

MICHAŁ RADUŁA

ORCID: 0000-0002-9527-966X

Uniwersytet Wrocławski  
michal.radula@uwr.edu.pl

## Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych a prawo do prywatności — konkurencja interesów na przykładzie znaków identyfikacyjnych pacjenta

**Abstrakt:** Najważniejszym prawem pacjenta jest prawo do świadczeń zdrowotnych. Ustanowione ustawą jego pozostałe prawa, w tym prawo do prywatności, mogą konkurować z prawem do świadczeń zdrowotnych. Aktualny kształt prawodawstwa nie gwarantuje prawidłowej realizacji prawa do ochrony zdrowia z uwagi na zbyt restrykcyjne uregulowanie prawa do prywatności. Zaopatrywanie pacjentów w zakodowane znaki identyfikacyjne powoduje równoległą realizację prawa do świadczeń zdrowotnych oraz prawa do prywatności.

**Słowa kluczowe:** prawa pacjenta, ochrona zdrowia, prawo do prywatności, znaki identyfikacyjne.

Pacjent jako beneficjent świadczeń z zakresu ochrony zdrowia jest adresatem norm prawnych stanowiących swoiste uprawnienia pacjenta. Esencjonalnym prawem pacjenta jest prawo do świadczeń zdrowotnych. Ponadto ma on zwłaszcza prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, prawo do zachowania tajemnicy informacji z nim związanych, prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, prawo poszanowania intymności i godności pacjenta, prawo do dostępu do dokumentacji medycznej, prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii lekarza, prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, a także do opieki duszpasterskiej.

Niniejszy artykuł podejmuje zagadnienie wpływu prawa do zachowania tajemnicy informacji związanych z pacjentem — w zakresie jego identyfikacji za pośrednictwem znaków identyfikacyjnych — na jego prawo do świadczeń zdro-

wotnych. Czy zakodowanie danych pacjenta w formie znaków identyfikacyjnych ma zatem istotny wpływ na udzielane mu świadczenia zdrowotne? Idzie wszak o relację między prawem do ochrony zdrowia a prawem do prywatności pacjenta. Należy bowiem zauważyć, że prawo do ochrony zdrowia i prawo do prywatności można rozumieć jako konkurujące z sobą interesy — poświęcenie sfery prywatnej (udzielenie przez pacjenta dotyczącej go poufnej informacji osobie wykonującej zawód medyczny) w celu uzyskania prawidłowego/pełniejszego świadczenia zdrowotnego. Natomiast w świetle regulacji prawnych odnoszących się do znaków identyfikacyjnych pacjenta wydaje się, że prawo do ochrony zdrowia i prawo do prywatności pacjenta realizowane są równolegle i w sposób wzajemnie się uzupełniający.

## 1. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

Źródłem prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych na poziomie konstytucyjnoprawnym jest art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej<sup>1</sup>: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. Prawo do ochrony zdrowia to publiczne prawo podmiotowe jednostki<sup>2</sup>, które pozostaje w bezpośrednim związku z prawną ochroną życia (art. 39 Konstytucji RP) oraz ochroną godności człowieka (art. 30 Konstytucji RP). Treścią prawa do ochrony zdrowia jest prawo jednostki (pacjenta) do dostępu do systemu opieki zdrowotnej zapewniającego efektywną ochronę zdrowia. Uprawnienie jednostki (pacjenta) jest sprzężone z obowiązkiem władz publicznych do utworzenia i gwarantowania funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, ukierunkowanego na zapobieganie i zwalczanie chorób, urazów i niepełnosprawności. Regulacje konstytucyjnoprawne nie definiują jednak ostatecznego kształtu krajowego systemu ochrony zdrowia (również w kontekście jego finansowania, a także odpłatności za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej)<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 roku, przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 roku, podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 roku (Dz.U. Nr 78, poz. 483).

<sup>2</sup> Szerzej zob. B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 408–413.

<sup>3</sup> Zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29 września 2015 roku, sygn. K 14/14; art. 68 ust. 2–4 Konstytucji RP: „2. Obywatelom, niezależnie od sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. 3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. 4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska”.

Regulacją prawną rangi ustawowej, której treść determinuje prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych, jest art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>4</sup>: „Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej”. Idzie zatem o możliwość dostępu i korzystania z systemu ochrony zdrowia, za pośrednictwem którego udzielane są świadczenia zdrowotne zgodne ze standardami aktualnej wiedzy medycznej (pacjent jako beneficjent obiektywnie poprawnych świadczeń zdrowotnych)<sup>5</sup>. Pacjentem jest więc osobą zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą z takich świadczeń udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny<sup>6</sup>. Natomiast przez świadczenie zdrowotne należy rozumieć „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”<sup>7</sup>.

