



Warszawa, 24.11.2014

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Irena Lipowicz

I.501.14.2014.KME

Pan

Bartosz Arłukowicz

Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

Zaniepokoiły mnie pojawiające się sygnały o szerokiej dostępności danych o stanie zdrowia obywateli dla przedsiębiorstw sektora ubezpieczeniowego i bankowego (zob. m.in. E. Siedlecka, *Polak na sprzedaż. Twoje dane może kupić ubezpieczyciel, a od niego bank*, Gazeta Wyborcza z dnia 10 sierpnia 2013 r.). W mojej ocenie rozwojowi interoperacyjnych baz danych w służbie zdrowia, wpływającemu na możliwość agregacji danych o stanie zdrowia obywateli, powinna towarzyszyć rewizja i uszczelnienie mechanizmów udostępniania tych danych podmiotom zewnętrznym. Taka analiza i podjęcie konkretnych działań jest konieczne z perspektywy konstytucyjnych standardów ochrony prywatności jednostki.

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. Konstytucyjny standard w odniesieniu do ochrony danych osobowych uzupełnia przepis art. 51, zgodnie z którym nikt nie może być obowiązany inaczej niż na podstawie ustawy do ujawniania informacji dotyczących jego osoby (ust. 1), władze

publiczne nie mogą pozyskiwać, gromadzić i udostępniać innych informacji o obywatelach niż niezbędne w demokratycznym państwie prawnym (ust. 2).

Dane o stanie zdrowia są postrzegane jako dane wrażliwe. Dotyczą one jednej z najbardziej intymnych sfer życia jednostki, co potwierdził Trybunał Konstytucyjny już w wyroku z dnia 19 maja 1998 r. o sygn. akt U 5/97. Niewłaściwe przetwarzanie danych o stanie zdrowia może doprowadzić do naruszeń praw i wolności jednostki, a w szczególności niesie ze sobą ryzyko dyskryminacji. Ze względu na wartość ekonomiczną i potencjał predyktywności stanowią one obiekt zainteresowania podmiotów takich jak banki, czy ubezpieczyciele. W związku z tym prawdopodobne jest, że ujawnienie takich danych ponad niezbędne wskazanym wyżej podmiotom do wykonywania umów w ramach prowadzonej działalności, może doprowadzić do pogorszenia sytuacji jednostki, a w szczególności do wprowadzania praktyk o charakterze dyskryminacyjnym. Co więcej, zdając sobie sprawę z tych zagrożeń jednostki mogą zaniechać ujawniania lekarzom istotnych dla leczenia, ale stygmatyzujących w odbiorze społecznym, faktów o swoim stanie zdrowia czy nawet całkiem zrezygnować z szukania specjalistycznej pomocy w trosce o swój interes ekonomiczny (zob. H. Nissenbaum, *Privacy in Context*, California 2010, s. 172).

Szczególną ochronę danych o stanie zdrowia potwierdzają przyjęte rozwiązania o charakterze normatywnym, zarówno na gruncie polskiego prawa (art. 27 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych; tj. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 ze zm.), jak i prawa Unii Europejskiej (art. 8 dyrektywy 95/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 października 1995 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w zakresie przetwarzania danych osobowych i swobodnego przepływu tych danych; Dz. U. L. 281 z 23 listopada 1995 r.). Przygotowana obecnie reforma ochrony danych w Unii Europejskiej jako jeden z priorytetów przewiduje wzmocnienie kontroli Europejczyków nad dotyczącymi ich danymi.

Zgodnie z art. 21 ustawy z 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2013 r. poz. 950 ze zm.) zakład ubezpieczeń może zażądać, aby ubezpieczony lub osoba na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia poddała się

badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem. Zakład ubezpieczeń nie może przy tym żądać przeprowadzenia badań genetycznych.

