. Gdyby natomiast wyczerpane zostały ponadto przesłanki czynu niedozwolonego, a pacjent doznał krzywdy związanej konkretnie z naruszeniem prywatności, to po jego stronie mogłoby powstać także roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia (zwykle art. 415, art. 416 lub art. 430 k.c. w zw. z art. 448 k.c.).

Na takich samych zasadach podlegałaby kompensacji krzywda wywołana naruszeniem zdrowia psychicznego, o ile normalnym następstwem ujawnienia poufnych informacji byłoby doprowadzenie do rozstroju zdrowia powodującego u pacjenta cierpienie psychiczne (jw., tyle że w zw. z art. 444 § 1 i art. 445 § 1 k.c.).

7. Współwystępowanie roszczeń ochronnych

We wszystkich opisanych przypadkach skutki prawne wynikają z tego samego zachowania podmiotu leczniczego, czyli ujawnienia poufnych informacji, oraz prowadzą do powstania odrębnych roszczeń o zapłatę zadośćuczynienia. Odrębność ta powinna mieć swoje konsekwencje procesowe. W postępowaniu sądowym nie wydaje się w szczególności wystarczające żądanie „zapłaty zadośćuczynienia”, wsparte

28 Wydaje się, że w ten sposób idea ochrony prawa pacjenta do wyrażenia zgody i do informacji była dotychczas rozumiana w orzecznictwie, zbyt mało reprezentatywny jednak, by można było uznać, że proces kształtowania się stanowisk judykatury został już zakończony.

przytoczeniem różnych okoliczności, z których miałyby wynikać wnioski o naruszeniu dóbr osobistych lub praw pacjenta²⁹. Przeciwnie, jeśli uprawniony z każdym z tych zdarzeń wiąże powstanie obowiązku kompensacji krzywdy, to powinien sformułować samodzielne roszczenia w rozumieniu procesowym, czyli żądania wywodzone z określonych, przywołanych przez powoda okoliczności faktycznych. Sąd w postępowaniu bada bowiem zasadność konkretnego żądania.

W ten sposób należałoby również, jak się wydaje, traktować oba roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia za krzywdę wynikłą z naruszenia dóbr osobistych wymienionych w art. 444 § 1 k.c. i art. 445 k.c. oraz pozostałych dóbr, których dotyczy ogólna norma art. 448 k.c.³⁰ W praktyce, mimo odrębności podstaw prawnych, widoczne jest formułowanie żądania o „zapłatę zadośćuczynienia za naruszenie dóbr osobistych” jako jednego roszczenia, nawet jeśli w jego podstawie są przywoływane fakty świadczące o naruszeniu dóbr objętych stosowaniem różnych przepisów prawa. Sprzyja temu okoliczność, że w każdym przypadku mowa o naruszeniu dóbr osobistych, a celem powoda jest uzyskanie kompensacji całej doznanej i opisanej w pozwie krzywdy, bez przywiązywania wagi do formalnego wiązania odczuwanych przykrości z ingerencją w dane dobro osobiste.

Takie podejście, choć praktykowane w przypadku kompensacji naruszenia dóbr osobistych, nie wydaje się trafne w odniesieniu do roszczeń, które mają za przedmiot odmienne zdarzenia prawne w postaci naruszenia dobra osobistego człowieka oraz naruszenia prawa pacjenta – także gdy źródłem obu naruszeń jest to samo zachowanie pozwanego, na przykład wspomniane uprzednio upublicznienie wyników badań na stronie internetowej placówki leczniczej. Każda z tych podstaw może zaowocować przydaniem uprawnionemu odrębnego roszczenia o zapłatę, a zbieg między nimi należy uznać za kumulatywny, umożliwiający dochodzenie łącznie obu roszczeń, ponieważ każde z nich jest modelowo nakierowane na kompensację innej krzywdy³¹.

29 Składam wyrazy wdzięczności Sędziemu Marcinowi Łochowskiemu za cenne uwagi dotyczące zagadnień procesowych poruszanych w niniejszym opracowaniu.