Uprawnienie pacjenta do dostępu do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej stanowi gwarancję uzyskania świadczenia na odpowiednim poziomie, co równocześnie zmniejsza ryzyko wystąpienia negatywnych skutków zdrowotnych w związku z udzielanym świadczeniem. Prawo pacjenta w tym zakresie skorelowane jest z analogicznym obowiązkiem podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, przede wszystkim: „[l]ekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”<sup>8</sup>, natomiast „[p]ielęgniarka i położna wykonują zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”<sup>9</sup>.

---

<sup>4</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.); dalej: u.pr.pacj.

<sup>5</sup> L. Bosek, [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2020, Legalis/el., komentarz do art. 6.

<sup>6</sup> Art. 3 ust. 1 pkt 4 u.pr.pacj.

<sup>7</sup> Art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.; dalej: u.d.l.) w zw. z art. 3 ust. 1 pkt 6 u.pr.pacj.

<sup>8</sup> Art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r. poz. 790 ze zm.); dalej: u.lek.

<sup>9</sup> Art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r. poz. 479 ze zm.); dalej: u.piel.

## 2. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

Przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowią, że „Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego”<sup>10</sup>. Analogicznie jak w wypadku prawa do świadczeń zdrowotnych również prawo do prywatności ma źródło w regulacjach konstytucyjnoprawnych: „Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym” i „Nikt nie może być obowiązany inaczej niż na podstawie ustawy do ujawniania informacji dotyczących jego osoby” (odpowiednio art. 49 i 51 Konstytucji RP). Jednostka jest zatem „właścicielem” informacji jej dotyczących — swobodnie nimi dysponuje i samodzielnie decyduje, czy zachowuje anonimowość, czy wiadomości z nią związane mogą zostać udostępnione osobom trzecim (prawo do prywatności realizowane jest w stosunku do państwa i w odniesieniu do innych jednostek)<sup>11</sup>.

Pojęcie tajemnicy jest w systemie normatywnym utożsamiane z faktem poufnym. Idzie więc o informację, która jest znana określonym osobom, natomiast osoby spoza tego kręgu (uprawnionych do posiadania danej informacji) nie powinny mieć o niej wiedzy (informacja/wiadomość poufna). Poufność — oprócz ograniczonego kręgu osób będących dysponentami danej wiadomości — zakłada również obowiązek dyskrecji, czyli zakaz ujawniania informacji osobom niewtajemniczonym. W odniesieniu do omawianego uprawnienia pacjenta poufnymi informacjami będą wszelkie wiadomości dotyczące pacjenta (dane z nim związane), które zostały ujawnione podczas udzielania świadczenia zdrowotnego. Zakres przedmiotowy tajemnicy jest związany zarówno ze sferą prywatną pacjenta: informacje na temat życia osobistego, zawodowego i publicznego, jak i ze sferą tajemnicy zawodowej: wiadomości uzyskane w wyniku działania osób wykonujących zawód medyczny w ramach podjętych czynności zawodowych. Chodzi zatem o korelację prawa pacjenta do prywatności z obowiązkiem osoby wykonującej zawód medyczny do zachowania tajemnicy (zawodowej).

Zakres przedmiotowy prawa pacjenta do prywatności został wyznaczony przez prawodawcę poprzez kryterium formalne — dana informacja została uzyskana w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Wiadomości (sfera prywatności pacjenta) obejmują więc wszelkie informacje związane z pacjentem (medyczne i pozamedyczne), o ile zostały one ujawnione (przez pacjenta,

<sup>10</sup> Art. 13 u.pr.pacj.

<sup>11</sup> D. Karkowska, [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, LEX/el., komentarz do art. 13.

osobę udzielającą świadczenia zdrowotnego, osobę trzecią) w związku z wykonywaniem zawodu medycznego (udzielaniem świadczenia zdrowotnego)<sup>12</sup>. Zakres podmiotowy zobowiązanych do zachowania tajemnicy odnosi się do osób wykonujących zawód medyczny, a zatem do osób uprawnionych „na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz os[ób] legitymując[y]ch się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny”<sup>13</sup>.