Zgodnie z art. 22 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu lub osobie, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Z żądaniem przekazania informacji, o których mowa w ust. 1, występuje lekarz upoważniony przez zakład ubezpieczeń (art. 22 ust. 2). Wystąpienie zakładu ubezpieczeń o informację, o której mowa w ust. 1, wymaga pisemnej zgody ubezpieczonego lub osoby na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia albo jej przedstawiciela ustawowego (art. 22 ust. 3).

Przepisy art. 21 i art. 22 ustawy stosuje się odpowiednio do pozyskiwania danych osoby zgłaszającej roszczenie z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Udostępnianie danych może dotyczyć informacji niezbędnych zakładowi ubezpieczeń do ustalenia prawa tej osoby do odszkodowania lub świadczenia, a także określenia jego wysokości (art. 23).

Jako Rzecznik Praw Obywatelskich nie kwestionuję konieczności pozyskiwania przez podmioty prowadzące działalność ubezpieczeniową informacji o stanie zdrowia klientów. Jednak - w mojej ocenie - ze względu na wrażliwy charakter tych danych i ryzyko, jakie niesie dla podmiotów danych ich rozpowszechnienie, zasadne byłoby wyraźne sprecyzowanie, jakie dane i w jakich okolicznościach mogą być udostępniane.

Należy uznać za zasadne funkcjonujące obecnie ograniczenie dostępu podmiotów prowadzących działalność ubezpieczeniową do wyników badań genetycznych.

Informacja genetyczna jest postrzegana jako źródło informacji o możliwości i prawdopodobieństwie przyszłych zachorowań, pozwalające na dokonanie takiej oceny z nieznaną innym metodom precyzją. Wykorzystanie informacji genetycznej może się więc wiązać z ryzykiem dyskryminacji ze względu na cechy genetyczne. Należy również pamiętać o dzieleniu informacji genetycznej przez osoby spokrewnione. Poprzez ujawnienie cech genetycznych jednej osoby możliwe jest automatyczne ujawnienie cech członków jej rodziny. (szerzej o informacji genetycznej: A. Krajewska, *Informacja genetyczna a zakres autonomii jednostki w europejskiej przestrzeni prawnej*, Wrocław 2008, s. 61-64)

Informacji genetycznej nie da się jednak wyraźnie oddzielić od innych danych o stanie zdrowia. O ile, bez wątpliwości, wyniki badań genetycznych będą traktowane jako taka informacja, i chronione, tak jak w omawianych przepisach, to równie dobrze źródłem takich informacji może być np. historia chorób przebytych przez członków rodziny.

Działania prowadzące do zebrania historii choroby pacjenta w jednym miejscu i udostępnienia jej lekarzom w nowoczesnych systemach teleinformatycznych będą sprzyjały pozyskiwaniu informacji o charakterystyce genetycznej jednostki z innych źródeł niż badania genetyczne, szczególnie w dobie rozwoju biobanków populacyjnych i coraz bardziej wyrafinowanych narzędzi statystycznych. W związku z powyższym należy stwierdzić, że pomimo braku zmiany przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej skala naruszeń prywatności i autonomii informacyjnej jednostki może być nieporównywalnie większa.

Jak wskazałam wcześniej, zgodnie z art. 51 ust. 2 Konstytucji RP „władze publiczne nie mogą pozyskiwać, gromadzić i udostępniać innych informacji o obywatelach niż niezbędne w demokratycznym państwie prawnym.” Naruszenia konstytucyjnego prawa do ochrony danych osobowych można więc upatrywać nie tyle w samym nałożeniu obowiązku ustawowego, ale w nałożeniu tego obowiązku w granicach wykraczających poza ramy wyznaczone przez Konstytucję, a więc z pominięciem przez ustawodawcę przesłanki "niezbędności w demokratycznym

państwie prawnym". W opisanym wypadku istnieje wątpliwość czy udostępnianie opisanych wyżej danych w proponowanym zakresie jest niezbędne.

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 roku o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz.U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.) zwracam się z uprzejmą prośbą o przedstawienie stanowiska Ministra Zdrowia w tej sprawie.

Z poważaniem