30 W praktyce zwykle zasądzana jest jedna kwota, lecz ta tendencja nie wydaje się właściwa. Unie możliwia ona weryfikację, na przykład na etapie kontroli instancyjnej lub kasacyjnej, czy kryterium „odpowiedniości” spełniają kwoty składowe zasądzonej sumy, należne tytułem zadośćuczynienia pieniężnego w związku z krzywdą wywołaną szkodą na osobie (art. 444 § 1 w zw. z art. 445 § 1 k.c.) oraz naruszeniem innych dóbr osobistych (art. 448 k.c.). Warto zauważyć, że praktyka odstąpiła od podobnego, przyjętego wcześniej modelu ogólnego określania wysokości renty (art. 444 § 2 k.c.). Współcześnie przyjęte jest wyraźne wskazywanie (co najmniej w motywach orzeczeń), jakie konkretnie kwoty zostały uznane za środek kompensujący utratę w całości lub części zdolności do pracy, zwiększenie potrzeb czy zmniejszenie widoków powodzenia na przyszłość.

31 W analizowanym przypadku mowa wprawdzie o roszczeniach o zapłatę zadośćuczynienia, jednak problem można zobrazować przykładem żądania zapłaty jednej kwoty, co do której w podstawie faktycznej wskazane są okoliczności świadczące o dochodzeniu roszczenia o odszkodowanie i o zadośćuczynienie. Konieczne byłoby w tej sytuacji sprecyzowanie, jakie kwoty („części” globalnej sumy) są żądane tytułem odszkodowania i (odrębnie) zadośćuczynienia.

Sytuacji współwystępowania roszczeń nie można zrównywać z dochodzeniem przez powoda jednego roszczenia mogącego wynikać z różnych podstaw, na przykład w razie żądania zapłaty określonej kwoty, co do której powód twierdzi, że jest mu należna tytułem zwrotu pożyczki, a gdyby okazało się, iż umowa pożyczki była nieważna, to tytułem bezpodstawnego wzbogacenia. Tylko w takim przypadku można wesprzeć jedno żądanie odpowiednio rozbudowaną podstawą faktyczną i oczekiwać, że zgodnie z paremią *da mihi factum, dabo tibi ius*, sąd rozstrzygnie o właściwej podstawie prawnej zasądzonego roszczenia. Skoro jednak w sytuacji naruszenia zarówno dóbr osobistych, jak i praw pacjenta, powodowi mogą przysługiwać dwa roszczenia o zapłatę odpowiednich sum tytułem zadośćuczynienia, to jeśli zamierza on uzyskać kompensację każdej z doznanych krzywd, powinien sformułować dwa odrębne żądania zapłaty.

W razie niedokonania takiej konkretyzacji powód powinien być wezwany do poprawienia lub uzupełnienia pozwu, ponieważ w tej postaci pismo procesowe nie może otrzymać prawidłowego biegu³². Nie byłoby bowiem wiadome, czy przedmiotem postępowania ma być jedno (a jeśli tak: które konkretnie?) żądanie zapłaty zadośćuczynienia czy dwa żądania pozostające w zbiegu. Zasądzenie zadośćuczynienia w związku z naruszeniem prawa pacjenta, mimo że powód wiązał swoje żądanie z doznaniem bólu lub cierpienia spowodowanego rozstrojem zdrowia lub naruszeniem prywatności, oznaczałoby orzeczenie mimo braku żądania, czyli z naruszeniem zasady skargowości.

Teza o kumulatywnym charakterze zbiegu roszczeń współgra zwłaszcza z przedstawionym wyżej stanowiskiem, że zadośćuczynienie, o którym mowa w art. 4 ust. 1 u.p.p., służy konkretnie i wyłącznie kompensacji krzywdy wynikłej z poczucia lekceważącego potraktowania pacjenta przez osoby wykonujące zawód medyczny – czym różni się od łagodzenia za pomocą zadośćuczynienia cierpienie psychicznych doznanych wskutek naruszenia dóbr osobistych. Nawet jednak w razie zaaprobowania tego zapatrywania (a z całą ostrością w przypadku podzielenia konkurencyjnego poglądu, że zadośćuczynienie kompensuje każdy przejaw krzywdy wynikłej z naruszenia praw pacjenta), konieczne jest skrupulatne wyjaśnianie w motywach orzeczeń, które uszczerbki niemajątkowe są kompensowane zasądzoną „sumą odpowiednią”, a to w celu uniknięcia naruszenia zasady kompensacji szkody.