Analogicznie jak w wypadku prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych również prawo pacjenta do prywatności znajduje odzwierciedlenie w obowiązkach zawodowych osób wykonujących zawód medyczny, zwłaszcza: „[l]ekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu”<sup>14</sup>, a „[p]ielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej”<sup>15</sup>.

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych nie ma charakteru absolutnego. Przede wszystkim więc może zostać złamane, gdy zachowanie tajemnicy może być źródłem niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób, gdy pacjent wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, a także gdy przekazanie wiadomości o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń, zostało uznane za niezbędne<sup>16</sup>.

Doniosłe zarówno dla teorii, jak i dla praktyki stosowania przepisów dotyczących prawa pacjenta do prywatności są regulacje prawne związane z przetwarzaniem szczególnych kategorii danych osobowych. Dane dotyczące zdrowia to dane osobowe związane ze zdrowiem fizycznym lub psychicznym osoby fizycznej (wiadomości o stanie zdrowia pacjenta). W tym zakresie zawierają się również informacje o korzystaniu przez pacjenta z systemu opieki zdrowotnej<sup>17</sup>.

<sup>12</sup> *Ibidem*.

<sup>13</sup> Art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l. w zw. z art. 3 ust. 1 pkt 3 u.pr.pacj.; szerzej o zakresie podmiotowym osób zobowiązanych do zachowania tajemnicy pacjenta zob. R. Kubiak, [w:] *Ustawa o prawach pacjenta...*, komentarz do art. 13.

<sup>14</sup> Art. 40 ust. 1 u.lek.; szerzej, a także w kontekście wyjątków od obowiązywania tajemnicy lekarskiej zob. A. Dyszlewska-Tarnawska, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. L. Ogiegło, Warszawa 2015, s. 454–459.

<sup>15</sup> Art. 15 ust. 1 u.piel.

<sup>16</sup> Zob. ograniczenia prawa do zachowania prawa do prywatności pacjenta, a także warunki zastosowania omawianego wyłączenia lub ograniczenia — art. 14 u.pr.pacj.

<sup>17</sup> Art. 4 pkt 15 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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 119 z 2016 r., s. 1; sprost. Dz.Urz. UE L 127 z 2018 r., s. 2); dalej: RODO. Zob. P. Litwiński, P. Barta, M. Kawecki, [w:] *Rozporządzenie UE w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i swobodnym przepływem takich danych. Komentarz*, red. P. Litwiński, Warszawa 2018, s. 239.

Dane osobowe szczególnych kategorii podlegają wzmożonej ochronie. Do tego katalogu oprócz danych dotyczących zdrowia należy zaliczyć między innymi dane ujawniające pochodzenie etniczne osoby, jej poglądy polityczne czy przekonania światopoglądowe. Zasadą jest zakaz przetwarzania<sup>18</sup> danych osobowych tych kategorii<sup>19</sup>. Od tej zasady wprowadzono jednak wiele uzasadnionych wyjątków. W odniesieniu do problematyki niniejszego artykułu należy wskazać przede wszystkim, że zakaz ten jest uchylony, gdy przetwarzanie danych osobowych jest konieczne do celów profilaktyki zdrowotnej, zapewnienia opieki zdrowotnej, leczenia i zarządzania usługami systemu ochrony zdrowia<sup>20</sup>. Przetwarzanie danych osobowych we wskazanym celu warunkowane jest przetwarzaniem ich

przez — lub na odpowiedzialność — pracownika podlegającego obowiązkowi zachowania tajemnicy zawodowej na mocy prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, lub przepisów ustanowionych przez właściwe organy krajowe lub przez inną osobę również podlegającą obowiązkowi zachowania tajemnicy zawodowej na mocy prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, lub przepisów ustanowionych przez właściwe organy krajowe<sup>21</sup>.

### 3. Zaopatrywanie pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne

Ochrona prawa pacjenta do prywatności została ustanowiona przez prawodawcę także w przepisach innych aktów normatywnych. Pacjenci szpitala<sup>22</sup> są obligatoryjnie zaopatrywani w znaki identyfikacyjne, które zawierają dane dotyczące imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta (w przypadku noworodka urodzonego w szpitalu znaki identyfikacyjne zawierają informacje w przedmiocie imienia i nazwiska matki, płci i daty urodzenia dziecka ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie dwudziestoczegogodzinnym, a w przypadku noworodka urodzonego z ciąży mnogiej także cyfry wskazujące na kolejność rodzenia się). Co istotne dla omawianej materii, wskazane informacje są zapisane (zakodowane) w sposób, który ma uniemożliwić zidentyfikowanie określonego pacjenta przez osoby do tego nieuprawnione (uprawniony personel medyczny dekoduje dane za pomocą odpowiedniego urządzenia — skanera kodów). Minister właściwy do spraw zdrowia posiada kompetencje do określenia

<sup>18</sup> Przetwarzanie danych osobowych oznacza podejmowanie czynności, wykonywanie operacji względem danych osobowych, takich jak na przykład ich zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, modyfikowanie i inne — zob. art. 4 pkt 2 RODO.