Wnioski

Analiza zagadnienia ochrony poufności pacjenta środkami cywilnoprawnymi prowadzi do sformułowania wniosku, że ochrona ta może być zapewniana w dwojaki sposób: za pomocą konstrukcji praw pacjenta oraz dóbr osobistych człowieka będą-

32 Obecne zmiany Kodeksu postępowania cywilnego zmierzają do wprowadzenia elementów interakcji z sądem w kwestii istnienia lub określenia konkretnej podstawy prawnej roszczenia; zob. art. 156¹ k.p.c. i art. 156² k.p.c.

cego pacjentem. W określeniu granic i podstaw ochrony praw pacjenta zasadnicze znaczenie mają wyniki wykładni przepisów regulujących prawo do informacji oraz prawo do tajemnicy medycznej. W obszarze dóbr osobistych poufność chroniona jest natomiast w ramach prawa do prywatności oraz, w pewnym zakresie, ochrony zdrowia, głównie zdrowia psychicznego.

Rozstrzygnięcie, czy zachowanie, które wywołało naruszenie praw pacjenta, doprowadziło również do naruszenia dobra osobistego człowieka, wymaga zbadania indywidualnych uwarunkowań danego przypadku. Współwystępowanie obu tych naruszeń ma najczęściej miejsce w razie ujawnienia tajemnicy medycznej, powodującego także ingerencję w przysługujące pacjentowi prawo do prywatności. Pokrzywdzonemu mogą wówczas przysługiwać zarówno majątkowe i niemajątkowe roszczenia wynikłe z naruszenia dobra osobistego, jak i roszczenie o zadośćuczynienie za krzywdę doznaną wskutek naruszenia prawa pacjenta (art. 4 ust. 1 u.p.p.).

Wskazane ostatnio roszczenie pozostaje w kumulatywnym zbiegu z roszczeniem o zapłatę odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia za krzywdę wynikłą z naruszenia dobra osobistego. Oba te roszczenia realizują funkcje kompensacyjne; gdyby zatem określony przejaw krzywdy został skompensowany za pomocą jednego z roszczeń, nie mógłby stanowić osnowy zasądzenia kolejnej odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia, wywodzonej z drugiej z podstaw prawnych. Odrębność faktycznej i prawnej podstawy roszczeń o zapłatę zadośćuczynienia ma swoje konsekwencje procesowe. Wystąpienie z żądaniem ochrony dóbr osobistych nie uzasadnia bowiem zasądzenia odpowiedniej sumy na podstawie przepisów o ochronie praw pacjenta (art. 4 ust. 1 u.p.p.).

Wypada dodać, że wyzwaniem powodującym rozterki nie mniejsze niż określenie podstaw ochrony poufności pacjenta instrumentami cywilnoprawnymi, jest wyważenie granic tej ochrony – w zestawieniu z zabezpieczeniem dóbr i interesów innych osób, zwłaszcza udzielających świadczeń zdrowotnych lub wykonujących zawody medyczne. Strzeżenie poufności pacjenta może bowiem pozostawać w kolizji z cennymi cudzymi interesami i wartościami, także zasługującymi na udzielenie im ochrony prawnej.

BIBLIOGRAFIA

- Duda J., Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Warszawa 2009.
- Janiszewska B., O zadośćuczynieniu za naruszenie praw pacjenta, „Monitor Prawniczy” 2017, nr 15.
- Nesterowicz M., Prawo pacjenta do informacji, OSP 2020, nr 2, poz. 11, glosa do wyroku SA w Szczecinie z dnia 11 sierpnia 2016 r., I ACa 300/16.