<sup>19</sup> Art. 9 ust. 1 RODO.

<sup>20</sup> Art. 9 ust. 2 RODO; zob. M. Jagielski, [w:] K. Andres *et al.*, *Ochrona danych osobowych medycznych*, Warszawa 2018, s. 17–25.

<sup>21</sup> Art. 9 ust. 3 RODO.

<sup>22</sup> Szpital jest zakładem leczniczym, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju „świadczenia szpitalne” — zob. art. 2 ust. 1 pkt 9 u.d.l.

w drodze rozporządzenia szczegółowych regulacji prawnych w zakresie zaopatrywania pacjentów w znaki identyfikacyjne<sup>23</sup>.

W ramach prac legislacyjnych Rady Ministrów procedowany jest projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Projektowana ustawa zmienia brzmienie przepisów stanowiących o znakach identyfikacyjnych pacjentów. Główna zmiana polega na rezygnacji z zakodowania danych osobowych pacjenta i zobowiązaniu do zaopatrywania pacjentów w znaki identyfikacyjne zawierające imię i nazwisko pacjenta, a także jego datę urodzenia (w sposób umożliwiający zapoznanie się z tymi danymi przez osoby trzecie). W uzasadnieniu projektu wskazuje się, że w ramach aktualnie obowiązujących przepisów identyfikacja pacjenta często wymaga dłuższego czasu lub użycia odpowiednich urządzeń (skanera kodów), co może negatywnie wpłynąć na zdrowie pacjenta (niekorzystny wpływ na szybkość i sprawność udzielania świadczenia zdrowotnego). Uzasadnienie powołuje się także na zaistnienie błędów medycznych spowodowanych nieprawidłową identyfikacją pacjentów (na przykład podanie nieodpowiedniego leku), jednakże brakuje doprecyzowania co do przyczyn błędu. Zmiana brzmienia przepisów — według treści projektu — ma na celu poprawę bezpieczeństwa pacjentów<sup>24</sup>.

Należy jednak podjąć polemikę z takim uzasadnieniem. Trzeba przede wszystkim wskazać, że automatyczna identyfikacja pacjenta ułatwia weryfikację jego tożsamości, a co ważniejsze — zwiększa jego bezpieczeństwo. Zakodowana informacja jest unikalna, co zmniejsza ryzyko wystąpienia błędu medycznego, na przykład gdy idzie o pacjentów na oddziale mających identyczne imię i nazwisko<sup>25</sup>. Prowadzone w ramach nauk medycznych badania wykazują, że identyfikacja pacjenta za pośrednictwem zeskanowanego kodu (na czytniku pojawiają się informacje dotyczące pacjenta, w tym jego dane osobowe) jest efektywna i zmniejsza ryzyko zaistnienia błędu medycznego (w postaci błędnego zidentyfikowania pacjenta i na przykład przeprowadzenia nieodpowiedniego zabiegu medycznego)<sup>26</sup>. Równocześnie należy jednak zwrócić uwagę, że opieranie się jedynie na identyfikacji pacjenta za pośrednictwem zakodowanej informacji może

<sup>23</sup> Art. 36 ust. 3, 5 i 6 u.d.l.; wyjątki od zaopatrywania pacjentów w znaki identyfikacyjne zostały ustanowione w art. 36 ust. 3a i 4 u.d.l. Zob. M. Dercz, [w:] *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, red. M. Dercz, T. Rek, Warszawa 2019, LEX/el., komentarz do art. 36.

<sup>24</sup> Art. 65 pkt 3 projektowanej ustawy o opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta; uzasadnienie projektowanej ustawy, s. 84, <https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/form/r214706,Projekt-ustawy-o-jakosci-w-opiece-zdrowotnej-i-bezpieczenstwie-pacjenta.html> (dostęp: 27.12.2021).

<sup>25</sup> J. Sielska *et al.*, *Realizacja obowiązku zaopatrywania pacjentów w znaki identyfikacyjne*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2013, nr 3 (49), s. 218; podobnie I. Witczak, [w:] *Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego. Uwarunkowania ergonomiczne*, red. I. Witczak, Ł. Rypicz, Wrocław 2020, s. 42; zob. też M. Cohen, J. Smetzer, *Preventing Drug Administration Errors*, [w:] *Medication Errors*, red. M. Cohen, Washington D.C. 2006, s. 238.

<sup>26</sup> M. Eslahi, A. Kassani, M. Khammarnia, *The Efficacy of Patients Wristband Bar-Code on Prevention of Medical Errors*, „Applied Clinical Informatics” 6, 2015, nr 4, s. 716–727 — autorzy wskazują na obniżenie ryzyka wystąpienia błędu medycznego o 57%.

spowodować ryzyko dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta. W literaturze podnosi się kwestię — i w tym zakresie należy podzielić racje zawarte w uzasadnieniu przywołanego projektu ustawy — że wykorzystanie technologii (czytników kodów) może spowodować opóźnienie właściwej reakcji personelu medycznego (spowodowane awarią sprzętu lub brakiem dostatecznego doświadczenia osób posługujących się danym urządzeniem w jego obsłudze)<sup>27</sup>.

Ze względu na podniesioną argumentację *de lege ferenda* należy postulować nowelizację przepisów ustawy o działalności leczniczej w omawianym zakresie w taki sposób, aby znak identyfikacyjny pacjenta zawierał imię, nazwisko oraz datę urodzenia zapisane w sposób umożliwiający odczytanie tych danych bez konieczności posługiwania się urządzeniem odczytującym dane (w sposób „czytelny”). Obok „czytelnych” danych znak identyfikacyjny także powinien być jednak zapisany w sposób zakodowany w celu dwukrotnej weryfikacji tożsamości pacjenta, a tym samym zwiększenia jego bezpieczeństwa.

Na wstępie zauważono, że prawo do ochrony zdrowia i prawo do prywatności można rozumieć jako konkurujące z sobą interesy. Jednakże w odniesieniu do omawianej kwestii prawo do prywatności pacjenta (zakodowanie jego danych za pomocą znaków identyfikacyjnych) uzupełnia i zwiększa jego prawo do ochrony zdrowia (prawo do świadczeń zdrowotnych).

## Bibliografia

- Andres K., Bielak-Jomaa E., Jagielski M., Kawczyński P., Krasieńska M., Litwiński P., Sieradzka A., Wojsyk K., *Ochrona danych osobowych medycznych*, Warszawa 2018.
- Banaszak B., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego. Uwarunkowania ergonomiczne*, red. I. Wiczak, Ł. Rypicz, Wrocław 2020.
- Eslahi M., Kassani A., Khamarnia M., *The Efficacy of Patients Wristband Bar-Code on Prevention of Medical Errors*, „Applied Clinical Informatics” 6, 2015, nr 4.
- Medication Errors*, red. M. Cohen, Washington D.C. 2006.
- Mocydlarz-Adamcewicz M., *Effective Communication between Hospital Staff and Patients in Compliance with Personal Data Protection Regulations*, „Reports of Practical Oncology and Radiotherapy” 2021, nr 6 (26).
- Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021.
- Rozporządzenie UE w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i swobodnym przepływem takich danych. Komentarz*, red. P. Litwiński, Warszawa 2018.
- Sielska J., Kwiatek-Markiewicz S., Dąbrowska E., Jakubek E., *Realizacja obowiązku zaopatrywania pacjentów w znaki identyfikacyjne*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2013, nr 3 (49).
- Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, red. M. Dercz, T. Rek, Warszawa 2019.
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2020.
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. L. Ogiegło, Warszawa 2015.

<sup>27</sup> M. Mocylarz-Adamcewicz, *Effective Communication between Hospital Staff and Patients in Compliance with Personal Data Protection Regulations*, „Reports of Practical Oncology and Radiotherapy” 2021, nr 6 (26), s. 834.

---

# Right to Healthcare and Right to Privacy: Competition of Interest Based on the Example of Patient Barcodes

## Summary

The most important patient right is the right to healthcare. The other patient rights, including the right to privacy, could compete with the right to healthcare. In the current legislation there is no guarantee of the appropriate realization of the right to healthcare because of restricted regulations of the right to privacy. Wristbands with barcodes for patients allow for the parallel realization of the right to healthcare and the right to privacy.

**Keywords:** patients' rights, healthcare, right to privacy, barcode.